

<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	令和1年10月18日
評価確定日	令和2年1月14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。

令和1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	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	9名
		ユニット数	1ユニット
自己評価作成日	令和1年8月3日	評価結果 市町村受理日	令和2年1月27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	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和1年10月18日	評価機関 評価決定日	令和2年1月14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)】

①この事業所は、社会福祉法人松友会の運営する施設です。松友会は、伊勢原市内に【らんの里】(特別養護老人ホーム・ショートステイ・ディサービス)、【らんの家】(ケアハウス)、【すずらん】(グループホーム・ディサービス)、【花たば】(地域包括支援センター・地域交流スペース)、【はなみずき】(ディサービス)、【オハナ】(小規模多機能)、そしてここ【さくら草】(グループホーム・小規模多機能)など高齢者福祉事業を7施設9事業所を運営しています。この場所は、小田急線伊勢原駅南口から徒歩10分位の便利な場所にあり、周辺は閑静な住宅街になっています。1階が小規模多機能型居宅介護になり、2階に1ユニットのグループホームがあります。

②地域との交流では自治会に加入して、自治会主催の夏祭り、盆踊り、ミニサロン、防災訓練などに参加しています。毎月開催されるミニサロンでは尺八、マジックショー、落語、健康体操などと骨密度測定も行われ地域の方々と一緒に楽しい時間を過ごしています。事業所の行事では夏祭り、敬老会、忘年会、餅つき大会などとボランティアによるピアノ、バイオリン等の演奏や子供会との交流会を小規模多機能の利用者や家族と一緒にしています。

③職員の資質向上のためにプライバシー、基本倫理、コンプライアンスなどの研修や、身体拘束、虐待などの対応方法についても法人と事業所独自の方法で行っています。家族の要望や職員の想いも有り、現在は看取り介護が行える様に、マニュアルや医療的な研修も含めて準備をしています。

【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

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。	法人の理念を基本にして、事業所独自の理念7項目を作成し玄関の入口などに掲示しています。理念は、年度初めのスタッフ会議や、職員との個人面談の場でも確認をして職員に周知しています。職員全員で、年間のチーム目標も作成し、リビングに掲げて実践に繋げています。	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。ご入所者の高齢化、要介護度重度化により参加数が減少している。	地域との交流では自治会に加入して、自治会主催の夏祭り、盆踊り、ミニサロン、防災訓練などに参加しています。毎月開催されるミニサロンでは尺八、マジックショー、落語、健康体操などと骨密度測定も行われ地域の方々と楽しい時間を過ごしています。	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やで行う。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。近隣で緊急保護された方の一時保護場所として利用できるよう準備している。			
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、平日の午後に年6回開催しています。出席者は伊勢原市役所職員、地域包括支援センター職員、自治会長、民生委員、ミニサロン会長、家族代表等の参加で、事業所からは近況報告を主に写真付きで説明を行ない、出席者から意見を頂いています。会議内容は議事録、スタッフ会議にて職員に周知し共有しています。	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。	伊勢原市の担当課とは、事故報告の電話相談や、介護認定の件で窓口相談など連絡を取っています。伊勢原市内の施設系ケア会議を社会福祉協議会の会議室で行い、感染症や事故報告などについて情報交換をしています。民生委員の会議にも管理者が参加して情報交換しています。	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。適正化委員会を発足し毎月適正化に対する確認を行っている。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。	身体拘束適正化委員会で毎月利用者全員の生活の様子を振り返り、適正化に対して確認をしています。職員研修は、入職時と年2回の法人内研修を実施して、今後は夜勤勤務者のメンタルケアについてもフォローが大切と考え検討しています。毎月開催のスタッフ会議でも、話し合いの場を持っています。	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。法人内の研修で権利擁護や虐待防止について学ぶ機会を毎年確保している。		
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。	入居時に苦情や相談の窓口について文章で提示し、口頭でも説明をしています。利用者の意見、要望は主に日常のケアの中で聴き、家族からの意見、要望は主に面会や、運営推進会議、家族懇談会時に聴いています。内容はスタッフ会議で検討し、出来る限り取り入れ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。また、人事考課面接により個別に意見を聞く機会を確保している。	毎朝の申し送りや、毎月全員参加で開催するスタッフ会議で、職員からの意見や提案を聞いています。スタッフ会議に欠席の職員には、事前に内容を伝え意見等聞き取り対応しています。管理者と職員全員との面接を年1回行い自己評価等について、個別に意見を聞いています。	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。事業所でできること、ご家族ができることの役割の明文化をしている。			
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合うことで精神面の不安解消をはかっている。			
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、日ごろのご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。	家族の面会が頻繁にあり、1ヶ月の間には殆どの家族の方が来訪しています。家族の方と一緒に外出して食事や買い物をしたり、外泊をする方の支援もしています。毎月参加しているミニサロンでは、昔馴染みの人に会う事もあります。毎年、利用者全員が家族宛の年賀状を出す支援をしています。	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。利用終了後のご家族が事業所へ足を運び、以前入所していた時のことを懐かしむことができている。		
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。	利用者の思いや暮らし方の希望は、主に日常のケアの中で聴き、誕生月には一人ひとりの“夢を叶える”目的で、行きたい場所、食べたい物など聴き対応しています。家族の希望や意向の把握のために、家族懇談会では一人ひとりと面談をする時間を設けて、話を聴いています。	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い、入所後の生活に反映できるよう努めている。		
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。	初回の介護計画は、入居前面接で本人や家族とのアセスメントで作成して、3ヶ月間様子を見て変更等があればその都度対応しています。実施中の介護計画は、毎月末に全員分をモニタリングしています。ケアカンファレンスは3ヶ月毎に開催して、状態の変化や本人、家族からの要望等が無ければ、介護計画は1年毎に更新をしています。	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、体調不良時や様子の变化時などには主治医に状況を報告し指示を仰ぐ体制ができています。	入居時に協力医療機関の説明をして、本人及び家族の希望する医療機関を受診しています。現在は全員が協力医療機関の内科医で、月1～2回の訪問診療を受けています。歯科は月2回の往診で、定期口腔ケアを受けている方もいます。職員の看護師は日曜日以外は勤務があり、健康管理をしています。	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
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」と提示し、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。	入居時に本人・家族に「看取りに関する指針」を提示して、事業所としての機能、役割を説明している。終末期を迎える前の段階で主治医・家族・管理者で話し合い、同法人の適した環境の事業所との連携・便宜をはかっています。家族懇談会などで、看取りまでの対応の希望があり現在は準備中です。	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。	小規模多機能の事業所と合同で、夜間想定 of 防災訓練を年2回実施しています。また、防災設備の点検も年2回実施しています。運営推進会議にて防災訓練の日程を報告し、参加のお願いをしています。伊勢原市との提携で福祉避難所として受け入れ、備蓄品や食料、介護用品なども用意しています。	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	
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する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。	スタッフ会議や勉強会で、言葉遣いなど接遇面の研修を実施しています。年1回の自己評価では、介護方法や言葉遣いについて自己点検を行っています。不適切な言葉遣いが聞かれた場合は、その場で注意するようにしています。個人情報、書類・画像など取り扱いに注意して保管しています。	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。	朝・夕の食材は、生協から購入し、昼食はメニュー付き食材を外注しています。おやつは利用者と一緒に買い物する事もあります。調理は1、2階で協力して職員が行い、簡単な下拵えなどと食器拭きは利用者が手伝っています。季節等の行事が有った時は、手作りしたり出前を取って食事を楽しんでいます。	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。足腰が弱くなってきた方にも日中はトイレで排泄ができる体制を確保している。	介護日誌に一人ひとりの排泄内容を詳細に記入して、状況確認の上、適切な声掛けをしています。夜間はオムツを使用する方が数名いますが、昼間はトイレでの排泄を支援しています。また、リハビリパンツを使用する方には、通常の下着の使用で生活が出来るような取り組みも行っています。	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、体調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。	入浴は午前中に週2回、夏季は3回入る方もいます。リフト付きの浴槽を設備して、殆どの方はリフトを使用して安全に浴槽に浸かっています。季節の菖蒲湯や、ゆず湯など行ったり、乾燥期には上がり湯に入浴剤の使用や保湿クリームの塗布などで肌の保湿にも気を付けています。	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。長時間座っていることで疲労感がみられる方には休息の時間を設けている。		
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。飾りを見ることを目的に散歩や外に出るきっかけ作りができています。		
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	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。車椅子のまま乗車できる車両を用意し、身体機能が低下した方も外出できている。	日常の外出は、駐車場で外気浴をしたり近所の家の庭を観ながら散歩をしています。ドライブで日用品の買い物に出掛けたり、紅葉や彼岸花、桜などの花見をすることも有ります。外出時には以前住んでいた場所を通るなどコースも工夫しています。誕生日には、個別に希望される場所への外出をしています。	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ご家族と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、明るい雰囲気での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見えるようにしている。季節の花や飾りを玄関や共有スペースに用意することで、明るい雰囲気作りができている。	リビングの周りとおもむきよびた廊下沿いに居室が配置してあり、利用者の状態や希望により居室を決めています。天窓から注ぐ日の光で、リビング全体が明るい雰囲気になっています。テレビを中心に食卓テーブルが配置され奥の壁面には談話用ソファも設置しています。周囲の壁には、月々の行事写真や、季節毎の作品を飾り付けしています。		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。	居室には備品でエアコンとクローゼットを用意しています。ベッドや防炎カーテンは好みの物を持ち込んでいます。ベッドは本人や家族と相談して、ADLに合わせた位置に設置しています。テレビの持ち込みは少なく家族写真、衣服、縫い包み、CDなど持ち込まれお好きな場所に置いています。		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

令和2年1月27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り組み内容	目標達成に要する期間
1	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"> ・看取りに関する知識や技術の習得、向上。 ・法人全体と連携し、「終の棲家」の環境作り。 ・ご家族と日常的に信頼関係を構築。 	1年
2	26	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"> ・介護計画に沿って統一したケアの実践。 ・チーム全員で評価及び支援内容の見直し。 ・重度化、終末期における支援計画の作成。 	1年
3	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
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。地震や火災以外の災害対策ができていくこと。	<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。