

平成27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 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	18	名
		ユニット数	2	ユニット
自己評価作成日	平成28年1月14日	評価結果 市町村受理日	平成28年6月6日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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、評価期間を定めレーダーチャートによる評価スケールの変化により現状確認をし、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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成28年2月25日	評価機関 評価決定日	平成28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10分の住宅街の一角に位置しています。1・2階が2ユニットのグループホームで、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。近くには、利用者が良く散歩に行く公園もあります。
<優れている点>

法人理念の「心を添えてともに生きる」は、玄関入口に掲示するとともに、職員が名札にカードを入れて携帯しています。また職員研修などを通じても周知徹底するように努めています。この理念を実践するためのサポートシステムが構築されています。各種委員会では、業務改善や利用者への提供サービスの見直しなどを行っています。職員の研修も積極的に行われています。特に新任職員に対しては、個別に指導者を設けて、3ヶ月ごと、2サイクルの研修を実施し、介護知識や技術の向上を目指しています。地域との交流も盛んで、町内会の清掃行事へも参加しています。また、地域への貢献活動の一環として、認知症サポーター養成講座も開設しています。

<工夫点>

セラピスト（理学療法士や作業療法士など）を中心として、看護職員、ケアマネジャーおよび介護職員が連携して、利用者の日常生活動作を11項目6段階で評価しています。この評価は、前回と比較できるレーダーチャートで表わし、個別機能訓練計画の作成に活用しています。

【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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き生きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	法人理念の「心を添えてともに生きる」は、玄関入口に掲示し、職員は名札に理念を記載したカードを入れています。また、研修などを通じて、行動指針とともに職員への徹底に努めています。職員は理念を遵守して介護サービスを提供しています。	
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。	近隣住民との交流は盛んに行っています。町内会の清掃行事などにも参加しています。町内会の回覧板で情報を得たり、町内会便りに事業所を紹介するなどの情報交換もしています。地域の人々を対象とした認知症サポーター養成講座を開催しています。	
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。	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、認知症サポーター養成講座の開催をしております。	/	/
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。	運営推進会議は概ね2ヶ月に1回、利用者、家族、町内会長、民生委員、地域包括支援センターの担当者および事業所の職員などの参加を得て開催しています。会議では事業所の運営状況の報告や利用者へのサービス向上に向けた取組みなどが討議されています。	
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。 2ヵ月に1度の藤沢市グループホーム連絡会等でも連絡を取っています。	介護保険課の担当者とは、日頃から地域交流や事業所の状況について報告や相談、介護保険の申請代行などで連携を密にしています。また、運営推進会議に出席した地域包括支援センターの担当者にも事業所の運営状況などの報告を行っています。	

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
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。	職員は研修マニュアルに基づき、何が身体拘束にあたるのか、また、身体拘束を必要としない介護はどうするのかを学んでいます。職員は家族とも話し合い、利用者にとって身体拘束をしない一番適切な介護は何かを考えて、利用者本位の介護を実践しています。	
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逃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、1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。	利用者や家族の意見や要望は、運営推進会議、日々の面会時および玄関の意見箱などで把握しています。意見や要望は随時検討し、可能な限り対応しています。駐車場の停止位置を変更したり、終了予定となっていた趣味の習字講座を継続したこともあります。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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気づいたことの意見交換をしています。主任やリーダーが取りまとめ、臨機応変に対応しています。時には、運営推進会議で検討します。ヒヤリハットの様式を職員が報告しやすいように変更したこともあります。	
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。		
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。	利用者が自宅で生活していた時の馴染みの場や人間関係をできるだけ維持するように支援しています。友人が面会に来訪したり、公園に花見に行ったり、遊行寺に初詣に出かける人や馴染みの美容院や娯楽施設に通う利用者もいます。	

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。		
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。	利用開始前の面談で、利用者や家族の希望、要望、生活環境および生活歴などを把握しています。入居後も利用者や家族への聞き取りや、タブレットやパソコンに入力した利用者の生活記録や気づきなどを活用して、利用者本位のサービス提供に努めています。	
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。	セラピスト、看護職員、ケアマネジャーおよび介護職員が連携し、利用者の日常生活動作を11項目6段階で評価しています。また、カンファレンス時の利用者、家族および職員などの意見を反映し利用者主体のライフサポートプランを作成しています。	
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。	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、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。	かかりつけ医を主、ホーム協力医を副として医療支援を受けている人もいます。協力医も特定の個人医療支援として月1回と月2回の定期訪問診療をしています。日々の状態は週1回の訪問看護師により適切に健康管理や医療支援につなげています。	

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。	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。	ホーム創立3年ですが半数の職員が終末期の看取りを経験しています。終末期が近づいたとの医師の判断を受けて、家族の希望を聞きながらカンファレンスを行い、家族の同意のもと、事業所としてできる限りの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（2回/年）を年に計5回実施しております。	年2回の消防訓練を実施しています。また地域の防災訓練にも利用者を含め積極的に参加し、地域との災害時の助け合いについても話し合っています。備蓄品も飲料水を含め3日分確保しています。	夜間での火災発生を想定した避難訓練を取り入れ、地域との連携を更に強める機会とすることが期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。	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。	新人職員は「接遇5原則」に基づき3ヶ月ごと2回の研修プログラムに沿って、認定された職員の指導による実践と机上研修をしています。気づきシートを活用して、日頃の言葉掛けの注意点を拾い出し、申し送り時やユニットミーティングで話し合っています。	
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、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。	法人全体の食事を専門にまかなう部門が、衛生的で質の高い調理システムを構築しており、3種類の食事形態で発注でき、利用者に合わせて提供しています。盛り付け、配膳、後片付けは自立支援と位置づけ、役割を持てるように促しています。	

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
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。	時間軸に沿ったバイタルチェック表で日々個人別に食事、水分の量とともに把握しています。散歩などの歩行訓練や体操を多く取り入れ、ほとんどの利用者がトイレで排泄ができています。排便時に腹圧をかけるための腹圧レバーも効果が出ています。	
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。	週2回以上入浴をしています。風呂には立ち上がる時に必要な縦の手すりや、位置を変えられる調整機能が付いたバスタブがあり、利用者の状態に沿った入浴介助ができます。併設の小規模多機能型施設には機械浴の設備も備えて利用できます。	

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。	毎日半数以上の利用者が、すぐ近くの善行台公園への散策や買い物、地域のサロンでの遊戯などを楽しんでいます。家族とともに花見 バイキング、ドライブを楽しんでいる人もいます。	
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。	外気を感じようと、毎日午前中に居室を含め外気を入れています。台所、事務室から共有空間全体を見渡せ、職員は見守りながら事務作業もできるようになっています。床暖房でクッション床材や手すりの設置など転倒防止にも配慮しています。	
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。	利用者それぞれの部屋作りをしています。床はクッション床です。ナースコールのほか、配慮が必要な人へは家族の了解のもとセンサーで確認しています。部屋の整理整頓、着替え、衣替えは利用者が自分でできるよう見守りながら支援しています。	
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、各所につきまわ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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3, たまに
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3, あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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、認知症サポーター養成講座の開催をしております。		
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。	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。 2ヵ月に1度の藤沢市グループホーム連絡会等でも連絡を取っています。		

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逃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、1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。		
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。		
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、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、事業所の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（2回/年）を年に計5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
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。	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、各所につきあ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。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名：リフシア善行（認知症対応型共同生活介護）

作成日：平成28年6月4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	35	夜間での火災発生を想定した避難訓練を取り入れ、地域との連携を更に強める機会とすること。	①夜間への避難訓練を実施する。 ②消防署への通報と避難済のお客様の見守りを地域住民の方をお願いする。	・訓練の時間を夜7時頃に設定し、日中に行う訓練との違いや課題を認識する。 ・各ユニット2名の職員が訓練に参加し、ユニット間の連携を確認する。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月