

<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	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	1494000118
法人名	社会福祉法人 松友会
事業所名	ピースフルライフ オハナ
訪問調査日	平成26年12月12日
評価確定日	2015年3月20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26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	1494000118	事業の開始年月日	平成23年12月1日
		指定年月日	平成24年12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 オハナ		
所在地	(259-1145) 神奈川県伊勢原市板戸901		
サービス種別 定員等	☒ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25 名
		通い定員	15 名
	☐ 認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	9 名
		定員 計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成24年11月6日	評価結果 市町村受理日	平成27年4月2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)】

通い、泊まりを中心にスタッフが顔なじみの関係を築き、穏やかな雰囲気の中で過ごしていただけるように努めています。小規模ならではの機能を生かし、柔軟性のあるサービス提供を心がけています。

【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 横浜市内神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成26年12月12日	評価機関 評価決定日	平成27年3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)】

①この事業所は、社会福祉法人松友会の経営です。この法人は、市内に特別養護老人ホーム、ケアハウス、グループホーム、デイサービス、地域包括支援センター等を運営する伊勢原市の福祉を大きく担う法人です。小規模多機能型居宅介護事業所は、ここを含めて2ヶ所開設しており、「オハナ」はハワイ語で「家族」の意味があり、家庭的な環境でのケアを目指しています。この事業所の立地は、小田急線伊勢原駅からバスで7～8分、バス停から3分程の周りにはまだ畑も残る長閑な住宅地で、交通量も少ないので穏やかな生活が過ごせる良い環境です。 ②理念は、職員みんなで考えて7項目に纏められています。そのキーワードは、「家庭的な支援、地域との交流、個々のニーズに応じた介護、心身機能の維持・改善、個人情報の守秘、職員のスキルアップ、チームケア」です。理念は事務室に掲示し、日々支援の中で目にし、心に刻み、職員会議で確認して共有しています。 ③ケアについて、小規模多機能型居宅介護の特徴として、「通い」「宿泊」「訪問」を含めた24時間対応、事業所・自宅での利用者の個々のニーズに即した対応が行える事であり、そのために事業所として職員に対する倫理・接遇を意識した介護技術、家事援助、緊急時対応の研鑽に励み、柔軟な対応ができる体制づくりをしています。法人、事業所の研修体制が整い、きちんと行われているので職員の対応が良いです。家庭的な雰囲気の下で、利用者の持てる力に寄り添い、本人の立場で考え、意思を汲み取る支援が行われています。例えば、認知症で不安のあまり大声を出す方に対し、強制的な抑止手段はとらないで周囲の影響を諮りながら見守りで自然な対応をしています。薬投与や強制的抑止をした場合の弊害を本人・家族の立場で思い、忍耐のある支援をホスピタリティの精神で実践しています。
--

【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 オハナ
ユニット名	小規模多機能型居宅介護

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	利用者が地域の一員として安心して在宅生活を継続できる事を基本とした理念を作り、それに沿って実践している。	理念は、職員みんなで考えて7項目に纏められています。そのキーワードは、「家庭的な支援、地域との交流、個々のニーズに応じた介護、心身機能の維持・改善、個人情報の守秘、職員のスキルアップ、チームケア」です。理念は事務室に掲示し、日々支援の中で目にし、心に刻み、職員会議で確認して共有しています。	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	地域の方を講師に体操や俳画教室を実施。またボランティアによる口笛やバイオリンやピアノ演奏会の実施。希望者や民生委員の方の見学も積極的に受け入れた。	自治会には賛助会員として加入しています。地域の方を講師に体操や俳画教室を実施しています。また地域のボランティアによる口笛やバイオリンやピアノ演奏会の実施。希望者や民生委員の方の見学も積極的に受け入れています。大学生や専門学校生の方などの実習の受け入れも行っています。地域の防災訓練で、事業所の広い駐車場を会場にして消火訓練を行う申し出も頂いてます。	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	運営推進会議や見学会等では地域の方に施設での支援方法等を報告している。また運営推進会議参加者とお互いに情報交換しながら、認知症の方への支援方法を共有している。			
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	2ヶ月に1回運営推進会議を開催し状況報告等行い意見交換をしている。出された意見等は日々のサービス提供の参考とし、資質向上に努めている。	運営推進会議は2か月に1回、奇数月の第4木曜日に、自治会長・民生委員・市職員・地域包括支援センター職員・家族代表・法人及び施設関係者の参加で開催しています。事業所の行事、運営状況や地域住民の意見、防災関係の話し等を行い、地域の方たちと一緒に考え、地域の一員として活かされた事業所になるように努めています。	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	運営推進会議にも出席してもらい状況を伝達している。市主催の指導講習会に出席し制度の理解をしている。必要に応じて担当者に確認しながら連絡を取り合っている。	市の介護高齢福祉課からは、運営推進会議に出席して頂き、状況を伝達しています。市からの情報はメールでもらい、指導講習会に参加しています。入居者の徘徊等困難な事例を、市や地域包括支援センターの協力に対応出来た例が何件もあり、協力関係が出来ています。	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	法人内研修において身体拘束廃止をテーマに開催され、職員は参加するようにしている。身体拘束をしないケアは、全職員が理解し、実際に身体拘束はしていない。ただ、外出時事故が起きる可能性が非常に高い為、玄関は電子錠になっている。	身体拘束をしないケアについては、採用時研修、法人研修、事業所内研修が整備され、十分に周知しています。身体拘束をしないケアは、全職員が理解し、実際に身体拘束はしていません。玄関の施錠については、事故防止のため家族の了解を得て電子錠になっています。	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	虐待防止をテーマとする研修に参加。虐待防止法・虐待時対応方法について職員が学ぶ機会を持った。虐待防止法の冊子を元に職員会議で統一した認識を持ち、入浴時など身体的な異常がないかどうか注意している。		
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	成年後見制度や日常生活自立支援事業については学ぶ機会を持ち、地域包括支援センターや法人のケアマネや上司に相談し必要性を関係者と話し合い、活用できるよう支援している。		
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	管理者もしくは介護支援専門員が、家族や利用者も同席の上で十分な説明同意を得て締結している。解約、改定も同様に説明同意を得ている。		
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	法人、市、国保連の相談窓口を重要事項説明書に明記し意見等遠慮なく話していただけるよう説明している。また日常的に連絡帳を活用したり送迎時顔を合わせた時に要望や意見等を聞いている。要望や意見があった時は迅速に対応できるよう心掛けている。	通いの方には連絡帳や送迎時、宿泊の方には家族の来訪時に、意見や要望を聞き、職員で共有し、要望や意見があった時は迅速に対応できるよう心掛けています。お便りが欲しいとの声があり、「オハナ便り」を作成しました。重要事項に市・法人・国保連の相談窓口を明記し、相談出来ることを家族に説明しています。	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
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	毎月職員会議を開催し職員の意見や提案を聞く機会を設け反映させている。また毎日の朝夕のミーティング等で随時意見、提案を聞き早い対応を心掛けている。	法人として人事担当及び管理者が年に1回、全職員を対象に個人面談を実施し、意見を聴く機会を持っています。日々の支援の中で管理者は、いつでも職員の話聞くようにしています。年初めには一人一人、1年の目標を掲げて貰っています。また、毎月1回スタッフ会議を開催し、意見や提案を出し合い、リネン交換方法の工夫や、連絡帳の用紙の改定など、実現に繋げています。	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	職員の個人面接を順次実施し各自の意見等を聞きながら向上心をもてる様に働きかけている。また、勤務状況等は随時把握している。		
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	法人内の研修は職員全員を対象としている。また技術や知識の向上に繋がる研修への参加を勧め、勤務として研修参加できる機会を設けている。		
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	県や市の連合会や市内介護事業所ネットワーク連絡会に参加したり、市内事業所の相互訪問を実施したりして、他事業所の職員と交流しながらサービス向上に取り組んでいる。		
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	事前に訪問し本人に会い、少しでも不安を取り除くよう配慮している。出来る範囲で施設見学も勧めている。また本人の希望等聞きながら意向に添えるような提案をして安心していただくよう関係作りに努めている。		

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	上記同様にケアマネージャーが家族に困っている事、要望等を聞き安心していただけるよう対応している。家族が納得するまで繰り返し相談に乗り関係づくりに努めている。送迎時に各スタッフはご家族の言葉に耳を傾けるようにしている。		
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	本人の希望を踏まえながらも家族の意向を汲み取る努力をしている。本人の心身の状況や家族状況を踏まえ「その時」に必要なサービスを考え、状況によっては包括支援センターや同法人に相談し他のサービスを紹介している。		
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	家族や本人の希望を聞きながら、洗濯物たたみや掃除など一緒に行っている。またおやつ作りに参加していただき楽しい時間を共有している。		
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	連絡帳の活用や電話での相談、状況報告し本人が穏やかに在宅生活が出来るよう働きかけている。またご家族に来所してもらい本人の様子をみて頂き情報を共有している。		
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	ひとり暮らしになっても、今までどおり地域で安心して暮していけるよう、家族や近隣住民や民生委員と相談しながら支援している。また習い事など今まで通り継続できるよう支援している。	ご利用者が今までどおり地域で安心して暮していけるよう、家族や近隣住民や民生委員と相談しながら支援しています。通いのケースではその人の立場に合った支援を行ない、通いでの拒否のある方には訪問に切り替える等工夫し、宿泊の方には友人の訪問の支援など、生活を安心して継続できるよう、一人一人に合った支援に努めています。ドライブで馴染の町・お店に行く支援、馴染の美容師による整容などの支援もしています。	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	レクリエーションや手作業、行事など一緒に出来る事を考え利用者同士の関係作りを考慮し支援に努めている。また、食事の席など気の合う方を一緒にしたり、孤立する人が出来ないようさりげなく他者との同席をお誘いしている。		
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	入院等で契約終了しても、その後の相談などに随時対応し、病院のSWと連絡を取ることもある。また特養やGH等の入所の相談にも乗る事もある。		
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。	意思疎通が可能な利用者には随時希望等聞くように心がけている。それが難しい場合は家族からのお話や生活されている様子から本人の意向を汲みとるようにしている。	事業所や訪問介護における日々の支援の中で、意思疎通が可能な利用者には随時希望等を聞くように心がけています。難しい場合は、家族からのお話や生活されている様子から本人の意向を汲みとるようにしています。医師の受診記録、看護師の看護記録と合わせて、変化のあった事柄は連絡帳と申し送り簿に記載して家族、職員で共有できるようにしています。	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	他のサービスを利用されていた方はケアマネに情報提供をもらったり、サービス利用開始前の面接時に聞くようにしている。また送迎や訪問時なども状況把握するように努めている。		
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	普段の会話や生活の様子などを職員間で情報交換しながら把握するようにしている。また家族やかかりつけ医とも連携しながら身体状況等の把握に努めている。		

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	介護職・看護職が意見を交える定期的なカンファレンスやケース会議、あるいは利用者の状況に変化が生じた時、ケアマネージャーが中心となりプランの見直し等おこなっている。	入所時は、事前に得られたアセスメントにより作成した暫定介護計画によりしばらく経過観察します。その後、モニタリング評価、看護記録、受診記録を基にケアプラン見直し原案を作り、家族・職員のサービス担当者会議を行ってケアプランを作成します。そして、毎月のモニタリング評価で変化が有れば随時見直しをします。	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	サービス利用時には必ず個別に出来事や暮らしの様子を記録している。また特変があったときには連絡ノートに記入し、漏れなく介護者と情報が共有できるようにし、プランの見直しに生かしている。また朝夕のミーティングの時間も情報の共有に役立っている。		
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、その時々にも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	小規模多機能サービスの様々なサービスの組み合わせで随時対応しているが、それ以外のサービスの提示等もおこない。より良い支援が出来るよう心がけている。		
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	ふれあいゴミ収集を活用したり、民生委員さんと情報交換を行っている。独居の方の通いや配食サービスで訪問したときなど近隣の方と会話しながら、お互いの情報交換等している。		
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	基本的には家族対応で受診して頂いているが、受診後に状況報告を頂いている。家族対応が難しい方には受診の支援を行い、状況報告をしている。緊急時にはかかりつけ医に相談したり、救急車を要請し対応している。	基本的には本人のかかりつけ医に家族対応で受診して頂き、受診後に結果報告を頂いています。独居・家族の高齢など、家族対応が難しい場合には、受診支援をすることもあります。必要に応じて訪問歯科の訪問もあります。緊急時には家族と相談し、かかりつけ医を受診したり救急車を要請して対応しています。	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	毎日の申し送りで情報を伝え相談している。また身体的に変化等あった場合は随時相談している。		
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。	円滑な入院生活が送れるよう情報提供している。また、必要に応じ随時SW等と連絡しあいながら早期に退院できるように支援している。		
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	事業者の限界性については早い段階から家族には話しをしている。状況によっては家族と話し合いをし、本人や家族の希望を聞きながら各種施設の紹介をしく方針である。同法人内や近隣施設の相談員との連携も常時行っている。	事業所の特性として、在宅での生活の継続を支援するものであり、限界性があることは契約時に説明し、重度化した場合早い段階から家族と話し合いをしています。法人内には特養もあり、本人や家族の希望を聞きながら、紹介するなどの支援をしています。また、近隣施設の相談員との連携も常時行っています。	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	施設内の研修に参加し、繰り返し訓練を受けている。また勤務外でも活用できるAEDの操作方法など一般救急法を学んでいる。		
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	防火管理者を定め、その者は法人内の災害対策委員会へ参加し、情報を施設へフィードバックし、災害対策の啓発活動を行う。 利用者参加の避難訓練を年2回実施した。運営推進会議でも地域の防犯について取り上げ協力を求めた。	利用者参加の避難訓練を年2回、通報の実地訓練や夜間想定も含め実施しています。法人内の事業所の防災訓練にスタッフが参加し、協力体制の強化に努めています。ヘルメットや防災頭巾を常備し、非常食や備品は事業所と法人で備蓄しています。非常時には近隣の方の受け入れも考慮しています。	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	親しい関係を築きつつも、個人を尊重した言葉使いを心がけている。特に入浴やトイレの介助時にはプライバシーに注意し対応している。	採用時研修、法人研修、事業所内研修で、倫理、接遇などの研修をしています。日々の会話やケアを通して全職員がご利用者の人格尊重とプライバシー遵守を理解しています。人に聞かれたくない言葉は、本人だけに聞こえるように話をします。人生経験の豊かなご利用者の自尊心を大切にして、本人の本来ある姿を見出した接し方に努めています。特に、入浴やトイレの介助時にはプライバシーに配慮しています。	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	意思表示ができる利用者には自己決定してもらうよう働きかけている。そうでない利用者には会話の時間を多くもつよう心がけている。			
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し、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	起床や就寝、食事の時間等、本人のペースに合わせて柔軟に対応している。必ず声掛けをし、意思確認している。			
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	衣類の洗濯や管理、身だしなみの支援をしている。 様子に変化が見られた時には、介護者と情報共有をしている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	好みに関しては出来る範囲で対応している。体調や咀嚼、嚥下の状態に合わせた食事を作り、安心して美味しく食べられるよう心がけている。季節感のある食材を提供している。数名の利用者と後片付けを一緒にしている。	食材は生協に注文・宅配を受け、調理スタッフがその日の希望や食材に合わせてメニューを考えます。不足している食材は、近くのお店でそろえます。体調や咀嚼、嚥下の状況に合わせた食事作りに努めています。おやつと一緒に買いに行ったり、お弁当の出前を取る等、楽しみも提供しています。お正月・ひな祭り・お花見・夏祭り・運動会・クリスマスなど季節の行事に食や手作りおやつを提供し、喜んで頂いています。手伝いのできる数名の利用者と後片付けを一緒にしています。	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
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	量やバランスは栄養的な偏りがないよう常に気を配っている。アレルギーや禁止食材に注意したり利用者によっては水分量の記録をして脱水にならないよう支援している。糖質や塩分、カリウム等の制限にも対応している。		
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、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	利用者全員を対象に毎食後の口腔ケアを実施している。 昼食前には口腔体操を行っている。		
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	全員がトイレで排泄し、誘導や案内が必要な方にはその方のペースで声かけしている。	排泄チェック表で排泄実績パターンを把握しています。全員がトイレで排泄をし、誘導の必要な方にはその方のパターンで声掛けをしています。現在、まったく自立されている人が3分の1程度でそれ以外の人は時間や仕草で誘導しています。病院から退院した方も、オムツからトイレでの排泄に繋がるよう、自立に向けて支援しています。夜間は、ポータブルトイレ使用の方もいます。	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	食事は野菜や芋、海藻類など多く使用している。毎日午前中に体操を行い、運動量の増加を図る。個々に排便確認も行っている。また便秘気味の場合は看護師に相談し腹部マッサージをしたり、かかりつけ医に相談し、薬を処方してもらっている。		
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	職員数に限りがあるので基本的には曜日を決めているが、本人の意向に沿わない場合はその予定を変更している。時間も声掛けするが本人の希望や状況に合わせ柔軟に対応している。	基本的には曜日を決めています、利用者の状況や体調など、一人一人合わせた対応をしています。風呂場は広くとても綺麗で、気持ちよく入浴できるよう整備されています。ミスト浴設備があり、車椅子の方も入浴できます。入浴拒否のある方には、スタッフを変えたり、順番を変えたりして、気分を変えてもらうことで対応しています。	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
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	本人や家族の希望でベッドやソファでの臥床に対応している。また、その日の状況で皆さんの体調を見ながら支援している。		
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	服薬の情報は全員が確認できるようファイルになっている。状態の変化があった時は看護師や管理者、ケアマネが家族と連絡を取り確認している。		
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	契約時利用者の好み等聞き。希望に応じ編み物やスポーツ鑑賞、書道等していただいている。また体操教室や音楽会、俳画教室を定期的開催し健康維持と楽しみのある生活を支援している。		
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。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	天候状況や利用者の状況をみながらドライブしたり、花見や遠足など季節の行事で外出している。	リハビリを希望している方には、歩行練習を兼ねて散歩に出かけています。四季の行事で、初詣・お花見・平塚のアジサイ見学・道灌祭りなどに出かけました。家族了解のもと、自由に外出される方もいます。法人の小規模多機能「さくら草」には、行ったり来たりしてお茶を頂き、お喋りをする交流をしています。	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	基本的には貴重品は出来るだけ持参されないようお願いしているが、利用者により家族の了解のもと希望に応じお金を所持している。買い物支援時に、ご本人の手でお金を出していただくようにしている。		

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
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	希望時に電話できるように対応している。手紙に関しては代筆が必要な場合は支援している。		
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	職員同士の会話や食事の後片付けの際に不快な音がしないよう心がけている。また、強い日差しはカーテンで遮るなど状況に応じて対応している。リラックス効果で音楽を流し雰囲気作りにも心掛けている。	建物は、ハワイアン風に白・クリーム色系に統一され、共用の空間は広く余裕があり、シンプルで清潔感が感じられます。玄関を入ると正面に法人の倫理宣言があります。壁には利用者の俳画作品、ハワイの絵柄作品があります。ダイルームには、クリスマスツリー（訪問時12月）、利用者の作品のちぎり絵や貼り絵、季節の花が飾られています。エアコンと加湿器で、環境にも配慮し、音楽を流してリラックスできる雰囲気を作っています。	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	宿泊の居室などを利用して希望があれば個別やグループで過ごせるように対応している。		
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	ご家族と相談しながら、普段使い慣れている時計や毛布等持ってきてもらい安心して過ごせるようにしている。	ベッド・タンス・防災カーテンは備え付けられています。本人や家族と相談しながら、安全上問題ない範囲内で、テレビ、使い慣れた小さい筆筒、椅子、布団や毛布などを持ち込んで頂き、本人の作品の俳画、カレンダーなどが貼られ、居心地良く過ごせるよう支援しています。ベッドから転落の恐れのある人は、畳敷にして布団で休むようにしています。	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	トイレや入浴などできる限り本人の出来る事をしていただき、最小限の援助でご本人の能力が発揮できるよう手すりを設置したり、段差を無くし安心して歩行できるようになっている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 社会福祉法人 松友会
小規模多機能型居宅介護
ピースフルライフ オハナ
作成日

2015年3月28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	13	職員を育てる取り組み	重度の認知症尾の方の増加、それに伴う周辺症状の緩和を目指した環境作りや対応力を身につける。	施設内の整理整頓や静かな環境を作り問題行動や危険リスクを軽減する。認知症実践研修や施設内研修等へ参加しスキルアップを図る。	1年
2	42	口腔内の清潔保持	食前の口腔体操を継続し安全な食事と毎食後の口腔ケアの実施。	食前の口腔体操、正しい姿勢保持を行い美味しく安全に食事ができるようにする。また航空機能の維持を図る。 毎食後口腔ケアを実施し食物残渣を取り除く。口腔内の清潔を保持し誤嚥性肺炎の予防に努める。	1年
3	48	役割、楽しみ事の支援	福祉展に作品を出展し喜びや貼り合いのある生活を送る。	個々の好きなことを継続し作品仕上げる。また、全体の活動を通じ他者と協力した作品を作り仲間作りや役割を持ちやりがいのある生活を支援する。	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。