

平成25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	1493600124	事業の開始年月日	平成22年4月1日	
		指定年月日	平成22年4月1日	
法人名	特定非営利活動法人 だんだんの樹			
事業所名	小規模多機能事業所 だんだん			
所在地	(245-0008) 横浜市泉区弥生台27-2			
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	7	名
		定員計		名
		ユニット数		ユニット
自己評価作成日	平成25年11月18日	評価結果 市町村受理日	平成26年2月25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/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1493600124&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)】

法人の理念に基づき、地域と共助する事業所を目標に、顔の見える関係作りの為に機会ある毎に交流の場を設け、地域のニーズを感じ、地域の資源となる事業所作りを行っています。地域支援の一環で、法人として高齢者サロンの開催、地域事業の共催、子育てサロンの協力、横浜市生活・介護支援サポーター講座開催を行っています。利用者の皆様には、住み慣れた地域でその方の持っている力を発揮し、その方らしい時間が過ごせるように支援しています。事業所にいる時も、第2の家族、第2の家として、極あたりまえの事が極あたりまえに出来る生活を心がけています。また、利用者と職員が一体となり、職員は生きがいを持って介護に携われる、そんな場でありたいと考えています。

【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25年12月13日	評価機関 評価決定日	平成26年2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)】

事業所は、相鉄いずみ野線の弥生台駅で下車徒歩5分の表通り沿いの住宅地の一角にある2階建ての建物です。事業所は地域・市町村の支援も得て活動している「NPO法人だんだんの樹」の中の5つの事業組織の一つです。

<優れている点>

地域とは自治会を含め密接な関係を築いています。自治会には開設当初から加入しています。老人会の会長、自治会の会長、地区社会福祉協議会、民生委員の情報提供で、独居老人の状況を把握し、支援に結びつけています。利用者と買物の際に地域の安全パトロールにも協力しています。月1回の町の掃除(公園の草むしり)に参加しています。地域の方に防災訓練・消火器訓練で協力を得ています。地域の災害の際は高齢者の受け入れを自治会と話しています。例年、盆踊りや運動会に参加しています。ボランティアと職員が合同で落語の会を開催したり、月1回のハーモニカ・大正琴のボランティアを受け入れています。

<工夫点>

市町村と法人が連携し、介護に関連する支援を行っています。横浜市の委託事業「ボランティア養成講座」を主催し、小規模での実習を実施しています。また、法人の主催する高齢者サロンに利用者が参加できる様に支援しています。小規模の1階では週2回、ボランティアと行政が共同で、子育てサロンを開催しています。場所の提供と共に、利用者との交流、共同でイベントの開催などを行っています。高齢者サロンは自治会館などの会場で開催しています。

【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	小規模多機能事業所 だんだん
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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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している。 (参考項目：30, 31)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 4, 全くいない
66 職員は、活き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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近づけている。	・新任研修では必ず理念について説明し職員との意見交換を行っています。日常目にする場所に理念を掲示し、サービス内容の検討時等に理念を念頭に置いて意見交換をしています。・子育てサロンの実施、自治会活動に協力しています。	理念は開設時当初の職員、役員により地域密着型サービスの意義をふまえて作り2階に掲示しています。新人研修時に説明し、理解に努めています。また、毎月1回行っている定例会では折に触れて理念について振り返り話し合っています。	
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。	自治会や地域行事を年間行事予定に組み参加、協力を行っています。また、地域安全パトロール隊に加盟し適宜協力しています。法人としては、地域ボランティア養成講座を主催し、地域ボランティア育成に協力する事業を計画実施しています。	例年自治会の盆踊り、運動会、敬老会、防災訓練に参加しています。保育園児との交流や、ハーモニカ、大正琴のボランティアを毎月受け入れています。また、『だんだんまつり』では利用者・家族、地域の方が参加して盛り上がっています。	
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。	認知症キャラバンメイトとして養成講座に協力し、行事やサロン、通りがかりの地域住民の認知症の相談に乗っています。また、法人として、認知症介護支援サポーター養成講座を主催しています。	/	/
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。	地域の情報や課題を話し合う事が多く、地域の情報を共有しています。そこで得られた情報から協力出来る事項を見つけ参加しています。また、事故や苦情の報告をして、意見を日常業務に取り入れています。	運営推進会議は3ヶ月に1回開催しています。メンバーは自治会長、老人会会長、地区社会福祉協議会長、民生委員、地域包括支援センター、区職員、利用者・家族と多彩です。会議で地域安全パトロールに登録し、職員が腕章を付けパトロールしています。	運営推進会議はたいへん盛大に行われています。引き続きの継続と、より多くのご家族や利用者の出席も促し、2カ月に1回の開催に向かって工夫検討されることも期待されます。
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。	推進会議に地域包括の職員や区役所職員の臨席があり、区役所地域担当者に日常の様子を伝え、担当者から利用者の相談が持ち込まれる関係性を築いています。また、横浜市の連絡会に参加し事業所の活動について適宜発表しています。	運営推進会議には地域包括支援センター職員や区高齢・障害支援課職員が参加しており、交流しています。利用者の担当ケースワーカーとも連携しています。	

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。	契約書に身体拘束をしていない取り組みを謳っています。ケアの内容が拘束に当たらないか、定例会や日々の申し送り時に意見交換しながら取り組んでいます。また、外部研修等で身体拘束について学ぶ機会を設けています。	年間の研修計画に身体拘束の研修が組み込まれており、身体拘束内容の理解を深めています。2階が主な活動の場で、階段は危険防止のためドアロックをしています。外に出たい場合は職員と一緒に出かけるように安全に配慮した支援をしています。	
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逃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。	研修の年間計画に組み込んで学習し、外部研修に参加する機会を設けています。ケアでは、入浴時不自然なあざや傷が無い確認し、その因果関係を明確にしています。また、家族や職員のストレスについて、注視するようにしています。		
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。	新任研修はもとより、年度の振り返り時等に人権や法令順守について意見交換を実施しています。一部、後見人が付いている利用者もあり、後見人と家族の関係を計りながら支援しています。		
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。	利用希望時、契約締結時に小規模多機能型居宅介護の特徴、事業所の方針について丁寧に説明する時間を設け、利用者家族が納得して利用できるように十分な機会を持つようにしています。		
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。	運営推進会議への家族参加、年1回の利用者満足度調査の実施、意見箱の設置等で意見を聴く機会を設けています。また、送迎時、ケアマネジャーの面談日にも意見を聴取し、業務に取り入れています。	毎年2月に利用者の満足度調査を行い、その結果を運営に反映しています。ケアマネジャーは月1回、家族と面談しています。送迎時、職員は家族と話し、連絡帳でも意見交換しています。意見から、送迎時間の調整や外出レクリエーションを増やしています。	

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
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。	年1回の総会、月1回の各事業担当者が集まる事業推進会議、月1回の定例会、日々の申し送り時に、職員の意見や提案を聞き、業務や運営に取り入れています。	月1回の定例会や日々の申し送り時にも活発に意見交換しています。意見から、雇用保険に入るようになったり、駐車場の問題、スタッフ休憩場所問題も検討しています。職員の定着率も良く風通しの良い環境になっています。	
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。	福利厚生機関に加入し、余暇を充実し、定期的な健診、予防接種の実施、外部研修の参加を奨励し補助を実施しています。職員の意見を反映して、退職金制度導入の計画を遂行しています。		
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。	職員の経験値や担当に合わせて積極的に外部研修に参加できるように計らっています。研修後は他の職員に対して伝達研修を行い、学びを確実なものに出来るようにしています。また、キャリアアップの為に資格取得に、補助を行っています。		
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。	全国、神奈川県、横浜市の各連絡会やセミナーに参加し、同業者との交流、情報収集を行っています。制度改正等の対策を思索する一助にしています。また、各種講演会や他事業の連絡会等にも機会があれば参加し、連携を図っています。		
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。	開始時、利用者が何を望んでいるのかを聞く為に、必ず面談を実施しています。本人の言葉でどんな事でも聞くようにしています。表現できない場合は、利用開始後の行動や表情、これまでの生活歴等から推測しています。		

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
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。	サービス開始時に本人や家族の希望する生活、不足している部分、気になる事等を聴取し、話し合いを行ってサービス内容を決定しています。最初の関係性が出来るまで、利用時の様子を見ながらその都度、話し合うようにしています。		
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。	本人家族が望む生活に対して、小規模としての支援を提示する一方で、他のサービスでも同様のサービスが受けられる事を伝えます。利用者、家族にとって、最良の方法を選択できるようにしています。		
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。	家事行動等出来る作業に参加すると、自信を取り戻し、表情が生き生きする事から、職員と一緒に出来る事を手伝ってもらっています。必要以上に手を出さず、自主性や主体性を重視するような関係を作っています。		
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。	生活者は本人と家族であると認識し、介護する家族と一緒に支援するという立場を取っています。しかし、家族の希望は分かっても、本人の希望が分からない事が多く、本人の希望を推測しながら、家族の出来ない事を補助しています。		
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。	近隣からの利用者が殆どで、機会を見て、馴染みの場所への散歩や地域の神社に初詣する機会を作っています。また、知り合いが利用時に来所したり、買い物や行事の際に、隣近所の人と顔を合わせられるよう工夫しています。	利用者は、ほとんどが近くの地域の方です。利用者と一緒に、散歩や買い物で出掛け、馴染みの方と会えるような、関係の継続を支援しています。また、マリントワーや江ノ島水族館などに出かけ、食事をしています。茶道の心得のある利用者が利用者・職員にお茶を振舞うこともあります。	

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
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。	利用者同士、協力して何かを作ったり、一緒に外出したり、仲間意識の構築に配慮しています。気の合う方同士は十分話が出来るように、また、苦手な方同士に摩擦が起きないように、配席や職員が仲を取り持つ等を心がけています。		
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。	終了後も、移動先での状況や中期的な方向性に沿っての生活が、円滑に継続出来ているか等、機会をみて把握しています。引き続き相談相手になる等しています。		
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。	利用開始にあたり、どのような生活を望むのかを聴取しています。聴取が出来ない場合も、利用時の行動や表情から推察し、その方らしい生活が出来ているか考察するように努めています。	利用開始時に、思いや意向をアセスメント表で確認しています。その後は、職員が思いや夢中になったこと、やっていたことを聞き、把握に努めています。家族のちょっとした一言から、思いや意向が分かることもあり、定例会で情報を共有します。	
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。	利用にあたり、今までの生活歴や生活環境はその人を知る上で必ず聴取する内容としています。1回で聞き取れない事も多く、利用開始後もコミュニケーションの一環として聞いています。		
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。	初期に面談し、身体面、生活面等のアセスメントをしています。身体機能、1日の生活状況、出来る事、出来ない事を聴取、確認しています。また、利用開始後も適宜追加して把握しています。		

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
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。	サービス計画は必ず、本人家族に確認をしています。その後サービス担当者と家族、本人と話し合いを持ち、サービス内容や要望、課題について意見交換して、ケア計画に取り入れています。	初回、家族から要望を聞き、週間計画、ライフサポートプランを立て、介護職による、介護計画にも結び付けています。その後見直しを行っています。見直しは3～4ヶ月ごとに行っていますが、大きな変更がない限り、1年で更新しています。軽微な内容の変更は週間計画で修正しています。	
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。	ライフサポートプランに連動して、ケアプランを作成し、統一したケアが提供できるようにしています。日々接する中で得た情報は申し送り等で共有し、ケアの提供時に活用しています。		
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。	家族の状況を把握して、臨時利用や延長利用をしています。利用途中での外出支援、状態や希望に合わせた利用回数や利用時間、日程調整を行っています。しかし、全ての利用変更には対応できておらず、今後の課題です。		
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。	利用者の必要性により、SOS徘徊ネットワークの登録、民生委員や近隣住民の見守り協力、地域サロン、地域の催し物への参加等にも支援を行っています。		
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。	本人、家族が希望するかかりつけ医への受診の支援、必要時は同行受診し、主治医と話し合い、生活上の指示を貰えるようにしています。また、体調不良時はかかりつけ医に対応を相談したりする様な関係性を作っています。	主治医のいる方は基本的に現在のかかりつけ医と連携しています。通院は家族が同行していますが、独居の方へは職員または看護師が同行支援しています。必要により、協力医へ切り替える場合は、診断書、または医療情報提供書の提供を依頼し、継続を図っています。	

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
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。	管理者が看護師を兼務し、日々健康状態を観察しています。皮膚トラブルや排便コントロール等、訪問看護師とも連携を図っています。体調不良時は家族と相談しながら、早期の受診や対処が出来るようにしています。		
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。	入院時は逐次家族とも連絡を取り合い、必ず病院に状態確認に訪問し、必要時は医師や看護師から病状の説明を受け、退院の時期、退院時の準備、サービス再開後の対応について相談、検討、準備が出来るようにしています。		
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。	折に触れて今後の過ごし方について聴取するようにしています。しかし、本人、家族共、具体的には明確な方向性を見出せない状況といえます。必要時支援の方法を具体的に家族と話し合い対応しています。	在宅でのターミナルを希望した方へは、訪問を中心とした介護や小規模の契約を終了して対応した事例があります。看護師の管理者がその方にあった看取りの介護対応を内部研修しています。重度化や終末期への対応指針の同意書作成を計画しています。	
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。	急変時の対応について、全ての職員が外部研修で学習できるようにしています。また、機会ある毎に緊急時の対応方法について情報共有し、対処しています。		
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。	年2回の防災訓練を実施しています。1回は夜間想定避難訓練で、近隣住民の方にも参加協力をして頂いています。災害時の連絡方法や地震時の避難方法について訓練しています。	3月に、近隣の方数名の参加を得て、夜間想定避難訓練を行い、9月には消防署立会いの下、地震想定防災訓練を行っています。備蓄は台帳で管理しており、水や非常食、非常用トイレは3日分を準備しています。	

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
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。	排泄介助時、部屋のドアを必ず閉めて視界から遮断しています。身体等の問題でプライドに触れる事について、声かけの仕方を工夫しています。しかし、大きな声で排泄の有無を職員間で話している事があり、改善点だと考えています。	利用者へは基本「～さん」付けで呼んでいます。さりげなく小声でトイレ・入浴の誘導を行っています。男性利用者には女性職員が介助することに了解してもらっています。個人記録は鍵のかかる書棚に保管しています。	
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。	個々の好みに合わせ、希望する飲み物を提供したり、行きたい場所、済ませたい用事等、利用者本人が決定できるように声かけし、希望がある場合は希望に沿って支援を行っていますが、なかなか表明できず、推察する事が多く見られます。		
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。	利用者の興味ある事を聞き出し、やりたい事が優先して出来るように1日の過ごし方を組んでいます。また、前から要望がある時は、それに沿って予定を組んでいます。		
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。	男性は、定期的に髭剃りや散髪、女性も同様にカットを行ってさっぱりとした身なりで居られるように家族にも声かけて実施しています。シミや汚れのついた衣服を着ないで済むように、貸出の着替え用意しています。		
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。	月に1回は全員で手作りのお昼を食べることにしています。その他、おやつの手作りもしています。食器の後片付けは、職員とともに利用者が行っています。	担当の職員が肉料理、魚料理の献立を交互に作成し、希望の方へは、お粥や刻み食も提供しています。時には、食材を買いに利用者と一緒に近隣のスーパーや小売店に行っています。月1回の利用者参加手作りお昼や、行事食、誕生日会食を行っています。	

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
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。	個々の嚥下状態、歯の状態に合わせて刻み食や軟食、お粥、とろみ付けにしています。食事量も注視しながら、飲水量も確認し、好みに合わせた飲水を勧めています。		
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3回の口腔ケアを実施しています。利用者の能力に合わせて、見守りや磨き残しの確認、全介助で舌苔の予防のケアを実施しています。		
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。	トイレでの排泄を基本としています。利用者の状態に合わせて対応しています。排泄のチェック表を活用、個々の排泄パターンを知り、これに合わせた支援を実施しています。	大部分の方は、布パンツまたはリハビリパンツで、トイレでの排泄が可能です。排泄チェック表と業務日誌を確認しながら、さりげなくトイレ誘導を行い、排泄を促しています。退院後、オムツからトイレで排泄が可能になった事例があります。	
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。	飲水や軽い運動、室内歩行等に心がけ、便秘傾向の方には腹部マッサージを施工しています。また、下剤を与薬し、家族と情報共有しながら薬でのコントロールも行っています。		
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。	気分がのらず入浴を拒否する方には、気分転換を図ってから再度入浴に誘導しています。また、タイミングによって拒否がある方には、入浴の順番を先にする等の工夫をしています。毎日入りたい方には、毎日、入浴対応しています。	泊まりの方は朝9時頃から、通いの方は、その方の到着時間を見計らい、午後2時頃までに入浴しています。毎日入浴希望する方もいます。拒否のある方へは場所や時間を工夫して誘導しています。菖蒲湯、柚子湯といった季節の湯も楽しんでいます。	

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。	眠そうな様子や疲労感が見られる方、疾患によって養護が必要な方には、適宜声かけして、ベッドやソファで休息できるようにしています。		
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。	薬の内容を把握できるように、説明書を、個別のファイルに綴じています。減量や追加、食べてはいけない食品等、申し送り時に伝達するようになっています。		
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。	若い頃やっていた編み物や手芸等の趣味や、洗濯物たたみや調理等の家事行動から、個々の出来る事、得意な事を伺って、役割が担えるように、また、楽しみが見出せるように配慮しています。		
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。	買い物や公共機関へのお出かけ希望や、散歩等の外出を支援しています。年間行事を決め、少し遠方へ出かけた後、近隣のお店にお茶を飲みに行ったり、花見、つるし雛鑑賞等外出をしています。月に1度は外食の日を作っています。	天気の良い日は、週2～3回の買い物や郵便局への支援も兼ねて散歩に同行しています。高齢者サロンや美容院、床屋にも同行しています。月1回の外食や、年1回横浜マリントワーなどの遠足にも行っています。	
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。	買い物希望時は自分で欲しい物を選び、支払うという一連の行動を付き添って支援しています。個々のレベルに合わせ、外出時のお土産の購入等、自力で行えるように支援をしています		

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
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。	自ら手紙を書く事、電話をする事が出来る方、出来ない方がおり、希望される方には自宅への電話や手紙の投函等を少数ですが支援しています。		
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。	日々の清掃の他、定期的に業者に依頼し、環境整備をしています。四季に合わせて室温や湿度、匂い等に留意しています。また、季節の行事に合わせて雛人形やクリスマスツリー、手作りの作品を飾り、季節感を感じて頂いています。	四季にあわせて、折り紙の共同作品を壁に飾っています。茶道の先生だった利用者がお茶を点てたり、利用者と職員が編み物を楽しむなど、通いの時間を思い思いに過ごしています。空調の設定は22～24℃、湿度は50%で適切に管理して快適な環境になっています。	
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。	1人が落ち着く方は、他の方とは別のテーブルで過ごせるようにしています。また、利用者に応じ、話したい方同士は配席を近くに調整するなどしています。		
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。	定期の宿泊者には、同じ部屋が使えるように配慮しています。着替えや読書の為の電気スタンド等を用意しています。	泊まりの部屋には、備え付けのベッドと寝具、カーテン、エアコン、プラスチックケース、読書スタンドを設置し、予備の着替えも事業所が用意しています。退院後、3週間連続して滞在して、生活リハビリを実行し、在宅生活に戻る方もいます。	
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。	特殊な介護機器が無く、必要最低限の設備の中で、その方の力で工夫しながら行動する事を目指しています。危険な事態や事故に繋がらないように、出来ない事を支援するようにしています。		

(別紙4(2))

事業所名 小規模多機能事業所 だんだん

目標達成計画

作成日：平成 26年 2月 21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	4	機会ある毎に家族の参加を意識しているが、種々の都合で家族間の交流が少ないという実情がある。	事業所の活動内容を含め、家族が参画できる機会を増やしたい。	定期的実施している運営推進会議に家族代表の出席を仰いでいる。1名に絞っていたが、可能な家族に参加を呼び掛け、家族間の交流を図る。	1ヶ月
2					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No.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。