

平成22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) 神奈川県藤沢市鵠沼神明 2 - 1 2 - 1 7		
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
		宿泊定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員計	9 名
		ユニット数	1 ユニット
自己評価作成日	平成23年1月12日	評価結果 市町村受理日	平成23年8月26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.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1492200306&SCD=320
----------	---

【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、お客様個々の暮らし方を考えています。自宅で生活すると変わらない安心した暮らしができるように一人ひとりの日常生活のペースに合わせて、ゆとりある落ち着いた環境作りに努めています。その人らしさを引き出すため、個々の能力を把握して選択・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。毎日が少しでも楽しく過ごせるように外出支援やレクリエーション、ボランティアの活用など積極的に取り入れています。併設の小規模多機能型居宅介護サービスのお客様との交流や自由な行き来を行い、一つの家作りに努めています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-4 ｸﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞﾞ 3階		
訪問調査日	平成23年1月28日	評価機関 評価決定日	平成23年3月5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)】

平成20年4月に事業所「らいふ神明」は認知症対応型グループホーム及び小規模多機能型介護事業を目的として開所しましたが、立地場所、事業内容は変更されることなく、運営する法人名が平成22年3月より、大勝建設株式会社から株式会社リフシアへと変わりました。「リフシア」(lifsea)とは、「生命」の意である「life」と、その根源とされる「海」「sea」を合わせた言葉として生まれました。その意味合いとして、当法人が介護事業を展開している茅ヶ崎・藤沢を「海」のイメージとして捉え、「命・人生・暮らし」を「海」のような大きな包容力で優しく包み込んでいく、という思いが込められています。就任後1年を迎えた管理者が、これ迄の認知症介護の経験を活かし、現在取り組んでいるのが「自分史作り」です。ご家族からご本人の昔の写真を借りて、どんな人生を歩んでこられたか、これ迄の暮らしを「情報シート」に記載していく作業です。介護の現場は日々の業務に追われやすく、介護が必要となった現在のご本人の姿だけを見てしまいがちです。歩んでこられた歴史を少しでも知ることが出来たら、今まで以上に心の通った深みのある介護が生まれるはず、との思いから出たものです。ご家族にとっても、同様の心の変化が生まれそうです。こうしたご家族やご本人のことをもっと知りたいという職員の思いが、ご本人は勿論のこと、ご家族にも伝わっていく時、必ずやお互いの「絆」が更に深まるのでは、との期待が込められています。この「自分史作り」はまさに「心を添えて共に生きる」の理念にそのまま繋がっています。

【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	らいふ神明
ユニット名	

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	
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」という理念を掲げ＜地域社会への貢献＞＜地域での在宅生活支援＞＜人間性の尊重＞を基本に行動指針１０項目を作成し、掲示また職員が携帯する事により、理念と行動指針を意識して業務に当たるよう心がけています。	新法人「リフシア」の名の下に、法人の理念とは別に、職員全員で事業所独自のより具体的な理念を掲げました。「穏やかな中に笑いが絶えない我が家です」「お客様の個性と歴史に敬意を払い、人生の先輩として敬います」などの３項目です。		
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、スタッフと共に地域の祭りや防災訓練などに参加、また地域開放のバザーを開催するなどして地元の人々と交流を図っています。	平成20年4月の開所以来、町内会などを通じて地域との交流が深まっています。近く建設予定のグループホーム（１ユニット）内には、交流スペースが確保され、利用者が孤立することなく、地域住民との顔が見える関係が益々確かなものになると思われます。		
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所などに対して日々の実践報告を行うことで認知症ケアの理解をして頂いている。			
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ヶ月に1回、行政の方、地域の代表者の方、ご家族、ご本人にお集まり頂き、サービスの利用状況報告、ケース報告などを行うと共に、施設が地域で出来る事などの相談を話し合っています。	定期的に開催される運営推進会議では、町内会長や民生委員など地域の代表者に対し、事業所及び認知症の理解が深まるようサービス利用の状況報告を行なっています。又、災害対策上欠かせない地域の支援を要請、理解を得ています。		
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取り組んでいる	藤沢市小規模多機能サービス連絡会に参加し、施設の実情報告を行い、市町村担当者と情報交換を行い、必要な場合には協力を得るようにしています。連絡会主催の研修会にも参加し、つながりを築くよう取り組んでいます。	現状に対する理解を行政に深めて貰えるよう、定期的に開催される藤沢市グループホーム連絡会に参加しています。又、同連絡会主催の研修会を通じて、担当者との顔が見える関係を築いています。今後は障害者関連でも連携強化の必要が出ています。		

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	お客様の状態を考慮し、見守りの徹底とセンサーなどの使用により、身体拘束を行わないケアを行なっています。	身体拘束による弊害の理解を周知徹底し、玄関の施錠を含め身体拘束をしないケアに取り組んでいます。その為に、利用者一人ひとりの心身状態を把握し「見守り」を重視しています。そして、何故不安が起きるのか？その理解に力を注いでいます。	
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	虐待防止についてのマニュアルを通し、虐待とは何かについて理解する事で虐待防止の徹底を図る事に努めています。		
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	成年後見人の機関とコミュニケーションを持つ事で、理解を深め、相談がある際には的確な対応や機関への引継ぎなどができるような体制を作っている。		
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	利用契約に関しては契約書の内容を丁寧に説明し、安心して契約が出来るような配慮をしています。改定時には書面と口頭での説明を合わせ、理解・納得が頂けるよう、丁寧な対応を心がけています。		
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	管理者およ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、ミーティングなどで検討しています。	外部の人達への利用者・家族が運営に関する意見や要望を伝える場として、運営推進会議を設定しています。又、もっと身近に意見など聴ける機会として家族の面会時を大切にしています。その為、気軽に話せ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
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、小規模ミーティングを定期的開催し、意見や提案を聞き運営に反映するように努めています。	通常、日々の申し送りやスタッフミーティングの際に、職員の意見や提案を聴く機会にしていますが、業務多忙の折、その場の立ち話で意見聴取することもあります。また、詳細にアイデアや意見を募るため、アンケート用紙の配布も考えています。	
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	現在、法人で人事考課システムを構築中で管理者は評価などの研修を実施している所です。またスタッフアンケートや個別面談を通して、目標の統一、やりがいの共有、働きやすい環境作りを共に作る事に努めています。		
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	能力メニュー表を作成し、自己評価に基づきデータ化する事でウィークポイントに合わせた研修の実施ができるような計画の下、仕組み作りを始めています。		
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	管理者は藤沢市グループホーム連絡会に参加するなどし、同業者との交流を図りサービスの質の向上に努めています。		
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	初回の相談を受けた際から利用までの間に、本人としっかりとコミュニケーションを図り、ご本人の気持ちを汲み取るよう努めています。体験利用の機会を設けるなどして、安心してご利用頂けるように努めています。		

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
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	初回の相談を受けた際から利用までの間に、家族としっかりとコミュニケーションを図り、ご家族の気持ちを汲み取るよう努めています。ニーズを深く把握することで安心して頂けるよう配慮し、十分に納得してからのご利用に努めています。		
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	相談の場面でその人らしい生活の継続の為には何を必要としているのかについて見極め、適切なサービスが受けられるような対応に努めています。		
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	洗濯物たたみ、食器洗い、食事作り、掃除など一緒に行なう事で、共に生きる関係性の構築に努めています。		
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	ご本人の思いを家族とも共有し、共に考えていくことでご本人を共に支えていく相互関係の構築に務めています。		
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の希望、要望などがある場合にはご家族の協力を得ながら、なじみの人や関係を保てるように努めています。	親しかった人や昔勤務していた懐かしい場所など、会いたい、行きたいという希望が叶えられるよう支援に努めています。が、本人が言葉で表現することが困難だったり、家族が忘れている場合もあります。その為の「自分史作り」に取り組んでいます。	

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
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、趣味の合う方同士を同じテーブルにご案内したり、過ごす状況を見ながら新しい関係を築く配慮をするなどとして、共に過ごす仲間・家族という雰囲気・関係作りに努めています。		
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	契約が終了しても、その後いつでも相談に応じる旨を伝え、いつでも寄って頂けるような関係作りに努めています。お亡くなりになったケースも後日お写真や寄せ書き、お花をお届けする事も行なっています。		
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。	一人ひとりと寄り添い会話をしながら希望、意向を把握するように努めています。又、意思表示の困難なお客様に関しては、動作や表情から思いを汲み取るように努めています。	日々の会話や表情からくみ取るように努めています。施設の生活になれてきた段階で利用者の生活歴を家族に記入して貰ったり、写真や手紙など借りて利用者の生きがいや暮らし方を把握し、活力を引出すよう支援しています。	
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て生活歴についてもお伺いしています。また、センター方式の生活史シートをご家族に記入して頂き、昔の写真をお借りする事で生活史を深く知る取り組みを始める所です。		
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	日々の暮らしの中でお客様の生活習慣を尊重しながら、ご本人の出来る事を少しでも多く発見し、その実践及び支援に努めています。個別サービス計画書を作成して共有することで統一した支援が出来るように努めています。		

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職員が統一してケアにあたるように努めています。お客さまの身体、精神状態に応じた内容になるよう努めています。	毎月、利用者一人ひとりが必要とされるサービスを項目ごとに職員全員でカンファレンスを行い評価を記入し、ケアのあり方を更新しています。情報を共有することにより、ケアを工夫し現状に即した介護計画を作成しています。	
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	お客様個々に介護記録を作成し、暮らしの様子や変化、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。		
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	ご本人、ご家族の生活状況を考慮しながら、利用時間、送迎時間の調整や臨時、緊急の通い、泊りサービスの提供をしています。自宅での生活が続けられるように、電話や訪問による安否確認、食事の配達などの柔軟な訪問サービスを行なっています。		
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	ネイルアート、ハーモニカ演奏、盆踊り、オカリナ、三味線などボランティアさんにご協力を頂きながら、楽しみのある生活を支援しています。		
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	かかりつけ医は継続した医療を前提にご家族、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の訪問診療所や病院を紹介しています。受診などで送迎が必要な方は安心して受診ができるよう送迎支援を行なっています。	入所時に本人や家族の希望により選択していただき、馴染みのかかりつけ医とは介護計画書を通して連携を図っています。急変時の通院には管理者が送迎し、家族が来院するまで付添い受診結果に関する情報の共有を行っています。	

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
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付いたことを看護師へ報告し、処置やかかりつけ医への報告、相談を行っています。夜間においても特変のある場合にはオンコール体制にて支援しています。		
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、病院関係者へ情報を提供しています。スムーズに退院ができるように病院関係者と退院に向けた情報交換を行っています。		
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	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。入居契約時に看取りについての考え方を説明しています。	重度化した場合の対応として看取りの指針を入居時に説明し、本人・家族の希望を確認しています。重度化した段階に応じて家族、職員、医師と話し合い情報を共有し、その都度、家族の同意のサインをいただき、看取りの体制を整えています。	
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	A E Dの設置、応急処置の研修などを行い実践に備えていきます。		
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	ミーティング・研修などにより、避難経路の確認、消防設備の取り扱い方法の説明を行なっています。避難訓練・通報訓練を定期的に行なっています。	避難訓練は日中の時間帯や夜勤者のみを想定した夜間救済訓練も実施し、シーツを使って実際に利用者を避難するなど実施しています。スプリンクラーは完備されています。地域の方々とは運営推進会議を通して救済の協力を得ています。	食糧の備蓄や避難訓練に要する時間をその都度計測し、時間短縮を図るための訓練回数を重ね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	
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	事業所の基本理念として人間性の尊重は大切にしています。言葉かけや対応の仕方、態度などミーティングの中で確認しています。トイレ内にプライバシーの配慮からカーテンを、脱衣場にはスクリーンを設置しています。	日常の支援の中で利用者の尊厳やプライバシーについて言葉使いなどで損ねることのないよう、行動指針の中に接遇ケアを作成し、職員はつねにその心得が記入された名刺大の大きさのカードを携帯し利用者一人ひとりの誇りを大切にしています。		
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するなどしてお客様に合わせた工夫に努めています。			
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に努めています。入浴などはおお客様の希望する時間帯に合わせるよう努めています。			
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添いながら行なっています。外へいく事ができない方にはご家族の了解の下、訪問美容サービスを依頼しています。ネイルのボランティアが定期的の訪問して下さりおしゃれを楽しまれています。化粧品も準備して支援しています。			
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いただき、洗い物もスタッフと共に行なっています。木曜日にはカレー作りをお客様と共に行っています。夕食の味噌汁作りもお客様と一緒にしています。	利用者の重度化が進行する中でも食事を楽しめるよう、色合い、かおりや舌触りとともに本来の形も工夫したりしています。利用者の中には食事の準備や洗い物を手伝ったりしています。年に数回、外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	食事、水分量はチェック表を使用して把握しています。飲み物は好みに応じてお出しできるように揃え、水分摂取の難しい方に関してはゼリーなどを用意しています。食事は状態に合わせてミキサー・ミキサーゲル・トロミなどで対応しています。		
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	毎食後は磨き、うがいは全てのお客様が行なっています。ご自身でできない方は状態に合わせた介助をさせていただき、昼食前・夕食前には口腔体操を行なっています。訪問歯科医と連携しアドバイスを受け、口腔ケアの充実に取り組んでいます。		
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	排泄パターンに合わせたトイレ誘導、声かけをしています。お客様ごとの身体状況に合わせた排泄支援をしています。	利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、表情やしぐさのサインから適切な誘導支援をしています。トイレでの排泄や自立に向け、食物繊維を多く摂取し、毎日の体操、積極的な散歩などに努めています。	
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	水分および食物繊維を多く摂っていただき、毎日の体操も欠かさず行なっています。散歩も出来る範囲で積極的に取り入れています。排泄記録により看護師が確認を行い、必要時は主治医に報告をしています。		
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	入浴はお客様の希望やご家族の要望に出来る限り添うよう支援し、ゆったり楽しむ入浴を心がけています。	一人ひとりの生活習慣や気持ちを尊重して暮らしの中で入浴が楽しみとなるよう支援しています。広い浴室でゆったりとした気分になられ、気付きの場ともなっています。	

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
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リビングのソファなどを利用して頂き、休息がとれるよう配慮しています。		
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	疾病及び服薬情報は緊急対応マニュアルに個別に記載しています。薬は個別に袋に分けており、服薬介助は本人確認を必ず行い、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、縫い物、習字、調理、買い物など、個々の楽しみごとに対して職員も共に関わりを持って支援しています。		
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	お客様の希望に添って、散歩やドライブに出かけたり、食材の買出し、日常生活用品の買い物、地域での避難訓練参加、グループホームの合同イベントへの参加などに積極的に参加し、交流を図っています。	近くの広々とした神社への散歩、スーパーへ利用者自身の日用品や衣類の買物など外の空気に当ることを心掛けて支援しています。グループホームのイベントや正月の寒川神社などにも出掛け地域とも交流に努めています。	
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	お客様とご本人のお小遣いをもち、一緒に買い物に行く支援も行っています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご本人の希望に沿って電話をお貸しし、また手紙の代筆などの支援をしています。		
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	天井を高くすることで圧迫感を減らし、心地良い空間ができています。中庭には夏みかんの木や花を植えて季節ごとに楽しめるように工夫をしています。廊下には掲示板を作って日常の写真を飾り、皆で楽しめる場所を作っています。	広く、明るいロビーや明り取りの窓がある高い天井の廊下は開放感があり、コーナーのソファでは心地よくすごせる空間となっています。リビング全体を職員の目が届くよう配慮されています。	
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	デイルームにはテーブルが2ヶ所あり、好きな場所で過ごす事ができます。和室やソファ、ガーデンテーブルなどでくつろげるように工夫しています。		
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	ご家族ご本人と相談して、使い慣れた道具や自宅に飾ってあった写真等を持ち込んで頂き、ご本人にとって我が家のような心地良い雰囲気になるように支援しています。お部屋の入り口には飾り窓を設置し、写真や思い出のあるものを飾っていただいています。	利用者がそれぞれの使い慣れた家具やテレビなど持ち込まれ、転倒のリスクも本人や家族と相談の上、配置されています。本人の希望で畳みの居室もあり、住み慣れた自宅のように居心地よくすごせるよう配慮されています。	
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、廊下などには手すりを設置し、事務所以外は引き戸にして安全且つ自立した暮らしができるよう工夫しています。トイレや浴室もお客様の身体機能に合わせて使用できるよう広さなどに工夫しています。		

目標達成計画

作成日: 平成 23年 8月 25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	1	○理念の共有と実践	リフシアの理念「心を添えて共に生きる」支援の 実践と共に、グループホームの3つの理念に ついて具体的に取り組み行ない、充実した暮らし を作っていく。	グループホーム理念の再確認をミーティングを通し て行う。 3つの理念実現に向けた行動を明確化する。	3ヶ月
2	5	○身体拘束をしないケアの実践	身体拘束に関する知識を高め、身体拘束を行 わないケアを実践する。	身体拘束についての研修を行う やむを得ない場合について、必要な手順と必要な 記録を残し、拘束廃止に取り組む。	3ヶ月
3	9	○思いや意向の把握 ○これまでの暮らしの把握 ○暮らしの現状の把握	インテーク～アセスメント時に、出来るだけ本 人・家族から情報を収集し、これまでの歴史の もとに現在の暮らしがある、という個人個人を 大切に尊重した生活を作る。	生活史の情報シートを入居前にお渡しし、ご家族に 記入して頂く フェイスシートに生活暦や趣味嗜好を盛り込む ケアプラン・サービス計画に反映させる	3ヶ月
4	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング	ケアプランを基に、現場スタッフが介護計画書 を作成し、現場スタッフでモニタリングを行う。 モニタリングを基にケアプランが更新されていく 流れが出来る。	ファイリングを修正し、ケアプランがスタッフ全員が 見て理解できるように整える。 サービス計画書を現場スタッフが作成する。 3ヶ月ごとにサービス計画書を見直す。 ケアプラン管理表を作成し、現場のモニタリングを基 に、ケアプランを更新する。	3ヶ月
5	13	○災害対策	職員全員が非常時の動きを把握し、昼夜問わ ず最大限の安全を確保する。	防災計画をスタッフ全員に伝える。 避難訓練を実施する。 地域の方々と共に訓練を実施する。	3ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目の№を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。