

2019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	(230-0077)			
	横浜市鶴見区東寺尾6-33-24			
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	18名	
		ユニット数	2 ユニット	
自己評価作成日	令和2年1月22日	評価結果 市町村受理日	令和2年6月29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	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)】

<p>長年鶴見中央の地で過ごしてまいりましたが、31年4月1日より鶴見区東寺尾という地区に移転をし、2ユニットとなりました。 今後も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。</p>
--

【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2年2月24日	評価機関 評価決定日	令和2年6月9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、鶴見線「鶴見」駅から川崎鶴見臨港バス乗り場9、10番から、02、03または04系統バスに乗り約10分「東寺尾」下車徒歩2分です。南側斜面に立地し、古くからの住宅地の一角に位置しています。昨年4月に鶴見駅近くのビルから移転して、事業所施設を新築したこともあり、設備も新しく日当たりのよい快適な環境となっています。居宅介護支援事業所を併設しています。

<優れている点>

「オリーブの家」は1999年9月に開設し、5年前に現在の法人に変更していますが、開設時に作成した理念で、「一人ひとりの生きてきた歴史を大切にし、皆で一緒に歩んでいこう」というモットーが、ベテランスタッフを中心として大切に引き継がれており、安定した質の高いサービスに繋がっています。個性ある職員が利用者と歌や体操をしたり、紙コップを利用した雛人形づくりやぬり絵などを楽しみ、おはぎなど和菓子作りなどを日常生活の中に積極的に取り入れ、利用者は変化のある生活を過ごしています。日常の活動を通じて、自然に利用者同士のコミュニケーションも図られ、共有スペースは和やかな雰囲気となっており、ホームの魅力となっています。

<工夫点>

入居者定員増に伴い、利用者家族に対して、事業所の医療連携体制について、直接主治医並びに提携機関の医師を招き、「主治医を囲む家族の会」を昨年12月に実施しています。家族と医師との「顔の見える関係」を築くよう努めています。

【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	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
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。	事務所内に掲示している。毎月のミーティングで話し合いに時間をかけて、職員間の考えを掘り下げて利用者中心のケアを実践するように心がけている。	事業所開所時に作成した理念を引き継ぎ、利用者中心のケアを実践しています。新しく加わった職員には毎月行うミーティングの機会を捉え、理念の浸透に努めています。翌年度から職員間で事業所の年度目標を設定して実施する予定です。	
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。	31年4月に区内の他の圏域から移転、開設した。年数回の運営推進会議には地元町内会長と地域包括支援センターが参加。徒歩2～3分の所に位置するかかりつけ薬局とは20年来の連携ができて、入居者の散歩休憩スポットとなっている。	事業所が移転し、新たに加わった東寺尾の町内会からグループホームの活動について協力が得られ、町内会々長が運営推進会議メンバーとなっています。近くにある薬局とは以前から繋がりがあり、散歩の立ち寄り場所となっています。	地域にある私立学校に交流について働きかけたり、地域の集会への参加やイベントにも取り組んでいます。新しい地域において事業所の存在や活動が浸透し、輪が広がっていくことが期待されます。
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。	事業所としてどんな役割が果たせるかを模索している。地元の私立小中学校に働きかけて、交流の可能性を検討。互いの責任者が相互訪問を終えたところ。小中学校の生徒がグループホームを訪問するところからスタートの予定。		
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。	運営推進会議を定期的に開催し、運営報告を行っている。説明の中で、理解をいただき、ご協力いただきながらより適切なサービスを目指している。	会議には家族、町内会々長、地域包括支援センター職員、提携先薬局の薬剤師、ケアマネジャー、法人評議員などが参加しています。要望があった夏祭りを昨年9月に実行し、焼きとり、焼きそばやビールなどを用意し、楽しい時間を過ごしています。	
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取り組んでいる。	担当者が区内連絡会に参加して行政との会議に出席。認知症であっても暮らしやすいまちづくり行政にともにとりくんでいる。	区役所主催の、鶴見地区6つのグループホームで構成する区内連絡会に参加し、暮らしやすいまちづくりに関する情報交換を通じて、行政との連携を深めています。	

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
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。	職員は入職時及び毎月のテーマ別研修で身体拘束の具体的な内容を学んでいる。それを理解したうえで玄関の施錠は夜勤者1名体制になる18時30分以降～翌朝まで行う。また、事務所内の見やすいところに「ケアの基本」を備えていつでも確認できるように備えている。	身体拘束に関してはカンファレンス時にチェックリストを活用しながら点検を行うと共に、身体拘束についての研修を、年4回、事業所内で実施して周知徹底しています。玄関の施錠については利用者家族に説明し理解を得ています。	
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。	職員は入職時及び毎月のテーマ別研修で高齢者虐待防止法について学んでいる。また、毎月のミーティングの中で利用者本位のケアを話し合い、同時に虐待防止の観点から振り返っている。		
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に支援している。	実際に後見制度を活用している2名の具体例から権利擁護について学ぶ機会を得ている。制度の活用有無にかかわらず、すべての利用者が権利擁護された日常生活が送れるように支援している。		
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。	入居契約前に十分な説明を行い、質問を受け付けて回答。そのうえで契約している。また、31年4月に一部料金改定を行ったときは、家族に説明して、了解いただき、書面にて確認した。		
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。	毎月の請求書にお便りを同封し、日ごろの暮らしを報告している。また、昨年12月には「主治医を囲む家族の会」を開催、家族の意見を聞く機会となった。必要時には個別に連絡して、家族に意見を求めながら運営している。	移転に伴いユニットを増設したことから、利用者の家族を対象に、事業所の提携医療体制について家族会を開催し説明しています。主治医など医療関係者との相互コミュニケーションを図り、家族の医療体制に対する認識を深めています。	

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	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。	昨年4月に移転と増員を行って、職員の半数は新規入職者。代表者と管理者は職員と話し合いながら、事業所の特色を作り上げている段階。職員の個性を運営に生かせるように、働きやすい職場づくりに努めている。	働きやすい環境をつくるため、職員からアンケートを取り、提案を運営に活かしています。「掃除のマニュアル」を作成したり、声楽を学んだ職員から歌のイベントの提案を受けたりして、実施しています。	
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。	介護職員の定着と確保に日ごろから苦戦している。その努力あって、人員はそろっているが、個々の能力はばらつきある。一人一人が根拠ある処遇と責務を果たして、堅実な組織となるように整備している。		
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。	現場でのOJTに最も力を注いでいる。昨年4月に移転・増員を果たして、職員も増員した。経験年数や資格の有無などの差がある職員がケアの上で互に理解して協働することを基本としている。		
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。	横浜市グループホーム連絡会に担当者が参加し、相互実習に参加している。他のグループホームでの研修は職員によい気づきをもたらし、他の職員とわかちあっている。		
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。	入居前面接及び入居時アセスメントから情報収集し、リロケーションによるダメージを減らすことに努力している。収集した情報からケアプランを作成し、介護サービスに生かしている。		

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
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。	家族が認知症になったことで、家族としては二重三重の悩みを抱えることが多い。ケアマネージャーを中心に家族の要望を聞き入れて、連携し、よい関係づくりに努めている。		
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。	サービス利用開始時には、混とんとすることがあり、要望を言葉にできないことも多い。センター方式アセスメントを活用しながら、利用者本位に課題を整理して、居したことを喜んでいただけるサービスに努めている。		
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。	入居者の、今ある力を生かしながら、本人の暮らしを再構築している。本人のしぐさ、言葉などから思いを汲んで、一緒に過ごすケアに取り組んでいる。		
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。	入居者の家族関係はさまざまで、一様に語ることはできないが、本人は家族を大切に思っている。本人の思いを尊重して、家族関係がうまく継続できるように職員は願いながら、柔軟に支援している。		
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。	本人が馴染んでいる人や場所が現存していても、現存していなくても、本人が大切にしているということ自体を尊重した支援を実践している。	以前、利用者と同じアパートに住んでいた友人や、孫、ひ孫などが来訪し、楽しいひと時を過ごしています。居室に家族との写真を飾っている利用者もいます。	

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。	利用者同士は、ゆるやかに、お互いの存在を認め合っている。リビングでのくつろぎ、食事などの場合にも関係性を理解して、それぞれに居心地よい席でくつろいで過ごされるように努めている。		
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。	サービス終了には他施設への移動、入院、死亡などさまざまな理由がある。いづれであっても家族が困ることのないよう配慮し、必要な手続きを支援している。		
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。	一日2回の申し送り時の話し合いから、課題となる要素を拾い上げ、毎月のミーティングで取り上げて話し合う。本人の困りごとを無視することは職員も苦勞することが多い。本人の笑顔は職員のやりがいにつながっている。	利用者ひとり一人の思いや意向を把握するため、居室担当制を敷いています。入居間もない利用者にも多い「家に帰りたい」との帰宅願望は、家族に連絡し、電話などで直接本人と話すことで安心してもらえる様な支援に努めています。	
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。	入居時アセスメントをセンター方式で整理し、その情報をケアに生かしている。入居してから得る情報をさらに加えて、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。	毎日の暮らしの様子を時間ごとに記入。心身状態と有する力は、変化が顕著な時に別紙記入し、記録の省力化を行っている。また、重篤な場合も別紙にて現状の把握をしている。		

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
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。	担当職員を中心にモニタリングし、それをチームで話し合っている。家族にも現状報告し、介護計画の希望と可能性を伝えて、現状に即した介護計画のもとサービスにあたっている。	介護計画は通常3ヶ月、6ヶ月ごとにカンファレンスで見直しています。初めて介護計画を作成した場合は1～2ヶ月で見直ししています。また、モニタリングを通じて認知症の進行や歩行状態に変化がないか、注意深く確認しています。	
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。	記録の省力化を目指すために、個別記録の様式改善に取り組んでいる。生活記録用紙は変更しても、利用者の側に居て気づいたことと工夫は職員間で情報交換し、協働している。		
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。	あくまでも利用者ごとに、利用者中心のサービスを提供することに努めている。		
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。	昨年4月に移転と増員を行って、地域資源の情報不足がある。利用者の豊かな暮らしのために、まだまだ改善の余地があると思う。開設は21年前、長年おつきあいしたボランティアが認知症の人とともに生きる協働を支えている。		
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。	本人と家族の希望のみならず、医療の必要性の根拠を伝えて、納得していただき、受診し、適切は医療を受けている。	月1回、協力医の往診を全利用者が受けています。耳鼻科、整形外科、皮膚科などは家族が付き添ってかかりつけ医に受診しています。毎週訪問看護師か、事業所の看護師がバイタルチェックや爪切り、健康相談などの健康管理をしています。また、主治医との連絡調整もしています。	

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
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。	介護職員と看護職員は連携して利用者に健康な暮らしの提供に努めている。特に自覚しにくい身体症状が利用者の暮らしの混乱を招くことがあり、すべての職員が協働して、利用者の暮らしの安心に努めている。		
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。	利用者が入院した場合は、家族の協力を得て医療機関との協働が図られる。家族がいない場合は後見人を中心に、本人が願うだろうと思われる方向性で話し合い、連携している。		
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。	日ごろから重度や終末期の場合のことをさりげなく、テーマにして意向をうかがっている。そのうえで具体的になった場合に、再度、その意向を確認して、個別に対応している。家族がいない場合には後見人にかわっていただき、確認している。	日頃から家族にさりげなく、延命を希望するかなどと聞いています。実際に看取りの状態になった場合は、主治医（往診医）が状態を家族に説明し「終末期生活支援に関する覚書」の同意を得て対応しています。両ユニットで情報を共有し、連絡が取れる体制にしています。	
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。	毎月のテーマ別研修の中でとりあげて、急変や事故発生時にやるべき職員の対応を学んでいる。実際に発生すると、その知識は吹っ飛んでしまうこともあり、振り返りを行っている。		
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。	管理者を決めて、災害時の避難訓練を全員で実施している。地域の協力を得た避難訓練は今年度は行えていない。	年3回、火災、地震、夜間での発生を想定した避難訓練を実施しています。3月に予定している町内会の消防訓練にも参加し、地域の協力を得られるような関係作りに努めていく意向です。	

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。	職員はふだんから互いに率直な意見をいえる関係で、毎月のミーティングは日ごろのケアを振り返る機会となっている。言葉づかいと態度が高齢者を尊重するものであるように努めている。	利用者には「笑顔で接する」ことを大切にし、忙しい時でも笑顔で話しかけるように管理者は職員へ指導しています。毎年「プライバシーの保護と尊厳」の研修を実施し、「虐待のチェックリスト」で自己の言動の振り返りを行っています。	
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。	職員は利用者の意思を質問したり、しぐさや態度から本人の意思を読み取るように努めている。また具体的に示して、選択してもらうこともある。		
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。	基本的な暮らしは生活リズムを尊重して、食事や入浴を決めている。それでも本人が希望する場合は、可能な限り希望に沿った暮らしとなるように配慮している。		
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。	ご家族が用意された範囲の持ち物を合わせて、本人らしい身だしなみが整うように支援している。気持ちが動いて、関心を示すおしゃれであっても、実際にすすめると本人が嫌がること多く、普段と変わらない身なりを選択する場合が多い。		
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。	食事を楽しむことができるように、無理せず部分的なお手伝いをお願いしている。入居者は「病院に入院中」と思っている人もあり、なかなか協力関係にはなっていない。	毎日、外部の委託業者から昼食と夕食の食材が届き、職員が調理しています。朝食は夜勤職員が買い物と調理をしています。利用者は米とぎ、食器洗い、盛り付けなどを職員と一緒にしています。利用者の好みを聞き、天ぷらそばやカレーなどを一緒に作ることもあります。	

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。	高齢者向けにバランスのとれた献立を決めている。職員と一緒に食卓を囲み、摂取量を確認し、記録。摂取できなかった場合は、なぜかを申し送り職員が考えて、ケアに生かしている。		
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。	毎食後の口腔ケアは職員がついて行き、必要時に歯科医師からの指示をうけて改善に取り組んでいる。		
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。	排泄状況を生活記録に記入して、24時間の様子を把握している。個別の排泄パターンを読み解き、失敗の少ない排泄介助に努めて、チームで共有している。	排泄記録から一人ひとりのパターンを把握し、声かけやトイレ誘導をしています。車いすの利用者でも座位が取れる利用者には2人掛かりでトイレでの排泄をしています。入居して、紙パンツから布パンツに代わり、自立排泄になった利用者もいます。	
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。	排便状況を記録し、性状・量をみながら、水分摂取や医師から処方薬を調整している。申し送り時に一人一人の様子をチームで共有し、対応している。		
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。	入浴の時間帯は午前または午後として、夜間の入浴は行っていない。入浴がゆっくりと楽しいひと時になるように、職員は個別の希望をとりいれて支援している。	浴室は広く、浴槽は、麻痺などの状態に合わせて動かせるタイプになっています。手すりは赤色にして、見やすく工夫しています。移乗台で車いすの利用者も浴槽に浸かることができます。湯の温度や入浴の順番、入浴中の時間などは個々の希望に合わせています。	

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。	夜間の入眠時間は個別に違いがあるが、一人一人の生活習慣をふまえて見守り支援している。日中もリビングでうたた寝することが習慣の利用者もあり、職員側の決まりごととはつくっていない。		
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。	服薬は鍵のかかる棚の個別ケースに入れて、保管されている。服薬時間が近くなると、職員が確認して、お水とともに服薬介助する。口にに入れて飲んだことを確認し、記録する。職員は時間があるとき、薬の目的、副作用を確認している。		
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。	生活歴や力を活かしたアイデアをとりいれて、一人一人が笑顔で過ごす時間が多くなるように心がけてケアしている。それでも、同じような過ごし方の毎日となり、平穏な日常生活となっている。		
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。	暑すぎたり、寒かったりして、日常的に外出はしていない。また道路が階段や坂道であるため、外出機会は少ない。	事業所の建物からメイン通りに入る道が坂や階段になっているので、日常の散歩などの外出は難しくなっています。毎月、車で馬場公園や三ツ池公園迄出かけ、そこでゆっくり歩く機会を作っています。また外食レクリエーションや買い物にも車で出かけています。	
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。	認知症が重度で、お金に関心ない利用者が大半をしめている。関心ある利用者は、自分がお金がない人と信じているので所持していない。		

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
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。	電話に関心ある利用者はいないが、歳末に年賀状の準備を職員が提案した。年賀状を書く人と書いているのを見る人がいた。やりたい気持ちを汲んで職員が支援し、書き上げた利用者もいた。		
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。	職員は共有空間を安全に使えるように配慮し、日ごろから工夫している。日当たりが良すぎてまぶしいので、手作りカーテンで光線量を加減している。	新築の建物で、リビングは広く明るくオープンキッチンへは自由に出入りできます。壁面は、1階はピンク、2階はクリーム色にカラーコーディネートされ、入居者の手作りの雛人形やぬり絵などが飾られています。空気清浄器・加湿器を設置しており、湿度を調整し快適な空間となっています。	
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。	限られたスペースの中で、利用者の関係が安心できるものとなるように個人の座る位置を配慮して、その都度、見守っている。		
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。	入居時に使い慣れたものを持参いただくようお願いしている。趣旨説明が不十分なのか、居室が殺風景な利用者が多い。必要なものは協力していただけるが、居心地よい居室づくりを、家族に無理には頼めない現状がある。	居室には、レースのカーテン、ベッド、タンスが予め用意されています。自宅からテレビ、写真、仏壇などを持ち込み、馴染みの環境にしています。ベランダに面したガラス戸から外の景色が見られ、光が十分に入り、明るい環境になっています。	
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。	限られたスペースの中で、認知症であってもできるだけ力を生かした日常生活が送れるよう目指している。		

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)	○	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ます。 (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
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。	事務所内に掲示している。毎月のミーティングで話し合いに時間をかけて、職員間の考えを掘り下げて利用者中心のケアを実践するように心がけてます。		
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。	31年4月に区内の他の圏域から移転、開設した。年数回の運営推進会議には地元町内会長と地域包括支援センターが参加。徒歩2～3分の所に位置するかかりつけ薬局とは20年来の連携ができて、入居者の散歩休憩スポットとなっている。		
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。	事業所としてどんな役割が果たせるかを模索している。地元の私立小中学校に働きかけて、交流の可能性を検討。互いの責任者が相互訪問を終えたところ。小中学校の生徒がグループホームを訪問するところからスタートの予定です。		
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、ニュースなどさまざまな事を取り上げ話し合いをします。ご家族の率直な意見も聞かれ参考にします。		
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。	連絡会に参加し区内、市内の事業所とともに、市及び区の担当者と連携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「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な研修や振り返りを行います。		
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。	職員は入職時及び毎月のテーマ別研修で高齢者虐待防止法について学んでいる。また、毎月のミーティングの中で利用者本位のケアを話し合い、同時に虐待防止の観点から振り返っている。		
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。	後見制度を利用している利用者様もいらっしゃいます。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方への活用ができると思われます。		
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ります。		
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。	毎月の請求書にお便りを同封し、日ごろの暮らしを報告しています。また、昨年12月には「主治医を囲む家族の会」を開催、家族の意見を聞く機会となった。必要時には個別に連絡して、家族に意見を求めながら運営しています。		

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ている。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。	介護職員の定着と確保に日ごろから苦戦している。その努力あって、人員はそろっているが、個々の能力はばらつきある。一人一人が根拠ある処遇と責務を果たして、堅実な組織となるように整備しています。		
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。	現場でのOJTに最も力を注いでいる。昨年4月に移転・増員を果たして、職員も増員しました。経験年数や資格の有無などの差がある職員がケアの上で互に理解して協働することを基本としています。		
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。	グループホーム連絡会での勉強会等、可能な限り出席できるよう職員に勧められている。横浜市の交換研修で他施設へ行き、良いところを学び持ち帰ってもらい、カンファレンスで報告と振り返りを行います。		
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。	入居前面接及び入居時アセスメントから情報収集し、リロケーションによるダメージを減らすことに努力しています。収集した情報からケアプランを作成し、介護サービスに生かしています。		

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
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、グループホームへの心配や不安、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、ほかのグループホームの空き情報を得るように勧める。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。	入居者の、今ある力を生かしながら、本人の暮らしを再構築している。本人のしぐさ、言葉などから思いを汲んで、一緒に過ごすケアに取り組んでいます。		
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、苦手な人それぞれの関係の持ち方を体得している。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支援しています。		
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る。ホームで亡くなった場合もご家族が顔を出しにきてくれることもあり、グループ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ています。		
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ている。申し送りやミーティングで共有しケアプランに活かしていきます。		
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、スタッフで共有します。入居後も引き続き申し送りやカンファレンスにより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CとDを記入し個別性を把握し共有する。変化の様子によってシートを見直して分析し日々のケアに活かしています。		

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。	担当職員を中心にモニタリングし、それをチームで話し合っている。家族にも現状報告し、介護計画の希望と可能性を伝えて、現状に即した介護計画のもとサービスにあたっています。		
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。	記録の省力化を目指すために、個別記録の様式改善に取り組んでいます。生活記録用紙は変更しても、利用者の側に居て気づいたことと工夫は職員間で情報交換し、協働しています。		
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グループホーム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、個別対応などしながら本人がいきいきと暮らせるよう支援しています。		
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。	昨年4月に移転と増員を行って、地域資源の情報不足がある。利用者の豊かな暮らしのために、まだまだ改善の余地があると思う。開設は21年前、長年おつきあひしたボランティアが認知症の人とともに生きる協働を支えています。		
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。	介護職員と看護職員は連携して利用者に健康な暮らしの提供に努めています。特に自覚しにくい身体症状が利用者の暮らしの混乱を招くことがあり、すべての職員が協働して、利用者の暮らしの安心に努めています。		
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や、退院後も安全に施設で過ごせるよう情報交換を行います。。一日も早く回復できるよう支援しています。		
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。	本人が気持ちを言葉にすることもあるが、ご家族が方針を立てることもある。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きます。		
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ます。ヒヤリハットをもとに月々のカンファレンスで対応の振り返りも行っています。		
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っている。それぞれ避難方法が違うため何度か検討して話し合っている。運営推進会議でも、議題にあげ備蓄の量等を検討し、連絡会等を通し他施設ではどのようにしているか話を聞いている。		

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
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。	職員はふだんから互いに率直な意見をいえる関係で、毎月のミーティングは日ごろのケアを振り返る機会となっています。言葉づかいと態度が高齢者を尊重するものであるように努めています。		
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ています		
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、興味のない方もいる。好みの色や服など一緒にえらんだりし支援しています。		
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。	食べたいモノを会話から引き出して食事にだしたり、旬のものを味わったり、実際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、会話を楽しめるよう支援しています。		

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。	ひとりひとり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。	毎食後歯磨きをしています。出来ない部分に支援しています。訴えや変化のみられた時には、歯科医師に往診に来ていただきます。		
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かけを行っている他、日中と夜間のそれぞれの排泄パターンにあわせ声かけや誘導をしています。		
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ています。食後や入浴後にお茶の時間をゆっくりとり、水分を多めに飲んでいただきます。		
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。	入浴の時間帯は午前または午後として、夜間の入浴は行っていません。入浴がゆっくりと楽しいひと時になるように、職員はそれぞれの時間帯や温度等の希望をとりいれて支援しています。		

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。	夜間の入眠時間は個別に違いがあるが、一人一人の生活習慣をふまえて見守り支援している。日中もリビングでうたた寝することが習慣の利用者もあり、職員側の決まりごととはつくっていません。		
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。	一人ひとりの病気や薬は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で伝わります。お薬手帳や処方内容、服薬チェック表で何の薬を何錠か確認しミスのないように支援を行います。		
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。	生活歴や力を活かしたアイデアをとりいれて、一人一人が笑顔で過ごす時間が多くなるように心がけてケアしています。それでも、同じような過ごし方の毎日となり、平穏な日常生活となっています。		
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。	暑すぎたり、寒かったりして、日常的に外出はしていません。また道路が階段や坂道であるため、外出機会は少ないです。		
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ます。財布にいくらか持っている方もいるが、大金の場合は入居時に御家族とも相談させていただきます。。		

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。	家族から電話について内々に話されている方は積極的には取り組まないが、日中であれば、電話を渡しかけていただいたり、かかってきた電話を取り次いでいます。		
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かけや誘導を行っている。リビングには生花を飾り、季節感を味わって頂いています。		
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。	限られたスペースの中で、利用者の関係が安心できるものとなるように個人の座る位置を配慮して、その都度、見守っています。		
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。	入居時に使い慣れたものを持参いただくようお願いしています。趣旨説明が不十分なのか、居室が殺風景な利用者が多く必要なものは協力していただけるが、居心地よい居室づくりを、家族に無理には頼めない現状があります。		
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。	限られたスペースの中で、認知症であってもできるだけ力を生かした日常生活が送れるよう目指しています。		

2019年度

事業所名 グループホーム オリーブの家

作成日： 2年 6 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	2	訪問調査終了後の結果により以下の指摘をうけた。「新しい地域で事業所の存在や活動が浸透し、輪がひろがることが期待される」まさに次のステップとして取り組むことと考えている。	認知症を抱えていても、健康に楽しく暮らしたい。暮らしの様子を家族に報告して安心していただける関係づくりに努める。	新型コロナウイルスの感染予防を守り、入居者の暮らしを個々の家族に報告する。	1ヶ月
2	2	訪問調査終了後の結果により以下の指摘をうけた。「新しい地域で事業所の存在や活動が浸透し、輪がひろがることが期待される」まさに次のステップとして取り組むことと考えている。	認知症を抱えていても、健康に楽しく暮らしたい。身近な有志の人々に認知症であってもできることがあることを知ってもらおう。	地域包括支援センターが主催する認知症サポーター講習終了後の有志と入居者がお話の会を開き、一緒に過ごす時間をつくる。一緒に過ごすことをきっかけに関係づくりをめざす。	5ヶ月
3	2	訪問調査終了後の結果により以下の指摘をうけた。「新しい地域で事業所の存在や活動が浸透し、輪がひろがることが期待される」まさに次のステップとして取り組むことと考えている。	認知症の人を抱える家族がいなく不安や心配の声に耳を傾けて、グループホームのあり方を振り返る。	新型コロナウイルスによる感染予防策として面会の制限等を行っている。離れて暮らすご家族にアンケートを実施し、意見をとりいれたいと計画している。	3ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月