

平成23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	1493700015	事業の開始年月日	平成18年6月1日	
		指定年月日	平成18年6月1日	
法人名	医療法人社団 三喜会			
事業所名	デイサービスセンター青葉台			
所在地	( 227-0054 ) 横浜市青葉区しらとり台3 - 9			
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	
サービス種別 定員等	認知症対応型共同生活介護	宿泊定員	6名	
		定員計	名	
自己評価作成日	平成24年1月23日	評価結果 市町村受理日	平成24年5月1日	
定員等		ユニット数	ユニット	

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	<a href="http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1493700015&amp;SCD=730">http://www.kaigo-kouhyou-kanagawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=1493700015&amp;SCD=730</a>
----------	---

### 【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)】

12年まえよりここ青葉台で地域に根ざした認知症ケアの実践に取り組んでいます。自身の認知症対応型通所介護事業所の頃より重度の認知症の方々を積極的に受け入れさせていただき、そのケアについては地域の方々からも一定の評価を頂いております。介護福祉士・介護支援専門員・作業療法士・看護師・管理栄養士・ヘルパー等の資格を持った経験豊富なベテランスタッフが、高齢者の方とご家族が安心して住み慣れた地域で暮らしていけるようにサポートいたします。

### 【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成24年2月24日	評価機関 評価決定日	平成24年4月10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)】

「デイサービスセンター青葉台」は東急田園都市線「青葉台」駅から歩いて8分ほどの静かな住宅街の中にあります。木造作り2階建ての2階にあり、1階には法人のグループホームと訪問看護ステーションがあります。住み慣れた自宅での生活を継続できるよう「通所」「宿泊(ショートステイ)」「訪問」のサービスを組み合わせ、支援しています。

<優れている点>

職員は「認知症」への理解を高めるために自己研鑽に励み、職務に当たっています。より良いケアについての提案も積極的で、事務や記録、行事など様々な場面で活かされています。利用者に対しては、一人ひとりに寄り添い、個別の会話を通してその人の出来ること、好きなことなどを探し出し、日々のケアに活かしています。また、住み慣れた自宅での生活を継続するためには、家族の理解と利用者との良い関係の継続が大切であるとの認識から、家族の支援にも力を入れています。職員は、家族の悩みに耳を傾け、認知症の理解を促すとともに、具体的なケアについてのアドバイスや支援を行い、家族を支えています。

<工夫点>

職員の気づきをケアに反映するため、ケアプランを貼りだし気づいた時はいつでも記入するようにしています。また、日々の気づきも丹念に記録し、職員で共有しています。このような気づきはカンファレンスで皆で話し合い、ケアプランに反映しています。

### 【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
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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
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
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	デイサービスセンター青葉台
ユニット名	

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、活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
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
<b>理念に基づく運営</b>					
1	1	<b>理念の共有と実践</b> 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近づけている	事業所の理念「私達は利用者がその人らしく、住み慣れた地域で過ごせるよう、心身の健康と安全が守られ、共に生きる喜びを分かち合える場を創造する」をスタッフ間で共有し常にこの理念を柱に個々のケアについて考えることに努めています。	開設時に職員で話し合い、事業所の理念を作成しました。理念を玄関、台所に掲示し周知するとともに、カンファレンスなどで、具体的なケアについて振り返り、理念の確認をし、ケアの場面で実践しています。	
2	2	<b>事業所と地域とのつきあい</b> 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	自治会に加入しており隣近所の人との挨拶など声をかけ合う事が出来ています。買い物はレクを兼ね、利用者様と一緒に近隣の商店を利用し、地域のお祭りなどにも参加しています。見学希望者の受け入れも随時行っています。	職員や利用者が散歩などで地域住民と挨拶を交わし、日常的に交流しています。地域の子ども神輿や獅子舞が事業所に立ち寄るなど、地域の行事での交流があります。また、ピアノ演奏などの地域のボランティアや実習生を受け入れています。	
3		<b>事業所の力を活かした地域貢献</b> 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	利用者以外の方の相談も随時受けており、助言や適切な相談窓口の紹介等も行っています。	/	/
4	3	<b>運営推進会議を活かした取組み</b> 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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	利用者、家族、民生委員、地域包括支援センター職員が参加し定期的開催しています。参加メンバーによる意見は積極的に取り入れサービスの資質向上、改善に向けた取組みを行っています。運営推進会議の議事録は全利用者様とその家族へ配布し、内容の報告をしています。	3ヶ月ごとに開催される運営推進会議には家族、利用者、民生委員、地域包括支援センターが出席し、状況報告、意見交換が行われています。もっと運営推進会議の取組みを広めたらという意見を受け、全家族へ議事録を配布しています。	
5	4	<b>市町村との連携</b> 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	市町村相談窓口の担当者と交流する機会を作り情報交換を行うと共に定期的にパンフレットを持参し、事業所の取組み等について説明し広報にも努めています。	青葉区の高齢・障害支援課、横浜市の健康福祉局事業指導室とは日常的に連絡を取り合い、連携しています。神奈川県小規模多機能連絡会に参加し情報交換しています。	

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
6	5	<b>身体拘束をしないケアの実践</b> 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	身体拘束については正しく理解しカンファレンスの場等でも確認し合う機会を作っています。但し事業所が2階にあり帰宅願望のある利用者もあるため安全確保の為家族の了解を得て玄関は施錠しています。尚、宿泊用の個室は鍵を掛けておりません。	身体拘束についての研修に職員が参加するとともに、カンファレンスなどでも常に確認し、職員は身体拘束について理解しケアにあたっています。外に出たいという利用者に対しては、声かけを工夫したり一緒に散歩に出たりして、対応しています。	
7		<b>虐待の防止の徹底</b> 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 overs されることのないよう注意を払い、防止に努めている	研修等で虐待防止について学ぶ機会を持ち、学んだ内容をカンファレンスの場においてスタッフ間で共有、確認しています。又、家庭においてそれに当たる行為が行われていないか常に注意を払っています。		
8		<b>権利擁護に関する制度の理解と活用</b> 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	管理者及び職員は研修で権利擁護や成年後見制度について学んでおり、カンファレンスの場で他のスタッフと情報を共有しています。又、これらの制度についてのご家族からの相談に助言しています。		
9		<b>契約に関する説明と納得</b> 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	利用者、家族に実際に来所して頂き、見学の十分な説明を行い、理解、納得して頂いてから契約への手続きを進めています。疑問や不安に対する説明、話し合いには十分時間をかけています。		
10	6	<b>運営に関する利用者、家族等意見の反映</b> 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	意見、不満、苦情の受付窓口の担当者、連絡先は家族に説明しています。その他、送迎時での声かけ、ケアマネジャー等の訪問、又日々の連絡帳での家族からのご意見、想い、要望に対して迅速かつ真摯に対応し、サービスの質の向上に繋げる努力をしています。	日々の送迎時や連絡帳、電話、訪問時などに家族とのコミュニケーションに努め、家族の声を聞いています。家族の声は、日々の申し送りで話し合い、対応しています。また、「ご家族アンケート」でも意見を聞いています。	

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	毎月1回のケアカンファレンスの場では様々な意見や提案を出してもらっています。その他日々の申し送り等の場においても普段からスタッフが感じた事、気づいた事等想いや意見を提案し易い環境作りに取り組み、より質の高いケアに努めています。	職員が楽しく働くことが利用者へのケアに反映するという認識から、管理者は働きやすい環境作りに努めています。職員の意識は高く、個人を観察する「申し送りUP票」月1回の「お茶会」など、職員からの提案がケアの様々な場面で活かしています。	
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	職員の努力、取り組みに対して適切な評価をするように心掛けています。又、更なるレベルアップにチャレンジ出来るよう環境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	事業所内研修として年間研修計画を立て総てのスタッフがスキルアップする機会もてるよう支援しています。又、各自の立場や経験、興味関心事に応じて事業所外研修にも参加していくよう奨励しています。		
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	毎月1回地域包括支援センターにて開催される包括カンファレンスや区のケアマネジャー連絡会に参加し同業者との交流や連携を図っています。又神奈川県小規模多機能型居宅介護事業者連絡会にも参加しています。		
<b>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	初期の関係作りは特に大切なので訪問調査には時間をかけ、本人に会ってご本人の想いを直接聞き取り、受け止める努力をしています。本人の不安を最小限にする関係作りに努めています。		

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
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	それぞれが異なる環境にある家族の想い、抱えている問題、本人との関係性、家族内外における支援の力の大きさ等時間をかけ聴き取り、本人の想い、家族の想いを大切にしながら支援に努めています。		
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	初期の段階で本人、家族からよく話を聴く機会を作り本人にとって必要・適切な支援、対応を検討しています。場合によっては他の機関や地域のケアマネジャーへの紹介も行っています。		
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	介護する側、される側という線引きはせず共に同じ場、時間を共有する者として過ごせるよう心がけています。一人ひとりの興味や関心、自分でやりたいこと、出来ることを知り一人ひとりに合った過ごし方が出来るよう努めています。		
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	それぞれの家族が抱える想い、問題点を理解、大切にしながら専門職だからこそ見えてくる視点、関わり方を適切に伝えていくことで利用者と家族がより良い関係が築けるよう支援しています。		
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	自宅での生活が継続出来るよう支援しています。本人を取り巻く人間関係や環境について家族から聴きとり、その関係が途切れないよう、又取り戻せるよう支援に努めています。	自宅での生活が継続できるよう、家族の悩みを受け止めるとともに、認知症への理解を促し、具体的な対応についてアドバイスを行うなど、本人と家族との関係が継続し、向上するような支援を行っています。	

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
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	スタッフは脇役、利用者が主役になりそれぞれが役割を持ち、生き生きと過ごせるよう努めています。利用者同士の交流の場は日常多く、大切に見守っています。		
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	利用が終了する際には次へ移る先の担当者への情報提供を行っています。又、サービス終了後も家族が希望すればその後の相談にも応じています。		
<b>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。	利用者本人の意思を一番に考えています。事前の「アセスメント」に始まり日々の利用者との会話や様子観察から本人の意向を探り、それを尊重するよう努めています。	一緒に作業するなど利用者との一対一の時間を作り、その中での会話から思いや意向、出来ることや役割などを把握するよう努めています。気がついたことは記録するとともに、日々の申し送りで職員間で共有しています。	
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	時間をかけてアセスメントを行っております。独自の「状況調査票」及び「個別生活シート」を用い、本人や家族からより多くの情報が得られるよう努めています。		
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	アセスメントからは本人の生活歴や趣味等を、日々の関わりからは心身の状態や有する力を総合的に把握し、一人ひとりに合った過ごし方ができるよう支援するよう努めています。		

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
26	10	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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</p>	<p>日々の関わり、家族とのやりとりから本人の想い、家族の心配事等を知り、ケアに反映させるようにしています。ケアプランはいつでも自由に記入出来るように掲示し、スタッフが気付いた事を書き込み介護計画に役立てています。</p>	<p>「ケアプラン」を台所に掲示し、職員が気がついた時に書き込めるようにしています。ケアプランは原則6ヶ月ごとに、皆の意見をもとに見直し、作成を行っていますが、必要があれば随時見直しています。</p>	
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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</p>	<p>個別のケース記録、業務日誌、「私の姿と気持ちシート」等を活用しています。又、日々の申し送りやケアカンファレンスの場で情報を共有し実践や介護計画の見直しに活かしています。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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</p>	<p>本人や家族の状況の変化、急病、急用等による臨時の通所や宿泊に対応しています。利用時間の延長や早朝からの利用、それぞれの家族のニーズに合った送迎方法や独居の方の生活支援を目的とした訪問など柔軟に対応し支援しています。</p>		
29		<p>地域資源との協働</p> <p>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</p>	<p>警察、消防、民生委員には全員が認知症であることをお知らせしご本人が安心して在宅での暮らしを継続できるよう協力してもらっております。</p>		
30	11	<p>かかりつけ医の受診診断</p> <p>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</p>	<p>初期の面談にてかかりつけ医を聴き、受診の結果や服薬の情報なども教えてもらっています。又、家族から要望があった場合は通院の支援を行う用意もあります。</p>	<p>かかりつけ医の診断結果について家族と連絡帳を用いて情報共有し、連携してケアにあたっています。家族からの要望があれば受診に同行する場合があります。また、一人暮らしで管理が困難な利用者に対しては、服薬管理も行っています。</p>	



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		<b>看護職員との協働</b> 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	施設内看護職員とは日常の健康管理について共通の業務日誌や申し送りの他看護関係ノートを設け情報を共有し看護職と介護職との連携を計っています。又、本人の利用する訪問看護ステーションとは定期的に連携を取っています。		
32		<b>入退院時の医療機関との協働</b> 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。	利用者が入院した際は病院のソーシャルワーカーとの情報交換等に努め、本人、家族の意向を大切にしながら早期退院に向けた努力を行っています。又、退院後の療養についても病院関係者から情報を得た上で介護計画に反映しています。		
33	12	<b>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</b> 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	重度化した場合、家族には家族の意向を聞いた上で事業所の出来ること、出来ないことについて確認しています。その中で利用者及び家族の希望に添った支援に努めています。又、緊急時の連絡体制も整備しています。	重度化した場合は、家族の意向を聞き、事業所としてできる範囲で、家族と連携し在宅での看取りを訪問により支援しています。また、家族と連絡を取り合い、ケアで注意すべき点のアドバイスや家族の心のケアなどを行っています。	
34		<b>急変や事故発生時の備え</b> 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	全員ではないが必要に応じて行い急変や事故発生時にはスタッフ間のスムーズな連携、協力体制の確認を行っています。		
35	13	<b>災害対策</b> 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	スプリンクラーの設置、消火器、自動火災報知器・火災探知機の設置、避難通路の確保、緊急連絡網と連絡先一覧の掲示。消防署、近隣の消防団とのコミュニケーション、合同消防訓練に努めています。利用者を含めた訓練は困難であるがスタッフ中心の災害時避難訓練を実施しています。	地域の連合自治会による合同防災訓練に職員が参加し、自治会、地域の消防団、地域住民と非常災害時に連携できる関係構築に努めています。利用者の訓練への参加は難しい状況ですが、年2回、職員による災害時避難訓練を行っています。	職員による夜間想定訓練を実施するとともに、様々なケースを想定した避難体制や消防団との具体的な協力体制など、さらなる体制作りが期待されます。

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	
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	カンファレンスの場においても一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保についての共通理解を深めています。日常の関わりの中でも本人の誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応には留意しています。	職員は、相手の人格を尊重した丁寧な言葉遣いを用いるよう、カンファレンスなどで絶えず話し合っています。トイレや浴室などに利用者の人権やプライバシーについて配慮すべきことが掲示されていて、職員が確認できるようになっています。	個人情報とプライバシー保護のため、個人ファイルなどの個人情報は、施錠できる棚などに保管することが期待されます。	
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	日々の関わりの中で見えてくる本人の表情や行動の変化に気づき本人の意思・意向を大切に、自己決定が出来るよう支援しています。			
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	一日の過ごし方に決まったスケジュールは設けていません。その日その日の体調や個々の様子を見極めその時の状態や希望に添った過ごし方を個別に支援しています。全体を対象にした会は年数回設定し多くの方が楽しんで参加出来るよう支援しています。			
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	入浴後のお化粧品や整髪、ひげ剃りの援助、本人の意思を尊重した洋服選びなどのおしゃれ、身だしなみを支援しています。			
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	台所がデイルームに隣接しているので台所の音や煮炊きする匂いから食事を心待ちにする環境があります。食事の準備や後片付けなど出来る方には手伝っていただいています。スタッフも一緒にテーブルで食事をし、会話をしながらゆっくりと食事の時間を楽しんでもらえるよう努めています。	介護職を兼ねる管理栄養士が一人ひとりの健康状態や水分量にも配慮し、献立を作成しています。夕食、朝食は好みも反映しています。また、おやつも手作りで、利用者はおしぼりの準備や後片付けなど、できる範囲で手伝っています。		

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		<b>栄養摂取や水分確保の支援</b> 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	献立は介護職を兼ねる管理栄養士が立てています。そのため一人ひとりの状態や習慣に応じた支援が可能です。特に水分が不足しないよう食事やおやつに水分を多く含む料理を提供しています。体調を崩している方は水分及び食事の摂取量を記録し家族へ伝えていきます。		
42		<b>口腔内の清潔保持</b> 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	希望者には食後の歯ブラシ等口腔ケアの支援を行っています。		
43	16	<b>排泄の自立支援</b> 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	家族から排泄パターンの情報を聴いたり日々の介護の中での排泄パターンを有効に利用し、本人のリズムで気持ちよく排泄出来るように支援しています。	排泄パターンを把握し、早めのトイレ誘導を行なっています。家族には繊維質の食事や水分を摂ることなどをアドバイスしています。排便で下剤を使用される方やオムツ着用のタイミングなどでも家族に協力・支援しています。	
44		<b>便秘の予防と対応</b> 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	水分摂取、献立の工夫、適度な運動への声掛けなど様々な取り組みを行っています。特に便秘気味な利用者には個別に支援しています。		
45	17	<b>入浴を楽しむことができる支援</b> 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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	本人や家族の希望に添った曜日で準備をし当日は本人の体調や気分を配慮しその方に適したタイミングで個別に入浴して頂いております。入浴拒否のある方は誘導方法を工夫しカンファレンスなどの場で共有しています。	入浴は午前、午後とも入れます。本人の要望も含め入浴の計画を立てています。入浴を拒む方に対しては入りたくないような言葉かけなど工夫しています。ゆず湯、菖蒲湯、(温泉地の)入浴剤などで変化をつけています。	

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	夜間の良眠が保てるよう日中の適度な運動を工夫しています。体調を崩している利用者には必要に応じて休息も出来るよう支援しています。眠りが極端に浅いときは排便の有無、体調の善し悪しに留まらず日中の刺激の質等様々な要因を考えより良いケアへ結びつけています。		
47		服薬支援 一人ひとり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	服薬のリストは家族からもらいスタッフ間で情報を共有しています。内服の状況は連絡帳にて家族へ伝えていきます。一人暮らしの方など服薬の管理が困難な場合は家族と相談の上、当施設にて管理、服薬支援しています。		
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	アセスメントや日々の会話から読み取れる本人の生活歴や力を活かした役割や楽しみごとなどが出来るよう支援しています。力はあるのにきっかけが無く出来ないでいる事や自宅ではさせてもらえない事等を見つけ役割や楽しみ事として継続出来るよう支援しています。		
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	天候や体調、気分等に配慮し安全を確認した上で散歩や花見、買い物等一緒に出かけ、気分転換、ストレスの発散、心身の活性化に努めています。又、ベランダには菜園や睡蓮鉢を置き気軽に外気に当たるきっかけを作っています。	天気の良い日は、職員と一対一で散歩に行きます。また、職員と買い物で出かける方もおります。外出に出られない方で長めの廊下を往復する事で運動される方もいます。ベランダで野菜を育てながら日光浴する方もいます。	
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	通所が中心のサービスなので現金を使う事は無いので基本的には持参しない様お願いしていますが所持する事で安心を得られる利用者についてはトラブルにならぬよう家族と所持金の確認の上見守るようにしています。スタッフと一緒に買い物に出かけ日用品を購入する方もいます。		

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	通所が中心のサービスのため手紙や電話の要望はほとんどありませんが年賀状や暑中見舞い等季節の便りを自分の家族宛に出す取り組みはこれまでにっており、今後も継続して取り組んでいく予定です。		
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	共有空間では利用者と一緒に作った手作りの小物等を飾り季節感を出しています。デイルームの机やソファの配置は利用者の症状の変化やお互いの関係作りを考慮し適宜配置換えを行い、過ごしやすい場となるよう工夫しています。	デイルームは100㎡の広さで、壁には毎年敬老の日に合わせて撮られた利用者の笑顔の写真が飾ってあります。また、利用者と一緒に作った切絵、自画像、習字なども飾っています。毎日掃除をしており、温度・湿度も調整されています。	
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	デイルームのみならず廊下やベランダにも椅子やソファを配置し、一人で、あるいは気の合った仲間やスタッフとゆっくり寛げる空間を用意しています。		
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	本人、家族と相談し和室、洋室の2種の居室から選んで頂いています。夜間の灯りの明るさ、空調や室温の調整などにも配慮しています。	ショートステイとして6名まで泊まれる和室と洋室の2種類の部屋が用意されています。部屋にはエアコンがあり温度・湿度の調整が可能です。毎日夕方掃除もされており、良い環境を維持しています。	
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	自分の力で出来ることは手伝いなく一人で行えるよう目印を目立つ物にしたりコート掛けや下駄箱に名札を付けわかり易くしています。食器の収納場所も視野に入る所にし、見守りにて支援しています。		

## 目標達成計画

作成日：平成24年04月24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		個人情報に記載された記録書類等は鍵付きの場所に保管することが望ましい。	個人情報に記載された記録書類等は鍵付きの場所に保管する。	現在の保管場所に鍵を取り付ける。	終了
2	35	様々な状況を想定した防災訓練を実施する事が望ましい。また、利用者様が参加する訓練及び地域との連携をより強いものとするための様々な働きかけをすることが望ましい。	様々な状況を想定した防災訓練を実施する。利用者様も参加した訓練を実施する。災害時に地域住民の協力が得られるよう地域との連携を強化する。	今後は過去に行っていない状況を想定した訓練を実施していく。利用者様の訓練参加については参加可能な形を検討する。地域との連携については地域消防団との合同訓練を定期的に行えるよう相談・依頼する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注) 項目の欄については、自己評価項目のを記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。