

令和3年度

## 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	1492200470	事業の開始年月日	平成25年9月1日
		指定年月日	平成25年9月1日
法人名	株式会社リフシア		
事業所名	リフシア善行		
所在地	(〒251-0871) 神奈川県藤沢市善行3-10-4		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
自己評価作成日	令和4年2月28日	定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
	評価結果 市町村受理日	令和4年5月27日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先 <https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp>

### 【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、中重度の要介護状態、または認知症の症状が現れても、住み慣れた地域での生活が継続できるよう支援をしております。

レクリエーションにはセラピスト（理学療法士、作業療法士）及び介護職の専門職チームによる個別のリハビリ計画を作成し、自立支援に向けたプログラムを実施しております。  
また、評価期間を定め現状確認をし、維持・向上・改善ができるよう努めてまいります。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区山下町23番地 日土地山下町ビル9階		
訪問調査日	令和4年3月31日	評価機関 評価決定日	令和4年5月12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)】

<b>【事業所の概要】</b> リフシア善行は小田急江ノ島線善行駅から徒歩15分の場所に位置しており、近くにある中原公園に利用者全員で花見に出掛けるのが定例行事となっている。同一法人の小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、運営推進会議等を合同で開催している。 <b>【介護計画や個別機能訓練計画による個々の利用者に対するきめ細かい支援体制】</b> 介護計画の支援内容を「日中の様子」「レクリエーション」等4つの項目に分けて作成している。「介護記録」に項目毎の実施内容を記載し、日々の状況をきめ細かく把握している。毎月2～3名の職員で「小アセスメント会議」を行い、支援内容が適切かどうかを確認している。この結果を踏まえて行われる毎月のモニタリング内容は計画作成担当者に報告され、介護計画の見直しにつなげる流れとしている。 また、下肢筋力低下等リハビリが必要な利用者に対しては、法人の理学療法士や作業療法士と事業所のケアトレーナーとが連携し、個別機能訓練計画書を作成している。計画書には利用者にとって最適な目標が設定され、その達成に向けたリハビリが実施されている。トイレでの立位が取れずオムツ着用の利用者がリハビリによりトイレでの自立排泄が可能となりリハビリパンツに改善した事例もある。 <b>【家族への緊密な情報提供】</b> 家族への対応窓口を管理者に一本化し、管理者自らが最低でも月に一回は家族に利用者の様子、医療情報等を伝えている。新型コロナ禍で面会も頻繁に出来ない中、定期的で詳細な情報提供を行っている。
---

### 【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	リフシア善行
ユニット名	リフシア善行 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	利用者と職員と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、安心して暮らしている。 (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、活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	法人の理念が、地域密着型サービスの意義を包括しており、事業所の共通理念となっております。施設入り口に掲示することで共有し、実践につなげております。	理念は玄関、事務所内、リビングに掲示している。また、社員証の裏に理念を記載するなど、周知が徹底されている。毎年、理念研修を実施し、理念の意義、意味を再認識し、職員間で共有を図ることにしている。管理者は、利用者の残存能力を引き出す自立支援の実施が理念の一つである「住み慣れた地域で暮らせる」の実践につながると考え、職員にも指導している。	
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	イベントや行事には近隣住民の方にお声がけをしております。また、町内会での行事や消防訓練には参加をさせて頂くようにしております。	善行中原町内会に加入している。新型コロナ禍のため行事は全て中止となったが、回覧板で地域の情報を入手している。散歩時に近隣住民とは挨拶を交わしている。「こども110番」は継続しているが、今年度は特に事案はなかった。また、地域の避難場所としての位置づけも変わりはない。	
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	運営推進会議にてご家族様や地域の方々に周知に努めております。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	概ね2か月ごとの開催を目指し、皆様の意見を可能な限り取り入れられるよう努めております。	偶数月に書面開催の形式で実施し、報告書を藤沢市介護保険課、町内会長、民生委員、地域包括支援センターに提出している。事前に活動内容等を送付し、意見を求めることはしていない。	出席者より意見や要望を聞き取り、事業所の運営にとって有益な双方向の会議となることを期待します。

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
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	地域交流や事業所の運営状況についても、連絡を取っております。市からの介護相談員の受け入れを通して連携を図っています。	運営推進会議の報告書を介護保険課に持参している。介護相談員の受け入れは新型コロナ禍のため中止している。リモートによる感染症についての研修があり、参加している。新型コロナ対策として市よりマスクの支給を受けている。	
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる	認知症状の理解を含め、適切なアセスメントを行い、身体拘束を必要としないケアを行っております。	「身体拘束適正化指針」があり、身体拘束適正化委員会を概ね3か月に1度、小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催している。昨年12月に法人本部の講師による研修を受講している。帰宅願望がある利用者には、職員が付き添い外に出掛け気分転換を図る様に対応している。現在、身体拘束に該当する行為はない。	
7	6	○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	入社時、当社における接遇5原則の周知と施設内の勉強会等で虐待の発見・防止に努めております。	法人による「接遇マニュアル」、入職時に実施するOJT研修での「接遇ルールブック」により不適切なケアや言葉遣い等について学習している。ユニットミーティング時にルールブックの読み合わせを行い、再確認することもある。研修は身体拘束についての研修と同時に実施している。	
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	成年後見人制度を検討されている方に社会福祉会と連携し支援をしています。現在、3名の方が成年後見人制度を利用されています。		
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	契約時には丁寧に説明するとともに、必要に応じて補足資料等もご用意しております。		

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
10	7	○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	「ご意見ボックス」の設置や面会時などご家族様から意見・要望を伺っております。必要があれば書面で回答したり、電話での説明を行い、運営に反映しております。	今年度は「面会」についての要望や意見が多くオンライン面会や玄関でのガラス越し面会の対応だけでなく、中庭での対面面会も実施している。また、花見の際には同行したいという家族に対し、事前には日程が決まらないので、花見当日に連絡を入れることにして、利用者と一緒に楽しんでもらった事例がある。管理者が家族への窓口となり利用者の様子等を毎月詳細に連絡している。	
11	8	○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	ミーティング、目標管理シートを使った社員面談を行い、職員の意見や提案を聞く機会を設けています。	毎月実施しているユニットミーティングで「業務フローの見直し」を課題に掲げ、職員と検討している。職員からは、業務の段取りとして最も効率的な「時間帯」を検討したいとの意見が多く、時間帯の見直しから着手することになっている。管理者は、職員から目標達成に向けた進捗が上手くいかないとの相談を受けた際には、「進捗に向けての行動の選択肢を増やす工夫をしてみよう」と持ち掛けるなど一緒に考えるようにしている。	
12	9	○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	事業所目標達成に向け、各職員の持てる能力を活かして目標を設定、定期考課を実施する等、やりがいや向上心が持てる仕組みを作っています。	「行動基準表」を基にした「目標管理シート」により人事考課に向けた個別面談を年3回実施している。パート社員には「チャレンジシート」により評価を行っている。法人では資格取得に際して研修受講料や交通費の支援や研修受講時に出勤扱いとなる制度を設け支援している。パート社員から正社員への登用は上長による推薦と論文による審査にて実施されている。	
13	10	○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	法人独自の資格習得に向けての取組みや法人内での研修会により知識や技術を得られる仕組みを作っております。	個別機能訓練計画書を作成するケアトレーナーは法人独自の資格制度で、必須科目の研修受講と試験合格で取得出来る。現在、事業所に5名いるが、管理者は将来的には全職員が取得することを目標にしている。他にも介護基礎知識を学ぶAGT研修（明日から現場で使える介護基礎研修）を実施している。職員にとって重要である人事制度の周知のために毎月動画研修も行っている。	

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
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組みをしている	管理者または計画作成担当者が藤沢市認知症対応型共同生活介護連絡会議に参加することで同業者と交流し意見交換するなど向上できるように取り組んでおります。		
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	ご本人様が不安を抱えているということを前提に傾聴し、わかりやすく丁寧な対応を心がけ安心していただけるよう努めております。		
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	ご家族様の心配やご要望について親身に相談を受けながら、ご本人に必要なサービスについてともに考えるようにしています。		
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	サービスの優先順位を可能な限りアセスメントより抽出し、生活全体において必要なサービスをご利用いただけるよう支援しております。		
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	職員は自立支援を常に意識し、支援にあたっています。また、共同作業等を通じ、関係づくりができるよう支援しております。		

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
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	必要な物品を依頼、お持ちいただく際にご面会ができるよう時間を調整し、ご家族関係が途切れないようお願いをしております。		
20	11	○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	事前予約で窓越し面会や、ICTを活用したビデオ通話面会を行っています。また、ご本人の希望に沿って外出支援を行い馴染みの人や場所との関係が続けられるよう支援をしています。	友人や知人との電話や手紙の取次ぎは行っている。生活習慣では、新聞購読を継続する方や飲酒を楽しむ利用者もいる。以前は週2回、趣味のため外出していた利用者が、今は事業所に新型コロナウイルスを持ち込むリスクを避けるため自粛している。	
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	食席の配置に配慮し、お客様同士が談話できる環境の提供を行っています。関係性が難しい場合には、職員が間に入る支援も行っています。		
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	サービス利用が終了後であっても、必要に応じ、相談や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
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	12	○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。	ご利用開始前、開始後においてもご本人とお話する時間を確保し、生活に対する意向や希望を把握できるよう努めております。困難な場合は家族に支援をお願いし本人本位での検討を行っています。	利用者の意向は入居前のアセスメントや家族からの情報提供を参考に把握している。発語が難しい方は、表情から汲み取っている。利用者から把握した思いは日報に記入し、申し送り時にも口頭で伝えて職員間で共有している。	
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	ご本人のアセスメントのほか、ご家族や関連事業所からも情報収集を行い、その人らしい生活ができるよう努めています。		
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	生活歴の把握に努め、施設でもご自宅での生活と大きく変わらないように努めています。		
26	13	○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	定期的カンファレンスを行い、ご本人・ご家族・介護職員・医療関係者等の意見が反映されるように作成しています。	アセスメントを実施の上、介護計画書を作成し、短期目標は原則6か月で見直している。毎月「小アセスメント」と「モニタリング」を実施し、介護計画の見直しにつなげている。介護計画作成時は医師、看護師、家族の意見を取り入れることにしている。転倒骨折し手術後退院した利用者に対し、医師はリハビリし自力歩行を目指すことを提案したが、家族から歩行により再度転倒し痛い思いをさせたくないとの意見があり、リハビリはせずに車イスを使用することにした事例がある。	

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
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	個別サービス記録に内容の実践・取り組み・気づき等を記載し、職員間で情報を共有して介護計画の見直しに活かしています。		
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	アセスメント結果よりニーズと必要なサービスを検討し、個々に合った柔軟なサービスができるよう努めています。		
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	近隣の小売店への買い物や、町内会へのイベント参加、地域クラブへの参加支援をしています。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	医療機関情報の希望がある場合は、関係医療機関の在宅医療担当者等も含め、情報提供をしています。	全員が協力医療機関（内科）の訪問診療を月2回受診している。訪問看護師も月2回来所し健康管理をしている。またLINEで連絡を取り合うことも可能で、何かあれば速やかに適切な指示を仰ぎ、必要に応じて来所し処置も受けられる。医師とは「医療機関連絡票」で、看護師とは「医療連携情報提供書」で情報を共有している。歯科医は契約者のみ月2回の診察を行っている。外部受診は基本的に家族対応で、受診結果は個人記録に記載し、職員間で共有している。	

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	介護職員及び計画作成担当より、看護職員への情報伝達を行い情報共有に努めています。		
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。	入院時の情報提供、入院中のご様子確認連絡など情報交換を行うよう努めています。		
33	15	○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	主治医、訪問看護師等と介護職員、ご家族様とでカンファレンスを行い、情報共有に努めています。ACPを活用し、ご本人、家族の想いを大切に看取り支援に取り組んでいます。	入居時に「人生の最終段階におけるケアの同意書」を説明している。医師が終末期と判断した際に、医師より家族に状況説明の上、「看取り介護についての同意書」を説明し同意を得て、看取り介護計画書を作成している。利用者の状態が悪くなってからでもACP（最終段階におけるケアについて本人、家族、介護職員等関係者が話し合うプロセス）を活用することもある。医師が終末期と判断した時点で、再確認のために「看取りケアマニュアル」を使った研修を行っている。今年度は事業所での看取りが一例あった。デスカンファレンスを行い、家族よりケアへの感謝の言葉を頂いている。	
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	AEDの設置と定期的に研修を行っています。また、救急連絡やオンコールが円滑に行えるよう、職員に周知と掲示をしております。		

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
35	16	○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	町内会の消防訓練（1回/年）、施設での消防訓練（2回/年）広域災害時の対応訓練（1回/年）の実施をしております。 施設内消防訓練では、夜間想定での訓練も行っています。	小規模多機能型居宅介護事業所と合同で年2回の火災による避難訓練を実施し、内1回は夜間想定となっている。利用者も避難を体験し、AED講習にも参加している。事業所近くに住んでいる職員が多いことから、夜間想定の際には連絡を入れてからどの程度の時間で事業所に到着出来るかの確認もしている。食料品の備蓄に関し、法人方針で事業所には1日分、あと2日分は法人系列の配食業者にて保管している。但し、水やカセットコンロ、発電機等は事業所で用意している。	
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	当社の接遇原則に基づいた発言や行動を教育しております。 入浴、排泄等はドアのほかにカーテンを取り付け、プライバシーの保護を図っています。	法人に接遇委員会があり、今年度の取組み目標を「言葉遣い」としている。「親しみ」と「馴れ合い」との違いや利用者を人生の先輩と位置づけ敬語で話が出るように気をつけている。 職場で不適切な言葉遣いがあった時は、その場で注意をするように職員間で共有している。利用者を呼ぶ際は苗字に「さん」付けを基本としている。	
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	声掛けによりご本人の思いや希望、意思の確認をした上で必要に応じた支援ができるよう努めています。		
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、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	お客様お一人お一人の生活リズムを優先とし、画一的なサービスやプログラムとならないよう支援をしております。		

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
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	ご希望に応じて訪問理美容に依頼をしています。外出時は普段着から外出着に着替え、気持ちが華やかになるよう準備をしています。		
40	18	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	アセスメントにより、身体状況や嗜好の把握に努めています。お茶入れや配膳下膳など可能な限り、自立支援となるよう努めています。	3食とも法人系列の配食業者からの食材供給を受けている。朝食は事業所で湯煎し提供する。昼食、夕食は小規模多機能型居宅介護事業所の厨房で一旦加温し鍋等に移された食材を利用者も歩行運動を兼ねて一緒に引き取りに行き、盛り付けも一緒に行って、提供するようにしている。月に1度は食レクを実施し、寿司やサンドウィッチを食べることもある。誕生日には、手作りのケーキでお祝いをしている。プランターで育てたミニトマト等が食卓に上がることもある	
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	個別に食事・水分摂取量を記録し、状態確認をしながら必要量が確保できるよう支援しています。		
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、ご自身でできる方は口腔ケアを促し、介護が必要な方は口腔ケアを実施して記録をしております。必要があれば、訪問歯科への支援も行っています。		

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
43	19	○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	排泄記録を個別にとり、排泄パターンの把握に努めております。また、横型手すりを設置し、腹圧による自力排泄を促せるよう支援しております。	排泄記録でパターンを把握し、定時で誘導しトイレでの排泄を支援している。日中はリハビリパンツの利用者が多いが、夜間は個々の対応とし、定期的にトイレ誘導したり吸収力のあるパッドに交換し睡眠を優先する場合もある。機能訓練計画に基づくりハビリによりトイレでの立位が取れるようになり、オムツから布パンツに改善した事例がある。	
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	水分摂取の働きかけや寒天を使用した食品の提供を行っています。個々に水分摂取記録を取り、運動への働きかけや必要に応じ、緩下剤の服用で調整を行っています。		
45	20	○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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	原則、一人のお客様の入浴介助は担当職員1名が一連の支援をすることでプライバシーを守り、安心して入浴を楽しんでいただけるよう支援しています。	原則は週2回で、時間帯は午前としているが、希望により午後入浴の対応とする場合もある。入浴を好まない利用者には決して無理強いせず、足浴や清拭のみとすることもある。ヒートショック対策はエアコンで行っている。シャワーチェアやトロリー入浴により全利用者が入浴出来るようにしている。レクリエーションで脱衣場で行った「足湯」が利用者に好評を得た。	
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	日中の活動量を増やし、生活のリズムを付け、自然な状態で夜間入眠しやすいよう支援しています。		

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
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	関連薬局の薬剤師より目的や副作用、用法や用量の説明を受け支援しています。		
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	アセスメントにより生活歴や嗜好等は可能な限り把握し、日々の楽しみや気分転換ができるよう努めています。		
49	21	○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	ご本人の希望による外出支援はご家族様や関係者と連携し、可能な限りの支援を行っています。	近隣への散歩を継続している。花見のシーズンには全員で中原公園に出掛けている。新型コロナ禍の影響で法人方針により外出行事を全て中止としている。外出出来ないことでストレスがたまらないように機能訓練を定期的実施したり、小規模多機能型居宅介護事業所に出掛けたり、ユニット間を行き来して気分転換を図っている。	
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	社会生活においてお金の利用は重要な行動と理解しております。所持・使用の支援も行っています。		
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	携帯電話や施設の電話の使用、お手紙のやり取りも支援しています。		

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
52	22	○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	室内は木目調を基調とした落ち着いた雰囲気となっております。玄関は敷石でフローリングの色之差で室内外を区別しています。季節を意識したリビングの飾りつけを行い、心地よく過ごせるよう努めています。	利用者と職員とで作った季節感のある手作りの折り紙細工等をリビングの壁に飾っている。空気清浄機を設置し、定期的な窓開けや24時間常時換気も行っている。広めのリビングにはレイアウトが自由な台形のテーブルがあり、大き目のソファで寛ぐ利用者もいる。ケアサポーターがトイレ等の清掃や消毒を実施している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	テーブルやソファを利用しお客様が思い思いに過ごせるよう工夫しています。		
54	23	○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	使い慣れたもの、思い出の品やアルバムをお持ちいただき、環境が変わっても落ち着けるよう支援しています。	備え付けは、介護ベッド、照明、エアコン、クローゼット、ハンガーレール、空気清浄機となっている。利用者は使い慣れた家具を持ち込み思い思いの部屋にしている。アルバムに見入ったり、家族からの手紙を何度も繰り返し読みながら居室での時間を過ごす利用者もいる。	
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	お客様の体に合った椅子の高さが選択でき、壁面に手すりや家具類を配置することで自立を支援しています。		

事業所名	リフシア善行
ユニット名	リフシア善行 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	利用者と職員と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、安心して暮らしている。 (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、活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	法人の理念が、地域密着型サービスの意義を包括しており、事業所の共通理念となっております。施設入り口に掲示することで共有し、実践につなげております。		
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	イベントや行事には近隣住民の方にお声がけをしております。また、町内会での行事や消防訓練には参加をさせて頂くようにしております。		
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	運営推進会議にてご家族様や地域の方々に周知に努めております。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 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	概ね2か月ごとの開催を目指し、皆様の意見を可能な限り取り入れられるよう努めております。		

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
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	地域交流や事業所の運営状況についても、連絡を取っております。市からの介護相談員の受け入れを通して連携を図っています。		
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業員への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる	認知症状の理解を含め、適切なアセスメントを行い、身体拘束を必要としないケアを行っております。		
7	6	○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	入社時、当社における接遇5原則の周知と施設内の勉強会等で虐待の発見・防止に努めております。		
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	成年後見人制度を検討されている方に社会福祉会と連携し支援をしています。現在、1名の方が成年後見人制度を利用されています。		
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	契約時には丁寧に説明するとともに、必要に応じて補足資料等もご用意しております。		

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
10	7	○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	「ご意見ボックス」の設置や面会時などでご家族様から意見・要望を伺っております。必要があれば書面で回答したり、電話での説明を行い、運営に反映しております。		
11	8	○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	ミーティング、目標管理シートを使った社員面談を行い、職員の意見や提案を聞く機会を設けています。		
12	9	○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	事業所目標達成に向け、各職員の持てる能力を活かして目標を設定、定期考課を実施する等、やりがいや向上心が持てる仕組みを作っています。		
13	10	○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	法人独自の資格習得に向けての取り組みや法人内での研修会により知識や技術を得られる仕組みを作っております。		

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
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組みをしている	管理者または計画作成担当者が藤沢市認知症対応型共同生活介護連絡会議に参加することで同業者と交流し意見交換するなど向上できるように取り組んでおります。		
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	ご本人様が不安を抱えているということを前提に傾聴し、わかりやすく丁寧な対応を心がけ安心していただけるよう努めております。		
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	ご家族様の心配やご要望について親身に相談を受けながら、ご本人に必要なサービスについてともに考えるようにしています。		
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	サービスの優先順位を可能な限りアセスメントより抽出し、生活全体において必要なサービスをご利用いただけるよう支援しております。		
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	職員は自立支援を常に意識し、支援にあたっています。また、共同作業等を通じ、関係づくりができるよう支援しております。		

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
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	必要な物品を依頼、お持ちいただく際にご面会ができるよう時間を調整し、ご家族関係が途切れないようお願いをしております。		
20	11	○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	事前予約で窓越し面会や、ICTを活用したビデオ通話面会を行っています。また、ご本人の希望に沿って外出支援を行い馴染みの人や場所との関係が続けられるよう支援をしています。		
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	食席の配置に配慮し、お客様同士が談話できる環境の提供を行っています。関係性が難しい場合には、職員が間に入る支援も行っています。		
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	サービス利用が終了後であっても、必要に応じ、相談や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
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	12	○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。	ご利用開始前、開始後においてもご本人とお話する時間を確保し、生活に対する意向や希望を把握できるよう努めております。困難な場合は家族に支援をお願いし本人本位での検討を行っています。		
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	ご本人のアセスメントのほか、ご家族や関連事業所からも情報収集を行い、その人らしい生活ができるよう努めています。		
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	生活歴の把握に努め、施設でもご自宅での生活と大きく変わらないように努めています。		
26	13	○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	定期的カンファレンスを行い、ご本人・ご家族・介護職員・医療関係者等の意見が反映されるように作成しています。		

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
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	個別サービス記録に内容の実践・取り組み・気づき等を記載し、職員間で情報を共有して介護計画の見直しに活かしています。		
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	アセスメント結果よりニーズと必要なサービスを検討し、個々に合った柔軟なサービスができるよう努めています。		
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	近隣の小売店への買い物や、町内会へのイベント参加、地域クラブへの参加支援をしています。		
30	14	○かかりつけ医の受診支援 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	医療機関情報の希望がある場合は、関係医療機関の在宅医療担当者等も含め、情報提供をしています。		
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	介護職員及び計画作成担当より、看護職員への情報伝達を行い情報共有に努めています。		

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
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。	入院時の情報提供、入院中のご様子確認連絡など情報交換を行うよう努めています。		
33	15	○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	主治医、訪問看護師等と介護職員、ご家族様とでカンファレンスを行い、情報共有に努めています。ACPを活用し、ご本人、家族の想いを大切に看取り支援に取り組んでいます。		
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	AEDの設置と定期的に研修を行っています。また、救急連絡やオンコールが円滑に行えるよう、職員に周知と掲示をしています。		
35	16	○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	町内会の消防訓練（1回/年）、施設での消防訓練（2回/年）広域災害時の対応訓練（1回/年）の実施をしております。施設内消防訓練では、夜間想定訓練も行っています。		

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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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	当社の接遇原則に基づいた発言や行動を教育しております。 入浴、排泄等はドアのほかにカーテンを取り付け、プライバシーの保護を図っています。		
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	声掛けによりご本人の思いや希望、意思の確認をした上で必要に応じた支援ができるよう努めています。		
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、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	お客様お一人お一人の生活リズムを優先とし、画一的なサービスやプログラムとならないよう支援しております。		
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	ご希望に応じて訪問理美容に依頼をしています。外出時は普段着から外出着に着替え、気持ちが華やかになるよう準備をしています。		

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
40	18	○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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	アセスメントにより、身体状況や嗜好の把握に努めています。お茶入れや配膳下膳など可能な限り、自立支援となるよう努めています。		
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	個別に食事・水分摂取量を記録し、状態確認をしながら必要量が確保できるよう支援しています。		
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、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、ご自身でできる方は口腔ケアを促し、介護が必要な方は口腔ケアを実施して記録をしております。必要があれば、訪問歯科への支援も行っています。		
43	19	○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	排泄記録を個別にとり、排泄パターンの把握に努めております。また、横型手すりを設置し、腹圧による自力排泄を促せるよう支援しております。		
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	水分摂取の働きかけを行っています。個々に水分摂取記録をとり、運動への働きかけや必要に応じ、緩下剤の服用で調整を行っています。		

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
45	20	○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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	原則、一人のお客様の入浴介助は担当職員1名が一連の支援をすることでプライバシーを守り、安心して入浴を楽しんでいただけるよう支援しています。		
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	日中の活動量を増やし、生活のリズムを付け、自然な状態で夜間入眠しやすいよう支援しています。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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	関連薬局の薬剤師より目的や副作用、用法や用量の説明を受け支援しています。		
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	アセスメントにより生活歴や嗜好等は可能な限り把握し、日々の楽しみや気分転換ができるよう努めています。		
49	21	○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	ご本人の希望による外出支援はご家族様や関係者と連携し、可能な限り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
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	社会生活においてお金の利用は重要な行動と理解しております。所持・使用の支援も行っています。		
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	携帯電話や施設の電話の使用、お手紙のやり取りも支援しています。		
52	22	○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	室内は木目調を基調とした落ち着いた雰囲気となっております。玄関は敷石でフローリングの色の差で室内外を区別しています。季節を意識したりビングの飾りつけを行い、心地よく過ごせるよう努めています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	テーブルやソファーを利用しお客様が思い思いに過ごせるよう工夫しています。		
54	23	○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	使い慣れたもの、思い出の品やアルバムをお持ちいただき、環境が変わっても落ち着けるよう支援しています。		

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
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	お客様の体に合った椅子の高さが選択でき、壁面に手すりや家具類を配置することで自立を支援しています。		

# 目標達成計画

事業所名 リフシア善行

作成日 令和4年5月23日

## 【目標達成計画】

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組み内容	目標達成に要する期間
1	245	地域との関わりが少なく、当事者意識においても、片面輸出のみで地域からの意見や要望が取り入れられていない	地域住民に専務所の役割を認知していただき、地域と連携ができる	巡回開催では、前もっての開催を提示し、意見が求められるよう検討する 運営推進会議の対面での開催 町内会のイベントの参加	12か月
2	33	重症化や終末期に向けた体制の整備が不足している 認知症の認知経験が少なく、認知症についての医療連携の範囲が理解できていない	医療連携が強化できる 認知症の認知経験を共有し、共有できる	医療連携に向け、3か月に1回の話し合いの場を設ける 認知症ケアマニュアル、ACPについての研修会の開催	6か月
3		自立支援に向けた取組みが行えていない	お客様のニーズを把握し、自立支援に向けたケアの提供ができる	N式アセスメントシートを活用したアセスメント会議の開催 自立支援介護への理解を深める 計画、実施、評価、見直しのPDCAサイクルの徹底を行う	12か月
4					
6					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。  
注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。