

2020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	1493800435	事業の開始年月日	平成30年6月1日
		指定年月日	平成30年6月1日
法人名	株式会社ストック		
事業所名	ライフケア@つづき		
所在地	(〒224-0027) 神奈川県横浜市都筑区大圃町145番地		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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	令和3年1月8日	評価結果 市町村受理日	令和3年6月29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/kaigonavi/
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------

【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)】

<p>利用昔一人ひとりが、思い思いに過ごせるようにしています。通院や外出に当たり送迎の支援をしています。晴れて気候の良い日は庭で食事をしたりお茶会をしています。庭で野菜を栽培し皆で世話をしています。</p>

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和3年2月19日	評価機関 評価決定日	令和3年6月20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)】

<p>事業所は、横浜市営地下鉄グリーンライン「東山田」駅から鶴見川の分流である早淵川の脇を歩いて10分ほどのところにあり、中原街道や地下鉄が整備され、開拓された地域ですが、近くには畑もあり、緑豊かな環境となっています。</p> <p><優れている点> 往診で来所する内科医、歯科医、精神科医と職員の連携が強く、内科医は急変時24時間対応可能です。医師、事業所職員である看護師、介護職員全員が利用者の症状を把握できる仕組みとなっています。病状は、定められた項目に外れた場合の対応が決まっており、職員が判断しやすい仕組みを確立しています。また、利用者家族と連絡を密に取っており、家族からの要望や、管理者が気が付いたことなどの問題を解決しやすい体制となっています。</p> <p><工夫点> コロナ禍で外出が出来なくなり、ボランティアなどもすべて中止となってしまっています。その中で、体操の時間を増やしたり、毎日室内レクリエーションを開催したりしています。利用者が楽しめるものを職員で考え、新たに畑を庭に作って茄子、きゅうり、トマト、オクラ、ピーマンを育て、利用者の生きがいづくりに繋げています。</p>

【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	ライフケア@つづき
ユニット名	1階

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

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、生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。	地域密着型の事業所の理念を作成し、職員みなでこの理念を共有して、地域社会に貢献できるように努めています。	理念を「介護を通じて地域社会に貢献する」と掲げ、玄関の見える場所に掲示し、職員は周知しています。理念である社会貢献を踏まえ、若年層の社会復帰のため、就労支援の受け皿として事業所を提供し、活動を実践しています。	
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。	大棚町町内会に加入し、町内会の催しに参加できるように努めています。	町内会に加入し、毎年夏まつりや資源回収活動の手伝い、楽器演奏のボランティアなどを招致していますが、今年度はコロナ禍の中で、利用者の安全を第一に考えすべての行事を中止しています。今後は感染予防・防止を考え、安全に町内会や事業所の催し物が出来るよう対策を行う意向です。	
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。	事業所側から日常生活等を地域に向けて発信できるように努めています。		
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。	参加者からの意見や要望を施設の運営に活かせるように努めています。	運営推進会議はコロナ禍の中、8月に開催しています。町内の代表者、民生委員、地域包括支援センター職員および利用者家族などが参加し、事業所の活動報告や、外出自粛のため、庭を畑に変更してたくさんの野菜を収穫している暮らしぶりについて説明をしています。	運営推進会議はコロナ禍の中で集合型は難しくなっています。今後、担当メンバーに書面やメールなどで事業所内の状況を発信することも期待されます。
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。	生活保護の手続き、介護保険の手続き等の際に施設の実情や利用者様の要望等を伝えています。	運営推進会議などでも地域包括支援センターと連携しており、利用者に関する相談をしています。介護保険の更新手続きでは区役所高齢福祉課と連携したり、生活保護課では保護費や利用者の現状を報告しています。また、自立支援の手続きなどで関わりを持っています。	

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。	身体拘束禁止の手引き等により職員の身体拘束についての理解を深めて、実践に活かしています。	「身体拘束排除マニュアル」「身体拘束ゼロへの手引き」「施設職員のための高齢者虐待防止の手引き」を自由に閲覧できるようにしており、職員は理解を深めています。職員同士、日常のケアで振り返り、検証して正しく理解しています。研修は年1回行い、拘束しないケアの徹底を図っています。	
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、学び防止に努めています。		
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に支援している。	入居時に必要がある場合には、活用できるように支援しています。		
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。	利用開始前に、利用者及び家族に契約に関する説明を丁寧に行っています。解約時も、利用者や家族に丁寧に説明し納得していただいています。		
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。	利用者の思いを受け取れるように、日頃から接しています。家族等の意見は、電話やメールでも要望が伝えられるようにしています。	事業所は電話やメール、手紙などいろいろな方法で意見をもらう事が可能です。必要な時は管理者から家族へ連絡をして相談しています。家族の来訪時には利用者の生活の様子を伝え、意見や要望を聞いているため、家族からの意見の件数は多くありません。	

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。	ミーティング時、職員引継ぎ時、その他随時、意見や提案を受け付けています。そして、運営にいかせるようにしています。	事務所、相談室を使用し、いつでも個別に意見を聞いています。問題があればその都度話を聞いています。職員から、家族や親戚の写真帳を見やすいところに置き、昔を思い出せるようにしたいという提案があり、写真帳を居室内の見やすい所に置いています。	
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。	職員用休憩室を確保し職場環境の整備に努めています。また、職員同士の人間関係に気を配り働きやすい職場作りに努めています。		
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。	職員が研修に参加できるようにして、職員の質の向上に努めています。		
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。	同業者が参加する研修会等に参加できるようにして、同業者との交流に努めています。		
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。	サービス開始前から本人の生活状況や本人の不安や思いを理解して、本人が安心できるように努めています。サービス開始の段階で少しずつ調整していきます。		

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
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。	サービスを利用するに至った経緯、家族の思いを理解して、サービスの利用にあたって家族が安心できるように努めています。		
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。	サービスの開始に当たり、他のサービスが必要な場合は対応でき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。	本人が介護されるだけの関係にならないように、職員は共に生活している関係を築くように努めています。		
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。	家族から本人の細やかな情報等を聞き取り、本人の日常等を家族に伝えて、とも本人を支えていけるように努めています。		
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。	友人、近所の人、家族、後見人等が訪問されます。また、家族と墓参りに出かけたり、家族の家に外泊したりして支援に努めています。	入居時、家族から馴染みの人や場所を教えてもらったり、家族がいない場合は担当介護支援専門員から情報を集めています。馴染みの美容院に家族が連れていったり、自宅近所の食堂に連れていくこともあります。友人や家族など、来訪の制限はしておらず、利用者も関係の継続ができています。	

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。	仲の良い利用者同士の関係が壊れないように見守っています。また、孤立する利用者がないように支援しています。		
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。	契約が終了しても、これまでの関係が切れないように支援しています。		
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。	家族や担当介護支援専門員に今までの暮らしや好みや思いを聞き取り本人の表面に出てこない意向を把握できるように努めています。	話ができる利用者は本人から直接聞いたり、家族や人づてに聞き取りをして情報収集し、思いや意向を把握してケース記録に落とし込んでいます。話が出来ない利用者の場合、職員はコミュニケーションに心がけ、利用者ごとに把握できるように努めています。	
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。	本人や家族から生活歴や生活環境などを聞き取り、本人のこれまでの暮らしについて把握できるように努めています。		
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。	職員が研修に参加できるようにして、職員の質の向上に努めています。一人ひとりの一日の生活の暮らし方や心身の状態を確認し記録し皆で共有しています。		

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
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。	本人や家族の思いや希望を反映して、また、職員による利用者の日常生活の観察なども考慮して介護計画を作成してモニタリングを行っています。	アセスメントから課題分析を行い、介護計画に沿って、半年毎にモニタリングを実施し評価しています。また、状況の変化に応じて随時見直しを行っています。現在の状態を本人と家族に伝えて意見を聞き、承諾があれば同意書にサインをもらっています。	
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。	サービス実施記録と支援経過記録を個別に記録して、その情報は職員間で共有しています。そして実践につながるように努めています。		
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。	本人や家族の状況を考慮して通院や送迎を行っています。		
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。	演奏ボランティアの訪問を積極的に受け入れています。		
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。	内科のかかりつけ医は月2回往診があります。精神科のかかりつけ医は月2回往診があります。歯科のかかりつけ医は週1回往診があります。その他、本人や家族の希望の医療が受けられるように支援しています。	内科、精神科は月2回、歯科は週1回の往診があります。急変時、内科は24時間対応です。現在まで頻度の変更はありません。往診医の指示で病院での受診をしています。病院と薬局は同じ医療法人なので、受診時に往診医にも医療情報が伝わります。外来受診も職員が支援しています。	

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。	看護職員の記録と介護職員の記録を共有して、利用者に対して適切な支援が行えるように努めています。		
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。	入院時は家族または職員が見舞いに行けるように努めています。病院のソーシャルワーカーと連絡を密にして早期の退院ができ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。	契約時に、重度化した場合の方針について説明し文書で保管しています。実際に、重度化や終末期を迎えた場合は主治医を交えて、本人や家族と話し合いをします。	入居時に、重度化・看取りの指針について、家族や本人に説明し同意を得ています。今までも、重度化した利用者や看取りの利用者の対応を行っています。ケアプランを見直し、情報を共有することで、職員全員で支援しています。	
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。	急変時、事故発生時に対応できるように対応表を職員が見えるところに掲示しています。		
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。	災害対策のため年2回避難訓練を行なうようにしています。居室内の家具は安全な位置に配置するようにしています。	避難訓練は昼間想定を年2回実施しており、職員と利用者が参加しています。避難場所は近くの中川中学校です。夜間想定訓練は未実施です。災害時の食料や水の備蓄は14日分あり、年1回賞味期限の確認を必ず行っています。災害時の職員の連絡マニュアルも備えてあります。	今後、夜間想定訓練の実施も期待されます。

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
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。	一人ひとりの人格を尊重するように支援しています。日常の言葉がけに気をつけています。また、プライバシーを損ねないケアに努めています。	職員は忙しい時でも、利用者からの言葉かけや要求には、作業を中断してその都度対応し、一人ひとりの人格を尊重しています。入浴や排泄は、特にプライバシーの確保が重要と捉え、職員の研修も年1回行い、職員も心がけてケアするようにしています。入浴は同性介助です。アセスメントや介護記録などの個人情報、ケースに入れて保管しています。	
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。	安心できるような雰囲気を大切にして利用者が自分の意思を伝えることができるように努めています。物事を自分で決定できるように支援しています。		
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。	利用者本人のペースを大切に個別の支援をしています。買い物やドライブを本人の希望に合わせて行うように支援しています。		
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。	朝のケアや入浴後のケアで身だしなみを整えることができるように支援しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者の好みのメニューを提供できるように支援しています。配膳やかたづけができる利用者には、できる範囲で行えるように支援しています。	昼食は業者の献立が届きますが、朝食と夕食は本人の希望に添って調理しています。食事がおいしく食べられるように、毎食ごとに口腔体操を行っています。行事や、祝い事に合わせた献立を作っています。希望する利用者は、気分転換に、食事の準備や後片付けを行っています。	

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
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。	毎日のバイタルと食事摂取量、水分摂取量を記録し利用者の健康管理を職員で共有して、医師や看護師の指示を受け一人ひとりにあった支援をしています。		
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。	朝夕歯磨きをして、入れ歯を毎晩消毒しています。一日一回、夜に歯ブラシを消毒しています。		
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。	利用者がトイレで排泄できるように支援しています。そのために、一定の時間にトイレ誘導して支援しています。また、利用者の行動パターンによりトイレ誘導して支援しています。	トイレへは、時間で誘導する利用者と行動で誘導する利用者がいます。一人ひとりの排泄パターンに対応して、職員がケアしています。夜間オムツの利用者は、時間でケアしています。言葉で表現できない利用者は、身振りから誘導しています。自分でできるところは自分で行ってもらっており、利用者の身体機能を維持しています。	
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。	おやつに牛乳やヨーグルト等にしたたり、個別に水分補給の白湯を出したりしています。また、医師の指示で下剤を仕様することや看護師が浣腸を行うことがあります。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の希望に沿って入浴できるように支援しています。入浴回数が不公平にならないようにしています。入浴を拒否するときは職員を交代したり、日程を変更して対応します。	利用者のバランスを考えながら、週2回は入浴するようにしています。拒否のある利用者是对応する職員を変えたり、別の日にしたりしています。柚子を入れて、季節を楽しんだり、コミュニケーションを豊かにとるようにしています。利用者の中には好みのたわしなどがあり、取り入れています。	

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
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。	日中の活動に参加できるように支援して、昼夜逆転しないように努めています。		
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。	服薬チェックシートに記録し職員間でダブルチェックできるようにしています。薬局の服薬説明書をバインダーに閉じ、職員がいつでも閲覧でき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。	洗濯や掃除の好きな利用者が参加できるように支援しています。また、今日の日付や曜日を小さなホワイトボードに記入して掲示しています。		
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。	天候を考慮して日常的に散歩に出かけています。適宜買い物やドライブの支援をしています。	一年以上コロナ禍にあり、外出計画は立てられていませんが、天候の良い日には散歩に出かけています。散歩をしづる利用者は車いすで窓辺まで来たり、庭に下りたりしています。家族との面会は、相談室で窓を開け、マスクを付けて行っています。買物は、現状では職員が行っています。	
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。	本人や家族の意向を取り入れて、本人が金銭を持ち買い物に出かけて支払いを行えるように支援をしています。		

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。	本人が電話をかけたり手紙を出せるように支援をしています。		
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。	利用者の意向を受けてカラオケ機を設置しています。また、くつろげるようにソファを配置しゆったりと過ごせるようにしています。	玄関、台所、廊下、居間、食堂、浴室、トイレなどの共有空間を、職員は毎日清掃しています。希望する利用者は、職員に見守られ一緒に清掃しています。壁面にカレンダーや手作りポスターを掲示し、ホワイトボードには利用者に見えるよう、本日の日付を書いています。リビングや食堂の居場所が決まっており、利用者はゆったりと過ごしています。	
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。	利用者が一人でいたいときは話しかけないようにしたり、気の合う同士でくつろげるように支援をしています。		
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。	居室内の家具類は本人の長年使用していたもので気持ちよく過ごせるように支援をしています。好きな人形や仏壇を配置し安心して過ごせるようにしています。	ナースコールや介護ベッドなどの備品が備えられており、利用者全員のケアに対応しています。カーテンは利用者の好みで揃えてもらっています。仏壇の持ち込みはできますが、ろうそくなどの火器は制限しています。家具の配置は利用者の動線に合わせて、転倒に気を付けた安心安全の配置を行っています。リネン交換は週1回行っています。	
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。	トイレの位置や自分の居室がわかりやすいように目印をつけ安全に生活できるように支援をしています。歩く位置に障害物がないように配慮しています。		

事業所名	ライフケア@つづき
ユニット名	2階

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

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、生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。	地域密着型の事業所の理念を作成し、職員みなでこの理念を共有して、地域社会に貢献できるように努めています。		
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。	大柵町町内会に加入し、町内会の催しに参加できるように努めています。		
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。	事業所側から日常生活等を地域に向けて発信できるように努めています。		
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。	参加者からの意見や要望を施設の運営に活かせるように努めています。		
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取り組んでいる。	生活保護の手続き、介護保険の手続き等の際に施設の実情や利用者様の要望等を伝えています。		

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
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。	身体拘束禁止の手引き等により職員の身体拘束についての理解を深めて、実践に活かしています。		
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、学び防止に努めています。		
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に支援している。	入居時に必要がある場合には、活用できるように支援しています。		
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。	利用開始前に、利用者及び家族に契約に関する説明を丁寧に行っています。解約時も、利用者や家族に丁寧に説明し納得していただいています。		
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。	利用者の思いを受け取れるように、日頃から接しています。家族等の意見は、電話やメールでも要望が伝えられるようにしています。		

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。	ミーティング時、職員引継ぎ時、その他随時、意見や提案を受け付けています。そして、運営にいかせるようにしています。		
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。	職員用休憩室を確保し職場環境の整備に努めています。また、職員同士の人間関係に気を配り働きやすい職場作りに努めています。		
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。	職員が研修に参加できるようにして、職員の質の向上に努めています。		
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。	同業者が参加する研修会等に参加できるようにして、同業者との交流に努めています。		
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。	サービス開始前から本人の生活状況や本人の不安や思いを理解して、本人が安心できるように努めています。サービス開始の段階で少しずつ調整していきます。		

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
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。	サービスを利用するに至った経緯、家族の思いを理解して、サービスの利用にあたって家族が安心できるように努めています。		
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。	サービスの開始に当たり、他のサービスが必要な場合は対応できるように努めています。		ほん
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。	本人が介護されるだけの関係にならないように、職員は共に生活している関係を築くように努めています。		
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。	家族から本人の細やかな情報等を聞き取り、本人の日常等を家族に伝えて、とも本人を支えていけるように努めています。		
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。	友人、近所の人、家族、後見人等が訪問されます。また、家族と墓参りに出かけたり、家族の家に外泊したりして支援に努めています。		

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。	仲の良い利用者同士の関係が壊れないように見守っています。また、孤立する利用者がないように支援しています。		
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。	契約が終了しても、これまでの関係が切れないように支援しています。		
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。	家族や担当介護支援専門員に今までの暮らしや好みや思いを聞き取り本人の表面に出ない意向を把握できるように努めています。		
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。	本人や家族から生活歴や生活環境などを聞き取り、本人のこれまでの暮らしについて把握できるように努めています。		
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。	職員が研修に参加できるようにして、職員の質の向上に努めています。一人ひとりの一日の生活の暮らし方や心身の状態を確認し記録し皆で共有しています。		

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
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。	本人や家族の思いや希望を反映して、また、職員による利用者の日常生活の観察なども考慮して介護計画を作成してモニタリングを行っています。		
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。	サービス実施記録と支援経過記録を個別に記録して、その情報は職員間で共有しています。そして実践につながるように努めています。		
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。	本人や家族の状況を考慮して通院や送迎を行っています。		
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。	演奏ボランティアの訪問を積極的に受け入れています。		
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。	内科のかかりつけ医は月2回往診があります。精神科のかかりつけ医は月2回往診があります。歯科のかかりつけ医は週1回往診があります。その他、本人や家族の希望の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。	看護職員の記録と介護職員の記録を共有して、利用者に対して適切な支援が行えるように努めています。		
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。	入院時は家族または職員が見舞いに行けるように努めています。病院のソーシャルワーカーと連絡を密にして早期の退院ができ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。	契約時に、重度化した場合の方針について説明し文書で保管しています。実際に、重度化や終末期を迎えた場合は主治医を交えて、本人や家族と話し合いをします。		
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。	急変時、事故発生時に対応できるように対応表を職員が見えるところに掲示しています。		
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。	災害対策のため年2回避難訓練を行なうようにしています。居室内の家具は安全な位置に配置するようにしています。		

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
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。	一人ひとりの人格を尊重するように支援しています。日常の言葉がけに気をつけています。また、プライバシーを損ねないケアに努めています。		
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。	安心できるような雰囲気を大切にして利用者が自分の意思を伝えることができるように努めています。物事を自分で決定できるように支援しています。		
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。	利用者本人のペースを大切に個別の支援をしています。買い物やドライブを本人の希望に合わせて行うように支援しています。		
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。	朝のケアや入浴後のケアで身だしなみを整えることができるように支援しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者の好みのメニューを提供できるように支援しています。配膳やかたづけができる利用者には、できる範囲で行え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
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。	毎日のバイタルと食事摂取量、水分摂取量を記録し利用者の健康管理を職員で共有して、医師や看護師の指示を受け一人ひとりにあつた支援をしています。		
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。	朝夕歯磨きをして、入れ歯を毎晩消毒しています。一日一回、夜に歯ブラシを消毒しています。		
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。	利用者がトイレで排泄できるように支援しています。そのために、一定の時間にトイレ誘導して支援しています。また、利用者の行動パターンによりトイレ誘導して支援しています。		
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。	おやつに牛乳やヨーグルト等にしたたり、個別に水分補給の白湯を出したりしています。また、医師の指示で下剤を仕様することや看護師が浣腸を行うことがあります。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている。	本人の希望に沿って入浴できるように支援しています。入浴回数が不公平にならないようにしています。入浴を拒否するときは職員を交代したり、日程を変更して対応します。		

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
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。	日中の活動に参加できるように支援して、昼夜逆転しないように努めています。医師の処方により、服薬することがあります。		
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。	服薬チェックシートに記録し職員間でダブルチェックできるようにしています。薬局の服薬説明書をバインダーに閉じ、職員がいつでも閲覧でき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。	洗濯や掃除の好きな利用者が参加できるように支援しています。また、今日の日付や曜日を小さなホワイトボードに記入して掲示しています。		
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。	天候を考慮して日常的に散歩に出かけています。適宜買い物やドライブの支援をしています。		
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。	本人や家族の意向を取り入れて、本人が金銭を持ち買い物に出かけて支払いを行えるように支援をしています。		

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。	本人が電話をかけたり手紙を出せるように支援をしています。		
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。	利用者の意向を受けてカラオケ機を設置しています。また、くつろげるようにソファを配置しゆったりと過ごせるようにしています。		
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。	利用者が一人でいたいときは話しかけないようにしたり、気の合う同士でくつろげるように支援をしています。		
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。	居室内の家具類は本人の長年使用していたもので気持ちよく過ごせるように支援をしています。好きな人形や仏壇を配置し安心して過ごせるようにしています。		
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。	トイレの位置や自分の居室がわかりやすいように目印をつけ安全に生活できるように支援をしています。歩く位置に障害物がないように配慮しています。		

2020年度

目標達成計画

ライフケア@つづき

作成日： 令和3 年 6 月 27 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	13	避難訓練が不十分である。	定期的に訓練を行なうようにする。	年間の予定に組み込み、レクリエーションのように身近な活動にしていく。	12ヶ月
2	2	地域貢献できるまでには、至っていない。	当ホームの主催行事に地域の方々に参加してもらおう。	感染予防、感染防止に努めて行事の開催に向けて進めていく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月