

## 自己評価及び外部評価結果

作成日 平成 28 年 12 月 12 日

### 【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3491100016		
法人名	有限会社オリーブハウス		
事業所名	オリーブハウス因島		
所在地	広島県尾道市因島田熊町4866-1		
	電話番号	0845-26-6022	
自己評価作成日	平成28年10月 8日	評価結果市町村受理日	平成 28 年 1 月 6 日

※事業所の基本情報は、介護サービス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

### 【外部評価機関概要【評価機関記入】】

評価機関名	一般社団法人 みらい
所在地	広島県福山市山手町1020番地3
訪問調査日	平成 28 年 12 月 1 日

### 【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)】

地域連携:因島・瀬戸田・愛媛県の弓削にあるグループホーム、小規模多機能事業所など合わせて13事業所が在宅介護に苦しむご家族や仕事に悩む介護職員、そして介護を必要とされている方々の「力」となる事を目的とした団体「シーポート」を結成。外来講師を呼んでのスキルアップや交流会などによるストレスの解消、地域の方も対象とした映画鑑賞会や講演会の開催、介護保険や地域ニーズの情報交換などを行っており、また地域の介護相談所「街かど相談室」を設置。介護相談を受け入れて、さらに今年から介護のニーズに合わせて地域に呼びかけるのではなく、地域のニーズ、お互いそれぞれのニーズを把握し助け合うことを目的に「まぜこぜ島づくり会議」を発足、地域活動にも力を入れています。健康管理:外出後の塩水でのうがい、手洗い、消毒はもちろん、誤嚥性肺炎を起こしやすい入居者さんに対し、歯科医の指導の下「摂食嚥下チェックシート」を設け、状況把握に努め、低体温を起こしやすい入居者さんには1日3回のバイタルチェックを行ったりと、個々の状況に合わせ、より注意深く見守ることで体調悪化を最小限に食い止めるよう努めています。排泄:起床後にきな粉牛乳をお出する、因島名産の杜仲茶を飲む、1日1200ccの水分摂取をする、新鮮な生野菜を食べる、1日2回以上散歩や買い物などの外出を行う、といった事により薬に頼らない自然排便を促し実現しております。

### 【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)】

因島内の設立10年を迎える事業所で、管理者と職員は自分達で作った理念が介護における最終目標となるよう日々取り組んでいる。管理者は職員自らが日頃のケアの中で課題に気づき、職員間での十分な話し合いにより、解決するすべを見つけられるようバックアップすることで職員の主体性の育成と介護スキルの向上を図っている。利用者が自分らしさを失わぬ様生活歴や自宅で暮らした時の環境を大切に、自宅で花を育てていた方には花の苗を買いに行こうと誘ったり、出身地で開かれる敬老会へお連れし今までの人間関係が継続できるように一人ひとりにマッチした支援に努めている。利用者にとってのメインパーソンは家族であり、職員はあくまでサポートする立場であることを重視し、日帰り旅行や忘年会も家族参加で行われている。これにより家族と職員との関係はより密になり、事業所の大掃除にも家族の手伝いが得られている。利用者・家族・職員との絆をより深める取り組みとして大掛かりな旅行の計画も準備中である。現在社会的にも高齢化が進む中、認知症になっても安心して暮らせる地域作りを目指し、徘徊模擬訓練を地域に提案したり、13の介護事業所で結成した団体による活動や地元高校での認知症の講演など既成概念に捉われない幅広い活動を展開している。

## 自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	「BS法」によりスタッフ全員で作成した目標の中から「入居者」「スタッフ」「地域」「健康」「環境」の5項目に分け、理念を作成している。	開設時に職員と共に作成した理念を掲げ、日頃から念頭に置き支援に努めている。理念を最終目標とし、日々課題を見つけながら解決に繋げるよう取り組んでいる。時折原点に戻り、基本を崩さないで日々実践するよう周知している。	
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	町内会に参加、子供110番に加入、地域の清掃活動及び夏祭り、敬老会など地域イベントに参加したり、地域のボランティア活動を積極的に受け入れている。さらに「オープンサロン」という地域の方を対象としたサロンを事業所内で行い、交流の場としている。また、広報誌を月に一度回覧板で回し、広く情報提供している事に加え、地域からのご意見を頂くための記入用紙も回覧板で回らせて頂いている	地域の祭りや利用者の自宅がある町内の敬老会へ参加している。区民館の行事に屋台を出すなど協力し、地域住民が事業所主催の桜祭りに参加するなど地域交流は盛んに行われている。又、ボランティアの受け入れやホーム長が地元の高校に講師として出向くなど、あらゆる面で積極的に取り組み地域への浸透度が高い。	
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	地域の方々の入居相談を中心に、地域の福祉ニーズ把握に努めている。また、介護相談所「街かど相談室」を設置し、入居相談以外の介護相談にも応じている。また、地区や学校、警察などで認知症についての講演を行い、理解を広げている。		
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	運営推進会議は年に6回、地域包括支援センターの職員や区長、班長など地域住民の方々、ボランティア団体やご家族などが参加し、行っている。地域とのさらなる交流の取り方やイベントに関する事、地域の方とともに防災訓練を行ってご意見を伺うなどを行い、サービスの向上に活かしている	会議は地域代表や家族の出席、又、歯科医や駐在所員の参加もあり定例化されている。ヒヤリハットや歩行状態・食事形態など利用者の実情を詳しく報告し、事例を基に話し合っている。防災訓練を兼ねることもあり、地域に向け徘徊模擬訓練の提案をするなど有意義なものとなっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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り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	市町村担当者や地域包括支援センターの職員に事業所及び地域の実情や取り組みを伝え、その解決方法に関する相談などを行っている。また、認知症サポーター養成講座の講師として社会福祉協議会と連携をとりながら地域への認知症への理解に取り組んでいる	市町には事業所側から連絡を取り、状況を理解してもらっている。市からは13の介護事業所で結成している「シーポート」へのバックアップもあり、行政への情報提供も行っている。必要に応じ包括支援センター主催の研修にも参加し関係を築いている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	玄関の施錠など環境、身体面はもちろん、睡眠薬や安定剤などの薬による抑制も「拘束」と考え行わない事に加え、認知症状においてその行為が何故起きるかを、「その人」という視点から捉え、その理由の把握に努めていくことで拘束をしないケアを実現している	管理者・職員は利用者の状態が徐々に重くなる中で動きを制限しないケアに取り組んでいる。ベッド柵や言葉による制止を課題として常に話し合いを行い束縛しない対応を実施している。又睡眠を薬に頼ることも拘束と捉え使わない支援に努めている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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逃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	虐待の中に潜む背景や状況を理解するために、外部研修や高齢者虐待防止教育システムを活用し周知徹底している。また、「コーチング」等、スタッフの能力を引き出す指導方法によりスタッフのモチベーションを上げる工夫を行う。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	成年後見制度について、その必要性がある入居者様とご家族への説明に関し、包括支援センターにも相談し資料を取り寄せ、職員に周知徹底すると共に関係者と話し合っている。		
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	入居時に十分な説明を行い、理解・納得を図るのはもちろん、入居後も随時ご相談に応じている。		
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なら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	意見や不満、苦情があった時にはすぐ職員で話し合いを設け、対応している。又、意見や不満、苦情とその対応を記入したものを玄関に貼り、外部者に表すると共に運営に反映させている。	事業所への訪問や行事への参加が定着して家族は思いを出せる場面が多い。家族と職員との関係は良好で、意見・要望は日常会話から聴き取り、職員間で周知し改善に繋がっている。電話連絡も小まめに行っている。	
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	月一回会議を開催している。会議で決まったものは、即実行している。又、スタッフに随時、面談や文書での意見を聞いている。	職員の中で課題や意見が出れば会議で答えが出るまで話し合い具体策を見つける。会議は職員主導で行われ意見が出しやすい環境となっている。必要に応じ個人面談も実施している。	
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	個人の年間目標を作成し実践したり、イベントなど担当を設けて行う事で達成感がわき、やりがいに繋がっている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	スタッフがケアを行う上で悩んでいることを把握し、それを解決出来るような外部研修を探して参加したり、内部研修を行ったりしている		
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作り、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り組みをしている	現在因島・瀬戸田のグループホーム、小規模多機能、デイサービス、福祉用具など13事業所で地域のニーズの迅速な把握や介護の情報交換等を目的とした「シーポート」を結成。その中で2ヶ月に一度以上のペースでスタッフの「交流研修会」を行い、スタッフ同士の結びつきの構築やストレスの解消、事例発表などの勉強会によるスキルアップも行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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 サービスを導入する段階で、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	相談から利用に至るまでに、本人と面談し、話をお聞きすると共に、グループホームにも遊びに来て頂き、環境を把握して頂く事で不安を取り除きつつ、要望をお聞きしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	相談から利用に至るまで、家族の方々と面談し、連絡を取り合い、不安なこと等をお聞きしている。また、待機の方が多く、すぐに入居出来ない事が多いので、入居できるまでの間の介護相談、在宅介護方法や情報提供など行い、状況によっては自宅に訪問し、状態を把握し、対応している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	相談時の緊急性に応じ、他のサービス利用の情報提供や先方への連絡といった支援などを積極的に行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事作り、掃除、洗濯物干しなど役割を持ち、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。また、入居者の方々だけでなく、職員の誕生日会を開いて入居者の方々とお祝いするといった、同じ家族として一方的にならないように対応している。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	ご家族も入居者を支えるチームの一員として、お互いに相談し合う事で関係を築いている。また、必要に応じてケアプランの中にご家族の役割を相談の元に設けたり、夫婦二人暮らしの方は片方を預けられると張っていた気が抜けてしまう事があるので、時折家に帰られたり、施設に来て頂いたりしている。		
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	常時来客を受け入れたり、馴染みの場所への外出を行ったりと支援に努めている。初詣や敬老会、各種イベント事などに対して「入居者それぞれの地元で行われているもの」に参加することで、馴染みの人と触れ合うことが出来ている。	馴染みの神社への初詣や地元の敬老会への参加により、利用前からの地域住民との関係が継続できるよう支援している。実家や生家、元の職場にお連れすることもあり、各種のイベントへの参加など、今までの生活を大切にする支援に努めている。	
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、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	入居者さん同士がお互いに関心を持てるようなコミュニケーションをスタッフが随時意識して行っており、理念にも挙げられている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	契約が終了しても気軽に遊びに来て頂いている。また、退居後の様々な介護相談に応じている。又、入院退居された方のお見舞いに伺っている。		
<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	ご本人の意見や要望をお聞きすると共に、行動や仕草から行動を探り、生活記録に記録している。また、家族より聞き取りを行っている。	本人が意思を伝えられる雰囲気作りを行い、表出が難しい方は声なき声に耳を傾け、言葉かけを工夫し思いを理解する。出された意見は会議で話し合い職員に周知し、本人の望みを優先したケアに努めている。拒否の場面では必ず納得が得られるまで説明をしている。	
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	入居相談のときからこまめに情報をお聞きして以前から生活歴を把握し、入居後のケアに生かしている。その事により待機の状態でも随時の介護相談に対応することが出来る。又、入居後は家族会時に家族から聞き取ったり、来訪時に随時聞き取ったりしている。		
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	生活記録用紙や日誌などにその日一日の過ごし方やリズム、心身状態などを記録し、把握に努めている。また、日頃よりスタッフ同士で情報交換している。		
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	担当職員は入居者や家族と話し合い、他の職員の意見を取り入れ、計画作成者と共に介護計画を作成している。また、作成された介護計画は職員間で共有し、家族に説明し、理解を得ている。	生活歴や楽しみの趣味、どう生きるかといった個々の希望を大切にプランを作成している。3か月毎にアセスメント・モニタリング・見直しを行っている。状態が変わればアセスメントの中や症状からくみ取りプランに繋げている。	
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	日々の生活記録に記録し、いつでも内容が確認できるようにしていると共に、入居者さんとのコミュニケーションや仕草などによるちょっとした気づきをホワイトボードに記入し、職員全体で情報共有しながら実践や介護計画の見直しにも活かされている。		
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	入居者の通院の支援はもとより近隣の高齢者のデイサービス受け入れ・空き部屋がある場合はショートステイの利用を出来るように、グループホームの多機能を活かしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域の方がボランティアに来て下っており、入居者さんのニーズに合わせた活動をして頂いている。また、入居者さんのニーズに対し、公民館で開催されている教室などの習い事など地域のインフォーマルサービスの活用を行っている。さらに日中一時事業所「ひだまり」と連携し、子供たちとの交流も行っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	本人や家族の希望を受け、かかりつけ医の受診支援を行っている。入院手続きなども必要に応じて行い、利用者が安心して暮らせるように支援している。また、内科や外科だけでなく、必要に応じ歯科、眼科、皮膚科、整形外科、リハビリテーション科などの受診支援も行っている	本人・家族希望のかかりつけ医と全ての他科受診への対応を行っている。歯科医の訪問もあり指導を受け、口から食べる事を大切にした支援を実施している。緊急時の受診結果は早急に家族に伝え、通常は訪問時に口頭で伝え利用者の健康状態を共有している。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	職員の看護師はもちろん、協力医療機関の看護師や、利用者を良く知る看護師と相談しながら日常の健康管理などの支援を行っている。		
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、又、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。あるいは、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。	医療ソーシャルワーカーと入院月から連携をとっている。また、退院時には退院カンファレンスに参加し、事業所へ帰られてからの対応などを小まめにお聞きしている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時より通常及び終末期の医療、看護、介護に関する方針を本人や家族等と話し合っ互いに同意している。また、入居時に重度化した時の対応と看取りに関する事業所としての指針を伝えている。	利用開始時に看取り指針を説明し、家族の同意を貰っている。訪問看護と医師、家族の協力により病院搬送直前まで支援した事例もある。看取りに移行した段階では希望により医師の指示・家族の承諾を得て支援を行うこととし、職員間の意識統一もできている。	
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	緊急時に対応処置が出来る、緊急時マニュアルを作成し、定期的な訓練を行っている。		
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	年に2回消防計画を立て、消火訓練及び避難訓練を実施している。又、消防署員の方に立ち会って頂いたり、地域の方に広くお願ひし、避難訓練にご協力頂いている。又、地域の防災訓練にも参加している。	年2回消防署指導での訓練と自主訓練を地域住民参加で実施している。参加者が利用者の身体状況を理解した上で、避難誘導・安否確認・署員への人数報告などを行っている。訓練状況をビデオ撮影し反省会で写し、各自が次回に繋げられるよう取り組んでいる。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	管理者や職員は利用者を尊重し信頼関係を築いている。プライバシーを損ねるような対応をしていない。記録などの取り扱いも適切に行っている。	接遇面で問題が起きた時はその都度職員間で話し合い意識統一を行っている。馴染みの関係でも節度ある対応を心掛けながらプライドが保てる支援に努めている。一人ひとりの個性を理解しトイレ誘導時の声掛けや呼び方も個々に合ったものとしている。	
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	本人の思いや意見をその人に合わせたペースで傾聴したり、表情から読み取っていくことで把握に努めている。又、常に職員側で決めるのではなく入居者にお伺いする事で自己決定の支援を行っている		
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	入居者一人ひとりの生活リズムを記録にとり、そのペースに合わせた支援を行っている。「スケジュール」は作らず、あくまで「入居者様の生活」を支援する。		
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	理美容を本人の希望、家族の要望にあわせ対応している。又、化粧教室等を活用し、化粧等おしゃれを楽しんで頂いている。		
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	朝の広告や料理の本と一緒に見て、毎回入居者さんと買い物・調理等、常に入居者さんと一緒に作って頂いている。	豊富な食材で手作りの食事を個々に合わせた形態で提供し、それぞれのペースで食べられている。六角形のテーブルを使用し高さを工夫する等食べやすいよう配慮されている。おはぎなどの行事食を作ることで食への意欲を高める支援も行っている。	
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	その人に合わせた食事量を把握し、提供している。又、食事やおやつ、起床時や入浴後などの定期的な水分摂取はもちろん、その他でも水分チェックシートによる水分量を確認しながら摂取を薦め、最低でも1日1200ccの摂取を実現している。また、無理に摂取して頂くのではなく、好みを把握したり、タイミングよく随時飲み物をお出ししたりと、工夫している。		
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	歯科医の指導の下、毎食後には必ず口腔ケアを行うなど、清潔保持している。又、歯科医による勉強会に随時参加し、口腔ケアの勉強をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	ご本人の訴えはもちろん、仕草などから把握し、決められたトイレ誘導ではなく、その人に合わせたトイレ誘導を行なっている	日中は個々の排尿・排便チェックを基に定期的にトイレ誘導を行っている。寝たきりの方でもサインがあればトイレでの排泄を促すこともある。夜間はポータブルを使用する方もあり、トイレでの排泄に拘った支援に取り組んでいる。	
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	排便状況を随時確認して記録に残すとともに、きなこ牛乳や杜仲茶をお出ししたりオリゴ糖をませたりと飲食物の工夫や、日常的な運動などを行っている。		
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、個々にそった支援をしている	入居者さんのペースに合わせて急がせず、本人の動きにあわせて行っている。又、最も多い希望時間が夜間だったので、生活歴にあわせ夜間入浴を行っている。夜間入浴を行うことにより、疲労や体が温められた事による安眠への誘導など、様々な効果がみられる。また、ご希望や長く施設入居されていた方などに合わせ、昼にも入浴を行っている	週2回午後入浴を基本としているが、入浴時間や時間帯は希望があれば臨機応変に対応している。嫌がる場合には無理強いせず、声掛けを工夫し入浴の実施に繋げている。寝たきりの方にも清拭やシャワー浴をしてもらい清潔保持に努めている。	
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	音が聞こえなかったり電気を消すと寝付けない人、本を読む習慣のある人など、生活歴や生活習慣を把握し対応したり、昼間と夜間の相関関係を分析し、安眠に心がけている。また、いたるところに腰をかけられるポイントを作り、休めるようにしている。さらに昼寝の時間を設けたり、身体が重くでなかなか外出ができない人でも外気浴を行い、日光を浴びることで昼夜逆転を防いでいる。		
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	医師からの意見や薬の情報を職員が理解している。また、記録を2通り残し、薬情報をファイルに記して複数の職員が目を通せるようにしている。また、薬箱にも薬の内容と効果を記載して周知徹底を行っている。		
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	絵画や生け花等、昔からの趣味を把握して、日々の生活の中でそれが行えるよう支援し、それを事業所内で掲示・飾る等を行い、訪れた様々な方より評価頂いた事をお伝えし、やりがいに繋げたり、公民館で個展を開かせて頂く等インフォーマルサービスも活用しながら、より多きな喜びと生きがいに繋げている		
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。又、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	イベント行事や買い物等の他にも、季節を感じられるような外出(花見、紅葉など)や、その人の趣味に合わせた外出も行っており、遠方への一泊二日の外泊旅行も行っている。また、買い物や散歩など、一日1度以上の外出を行い、地域の方と触れ合っている。	地域の行事へは殆ど参加し、同法人主催の行事に瀬戸田まで出かけている。利用者の出身地での敬老会や花の苗を買いに出かけるなどの個別外出も行っている。家族も参加でのいちご狩りやイルミネーションを見物に出かけるなど趣向を凝らした外出支援を行っている。	



自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	一人ひとりの希望や力に応じて、お小遣い帳の管理や計算を一緒にしている。		
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	本人が電話を気軽にできるよう支援するのはもちろん、状況に応じて適した介助（番号を押すなど）も行っている。手紙は必要に応じて準備や投函の支援も行っている。		
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	民家改修型であり可能なぎり引き戸にして昔ながらの生活様式を生かしている。また、至る所に消臭芳香剤を取り付け、心地よい香りを空間全体に広げている。季節を「目」で認識していただくために、季節に合わせた飾り付けを行っている。	玄関には鉢植えが置かれ、正面に掲示された職員の写真が出迎えてくれる。リビングは昔からの居間といった家庭的な雰囲気の中で、壁には季節の飾り物が掛けられている。食事の席も利用者の思いが反映されている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	共有スペースで、ごろ寝、雑談等のできる空間や、一人でもいたい居間に籠るのは寂しいという時に一人になれながら人の声が聞こえてきて寂しくない空間として「セミパブリックルーム」を設け、一人でゆっくりしたいときや仲の良い入居者さん同士で話したりしたい時に、自然と利用していただいている		
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	本人の使い慣れた、使っていた箸、湯のみ、コップ等持ち込んでいる。服、アルバム、裁縫道具、絵画、楽器、棚等。またお部屋は基本的に施設の設備はおかず、入居者の私物を沢山持ってきていただくことで、そのお部屋が「自分の部屋」になれるよう工夫している。	それぞれの部屋の入り口には住人の写真が飾られ分かり易い。ベッド以外は全て持ち込みで、タンスを二棹持ち込まれている方、壁に家族写真を貼られる方と美しいの部屋となっている。	
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」「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	手すりやスロープを取り付け、つまずきやふらつきからの転倒を環境面からも防いでいる。		

V. サービスの成果に関する項目【アウトカム項目】

項目		取り組みの成果(該当するものに○印)		項目		取り組みの成果(該当するものに○印)	
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	○	①ほぼすべての利用者の	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	○	①ほぼすべての家族と
			②利用者の2/3くらいの				②家族の2/3くらいと
			③利用者の1/3くらいの				③家族の1/3くらいと
			④ほとんど掴んでいない				④ほとんどできていない
57	利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある	○	①毎日ある	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	○	①ほぼ毎日のように
			②数日に一度程度ある				②数日に1回
			③たまにある				③たまに
			④ほとんどない				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	○	①ほぼすべての利用者が	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が広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている	○	①大いに増えている
			②利用者の2/3くらいが				②少しずつ増えている
			③利用者の1/3くらいが				③あまり増えていない
			④ほとんどない				④全くない
59	利用者は、職員が支援することで生き活きた表情や姿が見られている	○	①ほぼすべての利用者が	66	職員は生き活きと働けている	○	①ほぼ全ての職員が
			②利用者の2/3くらいが				②職員の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③職員の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
60	利用者は戸外の行きたい所へでかけている	○	①ほぼすべての利用者が	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				②利用者の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③利用者の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどない
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	○	①ほぼすべての利用者が	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利用者の2/3くらいが				②家族等の2/3くらいが
			③利用者の1/3くらいが				③家族等の1/3くらいが
			④ほとんどない				④ほとんどできていない
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	○	①ほぼすべての利用者が				
			②利用者の2/3くらいが				
			③利用者の1/3くらいが				
			④ほとんどない				

事業所名: オリーブハウス因島

作成日: 平成 28 年 12 月 29 日

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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
1	49	今まで、入居者さんのご希望に沿って温泉旅行や金毘羅さんに外泊旅行に行ってきたが、現在「沖縄に行きたい」というご希望がある。	沖縄に行く。	ご家族への了承や打ち合わせ。旅行会社との打ち合わせ。事前の医師の許可など。	24ヶ月
2					
3					
4					
5					

注) 項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。