

1 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	1173200856		
法人名	株式会社ライフータルサービス		
事業所名	ライフタウン愛里		
所在地	埼玉県比企郡小川町小川715-2		
自己評価作成日	平成29年1月17日	評価結果市町村受理日	平成29年3月6日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaigokensaku.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ケアマネージメントサポートセンター		
所在地	埼玉県さいたま市中央区下落合五丁目10番5号		
訪問調査日	平成29年2月6日		

【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)】

利用者様の残存能力を生かし出来る事は何でもやって頂きます。又、日々充実して頂く為に、一日三回の気分転換の為にドライブや愛里で経営している駄菓子屋(とよ屋)の店番や値付けなど、利用者様と共に職員や地域の方々と協力してやっています。又、月々のイベント行事やレクリエーションや学習療法など生活に取り入れています。利用者様と職員間の関係はととても良く、共に助け合いながら生活を送っています。

【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)】

・ホーム長は統率性に優れ、「地域との関わりを大切に」の思いから、事業所内だけではなく、消防や「とよ屋」の代表として地域活動へ貢献をされている。利用者の気分転換や生きがいの場として始めた「とよ屋」が、今は地域交流の中心的な役割を担い、社会的な交流の場として周知されている。
 ・ご家族のアンケートでも、「とても素晴らしいグループホームに出会え、本人はもちろん、家族である私たち自身も感謝しかありません」、「地域の人達との交流、ボランティアの受け入れ、いろいろなイベントの開催で、職員も家族も一緒に楽しんでいる」などのコメントが寄せられ、職員の温かで細やかな対応に心から感謝されている。
 ・目標達成計画の達成状況については、火災や地震を想定した避難訓練を実施され、備蓄も整えられていることから、目標が達成されている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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 (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
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	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:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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
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	66	職員は、生き活きと働けている (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
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	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
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	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. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない			

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	とよ屋という認知症カフェを作り入居者と地域の住民、子供が集まる場として利用者の仕事や生きがいにもつなげている。	職員は、利用者一人ひとりがどうしたら心地よく過ごせるかを常に考え、利用者の気持ちに寄り添いながら地域と共存し、生きがいや役割を持って暮らしていけるように取り組まれている。	
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	近隣住民、民生委員、ボランティアさんがとよ屋店番、愛犬の散歩、ホーム内の掃除など協力して頂き支えられているが、とよ屋を地域の集まりの場所として提供している。	駄菓子屋「とよ屋」が周知され、精神疾患のある方の社会復帰の場として活用されたり、ボランティアの方と一緒にお茶を飲みながら利用者と会話を楽しまれるなど、「とよ屋」を中心とした地域とのつながりが深められている。	
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	地域の高齢者の方が集まるサロンで認知症の勉強会を行う時のお手伝いをする。		
4	(3)	○運営推進会議を活かした取り組み 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	運営推進会議を通じて民生委員さん達が、ボランティアでお掃除などをしてくださる事になったり、とよ屋の店番もして頂いている。	運営推進会議は、毎回、スライドを見ながら行われ、医療連携がスタートしたことや、防犯、100歳体操など様々な内容を議題にし開催されている。利用者の様子が確認でき、安心できると家族から喜びの声をいただいている。	
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り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	地域包括センターの職員さんとは、傾聴ボランティアさんの紹介などを通じて協力関係を築いている。	「とよ屋」の代表として町の生活支援・介護サービス推進協議会委員に選出され、2ヶ月に1回、会議に参加をされ、地域の社会資源をまとめる「コミュニティカルテ」の作成に尽力をされるなど、協力関係が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	日中の玄関の施錠は行っていない。倫理委員を中心に一年に一回は勉強会を開催して、身体拘束ゼロをめざす努力をしているが胃ろうの利用者様はチューブを外す危険があり、現在は御家族同意の元、胃ろう中は状況に応じて介護服を着用している。拘束時間の記録もしている。	不穏な利用者の対応を様々に試され、1日3回、ドライブにお連れすることで混乱や周辺症状が緩和されている。また、申し送りなどの時間に拘束について振り返る時間を作られ、薬に頼らないケアに努められている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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ざされることのないよう注意を払い、防止に努めている	倫理委員を中心に一年に一回は勉強会を開催している為、虐待の防止については職員も理解している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	年に一度、現任研修で勉強会を行っている。		
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	入居時の説明はチェックシートを作成して説明漏れを防ぎ、丁寧な説明を心掛けている。		
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なら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	外部評価の閲覧はいつでも出来るようになっている。又、意見箱を設置している。意見が入っていた時は、月例会議などで取り上げる。	利用者には個々に時間を作られ、家族とは面会の際によく話を聴かれ、「職員の名前がわからないので名札を付けてほしい」、「他の人の洗濯物が混ざっていた」など要望や苦情には真摯に対応をされている。	
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	毎朝のミーティングで十分な意見交換、申し送りを行い、決定事項は通達書に記入。理解できた時にはサインをして情報共有を図るようにしている。	不穏な利用者のケア方法や外出時の時間配分などの提案はすぐに取り入れられ、業務改善に活かされている。また、ホーム長は年1度、個人面談で職員の意見・要望にも耳を傾けられている。	
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	能力給を検討。シフトに協力的な職員や病欠で急なシフト変更に応じた職員には報酬を検討している。		
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	複数事業所連携会議に参加して、他施設の職員との交流をはかっている。		
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作り、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	複数事業所連携研修に参加したり、他のグループホームの入居者様が慰問に訪れたりしながら交流をはかっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	御本人が不安に思っている事を、お話して頂き、安心してここでの生活がスタートできるように心掛けている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	御家族のお気持ちを大切にし、心配な事があれば、何度でも話し合う時間を作り、御要望があれば、それにお答えできるように努力している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	インフォーマルなサービスも含め、本人に必要なと思われるサービスの内容を提案している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	たくさんの経験、体験をされてきた利用者様の人生や思い出に耳を傾け、生活していく上でのお手伝いをさせて頂いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	いつでも、御家族に来ていただき、御自由に過ごしてもらい、家族と密に連絡をとりあいながら情報交換をし、協力して、本人が安心して生活できるように支援している。		
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	可能な限り、御友人に会いに行ったり、電話をかけたたり、来訪していただくなどしている。	隣近所だった方、友人の友人などが訪ねて来られる人が多い。また、「初恋の人に会いたい」と言う利用者の要望を叶えてあげたいと一緒に会いに行かれるなど、利用者の思いに寄り添われている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士、仲良く過ごせるように職員が仲に入り、会話を広げる。一人の方があれば、一緒に過ごせるように進めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	命日には、お線香をあげに行ったり、年賀状のやり取りをしたりしている。又、退去して自宅に帰った利用者が愛里に来園する機会をつくったり、訪問サービスなどの支援もしている。		
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	個別ケアの時間をつくっている。又、ドライブ、買い物、散歩等、御本人の意思が尊重できるようにしている。	利用者とは信頼関係ができており、利用者側から気持ちや意向を伝えられる方も多くおられる。言葉で表現できない利用者には、意識して表情や動きを観察され、思いを汲み取られている。	
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	入居前の利用者様の生活歴を把握できるように、御本人の他、御家族様などからも情報を聴き、新しいプラン作りに反映させる努力をしている。趣味などは継続して出来る事はやっていたいっている。		
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	残存能力を生かしたお手伝いをして頂けるようにお手伝いの種類の選択を慎重にする。調理、掃除等も出来る方にはやって頂いている。		
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	朝の会議や月例会議で利用者様の現状について話し合い、介護計画としてケアプランに反映している。又、御家族様とはケアプランの内容について意見交換を行うが、場合によっては書面にて行っている。意見を参考にプランの作成、変更することもある。	朝夕のミーティング時にヒヤリハット事例の検討をされ、ケアプランに反映されている。病院では車いすだった利用者も、リハビリの効果で歩けるようになり、奥様から感謝されるなど、利用者の状態をよく見極めた介護経計画が作成されている。	
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	個別の記録は、見やすく、解りやすく、書きやすい様式を試行錯誤のすえ、完成した用紙を使用して申し送り時に役立てて。一日の様子がすぐに解るようになっている。記録する事の大切さを認識している。		
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	その時々に合わせて良いと思う事は、とりあえず取り入れてみる。学習療法やとよ屋の店番等も行って頂いている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域の廃品回収や牛乳パックの解体など協力出来る事をしている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	小川赤十字病院、宏仁会病院の医師と家族の橋渡しができるように心掛け、御家族の言いにくい事など代弁できるように心掛けている。	専門医を受診される際には情報がきちんと伝えられるようにバイタルチェック表を持参され、専門医からの情報は通達書で共有が図られている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	宏仁会病院にかかりつけている利用者様は月2回の往診を受けている。救急の場合も日赤病院や宏仁会病院にお願い出来る体制はできている。又、毎週水曜日に訪問看護が来園してくれるようになりました。		
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、又、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。あるいは、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。	入院時や退院時は御家族の負担を軽減できるように出来るだけホーム内で準備をする。主治医との話し合いにも参加して、情報を共有している。		
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	それぞれの考え方による理想的な終末期について話し合いをする。ホームで出来る限りの事を行っている。	昨年からの訪問看護が導入され、終末期に向けた体制が整えられたことで、家族の安心に繋がれている。看取りに対する研修や家族アンケートも実施され、今後の医療連携に役立てたいと検討をされている。	終末期における家族の意向調査が実施されましたが、もう少し具体的な意向の確認方法や同意書作成、及び看取り指針を作成されることに期待します。
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	消防訓練時などには消防署職員を施設に呼んでAEDや心配蘇生のやり方など時間が勝負になる事についての訓練をしている。		
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	消防との関係は大変密であり訓練もしている。又、毎朝避難誘導の担当を磁石ボードで変更対応している。	地域の方々の協力もあり、火災を想定した訓練のほか、地震についても避難場所を確認されるなど、職員の災害に対する意識は高められている。また、ホーム長は消防団員として、地域へ寸劇を通して災害の周知活動をされ、今後は、利用者情報カードの作成を検討されている。	今後は、誰が何をもち出すかなど職員の役割分担や備蓄品の賞味期限の再確認の実施や利用者の個別情報カードなど作成されることに期待します。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	失禁対応時や入浴介助時など自尊心を傷つけない声かけを行い、安全に配慮しながらも個人の時間も大切に過ごしている。	職員同士で情報交換し、一人ひとりに合った会話や利用者を理解することに努め、統一したケアが行えるように心掛けている。また、会議等は別の場所で行うなど、プライバシーに配慮がなされている。	
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	各利用者様の性格への理解を深め、希望を表に出しやすい雰囲気づくりを工夫したり、御本人の意思を尊重した支援を心掛けている。		
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	一日のおおまかな流れは決まっているが、自由な時間については、臨機応変に対応して利用者様の意向やペースに合わせて過ごして頂いている。		
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	訪問美容を依頼してカット、カラー、パーマなど御本人の希望を聞いて実地している。		
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	調理の下準備や盛り付け、トレーや箸並べ、食後の洗い物などその人の能力に合ったお手伝いをお願いしている。	食を通して利用者の得意なことが行えるように、食材業者とは2週間に1度話し合いの機会を持たれている。手打ちうどんやきんぴらごぼうなど、利用者には得意なことを行っていただき、自分の役割を喜ばれている。	
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	高血圧の方の減塩や心臓病の方の水分摂取量など、一人ひとりの食に関する情報を一覧にして、食形態等についてもその方に合ったものになっている。		
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	義歯の方のポリデント洗浄や就寝前の口腔ケアを行い、週に一回は訪問歯科診療を受けている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	時間誘導の利用者様の行動、しぐさによる尿意、便意を把握してトイレ誘導し、自立に向けた支援をしている。	職員は、なぜ、オムツなのか？を常に考え、皮膚の状態や痒みの原因も探られている。活動的な生活で紙パンツから布パンツに変更になった利用者もおられ、「オムツにたくない」の思いで排泄支援に取り組まれている。	
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	レクリエーション時の体操、ホーム内の廊下を歩行したり、外の散歩など身体を動かすなど心掛けている。又、牛乳やヨーグルト、さつま芋などをおやつ時に摂取している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	午前、午後に分けた入浴。一人で入浴を希望する利用者様などは見守りして、長湯の希望者も可能な範囲で対応している。	週3回、自分の好きな時間帯に入浴をして頂いている。入浴剤で気分転換を図られたり、車椅子の方も浴槽に入っていたりするように職員2人で対応をされ、安全面にも配慮がなされている。	
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	昼寝など自由にできるようにホーム内にはいたる場所にソファやベッドが置いてあり、自由に足を伸ばせるようになっている。		
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	一人ひとりに合った服薬支援一覧表が用意されている。		
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	ホームでやっている駄菓子屋(とよ屋)の定番や商品の値付けなど地域の方や職員と一緒に協力してやっている。又、利用者様が駄菓子屋を訪れた時はお茶などを頂いて、場所をかえた気分転換もしている。		
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。又、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支援している	担当職員を決めて外出希望者の為に一日三回は車での外出時間をつくっている。又、月に一回は外出が可能な利用者様に限り、全体で車で出かけられるように心掛けている。	外気浴や日光浴、施設周辺の散歩を日課にされている利用者や、1日3回、ドライブを楽しまれる利用者もおられる。秩父の百穴、越生梅林、ときがわへ豆腐を食べに出かけられることもあり、戸外へ行くことは利用者の大きな楽しみになっている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	現実的にお金の所持がトラブルの原因になるケースが多く、お金を使う支援は難しいが、管理が出来る人は所持して買い物に行っている。		
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	電話をかけたいと要望がある場合は、その都度対応している。又、かかってきた電話もその都度とりついで対応している。		
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	排気口や換気扇、エアコンなどの空気の流れ路の清掃に最善をつくしている。各居室には温度計と湿度計を設置。湿度は50%プラスマイナス10%。温度は20℃から26℃。照明は100から200ルクスを目安にしている。	広々とした開放的な室内は、温度や湿度、照明にも気を配られ、ゆったりと気持ちよく過ごせる環境のなか、利用者の創作品が飾られ安らぎをもたらす共用空間が広がっている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	廊下などにもソファやベッドがあり、くつろぐ事が出来るようになってきている。又、暖かい日は庭に出て話ができる場所もある。		
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	入居前に使用していた家具などを使用していただき、入居前に近い空間の中で生活できるように支援。	好きな歌手のポスターが飾られていたり、家族の写真や仏壇等を持ち込まれた部屋もあり、季節ごとの模様替えは職員と一緒に行われ、落ち着いた暮らしが継続できるように支援がなされている。	
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」「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	バリアフリーで中庭もある為、ホーム内は自由に行動できる。職員が見守りながら自由行動をしてもらっている。		

(別紙4(2))

目標達成計画

事業所名:ライフトウン愛里

作成日:平成 29年 3月 6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	33	終末期における家族の意向調査が実施されたが、もう少し具体的な意向の確認方法や同意書作成及び看取り指針を作成することに期待します。	全ての書類は整っていたが、内容の見直しを行い、制度の高い物にする。	主治医より終末期の具体的な医療についての意向調査をして下さいとの事から、書類を作成、その他同意書、指針等も全て作成済。	1ヶ月
2	35	災害対策について、今後は誰が何を持ち出すか、職員の役割分担や備蓄品の賞味期限の再確認の実施、利用者の個別情報カードなど作成される事に期待します。	火災、水害、地震、どんな災害であっても、不足のないよう準備を整え、意識と日頃の訓練を重ねる。	情報カードの見直し、再作成、備蓄品の賞味期限の確認は行なった。職員の役割分担等については、3月定例会議で話し合う。	1ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.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。