

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	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	オリーブの家			
所在地	( 230-0051 ) 横浜市鶴見区鶴見中央4-34-24			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1ユニット	
自己評価作成日	平成30年1月10日	評価結果 市町村受理日	平成30年4月12日	

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

### 【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

一人一人の利用者が力を発揮しながら楽しそうな表情で活躍できるように、場面を捉えてきっかけを作り、役割を果たしながら暮らせるように支援しています。

### 【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3階		
訪問調査日	平成30年2月6日	評価機関 評価決定日	平成30年3月27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京浜東北線鶴見駅東口、京浜急行京急鶴見駅から徒歩数分の所にあります。鉄筋コンクリート造り6階建て建物の4階部分にある、1ユニット定員9人のアットホームな事業所です。

<優れている点>

管理者は毎日の利用者、職員の状況を把握し、日々コミュニケーションを図り、職員の意見や提案を受け入れ、事業所運営に活かしています。また、職員の新規採用、入居者の新規受け入れや入居継続などの事業所にとって大事な決定事項についても職員の意見を聞いています。職員の定着率もよく、介護経験のある職員も多く、職員は利用者との関係性を深くし、チームワーク良く利用者の支援に当たっています。重度化した場合や看取りの対応について事業所としての指針が明確になっています。特に、看取りに入った時には個人別の看取り手順書「〇〇様へのケア」を作成して職員に周知し、看取り時に職員が安心して対応できるようにしています。これまで数人の看取りがあり、その都度看取りを終えての振り返りを全員で行い、次へのステップにしています。

<工夫点>

毎月家族に送付していた、A4版カラー写真数添え事業所全体の情報紙「オリーブの家便り」は、家族から個人別の情報も欲しいとの要望が出て、個人別の一言通信を作成し、併せて送付しています。家族から大変喜ばれています。

### 【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	オリーブの家
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せている。 (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、その時々々の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
	<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ます。 (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、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
	<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
<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。	ah27.8に法人が変わったが、オリーブの家の理念は利用者様の生活が大きく変化することなく安心して暮らせるよう以前からの理念を継続している。	事業所独自の理念を管理者と職員は共有し、理念に基づいた支援を行っています。会議では、職員それぞれが行っている利用者への支援が、理念と合っているものなのかどうかを問い、確認し合い、意識を新たにして実践に繋げています。	
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。	町内会の季節行事に参加している。散歩や公園で、出会う人々との交流が行われている。	近くの公園で毎年行われる季節行事の餅つきや夏祭りには利用者と共に参加し、地域の人々と交流を深めています。餅つきでは利用者も一緒に杵を持って楽しんでいます。また、祭りには100個の利用者手作りおにぎりを差し入れ、交流しています。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	地域のある事業所として認識されている。お祭りではお神輿の休憩所に利用者の手作りのおにぎりを100個届け、力の発揮と支援の在り方を伝える機会になっている。	/	/
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。	会議では、最近の報告が行われる他、ホーム内や地域、ニュースなど様々なことが取り上げられ話し合いとなっている。ご家族の率直な意見も聞かれ参考にしている。	会議は年6回定期的に開催しています。事業所の活動状況などを報告し、質疑応答、意見交換、情報交換などが活発に行われ、事業所の運営に反映させています。最近では、地域ケアプラザの地域ケア会議の説明を受け、3月から出席することになっています。	
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。	区内の事業者とともに、連絡会に参加し、市および区の担当者と連携している。	運営推進会議や介護認定更新時、横浜市グループホーム連絡会などを通じて行政の担当者と連携を図っています。介護保険制度の改正について説明を受けたり、非常災害時（浸水災害）対応マニュアルの作成などについて相談をし、助言を得たりしています。	

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。	生活の中で危険な要素に配慮したうえで、本人の可能性を探り自由な暮らしができるよう、出来る限り拘束をしないケアを実践している。	毎年研修を実施し、職員は身体拘束の弊害について理解を深めています。カンファレンスでは身体拘束の具体的事例を挙げて検討し、皆で確認し合っています。「虐待チェックシート」や「虐待の芽チェックリスト」を用いて振り返りを行い、身体拘束のない支援に繋がっています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている。	虐待につながる不適切なケアを行わないよう、申し送りや毎月の会議でケアを振り返り取り組んでいる。		
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に支援している。	3名が後見制度を利用しているため、管理者、スタッフはそれぞれの立場で経験をしている。この経験を通し、必要な方へ活用できるとおもわれる。		
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。	契約には時間をかけ1つ1つ説明し確認、質問できるよう言葉かけをしている。話を聞き、見学に対応し、納得のうえ申し込みをし、面接、会議を経て契約に至る。		
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。	日々の暮らしの中で本人の希望を聞き、支援しながら引き出している。家族の面会時、最近の様子などできるだけお伝えし、話せるよう努力している。	家族の面会時や家族会、運営推進会議などを通じて利用者や家族の意見、要望を聞き、運営に反映するようにしています。出された意見や要望は業務日誌に記録し、職員間で共有し、迅速な対応を心掛けています。	

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。	年度初めや、ミーティングでは管理者と職員がともに検討して意見や提案を取り入れている。新規入居者や行事の決定はミーティングで話し合い決定している。	管理者は日頃から職員の意見や提案を受け入れ、また、カンファレンスでも話し合い運営に反映させています。新規入居者や新職員の採用時には、管理者と職員の2人で面談し、カンファレンスで説明し、皆で話し合っで決定しています。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。	処遇改善金の活用により、勤務実績が支給されている。それぞれが生活を維持して勤務できるよう勤務形態を相談しながら勤務表を作成している。		
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。	年度末に、それぞれの次年度の目標を聞きそれに合わせた研修に参加できるようにしている。		
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。	グループホーム連絡会やグループホーム協会の勉強会に可能な限り参加できるようスタッフにすすめている。		
<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。	これまでの生活や、本人の言葉や行動から願っていることをスタッフ皆で探り共有し、安心して暮らせるよう努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			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。	申し込みから入居までご家族とは密な連携が必要であり、ホームへの不安や質問を聞きながら、それぞれの事情を把握して対応できるように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	申し込み時、すぐに入居が必要と思われる場合は他のグループホームの空き状況を得るように努める。時間的に余裕のあるかたは当ホームへの申し込みの案内をする。		
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。	出来ない事や、わからなくなってしまうことはさりげなく支援し、得意なことは教えて頂き、相互扶助的な関係を築いている。		
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。	家族の状況は様々あるので、家族と利用者の関係を大切に接している。連携医師以外の通院は家族にお願いするので、一緒に役割を担って頂き、連携してほんにんを支えている。		
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。	地域密着型の利点を活かすことができるよう、地域在住の方を優先している。出身や生まれ、家族など普段の話題に取り入れ支援してる。	友人や知人、親族の来訪があります。湯茶で接待し、少人数の時は居室で、大人数の時はゆったりとした共用の和室で過ごしてもらっています。関係が途切れないよう再来訪を頼んでいます。年賀状書きや新年の挨拶の電話を掛けるなどの支援もしています。	

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。	仲の良い人、苦手な人それぞれ関係の持ち方を体得している。困っているときは支援し、助け合う部分では見守り利用者同士の関係を支援している。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	入院や他施設へ移った際は、差し支えない範囲で、ご家族の了解を得て訪問することもある。ホームで亡くなった場合もご家族が顔を出してくれることもあり、一緒に暮らした関係を大切にお付き合いをしている。		
<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	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。	入居にあたってご家族から情報をもらい、入居後の本人の様子と重ね合わせ願いや希望をつかむ努力をしている。	コミュニケーションが取れる利用者が多く、日常の会話の中で思いや希望を把握するよう努めています。家族から情報を得ると共に、入居時の基本情報を読み込み、ケア記録やカンファレンスで情報を共有し、思いや意向の把握に努めています。	
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。	入居前に馴染みの暮らし方をスタッフと共有し、入居後も引き続き情報収集に努めている。		
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。	入居後のミーティングで皆で共有する。変化の様子によって、分析し日々のケアに活かしていく。		

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
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。	家族や本人との話も交えてケア計画を作成している。	ケアプランは、個々に定期的な見直しと、必要な時はその都度変更し、現状に見合ったケアプランを作成しています。2週間ごとにモニタリングをし、変化があればカンファレンスで見直しています。本人の希望と家族の意向を入れて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。	日中と夜間に分け記録している。食事や排せつ、睡眠、活動を整理している。申し送りで記録情報も引き継がれ会議の課題として取り上げられる。		
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、その時々にも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多機能化に取り組んでいる。	困難な状況を抱えて入居した利用者のなかにはグループホームの生活に症状の変化を召せる場合もある。家族やボランティアの協力、個別対応などしながら本人がいきいきと暮らせるようにえんしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	本人情報が多いときと少ないときがある。笑顔で参加し豊かな暮らしができるように地域資源を利用しながら支援している。		
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。	これまでのかかりつけ医から診療情報をうけ、近くの開業医を中心に日々健康管理を行っている。精密な検査が必要な際はその医師から適切な医療機関へ連携し、必要な医療を受けられるように支援している。	提携の内科医が月に1回往診しています。入居前からのかかりつけ医への継続受診は可能ですが、家族対応が基本です。看護師が勤務しており、普段から体調の変化を介護職員と情報共有が来ています。必要に応じて2ヶ所から歯科医の往診があります。	



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
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中であ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。	看護職員は1名。利用者の健康だけではなく、日々の記録に目を通し、またスタッフの気づきなどにも相談に乗り看護記録として介護記録とは別に記録をしている。		
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。	入退院時は病院へ必要な情報交換をする。家族を介して情報を連携することもある。一日も早く回復できるように支援する。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	本人が気持ちを言葉にすることもありますが、ご家族が方針を立てることもあつて、方針や気持ちはぶれやすいものとして、一度の確認ではなくその都度確認しながら受け止めていく。	入居時に、終末期のあり方についての説明をしています。体調の変化に応じて、主治医が看取りについての説明を行い、「看取り時の契約」にて同意を得ています。これまで数件看取っており、本人、家族にとって一番望ましい対応が得られる体制が整っています。	
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。	事故や緊急時のマニュアルを用意し入職時に学ぶ。また外部研修や内部研修で学んでいる。		
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。	定期的に地震や火災を日中と夜間それぞれ避難方法が違う為何度か見直し検討し話し合っている。	日中と夜間想定、事業所が入居するビル全体の訓練を含め、年に3回避難訓練を行っています。担架を使用し、実際に利用者も参加しています。同じビル内の人との協力体制を築いています。非常時用の飲食料品を3日分備蓄し、備蓄品リストで管理しています。	

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	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。	人として傷つけられることがないような言葉使いに気を付けている。ミーティングや申し送りで言葉かけや対応について話し合い、反省することがないか振り返っている。	個人情報、鍵付きの戸棚に保管してあります。職員全員が「虐待の芽チェックリスト」で虐待の観点から、不適切な介護をしていないか振り返りをしています。利用者に対する言葉かけで気になることは、その都度、職員間で話し合うようにしています。	
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。	希望を言葉に出せる、引き出せば言葉に出来る、表情やしぐさで推察できるなど、その人の表現の仕方を理解し自己決定できるよう努めている。		
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。	それぞれのペースを尊重し支援している。本人のその時の意向を引き出し、それに沿って過ごせるように努めている。		
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。	自分で衣類を選んだり、髪を整えたりできる方、興味のない方もいる。好みの色や服など一緒にえらんだりし支援している。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食べたい物を会話から引き出し、旬のものを味わったり、実際に目の前で作ることで興味を持ち、食事を味わい、ゆっくりお茶を飲み会話できるよう支援している。	食材を業者から購入し、職員が手作りしています。朝食は、利用者から食べたいものを聞き出し、職員が買い出し、料理して提供することもあります。職員も一緒に食事をし、音楽を流し、落ち着いた環境でおいしく食事ができるように配慮しています。	

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
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。	一人一人の摂取状況をアセスメントしている。体調不良時などは詳細記録し医師や看護師と連携している。		
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、歯みがきをしている。できない部分に支援している。訴えや口腔内に変化の見られた時には、歯科医師に応援に来てもらう。		
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。	食事や外出の前にトイレの声かけを行っているほか、日中と夜間のそれぞれの排泄パターンに合わせて声かけや誘導をしている。	一人ひとりに合わせたトイレ誘導の声掛けを心がけています。排泄の音に配慮し、音消しを工夫してトイレで排泄できるように支援しています。夜間は室内にポータブルトイレを設置し、排泄の失敗やおむつの使用の軽減、安全の確保に努めています。	
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。	職員はトイレ掃除をこまめにし、排便の状況を確認している。食後や入浴後にお茶をゆっくりとり、水分を多めに飲んでいる。		
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。	お湯の温度や時間帯、本人の好みに合わせて調節している。入浴剤で色や香りを楽しんでもらっている。	基本的に、週に5回は入浴しています。しょうぶ湯、ゆず湯、入浴剤を入れて季節を感じられるようにしています。ゆったりとした大きな湯船に入った後は、脱衣場にあるオイルヒーターで適度に暖められた衣類を着るなど、快適な入浴を支援をしています。	

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
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。	日中はほとんどの利用者がリビングで過ごしている。ソファでウトウトする利用者もいる。冬場は湯たんぽ使用やエアコンの温度を好みや体調に合わせて調節している。		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。	それぞれの病気や薬は入居時からスタッフは共有し、途中の薬の変更は申し送りし記録で伝わる。お薬手帳や処方内容を服薬チェック表を作り確認している。		
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。	生活歴や普段の生活から本人が意欲をもって取り組めたり、楽しそうなことを探り職員が共有している。		
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。	散歩は入居者の希望や天候に合わせて実施している。お花見など全員で外出するときにはボランティアの方を頼み車いすでも出かけられるよう支援している。	天気の良い日は、近所の公園や、鶴見川の土手を散歩しています。季節を感じる外出を大切にしている、初もうで、大学駅伝観戦、花見などに出かけています。介護ボランティアの付き添いで多くの利用者が外出できるように支援しています。	
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。	お金への思いを把握しながら支援している。財布にいくら持っている方もいるが、大金の場合は入居時にご家族とも相談をしている。		

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
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。	耳が遠く電話が使えない方が多い。家族から内々に話があれば積極的には取り組まないが、そうでなければ早い時間であれば電話をわたしている。		
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。	利用者の状況に合わせ椅子やテーブルの場所は代えることがあるが、混乱を招かないようになれるまでは声かけや誘導をおこなっている。	リビングには、四季を感じられるように、季節の花を置いています。大きな字の日めくりカレンダーで時の認識ができるようにしています。、飾り棚、床の間、日本人形で昭和の懐かしい雰囲気を出している和室があり、レクリエーションをしたり、家族と団らんする場所として活用しています。	
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。	仲の良い人同士座ったりできるよう、テレビの前にソファがある。食後にゆっくりしたいとき、自然といつもの場所に座り、自分の場所が出来上がっている。		
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。	入居時に家族が馴染みの服や家具を持ち込んでくれる。時に前の利用者が引き取らなかった家具も利用する。	使い慣れている馴染みのタンスや鏡台などの家具を置くことによって、居心地良く暮らせる居室づくりをしています。じゅうたんを敷いた上に布団を敷いて寝る人や、仏壇を置いている人など自分らしく暮らせるようにしています。	
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。	トイレと浴室には手摺がついている。居室の入り口に10センチほどの段差のある部屋は歩行能力の高い方に利用してもらい、段差のない部屋は少し重度の方が利用している。		

平成29年度

## 目標達成計画

事業所名 オリーブの家

作成日： 平成30 年 4月 11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	13	人手不足により、外部への研修参加の時間がとりにくい。	内部研修を充実させ、たくさんのスタッフが研修に参加できるようにする。	同じ内容の研修を2回行い、どちらかにはできるように勤務表作成時に組み込んでいく。またカンファレンス等も利用していく。	12ヵ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月