

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	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	<input checked="" type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	25名
	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	15名
		宿泊定員	6名
		定員計	名
		ユニット数	ユニット
自己評価作成日	平成27年2月14日	評価結果 市町村受理日	平成27年6月16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/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1493700015&SVCD=730&THNO=14100>

### 【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)】

16年前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。前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や若年性認知症の方を多く受け入れています。家庭的な雰囲気のため、デイサービスの利用に消極的になりがちな若い方や男性の方々にも受け入れて頂いています。又、通い慣れた場所で泊まることもでき、環境の変化に敏感な認知症の方にも負担少なく利用頂いています。個々に合わせた利用時間や訪問など柔軟に対応し、認知症になっても住み慣れた地域で暮らせるよう支援しています。介護福祉士、介護支援専門員、認知症ケア専門士、作業療法士、看護師等の資格を持った経験豊富なベテランスタッフが専門職の立場から支援致します。

### 【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27年3月16日	評価機関 評価決定日	平成27年5月28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)】

小規模多機能型居宅介護「デイサービスセンター青葉台」は東急田園都市線、青葉台駅から徒歩8分程の住宅街にあり、開設して9年目になります。前身は認知症対応型デイサービス事業所で、同じ建物にグループホーム・訪問看護ステーションを併設しています。

<優れている点>

理念「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」を掲げて理念の実践に努めています。職員は有資格者が多く、認知症に理解が深く、チームワーク良く利用者支援に取り組んでいます。利用者がその人らしく過ごせるように、また、共に生きる喜びを分かち合えるように、利用者の人生の思いに寄り添うと共に、家族の考えも大事にしています。一日の過ごし方や言葉かけなど一人ひとりの利用者に合わせて対応に努め、特に言葉かけは話の内容に加えて「声のトーン」など細かい配慮をして、全利用者が「行きたい」と思える施設づくりに取り組んでいます。

<工夫点>

本人や家族の状況を詳細に把握し適切に個別対応を実施するため、アセスメントに「個別生活特性シートⅠとⅡ」を作成しています。シートⅠは本人の性格・配偶者の性格・大切な人・希望や年齢ごとの生活歴(居住場所・教育、仕事内容・記憶に残る出来事など)、シートⅡは1日の過ごし方から本人の好む話など丁寧に把握して一人ひとりの支援に活かしています。

### 【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	デイサービスセンター青葉台
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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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近づけている。	事業所の理念はスタッフ全員で意見を出し合い作り上げた。個々のケアを考える時にはこの理念を柱にし、利用者が住み慣れた地域で過ごせるようサービスの意義をスタッフ間で共有している。	理念「利用者がその人らしく・・・共に生きる喜びを・・・」を14年間続けています。介護をやってあげる姿勢ではなく、利用者一人ひとりと同じ目線、同じ位置に立つケアに努めています。特に気持ちが表れる「言葉使い」に気をつけた支援を各職員が心掛けています。	
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。	自治会に加入しており、隣近所の方たちとの挨拶など声を掛け合うことができている。買い物はレクを兼ね、利用者と近隣の商店を利用し、地域のお祭りなどにも参加している。楽器の演奏などのボランティア活動や見学者の受け入れも随時行っている。	自治会に加入し、地域のボランティア、ハーモニカおじさんが週2回、定期的に来訪して利用者に人気です。他にも尺八やウクレレ、フルート演奏などの来訪や、祭りの際は祭ばやしも来所しています。近隣の花屋やスーパーや個人商店を日常的に利用しています。	
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。	利用者以外の方の相談も随時受け入れており、助言や適切な相談窓口の紹介等も行っている。地域包括支援センターが毎月開催している「介護者のつどい」に参加し、介護サービスをまだ利用していない家族への助言、アドバイスを行っている。		
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、2ヶ月毎に開催している。参加メンバーによる意見は積極的に取り入れ、サービスの質の向上、改善に向けた取組みを行っている。議事録は利用者とその家族へ交付し、内容の報告をしている。	運営推進会議は年6回開催して活動報告や家族の要望や意見を検討しています。家族からケアのミスと情報共有の必要性の意見を受け、管理者の誠実な回答と意見交換を記録しています。議事録は利用者や家族にも配布され運営の透明性が図られています。	
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に取り組んでいる。	市町村相談窓口の担当者や青葉区内外の包括支援センターの担当者とは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務めている。	前身が認知症対応デイサービスであり地域包括センターとはより身近に情報交換が行われています。現在は生保受給利用者の在籍がないため介護保険課のみの対応です。小規模多機能の連絡会の参加で小規模多機能サービス特有の問題を議論しています。	

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	○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。	身体拘束についてはカンファレンスの場等で全職員が正しく理解するよう研修している。但し、事業所が2階にあり、安全確保のため、家族の了解を得て玄関は施錠している。その他、居室等の施錠はせず、安全面に配慮した上で自由に行動してもらっている。	身体拘束の排除については契約書で言及し、運営規定で必要な措置として職員の研修を義務づけ、毎年社内研修を実施しています。理念の「利用者がその人らしく・・・」を実践するために「言葉使い」には特に配慮しています。	
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。	虐待防止についてもカンファレンスの場等で全職員が正しく理解するよう研修を行っている。又、利用者の様子から家庭内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。	管理者及び一部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、他のスタッフとも情報を共有している。又、これらの制度について必要に応じてご家族にも説明、助言している。		
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。	利用者、家族に実際に来所していただき、見学の上、十分な説明を行い、理解、納得をして頂いてから契約への手続きを進めている。本人及び家族の疑問や心配事に対する説明、話し合いには十分時間をかけている。		
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。	意見、要望、苦情の受付窓口の担当者、連絡先は家族に説明している。その他、送迎時での声かけ、ケアマネジャー等による訪問、日々の連絡帳での家族からの意見、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る。家族が話し易い関係作りにも務めている。	利用者、家族との連絡帳が充実しています。毎回、施設での様子や家族側の要望や意見を丁寧に記録しており、コミュニケーションの良さが窺えます。意見箱、相談・苦情の申し出先など、玄関に掲示がありますが、利用の事例はありません。	在宅での利用者の状況や家族の思いを、より知りたいとの職員の意見もあります。更なる、利用者・家族との信頼関係構築に向けて、より頻繁な訪問サービスも期待されます。

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
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回のカンファレンスでは職員から様々な意見や提案を出してもらっている。その他、日々の申し送りの場においても普段からスタッフが感じていること、気づいたことなど、考えや意見を提案しやすい環境づくりに留意し、より質の高いケアに務めている。	職員の意見は日々の支援での会話から吸い上げ、実行できないものは理由を説明しています。ドライフラワーの製作、飾りは職員の意見から実現しています。月1回のカンファレンス、業務日誌の申し送りも参考にし風通しのよい雰囲気があります。	
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心がけている。又、個々の職員がそれぞれの持ち味を発揮し、更に新たな取り組みにチャレンジできるような環境作りに務めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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、全ての職員がスキルアップする機会を持てるよう支援している。又、職員が交代で講師となり課題について勉強し、カンファレンスの場で他の職員に講義する機会を作っている。認知症ケア学会主催の研修に参加している。		
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り組みをしている。	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介護者のつどい、区のケアマネジャー連絡会などに参加する機会を作り同業者との交流や連携を図っている。		
<b>II 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、本人から直接想いを聞き取り、希望に添えるよう努力している。本人の不安を最小限にするため、慣れるまでは可能な限り同じスタッフが寄り添い馴染みの関係が築けるよう支援している。		

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。	家族の抱えている問題、本人との関係性、家族内外における介護力の大きさ、家族の思い等、時間をかけ聞き取り、本人や家族の思いを大切にしながら家族との関係づくりに務めている。		
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。	初期の段階で本人、家族からの訴えを丁寧に聞き、本人、家族にとって必要・適切な支援、対応を検討、提案するよう努めている。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。	介護する側、される側という線引きはせず、同じ場所、同じ時間を共有する者として共に過ごせるよう心がけている。又、一人一人の興味や関心事を引き出し、本人が無理なく職員や他の利用者との関係性を築けるよう支援している。		
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。	家族の抱えている困り事や本人とのこれまでの関係性等を聞き取り、家族の思いを大切にしながら専門職だからこそ見えてくる視点で、より良い関わり方を適切に伝えていくことで利用者や家族が良い関係を築けるよう支援している。		
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。	自宅での生活が継続できるよう支援している。本人を取り巻く人間関係や環境について家族から聞き取り、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る。又、利用者が自分らしく過ごせるよう、一人一人に合った個別ケアを実践している。	個別生活特性シートで本人の人間関係、馴染みの場所、趣味が詳しく把握できています。在宅生活が継続できるように具体的な方法を家族にアドバイスし、各利用者がその人らしく過ごせるための場を作る努力を行っています。	

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。	同じ時代を過ごした方同士でおしゃべりをしたり愚痴をこぼしたり、相談し合ったり、と気の合う者同士で過ごせる場を大切にしている。スタッフはその調整役として側で関わっている。		
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る。又、サービス終了後も家族から相談を受けたり、レクリエーションに招待し、遊びに来てもらう等継続的な付き合いが出来るよう心がけている。		
<b>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</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。	利用者本人の意向を大切にしている。事前のアセスメントでは本人や家族からこれまでの生活歴を聞き取り、本人に合ったケアができるよう努める。又、日々の利用者の言葉や表情から本人の想いを推し量り、それを尊重するよう務めている。	利用者情報記載用紙「個別生活特性ノート」に人生の節目ごとの振り返り、記憶に残る出来事などが詳細に書いてあり、利用者の姿が浮き彫りになっています。職員は折りにふれそのノートを見て会話につなげ、その人らしい生活をサポートしています。	
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う。独自の「状況調査表」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る。「個別生活シート」の記入は家族にとっても本人の生活歴を改めて知る良いきっかけともなっている。		
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。	アセスメントからは本人の生活歴や趣味、関心事等を、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、自立支援を基本に、一人一人に合った過ごし方ができるよう支援するよう務めている。		

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。	日々の関わりや家族とのやり取りから本人の想いや望み、家族の心配事などを聞き取り、担当者会議やカンファレンスを通し、より良いケアに反映させるようにしている。	通い、宿泊、訪問と多機能型のためケアマネジャー2人体制で、毎月モニタリングを行っています。業務日誌、連絡帳で日々の様子を把握し、毎月のケアカンファレンスで職員と情報共有し、原則1年のケアプラン見直しにつなげています。	
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。	個別のケース記録、業務日誌1、2を活用している。個別ケースファイルには日々の過ごし方の様子等を記録し、必要に応じて別ファイルにて水分や排泄の記録を行う。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。	本人や家族の状況の変化、急病、用事等には臨時の通所や宿泊、訪問にて対応している。その他利用時間の延長や早朝からの利用、家族のニーズに合った送迎方法や訪問など柔軟に対応している。		
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。	警察、消防、民生委員には利用者の多くが認知症であることを知らせ、本人が安心して地域で暮らし続けることができるよう協力してもらっている。又、本人が以前より利用していた商店や近所とのお付き合いが継続できるよう家族へのアドバイスも行っている。		
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。	初期の面談でかかりつけ医を聞き、受診の結果や服薬の情報など変更も含め教えてもらっている。利用者や家族が服薬管理出来ない場合は事業所で服薬の支援を行っている。又、家族から要望が合った場合は通院の支援を行う用意もある。	自宅でのかかりつけ医に家族の付き添いで受診し情報を得ています。長期に宿泊サービスを利用する場合や介護で特に注意が必要な利用者は、職員が同行して直接話を聞いています。自宅で服薬管理が困難な場合は支援する場合があります。	



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。	日常の健康管理については業務日誌や申し送りを通して看護職との連携を図っている。体調や表情の変化を見逃さず早期発見に取り組み、本人の利用する訪問看護ステーションとの連携もその都度取っている。家族へ医療機関の受診を勧めることもある。		
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。	入院時には職員が見舞いに行き、家族や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速やかな退院に向けた支援を行っている。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。	重度化した場合、本人や家族の意向を踏まえ、看護師や介護職員、訪問看護ステーション等と連携を取り、本人が安心して納得した最期を迎えられるよう支援している。急変時の連絡体制も整備している。	重度化した利用者が通いサービスを利用する場合、じょうくそうや誤嚥に注意し、眠っている時間が増えるので一人にしないで常に見守りや声かけして安心感が得られるように努めています。訪問サービス利用時は話相手や清拭など支援しています。	
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。	カンファレンスにて急変時における応急手当や初期対応の訓練を行い、急変時や事故発生時にはスタッフがスムーズな連携・協力が図れるよう務めている。		
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。	耐震工事、スプリンクラー、消火器、自動火災報知機、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に努める。夜間や日中を想定した災害時避難訓練を実施している。	7・12月に夜間想定避難訓練・1月通報訓練を実施しています。台所から出火、職員1人体制を想定し職員は役割を交代しながら同じ内容で繰り返し実施し、動作が慣れていくことを目的にしています。水やパン缶詰など備蓄し米は多めに保存しています。	火災時の夜間想定避難訓練を実施しています。職員が利用者の役割をしながらの訓練になっています。利用者参加での訓練も検討されることが期待されます。

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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一人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る。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留意している。個人ファイルなどの個人情報は施錠出来る棚に保管している。	理念に「利用者がその人らしく・・・過ごせるよう・・・」を掲げ、本人からは訴えにくい利用者の人権を尊重することに努めています。利用者への言葉かけは声の大きさや、トーンにも注意し、同性介助や介助の立位置、目線など細かく配慮しています。	
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。	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向・意思を大切にし、自己決定が出来るよう支援している。事業所の都合ではなく利用者一人一人のペースに合わせた過ごし方を大切にしている。		
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。	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沿った過ごし方を個別に支援している。朝の送迎も個別のペースに合わせて行っている。全体を対象にした催し物は年数回設定し多くの方が楽しんで参加出来る機会も作っている。		
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。	本人のこだわっているスタイルを把握し、その人らしさが保てるようお手伝いする。入浴後のお化粧や整髪、髭剃りの援助、本人の意思を尊重した洋服選びなどのおしゃれ、身だしなみが保てるよう支援している。		
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る。食事の準備や後片付けなど出来る方には手伝って頂いている。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雰囲気作りも大切にしている。おやつも手作りしている。	食べることを楽しみにしている利用者も多く、見た目美しく食べてもおいしい食事作りに努めています。おやつも手作りしています。食材は冷凍品は使わず、毎日近隣に買い物に行き、鮮度の良い物を使用しています。また、利用者の状況に応じてミキサー食や糖尿食などの対応もしています。	

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。	献立は介護職を兼ねる管理栄養士が立てている。季節感を大切に、見た目にも美味しそうな料理を提供している。水分不足に注意し、飲み物や食事、おやつなどから十分取れるよう支援している。又、体調を崩している方などは水分や食事の摂取量を家族へ伝えている。		
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。	食後の歯磨きはひとりでは出来ない部分を手伝い、一緒に行くことで口腔内の清潔保持が出来るよう支援を行っている。特に食後午睡する方に対しては口腔内に食べかすが残らないよう気を付けている。		
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。	自尊心に配慮し、利用者の様子観察から察知し、それぞれの残存能力に応じて手を差し伸べ、失敗が少なくなるようお手伝いしている。家族からのリハビリパンツへの切り替えの相談支援も行っている。	排泄チェック表を用いる利用者、定期的に誘導する利用者など状況に応じて排泄支援しています。排便は全家族と情報共有をし、失禁時はさりげなく処理し清拭しています。着脱は自立支援を大切に、自分で出来ない部分について介助しています。	
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。	水分摂取、献立の工夫、適度な運動への声かけなど様々な取り組みを行っている。排泄パターンを記録し、便秘している方には腹部マッサージを行っている。		
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沿った曜日で準備をし、当日は本人の体調や気分に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いる。入浴拒否のある方はその理由を考え、誘導方法を工夫し、カンファレンスなどの場で職員間で共有している。	淡いピンク系の暖かい雰囲気のある浴室は数年ほど前に改装し、左右にスライドする介助しやすい浴槽を設置しています。基本的に週に2～3回の入浴で、1対1の同性介助を守り、終末期の利用者には、必ず看護師が対応しています。	

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
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。	心地よく眠りにつけるよう日中の適度な活動量に配慮している。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る。眠りが極端に浅い時は排便の有無、体調の善し悪しに留まらず日中の刺激の質など様々な要因を考え、より良いケアへ結びつける努力をしている。		
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る。内服の状況は連絡帳にて家族へ伝えている。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、当事業所にて管理、服薬支援をしている。		
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。	アセスメントや日々の関わり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に支援している。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。	天候や体調、気分などに配慮し、安全を確認した上で散歩や花見、買い物など一緒に出かけ、気分転換、心身の活性化に務めている。ベランダには菜園や睡蓮鉢を置き、お天気の良い日は日向ぼっこが出来るよう工夫している。	自宅から通所サービス利用で通われる利用者がほとんどであり、毎日支度して通所することが外出の一環で大きな刺激になっています。利用者の希望で個別に散歩に出かけたり、食事材料の買い物に職員と一緒に出掛けることがあります。	
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。	スタッフと一緒に散歩に出かけ、おやつなどを買ったり通所の帰りに一緒にスーパーに寄るなどの買い物支援も行っている。		

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。	在宅支援のサービスのため手紙や電話の要望はほとんど無いが、利用時に本人が口にする家族との思い出や家族への感謝の気持ちなどを代りに伝えることで本人と家族とのより良い関係作りを支援している。		
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。	共有空間では利用者と一緒に作った手作りの小物などを飾り、季節感やアットホームな雰囲気創造している。ダイルール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、より過ごしやすい場となるよう工夫している。	リビングの机や椅子は多めに置いて利用者の状況で配置換えをし、テレビや音楽・将棋などグループで楽しめる配慮をしています。部屋の隅にはペットの猫が居眠りをし、台所からは調理する音や香りがして、温かい家庭的な雰囲気醸し出しています。	
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。	ダイルールのみならず、廊下やベランダにも椅子やソファを配置し、一人で、あるいはスタッフや気の合った仲間とゆっくり寛げる空間を用意している。		
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。	本人、家族と相談し、和室、洋室の2種の居室から選んでいただいている。夜間の灯りの明るさ、空調や温度、湿度の調整などにも配慮している。	和室3洋室3室があり、頻りに宿泊利用する場合は可能な限り同じ部屋に固定するように配慮しています。リビングに隣接する部屋は常時見守りが必要な利用者が使用しやすくなっています。化粧をしたい利用者用に鏡台には化粧品を置くなど配慮をしています。	
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無く一人で行えるよう目印を目立つものにしたたり名札を付け、わかりやすくしている。雑誌や本、レク用品なども見やすく配置し、利用者が自由に手に取ることが出来るよう工夫している。		

平成26年度

## 目標達成計画

デイサービスセンター青葉台

作成日：平成27年 6月 12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	10	利用者の自宅における過ごし方や状態などの情報が十分得られていない場合がある。	本人の自宅での様子や家族の意向をさらに知り、ケアプランへ反映することでより良いケアへと繋げる。	ケアマネジャーが中心となり、家族への訪問の機会を増やし、更なる利用者、家族との信頼関係を構築することでより多くの情報を得る。	12ヶ月
2	4	運営推進会議の参加メンバーを増やす	運営推進会議の参加メンバーを増やすことでより活発な意見交換、相互理解、地域との交流を深める。	地域住民や利用者家族へ積極的に声をかけ、参加メンバーを拡大する。	12ヶ月
3	35	利用者も参加した形での避難訓練が実施されていない。	利用者のいる場での避難訓練を実施する。	日中の時間帯に利用者にも参加してもらい避難訓練を行う。利用者が不安にならないように配慮しながら訓練を行い、災害時にスムーズに動くことができるよう訓練する。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月