

平成30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 | 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 | 9名 |
| | | ユニット数 | 1ユニット |
| 自己評価作成日 | 平成31年1月9日 | 評価結果 市町村受理日 | 令和元年5月27日 |

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)】

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藤沢トーセイビル3階 | | |
| 訪問調査日 | 平成31年2月13日 | 評価機関 評価決定日 | 令和元年5月10日 |

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点(評価機関記入)】

事業所は、JR線鶴見駅又は京浜急行線京急鶴見駅徒歩5分、高層ビルやマンション街の大通りから小路に入った、6階建てビルの4階にある1ユニットのグループホームです。近くに鶴見川や公園があり、高速道路も通っています。医療法人から社会福祉法人への変更はありましたが、開設後20余年、老舗で歴史ある事業所です。

<優れている点>

経験豊富な管理者の下、フレッシュな若い人から熟年のベテラン職員を置き、内外部の研修も盛んで、人材育成とサービスの向上に取り組んでいます。終末期のケアについては開設以来多くの希望者を受け入れてきています。契約時に重度化や終末期の対応について詳細に説明し、終末期に際しては主治医や家族と協議を重ね、同意書を交わし、看取り介護計画書を作成するなど終末期ケアの体制を備えています。事例の振り返りや研修を重ね、今後に備えています。毎年、地域の祭礼では神輿の休憩所に利用者を作るおにぎり100個の提供が恒例となっています。和菓子作りや朗読、ドッグセラピー、見守り、外出時などのボランティアが定期的に来訪し、利用者の楽しみとなっています。

<工夫点>

災害時の予防避難訓練の際は主役である利用者を交えて相談企画しています。利用者の心身の状態を踏まえた訓練を行っています。

【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る。 (参考項目：4) | <input type="radio"/> 1, 大いに増えている |
| | <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている |
| | <input type="radio"/> 3, あまり増えていない |
| | <input type="radio"/> 4, 全くいない |
| 66 職員は、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 |
| 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っなげている。 | H27年8月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ます。 | 開設時からの理念を尊重し、継続して掲げています。職員会議で確認し共有を図っています。利用者一人ひとりに寄り添い、個性を重んじ、理念の実践に努めています。 | |
| 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ます。スーパーや公園の利用、出会う人々との交流を行います。 | 町内会に加入し、回覧で地域の情報を得ています。祭りの神輿休憩所に利用者のおにぎり100個を届けたり、公園の餅つきに参加交流しています。和菓子作りや朗読、ドッグセラピー、誕生会の見守り、外出などのボランティアが定期的に来訪しています。 | |
| 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。 | 地域にある事業所として認識されています。祭りでは神輿の休憩所に利用者手作りのおにぎりを100個届け、力の発揮と援助の在り方を伝える機会になっています。 | / | / |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。 | 会議では毎回近況の報告を行います。ホーム内や地域、ニュース等さまざまなことが取り上げられ話し合いをします。ご家族の率直な意見も聞かれ参考にします。 | 2ヶ月ごと年6回開催しています。主なメンバーは家族や地域包括支援センター職員、知見者（同業他者）、地域代表です。活動報告の他、インフルエンザ予防や認知症サポーター講習、個別の状況報告などの意見交換をしています。要望などは運営に活かしています。 | 引き続き今後も、家族代表を始め、多くの参加者の下、広く意見を求め、地域との交流を広げていくことが期待されます。 |
| 5 | 4 | ○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる。 | 区内の事業者とともに連絡会を作って市、および区の担当者と連携し協力関係を築いています。 | 運営推進会議の報告や要介護者認定の申請代行など行政と連携をとっています。市や区のグループホーム連絡協議会、地域ケア会議にも参加し、情報交換や交換研修などを行っています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|--|---|--|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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。 | 生活の中での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出来るよう、できる限り拘束しないケアを実践します。虐待防止担当を中心に定期的に研修や振り返りを行います。 | 職員は内外部研修に参加し、共有を図っています。「身体拘束廃止推進委員会」の発足で周知しています。不適切な言葉があれば職員相互で注意し合っています。居室の入り口及び玄関は夜間以外は施錠をしていません。 | |
| 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みます。 | | |
| 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。 | 利用者2名が後見人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実際を経験しています。この経験を通し必要な人への活用ができると思われま。 | | |
| 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。 | 契約にはゆっくり時間をかけて1つ1つ説明し確認、質問できるように言葉かけをしています。話を聞き、見学に対応、納得したうえで申し込みをし、面接、会議の結果を経て契約に至っています。 | | |
| 10 | 6 | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている。 | 利用者には日々の暮らしの中で本人の希望を聞き、援助しながら引き出します。家族面会時や月の便りで、最近の様子などできるだけ伝え、話せるよう努力します。 | 面会時や運営推進会議、年1回の家族会議で要望や意見を聞いています。毎月の「便り」でも家族とのコミュニケーションを図っています。「事業所の移転について」や「『便り』に個別の生活状況を詳しく」などの意見や要望は運営に反映しています。 | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|-----------------------------|------|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 11 | 7 | ○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている。 | 年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ます。新規入居者の決定や行事の内容は、定期ミーティングで職員と話し合い決定します。 | 毎月のカンファレンスや会議で職員の意見や提案を聞いています。年度の目標設定の際も意見を聞く機会を設けています。管理者は日頃職員が自由に意見が言える雰囲気を作っています。シフトの編成やイベント、行事の企画提案を運営に反映しています。 | |
| 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ます。それぞれが生活を維持して勤務できるよう勤務形態など相談しながら勤務表を作成します。 | | |
| 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。 | 年度末のミーティング時、次年度の目標を聞きそれぞれに合わせた研修に参加できるようにします。また参加した研修の内容は持ち帰り、内部研修として参加していないスタッフにも伝えられるよう報告会をカンファレンスの中で行います。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている。 | GH連絡会やGH協会の勉強会に可能な限り出席できるように職員へすすめています。GH連絡会の他施設交流に参加し相互訪問を行いました。 | | |
| 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。 | 初対面の時から関係づくりが始まると考えます。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に努めます。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。 | 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、GHへの心配や不安、質問など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ます。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。 | 申し込み時、すぐに入居が必要と思われる場合は、ほかのGHの空き情報を得るように努めています。時間的余裕があれば当ホームへの申し込みの案内をします。 | | |
| 18 | | ○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。 | 出来ないことや分からない事をさりげなく支援し、出来る事や得意な事は教えて頂いたりやって頂き、相互扶助的な関係を築きます。 | | |
| 19 | | ○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている。 | 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ます。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いただき、連携しながら本人を支えています。 | | |
| 20 | 8 | ○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている。 | 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ます。出身や生まれ、家族など普段の話題に取り入れ支援します。 | 友人や知人の来訪があり、居室で湯茶の接待をしたり、手紙や電話での交流支援をしています。家族の協力で墓参りや一時帰宅、専門医への外来などの継続も支援しています。利用者の脳トレ要望も続けられるようにしています。 | |

| 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、夫々の関係の持ち方を体得しています。助け合う部分では見守り、困っている時には介入するなどして、利用者同士の関係を手伝っています。 | | |
| 22 | | ○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。 | 入院や他施設に移った際は、差支えない範囲でご家族の了解を得て訪問することもあります。当ホームで亡くなった場合もご家族が顔を出しに来てくれることもあり、当ホームで一緒に暮らした関係を大切にしてお付き合いをします。 | | |
| Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント | | | | | |
| 23 | 9 | ○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。 | 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ます。申し送りやミーティングで共有し介護支援計画に活かします。 | 日常の会話や、1対1になる場での会話、相性の合う人同士の意思疎通を通して把握に努めています。思いや意向の表現の困難な利用者は、態度や仕草、様子の観察などで汲み取るようにしています。利用者によって独特のサインがあり、見逃さないように注意しています。 | |
| 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。 | 入居時なじみの暮らし方をアセスメントシートに記入し把握。入居後も引き続き情報収集と分析に努めています。 | | |
| 25 | | ○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている。 | 入居後のミーティングでセンター方式等を使用し個別性を把握し共有します。変化の様子によってシートを見直して分析し日々の援助に活かしています。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 26 | 10 | ○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。 | 本人が笑顔で過ごすために常に職員は援助する姿勢で接しています。家族や本人との話も交えて介護計画を作成します。 | モニタリングは10日ごとに実施しています。介護計画は通常、半年または1年ごとに見直して作成しています。作成に当たっては職員や計画担当、看護師、管理者が参加しています。計画書には本人や家族の意見も反映しています。 | |
| 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。 | 生活記録シートに一人一人の食事量や服薬やバイタル・排泄等身体的状況を記録し、申し送り時に確認を行います。又、個別記録に状態変化やスタッフの気づきを記載して情報共有をし、介護計画の見直しを行います。 | | |
| 28 | | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる。 | 困難な状況を抱えて入居した利用者の中にはGHの生活に症状の変化を召せる場合もあります。家族やボランティアの協力、個別対応等しながら本人がいきいきと暮らせるよう援助します。 | | |
| 29 | | ○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。 | 本人情報が多い時と少ない時があります。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手伝っています。 | | |
| 30 | 11 | ○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。 | 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ないます。精密な検査が必要な際は、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手伝っています。 | 本人、家族了解の下、利用者全員が事業所の協力医をかかりつけ医とし、定期的な往診を受けています。専門医への受診は基本的に家族対応で、受診情報は家族から聞き取り、共有しています。看護職員を配置し、健康面からのサポートをしています。 | |

| 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 |
| 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。 | 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行ないます。 | | |
| 32 | | ○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 入退院時は病院へ必要な情報交換をします。家族を介して情報を連携することもあります。一日も早く回復できるよう手伝っています。 | | |
| 33 | 12 | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所です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。 | 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ります。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ます。 | 入居時に「重度化生活支援に関する指針」を説明しています。状態の変化により、再度、本人にとっての最善策を話し合っています。看取りを行ったあとは、職員の振り返りをアンケート形式で行い、今後の看取り介護に生かしていこうとしています。 | |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。 | 事故や緊急時のマニュアルを用意し入職時に学びます。また外部研修や内部研修でも学びます。。ヒヤリハット報告書などから対応を見直します。 | | |
| 35 | 13 | ○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている。 | 定期的に地震や火災を日中と夜間それぞれ想定し行ないます。それぞれ避難方法が違うため何度か見直し検討して話し合っています。避難誘導時の利用者様の言葉を聞き取り次回の訓練に活かします。 | 6階建てビルの4階にあるため、事業所とビル全体の総合的な避難訓練を行っています。利用者にも意識を持ってもらうため、地震時の避難について話し合っています。訓練時の利用者の意見から階段の足元に懐中電灯の設置をしています。 | |

| 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 |
| 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。 | 人として傷つけられることがないような言葉づかいに気を付けます。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りを行ないます。 | 人生の先輩として敬い、本人の誇りやプライバシーを損ねない呼び掛けや言葉遣い、態度で接するようにしています。親しみの中でもなれ合いでなく、きちんとした態度、礼儀で応対し、その人らしさを大切にした支援を心掛けています。 | |
| 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、引き出せば言葉にできる、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ます。 | | |
| 38 | | ○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、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。 | それぞれのペースを尊重し手伝っています。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ます。 | | |
| 39 | | ○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。 | 自分で衣類を選んだり、髪を整えたり出来る方、興味のない方もいます。好みの色や服など一緒にえらんだり手伝っています。 | | |
| 40 | 15 | ○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。 | 職員と利用者が同じテーブルを囲み食事を取ります。食事作りや片付けも一緒に行います。月に2回ほど出前を頼み、いつもとは違う食事を楽しんでいます。 | 職員が調理しています。職員も同席し、同じ献立の食事をしています。おせちや七草粥など季節や年中行事を大切にしています。ボランティアによる和菓子教室で菓子作りを楽しんでいます。月2回ほど出前を頼み、いつもと違う食事の提供をしています。 | |

| 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 |
| 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ます。いつもと違う時は申し送りで伝えます。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ます。 | | |
| 42 | | ○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている。 | 毎食後歯磨きをします。出来ない部分に手伝いをします。訴えや変化のみられた時には、歯科医師に往診に来て頂くか歯科受診をご家族に協力をお願い致します。 | | |
| 43 | 16 | ○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。 | 食事や外出の前にトイレの声掛けを行っている他、日中と夜間はそれぞれの排泄パターンにあわせ声掛けや誘導を行ない、トイレで排泄できるよう手伝います。 | トイレでの排泄を基本として、一人ひとりの自立度やパターンに応じた対応をしています。夜間は安全や睡眠を重視してポータブルトイレやパットを使用する場合があります。その人に合った排泄支援方法を常に検討し、支援しています。 | |
| 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。 | 職員は便器の掃除をこまめにし、排便の状況を確認します。食後や入浴後にゆっくりと飲んでいただき水分を勧めます。排便はチェック印で全職員が把握しており、便秘傾向の方は医師や看護師とも連携をとり改善に努めます。 | | |
| 45 | 17 | ○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている。 | 入浴したい日や時間に合わせて入浴をしていただきます。熱めや温め等、本人の好みに合わせて湯の温度を調節しています。入浴剤で色や香りを楽しんで頂きます。 | 入浴は週3、4回で、順番などは本人の希望に合わせています。湯加減もそれぞれの好みを把握し、調整しています。足腰が弱り浴槽を跨げなくなった場合も職員2名の介助で湯船に入っています。浴室は、ヒーターを設置し温度差が大きくな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 |
| 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。 | 日中はそれぞれの体力や体調をみながら、休息が必要な方は休んでいただき、生活リズムを整える必要のある方は日中の活動にお誘いしたりと、それぞれのペースに合わせ生活をしています。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。 | 一人一人の病気や薬を入居時からスタッフは共有し、途中薬の変更時は申し送りや伝え、薬手帳や薬局からの薬表で確認します。薬の確認は2人で服薬チェック表で何の薬を何錠か確認し、それぞれにあわせた援助方法で服薬していただきます。 | | |
| 48 | | ○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている。 | 生活歴や普段の生活から本人が意欲を持って取り組めたり、楽しそうなことを探り職員が共有します。それぞれの能力に合わせ、掃除や調理、座ったまま出来る仕事等役割を持ち生活をします。 | | |
| 49 | 18 | ○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。 | 散歩は入居者の希望や天候に合わせて実施します。お花見など全員で外出する時にはスタッフを多く配置したり、ボランティアや居宅事務所に応援を頼み、車いすでも皆が出かけられるよう手伝っています。 | 鶴見川沿いや公園などの散歩、日用品の買い物に出かけています。箱根駅伝見学、初詣、花見、カラオケなど行事としての外出時はボランティアや同一法人の居宅介護支援事業所に応援を依頼し、全利用者が外出を楽しんでいます。 | |
| 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ます。財布にいくらか持っている方もいますが、大金の場合は入居時に御家族とも相談します。 | | |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------|------|---|--|---|-------------------|
| | | | 実施状況 | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 51 | | ○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。 | 耳が遠く電話が使えない方が多い。家族から受け取りたくないと言っている場合は積極的に取り組まないが、そうでない場合は早い時間帯であれば電話を渡しかけて頂きます。 | | |
| 52 | 19 | ○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 利用者の状況に合わせ椅子やテーブルの場所は変えることがあるが、混乱を招かないように慣れるまでは声掛けや誘導を行います。季節にあった生花を飾り、季節を感じて頂いています。 | リビングの換気、温湿度調整は適宜行っています。玄関やテーブルに花を飾り、季節感や彩りを添えています。利用者は職員と会話を楽しんだり、思い思いに寛いだりしています。 | |
| 53 | | ○共用空間における一人ひとりの居場 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている。 | 仲の良い人同士座ったり出来るよう、テレビ前にソファがあります。食後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ます。 | | |
| 54 | 20 | ○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。 | 入居時、家族になじみの家具や服を持ち込んで頂きます。時に、前の利用者が引き取らなかった家具も活用させて頂きます。 | 位牌や家族の写真、タンス、姿見、鏡台、人形など、馴染みの物や大切にしている物を持ち込み、自分なりに配置して生活しています。生活歴や安全性に配慮をし、ベッドでなく布団で寝起きをしている利用者もいます。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している。 | トイレと浴室は手すりがついています。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に利用して頂いています。各居室に自分の部屋が分かるよう目印を付ける方もいらっしゃいます。 | | |

平成30年度

目標達成計画

事業所名 オリーブの家
作成日: 平成31年5月24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 |
|------|------|--------------------------------|--|--|-----------|
| 1 | 3 | 今後新しい地域への移転の可否 単学会議のメンバーを探る | ・新しい入居者も増える数 ・新しい地域と単学会議を通じて はばいどいく。 | ・地域へのあいさつ、行事の参加。 ・会議を通じてオリーブの家を知ってもらう | 12ヶ月 |
| 2 | | | | | ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |