

平成27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 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	25	名
		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1月18日	評価結果 市町村受理日		

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hvoka/003hvoka/hvokanri.nsf/pSearch3?Open>

【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)】

平成18年より地域に根ざした認知症ケアの実践に取り組んでいます。家庭的な雰囲気大切に、デイサービスの利用に消極的な方や若年性認知症の方、周辺症状のある方などの利用にも積極的に対応しています。小規模多機能型居宅介護なので通い慣れた場所での泊まりや馴染みのスタッフによる訪問サービスが受けられ、環境の変化に敏感な認知症の方にも負担少なく利用していただいています。また、個々に合わせた利用時間など柔軟に対応することで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、看護師、介護支援専門員、認知症ケア専門士、作業療法士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ご家族の相談にも応じ、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28年2月24日	評価機関 評価決定日	平成28年4月23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)】

事業所は東急田園都市線青葉台駅から徒歩8分ぐらいの住宅地で2階建ての2階にあり、1階は同一法人のグループホーム、訪問看護ステーションを併設しています。事業所の施設長はグループホームの施設長も兼務しています。

<優れている点>

事業所では利用者が住み慣れた地域で生活できるように、地域との交流や個別ケアに熱心に取り組んでいます。地域との交流ではハーモニカ、フルート、琴、傾聴ボランティアなどを積極的に受け入れ、利用者は楽しい時間を過ごしています。個別ケアでは利用前のアセスメントの段階で「個別生活特性シート」に本人の性格、大切な人、馴染みの場所、生活歴などを詳細に把握し、記載しています。また、ケアプランは居宅サービス計画書、個別援助計画の2種類があり、とりわけ個別援助計画は原則利用者の自宅でサービス担当者会議を開催し、家族・利用者からの忌憚のない意見を踏まえてケアプランを作成しています。職員全員が内容を理解し個別ケアに努めています。

<工夫点>

事業所では利用者の状況をいかに全職員が把握するかという課題に対し、ケアカンファレンスや毎朝のミーティングで情報交換を行っています。記録に残すということで度々の変更があり、現在の業務日誌にたどり着いています。業務日誌には利用者のケアに関することと連絡事項の2種類があり、その内容は詳細で利用の状況や連絡事項がすぐわかるようになっています。

【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、生き生きと働いている。 (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(渡利)	
			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近づけている。	事業所の理念は小規模多機能型居宅介護開設時にスタッフ全員で意見を出し合い作り上げたもの。日々のケアを考える時にはこの理念を柱にし、利用者の尊厳を大切に一人ひとりがその人らしく住み慣れた地域で暮らし続けることができるよう支援している。	開設時に事業所独自の理念を職員全員で話し合って作成し、行動指針も作成しています。理念は玄関や台所に掲示しケアカンファレンスで確認しています。職員は利用者の心身の状況、希望及びその環境を踏まえて豊かな生活を送れるように支援しています。	
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。	過去の利用者様の家族の方など地域の方が気軽に立ち寄り、庭の花や果物、雑誌などを持って来てくださる。楽器の演奏などのボランティア活動も定期的であり、日常的に地域との交流がある。	自治会に加入し、食材の買い出しなどは近くの商店を利用しています。事業所の行事に、以前の利用者家族が参加しています。定期的にハーモニカ、フルートなどのボランティアの受入れがあり、地域の人々と日常的に交流しています。	
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。	利用者以外の地域の方の相談も随時受けており、認知症介護へのアドバイスや適切な相談窓口への紹介など行っている。	/	/
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。	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、改善に向けた取り組みを行っている。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。	家族、民生委員、地域包括支援センターの職員などが参加して2ヶ月に1回行っています。最近の会議では小規模多機能型居宅のサービス評価について説明しています。家族から徘徊時の対応についての質問があり、適切なアドバイスをしています。	
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取り組んでいる。	横浜市の小規模連絡会や地域包括の会議等に参加し情報の収集及び関係作りに努める。認定更新の機会等には市の関係者に利用者の暮らしぶりやニーズを具体的に伝え、連携を深めている。	利用者の介護認定更新時に担当者と直接話し合い、事業所の実情を伝えています。地域包括支援センターの要請で講師を務めたこともあります。横浜市の小規模連絡会、地域包括支援センターの会議に参加し、情報交換など日常的に交流しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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職員全員が正しく理解するよう研修している。但し、事業所が建物の2階にあり、安全面のため、家族の理解を得た上で施錠している。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。	身体拘束に関する文書「身体拘束ゼロへの手引き」で事業所の方針を明確にしています。年1回レジメ「高齢者虐待・身体拘束の防止」を用いて研修を行い周知を図っています。契約書に基づき緊急やむを得ず身体拘束を行なう場合は、報告書を作り家族に報告・了承を求めることになっています。	
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。	虐待防止についてもカンファレンスの場などで職員全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あたる行為が行われていないか常に注意を払い、必要に応じて適切な対応をとっている。		
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、家族からの相談など必要に応じて説明、助言を行っている。		
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。	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、日々の送迎時での声かけ、連絡帳でのやり取りなどを通して家族との良好な関係作りに努める。ケアマネジャー訪問時に得た情報なども含め、利用者、家族の思いを職員へ伝え、サービスに反映している。	職員は利用者に寄り添い日常の会話の中で意見を聞き、家族とは連絡帳の活用、送迎時の声かけ、ケアマネジャーの訪問時、家族も参加している運営推進会議などで意見を聞くようにしています。家族から利用者が文字が書けないので書く練習をして欲しいとの要望があり実施しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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があり、活発な意見交換が行われている。又、普段からスタッフが感じていること、気付いた事など、考えや意見を提案し易い環境づくりに留意し、より質の高いチームケアに努めている。	毎月のケアカンファレンス、毎日のミーティング、管理者と職員との日常会話などで職員の意見を引き出すようにしています。職員から身体づくりに沿った動きの「きくち体操」の提案あり、身体の不自由な人も可能な体操を実施しています。	
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心がけている。又、個々の職員がそれぞれの持ち味を發揮し、更に新たな取り組みにチャレンジできるような環境整備に努めている。		
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、全ての職員がステップアップする機会を持てるよう支援している。今年度からはパート職員を含むスタッフが交代で講師となり課題について勉強し、講義をする機会を作っている。外部での研修はポスター掲示をし情報の発信を行っている。		
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事例検討会、区のケアマネジャー連絡会、市の小規模連絡会などに参加し、同業者との交流や連携を図っている。		
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。	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(渡利)	
			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、家族の考えなど時間をかけ聞き取り、本人や家族の想いを大切にしながら家族との関係づくりに努めている。		
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。	家族や本人からの訴えを丁寧に聞き、必要・適切な支援、対応を検討、提案するよう努めている。可能な限り柔軟な対応を行うが場合によっては他の機関や地域のケアマネジャーへ繋げる支援も行っている。		
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などを聞き取り、家族の想いを大切にしながらも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。それにより、利用者と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。	在宅での生活ができるだけ長く継続できるように本人・家族を支援している。本人を取り巻く人間関係や環境について家族から詳しく聞き取り、その関係や習慣が途切れないよう、又、取り戻せるよう支援している。	利用前の面接の段階で、家族や利用者から基本情報や生活歴、馴染みの人や場所を詳細に把握しています。その内容が「個別生活特性シート」に記載され、職員は周知しています。利用者の要望で送迎時に馴染みの場所へ行ったり、馴染みの店で買い物をしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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、と気の合う物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。	利用が終了する際は次に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との関係を大切にし、相談に応じたりレクリエーションに招待し、遊びに来てもらう機会を作り、継続的な付き合いができるよう心がけている。		
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。	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ている。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努めている。	「個別生活特性シート」を活用し、記載内容から折に触れ日常会話につなげ、希望や意向の把握に努めています。職員はその情報をケアカンファレンスで共有しています。意思疎通が困難な利用者は家族からの情報や日々の行動から思いや意向を把握しています。	
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に支援するよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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面談などを通し本人の想いや望み、家族の心配事などを聞き取り、担当者会議やスタッフケアカンファレンスを通し情報の共有を図り、より良いケアに反映できるよう適宜プランの見直しを行っている。	職員は利用者や家族の意向を把握し、毎月のケースカンファレンスで話し合っています。また、原則自宅で家族と利用者でサービス担当者会議を行い、ケアプランを作成しています。ケアプランは1年毎に定期的に作成しています。モニタリングはケアマネジャーが毎月行い記録を残しています。	
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などを記録し、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生かしている。		
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、急用には臨時の通所や宿泊、訪問サービスにて柔軟に対応している。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などにも対応している。		
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、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。	家族からかかりつけ医、受診の予定や結果、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できない場合は事業所看護師が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介助の支援を行うこともある。	従来のかかりつけ医を受診する人が殆どで、事業所の協力医は緊急時や、かかりつけ医のいない人が利用しています。かかりつけ医へは家族が同行し、受診情報や服薬変更時、処方箋のコピーをもらっています。同行が難しい家族には通院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(渡利)	
			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事業所内看護師と連携し利用者の体調の変化を見逃さず早期の発見に取り組んでいる。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行い、家族へ医療機関の受診を勧めることもする。		
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、家族や病院の相談員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、事業所の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、事業所看護師や主治医、訪問看護ステーションと連携を図り、本人が安心、納得した最期を迎える事ができるよう支援している。急変時の連絡体制も整備している。	「救急医療情報」に緊急時の延命治療の有無を家族に記載してもらっています。重度化した場合、かかりつけ医と看護師からの情報で、本人、家族、管理者で終末期をどうするか話し合い、他機関を紹介、または事業所での看取りを口頭で決定しています。	「重度化や終末期に向けた方針」を文書化することが期待されます。また、終末医療の外部講習会に参加するだけでなく、看取りに関して看護師による内部勉強会も期待されます。
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。	勉強会にて急変時における応急手当や初期対応の勉強、訓練を行い、急変時や事故発生時にスタッフがスムーズな連携・協力体制が取れるよう努めている。		
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、スプリンクラー設置、消火器、自動火災報知機の設置、避難通路の確保、個別救急医療情報の作成、緊急連絡網と連絡先一覧の掲示。利用者参加の避難訓練も実施する。	年2回、事業所独自で、夜間想定での避難訓練を泊まりの利用者と一緒に行っています。消防設備は消防署が点検を行っています。防災用具や災害備蓄についてはリストがあり、万全です。また、消費期限切れのないよう配慮しています。	避難訓練や防災訓練には、地域の人々の協力を得て実施することも期待されます。

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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。	一人一人の人格の尊重とプライバシーの確保について共通理解を深め、日々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常に気を付けている。個人ファイルなどの個人情報は施錠できる棚に保管している。	事業所内に個人情報保護方針、倫理規定、プライバシー5ヶ条を掲げています。職員は守秘義務についての誓約書を提出し、年1回内部研修で人権の尊重について受講しています。不適切な対応については管理者やベテラン職員がその都度注意を促しています。	
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。	利用者様との関わりの中で見えてくる表情や行動の変化に気づき、本人の意向・意思を大切に自己決定ができ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。個別の関わりから小グループでのレク等希望に応じて支援している。全体を対象にした催し物も年数回行い、多くの方が一緒に参加できる機会も設けている。		
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。	本人の好みのスタイルを把握し、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、清潔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で煮炊きする音や匂いから食事を心待ちにする環境がある。毎日買い物をし、新鮮な食材を使って専門の調理職員が手作りしている。食事の準備や後片付けはできる方には手伝って頂いている。スタッフと一緒にテーブルで会話をしながらゆっくりと食事を楽しんでもらえるよう雰囲気作りも大切にしている。	冷蔵庫を調べ食材が無駄にならぬよう工夫しながら管理栄養士の献立に基づき、3名の調理員が食材の買出しや、調理を行っています。利用者のリクエストや行事食にも対応しています。また、きざみ食、とろみ食、ミキサー食、アレルギー対応食のほか嚥下困難な人へはおかゆを提供しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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。	献立は栄養のバランスのみならず季節感を大切に見た目にも美味しそうな料理を提供し、美味しく食べることができるよう支援している。水分不足に注意し、飲み物や食事、おやつなどから十分摂れるよう工夫している。日頃から摂取量の少ない方は量を記録し家族へ伝えている。		
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、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。	食後の口腔ケアは一人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できるよう支援している。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つけている。		
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支援している。個々の状態に応じ、きめ細やかな排泄支援をしている。	業務日誌の排便の欄を参考に、尿トラブルのない限り、連絡帳や本人の様子を観察しながら時間をみでの誘導や、食事の前や帰宅前に誘導しています。半数の人が自立ですが、リハビリパンツの人や夜間ポータブル使用の泊りの人もいます。	
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。	水分摂取量の把握、献立の工夫、適度な運動の実施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うなどの支援をしている。		
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、当日は体調や気分に合わせて、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、カンファレンスの場などでその成功例、失敗例を共有している。	その人の入浴日に合わせて、午前中、1対1で対応しています。重度の人は2名の職員で対応しています。脱衣所にエアコン、浴室に暖房機を設置し、寒暖差がないようにしています。入浴時は職員が歌やおしゃべりで本人に寄り添っています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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。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。また、体調を崩している利用者には必要に応じて休息もできるよう支援している。		
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。	服薬リストは家族からもらい、スタッフ間で共有している。内服の状況は連絡帳にて家族へ伝えている。ひとり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、看護師が事業所にて服薬管理、支援を行っている。		
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、本人の生活歴や力を活かした役割や楽しみごとなどができ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事や自宅ではさせてもらえない事などを見つけ、役割や楽しみ事として継続でき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、心身の活性化に努めている。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できるよう工夫している。	通所の帰りにスーパーに立ち寄る人に買物支援、デイルームに馴染めない人に散歩支援をしています。散歩に出ない人へはプランター栽培を兼ねて外気浴をしてもらっています。桜の開花時期に5～6名の利用者で近隣の公園に花見に行っています。	
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。	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スーパーマーケットに寄るなどの買い物支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価(渡利)	
			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利用はほとんど無いが、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本人に代わって伝えることで本人と家族とのより良い関係性が作れるよう支援している。		
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装飾品などを飾り、季節感やアットホームな雰囲気を創造している。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。	ダイルールの壁にはレクリエーションでの塗り絵、書道、切り絵の作品や利用者の笑顔の写真が飾られています。冬はエアコンを26℃に設定して窓で換気し、夏は体感温度で冷房しています。周辺症状のある人と軽度の方が安心して過ごせるようにテーブルやソファの位置を工夫しています。	
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、廊下や玄関、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う仲間とゆった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種から居室を選んでいただいている。頻繁に宿泊利用する方はできるだけ同じ部屋に固定するよう配慮している。夜間の灯りの明るさ、空調の温度、湿度の調整などにも配慮している。	普段の生活にあわせて、洋室、和室が選択できます。洋室はベッドや鏡台を備え付けています。スタイロフォームの畳に変更した和室もあります。また、寝具・カーテンは備わっており、着替えや日常生活品（歯磨きなど）のみで宿泊できます。	
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。	自分の力でできることは自由に行えるよう目印や名札を付け、自立支援を促している。雑誌や本、レク用品なども見やすく配置し、利用者が好みのものを手に取ることが出来るよう工夫している。		

平成27年度

目標達成計画

事業所名 デイサービスセンター青葉台

作成日： 平成28年05月27日

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	12	利用者の重度化や終末期に向けた方針が文書化されていない。	利用者の重度化や終末期に向けた方針等を考えていく。また、それらに関する内部研修会を行っていく。	外部研修への参加のみならず事業所内看護師による勉強会を実施し職員間での共通理解を図る。	12ヶ月
2	13	地域の方との合同の防災訓練が行なわれていない。	地域の方々との合同防災訓練を実施する。災害時に相互に協力できる関係を構築する。	近隣の施設や住民の方々と合同での防災訓練が実施できるよう働きかける。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月