

<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	項目数	<u>8</u>
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		<u>1</u>
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		<u>5</u>
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		<u>6</u>
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
<u>合計</u>		<u>20</u>

事業所番号	1492900160
法人名	株式会社ミュー
事業所名	オーババーズセキDuo
訪問調査日	2018年3月23日
評価確定日	2018年3月31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 29 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	1272900160	事業の開始年月日	平成25年11月1日
		指定年月日	平成25年11月1日
法人名	株式会社ミュー		
事業所名	オーババーズセキDUO		
所在地	( ) 厚木市妻田西3-22-18		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	18名
		ユニット数	2ユニット
自己評価作成日	平成30年3月13日	評価結果 市町村受理日	平成30年7月20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)】

#### 【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 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 S Yビル2F		
訪問調査日	平成30年3月23日	評価機関 評価決定日	平成30年3月31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)】

●この事業所は、株式会社ミューの経営です。同法人は、厚木の地にみどりの丘グループとして、老人ホーム5施設、グループホーム2施設、小規模多機能型居宅介護事業所1施設、シェアハウス1施設、障がい者就労支援施設1施設を運営し、関連施設として、社会福祉法人みどり会の経営する保育園が2園、NPO法人たいよう倶楽部が経営する学童保育1園があり、さらに、NPO法人KOTOBUKI倶楽部を加えた一大福祉サービス組織を形成しています。ここ「オーババーズセキDUO」は小田急「本厚木駅」からバスで10分、徒歩5程度分の住宅地の中にあり、同敷地内に小規模多機能型居宅介護事業所が隣接する形で建っています。

●法人の理念は「Anything Gose! ~何でもあり、人生を楽しもう~」です。管理者は、この法人の理念を「わがままの言える家」と言い換えて、事業所の理念としています。管理者と職員は入居者それぞれの生活歴や家族関係を十分に配慮しながら、第2の我が家としての空間を提供できるように利用者に向き合い、傾聴に心がけ、一人ひとりの生活リズムを大切にされたケアに努めています。

●管理者は、家族をはじめ、友人や知人などが事業所に来た際に、居心地良く過ごしてもらえるように環境整備にも力を入れています。室内の至る所に小物を飾ったり、階段の下に談話スペースを設けるなど、様々な工夫をしながら、利用者や家族にとっての第2の我が家として居心地良く過ごしていただける空間作りを心がけています。また、入居者同士も仲良く生活出来るように、入居者同士が協力して1つの作品づくりに取り組み、入居者同士助け合い、協力し合いながら皆で1つの作品をつくることで達成感や喜びを共有し合える機会も作っています。今年1年がかりで毛糸の小鳥を300羽作り、木にとまらせて1つの作品をつくりましたが、年々利用者の重度化も進み、作品作りに参加できないような方を中心に、全員が関わられるような作品を作ることを目標に掲げています。

#### 【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	オーババーズセキDUO
ユニット名	1階

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、活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	地域密着と言っても近隣からの入居者はほとんどいない。管理者と職員は入居者それぞれの環境や家族関係を十分に考え、第2の我が家としての空間を提供できるように日々の積み重ねを大切にしている。また、地域行事等を通して近隣との関係を作るように努力している。	法人の理念は「Anything Gose!～何でもあり、人生を楽しもう～」です。この法人の理念を「わがままの言える家」と言い換えて、事業所の理念としています。管理者と職員は入居者それぞれの生活歴や家族関係を十分に配慮しながら、第2の我が家としての空間を提供できるように利用者に向き合い、傾聴に心がけ、一人ひとりの生活リズムを大切にケアに努めています。	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	上記に示したように馴染みの関係を作っていくように支援している。地域の行事や様々な場面で交流が図れている。近くのお祭り等ではお神輿の休憩所として毎年場所を提供している。	自治会に加入し、回覧板を通して地域の情報をいただいています。妻田薬師で行われるお正月のどんと焼き、夏の祭りの盆踊りに参加し、神輿の休憩所として毎年場所を提供しています。また、職員が地域清掃に参加している他、隣の小学校の生徒が見学に来ることもあります。併設している小規模多機能事業所に保育園児が訪れる際にはグループホームの利用者も参加して交流しています。	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	地域包括等との関係を持って今後やっていきたいと考えている。現在地域に限定した活動はできていない。		
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	セキDUOの活動等に関する報告は定期的に出ている。また、様々な行事等の案内も運営推進委員会を通して行っている。	運営推進会議は厚木市職員、地域包括支援センター職員、自治会長、民生員、家族の参加を得て2ヶ月に1回開催しています。利用者の状況、行事の報告、職員の研修など、その時々を検討事項を加えて討議し、その結果を利用者へのサービスに反映させています。	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	市長村窓口の担当者には日頃から指導を仰ぎ細かい相談をしている。	厚木市の介護保険課とは、日頃の連絡事項で連絡を取り合っている他、運営推進会議にも参加してもらい、状況を伝えるなど、連携を図っています。保険者である担当者が運営推進会議委員になっており、事業所の実情を把握していただいています。また、生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、担当職員と密に連絡を取り合っています。地域包括支援センターからも連絡や案内を頂くなど良好な関係を構築できています。	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	身体拘束に関しては定期的な話し合いを行い新人職員を含めて、認識を共有している。玄関の施錠を含めたすべての施錠は安全を考え、夜間のみとしており、普段の住まいの感覚で行っている。	身体拘束については常に話し合い、利用者の安全面を考慮しながら検討しています。現在、車いすから立ち上がり、落下骨折の恐れがある方やベッドからの転落リスクのある方がおり、家族と相談しながら良い方法を模索しています。	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	定期的な研修を通して虐待の理念に関して話し合いを持っている。また、個人的にも相談や疑問が解決できるように法人代表への直行便を利用できるようなシステムを作っている。		
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	管理者と計画作成担当者においては権利擁護に関する具体的な社会資源について学ぶ機会を作っている（業務会議）職員に関しては、一般的な内容でケア会議での周知となっている。この必要性に関しては、法人として専門の相談職員を設けて、その都度対応している。		
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	入居の相談から契約に至るまで、管理者が窓口になって行っている。		
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	定期的アンケートを実施している。また、家族の来訪が多く、その都度、管理者や職員が要望や希望を聞くようにしている。特に利用者からの直接の意見が出た場合は具体的に定期のケア会議内で対応を協議するようにしている。	家族の訪問は多く、意見や要望は来訪時に聞き、常に「話せる環境」作りに努めています。特に、家族の出席率の高いイベントの機会には意見を伺うようにしています。利用者の気持ちの汲み取りや、家族とのコミュニケーションについては、日常的に図られており、管理者は全ての利用者家族と、万遍なく話をする時間が持てるよう努めています。	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	月に2回の業務会議を通して、管理者より現場の状況や意見を聞く機会を設けている。また、職員から法人代表への直接意見を聞きとる制度や、定期的な人事担当者との面談や管理者との意見交換を実施している。	月に2回法人の業務会議に管理者が出席して事業所の状況を報告し、事業所で挙げた意見について検討されています。また、職員から法人代表への直接意見を聞きとる制度や、定期的な人事担当者との面談や管理者との意見交換を実施するなど、風通しのよい職場環境作りに努めています。事業所では、ケア会議、朝夕の申し送りの場で職員の意見や申し送り事項を明確にして共有しています。	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	代表者は人事担当者と職員の定期的な面談等により職員の業務や目標に関して状況把握をしており、必要に応じて個別面談を実施している。勤務状況や労働時間に関しては職員の事情を考慮し、働きやすい環境づくりを法人として提供していく。報酬については今年度は2回の昇給ができています。		
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	資格取得を含めて、各種の研修への案内や支援は頻繁に行っている。外部講師を招いての講習や研修の機会にも参加を促し、参加できない職員にはケア会議等を通してケアの質の向上を図っている。今年度は目標を持って社員登用試験を受けた職員が2名いる。		
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	厚木市の医療福祉連絡会や介護保険連絡会等で情報交換の機会を持っている。また、地域の病院や連絡会の企画する勉強会にも積極的に参加できるように環境づくりを行っている。		
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	入居前の情報収集を丁寧に行い、その時点で管理者と担当者が準備を進めていく。本人には事前の面談を行う際に安心感を持ってもらうように、丁寧にコミュニケーションをとっていく。		

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	まず、初期面談の際に家族に様々な詳細におよび聞き取りを行い、GHでの支援が家族や本人に適切に行えるかの話しあいを行っている。管理者は家族、本人の信頼関係を気付く為、初期のコミュニケーションを大切にしている。			
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	本人の状況により事前に準備できる環境づくりを行っておくが、生活が始まって、気づくことはその都度話し合う姿勢で対応している。自宅での環境と大きく変化があった場合の本人への支援の内容に関しては早期に提案をしていく。			
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	生活のどの場面においても「与え合う関係」を基本に考えている。そのためには居場所としての認識を持ってもらうことと、役割を担ってもらう点で「共に暮らす」を提案していく。			
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	本人の入居後の様子を細かく報告していることで、家族の意見も聞き、3者の関係の構築に努力している。			
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	できるだけ、支援していくが、ご本人の意向を一番に考えていく。特にいろいろな事情がある場合には家族の立場や本人の気持ちを推し量って対応を考える場合もある。	本人の意向を大切にした支援を心がけています。入居者は地元の方が多く、土地勘や地域との繋がりも多くあります。いつも「入居者の家」を訪ねている印象が持てるような居居の作りや談話スペースを設けるなど、気軽に訪ねて来やすい雰囲気作りに努めています。		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	9人の入居者がお互いに支え合う関係を大切にしていきたいと考えている。できることがそれぞれ違う中での、バランスのとり方は職員の支援の部分であると考えている。		
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	退去の殆んどがご逝去であるがグリーンケアに努めるように研修等を通して学習している。管理者との関係からご逝去後も毎年定期的に訪ねてくれるご家族も多い。行事等（バザー）に協力をして下さる家族も多くいる。ご逝去後の家族も支援者として支えてくれている。		
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。	コミュニケーションが困難な場合は本人の表情や言葉を繋げて気持ちを推し量っている。コミュニケーションが可能な限り言葉で本人の希望や意向を聞き取るよう努力している。	利用者の入居時に利用者基本情報を把握しています。利用者、家族の望む生活、家族構成、ADL、病歴などの基本情報からアセスメント、課題分析を行い、入居後は、日々の利用者の日常生活の中での気づきや会話の中で聞かれた言葉を、サービス情報をケア記録に時系列で把握・記録していきます。医療情報は、朱書きになっています。モニタリングは、3ヶ月毎行い記録しています。	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	入居前に他種のサービス利用があった場合には、ケアマネージャー等との連携を図り、情報収集を行っている。その他の場合は病院や家族等の関係者や本人からの聞き取りを行っている。		
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	一日の過ごし方については入居前の聞き取りに加えて現在の状況を把握することで、GHでの提案をしていく。特に入居後1週間の観察を通して個別の提案を職員で話し合っていく。		



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	特に問題意識として課題を抽出せず、自然な経過としての現在を受け入れ、その時点で一番本人の負担にならない生活を提案している。その後医師や看護師、家族等関係者でカンファレンスを行い、時期に合った提案をしていく。	入居時のアセスメントに基づいて作成した、暫定のケアプランで1ヶ月様子を見て、モニタリングと再度アセスメントを行い、ケアプランを作成しています。ケアカンファレンスは毎月、1階2階合同で開催し、全利用者の日常生活の観察に基づいて課題を抽出しながら、計画作成者を中心に残存能力に見合ったケアプランを作成しています。通常は、6ヶ月に1回ケア記録、モニタリング記録、ケア会議結果からケアプランの見直しをしています。	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	毎日の様子を個別の記録に丁寧に記し、一日2回の申し送り等でも共有をはかっている。また、その記録をもとにケア会議を行い日々の過ごし方の提案につなげている。			
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	普段の生活の中ではGH内のサービスにとどまらず、地域での生活者としての視点で、生活を提案している。看取りまで行う過程においてGHのサービスのみならず、必要に応じて様々なサービスの提案をしていく事もある。			
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	本人や家族の支援も含めて地域の資源を活用できるようにしていきたいと思っている。近隣の自治会との協働や関連の障がい事業所とのメンバーとともに活動等でも本人が力を発揮できる場面を提供している。			
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、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	普段の健康観察については内科の定期および随時の往診で対応しているが、その他の通院に関しては職員が同行し、かかりつけ医への情報提供や相談を丁寧に行っている。	主治医の選択については、入居時にかかりつけ医の有無を確認し、本人や家族の希望を最優先にしています。現在1名の方が従来のかかりつけ医を主治医としています。内科医の訪問診療は月に2回有り、その際は法人の看護師と職員が立ち会い、日頃の個々の利用者の状況を伝え、家族に結果を報告しています。職員である看護師は、毎日、利用者の様子をチェックしています。皮膚科などの専門医受診には往診医に紹介状をもらって通院しています。歯科医は毎週来ています。	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
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	毎日看護師が健康観察を行う際に、職員との情報交換をしている。その中で気になっている事や受診が必要と思われる状態に関しては一人一人について相談をして、かかりつけ医への連絡や家族との相談をしていく。		
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。	入院が必要かの判断について、かかりつけ医と家族の希望をもとに相談している。入院に際しては基本情報やアセスメントを提示し、本人が入院中に適切な看護を受けられるようにしている、また、早期の退院に向けて医療機関との連携を図っている。		
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	入居する際には、GHとして医療的な対応の範囲や看取りについて十分な説明を行っている。また、身体的な変化があるごとに本人、家族の意向を確認している。その上でGHでの看取りを希望する際には最後までかかりつけ医と看護師、職員の連携の中でのしっかりと支援していく方針を伝えている。	入居時に口頭で、看取りまで行うことを説明し、その段階で家族の意向を確認しています。入居中に考えが変わったり、関係する家族の意見が変わった場合も含め随時、意思の確認しています。看取りに近づいた場合には意向を再度確認しています。看取り介護は、当然のこととして管理者・職員共に共通認識が確立しています。	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	身体的な急変や事故の対応については研修等を通して学習を行っている。また、利用者ごとの意向を反映した対応が出来るように日頃から、緊急時の望む方向性に関して管理者と家族が確認を行っている。		
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	目的ごとの非難訓練等を積み重ね職員の意識向上を図っている。運営推進委員会等では地域包括からの委員を含めて災害時の地域の特性等を話し合っている。	定期的に消防署に通知し、避難訓練や消火訓練など目的ごとの訓練を実施しています。年間、地震、台風、洪水など自然災害想定し、計画書に法り実地訓練をしています。法人として、第1順位、第2順位の防災委員を決めています。備蓄はコンテナに準備し、看護師も在籍しているので近隣の高齢者の避難場所の提供を提案しています。	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	日頃の会話の中でのコミュニケーションをもとに「否定の無い表現」や、「意識を高める表現」に関する研修を行っている。一つ一つの言葉が聞く手の心にどのように届くのか「相手の立場に立った対応」についての感性を磨く様指導している。	入居者個々の生活背景を踏まえ、価値観が異なることを認識し、人格の尊重とプライバシー確保の支援をしています。日頃のコミュニケーションをもとに「否定の無い表現」や「意識を高める表現」に関する研修も行っています。管理者は、一つ一つの言葉が聞く手の心にどのように届くのか「相手の立場に立った対応」についての感性を磨くように指導しています	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	日頃の会話の中で、本人の言葉を聞く姿勢を大切にしていきたいと考えている。その中で本人の意向や希望を引き出せるように支援していく。また、直ぐ実現できない内容については必ず目標の時期を共有していくように働きかけている。			
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	職員の体制によっては希望の時間に希望の内容の対応が出来ない時もあるが、その点に関しては相談をして、どうしたらよいか共に考えるようにしている。本人も暮らしの中で相手の都合を受け入れるという、日常生活で行ってきた行為として受け入れてもらえる範囲と考える。			
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	定期的に美容院に出かけたり、季節に合わせた衣類の入れ替えをしたり、場面に合った身だしなみをしてもらうようにしている。すべての入居者については寝間着と日常着の更衣を毎日必ず行ってもらうようお願いしている。			
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	食事は専門の職員が行っている。毎月の献立や栄養を考えたメニューを提供している。ただし、おやつや行事に関しては利用者と職員が主体となって楽しみながら行っている。特に季節のお菓子作りは近隣にもおすそ分けを行っている。	法人で調理専門のNPO法人を有し、専門の厨房担当者が調理を行い、各事業所で配膳する体制になっています。職員は食事準備の時間をケアの充実にあて、ゆとりある対応ができています。利用者は、おやつ時には桜餅、ホットケーキなどに一緒に手伝っています。季節のお菓子を作った際には、近隣にもおすそ分けを行っている。	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	食事の形態は一人一人に合ったものを提供している。普通食・ソフト食・ムース食の3種類の形態を提供し、水分を含めてすべての利用者の一日の摂取量の記録を行っている。		
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	必ず毎食後の口腔衛生を実施している。また、必要に応じて歯科の往診を依頼し、口腔内の管理を行っている。		
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	個別の排泄パターン把握し、トイレの誘導や声掛けを行っている。また、ベッド上の排泄になった場合には皮膚状態の観察も含めて看護師との情報共有を図り排泄でのトラブル防止に努めている。	排泄チェック表は毎日、観察後に記入を行い、看護師と情報の共有を図りながら、声掛けによるトイレ誘導でトイレでの排泄支援を行っています。また、ベッド上の時間が長い入居者に対しては、看護師と連携をして皮膚状態の悪化等が無いよう十分な注意と配慮を行っています。また、同性介助、排便チェック、下剤の使用状況など、常に心掛けて丁寧に支援しています。	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	一人ずつの排泄管理を行い、個別の対応をしている。また、看護師も毎日の情報により便秘によるトラブルが内容にしている。食事や水分量に関してはすべて記録し、把握に努めるようにしている。運動はできる範囲で行うが、1日1回は全員での運動タイムを設けている。		
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	いつでも入浴の支援ができる体制を作れていないが、見守り程度であれば入浴の時間に制限は設けていない。現在はほとんどの方に介助が必要であり、職員の体制による入浴時間を相談させてもらっている。	入浴は週に2回を基本としていますが、その日の気候や本人の都合、職員の体制など様々な状況を考慮して介助しています。法人では、男性職員は女性の入浴介助、排泄介助はしないことになっています。季節のゆず湯や菖蒲湯も行ない、季節感を感じていただくようにしています。季節のゆず湯や菖蒲湯も行ない、季節感を感じていただくようにしています。	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
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	集団的な時間の決まりはないが、認知症ゆえの時間錯誤がある場合には個別でアプローチをする場合もある。		
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	服薬情報について変化があった場合にはケア会議や申し送りで情報共有を図っている。また、症状の変化等については、観察記録をもとに看護師や管理者がかりつけ医との連携を図り、家族への報告も行っている。		
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	日中の過ごし方の中でも本人の趣味を活かした時間を作るようにしている。長い時間の集中が継続しない場合や、家事の手伝いに関しては、職員が共に行うことで目的（役割）が達成できるように支援している。		
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	一人で戸外に出かけられる状況の利用者が現在いない。家族とともに外出することや職員と一緒に出掛ることがほとんどであるが、希望を聞きながら声をかけるようにしている。	天候や気候、利用者の体調を考慮しながら、近くの川沿いの桜や周辺住宅の梅を観賞しながら散歩に出かけています。食事を伴う外出は利用者からも好評で、回転寿司、ラーメンなどの外食支援を行っています。年度初めに利用者の希望を取り入れた年間の外出計画を立案し、お花見、いちご狩り、アジサイ見学にも出かけています。	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	大切なことだと考えており、支援をしたいと思うが、現在その目的で手伝えることができる利用者がない。GH内に障害事業所のメンバーが来訪して、売店が出る時は支援しながら買い物をしてもらっている。		

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	来訪者が多く、特に電話や手紙の支援は多くないが、希望によって行っている。			
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	清潔で整理整頓された空間を保てるように努力している。また、季節や行事ごとの設えをみんなで協力して行っている。（お正月・お雛様・お月見等毎月の季節の設えは、利用者が使っていた時代のものを用意している）	インテリアは、季節を感じられるようにお正月、節分、桜、夏みかん、柿、などの作品が展示されま す。建物はバリアフリーで、広い玄関と見通しの良い階段、利用者が寂しさを感じないような、リビング、廊下、ダイニング、事務スペースを兼ねた広々とした空間と明るいスペースは、オーバーズェキでの実績とノウハウが活かされた設計になっています。明るくのんびりとした「我が家」のような空間を提供しています。		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	それぞれが気の休まる場所を探して自由に過ごしている。			
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	今まで自宅で使用してたものや思い出の物をできるだけ持ってきてもらい、環境を整えている。	入居時の生活環境の変化から入居者が不安や混乱を招くことのないように、使い慣れた家具や調度品を持ち込んでいただくように伝えています。「我が家」として過ごしていただけるように、仏壇、整理ダンス、鏡台、テレビ、家族写真など馴染のものが持ち込まれ配置されています。		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	職員が利用者の一人一人の動きが解るような環境の構造になっていることで、自由に動いてもらえることを目指している。			

目 標 達 成 計 画

事業所

オーババースセキDUO

作成日

平成30年3月23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	2	地域との交流と貢献	地域の方々の認知症や介護の相談の窓口としての役割	地域包括支援センターや市役所の担当者との連携や周知に至る具体的な働きかけを考える。	1年
2	18	日常的な外出支援	状態に合わせた外出の方法を考えて実施する	車椅子の方やベッド上の方が多くなっている現状に合っても個別の計画を立てて実施していく。	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。

事業所名	オーババーズセキDUO
ユニット名	2階

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、活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	地域密着と言っても近隣からの入居者はほとんどいない。管理者と職員は入居者それぞれの環境や家族関係を十分に考え、第2の我が家としての空間を提供できるように日々の積み重ねを大切にしている。また、地域行事等を通して近隣との関係を作るように努力している。		
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	上記に示したように馴染みの関係を作っていくように支援している。地域の行事や様々な場面で交流が図れている。近くのお祭り等ではお神輿の休憩所として毎年場所を提供している。		
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	地域包括等との関係を持って今後やっていきたいと考えている。現在地域に限定した活動はできていない。		
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	セキDUOの活動等に関する報告は定期的に出ている。また、様々な行事等の案内も運営推進委員会を通して行っている。		
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	市長村窓口の担当者には日頃から指導を仰ぎ細かい相談をしている。		

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
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	身体拘束に関しては定期的な話し合いを行い新人職員を含めて、認識を共有している。玄関の施錠を含めたすべての施錠は安全を考え、夜間のみとしており、普段の住まいの感覚で行っている。		
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	定期的な研修を通して虐待の理念に関して話し合いを持っている。また、個人的にも相談や疑問が解決できるように法人代表への直行便を利用できるようなシステムを作っている。		
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	管理者と計画作成担当者においては権利擁護に関する具体的な社会資源について学ぶ機会を作っている（業務会議）職員に関しては、一般的な内容でケア会議での周知となっている。この必要性に関しては、法人として専門の相談職員を設けて、その都度対応している。		
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	入居の相談から契約に至るまで、管理者が窓口になって行っている。		
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	定期的アンケートを実施している。また、家族の来訪が多く、その都度、管理者や職員が要望や希望を聞くようにしている。特に利用者からの直接の意見が出た場合は具体的に定期のケア会議内で対応を協議するようにしている。		

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
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	月に2回の業務会議を通して、管理者より現場の状況や意見を聞く機会を設けている。また、職員から法人代表への直接意見を聞きとる制度や、定期的な人事担当者との面談や管理者との意見交換を実施している。		
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	代表者は人事担当者と職員の定期的な面談等により職員の業務や目標に関して状況把握しており、必要に応じて個別面談を実施している。勤務状況や労働時間に関しては職員の事情を考慮し、働きやすい環境づくりを法人として提供していく。報酬については今年度は2回の昇給ができています。		
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	資格取得を含めて、各種の研修への案内や支援は頻繁に行っている。外部講師を招いての講習や研修の機会にも参加を促し、参加できない職員にはケア会議等を通してケアの質の向上を図っている。今年度は目標を持って社員登用試験を受けた職員が2名いる。		
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	厚木市の医療福祉連絡会や介護保険連絡会等で情報交換の機会を持っている。また、地域の病院や連絡会の企画する勉強会にも積極的に参加できるように環境づくりを行っている。		
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	入居前の情報収集を丁寧に行い、その時点で管理者と担当者が準備を進めていく。本人には事前の面談を行う際に安心感を持ってもらうように、丁寧にコミュニケーションをとっていく。		

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	まず、初期面談の際に家族に様々な詳細におよび聞き取りを行い、GHでの支援が家族や本人に適切に行えるかの話しあいを行っている。管理者は家族、本人の信頼関係を気付く為、初期のコミュニケーションを大切にしている。		
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	本人の状況により事前に準備できる環境づくりを行っておくが、生活が始まって、気づくことはその都度話し合う姿勢で対応している。自宅での環境と大きく変化があった場合の本人への支援の内容に関しては早期に提案をしていく。		
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	生活のどの場面においても「与え合う関係」を基本に考えている。そのためには居場所としての認識を持ってもらうことと、役割を担ってもらう点で「共に暮らす」を提案していく。		
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	本人の入居後の様子を細かく報告していることで、家族の意見も聞き、3者の関係の構築に努力している。		
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	できるだけ、支援していくが、ご本人の意向を一番に考えていく。特にいろいろな事情がある場合には家族の立場や本人の気持ちを推し量って対応を考える場合もある。		

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
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	9人の入居者がお互いに支え合う関係を大切にしていきたいと考えている。できることがそれぞれ違う中での、バランスのとり方は職員の支援の部分であると考えている。		
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	退去の殆んどがご逝去であるがグリーンケアに努めるように研修等を通して学習している。管理者との関係からご逝去後も毎年定期的に訪ねてくれるご家族も多い。行事等（バザー）に協力をして下さる家族も多くいる。ご逝去後の家族も支援者として支えてくれている。		
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。	コミュニケーションが困難な場合は本人の表情や言葉を繋げて気持ちを押し量っている。コミュニケーションが可能な限り言葉で本人の希望や意向を聞き取るよう努力している。		
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	入居前に他種のサービス利用があった場合には、ケアマネージャー等との連携を図り、情報収集を行っている。その他の場合は病院や家族等の関係者や本人からの聞き取りを行っている。		
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	一日の過ごし方については入居前の聞き取りに加えて現在の状況を把握することで、GHでの提案をしていく。特に入居後1週間の観察を通して個別の提案を職員で話し合っていく。		

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	特に問題意識として課題を抽出せず、自然な経過としての現在を受け入れ、その時点で一番本人の負担にならない生活を提案している。その後医師や看護師、家族等関係者でカンファレンスを行い、時期に合った提案をしていく。		
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	毎日の様子を個別の記録に丁寧に記し、一日2回の申し送り等でも共有をはかっている。また、その記録をもとにケア会議を行い日々の過ごし方の提案につなげている。		
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	普段の生活の中ではGH内のサービスにととまらず、地域での生活者としての視点で、生活を提案している。看取りまで行う過程においてGHのサービスのみならず、必要に応じて様々なサービスの提案をしていく事もある。		
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	本人や家族の支援も含めて地域の資源を活用できるようにしていきたいと思っている。近隣の自治会との協働や関連の障がい事業所とのメンバーとともに行う活動等でも本人が力を発揮できる場面を提供している。		
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	普段の健康観察については内科の定期および随時の往診で対応しているが、その他の通院に関しては職員が同行し、かかりつけ医への情報提供や相談を丁寧に行っている。		

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
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	毎日看護師が健康観察を行う際に、職員との情報交換をしている。その中で気になっている事や受診が必要と思われる状態に関しては一人一人について相談をして、かかりつけ医への連絡や家族との相談をしていく。		
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。	入院が必要かの判断について、かかりつけ医と家族の希望をもとに相談している。入院に際しては基本情報やアセスメントを提示し、本人が入院中に適切な看護を受けられるようにしている、また、早期の退院に向けて医療機関との連携を図っている。		
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	入居する際には、GHとして医療的な対応の範囲や看取りについて十分な説明を行っている。また、身体的な変化があるごとに本人、家族の意向を確認している。その上でGHでの看取りを希望する際には最後までかかりつけ医と看護師、職員の連携の中でのしっかりと支援していく方針を伝えている。		
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	身体的な急変や事故の対応については研修等を通して学習を行っている。また、利用者ごとの意向を反映した対応が出来るように日頃から、緊急時の望む方向性に関して管理者と家族が確認を行っている。		
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	目的ごとの非難訓練等を積み重ね職員の意識向上を図っている。運営推進委員会等では地域包括からの委員を含めて災害時の地域の特性等を話し合っている。		

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	
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	日頃の会話の中でのコミュニケーションをもとに「否定の無い表現」や、「意識を高める表現」に関する研修を行っている。一つ一つの言葉が聞く手の心にどのように届くのか「相手の立場に立った対応」についての感性を磨く様指導している。			
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	日頃の会話の中で、本人の言葉を聞く姿勢を大切にしていきたいと考えている。その中で本人の意向や希望を引き出せるように支援していく。また、直ぐ実現できない内容については必ず目標の時期を共有していくように働きかけている。			
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、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	職員の体制によっては希望の時間に希望の内容の対応が出来ない時もあるが、その点に関しては相談をして、どうしたらよいか共に考えるようにしている。本人も暮らしの中で相手の都合を受け入れるという、日常生活で行ってきた行為として受け入れてもらえる範囲と考える。			
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	定期的に美容院に出かけたり、季節に合わせた衣類の入れ替えをしたり、場面に合った身だしなみをしてもらうようにしている。すべての入居者については寝間着と日常着の更衣を毎日必ず行ってもらうようお願いしている。			
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	食事は専門の職員が行っている。毎月の献立や栄養を考えたメニューを提供している。ただし、おやつや行事に関しては利用者と職員が主体となって楽しみながら行っている。特に季節のお菓子作りは近隣にもおすそ分けを行っている。			



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
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	食事の形態は一人一人に合ったものを提供している。普通食・ソフト食・ムース食の3種類の形態を提供し、水分を含めてすべての利用者の一日の摂取量の記録を行っている。		
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	必ず毎食後の口腔衛生を実施している。また、必要に応じて歯科の往診を依頼し、口腔内の管理を行っている。		
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	個別の排泄パターン把握し、トイレの誘導や声掛けを行っている。また、ベッド上の排泄になった場合には皮膚状態の観察も含めて看護師との情報共有を図り排泄でのトラブル防止に努めている。		
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	一人ずつの排泄管理を行い、個別の対応をしている。また、看護師も毎日の情報により便秘によるトラブルが内容にしている。食事や水分量に関してはすべて記録し、把握に努めるようにしている。運動はできる範囲で行うが、1日1回は全員での運動タイムを設けている。		
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	いつでも入浴の支援ができる体制を作れていないが、見守り程度であれば入浴の時間に制限は設けていない。現在はほとんどの方に介助が必要であり、職員の体制による入浴時間を相談させてもらっている。		

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
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	集団的な時間の決まりはないが、認知症ゆえの時間錯誤がある場合には個別でアプローチをする場合もある。		
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	服薬情報について変化があった場合にはケア会議や申し送りで情報共有を図っている。また、症状の変化等については、観察記録をもとに看護師や管理者がかかりつけ医との連携を図り、家族への報告も行っている。		
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	日中の過ごし方の中でも本人の趣味を活かした時間を作るようにしている。長い時間の集中が継続しない場合や、家事の手伝いに関しては、職員が共に行うことで目的（役割）が達成できるように支援している。		
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	一人で戸外に出かけられる状況の利用者が現在いない。家族とともに外出することや職員と一緒に出掛ることがほとんどであるが、希望を聞きながら声をかけるようにしている。		
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	大切なことだと考えており、支援をしたいと思うが、現在その目的で手伝えることができる利用者がない。GH内に障害事業所のメンバーが来訪して、売店が出る時は支援しながら買い物をしてもらっている。		

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	来訪者が多く、特に電話や手紙の支援は多くないが、希望によって行っている。		
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	清潔で整理整頓された空間を保てるように努力している。また、季節や行事ごとの設えをみんなで協力して行っている。（お正月・お雛様・お月見等毎月の季節の設えは、利用者が使っていた時代のものを用意している）		
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	それぞれが気の休まる場所を探して自由に過ごしている。		
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	今まで自宅で使用してたものや思い出の物をできるだけ持ってきてもらい、環境を整えている。		
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	職員が利用者の一人一人の動きが解るような環境の構造になっていることで、自由に動いてもらえることを目指している。		

目 標 達 成 計 画

事業所

オーババースセキDUO

作成日

平成30年3月23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	2	地域との交流と貢献	地域の方々の認知症や介護の相談の窓口としての役割	地域包括支援センターや市役所の担当者との連携や周知に至る具体的な働きかけを考える。	1年
2	18	日常的な外出支援	状態に合わせた外出の方法を考えて実施する	車椅子の方やベッド上の方が多くなっている現状に合っても個別の計画を立てて実施していく。	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。