

自己評価及び外部評価結果

作成日 令和 2 年 3 月 13 日

【事業所概要【事業所記入】】

事業所番号	3471504039		
法人名	(有)オリーブハウス		
事業所名	オリーブハウス蔵王		
所在地	広島県福山市南蔵王町五丁目22-3		
	電話番号	084-946-5453	
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 3 月 23 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	http://www.hiroshima-fukushi.net/kohyo/index.html
----------	---

【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	令和 2 年 2 月 26 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)】

家庭的な雰囲気と地域との繋がりを大切に、家族の皆様と利用者様・スタッフとの連携体制を整えています。生活リハビリを取り入れ、食事準備・洗濯物干し・洗濯たみなど 利用者様と一緒に出来る事を行っていく 体制を整え、毎日午前と午後に体操を行い、利用者様の体力維持に気をつけています。

【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)】

商業地域の中にあり、大型スーパーや大型電気店が近隣にある。また、バス停も近くにあり、利便性は良い。民家を改造した建物で昔ながらの引き戸もあり、懐かしさと温かみのある家庭的な雰囲気の事業所である。利用者、職員が家族の様な雰囲気で穏やかに過ごされている。利用者9名という事もあり、一人ひとりに寄り添う時間も長く、ゆっくり話を聞く事で、その人の思いや状況等が速やかに把握でき、個々の思いに対しては可能な限り沿うように努めると共に変化にも素早く対応をする事ができる。家族会も年3～4回実施し、お花見等の行事と共に行う事もあり、利用者と家族が密に触れ合いながら、共に楽しむことができる機会となり、また、その中で忌憚のない会話から家族や利用者の思いも汲み取ることができ、信頼関係も築かれ、貴重な時間となっている。職員も優しく、一人ひとりに向き合い、一日を大切に過ごしてもらえるよう全職員が思いを一つに、ブレのない、統一した、ケアを心掛けている。医療面も協力医療機関との連携が構築され、24時間、指示が得られる体制ができていて、安心である。地域との関わりも地域行事には積極的に参加し、地域の一員として、総会や防災訓練へも参加し、地域の理解と協力が得られる働き掛けをされている。今後、地域との交流が深まる取り組みとしてミニサロンの開設を計画をされていると共に管理者をはじめ全職員が地域密着型事業所としての機能を活かし、地域に根づいた事業所となる様、一丸となり取り組まれている。また、利用者が馴染みの地で安心安全に自分らしく、生活できる環境づくりに努めている。今後更なる取り組みに期待したい。

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
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「身体・自立」「環境・衛生」「地域・家族」「心理・安全」「役割・生きがい」「スタッフ」の6項目に分け、理念を作成している。	玄関や食堂の誰もが見え易い場所に掲示し、ミーティングや会議で周知され、常に理念を意識し、実践に繋げる様取り組まれている。	
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	地域への挨拶はもちろん、町内会会員となり、溝掃除など町内会活動や会合に参加している。	清掃活動や防災訓練に参加すると共に地域の一員として総会にも出席し、関係づくりに努めている。また、利用者と共に地域行事にも積極的に参加し、多くの方々との交流に努めている。散歩時には挨拶を交わし、顔馴染みとなる様取り組まれていると共に今後更なる地域との交流が深まる様にミニサロンを計画している。	
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	地域行事に参加時、説明等広報活動をしている。また運営推進会議等でホームの説明を行っている。		
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	行事に参加し、広く地域の方々の意見を取り入れ、参考にしている。	家族、町内会長、民生委員、行政、包括職員等の参加の下、現状を広範囲に報告し、参加者全員に意見や情報等を頂き、サービスに活かしている。オリーブハウス時報（ホーム便り）を見ていただき日々の様子を把握してもらっている。	
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り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	実際にあった事例や、制度に関するものなど、不明な点や相談がある場合は、電話または直接役所に伺い、相談することで連携をとっている。	疑問点や困難事例等があれば電話や行政まで出向き相談されている。運営推進会議への参加もあり、取り組み等については理解が得られている。包括とも小地域ネットワーク会議に参加し、情報や意見交換の場もあり、協力関係を築いている。	
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	3カ月に1度、研修を行い、啓発に努めている。	身体拘束廃止委員会を3ヶ月毎に実施し、話し合いや勉強会を行い、全職員正しく理解されている。基本身体拘束はしない方針であり、玄関の施錠を含め拘束はしていない。不穏な方には要因を把握し、連携を取り見守りで対応し抑圧しない支援をしている。	
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	資料を集めマニュアルを作成し、それを元に学習している。また、職員間で虐待につながる行為がないか話し合っている。		

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
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	資料を集めマニュアルを作成し、それを元に学習している。		
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	家族様との繋がりを大事にして、意見や不満、苦情に常に耳を傾け、運営に反映している。また意見箱を玄関に設置している。	訪問時や利用料の支払いに来られた時に現状を伝える中で聞き取るようにしている。また、家族会が年3、4回あり、その中で忌憚のない話から把握する事もあり、色々な場面での意見、要望は運営に反映させると共に個々に対応もし、職員にも周知している。ホーム便りも送付し日頃の様子を把握してもらっている。	
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、スタッフに随時声掛けをして、また面談や文書での意見を聞いている。	日ごろ気付きがあれば、その都度聞く様にすると共に問いかける事もある。又、会議の中で聞く機会を設けている。信頼関係が築かれ、何でも気軽に意見や提案が出る。それぞれの場面での意見や提案は反映させている。時折個人面談を行っている。	
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	運営者は常時、職員の努力や実績、勤務状況に関して管理者から報告を受け、把握している。		
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	内部での勉強会、定期的に行われている市内における勉強会にも参加している。又 スタッフ同士の助け合いの声掛けをしている。		
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	「小地域ネットワークグループ」会員として他事業所とのネットワークづくりや勉強会等取り組みをしている。		

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	
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、管理者及び職員がその利用者宅を訪れ、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、常時連絡を取り合い、不安な事等をお聞きしている。		
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	相談時に緊急性があるかどうか見極め、他のサービス利用も含めた対応を行っている。		
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	本人の出来ること、特技を発見し、それをスタッフが共有できるようにケアプランに盛り込んでいる。		
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、お互いに相談しあうことで関係を築いている。		
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。	家族や親戚の訪問もある。また、定期的に息子さん来られ、ドライブや自宅へ帰られる方もいる。希望でドライブに出かけ、お墓参りをして帰る事もあり、できるだけ馴染みの人や場との関係が少しでも長く継続出来る様柔軟な支援を心掛けている。	
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	利用者同士のトラブルが、起こらない様に、食事作り、掃除、散歩時、協力しペアやグループで関わり、支えあっている。		

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
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	繋がりを大切にして、契約が終了しても気軽に遊びに来て頂いている。		
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	ご本人の意見や要望をお聞きすると共に、行動やしぐさから思いを探り、生活記録に記録している。又、家族より聞き取りを行い、会議にて検討している。	日々の会話の中や生活歴から把握している。又個別対応時にも忌憚のない話から汲みとる事もあり、できる事は思いに沿えるようにしている。表出困難な方には家族の協力と声かけをし、その時の表情から検討している。	
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	入居時、その以前からの生活歴を把握し、ケアに生かしている。又、家族面会時に家族から聞き取っている。		
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心身状態などを記録し、把握に努めている。		
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	介護計画に本人、家族も参加して頂き、職員と共に意見やアイディアを出し合っている。	家族や本人の要望、主治医の所見、日々の状況から課題やニーズについて職員の意見等を基に担当者会議で検討し、現状に即した柔軟な計画を作成している。モニタリングや見直しは3ヶ月毎となっている。家族の承諾も得ている。	
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	日々の生活記録用紙に記入しいつでも内容が確認できるようにしている。		
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	家族の宿泊の奨励。自宅外泊の推奨。		

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	ボランティアが来て下さり、入居者の意向に合わせた活動を行って頂いている。 又、知的障がいのある者の子ども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	入居者、家族の希望に応じ実施している。	家族の希望に沿った対応をしている。協力医療機関の往診が月2回、他科については家族対応となっている。日々の状況は適切に主治医に伝えと共に結果についても家族と共有している。今後、歯科支援は定期的な口腔ケアができる体制作りも検討している。協力医との連携も構築され、夜間や緊急時、24時間指示が得られ安心である。	
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、利用者をよ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。		
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	入居時より終末期の医療、介護、看護に関する方針を本人や家族等と話し合い同意を行っている。又、本人、家族の希望に応じて連携医の意見を聞き、必要に応じてターミナルケアを協力医療機関と共に行い24時間支援が取れるように取り組んでいる。	指針を基に利用開始時説明をし、理解が得られている。重度化した場合は、主治医、家族等三者で方針を話し合い、その時々状況により、その都度家族の意向を確認しながら、主治医と連携を取り、希望に沿った対応をされ、家族、主治医と密に話し合い、協力を得、チームで支援に取り組まれている。	
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	緊急時に応急処置ができる。緊急時マニュアルを作成し、定期的に訓練を行っている。研修に参加		
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、避難訓練を実施している。また地区の防災訓練に参加している。	年2回、消防署指導1回、自主1回、通報、消火、避難誘導の訓練を日中、夜間を想定し実施している。民生委員の参加も得られている。又、地域の防災訓練にも参加し実践力を身につける様取り組まれている。防災器具の点検も定期的に行うと共に備蓄もしている。	

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	
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	尊厳を守った言葉掛けを行っている。また記録 などの取り扱いも適切に行っている。	定期的な会議の中でプライバシー、個人情報、接遇の研修はしている。人生の先輩であると言う事を意識し、尊重した声かけや対応をするよう周知し、気づいた時には職員間で注意し合い、プライバシーを損ねない支援に努めている。		
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こと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取り、そのペースに合わせた支援を行っている。			
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	理美容を本人の希望、家族の希望にあわせ対応している。			
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を一緒に見て、毎回入居者さんと買い物、調理等常に利用者さんで行っている。又、野菜作りを行っており、一緒に食べる事で収穫する楽しみも味わって頂いている。	ミキサー食やトロミ食等、個々の身体状況に合わせた形態で、食を促す声かけや雑談しながら、その人のペースに合わせ楽しみの時間となる様務めている。皆さん完食。食材の買いものにも同行し、力量により下ごしらえや下膳等してもらい、張りのある生活に繋げている。食材も多くバランスにも配慮している。		
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。また、食事が進まない時ほ、補食で栄養バランスを確保している。			
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	歯科衛生士の指導の下、清潔保持できるように、口腔ケアグッズなども本人に合った物を使用している。			

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	幸せケアプランに基づいて行っている。定時の排泄時間以外に動作、言動を把握し排泄を行っている。	個々の時間帯と表情や動きから把握し、トイレ誘導をされ、生活習慣や機能維持、気持ち良く排泄できる支援を心掛けている。自立の方にはプライバシーに配慮し見守りで対応している。	
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	水分摂取量アップまた、飲食物の工夫や、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、本人の動きに合わせて行っている。	週2回、午後の時間帯となっている。湯温や順番の希望にも対応し、楽しみとなる様取り組まれている。拒否の方にはタイミングや声かけを工夫し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	昼間と夜間の相関関係を分析し、安眠に心がけている。、又、至る所に腰掛けられるポイントを作り、休めるようにしている。		
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	医師からの意見や薬の情報を職員が理解している。又記録を2通り残し、薬情報をファイルに閉じて複数の職員が目を通せるようにしている。		
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	皆さんにできた事への紹介、見せ場作り、賞賛の場を作っている。		
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。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	イベント行事やドライブ、買い物等の他にも、その人の趣味に合わせた外出も行っている。	初詣や御花見(府中公園)、首なし地藏さん等、少し遠出の外出や希望で買い物、ドライブ等に出かけ、気晴らし、五感刺激、楽しみ毎の支援に取り組まれている。また、天候が良い日にはできるだけ散歩され外気に触れる機会も持たれている。	

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
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	お小遣い帳の管理や計算を一緒にしている。又買い物の際、自分の財布を持ち欲しいものを選び、自ら払っていただく。		
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	手紙、電話がしやすいように設定している。		
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	民家改修型であり可能なかぎり引き戸にして昔ながらの生活様式を生かしている。	玄関には季節が感じられる装飾品や理念、同法人の各事業所のホーム便り等が壁に貼られている。リビングの廊下には12千支の特徴や福山から広島までの各市の特産品が描かれた絵などが貼られ、興味をそそる工夫をしている。お雛さんも飾られている。ソファもあり、好きな場所で過ごせる。不快な匂いや室温にも配慮し、気持ちよく過ごす工夫をされた共有の場となっている	
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確保。		
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	テレビや収納ケース、椅子等が持ち込まれている。作成されたぬり絵、家族との思い出の写真、好きなぬいぐるみ等もあり、その人らしさが感じられ、自宅とのギャップが無い様な環境づくりをし、落ちついて過ごせるような工夫をされている。	
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」「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	入居者の方々の個々の好きなこと、得意なことを活かせる「幸せケアプラン」を作成し、実行することで混乱することなく、生き活きと暮らせるように工夫している。		

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全くいない
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させている	○	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、安心して暮らしている	○	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				

(別紙4(2))

事業所名： オリーブハウス蔵王

作成日： 令和 2 年 3 月 23 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		なかなか地域の行事に参加できていない為」、 地域との関係性そして社会資源を意識する。	施設内にて、サロンまたは認知症カフェ開催	町内会に声掛けを行いミニ盛花サークルから始めるスタッフの配置を考える。	6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。