

<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
1. 理念の共有	8
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	1
4. 理念を実践するための体制	3
5. 人材の育成と支援	2
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	0
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応	1
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援	0
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	1
1. 一人ひとりの把握	0
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	6
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
合計	20

事業所番号	1472900727
法人名	株式会社ミュー
事業所名	オーババーズセキ
訪問調査日	2017年9月29日
評価確定日	2017年12月28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28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	1472900727	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				
所在地	(〒243-0031) 厚木市戸室1－26－13				
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護		登録定員	名	
			通い定員	名	
			宿泊定員	名	
	☒ 認知症対応型共同生活介護		定員 計	18 名	
			ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	平成29年9月19日	評価結果 市町村受理日			

※ 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29年9月29日	評価機関 評価決定日	平成29年12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)】

●この事業所は株式会社ミューの経営です。同法人は厚木市に本社を置き、厚木市内で障害者支援サービス、有料老人ホーム5か所、訪問介護事業所1ヶ所、デイサービス3ヶ所、小規模多機能型居宅介護1ヶ所、グループホーム2ヶ所を運営し、「あつぎと共生し、あつぎの地から、あつぎの力を発信してゆきますを」法人のコンセプトとして、厚木の地で福祉事業を展開しています。ここ「オーババーズセキ」は小田急線「本厚木駅」からバスに乗り「戸室神社」で下車して徒歩5分程の場所に位置しています。

●管理者は着任して約2年程経ちますが、若い職員の育成にも力を入れながら相互に意見を出し合い、人員不足の解決及び体制を整えていきたいと考えています。事業所では「一人ひとりに合ったケア」を目標とし、日々利用者とのコミュニケーションや傾聴を心がけ、一人ひとりの生活パターンを把握し、その方の生活リズムを大切にしたいケアに努めています。利用者全員が同じように生活するのではなく、カンファレンスで挙がった一人ひとりの課題や目標をケアプランに落とし込み、リハビリ体操や階段の上り下りなどを生活の中に取り入れて支援することで、その方のADLの維持に繋がっています。

●職員の研修については、入職時には「介護の心得」として接遇、技術面、基礎知識等の研修をOJTで一ヶ月間行っています。勉強会の中で管理者は、拘束に該当する言葉の言い換えワードを職員一人ひとりから発言を促し全員で検討し、節度を持った対応で接するように徹底しています。外部研修では、厚木市の実務者研修、管理者研修に該当する職員は極力、参加を勧めています。また、東名厚木病院の定期的な研修に参加し、嚥下、骨折、認知症等介護に直結した医学知識を身に着けるように研鑽し、日々の介護に生かしています。

【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	オーババズセキ
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	住み慣れた場所でなじみの関係を作り上げることを目標に掲げている。入居の方が自分の居場所としての意識を持てるように、また、それにかかわる家族への支援も合わせて意識を持様に心がけている。	法人の理念に「Anything Gose」～何でもあり、人生を楽しもう～を掲げ、管理者は「一人ひとりに合ったケア」を目標とし、日々利用者とのコミュニケーションや傾聴を心がけ、一人ひとりの生活パターンを把握し、その方の生活リズムを大切にした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	地域のお祭りや行事等は住人としての参加意識を持つようにしている。	自治会長が福祉に熱心な方で、比較的近くに住んでいることから頻繁に顔を出しに来てくれています。事業所では地域の清掃、お祭り、盆踊りにも積極的に参加することで地域交流を深めています。事業所の前を子供神輿のコースに入れてくれるなど、神輿や子供達の元気な姿を間近で見れるよう配慮していただいています。毎年5月に開催される若葉祭では地域のフラダンスの方、模擬店も出るので、地域の方との交流や買い物を楽しめるように支援しています。	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	認知症の相談や関連事業所の行っているカフェ等に参加している。近隣住民やその他の個別相談等において地域との連携のもと応じている。			
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	特に防災や地域での連携のないようについて深く話し合っている。	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2人、家族等7、8人程の参加を得て2ヶ月に1回開催しています。自治会長や包括からは地域行事を含めた情報を頂いたり、事業所の活動や状況報告を中心に災害時の連携についても踏み込んだ内容を話し合っています。	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	入所者の個別のないようについて報告、相談を行っている。また、事故報告や苦情などの対応について指導を仰いでいる。	厚木文化会館で開催している法人主催の「心に響く瞬間」は今年で8回目を迎え、年々参加人数も増えてきており、今年は200名程の参加がありました。毎回テーマを決めて市内の事業所が参加し、スピーチや発表会を行行うなど、市内でも規模の大きい行事で市長の来賓もあります。生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、市の担当者とも密に連絡を取り合っている他、事故報告や手続き等で窓口に出向いています。	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	玄関の施錠に関しては日中は行わず、夜間帯に限って行っている。身体拘束的な介護については行っていない。ご本人が危険であり、ほかの方法を選択できない場合に限り、4点柵の使用をしてことがある。	日中は玄関の施錠は行わず、職員の見守りで対応していますが夜間帯は職員の人員や防犯上の観点から施錠しています。入職時には「介護の心得」として接遇、技術面、基礎知識等の研修をOJTで一ヶ月間行っています。また、ケア会議の中でも事例検討を挙げながら身体拘束について話し合い検討しています。	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	定期的に研修を行っている。また、自由に代表に意見を言える制度、直行便の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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見に関しては定期的に制度の理解を研修している。日常生活支援事業に関しては、運営推進委員会で話題に出る程度である。		
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、一貫して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	食事やサービスについて定期的にアンケートを実施している。日常的に家族とのコミュニケーションを図り理解を深めている。	家族からは運営に関する意見等は出ませんが、食事やサービス内容について定期的にアンケートを実施し、食事内容やサービスの向上に繋げています。1日の家族の訪問数は多く、職員は積極的に家族とコミュニケーションを図っています。運営規定苦情相談窓口を明記している他、苦情処理に講ずる措置の概要も明確に家族に示しています。	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
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回の業務会議を実施して運営や利用者の要望や職員の意見を聴く機会を設けている。	職員からの意見は、日々の業務や休憩時間、ミーティングの中で意見を聴取していますが、基本的には業務会議で議題に取り上げて検討した後に反映させるようにしています。決定事項は会議の議事録や連絡ノートに記載して情報を共有しています。職員との面談については、必要に応じて管理者から声をかけて実施しています。外国籍の職員も勤務しており、記録は片仮名やローマ字で書いてもらうように配慮しています。	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	管理者が年に1回以上職員の評価を行ってる。その結果、非常勤の職員の正規雇用への転換等職員が自ら質の向上を目指すシステムを作っている。		
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	定期的な内部研修と、外部研修への参加促進を行っている。職員本人が希望する研修があれば、検討し費用等も法人で支出、参加できる制度もある。資格取得に関しては法人の共済制度や市の制度を利用する支援をしている		
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組みをしている	厚木市の医療福祉連絡会や介護保険事業者連絡会等で情報交換の機会を持っているまた、その組織の開催する研修会等に職員が積極的に参加するよう機会を設けている。		
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	管理者が主になり、本人との信頼の構築に努めている。また、本人の希望やこれまでの生活を尊重した日常の過ごし方を提案していく。		

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	相談の開始から一貫して、家族の立場で話を進めていく。また、じっくりと時間をかけて、家族が安心して預けていただける関係を作っていく。		
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	医療や介護、生活多方面からのアセスメントを行い支援の優先順序を考えていく。また、家族の思いや本人の気持ちの方向が違う場合は調整を丁寧に行っていく。		
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	日常の中でその方の居場所と役割を作ることから始め、共に行うことを第1に生活を組み立てていくようにしている。		
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	家族の来訪が平均1日あたり、3、5組といつも誰かの家族がホームにいる状態であり、日常を共に過ごす中で共同の意識を持っている。		
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	今までの生活歴を大切にして、家族や友人との時間を作っていくようにしている。また、ホームでの友人も新しい関係として自分の家族と友人関係として関係づくりを進めていく。	元々地元の方の入居が多く、友人の訪問も多くあります。入居者の中には携帯電話を持ち込んでいる方もおり、友人と連絡を取り合い食事に行っている方もいます。また、地域のお祭りに行った際に、以前近所に住んでいた方と再会することもあります。	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	多数人で行うこと、一人と職員で行うこと、入居者同士で行うことのメリハリをつけ、それぞれの存在を尊重した関係性を作っていく。		
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	ほとんどの利用者をご逝去での退去だが、その後も関係が続いている家族も多く、それぞれの記念日の来訪や行事への参加のお誘いをしたりしている。		
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。	時間で決めた日課に捉われることなく、本人本位での生活を大切にしていく。	時間で決めた日課に捉われることなく、その人のペースで生活が送れるように、食事の時間以外は自由に過ごしていただいています。日頃の関わりの中で傾聴を心がけ、入居者からの想いの汲み取りに努め、ケア会議で検討した後にケアプランに反映されるようにしています。意思表示や言葉で伝えることが難しい方には家族からの意見等を伺い、本人本位に検討しています。	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	家族や以前のサービス利用所からの情報や本人からの聞き取りを行い、本人への理解を深めていく。		
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	一日のいくつかの用事や作業を用意してあくまでも本人本位の生活を選択できるように促しを行う。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	家族や本人からの聞き取りを基に定期的なケア会議を開催して（2週間に1度）加えて多職種の会議を月に1回づつ行う中で一人ひとりの課題や目標を整理し、日常の生活プランを組み立てていく。	家族と本人からのアセスメント、日々の個別介護記録を基に月1回のケア会議でモニタリングを行い一人ひとりの課題や目標について検討しながら、現状に即したケアプランを作成しています。ケアプランの見直しは半年ごとを基本としていますが、特変時や退院時にはその都度見直しを行っています。	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	日々の個別介護記録を基に会議を行い個別の計画見直しを定期的に行っていく。		
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、その時々にも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	インフォーマルなサービスの組み合わせの中で独自の選択ができるようなシステムにしている。音楽療法士のプログラムや外出行事の支援等G H内外の参加型のサービスを取り入れている。		
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	近隣の小学校との交流や近くの神社の掃除など環境としての地域資源を活用した生活をできる方に提案していく。可能な方には職員がフォローしていく。		
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	法人の看護師とかかりつけ医が連携をとり、家族や本人の意向に沿った医療を提供している。緊急の場合があれば、職員と看護師の観察により主治医につなげていく。	入居時にかかりつけ医の有無を確認し、家族や本人が希望する医療機関での受診ができるように支援しています。事業所の協力医療機関以外を希望される場合は、夜間、緊急対応時の場合も考慮して近場の医療機関に切り替えていただくように伝えています。骨折等の整形外科は紹介状を書いていただき、外部の医療機関で診てもらっています。	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	毎日の観察に基づき看護師に情報提供を行い、主治医との連携を図っている。また、毎日の巡回の中で気づきや問題を共有している。		
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。	入院時から退院まで経過を把握し、退院時には適切な環境と介護の提供ができるように準備をしていく。また、家族の精神的な不安の解消のためにも、入院先でのカンファレンス等には同席をしていく。		
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	入所時からGHの看取りの細かい説明を行い、折に触れて面談を行っている。また、主治医に本人の考えや家族の思いを伝え、面談の機会を作るなど、随時コミュニケーションを取っていく。	入居時に看取りの細かい説明を行い、本人や家族の意向を確認しています。また、医師に本人や家族の思いを伝えたくて、重度化した際には事前に家族へ往診日を伝え、往診時に立ち会ってもらい医師から直接状況を説明してもらっています。最終的な方向性は、家族、医師、看護師、管理者の4者で話し合い、家族の意向を尊重して決めています。	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	定期的に心肺蘇生の研修を行い、緊急時の対応の確認を行っている。		
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	月に1回の避難訓練を行い、内容によっては入居者の参加も促している。また、運営推進委員会等を通して災害時の地域連携についても話し合いをしている。	月1回避難訓練を実施しています。昼夜を想定した火災、地震、通報訓練、水消火器を使用しての消火器取り扱い訓練も行っており、内容によっては入居者の参加も促しています。地域的に災害対策には力を入れており、自治会で水汲みポンプ等も購入しています。運営推進会議でも災害時の連携や協力体制についても踏み込んだ内容の話し合いをしています。備蓄品は3日分の食料や水を準備しています。	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	コミュニケーションに関する勉強会を定期的に行い、バーバル、ノンバーバルコミュニケーションや否定のない会話の勉強会を行っている。また、外部の研修にも参加して個人のプライバシーに関する意識を高めている。	バーバル、ノンバーバルコミュニケーション等のコミュニケーションに関する勉強会も定期的を開催しています。勉強会の中で管理者は、拘束に該当する言葉の言い換えワードを職員一人ひとりから発言を促し全員で検討しています。呼称については「さん」づけを基本とし、節度を持った対応で接するように徹底しています。	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	コミュニケーションの中で本人が出来るだけ話をする機会をつくり、思いの拾い上げや自己決定の促しを行っている。それが困難な場合には、家族に伺いながら、本人の思考の傾向を聞きながら選択している。			
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	一日にいくつもの選択場面を作り、自己決定の回数をできるだけ多く提供していく。作業的なことや、食に関する希望も長い時間をかけながら行っていく場合もある。			
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	毎日の整容に関しては特に注意を払って支援している。また、季節に合った装いや清潔な環境を作っていくようにしている。			
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	毎日の食事の準備や片づけにかかわることはないが、特別な行事やおやつの時間に手作りをできる方で行うことが多い。お誕生会では毎月入居者の希望をきいて企画をしている。	日々の食事の準備や片付けに関わっていただくことはありませんが、行事やおやつ作りなどの際には入居者も一緒に食器洗いや食器拭きは手伝ってもらっています。時には回転寿司、ラーメン、コメダコーヒーに外食や軽食しに行くなどの変化もつけながら食事を楽しめるように支援しています。お菓子作りのメニューがパターン化してきているので、インターネットやテレビの情報を活用しながら、新たなお菓子作りに挑戦していきたいと考えています。	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
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	一人一人の思考や嚥下状態に合わせた食事を用意している。		
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	毎食口腔ケアを行っている。連携する歯科医院が定期的に口腔状態の観察に入っている。		
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	トイレ誘導や定期的な排泄については個別の傾向に基づき行っている。	排泄チェック表で個々の排泄パターンの把握し、個々のタイミングや時間に合わせて声かけ誘導を行い、自立に向けた排泄支援に努めています。便秘の場合には看護師や医師に相談しながら薬を処方してもらい改善に努めています。管理者は同性介助での支援を基本としており、夜勤の職員配置は男性と女性ペアになるようにシフトを組むことで、夜間帯でも同性介助が可能な体制を採っています。	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	排便記録を確実につけ、看護師や医師とともにコントロールをしている。また、費用に応じ水分摂取量や排泄量のチェックを行い、総合的なケアの方向性を図っていく。		
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	一日のうちで声掛けををしながらゆっくりと入浴の時間を取っている。また、状況に応じて清拭や足浴など必要なものを組み合わせていく。	週2回を基本とし、時間帯は入居者の体調や気分に合わせて入浴支援を行っています。浴槽にはリフトも設置されており、重度化した場合でもリフトを使用して湯船に浸かっていただいています。状況に応じて清拭や足浴なども組み合わせながら清潔の保持に努めています。	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
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がなく、その人時間で過ごしている。認知症ゆえの時間錯誤がある場合は、生活時間を整えるアプローチを行うことがある。		
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	薬情の把握と処方薬の管理を看護師と職員がしっかりと共有している。服薬の確認票や屯用の薬に関しても、主治医や看護師との連携で随時行えるようにしている。		
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	日々の中でその場に応じた取り組みや入居者の状況に応じた提案をしている。		
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	日常的な買いものや散歩以外に行事としての入居者の希望に合わせて外食や観光を行っている。また、地域のお祭りの参加や地域の子どもたちとの共同行事を提案している。	直ぐ近くにはフジスーパーやコーナン等の買い物出来る施設があり、普段から散歩がてらに出かけることもあります。個人の外出やグループでの外出、全員での参加行事等に出かける機会を極力設けています。毎年5月に開催される若葉祭では地域のフラダンスの方、模擬店も出るので、地域の方との交流や買い物を楽しめるように支援しています。	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	現在この内容の支援をしている入居者は1～2名に限っている。		

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	家族の来訪が多く、特にやり取りの支援をしている入居者は多くないが、必要があれば電話や手紙の支援をしている。		
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	清潔で整理整頓された空間を提供することを心がけている。また、飾りや季節の花をGH内に配置するようにしている。	玄関の横にオープンになっている事務所があり、事務所からでも、共有空間と居室が見渡せる造りになっています。内装は濃い茶色を基調として、落ち着いて過ごせるような配色で、2階は天井が高く、開放感が感じられる造りになっています。廊下とリビングが一緒になっているため、居室を出るとすぐに職員や入居者が視界に入るなど共生していることが実感できるようになっています。	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	それぞれが気が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	ご家族や本人の嗜好に合わせた部屋作りをしている。今まで自宅で利用していたものや思い出の写真等それぞれ、工夫して自分の部屋をつくってもらっている。	契約時には本人の馴染深い物、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。家庭の延長として、これまでの生活環境に近い居室作りがされ、入居者が不安なく落ち着いて過ごせる空間になっています。レイアウトについては、職員も一緒に考えながら安全に生活出来る動線の確保を行っています。全部の居室には換気窓が付いており、リビングの空調が全部の居室に流れ込むので快適な室温が保たれるようになっています。	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	危険の察知がしやすい中で、本人の意思でできるだけ安全に動けるような動線を考えている。そのために、自分の意思での移動や安息を安全に見守りができるようにしている。		

事業所名	オーババズセキ
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、安全面で不安な区過ごせている。 (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	住み慣れた場所でなじみの関係を作り上げることを目標に掲げている。入居の方が自分の居場所としての意識を持てるように、また、それにかかわる家族への支援も合わせて意識を持様に心がけている。		
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	地域のお祭りや行事等は住人としての参加意識を持つようにしている。		
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	認知症の相談や関連事業所の行っているカフェ等に参加している。近隣住民やその他の個別相談等において地域との連携のもと応じている。		
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	特に防災や地域での連携のないようについて深く話し合っている。		
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	入所者の個別のないようについて報告、相談を行っている。また、事故報告や苦情などの対応について指導を仰いでいる。		

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	玄関の施錠に関しては日中は行わず、夜間帯に限って行っている。身体拘束的な介護については行っていない。ご本人が危険であり、ほかの方法を選択できない場合に限り、4点柵の使用をしてことがある。		
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	定期的に研修を行っている。また、自由に代表に意見を言える制度、直行便の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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	成年後見に関しては定期的に制度の理解を研修している。日常生活支援事業に関しては、運営推進委員会で話題に出る程度である。		
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、一貫して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	食事やサービスについて定期的にアンケートを実施している。日常的に家族とのコミュニケーションを図り理解を深めている。		

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
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回の業務会議を実施して運営や利用者の要望や職員の意見を聴く機会を設けている。		
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	管理者が年に1回以上職員の評価を行ってる。その結果、非常勤の職員の正規雇用への転換等職員が自ら質の向上を目指すシステムを作っている。		
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	定期的な内部研修と、外部研修への参加促進を行っている。職員本人が希望する研修があれば、検討し費用等も法人で支出、参加できる制度もある。資格取得に関しては法人の共済制度や市の制度を利用する支援をしている		
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組みをしている	厚木市の医療福祉連絡会や介護保険事業者連絡会等で情報交換の機会を持っているまた、その組織の開催する研修会等に職員が積極的に参加するよう機会を設けている。		
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	管理者が主になり、本人との信頼の構築に努めている。また、本人の希望やこれまでの生活を尊重した日常の過ごし方を提案していく。		

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	相談の開始から一貫して、家族の立場で話を進めていく。また、じっくりと時間をかけて、家族が安心して預けていただける関係を作っていく。		
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	医療や介護、生活多方面からのアセスメントを行い支援の優先順序を考えていく。また、家族の思いや本人の気持ちの方向が違う場合は調整を丁寧に行っていく。		
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	日常の中でその方の居場所と役割を作ることから始め、共に行うことを第1に生活を組み立てていくようにしている。		
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	家族の来訪が平均1日あたり、3、5組といつも誰かの家族がホームにいる状態であり、日常を共に過ごす中で共同の意識を持っている。		
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	今までの生活歴を大切にして、家族や友人との時間を作っていくようにしている。また、ホームでの友人も新しい関係として自分の家族と友人関係として関係づくりを進めていく。		

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
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	多数人で行うこと、一人と職員で行うこと、入居者同士で行うことのメリハリをつけ、それぞれの存在を尊重した関係性を作っていく。		
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	ほとんどの利用者をご逝去での退去だが、その後も関係が続いている家族も多く、それぞれの記念日の来訪や行事への参加のお誘いをしたりしている。		
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。	時間で決めた日課に捉われることなく、本人本位での生活を大切にしていく。		
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	家族や以前のサービス利用所からの情報や本人からの聞き取りを行い、本人への理解を深めていく。		
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	一日のいくつかの用事や作業を用意してあくまでも本人本位の生活を選択できるように促しを行う。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	家族や本人からの聞き取りを基に定期的なケア会議を開催して（2週間に1度）加えて多職種の会議を月に1回づつ行う中で一人ひとりの課題や目標を整理し、日常の生活プランを組み立てていく。		
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	日々の個別介護記録を基に会議を行い個別の計画見直しを定期的に行っていく。		
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	インフォーマルなサービスの組み合わせの中で独自の選択ができるようなシステムにしている。音楽療法士のプログラムや外出行事の支援等G H内外の参加型のサービスを取り入れている。		
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	近隣の小学校との交流や近くの神社の掃除など環境としての地域資源を活用した生活をできる方に提案していく。可能な方には職員がフォローしていく。		
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	法人の看護師とかかりつけ医が連携をとり、家族や本人の意向に沿った医療を提供している。緊急の場合があれば、職員と看護師の観察により主治医につなげていく。		

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
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	毎日の観察に基づき看護師に情報提供を行い、主治医との連携を図っている。また、毎日の巡回の中で気づきや問題を共有している。		
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。	入院時から退院まで経過を把握し、退院時には適切な環境と介護の提供ができるように準備をしていく。また、家族の精神的な不安の解消のためにも、入院先でのカンファレンス等には同席をしていく。		
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	入所時からGHの看取りの細かい説明を行い、折に触れて面談を行っている。また、主治医に本人の考えや家族の思いを伝え、面談の機会を作るなど、随時コミュニケーションを取っていく。		
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	定期的に心肺蘇生の研修を行い、緊急時の対応の確認を行っている。		
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	月に1回の避難訓練を行い、内容によっては入居者の参加も促している。また、運営推進委員会等を通して災害時の地域連携についても話し合いをしている。		

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	
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	コミュニケーションに関する勉強会を定期的に行い、バーバル、ノンバーバルコミュニケーションや否定のない会話の勉強会を行っている。また、外部の研修にも参加して個人のプライバシーに関する意識を高めている。			
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	コミュニケーションの中で本人が出来るだけ話をする機会をつくり、思いの拾い上げや自己決定の促しを行っている。それが困難な場合には、家族に伺いながら、本人の思考の傾向を聞きながら選択している。			
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	一日にいくつもの選択場面を作り、自己決定の回数をできるだけ多く提供していく。作業的なことや、食に関する希望も長い時間をかけながら行っていく場合もある。			
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	毎日の整容に関しては特に注意を払って支援している。また、季節に合った装いや清潔な環境を作っていくようにしている。			
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	毎日の食事の準備や片づけにかかわることはないが、特別な行事やおやつの時間に手作りをできる方で行うことが多い。お誕生会では毎月入居者の希望をきいて企画をしている。			

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
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	一人一人の思考や嚥下状態に合わせた食事を用意している。		
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	毎食口腔ケアを行っている。連携する歯科医院が定期的に口腔状態の観察に入っている。		
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	トイレ誘導や定期的な排泄については個別の傾向に基づき行っている。		
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	排便記録を確実につけ、看護師や医師とともにコントロールをしている。また、費用に応じ水分摂取量や排泄量のチェックを行い、総合的なケアの方向性を図っていく。		
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	一日のうちで声掛けををしながらゆっくりと入浴の時間を取っている。また、状況に応じて清拭や足浴など必要なものを組み合わせていく。		

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
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がなく、その人時間で過ごしている。認知症ゆえの時間錯誤がある場合は、生活時間を整えるアプローチを行うことがある。		
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	薬情の把握と処方薬の管理を看護師と職員がしっかりと共有している。服薬の確認票や屯用の薬に関しても、主治医や看護師との連携で随時行えるようにしている。		
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	日々の中でその場に応じた取り組みや入居者の状況に応じた提案をしている。		
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	日常的な買いものや散歩以外に行事としての入居者の希望に合わせて外食や観光を行っている。また、地域のお祭りの参加や地域の子どもたちとの共同行事を提案している。		
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	現在この内容の支援をしている入居者は1～2名に限っている。		

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	家族の来訪が多く、特にやり取りの支援をしている入居者は多くないが、必要があれば電話や手紙の支援をしている。		
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	清潔で整理整頓された空間を提供することを心がけている。また、飾りや季節の花をGH内に配置するようにしている。		
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	それぞれが気が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	ご家族や本人の嗜好に合わせた部屋作りをしている。今まで自宅で利用していたものや思い出の写真等それぞれ、工夫して自分の部屋をつくってもらっている。		
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	危険の察知がしやすい中で、本人の意思でできるだけ安全に動けるような動線を考えている。そのために、自分の意思での移動や安息を安全に見守りができるようにしている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

作成日

〔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

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。