

令和2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         | 1492400252                                       | 事業の開始年月日       | 平成29年5月1日 |  |
|               |  | 指定年月日          | 平成29年5月1日 |  |
| 法人名           | 株式会社 リフシア  |                |           |  |
| 事業所名          | リフシア矢畑   |                |           |  |
| 所在地           | (〒253-0085)<br>神奈川県茅ヶ崎市矢畑63-1                    |                |           |  |
| サービス種別<br>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3年2月16日  | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和3年6月11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 |  |
|----------|--|

### 【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」の理念に基づき<br>①お客様に寄り添い、その人らしい生活を続けるための、支援を心がけています。<br>②家事のお手伝いや、個別機能練習を毎日、行ない心身機能の維持ができるように支援しています。<br>③お客様の状態の変化を早期に発見し、医療と連携を計り、安心して暮らしていただけるように支援しています。 |
|--|

### 【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3年3月23日               | 評価機関<br>評価決定日 | 令和3年5月19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>【事業所概要】</b><br>このホームは、JR東海道線茅ヶ崎駅からバスにて約8分、矢畑バス停より徒歩約3分の静かな住宅街の中にある。広い駐車場に隣接し開放感のある立地である。木造で温かみを感じられる外観で建物の中央には中庭がある。利用者は居間の大きな掃き出し窓から常に庭の様子を見ることができ、外気浴や花・野菜の手入れも楽しんでいる。看護小規模多機能型居宅介護及び訪問看護事業所を併設しており、訪問看護ステーションとは24時間連携が取れる体制がある。<br><b>【利用者の尊厳を守る自立に向けた支援】</b><br>「心を添えてともに生きる」という法人理念の下、令和2年4月に事業所独自の理念として「生活に驚きと感動を生むような新しい価値のあるサービス『生活支援型リハビリケア』を提供することでお客様個々の価値観（尊厳）が守られるように支援します」を策定した。利用者の自立支援が自己選択・自己決定の幅を拡げ、その方の価値観を尊重し、尊厳を守ることにつながると考え、食事や排せつ、歩行など日常生活の中での自立を促すリハビリに力を入れている。<br><b>【介護職員が利用者のケアに専念できる仕組みと介護人材の確保・育成】</b><br>調理専門職員が設置法人の系列配食業者から届けられる食材を調理し、「ケアサポーター」が清掃、消毒等を専業で行うことで資格のある介護職員が専門性の高い介護に専念できるようになった。ユニットのどこからでもタブレットで利用者の情報が入力出来るよう電波環境が整備され、記録の省力化も図られている。介護人材確保・育成の一環としてインドネシアからの技能実習生2名を受け入れている。無資格の職員に資格取得のための費用を援助している。 |
|--|

### 【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  | リフシア矢畑 |
| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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る。<br>(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。<br>(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。<br>(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、活き活きと働けている。<br>(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     |

|       |        |
|-------|--------|
| 事業所名  | リフシア矢畑 |
| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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る。<br>(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。<br>(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。<br>(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、活き活きと働けている。<br>(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<br>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「心を添えて共に生きる」を具体化し生活リハビリの実践を事業所の理念としている。 | 法人理念の下に、内容を具体化した実践的な事業所理念を策定し、所内に掲示している。職員には入職時に管理者から説明するほか、日常業務の中で中堅以上の職員から伝え、年4回の管理者との面談時に理解度を確認している。利用者の自立支援がその方の価値観を尊重し、尊厳を守ることに繋がると考え、自分で食べられること、トイレで排せつができること、利用者自身ができることは継続することを大切にしている。個別機能訓練計画書の中に、食器洗い・食器拭き、洗濯物たたみ、花の水やり、廊下の歩行などを生活リハビリとして明記して身体機能の向上を目指し、訪問看護師も含むチームで支援している。 |                   |

| 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 |
| 2    | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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   | コロナ禍のため地域行事に参加していない。     | 矢畑自治会に加入している。これまで事業所の加入例がなかったが、会長、副会長、民生委員の助力で令和元年11月に加入がなかった。事業所近くで体調不良となった方を一時的に保護したり、家族の介護についての急な相談に対応する、入居待ちの方に看護小規模多機能型居宅介護事業所の利用を勧めるなど、地域の方の身近な相談先となっている。茅ヶ崎市との防災協定があり、市からおかゆ等の非常食、毛布等の提供、防災無線の貸出しがあり、災害時に市から依頼のあった地域の方を受け入れる体制を整えている。例年、散歩時に地域の方と挨拶を交わしたり、月1、2回は自治会が毎週実施している近隣の神社の清掃に利用者・職員が参加したり、日本舞踊や茅ヶ崎体操指導のボランティアが来所していたが、コロナ禍で自粛している。地域の防災訓練も今年度は中止されている。 |                   |
| 3    |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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 | ご家族に向けて認知症ケアの支援内容を伝えている。 |   |                   |

| 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 |
| 4    | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>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 | 集合形式をとらず電話連絡にて開催している。                      | 例年、併設の看護小規模多機能型居宅介護事業所と合同で年6回開催している。利用者の家族、自治会長、民生委員、茅ヶ崎市役所職員、市の介護相談員、地域包括支援センター職員などが参加している。本年度は行政の指導もあり開催は見送ったが、所内で2か月に1度、管理者、計画作成担当者、利用者との話合いの機会を持ち、その内容をもとに家族には電話で連絡し、茅ヶ崎市には管理者の市役所訪問時に運営状況等を報告している。  |                   |
| 5    | 4    | ○市町村との連携<br>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           | 状態変化がある都度アセスメントを行い要介護区分の変更申請を行うとともに相談している。 | 茅ヶ崎市高齢福祉介護課が担当である。市内で最初に開設した併設の看護小規模多機能型居宅介護のことも含め運営について相談し、空き情報も共有している。日頃から、利用者や高齢の家族の支援に関する相談をしている。運営推進会議の開催方法についても相談した。ケアマネジャーが要介護認定更新の機会に担当者と情報交換している。地域包括支援センターさくらとは利用者の受入れ等で連携している。例年、市の介護相談員を受け入れたり、一般社団法人茅ヶ崎市介護サービス事業者連絡協議会の地域密着部会に管理者が参加し、共同で市民講座等を開催しているが、本年度はコロナ禍でメールでの情報共有のみとするなど、受入れや実施を見送った。 |                   |

| 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<br>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 | 認知症状や虐待・身体拘束に関する勉強を毎月開催している。              | 毎月のグループホーム支援会議の中で身体拘束防止委員会を開催し、認知症ケア及び虐待の理解をテーマとして研修を行っている。設置法人内にリスクマネジメント委員会が設けられ、毎月1回、各事業所から身体拘束に関する実績データを送信し、本部で分析・検討する仕組みがある。玄関は20時まで鍵をかけない。2階ユニット出入り口は階段が近く、転落の危険があるため施錠しているが、事務スペースに職員がいるときはできる限り開錠している。1階ユニットは入浴介助等でフロアの職員配置が少ない時は施錠するが、原則開錠している。ユニットドアにはセンサーを設置している。利用者に外に行きたい素振りが見られたときは、ユニットを出て、一緒にエレベーターで食事を取りに行ったり、外出することもある。 |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 認知症状や虐待・身体拘束に関する勉強を毎月開催している。              |   |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 成年後見人制度を利用されているお客様が居るので横浜弁護士協会や行政と協力している。 |   |                   |

| 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 |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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    | 契約の際は契約書の読み合わせを十分に行い理解・納得いただいた上で契約を行っている。解約時や改訂時等には説明し疑問や不安がないように対応している。                              |   |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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 | ご家族様来訪時ご意見や、ご要望を出し易いよう「ご意見箱」を設置している。また運営推進会議やサービス担当者会議等でご意見や、ご要望を確認する場を設けている。またケアプランに反映し日々の支援に活かしている。 | 玄関に意見箱を置いている。家族から直接、食事介助の方法などケアについての要望の電話が来ることが多い。コロナ禍による面会中止前には、物品の補充や好物の差入れの来訪時に意見交換ができていた。家族の意見を受けて職員の顔と名前がわかる写真の掲示を始めた。オンライン面会を試行し意見を聞いたところ、端末の操作が難しく対面での面会を希望する声が多数であったため、緊急事態宣言発令下以外では、水、木曜日限定の予約制でビニールカーテンを設置して面会に応じている。職員が利用者個々の暮らしぶり等を報告する「お便り」を毎月家族に送付している。 |                   |
| 11   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                 | 毎月グループホーム会議を行い職員の意見や提案を聞く機会を設けている。また職員の面接を定期的に行い不安の解消やモチベーションアップを図っている。                               | 月1回開催するグループホーム支援会議およびユニット会議で職員の意見を聞いている。職員は自己評価を基に目標を設定し、3ヶ月に1回管理者と面談し達成状況等を話し合う機会がある。ホームの運営については出来るだけ公の会議の場で決定している。コロナ感染予防対策として、ゴミ箱の蓋つきタイプへの変更や、生活援助のみを行うケアサポーターによる共用部分の消毒業務強化等が実現された事例がある。  |                   |

| 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 |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 法人独自の人事効果制度を使用し給与水準、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。                   |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 法人でケアの水準を上げるようケアトレーナーを育成している。またケアトレーナーから事業所の職員への教育を行っている。                          |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 管理者が茅ヶ崎市連絡協議会の地域密着型サービス部会に出席し情報交換・相談等を行っている。                                       |      |                   |
| 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<br>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        | 入居前に面接を行い、ご家族の思いや要望、不安な事柄について聞き取りを行いアセスメント記録に残している。アセスメント記録は入居前に職員に回覧し情報の周知を行っている。 |      |                   |
| 16                   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                   | サービスの利用を開始する時に、ご本人様とご家族様のお話を伺い困っていること、不安なこと、要望等をお聞きしニーズに沿ったサービスを提案している。            |      |                   |

| 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 |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 相談受付時に、お客様とご家族様等が「その時」まず必要としている支援を提供すると共に真のニーズに沿ったサービスを提案している。 |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | 洗濯物たたみや食器洗い、食器拭き等をお客様と職員が一緒に行っている。                             |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 面会時に親子間で見守りながら食事をできる支援を行っている。                                  |      |                   |

| 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 |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                    | コロナ禍なので面会を原則禁止しているが、ビデオ電話や電話、手紙などで関係が途切れないように努めている。 | 馴染みの方が亡くなったり、店が廃業したりして関係継続の支援が難しくなっている。また、信仰継続のために宗教関係者の来訪を受け入れたり、友人来訪時に居室にて接待をしたり、親戚とのカラオケ店への外出や家族との外食等に送り出したりしていたが、今年度はコロナ禍で自粛した。そうした状況ではあるが、家族の協力を得て馴染みの美容室に行く方がいる。縫物が得意な利用者にお守り入れや歯ブラシ用袋、古いタオルなどの縫物や繕い物、編み物などの手仕事をしてもらったり、庭いじりの好きな方に中庭の花や野菜への水やりをしてもらう、利用者の好きな歌を流すなど生活習慣、趣味の継続支援をしている。携帯電話を持つ利用者が2名いる。個人情報に配慮しながら、手紙や電話の取次ぎをしたり、家族あてに手紙を書く援助をしている。 |                   |
| 21   |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                | お客様同士の会話も多く、必要時には職員が介入し、良い関わり合いができています。             |  |                   |
| 22   |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 契約終了時には今後いつでも相談に応じることをお伝えしている。                      |  |                   |

| 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 |
| 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<br>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。    | 日々の生活、毎月のアセスメントにてお客様の希望や意向の把握に努めている。                     | 日常のかかわり、コミュニケーションを通して利用者の思いや意向を把握している。受容・共感の姿勢を基本とし、利用者の返答を待たずに先回りして結論を出さないよう心掛けている。利用者が訴えたいことを聞くために待つこと、目の動きや表情をよく見て、声にならない声を感じ、意思を汲み取ることを大切にしている。把握出来たことはユニットごとに連絡ノートで共有している。生活支援を専門に分担するケアサポーターを配置することで、介護職員が利用者とコミュニケーションをとる時間を十分に確保できるようにしている。 |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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 | 日々の会話やアセスメントシート、フェイスシートにて生活歴や暮らし方を把握し、更に深い情報を得るように努めている。 |   |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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               | 1日1日の心身状態を確認し、記録している。有する力等の現状把握に努めている。                   |   |                   |

| 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 |
| 26   | 10   | <p>○チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p> | <p>日々の情報を職員間で共有し、ケアマネジャーと計画者にて話し合い、現状に即した介護計画を作成している。</p>                      | <p>入居前に居宅ケアマネジャーや家族から、ADL評価、生活歴、意向を聞き取り、ケアマネジャーがユニットリーダー、担当の介護職員と話し合い、暫定プランを立てている。入居後の状態を把握した後、認知症対応型共同生活介護サービス計画書を作成し、6か月に一度及び変化があった時に随時見直している。また、毎月、優先順位をつけた当面の個々の目標やニーズを明らかにし、モニタリングをしている。さらに並行して、個別の生活リハビリの内容を明確化した個別機能訓練計画書を作成し、6か月に一度見直している。訪問看護師も加えた担当チームを作り、支援の質の向上を図っている。介護計画に沿って介護記録、介護日報を記録している。本人、ユニットリーダー、計画作成担当者、居室担当職員が参加してサービス担当者会議を開催している。コロナ禍のため、家族には電話で意向の確認をしている。訪問看護師にも参加を求めたり、意見を聞いている。往診記録も参照するほか、状態変化があった時や退院後、看取り時などには医師の意見を聞いている。</p> |                   |
| 27   |      | <p>○個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>                        | <p>日々の様子を個別記録している。連絡ノート、申し送り簿等を使用して職員間での情報共有を行っている。記録を把握し介護計画の見直しにも活かしている。</p> |   |                   |

| 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 |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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      | お客様、ご家族の希望に応じて柔軟な支援を提供できる様に取り組んでいる。                        |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                | コロナ禍なので地域のボランティアには来て頂けなくなっている。                             |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診支援<br>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            | お客様、ご家族の希望に沿い、かかりつけ医との関係を継続できるように支援している。協力医と24時間体制で連携している。 | 整形外科、皮膚科、循環器科、眼科等に家族が対応して受診している方がいる。受診時の医療情報は家族から得て、訪問看護師、往診医とも共有している。月2回、協力医の往診があり、協力医から得た情報は介護計画にも反映している。併設の訪問看護ステーションから、ほぼ毎日、看護師が健康管理に来訪している。2か所の訪問歯科医が必要時に来訪している。協力医、訪問看護ステーションと24時間連携が取れる体制がある。 |                   |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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 | 併設の訪問看護事業所の看護師との連携を日常的にとっている。                              |  |                   |

| 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 |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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、介護サマリーを提出し病院関係者と連携を取り、安心して治療できるよう努めている。面会時に担当相談員や看護師から情報収集を行いながら関係作りに努めている。                    |  |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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、事業所です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  | 入居時に「重度化対応指針」をお客様、ご家族様に説明し同意を得ている。また看取り開始時点で「看取り介護指針」を再度確認し、ご家族様・医療機関・事業所が連携をとりチームで支援できるよう取り組んでいる。 | 入居契約時に「看取りに関する指針」「看取り介護についての同意書」「重度化した場合における対応に関する指針」を説明し、「同意書」を取り交わしている。事業所での看取りとなった場合は、看護師、ホーム職員、家族で話し合い、看取り計画書を作成し、訪問看護ステーション、往診医の協力のもとに対応している。終末期における看取りケアマニュアル、救急対応マニュアル、傷病者情報申し送り票（救急隊への情報提供用）が整備されている。訪問看護ステーションの協力を得て、年に1回以上研修を実施している。看取りとなりそうな時には、看護師から改めて研修をしてもらっている。看取り後は職員も含めた振り返り（グリーンカンファレンス）を実施し、皆の意見を聞き、気持ちを表出してもらっている。カンファレンスに参加できなかった職員には個別にグリーンケアを実施し、次につなげている。これまでに6例、令和2年度は2例の看取り実績がある。 |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 緊急時マニュアルを作成している。緊急連絡カード（救急隊員との連携用）を個々に作成しており、情報が渡るようにしている。研修は年に1回実施している。                           |  |                   |

| 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              |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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 | BCP訓練（事業継続訓練）、防災訓練を年に各2回ずつ実施している。また地域の防災訓練にも1回参加し協力体制を築いている。 | 年2回（令和2年7月、3年2月）に併設事業所と合同で防災訓練を実施している。夜間を想定した訓練はしていない。今年度はコロナ禍のため、例年実施していた消防署の立合いや地域の消防訓練への参加はなかった。非常食、水は地域の独居高齢者や職員、他施設から避難した利用者も想定して、50人分を3日間分、照明確保のための発電機とガソリン5ℓ、カセットコンロ等の備えがある。非常食は、加熱不要な物も含め、種類や味の違う物を用意している。茅ヶ崎市との防災協定があり、市からおかゆ等の非常食、毛布等の提供、防災無線の貸出しを受け、月に1回、第一火曜日に消防署を交えた無線交信訓練がある。設置法人内に事業所横断的な防災・BCP委員会が組織され、BCP（事業継続計画）が策定されている。法人内で、BCP専用SNSによる情報共有ができる。BCP訓練も年2回実施している。 | 年1回は、夜間を想定した避難訓練を実施す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  |
| 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<br>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 | <p>接遇委員会、各ユニットリーダーが中心となり接遇の向上を行っている。言葉の使い方、言い方を研修している。</p> | <p>設置法人内に接遇委員会が組織され、当ホームからはケアマネジャーが委員として出席している。本年度はコロナ禍で集合研修ができないため、講師のコンサルタントから取組課題（接遇マナー5原則の見直し）が与えられ、実施報告をメールで送信した。次年度に予定されている新事業所立上げに合わせ、5S（整理、整頓、清掃、清潔、しつけ）やスピーチロックについて法人全体で見直している。当ホームでは、利用者の名前の呼び方や言葉かけに課題があるとして、TPOをわきまえるように教育したり、要因分析や言い替え事例集の作成、現場での相互チェックによる意識づけをしている。個人情報を含む書類は施錠保管している。職員は、外部からの利用者に関する問合せには慎重に対応するよう留意している。管理者は、特に経験が浅い職員のスキルアップを図りながら、ホーム全体として利用者の尊厳を守る意識を高めていきたい意向がある。</p> | <p>経験の少ない職員も、利用者の尊厳を守る意識をもって、利用者に対してさらに適切な言葉かけや対応ができるようになるために、全職員で相互チェックを継続し、スキルアップしていくことを期待します。</p> |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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      | <p>お客様の希望を聞き、自己決定できるように伺っている。声かけを工夫し、お客様が決定できるようにしている。</p> | /  |  |

| 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 |
| 38   |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | お客様の日々の生活リズムを把握し、お客様のペースに合わせて、希望にそって支援できるようにしている。 |  |                   |
| 39   |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 入浴時にはお客様と一緒に衣類を選んでいく。毎月、訪問理美容に来ていただいている。          |  |                   |
| 40   | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 味噌汁づくりで味見やお茶の準備を一緒にしたり、食器洗いや食器拭きをお手伝いして頂いている。     | 設置法人系列の配食会社から、真空・低温調理された食材が届き、調理専門職員が加熱して提供している。自立支援のために、口から食べることを重視し、その方の嚥下状態に合った食形態での提供に配慮している。外出を自粛しているため、利用者の希望や祝い事で出前を利用したり、おはぎなど季節を感じられるおやつを提供などを行っている。また、どら焼きやホットケーキ作り、誕生日ケーキの提供など、感染予防に留意して、食のレクリエーションやイベントを大切にしている。出前を頼むときには一人ひとりに希望を聞いている。コロナ禍の為、利用者が直接食材に触れる盛り付けなどは控え、食器洗い、食器拭きをしてもらっている。例年、喫茶店に行ったり、コンビニやスーパーで好みのおやつを買ったり、外出などもしていたが、今年度は休止している。 |                   |

| 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 |
| 41   |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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        | 体重の増減を確認し、食べる量を調整している。1日の水分量が確保できるように支援をしている。   |  |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                | 口腔内の汚れや臭いが生じないように、訪問歯科医からの指示を受けながら、適切な支援を行っている。 |  |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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 | お客様の排泄周期を把握し、グループホーム内で共有、声かけを行い、排泄支援をしている。      | 3人の方が布パンツを使用している。布パンツからオムツに変わることが、利用者の自尊心を損ね意欲を低下させると考え、トイレでの排泄を基本としている。排泄状況を介護日報に記録し、排泄パターンを把握して声をかけ、トイレに誘導している。入院中に自立度が低下した方でも、自信を取り戻せるように、介護計画の目標にトイレでの排泄を明記し、立ち上がり時間を徐々に伸ばし、短期間で車いすですぐにトイレに行けるまでになったり、リハビリパンツとパッドを経て布パンツになった例などがある。夜間は睡眠を優先してオムツを使用する方もいる。トイレ内に、自力排便がしやすい前傾姿勢を保てる可動式の手すりを設置している。職員が利用者の状態を良く観察し、励ましの声掛けをするなど排泄の自立に向けて積極的に援助している。 |                   |

| 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 |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                     | 運動やマッサージ、便座での座位を支援し自力排便が行えるように支援している。排便が確認できない日が続いた時には医師やNsに相談している。 |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | お客様に希望をお聞きし週2回入浴して頂いている。また入浴が楽しめるよう季節の菖蒲湯やゆず湯などを提供している。             | 週2回午前中に入浴している。夏場はそれに加え、シャワー浴で汗を流すこともある。リフト、シャワートロリーの設備があり、重度の方にも対応できる。脱衣場に空調設備があり冬場でも温かい。希望があれば同性介助に対応している。浴槽はヒノキ風呂で、季節のゆず湯、しょうぶ湯や入浴剤で入浴が楽しめるようにしている。入浴を好まない方には、時間を置いて促したり、声掛けの工夫をしている。 |                   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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                      | 室温調整、加湿器使用や換気を行い、お客様が良眠できるように努めている。                                 |   |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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                 | 薬の種類や効果を記してあるファイルが常備されている。服薬後の症状の変化を記録し、職員間で情報共有に努めている。             |   |                   |

| 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 |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | お客様一人ひとりやお客様全員で行える楽しみごとを考え、毎月、季節にあった制作等を行っている。                    |   |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | コロナ禍のため外出を行えていないが受診などの外出支援はしている。収束後には以前の様に初詣、花見、外食支援が行えるように努めていく。 | コロナ禍以前は、天候が良い日は車いす利用者も含め散歩や買い物に日常的に出かけていたが、今年度は外出を控え、玄関先や中庭に出て外気浴や日光浴をしている。中庭の花や野菜への水やり、ホーム内での食器洗い、食器拭き、洗濯物たたみ、廊下を歩くなどの生活リハビリや、おやつ作りなどのレクリエーションの充実に努めている。 |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | コロナ禍なので外出機会を自粛しているため近所への買い物等が行えていない。必要なものはご家族へ連絡して、購入いただいている。     |   |                   |
| 51   |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | ご家族との電話や手紙のやり取りやビデオ電話の支援をしている。ご自身で携帯電話を保持しており、電話されている方もいる。        |   |                   |

| 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 |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 新型コロナウイルスの影響の為、定期的な換気、消毒、温度調整を行っています。テーブルにパーテーションを設置している為、不快に感じるお客様もいる。季節の制作物を皆様で作リ、貼り出している。 | 居間は、中庭を臨む大きな掃き出し窓から陽光が十分に取り入れられ明るい。日中は2時間に1回10分間の換気をしている。専属のケアサポーターが次亜塩素酸ナトリウム液で床、テーブル、手すり等を拭いている。アルコール消毒液の設置場所を増やし、ゴミ箱は蓋付の物に変更した。消毒の仕方については看護師が指導した。設置法人の感染対策委員会のマニュアルに沿って、感染対策チェック表を用い、徹底した感染予防に努めている。空気清浄機、アクリル板を設置し、居間のテーブルの配置を変え利用者同士がソーシャルディスタンスを取れるようにしている。カレンダーや季節の飾り物を作り飾っている。 |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 日々の生活の中で、お客様同士の相性等を把握し、気の合うお客様同士、会話ができるように努めている。   |   |                   |

| 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 |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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 | お客様がご自宅で使用されていた思い出の品をご家族に持参して頂くように努めている。   | 空調設備、照明器具、収納設備、ベッドが備え付けられ、全室に加湿器が設置されている。防炎カーテン、テレビ、ローチェスト、アルバムや家族の写真、謡曲用の扇子など趣味の小物などを持ち込み、一人ひとりが自分らしい部屋作りをしている。できる方はフローリングワイパーや粘着カーペットクリーナーを使って自分でできる掃除をし、その他の部分はケアサポーターが支援をしている。居室の名札には、その方に合わせて折り紙の飾りなどをつけ目印としている。 |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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、リハビリしやすい階段、廊下の手すりなどにより、お客様の「できること」を増やす工夫をしている。また認知症の方がお部屋が分かるように居室の入り口に写真をはるなどの工夫をしている。 |   |                   |

# 目標達成計画

事業所名

リフシア矢畑

作成日

令和3年6月11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    | 14   | 接遇が浸透できていない。  | 経験者も新人も尊厳を保持した接遇が出来るようになる。 | リーダー接遇委員を中心に研修を行う。 | 12か月       |
| 2    | 13   | 夜間の訓練が出来ていない。 | 夜間に災害が起きた時に避難できる方法を身につける。  | 夜間を想定した避難訓練をする。    | 6ヶ月        |
| 3    |      |               |                            |                    |            |
| 4    |      |               |                            |                    |            |
|      |      |               |                            |                    |            |

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。