

2023（令和5）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	1490100300	事業の開始年月日	平成27年8月1日
		指定年月日	平成27年8月1日
法人名	社会福祉法人よつば会		
事業所名	グループホームオリーブの家		
所在地	( 230-0077 ) 横浜市鶴見区東寺尾6-33-24		
サービス種別 定員等	■ 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	令和6年1月31日	評価結果 市町村受理日	令和6年5月30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ご覧いただけます。

基本情報リンク先 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

### 【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）】

H31.4に鶴見中央から東寺井へ2ユニットとなり移転をしました。スタッフも入居者も増えあっという間でした。感染予防に取り組みながらも一人一人の利用者様が力を発揮し楽しそうな表情で活躍できるよう、場面を捉えきっかけを作り役割を果たしながら生活できるよう支援を行っています。

### 【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和6年2月26日	評価機関 評価決定日	令和6年5月8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、JR「鶴見」駅西口よりバスに乗り、「東寺尾」徒歩2分程の閑静な住宅地の高台の日当たりが良い傾斜地にあります。建物は、木造、一部鉄筋コンクリート造地下1階地上2階で、2、3階を使用する2ユニットのグループホームです。地階には居宅介護支援事業所、多目的サロン「なごやか」を併設しています。

<優れている点>

事業所は口腔ケアの大切さを認識し、口腔機能を維持・向上させるため、歯科医と連携しています。毎日、歯科医から指導を受けた口腔体操を昼夕食前に行い、「いつまでも口から食事が楽しめるよう」支援しています。また、運営推進会議では、活発な意見交換や、評価をもらえる機会となっています。地域に必要な初期消火器具の設置の議題には、横浜市の補助金、自治会の予算が付き、事業所敷地内の消火栓の傍に設置が決定しています。看取りを行った際には個別の「看取りを終えての振り返り」の職員アンケートを取り、カンファレンスで感想などを話し合い、今後の支援に活かす取り組みを行っています。

<工夫点>

業者に委託している献立や食材を業者レシピのままではなく、「おいしいものなら食べれる」をモットーに、調理の得意な職員が食欲を高めたり食事への関心を引き出すようなメニューを工夫しています。

### 【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	オリーブの家
ユニット名	1丁目

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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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つなげている。	職員は採用時研修と毎月のカンファレンスで理念をかみ砕いて、全員が深く理解できるように話し合っている。毎朝の申し送りの中で、理念を実践につなげるにはどうしたらよいかを検討して、共有している。	開設時に職員と作り上げた理念を大切にし、管理者・職員はカンファレンス等で共有し実践に繋げています。新人には入社時に理念を渡し説明し、理解を得るようにしています。看取りを行った際にも振り返りを行い「理念に合った支援であったのか」を確認しています。	
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。	この4年間の新型コロナ感染予防のために、地域とのつきあいは限定したものになった。横浜市老人健診をうける機会と地域包括支援センターとの交流事業は現在も取り組んでいる。	町内の防災訓練に参加しています。外出ボランティアや盆踊り・フラワーアレンジメント・てくてく鶴見・おやつ作り等各種のボランティアが来訪しています。クリスマスには近隣の学校の生徒から、クリスマスカードやプレゼントが利用者に届けられています。	
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。	地域包括支援センターとの共同開催による認知症サポーターステップアップ研修では、入居者がゲスト講師になって理解を広める努力をしている。ほかに横浜市シニアボランティア養成講座でも理解を広める努力を続けている。	/	/
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。	毎回の運営推進会議では具体的な活動内容を報告している。認知症介護の実践では、利用者本人を大切にする日常生活を営むために、職員がふだん行う介護を続けることが大切なことを会議のメンバーから評価いただいている。	今年度第1回、5月開催の運営推進会議から対面開催とし、2ヶ月ごと定期的に開催しています。意見交換、情報交換が活発に行われ、事業所活動への評価も得ています。地域に必要な初期消火器具の設置が話し合われ、事業所敷地内の消火栓の傍に設置が決定しています。	
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に取り組んでいる。	包括支援センター職員とは必要に応じて連絡している。年間行事のご協力や入居前の地域住民への働きかけの面で助言をいただいている。	介護保険認定更新手続きや事故報告提出等必要に応じて行政と連携しています。寺尾地域包括支援センターとの共同開催による認知症サポーターステップアップ研修では職員が講師となり、利用者がゲスト講師で参加するなどし、協力関係を築いています。	

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業員への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	日頃から職員は自分の介護をチェックシートを活用して振り返り、毎月のカンファレンスで互いに話し合っており、拘束しない介護を実践している。疑問に思う介護は報告用紙に記録して、定期的な委員会に提出するが、今年度は具体的な委員会に提出するが、今年度は具体的な事例はない。関係者全員が重要性を理解して行っている。	身体拘束等防止委員会、身体拘束廃止推進に関する研修を定期的で開催すると共に、「自己チェックシート」を活用し職員の理解を深め、身体拘束等しないケアに取り組んでいます。ケアで疑問に思う行為があれば「ヒヤリハット報告書」に記録し、身体拘束等防止委員会で検討することとしています。	身体拘束等防止委員会議事録や研修実施記録の整備が期待されます。
7	6	○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。	虐待の理解を内部研修で学び、虐待行為がない実践を行っている。虐待の恐れがある前に、虐待の芽をつむための話し合いをカンファレンスで行っている。	職員は、高齢者権利擁護研修で高齢者虐待の定義、虐待・不適切ケア等を学び「虐待の芽チェックリスト」を活用し虐待防止に努めています。毎年、法人が全職員に対しストレスチェックを実施し、ストレス度を判定して本人にフィードバックするケアを行っています。	虐待防止委員会議事録や研修実施記録の整備が期待されます。
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。	管理者とケアマネを中心にして、入居者一人一人が認知症になっても、人間としての権利が守られるように知識をもち、制度活用の範囲を調べて、成年後見制度を活用している場合もある。		
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。	入居契約の際には、丁寧な説明を行い、同意していただいている。その際に質問があれば時間をかけて説明している。		
10	7	○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。	運営に関する家族の意見を聞く機会には特に設けていないが、この外部評価家族アンケートの結果を一つの機会と考えている。入居者には、日常生活の中でやりたいことや食べたい物の問いかけをして、意見を取り入れている。	家族の面会時や運営推進会議、電話等で聞く機会を設けています。家族からの、日用品や衣料品の購入、通院支援の要望に応えています。家族アンケートに職員の行き届いた支援に「職員に辞めないでほしい」との声があり、職員は日頃の支援に報われた思いを持ち勤めています。	

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	8	○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。	すべての職員に運営に関する意見や提案を聞く機会は設けていない。この数年間の感染症対策等で経験したことの無いほど、新たな要素の取り組みをもとめられ実践につなげている。	カンファレンスで意見や提案について協議し、業務改善に繋げています。ベッドから車いすへの移乗にスライドボードを導入し、業務の軽減を図っています。事業計画策定時には職員の意見を聞いています。新規入居者の最終決定には、職員による判定会議で決めています。	
12	9	○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。	限られた予算の中で、適正に費用を振り分けて給与と賞与を支払っている。また、職員の資格と向上心を生かして外部研修参加の機会を提案し、職場環境改善につとめている。	管理者は年2回、職員のやる気、勤務態度等を総合的に勘案し評価しています。日頃から職員とコミュニケーションを取り職員の体調、家庭事情等を勘案し、勤務調整に配慮しストレス軽減、就労意欲の向上に努めています。介護関係資格取得助成制度を設けています。	
13	10	○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。	事業継続のためにも職員確保のうえでも職員を育てる仕組みの大切さを重視している。ケアの実際と力量の判断は難しいものがあり、十分には行えていない。	研修後はアンケートを取り、纏めを内部研修記録簿に残しています。外部研修は受講費用の支給、出勤扱いで2次研修を実施しています。職員数名が介護の質のレベルアップを図る「高齢者グループホーム介護現場交流研修」に参加し、自らのケアを振り返る機会としています。	年間研修計画の再構築が期待されます。
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。	横浜グループホーム連絡会に所属して管理者が参加している。また、日本認知症グループホーム協会と日本認知症ケア学会に参加して、必要な情報を得ている。		
<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。	入居する前に自宅へ訪問して情報をとり、初めのケアプラン作成に生かしている。本人の困りごとをうけとめて、困りごとに寄り添うケアを実践し、笑顔が生まれる日常生活支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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。	入居相談は家族から受けることが多い。入居前のアセスメントの中で、認知症の人の家族がどんな気持ちであるかを受け止めて、入居者の支援を実践しながら具体的な日々の様子をつたえている。その中で家族との関係を深めている。		
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。	認知症状による生活の混乱のために入居する人が多い。まず必要される支援を提供して、ニーズに答えながら、本人と家族の生活が落ち着くような支援を行っている。		
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。	毎日の生活の中で、認知症の人が好きなことや得意なことに職員が気づくことが大切と考えている。本人が言い出したことはもちろんだが、言い出せない場合はきっかけを作って、得意なことへの力を発揮できるように務めている。		
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。	認知症であっても家族のことを心の中で思っている人が多い。家族の絆を深める具体的な機会は、感染症予防策のうで実現することが少ないが、家族を思う本人の気持ちを汲んだ日常生活支援を行っている。		
20	11	○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。	馴染みの人と一緒に過したり、なじみの場所への外出は、この数年間の感染症予防策のうでは実現できなかった。職員は馴染みの人や場所の大切さを理解して、日頃の入居者の会話の中では取り上げて意識している。	親族との面会は、感染症対策を取り、サロンで15分と制限のある面会となっています。馴染みの和菓子屋の買い物や、趣味のピアノで歌う、塗り絵や裁縫、脳トレをするなど、趣味・嗜好の継続支援をしています。	

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
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。	感染症蔓延の時期は、感染予防のための隔離対策として入居者に個室に入って過ごしていただいた。それが心理的な孤立感となってストレス症状が発生した。日頃の入居者同士の交流の価値を再認識した。		
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。	サービス利用の終了は約50%が看取り並びに入院して亡くなっている。50%は自宅または他施設へ行かれた。看取りの場合はもちろんのこと、自宅へ戻られた場合には、こちらからの働きかけではなく、相談が来た場合に応じている。		
<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	12	○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。	認知症の人が言葉と表情で表す気持ちをセンター方式に記録して、職員が共有している。本人の気持ちを大切にしたいケアの方向性をケアプラン作成に生かして、ご家族の協力を得ている。	日々のかかわりの中で声掛けし、言葉や表情などからその真意を推し測るよう努めています。利用者との会話の中でも、職員によって受け取り方が違うため、よく話し合い「本人はどうか」の視点に立って支援をしています。	
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。	入居初期に本人と家族からの情報をアセスメントシートや記録にしている。本人が言葉と行動で気持ちを表す時期にも、行動の理解のうえで、情報を活用している。また、終末期にも本人の気持ちを理解するうえで活用している。		
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。	認知症と高齢化の進行のために、暮らしの現状が変化していくことな自然な成り行きと考えている。ケアプラン更新の時期には、現状を見直して、無理なくゆったりした暮らしの支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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	13	○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。	本人が小さな声でつぶやく言葉の中に本当の気持ちが隠されていることが多い。認知症であっても職員に個性があることを理解しているので、複数の職員がとらえている情報を出し合ってモニタリング・ケアプラン更新している。	毎月のカンファレンスで職員全員が活発な意見を出し合っています。利用者を理解している職員が、本人の出来る事と出来ない事をしっかり見極め、カンファレンスノートに記入しています。記入した日頃の状況をもとにケアプランを作成しています。	
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。	日々の様子は個別の生活記録への記入を通して整理されている。職員は申し送りの前に情報を得て、質問があれば申し送りで確認し、共有して実践している。必要な場合はケアプランを更新している。		
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。	認知症の人はそれぞれに个性的で、同じ提供方法では通用しない。その意味では、職員が認知症の人に育てていただいている状況。認知症の人の困りごとを抑え込むことでは解決せず、むしろ困りごとを一緒に解決する介護を行っている。		
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。	この4年間の新型コロナ感染予防のために、地域資源との協働は避けることが求められてきた。多くの人が分断された中で生きてきたので、入居者もリスク回避が求められてきた。		
30	14	○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。	入居時に協力医師のリストを家族に説明して、希望を確認し、同意のうえでかかりつけ医を決めている。かかりつけ医の往診は毎月および緊急時において、適切な医療を受けられる支援をしている。	月1回の内科協力医療機関の訪問診療で健康管理を行っています。歯科医の訪問診療では、利用者の口腔ケアを行うほか、職員にも、セルフケアの指導をしています。職員は歯科医の指示のもと「口腔体操」を毎日実施し清潔保持に努めています。	

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。	介護職員は入居者の心身における、いつもと違うことに気づき、気づいたことを訪問看護に伝えている。入居者はいつもと違う点を隠すことも多いが、馴染みの職員だから気づくことの大切さを理解している。		
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。	入居者の入院は緊急の場合が多い。認知症のために新たに発生した身体症状の苦しさを伝えることが困難なので、発症前の情報を病院に伝えて、早期退院と順調な回復のために連携する。		
33	15	○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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	若いころからの本人の意向を家族が掴んでいることが多い。家族と連携しながら、本人の状況をふまえて、グループホームでできる支援を伝えている。その上で、大型施設希望の場合は申請を支援する。看取りの場合は機会をみて説明する。	入居時に、重度化した場合の事業所で行える支援の説明をしています。終末期は、医師の診断により看取り支援の開始となります。主治医・家族・職員で話し合い、説明・同意の上、看取り体制のケアプランを作成し、対応方針の共有を図っています。	
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。	毎月の内部研修で、緊急時の対応の具体を学んでいる。内部研修は参加型で開催して、介護実践に結び付くように努めている。		
35	16	○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。	年間4回の防災訓練とBCP実地訓練を計画して、行っている。日中と夜間を想定した内容になっているが、地域は坂道と階段道路のために入居者避難は難しい状況にある。地域の防災訓練にも毎回参加して、協力体制構築につとめている。	日中と夜間を想定した避難訓練を年4回行っています。防災マニュアルを作成し、避難経路やBCP（業務継続計画）関連等を取り決めています。運営推進会議でも呼びかけ、地域の協力体制も築いています。職員は災害に対する事前の備え、災害発生時の行動を把握しています。	

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
<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	17	○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。	認知症の人は、本人が思い込んでいる世界の中で自分の存在を把握している。本人が思い込んでいる世界を職員が受け入れて、そばにいる存在の介護者としての立場で支援している。	職員は利用者のその人らしい尊厳のある姿を大切にしています。利用者の思いを受け入れ、自信に繋がる支援に努めています。トイレの誘導では大きな声を出さないように日頃から気を付けています。居室の入口には暖簾をかけ、ドアが開いた時に中が見えないように工夫しています。	
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。	認知症の人の思いを言葉と態度で理解して、希望を適切な言葉で表現できた場合には、職員は感激しながら受け止めている。自己決定できるように具体的な選択肢を見せるが、それでも難しいことが多い。		
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。	日々の暮らしを、本人の希望にそったものにすることは難しい。希望を言葉にできた場合には、むしろ願望のことが多く、その通りにやると躊躇されることが多い。観察しながら、本人のペースを尊重している。		
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。	本人の持ち物から、どんなおしゃれをする人か？を判断することが多い。誰でも年齢を重ねると風貌が変わるが、いつまでも健康で美しくあるように支援している。		
40	18	○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。	口から美味しい食事がとれる生活を大切にしている。チラシ寿司やコロッケなどは入居者も調理に参加できるが、準備は職員がすることが多い。片付けをお手伝いする入居者も限定している。感染防止対策のために、一緒に食事はしていない。	食材は業者に委託し、調理は職員が行っています。業者レシピを調理の得意な職員が、利用者の食欲を高めたり食事への関心を引き出すようアレンジしています。クリスマスや誕生日など行事には職員が握り寿司を作り喜ばれています。出前を取って楽しむこともあります。	

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
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。	入居者の食事量を把握して記録している。水分量は発熱などが見られた場合に摂取量を記録している。食事からとれる栄養を1600キロカロリー、タンパク質60gを平均としている。（おやつは別計算）必要な場合は捕食している。		
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。	毎食後と寝る前に、職員が声掛けして口腔ケアを行っている。入居時に口腔の状態をアセスメントして、必要な場合は歯科医師の定期的な医療を受けている。年2回、口腔アセスメントをケアマネが行い、清潔保持に努めている。		
43	19	○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。	トイレでの排泄を支援している。排泄支援の方法を職員が共有して、羞恥心を汲んだ介護を行い、排泄記録で確認している。排泄の失敗による不快感のない支援につとめているが、おむつ使用を減らすことはできていない。	排泄チェック表で排泄パターンを把握しトイレ誘導の声掛けをしています。食事前や歯磨きの後など利用者のトイレに行きやすいタイミングで声掛けし、排泄の失敗をしないよう努めています。夜間のおむつ交換は、安眠に配慮し、様子を見ながら行っています。	
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。	排便の様子は記録と申し送りで職員が共有している。日中の活動と飲食物によって排便間隔が空いた場合は、便座にゆっくりすわる支援を行い、水分量と腸を刺激する乳酸菌飲料をすすめるなど、状況に応じた支援を行っている。		
45	20	○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。	入浴の声掛けに工夫して、本人が好きなタイミングと浴室窓から見える外の景色などをきっかけにしている。行事や往診など、さまざまな都合に左右される場合もある。	脱衣所には温風ヒーターを設置しヒートショック防止のため室温に注意しています。足の不自由な利用者や腰痛で浴槽を跨ぐことが困難な利用者は機械浴を利用しています。入浴拒否の人にも無理強いないせず、気持ちよく入浴で来るような声かけの工夫をしています。	

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
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。	夕食後に就寝準備をして、居室に入ってから、そのままベッドに入る入居者が多い。季節に応じた室温と寝具の調整と清潔な寝具を整えている。身体状況から、重度になると日中でもベッドで休息する時間をとる場合がある。		
47		○服薬支援 一人ひとりを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。	定期的な服薬は、医師の処方にもとづいて、連携する薬局の薬剤師が入居者ごとに届ける。入居者ごとに管理された薬箱から、職員2名でダブルチェックして、間違いのないように本人が服薬するのを確認、記録する。飲みにくい場合は、その場で砕いている。		
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。	入居者が季節や気候に応じて、笑顔で過ごせるように様々な楽しみごとを備えている。体操のDVD、回想法のかかるた、お手玉、ラップの芯、紅白の旗、早口言葉のボード、牛乳空き箱の積み重ねなどを、場面に応じて取り出して楽しんでいる。		
49	21	○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。	その日の希望に応じて外出することは感染防止対策のためにも困難な時期を過ごした。代替え策として、ベランダでシャボン玉をとぼしたり、日向ぼっこをすることが多かった。最近では外出を希望するとき、近所に買い物に行くこともある。	感染症を懸念し、少しずつ外出の機会を増やしています。日常では駐車場やベランダでの外気浴を多く行っています。近所の公園や、和菓子店への買い物に出かけています。家族対応で墓参りに行く利用者もいます。入居以前行っていた美容室の送迎により継続して通っている人もいます。	
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。	本人がお金を持つ場合はないが、欲しいものの希望があったときには、職員が現金で購入。後日、家族に報告して、レシートを示して立替分の振り込みをお願いしている。		

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
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。	本人が携帯電話でホームの電話でやり取りをする場合がある。そのほかには、手紙を書く支援を行っている。文字を読むのが難しい方には、本人の同意を得て開封し代読することもある。		
52	22	○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。	リビングに続くトイレと浴室は、入り口にわかるような表示がある。リビングは季節に応じた飾り物と植物が飾られている。時には、入居者が作った作品やお習字が飾られる場合もある。	明るく清潔感のあるリビングは、利用者にとって一番居心地の良い場所になるように配慮しています。外の景色を見ながらゆっくり過ごせるように、窓に面してソファを設置しています。加湿器を4台設置し、皮膚乾燥に留意し湿度の調整をしています。室温は適度を心掛け、照明は明る過ぎず穏やかに過ごせるよう工夫しています。	
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。	共有空間には、入居者それぞれの居場所がある。隣に座る人や日差しによって、表情と言動が変わるので、職員は相性を判断して座り位置を決めている。		
54	23	○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。	居室のドアを開けたときに、本人が自分の部屋とわかる使い慣れたものを持ち込むように、家族にお願いしている。食器は壊れることもあるが、居室内の品々はひとりひとりの生活歴を物語るものが置かれている。	入居の際、ベッドの位置を相談して決めています。居室入り口に暖簾をかけ利用者のプライバシー配慮に努めています。テレビや位牌、思い出深いぬいぐるみなど持ち込み、その人らしい居心地の良い居室となるよう配慮しています。	
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。	日常生活の中で、できることは自分でやることをお願いしている。認知症の症状によっては、日によってできない場合もあるので、常に見守り支援を欠かさないように努めている。		

事業所名	オリーブの家
ユニット名	2丁目

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つなげている。	職員は採用時研修と毎月のカンファレンスで理念をかみ砕いて、全員が深く理解できるように話し合っている。毎朝の申し送りの中で、理念を実践につなげるにはどうしたらよいかを検討して、共有している。		
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。	この4年間の新型コロナウイルス感染予防のために、地域とのつきあいは限定したものになった。横浜市老人健診をうける機会と地域包括支援センターとの交流事業は現在も取り組んでいる。		
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。	地域包括支援センターとの共同開催による認知症サポーターステップアップ研修では、入居者がゲスト講師になって理解を広める努力をしている。ほかに横浜市シニアボランティア養成講座でも理解を広める努力を続けている。		
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。	毎回の運営推進会議では具体的な活動内容を報告している。認知症介護の実践では、利用者本人を大切にする日常生活を営むために、職員がふだん行う介護を続けることが大切なことを会議のメンバーから評価いただいている。		
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取り組んでいる。	包括支援センター職員とは必要に応じて連絡している。年間行事のご協力や入居前の地域住民への働きかけの面で助言をいただいている。		

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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	日頃から職員は自分の介護をチェックシートを活用して振り返り、毎月のカンファレンスで互いに話し合っており、拘束しない介護を実践している。疑問に思う介護は報告用紙に記録して、定期的な委員会に提出するが、今年度は具体例はない。関係者全員が重要性を理解して行っている。		
7	6	○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。	虐待の理解を内部研修で学び、虐待行為がない実践を行っている。虐待の恐れがある前に、虐待の芽をつむための話し合いをカンファレンスで行っている。		
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。	リーダーとケアマネを中心にして、入居者一人一人が認知症になっても、人間としての権利が守られるように知識をもち、制度活用の範囲を調べて、成年後見制度を活用している場合もある。		
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。	入居契約の際には、丁寧な説明を行い、同意していただいている。その際に質問があれば時間をかけて説明している。介護報酬改定の際も、同様に家族または後見人に書面と口頭で説明、同意をいただいている。		
10	7	○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。	運営に関する家族の意見を聞く機会には特に設けていないが、この外部評価家族アンケートの結果を一つの機会と考えている。入居者には、日常生活の中でやりたいことや食べたい物の問いかけをして、意見を取り入れている。		

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	8	○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。	すべての職員に運営に関する意見や提案を聞く機会は設けていない。この数年間の感染症対策等で経験したことのないほど、新たな要素の取り組みをもとめられ実践につなげている。		
12	9	○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。	限られた予算の中で、適正に費用を振り分けて給与と賞与を支払っている。また、職員の資格と向上心を生かして外部研修参加の機会を提案し、職場環境改善につとめている。		
13	10	○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。	事業継続のためにも職員確保のうえでも職員を育てる仕組みの大切さを重視している。ケアの実際と力量の判断は難しいものがあり、十分には行えていない。		
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。	横浜グループホーム連絡会に所属して月例会に管理者が参加している。また、日本認知症グループホーム協会と日本認知症ケア学会に参加して、必要な情報を得ている。		
<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。	入居する前に自宅へ訪問して情報をとり、初めのケアプラン作成に生かしている。本人の困りごとをうけとめて、困りごとに寄り添うケアを実践し、笑顔が生まれる日常生活支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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。	入居相談は家族から受けることが多い。入居前のアセスメントの中で、認知症の人の家族がどんな気持ちでいるかを受け止めて、入居者の支援を実践しながら具体的な日々の様子をつたえている。その中で家族との関係を深めている。		
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。	認知症状による生活の混乱のために入居する人が多い。まず必要される支援を提供して、ニーズに答えながら、本人と家族の生活が落ち着くような支援を行っている。		
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。	毎日の生活の中で、認知症の人が好きなことや得意なことに職員が気づくことが大切と考えている。本人が言い出したことはもちろんだが、言い出せない場合はきっかけを作って、得意なことの力を発揮できるように務めている。		
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。	認知症であっても家族のことを心の中で思っている人が多い。家族の絆を深める具体的な機会は、感染症予防策のうで実現することが少ないが、家族を思う本人の気持ちを汲んだ日常生活支援を行っている。		
20	11	○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。	馴染みの人と一緒に過ごしたり、なじみの場所への外出は、この数年間の感染症予防策のうでは実現できなかった。職員は馴染みの人や場所の大切さを理解して、日頃の入居者の会話の中では取り上げて意識している。		

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
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。	感染症蔓延の時期は、感染予防のための隔離対策として入居者に個室に入って過ごしていただいた。それが心理的な孤立感となってストレス症状が発生した。日頃の入居者同士の交流の価値を再認識した。		
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。	サービス利用の終了は約50%が看取り並びに入院して亡くなっている。50%は自宅または他施設へ行かれた。看取りの場合はもちろんのこと、自宅へ戻られた場合には、こちらからの働きかけではなく、相談が来た場合に応じている。		
<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	12	○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。	認知症の人が言葉と表情で表す気持ちをセンター方式に記録して、職員が共有している。本人の気持ちを大切にしたいケアの方向性をケアプラン作成に生かして、ご家族の協力を得ている。		
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。	入居初期に本人と家族からの情報をセンター方式に記録している。本人が言葉と行動で気持ちを表す時期にも、行動の理解のうえで、情報を活用している。また、終末期にも本人の気持ちを理解するうえで活用している。		
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。	認知症と高齢化の進行のために、暮らしの現状が変化していくことな自然な成り行きと考えている。ケアプラン更新の時期には、現状を見直して、無理なくゆったりとした暮らしの支援を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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	13	○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。	本人が小さな声でつぶやく言葉の中に本当の気持ちが隠されていることが多い。認知症であっても職員に個性があることを理解しているので、複数の職員がとらえている情報を出し合ってモニタリング・ケアプラン更新している。		
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。	日々の様子は個別の生活記録への記入を通して整理されている。職員は申し送りの前に情報を得て、質問があれば申し送りで確認し、共有して実践している。必要な場合はケアプランを更新している。		
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。	認知症の人はそれぞれに个性的で、同じ提供方法では通用しない。その意味では、職員が認知症の人に育てていただいている状況。認知症の人の困りごとを抑え込むことでは解決せず、むしろ困りごとを一緒に解決する介護を行っている。		
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。	この4年間の新型コロナ感染予防のために、地域資源との協働は避けることが求められてきた。多くの人分断された中で生きてきたので、入居者もリスク回避が求められてきた。		
30	14	○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。	入居時に協力医師のリストを家族に説明して、希望を確認し、同意のうえでかかりつけ医を決めている。かかりつけ医の往診は毎月および緊急時において、適切な医療を受けられる支援をしている。		

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
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。	介護職員は入居者の心身における、いつもと違うことに気づき、気づいたことを看護職員に伝えている。入居者はいつもと違う点を隠すことも多いが、馴染みの職員だから気づくことの大切さを理解している。		
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。	入居者の入院は緊急の場合が多い。認知症のために新たに発生した身体症状の苦しさを伝えることが困難なので、発症前の情報を病院に伝えて、早期退院と順調な回復のために連携する。		
33	15	○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。	若いころからの本人の意向を家族が掴んでいることが多い。家族と連携しながら、本人の状況をふまえて、グループホームでできる支援を伝えている。その上で、大型施設希望の場合は申請を支援する。看取りの場合は機会をみて説明する。		
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。	毎月の内部研修で、緊急時の対応の具体を学んでいる。内部研修は参加型で開催して、介護実践に結び付くように努めている。		
35	16	○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。	年間4回の防災訓練とBCP実地訓練を計画して、行っている。日中と夜間を想定した内容にしているが、地域は坂道と階段道路のために入居者避難は難しい状況にある。地域の防災訓練にも毎回参加して、協力体制構築につとめている。		

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
<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	17	○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。	認知症の人は、本人が思い込んでいる世界の中で自分の存在を把握している。本人が思い込んでいる世界を職員が受け入れて、そばにいる存在の介護者としての立場で支援している。		
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。	認知症の人の思いを言葉と態度で理解して、希望を適切な言葉で表現できた場合には、職員は感激しながら受け止めている。自己決定できるように具体的な選択肢を見せるが、それでも難しいことが多い。		
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。	日々の暮らしを、本人の希望にそったものにするのは難しい。希望を言葉にできた場合には、むしろ願望のことが多く、その通りにやると躊躇されることが多い。観察しながら、本人のペースを尊重している。		
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。	本人の持ち物から、どんなおしゃれをする人か？を判断することが多い。誰でも年齢を重ねると風貌が変わるが、いつまでも健康で美しくあるように支援している。		
40	18	○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。	口から美味しい食事がとれる生活を大切にしている。チラシ寿司やコロッケなどは入居者も調理に参加できるが、準備は職員がすることが多い。片付けをお手伝いする入居者も限定している。感染防止対策のために、一緒に食事はしていない。		

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
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。	入居者の食事量を把握して記録している。水分量は発熱などが見られた場合に摂取量を記録している。食事からとれる栄養を1600キロカロリー、タンパク質60gを平均としている。(おやつは別計算) 必要な場合は捕食している。		
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。	毎食後と寝る前に、職員が声掛けして口腔ケアを行っている。入居時に口腔の状態をアセスメントして、必要な場合は歯科医師の定期的な医療を受けている。年2回、口腔アセスメントをケアマネが行い、清潔保持に努めている。		
43	19	○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。	トイレでの排泄を支援している。排泄支援の方法を職員が共有して、羞恥心を汲んだ介護を行い、排泄記録で確認している。排泄の失敗による不快感のない支援につとめているが、おむつ使用を減らすことはできていない。		
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。	排便の様子は記録と申し送りで職員が共有している。日中の活動と飲食物によって排便間隔が空いた場合は、便座にゆっくりすわる支援を行い、水分量と腸を刺激する乳酸菌飲料をすすめるなど、状況に応じた支援を行っている。		
45	20	○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。	入浴の声掛けに工夫して、本人が好きなタイミングと浴室窓から見える外の景色などをきっかけにしている。行事や往診など、さまざまな都合に左右される場合もある。		

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
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。	夕食後に就寝準備をして、居室に入ってから、そのままベッドに入る入居者が多い。季節に応じた室温と寝具の調整と清潔な寝具を整えている。身体状況から、重度になると日中でもベッドで休息する時間をとる場合がある。		
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。	定期的な服薬は、医師の処方にもとづいて、連携する薬局の薬剤師が入居者ごとに届ける。入居者ごとに管理された薬箱から、職員2名でダブルチェックして、間違いのないように本人が服薬するのを確認、記録する。飲みにくい場合は、その場で砕いている。		
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。	入居者が季節や気候に応じて、笑顔で過ごせるように様々な楽しみごとを備えている。体操のDVD、回想法のかるた、お手玉、ラップの芯、紅白の旗、早口言葉のボード、牛乳空き箱の積み重ねなどを、場面に応じて取り出して楽しんでいる。		
49	21	○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。	その日の希望に応じて外出することは感染防止対策のためにも困難な時期を過ごした。代替策として、ベランダでシャボン玉をとばしたり、日向ぼっこをすることが多かった。最近では外出を希望するとき、近所に買い物に行くこともある。		
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。	本人がお金を持つ場合はないが、欲しいものの希望があったときには、職員が現金で購入。後日、家族に報告して、レシートを示して立替分の振り込みをお願いしている。		

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
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。	本人が携帯電話でメールのやり取りをする場合がある。そのほかには、手紙を書く支援をするが、本人には書きたい気持ちがないことが多い。		
52	22	○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。	リビングに続くトイレと浴室は、入り口にわかるような表示がある。リビングは季節に応じた飾り物と植物が飾られている。時には、入居者が作った作品やお習字が飾られる場合もある。		
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。	共有空間には、入居者それぞれの居場所がある。隣に座る人や日差しによって、表情と言動がかわるので、職員は相性を判断して座り位置を決めている。		
54	23	○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。	居室のドアを開けたときに、本人が自分の部屋とわかる使い慣れたものを持ち込むように、家族にお願いしている。食器は壊れることもあるが、居室内の品々はひとりひとりの生活歴を物語るものが置かれている。		
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。	日常生活の中で、できることは自分でやることをお願いしている。認知症の症状によっては、できるはずができない場合もあるので、常に見守り支援を欠かさないように努めている。		

2023年度

事業所名 グループホーム オリーブの家  
作成日： 2024 年 5 月 25 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	5	書類が身体拘束と虐待が混じってしまい分かりにくい	区別をしっかりと分け書類を整理してわかりやすくする	ファイルをインデックスで分けず別にしてやった内容をわかりやすくする	1ヶ月
2	6	書類が身体拘束と虐待が混じってしまい分かりにくい	区別をしっかりと分け書類を整理してわかりやすくする	ファイルをインデックスで分けず別にしてやった内容をわかりやすくする	1ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月