

### 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27年1月11日	評価結果市町村受理日	平成31年4月22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	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php">http://www.kaijokensaku.jp/11/index.php</a>
----------	---

**【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31年2月27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)】**

利用者様の残存機能を生かし、出来る事は何でもやっていただきます。又、日々充実していただく為にホームで経営している駄菓子屋の店番や値段付けなど、職員や地域の方々と協力してやっています。又、レクレ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)】**

・ホーム長の強いリーダーシップで学習療法や生活機能訓練など新たな取り組みが実践され、重度な利用者にも入浴をより楽しんでいただきたいと様々な工夫がなされている。また、「とよ屋」を通して地域交流にも積極的に関わられ、地域に根をおろした事業所となっている。  
 ・運営推進会議では身体拘束や災害対策などのほか、「ヤングケアラー」への支援についても検討がなされるなど、地域で支えあう関係が構築されている。  
 ・目標達成計画の達成状況については、具体的な看取り指針が作成され、職員の不安や心配事が払拭されたこと、また、備蓄品の賞味期限の再確認、職員の役割分担について取り組まれたほか、利用者の個別情報カードも作成されたことから、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		

# 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	地域の高齢者が集まり体操をしたり、昼食をとったりして楽しむサロンがあり、そのサロンの一員として参加している。	職員は、利用者が生きがいと役割を持って暮らしていけるように、利用者の言葉を否定せず、思いを汲み取りながら、心のケア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	ホームで経営している駄菓子屋(とよ屋)の店番を地域の方々に協力してもらっている事からホームと密な関係が築けている。又、週1回とよ屋で百歳体操を地域の方々と利用者様と一緒にやっている。	駄菓子屋「とよ屋」が地域の方々のふれあいの場となり、牛乳パック回収の活動も行われている。「とよ屋カフェ」に参加された家族からは、「困りごとを話せて心がほぐれた」などの声も聞かれている。	
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政委員の方々が、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した。	運営推進会議では、毎回スライドショーとして利用者の様子を観ていただきながら開催されている。また、ヤングケアラーや災害時の問題などについても話し合わせ、地域や事業所が行える具体策について検討がなされている。	
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とは、傾聴ボランティアの紹介などを通じて協力関係を築いている。	市と社会福祉協議会主催の「まちづくりフォーラム」に役員として出席をされている。市は運営推進会議にも参加されており、日頃から行政との良好な協力関係・信頼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	日中の玄関施錠は行っていない。倫理委員会の設置。倫理委員会を中心に防止に取り組んでいる。	3か月に1度、民生委員の方が利用者の様子を観察し、不穏が生じる原因や時間帯など運営推進会議で報告をされている。緊急やむを得ない場合であっても家族と話し合いの機会を持たれ、取り組み方法を検討されている。	
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	倫理委員会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、経管栄養の利用者様はチューブを外す危険がある為、現在は御家族様同意の上、経管栄養中は状況に応じて4点柵とミトンを着用している。又、ベッドからの転落のリスクがある利用者様も御家族様同意の上、4点柵をしている。拘束時間の記録は徹底しているが拘束がなくなるにはどうしたらよいかも会議をしている。		

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	成年後見制度については、研修等でそれらを学んでいる。 対象者にはその都度助言をさせていただいている。		
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もれを防ぎ、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。	利用者とは日々接する中で、家族とは面会や運営推進会議の際に聴かれている。事業所側では当たり前と思っていることでも、家族にとっては大変なこともあり、丁寧な説明を心がけている。	
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30分の意見交換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様にしている。	ホーム長は月例会議で不安や要望を聞き取られ、心配事が大きくなる前に解決できるように努められている。職員の意欲ややる気にも繋がり、ストレスへの対応にも役立てられている。	
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てくれ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図っている。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居見学の時、悩みを聞き出すチャンスである。入居を決める事により、悩みの改善は一部出来る事を説明する。		
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	御家族の話を受ける時間を大事にしたい。交わした約束は必ず守る。最初の信頼関係は何より大事と考えている。		
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の重要性を理解して頂けるよう説明する。		
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	人生の先輩として尊敬の念を持って接せる様に心掛けている。		
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	介護の仕事は代行業であり、ご本人の手や足の代わりとなる事。又は家族の代わりとなる事により、支えあいながらの介護を心掛けている。		
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	電話をかけた時、手紙を書いたりするのを自由に出来る支援をしている。又入居前に利用していた馴染みの店への買い物も行けるようにしている。	教会の方や旅行仲間の方が来られたり、植木職人だった方には庭の剪定を頼まれている。また、自宅の庭のみかんを取りに行き、みんなで食べるなど、利用者の気持ちを大切に支援に努められている。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	一人である利用者様には職員が声掛けをする。数人でお茶会などしている場合は見守る様、心掛けている。		

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
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、年賀状のやりとりをしたり、クリスマスプレゼントの交換をするなど入居者様に合わせたお付き合いの継続を心掛けている。		
<b>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</b>					
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。やりたい事への支援をしている。	年1回、利用者アンケートを実施され、心配なこと、行きたい場所、会いたい人、食べたいものなど自由に記入していただき気持ちを確認されている。	
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	入居前のサービスを把握して新しいプラン作りに反映させる努力をしている。		
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お手伝いの種類の選択を慎重にする。		
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	御家族とはケアプラン作成後、意見交換を書面にて行っている。意見を参考にプランの変更をすることもある。	利用者の好きなことや苦手なことなどを引き出し、課題への具体的な取り組み方法が記入された介護計画が作成されている。見直した内容は赤字で記入しよりわかりやすい表記になるように工夫がされている。	
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申し送り時に役立てている。		
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最善が尽くせる様にしている。学習療法を取り入れたりしている。		

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
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できる事をしている。		
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出来様に心掛け、御家族の言いにくい事など、代弁出来る様心掛けている。	協力病院からの紹介で他の病院やかかりつけ医を受診される利用者もおられ、適切な情報提供により安心できる医療体制が整えられている。	
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出来る様、出来るだけホーム内で準備をする。		
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。	具体的な看取り指針を作成され、職員は、死が決して辛いものだけのものではないと理解された結果、看取りに対する不安や心配が払拭され、死を自然に受け入れられるようになってきている。	
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	消防訓練時には消防署職員を施設に呼んでAEDや心肺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。	ホーム長は地域の消防部長として活躍され、ハザードマップで危険地域の確認もされている。また、名前、写真、連絡先が書かれた利用者情報カードの作成や防災ベストなどが準備されどんな災害でも対応できるように検討を重ねられている。	日頃から起こりうる災害を可能な限り想定されるなど十分な取り組みが行われています。今後は煙体験ハウスの避難訓練を行いたいと検討されていることから、実現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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	失禁時など自尊心を傷付けない声掛けを徹底している。	尊敬の気持ちを持って接している。トイレ誘導の際の言葉かけや風呂場のカーテンを閉めることなど、当たり前のことを徹底され、落ち着いて過ごしていただけるように心がけている。	
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	オープンクエスチョンやクローズドクエスチョンなど臨機応変に使い分けられ、適切に意思を伝えられるような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	おおまかには時間が決まっているが、御本人の意向に合わせて、自由にしてもらっている。		
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	訪問美容師を依頼してカラーやパーマをしている。又、行きつけの美容院に送迎する支援もしている。		
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、お皿洗いなどその人の能力に合ったお手伝いをお願いしている。	利用者のできる力を見極め、切ったり味付けしたりなど手伝っていただいている。ミキサー食からお粥に変更になった利用者や食の細い利用者も全量召し上がっていただくことを目標に食事時間にも配慮がなされている。	
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	透析患者様の水分制限や糖尿病患者様のカロリー制限を把握。経管栄養は病院の指示通り行っている。		
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	義歯の洗浄は就寝時に義歯洗浄剤で洗浄。毎食後はうがい対応のみ。		

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としぐさによる尿意、便意を把握して自立に向けた支援対応をしている。	職員は「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。座位保持が大変な利用者には、職員2人で対応されるなどできるだけトイレで排泄ができるように支援をされている。	
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	午前と午後に分けた入浴。一人で入浴を希望する利用者様などは見守りし、長湯の希望者も可能な範囲で対応している。	週3回、入浴支援が行われている。ホーム長の提案で、今年1月から「重度な利用者を入れる日」を設け、シャワー浴から浴槽へ入ることができるようになり、入浴の楽しみが倍増されている。	
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があり自由に足を伸ばせるようになっている。又、冬の寒い時期は就寝前に希望者だけ足浴をしている。		
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	一人一人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	自グループホームでやっている駄菓子屋(とよ屋)の店番や商品の値段付けなど地域の方や職員と一緒に協力してやっている。又駄菓子屋でお茶などを飲みながらホームだけではなく、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に支援している	個別ケアの時間があり、この時間で個別の対応をしている。又どうしても外出を希望される利用者様はスタッフ間で協力し合い、時間をつくり外出の対応をしている。	ドライブは頻繁に行われ、季節折々の花々や山の風景を楽しまれるほか、施設周辺の散歩や「とよ屋」での買物は日常的に実践されている。また、お茶持参で利用者の家に行き、職員や仲間とゆったりと過ごされる時間も持たれている。	



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、お金をつかう支援は出来ない。認知症ならではの行動の為、グループホームでは不可能と考えている。		
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	電話の取次ぎや絵手紙の支援など力を入れている。		
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	除菌は次亜塩素酸を成分とした除菌液を使用。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尽くしている。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ルクスを徹底。	吹き抜けの明るく開放的な共用空間は、温度や湿度、照明などにも配慮がなされ、ゆったりと気持ちよく過ごすことができる環境となっている。	
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があり、くつろぐ事が出来るようになっている。又暖かい日は庭に出て話出来る場所もある。		
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が、入居前に近い空間の中で生活出来る様に支援。	机、愛読書、ミカンもぎに使用されていた籠など懐かしいもの、使い慣れたものが持ちこまれ、自分の部屋として過ごせ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。見守りの元、自由行動をしている。		

(別紙4(2))

事業所名:ライフトOWN愛里

## 目標達成計画

作成日:平成 31年 4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		オムツ変換のやり方などについて	出来るだけ手早く不快にならない様にプライバシーを大切にする。	2名ペアになって体験の研修を企画	3ヶ月
2		食事介助の方法について	介助者本位では無く、利用者ペースで。	より良い介助方法を体験を通して学んで行く。	3ヶ月
3		車いすに乗りながらの介助について。	出来るだけいすにすわっていただく。やむをえない時はかためなクッションを使用する。	自分が体験していやだった事は、利用者さんにぜったい同じ思いをさせない様にする。	3ヶ月
4		ベットから車いすへの移動	ゆっくり、フットレスなどにあたらない様に。	ゆっくりとていねいな介助を心がける	3ヶ月
5		車いすでの散歩	ポコポコ道をさける。平らな道を探す。	乗っている時と介助している時の感じ方の違いについて話し合う。	3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。