

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1492200306	事業の開始年月日	平成20年4月1日	
		指定年月日	平成20年4月1日	
法人名	株式会社リフシア			
事業所名	リフシア神明			
所在地	(251-0021) 神奈川県藤沢市鶴沼神明 2-12-17			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成31年1月17日	評価結果 市町村受理日	令和元年8月1日	

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

「心を添えて共に生きる」の理念の下、住み慣れた地域で、その人らしく暮らせる様に、個々のお客様の生き方を尊重し敬意をもって支援する事を大切にしています。個々の能力を把握し、家事やレクリエーションを行いながら自立支援に繋がっています。また、町内会の自治会の一員として、地域の防災訓練や保育園、子供会との交流も盛んです。毎年恒例の皇大神宮でのお祭りは、お客様がとても楽しみにしています。外出支援やボランティアの受入れにも力を入れています。併設の看護小規模多機能とも定期的に合同行事を開催し、お客様同士の交流を図っています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成31年2月20日	評価機関 評価決定日	令和元年5月31日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、JRおよび小田急線藤沢駅よりバスで10分程の「上村」バス停前にあります。建物は木造2階建て、1、2階を使用した2ユニット型です。建物内には同一法人の看護小規模多機能型居宅介護事業所を併設しています。

<優れている点>

地域に居住する職員が多く、地域密着型としての事業所の役割を存分に果たすことができるようになってきました。職員間の連携が取れ、風通しの良い職場となっています。職員は、地域との連携、利用者家族との連携など、コミュニケーションが必要とされる場面で積極的に相手に働きかけ、より良い事業所となるように努めています。地域行事を通して児童会、保育園、町内会などとの地域交流を積極的に行い、地域との連携ができています。家族とは事業所行事、日々の利用者家族の訪問を通して頻りに交流し、信頼を得ることができるようにしています。

<工夫点>

利用者が看取りの状況になった場合も、安全で心地よく過ごせるように様々な工夫を行っています。生活の殆どがベッドの状態でも、安全な介護支援により食卓テーブルで他の利用者と共に食事をとることができるようにしています。また、1日に1回はトイレでの排泄ができるように支援しています。可動式ストレッチャー型の浴槽を用意したり、2人体制で入浴介助を行うなど利用者が清潔で心地よく感じることができるよう、人としての尊厳が最期まで守れるよう、日々努めています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	リフシア神明
ユニット名	GH1

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践に近づけている。	地域密着型としての事業所理念の基、職員個別の個人目標を設定しています。カンファレンスや勉強会を通じて、具体的なケアにつながる様、折に触れて確認しています。	事業所理念に沿って、職員は目標管理シートに個別に目標を定めています。地域交流や身体拘束の適正化についての目標を掲げる職員もいます。管理者は3ヶ月に1回、進捗状況を職員面談により確認し、今後のケアに活かせるよう努めています。	
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会へ加入しており、お祭り、公園の花壇作り等の行事の参加や、地域の防災班長として防災訓練に参加し地域の一員として交流をしております。	町内会へ加入し、自治会防災班長の役を担っています。訓練時には看護師による地域での応急手当の訓練指導を行っています。また皇大神宮境内の掃除や草取りを行ったり、小学校児童会と一緒に製麺所の見学に行ったりと地域との交流の機会を多く持っています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進委員会での状況報告や、地域で困っている方がいれば、サポートが出来る事も伝えるようにしています。GH連絡会での認知症サポーター養成講座の開催に携わっています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2か月に1回、年に6回開催してしています。現状をオープンに報告しています。お客様、家族、自治会長、民生委員、保険者、包括職員の参加あり、お茶とお菓子を頂きながら、和やかな雰囲気の中、沢山の意見をいただいています。	2ヶ月に1回、定期的開催しています。会議では事業所の運営状況などの報告をしています。出席者から、災害時における地域としての利用者保護の方法、範囲についての問い合わせや、介護ロボットの話などが出ています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	藤沢市グループホーム連絡会、介護相談員との意見交換会、地域包括主催の勉強会等の参加を通し連携、協力関係を気付いています。	藤沢市グループホーム連絡会ではグループホーム間の交流を図ると共に催事の役割分担などを話し合っています。また、介護相談員との意見交換会やグループホーム連絡会、地域包括支援センター主催の研修会に参加し、協力関係を築いています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催し、身体拘束の研修を年2回以上行っています。スピーチロックに関しては接遇の観点からも繰り返し勉強会を実施し職員の意識付けを図っています。	3ヶ月に1回の身体拘束適正化委員会と共に、年2回の研修、毎月のスピーチロックなどについての勉強会を行うなど、頻繁に身体拘束をしないケアについて職員間の確認を行っています。各ユニットの入り口の施錠についても話し合っています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	内部研修で定期的に学ぶ機会を設けています。日常で疑問に思った事はその都度話し合いをし虐待防止に繋げています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	内部研修で学んでいます。お客様の中に成年後見人制度を利用している方がおり、直接かかわることにより制度の理解を深めています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に重要事項説明書とともにわかりやすく説明をし、お客様やご家族に理解を頂いたうえで署名、捺印を頂いています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	運営推進委員会や担当者会議の時に意見を頂いています。ご家族の面会時に日頃の様子を伝え、又ご家族からの要望についても伺うようにしています。	利用者とは日々の生活で、家族とは担当者会議や来訪時、運営推進会議などで意見や要望を聞き、運営に反映するよう努めています。家族からは薬の問い合わせ、看取りの時期の食事の量や褥瘡について、職員の対応方法についての質問が出ています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	社員会議や部署会議で意見要望を聞いています。定期的に個人面談を行っています。	1ヶ月に1回、社員会議、ユニット会議が行われています。会議では職員の意見や考えを聞いています。職員からは、朝ミーティングの時間変更、清掃専門スタッフの清掃場所の変更などが提案されています。個人面談では目標管理シートを使用して職員の意見を聞いています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	法人が定める、キャリアパスに基づき、目標管理シートや人事考課自己評価を前期後期と行い目標達成に向けた取り組みをしています。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	新人スタッフに対してはOJT育成教育を行っています。また法人内に各種委員会があり、研修の開催、参加をとおして技術や知識の向上に取り組んでいます。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。	市内のグループホーム連絡会や研修に参加し交流を図っています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	過去の生活歴やライフスタイルなどの情報を収集し、本人の思いに向き合い寄り添うことで信頼関係を作っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めています。	ご家族が不安に思っている事困っていること、要望を伺うようにしています。職員も一緒に支援させてもらうことを伝え関係作りに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	事前情報の収集から、受け入れ前のカンファレンス等を行い、支援開始後も、適宜話し合いを行い、見直しと協力体制構築につとめています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	人生の先輩として教えられる事が多くあります。誕生会の料理を作ったり編物等お客様個々に出来る事をして頂き活躍の場を作っています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	来所の時や電話で日常の様子を伝え情報共有に努めています。家族の訪問を心待ちにしている事を伝えています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	馴染みのある場所にドライブに行ったり、会話の中で思い出していただけのような、支援をしています。	入居時にはセンター方式を用いて利用者本人の人間関係や人生歴を把握するようにしています。把握できた内容を基に、馴染みの人や場所へ関係が途切れないように努めています。白幡神社の鯉のぼりを見に行ったり海へドライブするなどの支援を行っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	お客様同士の関係を職員間で情報共有し、席替えをしたり、常に職員が寄り添い関係性を高めるようにしています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	利用終了したご家族にも行事に招待したり、ボランティアの依頼を行う等ながらを持ち続けるようにしています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	定期的にあセスメントの実施をし、本人やご家族の思いを伺っています。趣味ややりたい事に取り組む時間を設けたり、興味を持てるような取り組みをしています。言葉表情言動からその人の思いを推測しています。	担当会議、アセスメントを定期的に行っています。状況によって変化する利用者・家族の思いや意向を把握し、利用者が希望する支援ができるように努めています。アセスメントから、ピアノが弾けたり、正月に着物を羽織ることができた利用者もいます。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	センター方式に取り組んでいます。本人からの昔話やご家族からの生活歴を伺い情報を得ています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	本人の生活リズムを作り記録に残しています。自分で出来る事は進んで行ってもらえるようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	毎月のモニタリングを行い、日々の状態を他職者と連携を取り介護計画に繋がっています。 N式アセスメントを導入。	職員は3人でチームになり、N式アセスメント用いて1人の利用者の定点観察を行い、モニタリングに活かしています。毎月行われる担当者会議では職員、看護師などが出席し、家族に利用者の状況を説明したり希望を聞いたりして介護計画に繋がっています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	介護計画支援に基に実践した内容を記録に残しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	本人、ご家族の要望に応じた外泊、外出に対して臨機応変に対応しています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	定期的な訪問理美容や訪問医療、相談員訪問や保育園の行事に参加して子供達との交流を図っています。 また、地域のボランティアさんの訪問時には看多機と合同でレクリエーションを楽しんで頂いています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	月2回の訪問医療と外部の看護師による医療連携を受けています。体調の変化がある時はご家族の了承のもと臨時往診を受けています。	入居以前のかかりつけ医を継続して利用する人も多くいます。希望があれば事業所契約の往診医を紹介しています。事業所の契約医も1ヶ所だけに決めていないので、利用者が自由にかかりつけ医を選択できるようになっています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	隔週の医療連携の看護師に日常の記録と様子を伝え医療に繋げています。急変の時にはオンコールで支持を仰いでいます。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際は、医療機関へ情報提供するとともに、ご家族とも情報共有し退院支援につなげている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	契約時に本人、家族の意向を確認している。延命の希望、看取りについても話し合い同意書を交わしている。	終末期や重度化については、契約時と様態が変化した時々話し合いを重ね、事業所として出来る支援を最大限行うよう努めています。看取りの経験も多数有り、経験の浅い職員に対しても内部研修を行い、その時に備えています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急時対応のマニュアルを使、内部研修にて定期的に学んでいる。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。	年2回の避難訓練、BCP訓練（事業継続訓練）を行っています。自治会の防災訓練にも参加しています。	避難訓練の都度、出火場所や避難ルートの想定を変えて画一的にならないようにしています。また訓練時間を会議時間に合わせることで民生委員や自治会などの支援者にも参加協力を依頼しています。3日分の備蓄品を準備し年2回は内容を見直しています。	自治会との良好な関係を活かし、災害時の相互の協力体制をより具体的な形で一歩進めることも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	本人の気持ちを大切にし羞恥心やプライバシーに配慮し尊厳を持てる様対応をしています。	事業所内に接遇委員会を設置し、人格を尊重した態度や言葉遣いを心がけています。気になる対応を見つけたときは速やかに注意を促すと共に、部署会議で職員全体に周知徹底し、再発防止に努めています。	
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	お客様個々の状態に合わせた声かけをし、自己決定が出来る様働きかけている。おやつ時には飲み物等、自身で選べるような工夫を行っています。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	基本的な一日の流れはあるが、本人の体調や気持ちに合わせて対応している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	2ヵ月に1回の訪問理美容を行っています。入浴の時には、自分で洋服を選び着用できるような支援をしています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の盛り付け、配膳、片付け等、その人が出来る事を役割として職員と一緒にを行っています。	普段の食事は厨房で調理専門の職員が作っています。利用者はできる範囲で夕食の下ごしらえ、盛り付け・配膳などを行っています。誕生日にはリクエストを聞いて好みの食事を共同で作ったり、外食することもあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	一人ひとりの体調を把握しその人に合った食事形態で提供しています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	毎食後口腔ケアを行っています。 本人が出来る所はおこなってもらい、磨き残しや必要に応じてお手伝いしています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	個々の排泄パターンに合わせて、手引き歩行で誘導、二人介助での誘導等行い、残存機能の低下予防にもつなげています。	排せつ記録で個人のリズムを把握し、タイミング良くトイレに誘導をしています。寝たきりになりがちな人に1日1回でもトイレに座ることができるよう支援しています。やむを得ず夜間にオムツを使用している人も昼間はトイレを使えるよう2人介助などで対応しています。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	体操、水分補給、ヨーグルトの摂取等個々に合わせて対応している。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	個々の希望の時間に合わせた入浴は難しい状況ですが、入浴剤を使用し温泉気分を味わって頂く等の工夫をしています。また個々の個々の状態に合わせて個浴の他、リフト浴、シャワートロリーにて対応しています。	浴槽にたっぷりの湯を張り、入ったときには浴槽から湯が溢れる「入浴の満足感」を大切にしています。終末期で寝たきりでも横になったまま入れる浴槽の準備があります。昔ながらのしょうぶ湯やゆず湯で季節感を楽しんでいます。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	状況に合わせてソファで横になったり昼食後は、1時間ほどの午睡をしています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	個人ファイルに薬の情報を綴じ内容確認が出来るようにしています。医療と連携し薬の調整や体調変化等情報共有しています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	食事の盛り付け、洗濯畳み等を行っています。洗濯カゴを片付けたり自主的に出来る様関わっています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	毎年、外食レクを企画し、ご家族と一緒に食事を楽しんでいます。近所に散歩に出かけた際は、町内の方とお話されることもあり、交流に繋がっています。	日常的な外出は天気の良い日に近くの神社や公園に出かけています。日用品を買うために職員と一緒にドラッグストアまで行っています。また、併設事業所と合同で海やイルミネーションなどを眺めにドライブを楽しむこともあります。	年1回から2回の外食レクリエーションや日用品などの買い出しは行われています。日光浴も兼ねた日常的な外出機会について再検討することも期待されます。
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	嗜好品や日常の買い物が出来るようにご家族から、お小遣いを預かっています。外食や買い物ときは、自分で選び支払いも出来る様支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	知人からの手紙や写真が届いたり、電話も来ることが有り、内容がつかめない時には、職員が対応し状況を知らせています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	フロアに季節ごと飾り付けをしています。日常の様子の写真を掲示版に貼り本人はもとよりご、家族がや外部の方に好評を得ています。	リビングの至るところに空気清浄機と加湿器を設置し感染症の予防に努めています。天気の良い日には共有部分のウッドデッキに出て湯茶を飲んだり食事をすることがあります。館内は禁煙ですが所定の喫煙場所で喫煙することもできます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	フロアに面してカウンターがあり自由にお茶を淹れて飲んだり、お客様同士ソファに座りくつろぐ空間づくりをしています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	自宅で使っていた慣れ親しみのある物を持参して頂き、その人らしい居室空間を作っています。居室担当者が定期的に整理整頓、飾り付けを行い工夫しています。	居室で寝たきりで過ごす場合もプライバシーを守りつつ、リビングの生活音が聞こえ職員がさり気なく様子を確認できるように長めの暖簾を入口に下げています。個々の居室には表札代わりに鍵付きの小窓があり、各々愛着のある物や思い出の品を飾っています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	バリアフリー、手摺り、クッション床エレベーターの設置、居室入り口には、飾り物を置く小窓を設置しており、自分の居室が分かるような工夫をしています。		

事業所名	リフシア神明
ユニット名	GH2

V アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23, 24, 25)	○	1, ほぼ全ての利用者の
			2, 利用者の2/3くらいの
			3. 利用者の1/3くらいの
			4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている。 (参考項目：36, 37)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている。 (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている。	地域密着型としての事業所理念の基、職員個別の個人目標を設定しています。カンファレンスや勉強会を通じて、具体的なケアにつながる様、折に触れて確認しています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	町内会へ加入しており、お祭り、公園の花壇作り等の行事の参加や、地域の防災班長として防災訓練に参加し地域の一員として交流をしております。		
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	運営推進委員会での状況報告や、地域で困っている方がいれば、サポートが出来る事も伝えるようにしています。GH連絡会での認知症サポーター養成講座の開催に携わっています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	2か月に1回、年に6回開催してしています。現状をオープンに報告しています。お客様、家族、自治会長、民生委員、保険者、包括職員の参加あり、お茶とお菓子を頂きながら、和やかな雰囲気の中、沢山の意見をいただいています。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。	藤沢市グループホーム連絡会、介護相談員との意見交換会、地域包括主催の勉強会等の参加を通し連携、協力関係を気付いています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束適正化委員会を3か月に1回開催し、身体拘束の研修を年2回以上行っています。スピーチロックに関しては接遇の観点からも繰り返し勉強会を実施し職員の意識付けを図っています。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	内部研修で定期的に学ぶ機会を設けています。日常で疑問に思った事はその都度話し合いをし虐待防止に繋げています。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している。	内部研修で学んでいます。お客様の中に成年後見人制度を利用している方がおり、直接かかわることにより制度の理解を深めています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時に重要事項説明書ともにわかりやすく説明をし、お客様やご家族に理解を頂いたうえで署名、捺印を頂いています。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。	運営推進委員会や担当者会議の時に意見を頂いています。ご家族の面会時に日頃の様子を伝え、又ご家族からの要望についても何うようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。	社員会議や部署会議で意見要望を聞いています。定期的に個人面談を行っています。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	法人が定める、キャリアパスに基づき、目標管理シートや人事考課自己評価を前期後期と行い目標達成に向けた取り組みをしています。		
13		○職員を育てる取り組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている。	新人スタッフに対してはOJT育成教育を行っています。また法人内に各種委員会があり、研修の開催、参加をとおして技術や知識の向上に取り組んでいます。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている。	市内のグループホーム連絡会や研修に参加し交流を図っています。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている。	過去の生活歴やライフスタイルなどの情報を収集し、本人の思いに向き合い寄り添うことで信頼関係を作っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	ご家族が不安に思っている事困っていること、要望を伺うようにしていません。職員も一緒に支援させてもらうことを伝え関係作りに努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	事前情報の収集から、受け入れ前のカンファレンス等を行い、支援開始後も、適宜話し合いを行い、見直しと協力体制構築につとめています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	人生の先輩として教えられる事が多くあります。誕生会の料理を作ったり編物等お客様個々に出来る事をして頂き活躍の場を作っています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。	来所の時や電話で日常の様子を伝え情報共有に努めています。家族の訪問を心待ちにしている事を伝えています。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。	家族や友人が気軽に来所出来るような声掛け、コミュニケーションに努めています。 海外に居住している家族から定期的に電話あり本人の様子をつたえています。本人にも電話の取り次をしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている。	利用者同士の会話が上手くいくよう、職員が調整役をしています。また、お客様同士の関係性や心身状況・感情について職員間で情報共有しています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	利用終了したご家族にも行事に招待したり、ボランティアの依頼を行う等つながりを持ち続けるようにしています。また、お看取り後にご家族を交えて振り返りを行っています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	定期的にあセスメントの実施をし、本人やご家族の思いを伺っています。趣味ややりたい事に取り組む時間を設けたり、興味を持てるような取り組みをしています。言葉表情言動からその人の思いを推測しています。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	センター方式に取り組んでいます。本人からの昔話やご家族からの生活歴を伺い情報を得ています。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。	本人の生活リズムを作り記録に残しています。自分で出来る事は進んで行ってもらえるようにしています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	毎月のモニタリングを行い、日々の状態を他職者と連携を取り介護計画に繋げています。 N式アセスメントを導入。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	介護計画支援に基に実践した内容を記録に残しています。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。	本人、ご家族の要望に応じた外泊、外出に対して臨機応変に対応しています。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	定期的な訪問理美容や訪問医療、相談員訪問や保育園の行事に参加して子供達との交流を図っています。 また、地域のボランティアさんの訪問時には看多機と合同でレクリエーションを楽しんで頂いています。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	月2回の訪問医療と外部の看護師による医療連携を受けています。体調の変化がある時はご家族の了承のもと臨時往診を受けています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している。	訪問診療や医療連携があり、一週間分の健康状態の報告や医療面での相談を行っています。体調の変化があった場合など、必要に応じて電話連絡をして相談しています。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院した際は病院へ情報を伝え、退院時はムンテラや面会に出向き情報共有しスムーズに退院支援できる様に努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	段階ごとに家族や医療と話し合う場面を設けて、随時、意向の確認をするように取り組み職員間で情報共有しています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急時対応のマニュアルを使、内部研修にて定期的に学んでいる。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力的体制を築いている。	年2回の避難訓練、BCP訓練（事業継続訓練）を行っています。自治会の防災訓練にも参加しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	お客様の行動を受け止め、否定から入らないようにしています。また、人前で排泄等の声掛けをしないように配慮しています。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。	衣類や食べ物、レクリエーションの参加等、自己決定出来る様声掛けをして居ます。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	職員の都合で決めている事もあるが、その日の体調や希望に沿って入浴やレクリエーションなど行い、利用者のペースに随時添いながら過ごせるように支援しています。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	訪問理美容では、希望に合わせたカットや毛染め・パーマをしてもらえるようにしています。また、口周りや衣類の汚れは随時清潔保持するように心がけています。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の盛り付けやおしぼり配り、テーブル拭き、食器拭きなどを個々のお客様の状況に合わせて一緒に行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている。	飲水量は記録するとその日の水分量が一目で分かるようになっており、少ない方には随時、提供したりし意識しています。また、体調等により食の進まない利用者には家族と協力して補助食を持参してもらっています。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。	自分で出来る方は声掛けをし、出来ない方は毎食後のケアを本人の力に合わせて歯磨きの手伝いをしています。また、状況に合わせて食前の口腔内の清潔保持を行っています。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	トイレでの排泄を大切にしながら日中と夜間でパット類の種類も本人に合わせて検討しています。介護度の高い方でもトイレでの排泄を心がけています。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる。	適度な運動や体操と水分補給を心がけています。また、朝食のヨーグルト提供の他にも便秘の方には家族の協力も得てヨーグルトや乳製品を持参してもらっています。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。	たまかな時間の設定はあるが、本人の状態見ながら対応しています。拒否がある場合等、臨機応変に行っています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している。	日中の活動を促していますが、本人の生活ペースや気分により臥床時間を設けています。また、夜は室温や掛け物調整などして睡眠出来るような環境作りを心がけています。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	薬の処方や用量が変更した時は、本人の状況を細かく観察し、記録に残し、次回の医療連携時に報告するようにしています。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。	センター方式の活用も少しずつ行ったり、日常の生活、レクリエーションや行事を通して得意分野で発揮してもらえよう場面作りを心がけています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	家族の協力のもと外出したり、介護度が高く外出する機会が無い方でも家族が帰る時に玄関の外まで一緒に見送ったりして短時間でも外気に触れられるように配慮しています。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	家族からお小遣いを預かり事業所が管理しているが、外出など必要に応じて自身で支払いが出来る様に支援しています。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	普段は本人が直接家族へ電話する事はないが、家族からの電話の取次は行っています。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。	花やお客様の作品を飾ったり、お客様の動きや状況に合わせてテーブルやソファなどの配置換えをしています。		
53		じ 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。	リビングと居室の往来が自由に出来るようになっています。また、リビングで過ごす時間が多い方でもテーブル席の他にソファで休めるようにして、くつろげる場所作りを心がけています。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	使い慣れた家具や持ち物を置いたり、昔の写真などを飾ったりして、お客様が安心して自分の部屋と分かる様な工夫作りに配慮しています。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。	普段から使用する物品は極力、配置を変えないようにして、混乱がないようにしています。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 リフジ3神日月

作成日: 令和1年7月25日

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期
1		個別に合わせた機能訓練が実施できていない	一人一人に合った機能訓練が実践出来る。楽しみを見つけ、意欲的な生活を送れる。	個別機能訓練計画書の作成	6ヶ月
2		地域資源を活用した取り組みが少くない	地域の中で生活出来る。実感を持つ。	地域の行事への参加 (例: 花壇作り、防災訓練) ボランティアと通いの交流 (新年会、夏祭り、定期的な訪問)	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月