

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1494000035
法人名	社会福祉法人松友会
事業所名	ピースフルライフさくら草
訪問調査日	2017年10月13日
評価確定日	2018年3月9日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について
 外部評価は20項目です。
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法
 [取り組みの事実]
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
 [次ステップに向けて期待したい内容]
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
 家族 = 家族に限定しています。
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成 29 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	1494000035	事業の開始年月日	平成19年4月1日	
		指定年月日	平成19年3月1日	
法人名	社会福祉法人 松友会			
事業所名	ピースフルライフさくら草			
所在地	(259-1132) 伊勢原市桜台3-9-32			
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	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成29年9月25日	評価結果 市町村受理日	平成30年3月23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	
----------	--

【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)】

グループホームに入居者した方がいつまでも地域で社会性を保つことができるよう、外出や地域との交流を継続して行っている。また、心身の変化により自ら律することが困難になっても、さくら草の住人であることを続けられるよう、スタッフの資質向上をはかっている。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成29年10月13日	評価機関 評価決定日	平成30年3月9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)】

●この事業所は社会福祉法人松友会運営です。松友会は神奈川県伊勢原市内の沼目地区に「らんの里」(特別養護老人ホーム・ショートステイ・デイサービス・居宅介護支援・ケアハウス)と「すずらん」(グループホーム・認知症対応デイサービス)と「花たば」(地域包括支援センター・地域交流スペース)の3ヶ所と、東成瀬地区に「はなみずき」(デイサービス)、板戸地区に「オハナ」(小規模多機能)、そしてここ桜台地区の「さくら草」(グループホーム・小規模多機能)があります。法人内では、スタッフの交流や施設間の連携も良く取られて、利用者の希望に沿ったサービスが提供されています。

●伊勢原市は、江戸時代から今も引き継がれる「大山詣り」と関東三大不動のひとつの「雨降山 大山寺」が有り、昨年、日本遺産にも登録されています。「さくら草」は、伊勢原駅から徒歩10分位の便利な場所ですが、周囲は住宅が多く、静かで落ち着いた雰囲気のある場所にあります。

●地域との交流では、自治会が開催する納涼祭や、盆踊りなどには、入居者と家族の方と一緒に参加しています。伊勢原市と地域ボランティアにより、毎月開催される、ふれあいミニディでの、お話や、クリスマス会にも参加して、地域の方々と楽しい時間を過ごされています。事業所主催の夏祭りには、家族の方も多数参加され、西瓜割りや、花火で楽しまれています。地域ボランティアによる、ピアノ・バイオリン演奏会や、健康体操なども行なわれています。

【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	ピースフルライフさくら草
ユニット名	

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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

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	ご入居者が地域の住人として、さくら草での生活を継続し過ごすことができるように、事業所の理念を掲げ実践、支援している。	法人の理念を基にして、職員全員で意見を出し合い事業所独自の理念を作成しています。理念は、家庭的な環境づくりや、地域との交流などを含む7項目からなり、玄関の入口に掲示され職員だけでなく、来訪者の目にも付くようにしています。理念を職員一人ひとりが意識の中に持っているように、事業計画の発表時や、対応に行き詰まったりした時などは確認をしています。	今後の継続	
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	ご入居者全員が自治会に加入し、地域が開催するミニサロンや納涼会等に参加、地域住民との交流を継続している。市内大清掃や地域の防災訓練等、地域活動にも参加している。	さくら草のグループホームとして、この地区の自治会に加入しています。地域で開催される「あじさいクラブ納涼祭」や、伊勢原市と地域のボランティアにより毎月開催される、ふれあいミニディ(ミニサロン)での話しや、クリスマス会に参加して地域の方々との交流を図っています。	今後の継続	
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	さくら草の近況報告や事業所案内を運営推進会議で行う。また、市や包括支援センターから依頼を受け、地域住民の方たちと意見交換会や講義を行っている。			
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	ご家族代表や自治会長、民生委員等にさくら草の活動や取り組みを報告しご意見をいただいている。運営推進会議の内容をスタッフ会議等で共有している。	運営推進会議は、奇数月の第4水曜日に開催され年に6回行われています。出席者は、自治会長、民生委員、伊勢原市役所職員、地域包括センター職員、家族、他の介護施設管理者などの参加で、事業所からは、活動状況や行事予定などの報告を行い、出席者から意見を頂いています。会議内容は、スタッフ会議にて職員に周知され対応しています。	今後の継続	
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に取り組んでいる	適宜電話や窓口での相談を行うとともに、運営推進会議の参加依頼をし、事業所の近況や地域の様子などを共有している。	伊勢原市とは、介護認定の手続き等での連絡や、研修案内等のメールが有り、また保健福祉センターからは、感染症などの情報が入って来ています。施設系サービス連絡会に参加して、市の介護保険課とも交流を持っています。地域包括支援センターとは、利用者の紹介やミニサロンでも交流をしています。	今後の継続	

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	身体拘束の未実施に対する意識啓発をスタッフ全員と共有し、身体拘束防止についての研修を毎年実施している。但し、外出時の事故防止や防犯上の観点から、玄関には施錠をしており、適宜開錠できるようにしている。	身体拘束防止のマニュアルが、法人全体で作成され、定期的に法人内研修も行っています。ベッドからの歩行による転倒防止のためにベッドサイドセンサーを家族の了解の下、取り付けて安全を確保しています。徘徊のある利用者に対しては、その様な行動が見られた場合は、抑える事はせず、職員と一緒に散歩するなどの対応をしています。	今後の継続
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	虐待防止法について共通理解をするために、法人内で研修を実施している。入浴時、排泄時等に外傷の確認を実施している。また、市が行う虐待防止の研修会に参加している。		
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	ご入居者の家族が成年後見制度を活用するにあたり、必要な関係機関と連絡を取り、必要の際には手続きに至る支援を行っている。		
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	契約締結時にはご本人・ご家族に時間をいただき、介護保険制度に沿った説明を実施している。制度改正等、内容の変更時にも同様に説明を行い、同意をいただいている。		
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	要望・苦情窓口を重要事項説明書に記載し説明している。面会時や家族懇談会の機会にご意見を取り入れ、運営に反映させている。	利用者の意見、要望は日常のケアの中で聞いています。また家族からの意見、要望は運営推進会議や家族懇談会、来訪時に聞いています。得られた意見、要望は議事録や連絡帳に記載して、スタッフ会議で検討し、出来る限り取り入れて運営に反映させています。	今後の継続

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	毎日の申し送りや毎月のスタッフ会議の場においてスタッフ間の意見交換、提案をおこなっている。	法人から年に1度人事考課の様式が届いた時点で、正職員との個人面談を行っています。日々のケアについては、毎日の申し送りや毎月全員参加で開催されるスタッフ会議で検討されています。職員個人の意見や提案などはリーダーが取りまとめ、管理者に報告がされています。運営会議が、月1回法人にて開催されています。	今後の継続
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	スタッフとの個別面接、法人との連携により勤務環境の整備及び、個人の仕事意欲の向上に努めている。		
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	外部研修や法人内研修への参加、スタッフ会議内における勉強会を実施し、現状に即した課題解決に向けている。		
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	法人内の同サービスや同地域の他事業所との連絡会による意見交換会を行い、情報共有、資質向上を図っている。		
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	自宅訪問時または来所時、アセスメントとともにご意向確認を行い、安心感を持っていただけるようその場で話し合いを実施している。		

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	15同様、自宅訪問時または来所時、ご意向、ご要望を伺い、関係性の構築をはかっている。		
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	アセスメントにより、必要とする援助を把握し、ご本人・ご家族とともにその内容を確認している。		
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	日常生活に必要な活動、家事等を一緒に行うことで、共同生活の場における関係性を構築している。		
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	ご家族が面会に来所した際には、日ごろの様子をお伝えしている。催しや外出がある際には、ご家族に協力を依頼し、参加の場を作っている。		
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	ご家族を通じ、ご本人の知人が事業所へ足を運んでいただけるように働きかけている。ご家族とともに外出の機会を設け、馴染みのある方との再会を事業所外でも行えるように提案し、ご入居者の不安を取り除く取り組みを行っている。	家族や友人・知人の訪問が多くあり、ほとんど毎日どなたかの家族が訪問されています。家族の方と外出され、自宅に戻られたり、買い物や食事、病院などへ行かれています。ミニサロンに出かけて、同級生に会われる事もあります。普段の手紙のやり取りはほとんどありませんが、年賀状は皆さん出され宛名書きなどの支援をしています。	今後の継続

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	ご利用者同士が関わりやすいよう、テーブルや椅子の配置を工夫し、馴染みの関係性を作りやすいようにしている。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	利用終了後も相談時には適宜対応し、助言や連携等を講じている。		
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。	意思疎通が可能な方にはご本人の意向を直接伺う。それが難しい方については、過去の生活背景やご家族からの情報から意向を汲み取るようにしている。	家族の大多数の方が、月に1度は来訪され、その時に利用者の状況を細かく話をして家族の方の意見、要望を聞いています。利用者の意見、要望は、居室担当者が主になり日常のケアの中や、1対1になれる入浴時や居室で聞いています。誕生日には、個別に行きたい場所や食べたい物などを聞いています。	今後の継続
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	入所前面接等で生活歴等を伺い、ご本人がどのように過ごしてきたかを伺っている。		
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	日常生活の中で、ご本人の過ごし方やできることを探し、スタッフ間の申し送りでも共有している。		

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	ご本人・ご家族と事業所スタッフを含めて生活に対する支援を検討し作成している。ご入居者の活動、生活背景を取り入れ一人ひとりの計画を作成している。	居室担当者が、主となり実践されている介護計画のモニタリングや、利用者のケア全般の確認を毎月行い、3ヶ月毎にケアカンファを開催し、モニタリングの結果等について、ケアマネージャーや他の職員の意見を聞き検討しています。状態の変化や家族からの要望等がなければ1年毎に介護計画の更新を行っています。入退院等で変化があった場合は、随時ケアカンファを開催して、介護計画の見直しを行っています。	今後の継続
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	日中と夜間に個別記録を残し、申し送りにより情報を共有している。また、連絡ノートを活用し、その場に居合わせないスタッフが後から確認できるようにし、プランの見直し時には活用ができています。		
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	ご入居者一人ひとりの能力や生活状況に合わせたケアを提供できるように、スタッフ同士が意見を出し合ってよりよいケアを検討している。		
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	地域のボランティア（演奏会・体操教室等）に来ていただき大勢で行うことにより精神面の安定をはかっている。日用品の買い物にはご入居者がスタッフと出かけて品物を選定している。		
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	適宜、各ご入居者の主治医との連携をはかり、体調不良時などには主治医への電話や病院への付添いを行い、状況を報告する体勢ができています。	入居以前よりのかかりつけ医を受診される方と、往診医の利用の方がいますが、どちらも月に1回は定期受診されています。事業所と各主治医との連携は図られています。歯科医は月2回、皮膚科は月1回の往診が有ります。職員の看護師は週4～5日勤務があり、健康管理、体調管理、薬剤整理、受診の付き添いなどの対応しています。	今後の継続

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	日常生活の様子を毎日の申し送りで情報共有を実施している。体調変化時は看護師と相談し、適宜ご家族、かかりつけ医への連絡、受診ができるようにしている。		
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。	適宜入院中の様子を確認しに伺い、必要に応じてSWとの情報交換、退院に向けた準備を実施している。		
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	入居時に「看取りに関する指針」を提示し、事業所としての機能、役割を説明している。ご本人・ご家族のご意向を確認のうえ、終末期を迎える頃のご入居者に対しては、ご家族のご意向を確認のうえ、適した環境の事業所との連携・便宜をはかっている。	入居時に「看取りに関する指針」の資料で説明をして、事業所としての機能や役割を話しています。終末期に近づいたら医師、看護師、家族との面談で、方向性を確認して、より適した介護内容の分野や、適した環境の事業所などの紹介や、連携・便宜を図っています。	今後の継続
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	法人内研修の参加や、スタッフ会議を通じて緊急時の対応を適宜実施している。		
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	スタッフが少ない時間帯（夜間）を想定した防災訓練を年2回実施し、併設事業所とともに火災時、地震時等状況に応じた避難体制を作っている。避難場所の確認や、備蓄食料の確認も行っている。運営推進会議にて防災訓練の日程を周知している。	防災訓練は、夜間想定訓練を年2回実施して、また、防災設備点検も年1回実施しています。近隣住民の参加は、現在無く運営推進会議にて、日程を知らせ参加のお願いをしています。事業所が災害時の福祉避難所に指定されている事もあり、備蓄食料や介護用品を含み防災備品等の用意がされています。	今後の継続

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	信頼関係の構築を行いながら、ご入居者一人ひとりに対しての言葉や関わり方については常に心がけている。特に排泄時は他のご利用者に聞こえないようにしながら声をかけるなどしてプライバシーの保護に気を付けている。	人格の尊重やプライバシーの確保については法人研修を定期的実施しています。毎月開催されるスタッフ会議でも、言葉かけなどの接遇関係については、勉強会を実施しています。個人情報の書類関係は、事務所の鍵の掛かる書棚に保管され、持ち出しは禁止されています。	今後の継続	
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	ご入居者が自己決定できるよう、些細なことでも選択できる環境を作り、選ぶように働きかけている。	/		
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	食事の時間や就寝、起床時間は自宅での生活習慣に合わせた対応を心がけつつ、集団生活の環境に慣れていただくようにしている。			
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	毎日の整容や更衣を行い、第三者が見ても不自然に感じることがないような身だしなみの援助を行っている。また、適宜美容師による散髪を行っている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	季節に合わせた料理を用意し食事の簡単な準備や片付けにはご入居者と一緒に行うようにしている。介助を要するご入居者の割合が増え、食事を一緒にする機会は少ない。おやつなどをご入居者と一緒に食べるなど、機会を保つようにしている。	食材は朝・おやつ・夕は生協から購入し、昼はメニュー付き食材を外注しています。利用者は、野菜の下拵えや食器の洗い、拭きなどを手伝っていただき、おやつは職員と一緒にホットケーキや、お好み焼きなどを作っています。ビールを呑む習慣が有った方が、家族の持ち込まれたビールを呑むようになってからは、饒舌になられています。	今後の継続	

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	一人ひとりの摂取意欲に応じて、一日のトータル摂取量に気を配っている。食事以外にも15時に甘味や果物を摂取し、嗜好品を含めて必要な量を提供している。		
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	毎食後の口腔内清潔を実施し、義歯を装着している方には毎晩洗浄を実施している。治療が必要な方には訪問診療を行い口腔内の清潔保持に努めている。		
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	毎日の排泄状況を確認し、声かけにより失敗がないような働きかけを行っている。排尿間隔や尿量を観察し評価をしたうえで、通常の下着を使用した生活に向けた取り組みを行っている。	トイレ誘導をタイミング良く行い、トイレでの排泄を支援しています。夜間オムツを使用されている方がいますが、昼間はトイレで排泄をしています。排泄状況は、一人ひとりを時間ごとに記録して、失敗がないように働きかけ、普通の布パンツで昼間は過ごされている方が数名います。	今後の継続
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	毎日の排便状況を確認し、便秘傾向のご入居者には主治医と相談し下剤の調整や水分の調整、食物繊維を含む食材を使用した食事を提供している。		
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、個々に応じた入浴の支援をしている	基本の入浴日を設定しているが、その日の意向や気分に応じて適宜変更している。夏季は発汗が見込まれるため入浴頻度を増やし、快適に過ごして頂いている。スタッフ体制により、朝や夜に入浴ができる体制は整っていない。	基本的に入浴は午前中に週2回、夏季は週3回としています。入浴を拒否される方は無理をせず、入浴の順番を変えたり、入浴日の変更などで対応しています。26年3月より、リフト付き浴槽に変更され、車椅子利用者も安全に浴槽へ浸かることができています。入浴剤の使用や、季節のゆず湯や、菖蒲湯でお風呂を楽しまれています。	今後の継続

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	持ち寄りによる寝具を用意し、ご入居者の体調や睡眠ペースに合わせて案内している。			
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	内服の内容を確認しやすいようにご入居者一人ひとりの内容を看護師が作成、周知している。			
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	イベントなどで撮った写真をご入居者で見ながら、壁に貼り付けられるように飾りつけをするなどして創作を行っている。			
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。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	車に乗り外出や、玄関から駐車場に出て外の空気を吸うなど、屋内のみの生活にならないように心がけている。ご入居者が以前散歩していた場所などを通り、懐かしい気持ちになるようにコースを工夫している。また、全員が参加できるよう車両を変更した。	天気の良い日は、ほとんど毎日10分位の所を散歩しています。玄関から出て、庭の野菜の様子見ながら、外気浴をされる事もあります。気まぐれドライブで、近くの蓮の花や彼岸花を見物したり、皆さんで、花菜ガーデンや日向薬師などにも行っています。外出の際は、回り道をして利用者が以前住まわれていた家の前などを通る事もあります。		今後の継続
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	日常的に金銭を所持することはないが、外出時などにスタッフが付添いのもと、立替により物を購入し、ご入居者に支払いをしていただいている。			

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	ご本人宛の手紙や電話は直接つなげるようにしている。ご本人の意向で必要な場所に連絡をしたいときには確認のうえで実施している。			
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	天窓による日照を取り入れ、明るい雰囲気のある共用空間ができている。ご入居者が作成した飾りや写真を壁に張り、面会に来たご家族なども事業所の生活の様子ができるようにしている。	リビングの周りに居室が配置され、居室を出ると直ぐにリビングの様子が分かるようになっています。天窓から注ぐ日の光で、リビング全体が明るく暖かい雰囲気になっています。季節により除湿や、加湿が行われ室温の調整も細かくされています。周囲の壁には、職員と一緒に制作された貼り絵や、行事の写真が貼られています。季節毎に飾りつけを変え、季節の変化を感じれるようにしています。		今後の継続
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	ソファやテーブル席を設け、一人掛けのソファを用意するなどして、ご本人にとって居心地のよい場所を作っている			
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	ご自宅で生活していた時に馴染みのある物などはご持参いただき、ご入居者にとって安心感が得られる居室環境を作っている。	居室には、エアコンとクローゼットが備え付けられていますが、ベッドと防災カーテンは、持ち込まれています。皆さん、湯飲み茶わんなどの食器類は持ち込まれ、自分の物を居室や、リビングで使用されています。毎日の掃除は職員が行いますが、一緒にやっている方もいます。		今後の継続
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	ご入居者の身体機能に応じた動線の確保やトイレなど特定の場所は視認できるように目印を作り、ご入居者がわかりやすい環境を作っている。			

目 標 達 成 計 画

事業所

社会福祉法人松友会
ピースフルライフさくら草

作成日

平成29年10月13日

〔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 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
1	34	急変や事故発生時の備え	急変時、事故発生時に適切な対応ができていくこと。	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルの確認、見直し。 ・緊急時の優先順位を確認、判断。 ・夜間の連絡体制、応援体制の確立。 	1年
2	33	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援	ご入居者、ご家族が納得した方針ができていくこと。	<ul style="list-style-type: none"> ・介護技術向上のための勉強会を開催、実践。 ・法人全体と連携し、「終の棲家」の環境作り。 ・ご家族との日常的に信頼関係を構築 	1年
3	10	チームで作る介護計画とモニタリング	ご入居者・ご家族のご意向を反映し、その人らしい生活を送ることができていること。	<ul style="list-style-type: none"> ・ご意向の共有。 ・介護計画に沿って統一したケアの実践及び評価、見直し。 	1年
4	35	災害対策	災害時にも適切な対応ができるようにしていること。	<ul style="list-style-type: none"> ・防災訓練を実施し、避難誘導時や避難経路の再確認、課題の抽出、改善。 ・マニュアルの確認、適宜見直し。 	1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。