

令和元年度

## 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
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	令和2年1月15日	評価結果 市町村受理日	令和2年5月29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、中重度の要介護状態、また、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に支援致します。

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）及び介護職員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・改善が出来るよう努めております。

### 【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和2年2月20日	評価機関 評価決定日	令和2年5月25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、小田急江ノ島線「善行」駅から徒歩12～3分ほどの、静かな住宅地にあります。周辺の公園は自然に囲まれた散歩道になっています。建物は鉄骨造り2階建てのモダンな造りで、採光良く明るい館内は清掃が行き届き、安心して過ごせる環境が整えられています。1、2階部分がグループホームで、1階には小規模多機能型居宅介護事業所が併設されています。

<優れている点>

職員は、理念の「その人らしく生きるための関わりを大切に」や「住み慣れた地域でその人らしい生活が継続出来るように」を大切にしています。その人の持てる力を活かし、出来るだけ自立した生活を過ごしてもらえよう、日々ケアに努めています。個別の介護計画を基に「個別機能訓練計画書」を作成し、リハビリテーションに力を入れています。日々の変化や気づきの記録を「課題整理総括表」に整理し、介護計画に反映し、理学・作業療法士、介護職員など専門職チームで「個別機能訓練計画書」を作成して、機能の維持向上に取り組んでいます。

<工夫点>

行事や日常におけるボランティアの協力で、地域との触れ合いや交流が多くあります。地域で車いすの講習会を開催したり、地域のサークル活動発表会や地域ボランティアの来訪も多くあります。また、事業所として地域における近隣住民の災害時の避難場所や「子ども110番の家」として駆け込み所ともなっています。

### 【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、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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。 施設入口に掲示することで共有し実践につなげております。	3年前に、法人の理念を基本に、事業所理念を職員と話し合って作成し、玄関や事務室に掲示しています。実際に理念が日々活かされているかについて、職員は話し合いを持っています。入居者に、毎日を笑顔で過ごしてもらえるよう実践しています。	
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。	イベントや行事には近隣住民の方を呼び、また、町内会での行事や消防訓練等には参加させて頂くようにしております。	町内会で事業所の様子を報告したり、職員が地域防災訓練や祭りの手伝いに参加しています。事業所の行事にも多くのボランティアが来訪し、1階の会場は地域サークル活動発表会に使用しています。子ども110番や、災害時には近隣の避難所となっています。	
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。	運営推進会議にて町内会長を含め周知に努めています。 また、町内会の連携を通じて地域のサークル活動の発表を施設にて行って頂いています。	/	/
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ヵ月ごとに運営推進会議を開催し、皆様の意見を可能な限り多く取り入れられるよう努めています。	会議は併設の小規模多機能型居宅介護事業所と合同で開催し、利用者や家族、町内会々長、市の介護保険課職員、地域包括支援センター職員が参加しています。運営状況や外部評価の報告、意見交換、地域の情報やニーズなどを話し合っています。	地域との連携が図られています。これからは事業報告や情報交換の他に、認知症サポーターなどの広報や災害を想定した関わりなどにより、更に連携を深め、活用していくことも期待されます。
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に取り組んでいる。	地域交流や事業所の運営状況についても、日頃より連絡を取っております。藤沢市グループホーム連絡会等でもできる限り連携を取っています。	市の介護保険課と介護認定更新申請や困難事例の相談、事故報告や事業所の運営状況、空室情報などのやり取りを行っています。市のグループホーム連絡会に参加し、認知症サポーター養成講座や防災関係の情報を入手し、運営に反映しています。	

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
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。	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。	身体拘束を行わないことを重要事項説明書に明記し、契約時に説明しています。3ヶ月ごとに身体拘束廃止委員会を開催し、日々の言葉かけや対応がスピーチロックになっていないかなどを話し合っています。毎月の職員会議で、弊害の理解を深め、接遇の5原則を確認しています。	
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。	入社時、当社における接遇5原則の周知、認知症実践者研修修了者等が講師となり、施設内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。	成年後見制度を検討されている方に社会福祉士と連携し支援する事ができます。現状、2名の方が成年後見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をするとともに、必要に応じて補足資料等もご用意しております。		
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。	概ね2ヵ月ごとに運営推進会議を開催し、皆様の意見を可能な限り多く取り入れられるよう努めています。ご要望につきましても随時検討し可能な限り反映しております。	意見箱を設置し、要望や苦情が言いやすい環境を整えています。家族からの電話や来訪時には、職員から積極的に声をかけ、意見や要望を気楽に話せる雰囲気を作り、近況報告をしたり、話を聞くようにしています。毎月「リフシア善行通信」を発行し、日常生活の様子を伝えています。	

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。	概ね1ヵ月に1回会議にて意見交換の場を設けております。	毎月のユニットミーティングでカンファレンスや意見交換をしています。職員から日常におけるレクリエーション活動内容や花壇作りの提案があり、実践しています。管理者は、職員の研修希望や目標など「目標管理シート」により面談し、意向を把握しています。	
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。	管理者は衛生推進者養成講習を修了し、職場環境・条件の整備に努めています。また、目標を定め、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があります。		
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。	当社専用様式によるOJTテキストや2ヵ月に一度、法人内の運営施設より職員が会して行う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。		
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事で同業者と交流し意見交換する等、向上出来るように取り組んでおります。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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姿勢を基本とし、笑顔でわかりやすく丁寧な対応を行い安心していただけるように努めております。		

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
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。	ご家族の心配や要望について相談を受けながら、ご本人に必要なサービスについて共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により抽出し、生活全体において必要なサービスをご利用頂けるように努めています。		
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。	介護職員は自立支援を常に意識し、過介護に成らぬよう努めています。また、共通作業等を通じ関係作りができるよう支援しております。		
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。	ご家族の面会時に外出や散歩をご本人として頂くことで、入居後も家族関係が継続できるようにお願いしております。		
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。	ご自宅で生活されていた時の、ご近所やご友人も面会に来られています。	入居時のアセスメントに加え、家族から利用者の生活歴や馴染みの関係を情報収集しています。地域の利用者が多く、近所の人が来訪しています。家族との電話取り次ぎをはじめ、家族と買い物や美容院へ出かけ外食をする、年末・年始に一時帰宅するなど継続の支援をしています。	

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。	2～3名の少人数にて談話できる環境の提供等に努めています。		
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。	転居による場合、サービス終了後も、必要に応じて他の事業者と連携し情報提供する等のフォローをしております。		

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。	ご利用開始前、開始後においてもご本人と面談し、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。	入居時のアセスメントから利用者の生活歴や意向を把握し、日常の会話や行動からも思いを汲み取るように努めています。気づいた事は記録に残し、情報共有しています。入浴の時は、よいコミュニケーションの機会として声をかけ、思いの把握に努めています。	
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他、ご家族・関連事業者も含め情報収集をしています。		
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。	個別に1日の生活を把握し、施設利用時も自宅での生活と大きく変わらぬよう努めています。		

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
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。	定期カンファレンスにより、ご本人・ご家族・介護職員・医療機関等の意見が反映されるよう作成しております。	アセスメントで得た情報を基に介護計画を作成し、モニタリングを経て見直しをしています。日々の変化や気づきを記録し「課題整理総括表」に整理し、介護計画に反映しています。理学・作業療法士、介護職員など専門職がチームを組んで「個別機能訓練計画書」を作成し、身体機能の維持向上に取り組んでいます。	
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。	当社オリジナルソフトにより情報共有及び確認に活かしております。		
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、個々にあった柔軟なサービスが出来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、町内のいきいきクラブへの参加支援をしています。		
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し、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、関係医療機関の在宅医療担当者等も含め、情報提供しています。	医療の受診は利用者の希望に沿っていません。以前からのかかりつけ医が訪問診療に来る人もいます。協力医は月2回、訪問看護師、歯科医が週1回来訪しています。セラピスト指導の下、作業などのリハビリケアに取り組んでいます。医療情報は医療関係者、職員、家族間で共有しています。	



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
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者より訪問看護職員（医療連携）へ情報伝達し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。	日頃より地域連携担当者、医療相談員との情報交換を深めるように努めています。		
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。	主治医、訪問看護師等と施設職員、ご家族にてカンファレンスを行い情報共有に努めています。重度化及び看取りに関する指針の説明と同意を得ています。	入居時に「看取り指針」を説明し同意を得ています。重度化した際は、本人・家族、主治医、看護師、職員で話し合いながら、チーム連携で支援に取り組んでいます。管理者は経験を踏まえて、事前に職員と対応などを話し合っています。昨年は数名の看取り支援を行っています。	
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。	AEDを設置し研修を行っております。また、救急連絡やオンコールが円滑に行われるよう、職員周知と掲示をしております。		
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。	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）を年に計4回実施しております。	年2回の避難訓練のほか、BCP（事業継続計画）訓練を実施しています。9月に法人内全事業所での広域災害訓練で震度6強想定の実施を行っています。その経験が直後の台風による停電発生時の素早い対応に活かされています。防災備蓄品を使つての稼働訓練も行っています。	災害対策は、避難訓練やBCP訓練の実施、地域防災訓練の参加など、法人、事業所が一体で取り組んでいます。引き続き夜間想定訓練や地域住民への協力依頼について検討す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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	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。また、入浴や排泄等はドアの他にカーテンを取付け、プライバシーの保護を図っています。	「接遇プレゼンテーション大会」開催など法人と全事業所が一体となって、人格の尊重の基礎となる接遇を大切にしています。事業所ではテーマを決めKJ法で職員全員が参加し、話し合っています。日頃から誇りやプライバシーなどを損なわないよう言葉遣いに注意しています。	
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。	声かけにより思いや希望、自己判断の意思確認をした上で必要に応じた支援が出来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、個々の生活リズムを優先し、画一的なサービスやプログラムとならぬよう支援しています。		
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。	希望に応じ訪問理美容に依頼しています。また、外出する時は普段着から外出着に着替え気持ちも華やかになるよう努めています。		
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。	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。	法人は食環境改善事業に力を入れ、系列会社で食事を作り、配送しています。普通食や嚥下食など3形態の食事を提供しています。主食と味噌汁は事業所で手作りし、利用者とおやつに団子やケーキを作ったり、家族も参加して流しソーメンなどの行事食を楽しんでいます。	

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
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・水分の摂取量を記録し、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、ご自身で出来る方は口腔ケアを促し、介護を要する方は口腔ケアを実施し記録しております。		
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。	排泄の記録を個別にとり、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います。	「介護日報一覧表」のバイタルデータ、食事、入浴、活動、水分で、総合的に排泄パターンを把握しています。毎朝の体操、歩行訓練などを行い、生活機能維持に努め、トイレでの排泄を支援しています。言葉を選んだ声かけやトイレ内のカーテン設置などきめ細かく配慮しています。	
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。	日中活動量を増やし、水分も必要量とり、良く噛んで食べることを推奨しております。		
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。	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事でプライバシーを守り、安心して入浴を楽しんで頂けるよう支援しています。	原則週2回入浴しています。浴槽は左右移動式で体の負担に対応ができます。簡易バスタブストレッチャーや併設の小規模多機能型居宅介護事業所の機械浴も備えています。入浴の都度、湯を入れ替え、好みの入浴剤を入れる人もいます。職員は話しかけ、入浴を楽しめるように支援しています。	

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
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易いように支援しています。		
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。	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、喜びや気分転換を図って頂けるよう努めています。		
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。	ご本人の希望による外出支援はご家族や関係者と連携し、可能な限り支援しています。	近隣公園の散歩やおやつのお買物など、出来る限り希望に沿った外出支援に努めています。定期的に麻雀で地域居場所へ出かける人もいます。初詣、コスモスやざる菊鑑賞、法人全体のリフシアフェスタ、地域祭りに出かけています。敷地内の小道や菜園で外気浴を楽しんでいます。	
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。	社会生活において、お金の利用は大変重要な行動と理解しております。所持・使用の支援も致します。		

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
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、また、お手紙等の郵便物を出す支援もしております。		
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。	室内灯を点けた状態で机上照度600ルクスに設定しております。室内は木目を基調とした落ち着いた雰囲気となっております。	リビングは明るい色のクッションフロアに可変式台形テーブルが置かれ、壁面には紅葉の木など、利用者と製作した作品が飾られています。毎日換気、清掃し、床暖房に加湿器を置き、玄関やフロア入室前の手指消毒を励行しています。階段には昇降機が設置されています。	
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。	テーブルやソファ等にて空間を仕切り、居場所の工夫をしています。		
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。	使い慣れたもの、思い出の品やアルバムをお持ち頂き、環境が変わっても落ち着けるよう支援しています。	エアコンやベッド、クローゼット、ナースコールを備えています。居室担当者は利用者と一緒に、居心地よく過ごせる居室づくりに努めています。毎朝窓を開け、毎週シーツ交換を行っています。テレビ、写真、習字の作品の掲示など、思い思いの居室づくりを工夫しています。	
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。	お客様の身体にあったテーブルや椅子の高さが選択でき、また、各所につかまり易い家具類を配置することで自立支援をしています。		

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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を呼び、また、町内会での行事や消防訓練等には参加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。	運営推進会議にて町内会長を含め周知に努めています。 また、町内会の連携を通じて地域のサークル活動の発表を施設にて行って頂いています。		
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ヵ月ごとに運営推進会議を開催し、皆様の意見を可能な限り多く取り入れられるよう努めています。		
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に取り組んでいる。	地域交流や事業所の運営状況についても、日頃より連絡を取っております。 藤沢市グループホーム連絡会等でもできる限り連携を取っています。		

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
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。	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		○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、認知症実践者研修修了者等が講師となり、施設内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。	成年後見制度を検討されている方に社会福祉士会と連携し支援する事ができます。現状、2名の方が成年後見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をするとともに、必要に応じて補足資料等もご用意しております。		
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。	概ね2ヵ月ごとに運営推進会議を開催し、皆様の意見を可能な限り多く取り入れられるよう努めています。ご要望につきましても随時検討し可能な限り反映しております。		



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
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。	概ね1ヵ月に1回会議にて意見交換の場を設けております。		
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。	管理者は衛生推進者養成講習を修了し、職場環境・条件の整備に努めています。 また、目標を定め、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があります。		
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。	当社専用様式によるOJTテキストや2ヵ月に一度、法人内の運営施設より職員が会して行う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。		
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。	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事で同業者と交流し意見交換する等、向上出来るように取り組んでおります。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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姿勢を基本とし、笑顔でわかりやすく丁寧な対応を行い安心していただけるように努めております。		

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
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。	ご家族の心配や要望について相談を受けながら、ご本人に必要なサービスについて共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により抽出し、生活全体において必要なサービスをご利用頂けるように努めています。		
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。	介護職員は自立支援を常に意識し、過介護に成らぬよう努めています。また、共通作業等を通じ関係作りができるよう支援しております。		
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。	ご家族の面会時に外出や散歩をご本人として頂くことで、入居後も家族関係が継続できるようにお願いしております。		
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。	ご自宅で生活されていた時の、ご近所やご友人も面会に来られています。		

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。	2～3名の少人数にて談話できる環境の提供等に努めています。		
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。	転居による場合、サービス終了後も、必要に応じて他の事業者と連携し情報提供する等のフォローをしております。		
<b>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</b>					
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。	ご利用開始前、開始後においてもご本人と面談し、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。		
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他、ご家族・関連事業者も含め情報収集をしています。		
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。	個別に1日の生活を把握し、施設利用時も自宅での生活と大きく変わらぬよう努めています。		

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
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。	定期カンファレンスにより、ご本人・ご家族・介護職員・医療機関等の意見が反映されるよう作成しております。		
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。	当社オリジナルソフトにより情報共有及び確認に活かしております。		
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、個々にあった柔軟なサービスが出来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、町内のいきいきクラブへの参加支援をしています。		
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し、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、関係医療機関の在宅医療担当者等も含め、情報提供しています。		

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
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者より訪問看護職員（医療連携）へ情報伝達し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。	日頃より地域連携担当者、医療相談員との情報交換を深めるように努めています。		
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。	主治医、訪問看護師等と施設職員、ご家族にてカンファレンスを行い情報共有に努めています。重度化及び看取りに関する指針の説明と同意を得ています。		
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。	AEDを設置し研修を行っております。また、救急連絡やオンコールが円滑に行われるよう、職員周知と掲示をしております。		
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。	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）を年に計4回実施しております。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	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。また、入浴や排泄等はドアの他にカーテンを取付け、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。	声かけにより思いや希望、自己判断の意思確認をした上で必要に応じた支援が出来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、個々の生活リズムを優先し、画一的なサービスやプログラムとならぬよう支援しています。		
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。	希望に応じ訪問理美容に依頼しています。また、外出する時は普段着から外出着に着替え気持ちも華やかになるよう努めています。		
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。	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。		

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。	個別に食事・水分の摂取量を記録し、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、ご自身で出来る方は口腔ケアを促し、介護を要する方は口腔ケアを実施し記録しております。		
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。	排泄の記録を個別にとり、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。	日中活動量を増やし、水分も必要量とり、良く噛んで食べることを推奨しております。		
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。	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事でプライバシーを守り、安心して入浴を楽しんで頂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
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易いように支援しています。		
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。	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、喜びや気分転換を図って頂けるよう努めています。		
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。	ご本人の希望による外出支援はご家族や関係者と連携し、可能な限り支援しています。		
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。	社会生活において、お金の利用は大変重要な行動と理解しております。所持・使用の支援も致します。		



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
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、また、お手紙等の郵便物を出す支援もしております。		
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。	室内灯を点けた状態で机上照度600ルクスに設定しております。室内は木目を基調とした落ち着いた雰囲気となっております。		
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。	テーブルやソファ等にて空間を仕切り、居場所の工夫をしています。		
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。	使い慣れたもの、思い出の品やアルバムをお持ち頂き、環境が変わっても落ち着けるよう支援しています。		
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。	お客様の身体にあったテーブルや椅子の高さが選択でき、また、各所につかまり易い家具類を配置することで自立支援をしています。		

令和元年度

## 目標達成計画

事業所名 リフシア善行

作成日： 令和2年 5月 28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間
1	7 9 10	アセスメントから課題整理ケアプラン、機能訓練プランと一連の流れをケアマネが作成しているが、スタッフ一人ひとりへの浸透が薄いため、お客様のニーズの把握や共有が、スタッフに行き渡っていない	センター方式及びN式アセスメントツールを採用し、お客様のニーズをフロアスタッフ皆が共有している  お客様に対する介護プランのアセスメントに全ての職員が関係して取り組む	介護職によるお客様のモニタリングは担当者を決めて定期的に行う。その際にはN式アセスメントツールを使い、スタッフ間共通の基準で行う。アセスメントではモニタリングで上がったN式評価内容とセンター方式を参考に話し合う。(1回/月)	12ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月