

平成24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	1492200306	事業の開始年月日	平成22年3月1日
		指定年月日	平成22年3月1日
法人名	株式会社リフシア		
事業所名	らいふ神明		
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	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	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25年3月21日	評価結果 市町村受理日	平成25年8月23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	http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1492200306&SVCD=320&THNO=14205
----------	---

【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、ご本人ご家族の思いを汲み取り、住み慣れた自宅で生活しているのと出来るだけ変わらない、安心した暮らしができるよう、一人一人の日常生活ペースに合わせて、ゆとりある落ち着いた環境作りに努めています。その人しさを引き出すために、個々の能力を把握し洗濯、掃除、調理、食事の準備や片付けなどを一緒に行っています。日々の暮らしを楽しめるよう、外出支援やボランティア来訪、レクリエーションなど積極的に取り入れています。併設の小規模多機能とも連携し、お客様同士の交流、合同行事などを行い、ひとつの家として共生できるよう努めています。

【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25年3月26日	評価機関 評価決定日	平成25年6月17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東海道線、小田急江ノ島線 藤沢駅下車 高山車庫行バス上村バス停目の前にあります。建物は木造２階建て、１、２階を使用した２ユニット型の完全バリアフリーのホームです。１階には同一法人が運営する小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、行事を始めとした各種交流が行われています。

＜優れている点＞

ホームは、スタッフが意見や提案などを自由に出し合える環境になっており、コミュニケーションが良く、チームワークの取れた明るいホームです。利用者・家族は安心して利用することができます。地域との連携が良く取れており、所長が町内会の組長を引き受け、地域行事にも積極的に参加すると共に、事業所のバザーへの協力を得るなどして地域に根ざしたホームとなっています。リビングに面した中庭のウッドデッキにはパラソルやテーブルを設置してカフェテラスやガーデニング、イベントなどに利用しています。併設する小規模多機能型事業所の利用者とは自由な行き来、交流を行っています。夜間に発生する利用者の緊急事態に対処する緊急呼び出し体制「オンコール制度」を定め、夜間のスタッフ一人体制時に速やかな対応が取れる施策を講じています。

＜工夫点＞

毎月１回、家族に対して利用者の生活の様子を伝えるカラー写真やひと言、行事案内、食事の摂取量、体重などを記載した「お便り」を送付して家族とのコミュニケーションを図っています。

【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	らいふ神明
ユニット名	グループホーム

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、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	事業所は「心を添えて共に生きる」の理念を掲げ（地域社会への貢献）（地域での在宅生活支援）（人間性の尊重）を基本に「私たちの仕事の思い」を事務所に掲示しスタッフが出勤時に読み上げています。	これまで法人の理念を基に、日々の支援に取り組んできましたが、平成25年度のスタートに当たり、ホーム独自の理念をスタッフと共に作り上げ、4月からその理念を共有し実践していくこととしています。	この4月から掲げるホーム独自の理念「とことん5ヶ条」について、スタッフミーティングなどを通じて理解を得、共有して実践されることを期待します。
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	町内会に加入しており、スタッフと共に地域の祭りに参加するなどして地元の人々と交流を図っています。地域と連携し、毎年バザーを行い被災地に寄付活動を行っています。	地域との交流は大変盛んで、25年度は、ホームの所長が町内会の組長を務めることになりました。夏祭りには山車がホームに立ち寄り、子ども達が太鼓を叩いてくれています。お菓子のバックを作り子供たちにプレゼントをしています。	
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	ご家族や居宅介護支援事業者などにお便りを配布したり普及啓発にも努めています。運営推進会議での報告やバザーでの交流などで認知症の方であっても地域で普通に暮らしている事の理解が広まるよう取り組んでいます。		
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、地域の代表の方に集まってもらい、サービスの利用状況、ケース報告を行うと共に、施設が地域に貢献できる事などを話し合っています。	会議は活発な意見交換が行われています。最近の会議では、ホームで実施する第3回「東日本大震災復興支援バザー」の開催について話し合い、バザーで販売する「よもぎ餅」作りのため、近隣の「よもぎ畑」の下見などに出席しています。	
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	藤沢市グループホーム連絡会に参加し、事務局を担当しています。施設の実情報告を行い、市町村担当者と情報交換を行い、必要な場合は協力を得られるよう相談しています。	所長は、藤沢市グループホーム連絡会事務局を担当すると共に、小規模多機能型居宅介護連絡会の会長を務めるなど、市とは密接な関係を築いています。介護相談員の訪問が2ヶ月に1度あり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	お客様の気持ちなどを考慮し、見守りの徹底やセンサーなどの使用より、身体拘束を行わないケアを行っています。身体拘束についての研修を行っています。	身体的、精神的な面を含めて身体拘束をしないケア「やってはいけないこと」などについて話し合っています。また、ミーティングでは具体的事例を挙げて検討し、身体拘束をしないことへの理解を深めています。玄関の施錠はしていません。	
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されることがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止について研修を行い、虐待とは何かを理解した上で、発見や防止に努めています。接遇についてのマニュアルで職員に周知しています。		
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	成年後見人制度を利用している方もいらっしゃる、連携に努めています。必要時は自立支援事業の紹介なども行っています。		
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	契約書の内容を説明し、説明後も内容について確認を行うようにしています。疑問点についてはご理解頂けるよう丁寧に説明しています。		
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	管理者及び職員は常にお客様とご家族が何でも話せる雰囲気作りに心がけています。ご本人からの意見に対しては丁寧に聞き取り、ミーティングで検討しています。	4月には、利用者・家族に対し、「食事、レクリエーション、スタッフ対応、要望、不満なこと、行きたい所」などの独自アンケートを実施し、意見や要望を聞く予定です。また、25年度中には家族会を作り、家族会の開催を検討しています。	

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	日々の申し送り、スタッフミーティング、委員会をととして、意見や提案をサービスに反映するよう努めています。	スタッフは、意見・提案などを自由に出し合い、支援に反映させています。スタッフのアイデアから生まれたカンファレンスシート「…のカンファをお願いします！」に意見、提案などを記入し、ミーティングや申し送り時などで話し合っています。	
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	管理者やスタッフと話し合いをして、業務についての個々の思いや悩みを聞き取るように努めています。全てのスタッフが働きやすい環境作りに努め、処遇改善には常に努力していきたいと思っています。		
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	介護労働安定センターや市の連絡会なども活用しスキルアップを図る取り組みを行っています。		
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組みをしている	管理者などが市の連絡会に毎回参加し、同業者との交流、ネットワーク作りを行っています。施設間での災害時ネットワーク作りの活動が始まりました。		
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	利用相談を受けた際から、親身にお話を伺い、たとえサービスに繋がらなくても一緒に考える努力も行っています。面談・見学など回数を重ねながら、信頼関係を作り、安心して頂ける環境を作っています。		

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	利用の相談を受けた時より、親身にお話を伺い、緊急と捉えた場合には早急な訪問などの対応も行っています。また、時間をかけ、困り事などをお伺いするよう丁寧な対応を心がけています。		
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	相談対応時に必要なサービスは何か、を考え、支援の方法と一緒に探しています。ケースにより小規模多機能で支えられる場合もあるため、丁寧に聞き取りを行っています。		
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	洗濯物たたみ・お茶入れ・配膳の手伝い、食器洗い、掃除など一緒に行う事で役割作りや共同生活支援、また先輩としての知識や知恵を頂いています。「お客様同士が支え合う暮らし」を理念としています。		
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	お客様自身の思いをご家族と共に考え、問題解決にも積極的に関わる事で、ご本人を共に支えていく関係を築いています。		
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	ご本人の行きたい場所など希望、要望をなどお聞きし、ご家族の協力を得ながら、馴染みの人や場所の関係を保てるように支援しています。家族との外出、外食なども歓迎する雰囲気作りに努めています。	昔の友人の誘いで老人福祉センターの麻雀サークルに出掛ける人や、月に4～5回自由に外出する人もいます。地域のカラオケ会の来所が毎月あり、利用者はカラオケを楽しんでいます。利用者の外泊や外食などの希望を家族に伝え支援しています。	

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
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	席の配置や趣味の合う方同士で隣りに座って頂いたり、お客様からの訴えに耳を傾け見守る事で、関係を把握し、より良い関係が築けるよう努めています。		
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	契約終了時も、いつでも相談に応じる旨を伝え、相談しやすい雰囲気作りに努めています。		
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。	一人一人と寄り添い会話をしながら希望、意向を把握するよう努めています。また、意思表示の出来ないお客様に関しては、動作や表情から思いを読み取るようにしています。	半数以上の利用者はコミュニケーションが取れます。意思表示の難しい利用者には仕草や表情から汲み取るようにしています。アセスメントから本人の生活歴や趣味、趣向を把握し、家族との話や利用者との日々の会話、ふれ合いなどを通じて、思いや意向の把握に努め、本人本位の対応を心掛けています。	
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	利用前の聞き取りにおいてご本人、ご家族から生活歴に聞き取りをしています。以前サービスを利用されていた方に関しては前ケアマネから情報を頂けるよう依頼しています。利用開始後もご本人から得た情報などスタッフで共有しています。		
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	個別サービス計画書を作成し、共有する事で統一した支援ができるようにしています。ケアプランを通し状態把握に努めています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご家族ご本人にとって必要と思われる支援についてサービス計画書を作成してケアにあたる様に努めています。ミーティング時などにスタッフと共にモニタリングする取り組みを行っています。	毎月ケアプランの評価を実施し、スタッフ参加のカンファレンスで意見交換、サービス担当者会議を行い、適宜現状に即したケアプランを作成しています。また、必要に応じて医師や看護師の意見を採り入れています。	ケアプランの見直し時には事前に家族の意見、要望などを聴取し、ケアプランに反映して行くことも期待されます。
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	お客様個々に介護記録を作成し、暮らしの変化やケアの工夫などを記入することにより情報共有を行いサービス計画書へ反映しています。日誌や連絡ノートを活用し、情報共有に努めています。		
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	緊急で受診が必要な場合など、家族が付き添えない場面があれば、職員が対応するなど臨機応変な対応に努めています。		
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	老人会のカラオケ、近所の踊りの会、オカリナ、体操、編み物教室、なども定期的に開催しています。併設の小規模多機能も地域資源として考えています。		
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	ご家族、ご本人の希望を尊重しています。相談を受けた際には協力医療機関である訪問診療所やその他の病院に関しても情報提供しています。	かかりつけ医の選択は、従来通りか、ホーム協力医の往診医にするかは、家族や本人の希望に沿って決めています。いずれの場合も、本人の健康状態を把握し、臨機応変に対応して適切な医療が受けられ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
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	健康状態について介護の際に気づいた事を看護職へ報告し、処置やかかりつけ医への報告相談を行っています。夜間においても異常のある場合には適切な医療機関や救急搬送などの連絡支援を行っています。医師・訪問看護師との24時間連絡体制を作っています。		
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。	お客様が入院された際には、医療機関へ情報提供を行なっています。スムーズに退院できるよう、医療関係者と退院に向けたカンファレンスなど行っています。		
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	重度化した場合や終末期に対しては、かかりつけ医、ご家族、介護職、看護職と話し合いを十分に行い、看取り介護計画を作成し、事業所全体で取り組みます。	重要事項説明書に重度化および看取りに関する指針を明記し、契約時に説明しています。看取りに対応可能な医師を協力医とし、必要な段階が訪れた際に家族を始め各関係者と具体的な話し合いを行い、看取り介護計画を作成して支援しています。	
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	AED設置。応急処置の研修に参加するなどの取り組みをしています。		
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	避難訓練を通し、避難経路の確認、消防設備の取り扱い方法の説明を行っています。避難訓練・緊急連絡訓練などは定期的に行っています。	スプリンクラー設置、発電機用意、防災倉庫には水や食料など、現在65人分程の備蓄をし、更に増やす計画です。地域避難訓練、ホーム避難訓練（地域の方参加）、BCP訓練（多項目に亘る項目を網羅した災害時対応）を実施して備えています。	

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
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	会社理念としての「人間性の尊重」を大切にしています。言葉かけや対応の仕方などミーティングの中で確認しています。車椅子トイレなどはカーテンを設置、浴室の脱衣所にはスクリーンを設置しています。	利用者の誇りや意思を尊重して接すると共に、カーテンやスクリーンを用いて羞恥心への配慮をするなどの心配りをしています。気になる対応があった場合には、所長や副所長の個別対応やミーティングで話題にし、職員の意識を喚起しています。	
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	お客様自身が思いや希望を表せるような言葉かけや説明をするように努めています。お客様の返事を待ってから話をしたり、答えやすい質問の仕方を工夫するなどしてお客様に合わせた対応に努めています。		
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	ご本人の思いや希望を把握して、ご本人のペースに職員が合わせていくよう努めています。入浴などはおお客様の希望や状態に合わせるように努めています。		
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	理美容はご本人の希望に沿いながら行っています。出かけるのが困難な方についてはご家族の了解の下、訪問理容サービスを依頼しています。外出時やイベント時にお化粧をしたり、お洋服を選んだり、おしゃれも楽しめ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	食事前にはテーブルを拭いて頂いたり、配膳や洗い物も手伝って頂いたりしています。ご飯や味噌汁をよそって頂いたりしています。誕生日にはお好きな献立を聞き取り、買い物から料理作りなど行っています。おやつ作りも随時行っています。	利用者は、米研ぎや野菜を刻むなど、職員と共に食事の準備をしたり、配膳、片づけをして一緒に食事をしています。行事や外食の機会を設け、好きなものを食べています。イベントの際など、アルコールを嗜める日もあります。	

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	食事水分量はチェック表を使用して状態把握しています。好きな飲み物の把握提供にも努めています。摂取が難しい方には、トロミ・ゼリー・高カロリー補助食、ミキサー食など柔軟な対応をしています。		
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、口腔ケアの支援をしています。昼・夕食前には口腔体操を行っています。訪問歯科医・歯科衛生士を招いてセミナーや研修も行っています。		
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	その方のパターンに合わせたトイレ誘導、声かけを行っています。身体状況などに合わせた排泄介助を行っています。	排泄記録をつけ、間隔や仕草を把握してトイレ誘導しています。トイレは車イス対応や向きを変えた便器を設置し、個々に対応出来るようにしています。トイレは扉の色を変えて絵（マーク）が付いており、場所が分かりやすくなっています。	
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	水分および繊維質の食べ物を多く摂って頂き、毎日の体操も欠かさず行っています。散歩なども取り入れています。排泄記録により、看護師も状態把握を行い、必要時は主治医に連絡なども行っています。		
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	声かけや誘導、介助についてはマンツーマン対応を行い、個々にゆったりできるように対応しています。タイミングは個別の要望に出来る限り沿うよう心がけています。	大小2つの個浴浴槽、可動式浴槽、リフト浴の設備があり、ストレッチャーも使用するなど、利用者が安心して入浴できるようにしています。入浴剤や柚子湯、職員との語らいなど、ゆったりと気持ち良く入浴できるように配慮しています。	

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	睡眠や休息の場として居室やソファなど状況に応じて使用していただいています。日中も休息が必要な方についてスタッフが適宜居室のご案内などを行っています。		
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	薬の情報については、緊急対応マニュアルで管理しています。薬は個別に袋で服用タイミング毎に分けてあり、服薬時は本人確認と、飲み込みまで確認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	園芸、カラオケ、編み物、縫い物、習字、調理、買い物など、お客様個々の楽しみごとができるよう支援しています。誕生日にはお好きな献立を聞き、お出しするようにしています。春から畑を借りて作業をする予定です。		
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	お客様の希望に沿って、散歩やドライブ、外食、日用品の買い物などに付き添うなど支援しています。味噌・醤油・牛乳など日常品の買い物はお客様と一緒に出かけています。	日々の散歩、食材や日用品の買い物をはじめ、花見、地引網、ホテル観賞、外食、祭りなどへ出かけて戸外の風景を楽しんでいます。また、世代間交流の催しに参加し、地域の児童や高齢者と一緒にしめ縄やクリスマス飾りを作ったりしています。	
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	要望がある場合には、一緒に買い物に出かけるなどの支援をしています。レジで支払ってもらうなどの支援もしています。		

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	要望があれば電話をお貸ししたり、ご家族からの電話を取り次ぐなど支援しています。手紙の代筆やポストへ投函するなどの対応に努めています。		
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	木を多く使い、柔らかい雰囲気で設計しています。空気清浄・加湿・温度管理については毎日適宜調節しています。リビングには季節の飾りや、テラスで花や野菜を眺められるよう、季節感・生活感の表現に努めています。廊下には掲示板も設置しています。	季節の花や観葉植物が飾られ、明るく、室温調整や掃除が行き届いて快適な住環境となっています。併設の小規模施設のリビングに面した中庭や自由に組み合わせができるテーブル、落ち着いた過ごせる空間作りに数多くの工夫がされています。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	リビングにソファもあり、好きな場所で過ごせる環境作りに努めています。テラスで過ごす事も出来るよう支援しています。テーブルも状況に合わせて変形させ、居心地の良い環境作りを行っています。		
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	仏壇・テレビ・テーブル・タンス・のれんなど持ち込んで頂き、写真を飾ったり、馴染みの雰囲気作りに配慮しています。居室入口には表札のようなスペースがあり、自分の写真を飾る事も出来、ご自分の空間と認識しやすいよう、配慮しています。	和室や洋室を用意し、洋室でも畳を敷くなど、利用者の好みに沿った居室にしています。テレビ、タンス、家族の写真、仏壇、位牌、絵など、馴染みの物や大切な品々に囲まれ、落ち着いた雰囲気の居室で暮らしています。	
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	室内のバリアフリーはもちろん、廊下トイレ浴室などに手すりを設置、扉も引き戸とし、安全かつ身体機能に合わせ、自立した暮らしが送れるよう支援しています。可動式の浴槽を設置し、ADLに合わせた自立支援を行っています。		

事業所名	らいふ神明
ユニット名	グループホーム

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、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	事業所は「心を添えて共に生きる」の理念を掲げ（地域社会への貢献）（地域での在宅生活支援）（人間性の尊重）を基本に「私たちの仕事の思い」を事務所に掲示しスタッフが出勤時に読み上げています。		
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	町内会に加入しており、スタッフと共に地域の祭りに参加するなどして地元の人々と交流を図っています。地域と連携し、毎年バザーを行い被災地に寄付活動を行っています。		
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	ご家族や居宅介護支援事業者などにお便りを配布したり普及啓発にも努めています。運営推進会議での報告やバザーでの交流などで認知症の方であっても地域で普通に暮らしている事の理解が広まるよう取り組んでいます。		
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、地域の代表の方に集まってもらい、サービスの利用状況、ケース報告を行うと共に、施設が地域に貢献できる事などを話し合っています。		
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	藤沢市グループホーム連絡会に参加し、事務局を担当しています。施設の実情報告を行い、市町村担当者と情報交換を行い、必要な場合は協力を得られるよう相談しています。		

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	お客様の気持ちなどを考慮し、見守りの徹底やセンサーなどの使用より、身体拘束を行わないケアを行っています。身体拘束についての研修を行っています。		
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されることがないよう注意を払い、防止に努めている	虐待防止について研修を行い、虐待とは何かを理解した上で、発見や防止に努めています。接遇についてのマニュアルで職員に周知しています。		
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	成年後見人制度を利用している方もいらっしゃる、連携に努めています。必要時は自立支援事業の紹介なども行っています。		
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	契約書の内容を説明し、説明後も内容について確認を行うようにしています。疑問点についてはご理解頂けるよう丁寧に説明しています。		
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	管理者及び職員は常にお客様とご家族が何でも話せる雰囲気作りに心がけています。ご本人からの意見に対しては丁寧に聞き取り、ミーティングで検討しています。		

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	日々の申し送り、スタッフミーティング、委員会をとおして、意見や提案をサービスに反映するよう努めています。		
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	管理者やスタッフと話し合いをして、業務についての個々の思いや悩みを聞き取るように努めています。全てのスタッフが働きやすい環境作りに努め、処遇改善には常に努力していきたいと思っています。		
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	介護労働安定センターや市の連絡会なども活用しスキルアップを図る取り組みを行っています。		
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	管理者などが市の連絡会に毎回参加し、同業者との交流、ネットワーク作りを行っています。施設間での災害時ネットワーク作りの活動が始まりました。		
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	利用相談を受けた際から、親身にお話を伺い、たとえサービスに繋がらなくても一緒に考える努力も行っています。面談・見学など回数を重ねながら、信頼関係を作り、安心して頂ける環境を作っています。		

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	利用の相談を受けた時より、親身にお話を伺い、緊急と捉えた場合には早急な訪問などの対応も行っています。また、時間をかけ、困り事などをお伺いするよう丁寧な対応を心がけています。		
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	相談対応時に必要なサービスは何か、を考え、支援の方法と一緒に探しています。ケースにより小規模多機能で支えられる場合もあるため、丁寧に聞き取りを行っています。		
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	洗濯物たたみ・お茶入れ・配膳の手伝い、食器洗い、掃除など一緒に行う事で役割作りや共同生活支援、また先輩としての知識や知恵を頂いています。「お客様同士が支え合う暮らし」を理念としています。		
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	お客様自身の思いをご家族と共に考え、問題解決にも積極的に関わる事で、ご本人を共に支えていく関係を築いています。		
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	ご本人の行きたい場所など希望、要望をなどお聞きし、ご家族の協力を得ながら、馴染みの人や場所の関係を保てるように支援しています。家族との外出、外食なども歓迎する雰囲気作りに努めています。		

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
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	席の配置や趣味の合う方同士で隣りに座って頂いたり、お客様からの訴えに耳を傾け見守る事で、関係を把握し、より良い関係が築けるよう努めています。		
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	契約終了時も、いつでも相談に応じる旨を伝え、相談しやすい雰囲気作りに努めています。		
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。	一人一人と寄り添い会話をしながら希望、意向を把握するよう努めています。また、意思表示の出来ないお客様に関しては、動作や表情から思いを読み取るようにしています。		
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	利用前の聞き取りにおいてご本人、ご家族から生活歴に聞き取りをしています。以前サービスを利用されていた方に関しては前ケアマネから情報を頂けるよう依頼しています。利用開始後もご本人から得た情報などスタッフで共有しています。		
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	個別サービス計画書を作成し、共有する事で統一した支援ができるようにしています。ケアプランを通し状態把握に努めています。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご家族ご本人にとって必要と思われる支援についてサービス計画書を作成してケアにあたる様に努めています。ミーティング時などにスタッフと共にモニタリングする取り組みを行っています。		
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	お客様個々に介護記録を作成し、暮らしの変化やケアの工夫などを記入することにより情報共有を行いサービス計画書へ反映しています。日誌や連絡ノートを活用し、情報共有に努めています。		
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	緊急で受診が必要な場合など、家族が付き添えない場面があれば、職員が対応するなど臨機応変な対応に努めています。		
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	老人会のカラオケ、近所の踊りの会、オカリナ、体操、編み物教室、なども定期的開催しています。併設の小規模多機能も地域資源として考えています。		
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	ご家族、ご本人の希望を尊重しています。相談を受けた際には協力医療機関である訪問診療所やその他の病院に関しても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	健康状態について介護の際に気づいた事を看護職へ報告し、処置やかかりつけ医への報告相談を行っています。夜間においても異常のある場合には適切な医療機関や救急搬送などの連絡支援を行っています。医師・訪問看護師との24時間連絡体制を作っています。		
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。	お客様が入院された際には、医療機関へ情報提供を行なっています。スムーズに退院できるよう、医療関係者と退院に向けたカンファレンスなど行っています。		
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	重度化した場合や終末期に対しては、かかりつけ医、ご家族、介護職、看護職と話し合いを十分に行い、看取り介護計画を作成し、事業所全体で取り組みます。		
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設置。応急処置の研修に参加するなどの取り組みをしています。		
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	避難訓練を通し、避難経路の確認、消防設備の取り扱い方法の説明を行っています。避難訓練・緊急連絡訓練などは定期的に行っています。		

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
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	会社理念としての「人間性の尊重」を大切にしています。言葉かけや対応の仕方などミーティングの中で確認しています。車椅子トイレなどはカーテンを設置、浴室の脱衣所にはスクリーンを設置しています。		
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	お客様自身が思いや希望を表せるような言葉かけや説明をするように努めています。お客様の返事を待ってから話をしたり、答えやすい質問の仕方を工夫するなどしてお客様に合わせた対応に努めています。		
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	ご本人の思いや希望を把握して、ご本人のペースに職員が合わせていくよう努めています。入浴などはおお客様の希望や状態に合わせるように努めています。		
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	理美容はご本人の希望に沿いながら行っています。出かけるのが困難な方についてはご家族の了解の下、訪問理容サービスを依頼しています。外出時やイベント時にお化粧をしたり、お洋服を選んだり、おしゃれも楽しめ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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事前にはテーブルを拭いて頂いたり、配膳や洗い物も手伝って頂いたりしています。ご飯や味噌汁をよそって頂いたりしています。誕生日にはお好きな献立を聞き取り、買い物から料理作りなど行っています。おやつ作りも随時行っています。		

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	食事水分量はチェック表を使用して状態把握しています。好きな飲み物の把握提供にも努めています。摂取が難しい方には、トロミ・ゼリー・高カロリー補助食、ミキサー食など柔軟な対応をしています。		
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、口腔ケアの支援をしています。昼・夕食前には口腔体操を行っています。訪問歯科医・歯科衛生士を招いてセミナーや研修も行っています。		
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	その方のパターンに合わせたトイレ誘導、声かけを行っています。身体状況などに合わせた排泄介助を行っています。		
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	水分および繊維質の食べ物を多く摂って頂き、毎日の体操も欠かさず行っています。散歩なども取り入れています。排泄記録により、看護師も状態把握を行い、必要時は主治医に連絡なども行っています。		
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	声かけや誘導、介助についてはマンツーマン対応を行い、個々にゆったりできるように対応しています。タイミングは個別の要望に出来る限り沿うよう心がけています。		

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
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	睡眠や休息の場として居室やソファなど状況に応じて使用していただいています。日中も休息が必要な方についてスタッフが適宜居室のご案内などを行っています。		
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	薬の情報については、緊急対応マニュアルで管理しています。薬は個別に袋で服用タイミング毎に分けてあり、服薬時は本人確認と、飲み込みまで確認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	園芸、カラオケ、編み物、縫い物、習字、調理、買い物など、お客様個々の楽しみごとができるよう支援しています。誕生日にはお好きな献立を聞き、お出しするようにしています。春から畑を借りて作業をする予定です。		
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	お客様の希望に沿って、散歩やドライブ、外食、日用品の買い物などに付き添うなど支援しています。味噌・醤油・牛乳など日常品の買い物はお客様と一緒に出かけています。		
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	要望がある場合には、一緒に買い物に出かけるなどの支援をしています。レジで支払ってもらうなどの支援もしています。		

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	要望があれば電話をお貸ししたり、ご家族からの電話を取り次ぐなど支援しています。手紙の代筆やポストへ投函するなどの対応に努めています。		
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	木を多く使い、柔らかい雰囲気与设计しています。空気清浄・加湿・温度管理については毎日適宜調節しています。リビングには季節の飾りや、テラスで花や野菜を眺められるよう、季節感・生活感の表現に努めています。廊下には掲示板も設置しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	リビングにソファもあり、好きな場所で過ごせる環境作りに努めています。テラスで過ごす事も出来るよう支援しています。テーブルも状況に合わせ変形させ、居心地の良い環境作りを行っています。		
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	仏壇・テレビ・テーブル・タンス・のれんなど持ち込んで頂き、写真を飾ったり、馴染みの雰囲気作りに配慮しています。居室入口には表札のようなスペースがあり、自分の写真を飾る事も出来、ご自分の空間と認識しやすいよう、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	室内のバリアフリーはもちろん、廊下トイレ浴室などに手すりを設置、扉も引き戸とし、安全かつ身体機能に合わせ、自立した暮らしが送れるよう支援しています。可動式の浴槽を設置し、ADLに合わせた自立支援を行っています。		

目標達成計画

事業所名 らいふ神明
作成日： 平成 25年 8月 22日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくなならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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り組み内容	目標達成に 要する期間
1	11 12	委員会活動の停滞、ミーティングの形式化等により、計画性のある仕事になっていない。	計画立てた仕事ができ、仕事のサイクルが回るようにする。	一つ一つの仕事が「漏れなく、ムラなく、ダブリなく」できるように会議内容や帳票類等の見直しをする。	2ヶ月
2	23 25	介護計画の内容がパターン化している傾向があり、個別性という視点が不足している。	個々のニーズ、生活を把握し、本人本位の介護計画を作成する。	介護計画作成の研修等に参加し、個々の視点での介護計画になるように見直しをする。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月