

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	1493200420	事業の開始年月日	平成28年12月1日
		指定年月日	平成28年12月1日
法人名	三井住販有限会社		
事業所名	青い空と緑の大地		
所在地	(241-0802) 横浜市旭区上川井町2911-5		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	1 名
		宿泊定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	定員 計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	平成29年8月1日	評価結果 市町村受理日	平成30年2月27日

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?0pen>

【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)】

南傾斜の中段に位置し、眺めも良く富士山を眺めることができる。風通しが良く緑の豊かな環境の中で暮らしています。モットーは「あなたらしく輝いて暮らせる家造り」ご家族が再び会える拠点となるよう、スタッフ一同努力しています。

【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 神奈川県藤沢市鵠沼橋1-2-7 湘南リハウスビル3階		
訪問調査日	平成29年11月22日	評価機関 評価決定日	平成30年1月30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)】

事業所は相模鉄道線鶴ヶ峰駅から、バスで約15分、バス停からなだらかな坂道を上り、約2～3分の静かな住宅地に立地しています。自然を楽しみながら暮らせる環境にあります。

＜優れている点＞

運営推進会議は2ヶ月に1回開催しています。町内会役員、民生委員、地域ケアプラザ職員、利用者・家族などが参加し、事業所の運営内容や行事を報告し、意見交換を行いサービス向上に活かしています。医療面では、協力医療機関の医師と訪問看護師が連携を図り、利用者が安心して医療の受診や健康相談ができる体制にあります。看取り介護に関しては、入居時に利用者の急変時や重度化した場合などにおける対応に関する指針を説明し、看取り介護についての同意書や確認書を取り交わしています。利用者・家族の思いを確認し、家族の理解と協力を得ながら、医師の指示のもと、事業所で最期を迎えることができるよう、看取りに関する支援体制が確立しています。

＜工夫点＞

年間行事計画予定表を作成しています。4月は里山公園へ花見、6月は庭の畑でじゃがいも堀り、7月は七夕祭りやキュウリ、トマトを収穫し、9月は敬老を祝う会、12月はクリスマス会や年賀状作りなどを実施しています。利用者が多彩なレクリエーションで気分転換を図り、楽しく充実した生活が送れるように支援しています。

【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	青い空と緑の大地
ユニット名	緑の大地

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。	「あなたらしく輝いて暮らせる家作り」の理念をつくり、ケース会・スタッフ会・日々の申し送り等で理念を共有し入居者さんが主体となる支援をめざしている。	これまでの理念を少し作り替え「あなたらしく輝いて暮らせる家作り」として、玄関フロアと1階・2階の各事務室に掲示しています。職員は日頃の介護・介助の中で理解を深め、実践につなげています。		
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。	町内会に加入し、地域の行事参加・交流している。また、隣の小学校とは運動会など学校行事に参加している。	上川井町内会に加入し、地域の祭りや近くの小学校の運動会を見物しています。職員は地域の防災訓練に参加しています。手品のボランティアが来訪し交流しています。	今後、なお一層、地域の人たちとふれあう機会を多く持ち、利用者が楽しめるような民謡や日本舞踊、歌などのボランティアを招き、来訪して交流することも期待されます。	
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。	小学校との交流、地域の農家の方、お隣の薬局や大家さんとの関りの中で認知症の人の理解や支援をいただいている。			
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。	2ヶ月に一度、会議を開催し事業所からの活動報告をし、地域の参加者よりの意見や情報により入居者さんが地域に参加できるように支援している。	運営推進会議は、2ヶ月に1回開催しています。会議では事業所の運営状況や活動内容を報告し、意見交換を行い、地域の理解と協力を得るように努めています。		
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。	運営推進会議の活動報告・情報収集をし、サービスの向上に努めている。また、生活支援課と積極的に情報交換を行っている。	管理者は区役所の高齢・支援課や生活支援課と運営面について相談したり助言をもらっています。介護保険の要介護認定更新の手続きや立ち会いを家族に代わって行うこともあります。横浜市グループホーム連絡会に加入し、研修会や勉強会に出席しています。		

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。	「拘束をしない介護」をめざし、身体拘束に関するマニュアルを作成、スタッフ間共通の理解として、日々の支援に取り組んでいる。	職員は身体拘束をしないケアの大切さを理解し、取り組んでいます。最近、事業所へ不審者が侵入したことがあり、玄関は安全面と防犯上から、家族の了解を得て施錠しています。	身体拘束に関わる勉強会をフロア会議などで話し合い、一層理解を深めることも期待されます。
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。	虐待に関する資料で学び、虐待が見過ごされないよう職員がお互いに防止に努めている。		
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。	「成年後見制度」を利用されている方もおられ、今後も必要性が生じた場合は、話し合う機会を持つようにしている。後見人の方に生活の様子を報告している。		
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。	契約時に重要事項説明と共に、理解、納得してもらっている。		
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。	家族会や日頃の意見要望を聞く機会を設け、意見要望、苦情に速やかに対応できるよう、努力している。	運営推進会議や家族会の来訪時に話を聞き、声かけし、意見や要望を聞いて、運営に反映しています。家族からの要望で、往診医の受診状況を出来るだけ詳細に伝えるように努めています。	

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。	ケース会のあとに必要なあった場合スタッフ会を開き、スタッフからの要望や意見を聞き待遇改善を行ったり、日々の生活支援の中で情報収集し運営に生かしている。	管理者はフロア会議やケース会議、朝・夕の申し送り時に職員の要望、意見を聞き、業務に反映しています。新人の職員から日常業務の進め方が分かりにくいとの意見があり、早番、遅番などの勤務形態による具体的な業務の分かりやすい明細を作成中です。	
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。	代表者はホームを訪問し管理者、スタッフと必要があれば面談をしている。勤務状況を把握し、職場環境の整備に努めている。		
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。	全スタッフに研修の情報を提供し、希望により研修を受ける機会を確保している。		
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。	全国協議会に加入。横浜高齢者グループホーム連絡会に参加。地域の情報を得るなどネットワーク作りに努力している。		
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。	入居前にご本人にホームの見学をしていただき、ご本人が安心して暮らせる場となるよう努力している。常に入居者さんを観察し、よく話を聞くよう努力している。		

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。	来訪時、家族会などで情報を聞く機会をつくり、職員が情報を共有出来るように努める。		
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。	本人を主体とした支援を考え、状況に合わせたサービスを提供できるように努力している。		
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。	「生活を共にする」という考えから、入居者さんより学び支え合っている。		
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。	ご家族からの要望を聞くように努め、ご本人・ご家族・職員で情報を共有している。ご家族と一緒に楽しめるような機会の設定（レストランなどでの外食など）		
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。	ご本人の希望を大切にし、電話・手紙などの支援をしている。また、これまでの生活圏への外出の支援、ご家族・知人などが再会の拠点として支援している。	利用者は家族と一緒に馴染みの天ぷらや寿司店へ外食に出掛けています。墓参りに行く人もいます。利用者の知人や友人が来訪した際には、居室でゆっくり歓談できるように湯茶を出しています。年賀状が届き、返信を書く支援もしています。	

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。	生活をともにするという考えで協力しあい、日々をすごしている。また、一緒に生活を楽しめるよう場面設定をなるべく多く作るよう努力している。孤立しないよう個別支援をしている。		
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。	養ホームや病院に転居された方については、できる限り訪問している。		
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。	家族・ご本人様から充分に話を聞き希望に即した支援が出来るように努力し、普段の様子をよく見てスタッフ間でも情報を共有しながら、ご本人が安心して生活できるようやさしく対応している。	職員は日常の行動や表情の中から、利用者の意向や希望を汲み取るように努めています。家族が来訪した時に聞くこともあります。意向を自分から伝えにくい人には、夜勤帯で一对一となる時に話を聞き、思い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。	入居時に今までの「生活の様子」を聞き、記録し、ご家族・ご本人、また今まで関わった友人・介護施設職員等より情報を集めるよう努めている。		
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。	ご本人の生活の中から「したい事」「出来る事」また、心身状態など、情報が得られるようスタッフは観察する目を常に持つよう努めている。		

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
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。	ご本人主体のケアプランを作成し、日々の生活を共にし、ケース会議、日々の申し送りやご家族からの希望、ドクター、看護師からの助言などで情報を共有するようつとめている。	入居時に利用者の自宅などを訪問し、利用者・家族と話し合い、1ヶ月の暫定プランを作成しています。利用者の様子をモニタリングした後、職員間でカンファレンスし、医師の意見を参考にして介護計画を作成しています。通常、3ヶ月ごとに見直しています。	
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。	日々の情報を職員が共有するために、個人記録や申し送りノート・バイタル表などに記録している。日々の支援ができているかチェックシートを作成、毎日確認している。		
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。	ご本人の希望に合った支援が、なるべく実践できるようにご家族との協力体制で支援している。又、「日ごろの支援」として具体的内容を作成、日々の支援を実践している。		
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。	ボランティアさんの受け入れや隣の小学校との交流。近隣もケプラザの行事の参加など、地域資源を活用している。		
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。	基本的には訪問診療体制をとっているが、ご本人・ご家族の希望があれば、かかりつけ医の受診が出来るように支援している。受診の同行もしている。	本人や家族が希望する皮膚科や眼科などのかかりつけ医に継続して受診できるように支援しています。協力医療機関の内科医が月2回、歯科医も月2回往診しています。医療情報は居宅療養管理指導書に記録して職員間で共有しています。	

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。	訪問診療に同行する看護師、週2日勤務する看護師に細かな事を相談し、アドバイスをもらっている。		
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、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。	入院先に出向き、主治医・担当看護師と情報交換し、退院時に向けての支援をしている。		
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。	入居時に、急変時、重度化した場合、看取りに関する事などについて確認書、同意書を交わしている。	入居時に重度化した場合の対応について説明しています。看取り介護は、家族の要望と協力により、出来るだけ行う方針です。利用者や家族の意向を確認しながら話し合い、最期まで支援する体制に取り組んでいます。	看取り介護の勉強会を行い、利用者の急変や重度化に対して、職員が事業所の方針を共有し、更なる充実に向けた介護・介助の体制づくりも期待されます。
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。	消防署の協力を得て、緊急時対応（AED）を実施している。急変や事故発生時に備え緊急時対応マニュアルおを目のつきやすい場所に掲示してある。		
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。	消防署の協力を得て避難訓練を実施している。夜間を想定しての避難訓練を実施。毎年、地域の防災訓練に入居者さんも参加（車イス者、手引き歩行者、自立者として）。地域の消防団の方が避難誘導している。又、終了後、ホーム内を見ている。災害時避難計画を作成している。	防災・避難訓練は年2回、日中と夜間想定を含めて実施しています。地域の防災訓練には職員が参加しています。近くにオーナーが居住し、協力を得られる状況にあります。非常災害用の食料・飲料水は一ヶ所に置かず分散して備蓄しています。	

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。	一人ひとりが安心して暮らせるようその人に合った言葉かけや関わり方を大切にしている。	職員は利用者を年長者として敬意を払い、命令口調で話をしないこと、利用者の目線に合わせ、腰をかがめて話をすることなどを日々意識しています。本人が何をしたいのかを出来るだけ聞き、それに対応す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。	充分な観察で入居者さんの「出来る事」「したい事」を自己決定できるように支援している。		
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。	一人ひとりの希望を大切にし、個別の支援を重視し、日々の観察により体調にも配慮している。		
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。	本人の希望がかなえられる様ご本人、ご家族と相談している。		
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。	食事は全員で、会話を楽しみながらしている。畑で採れた野菜、山菜などを献立に生かし季節の香りを楽しんでいる。体調に合わせた食事形態を心がけている。食事の準備片付けは、できる方と一緒にしている。	献立や食材は外部業者に委託をしています。食事作りは主に職員が行い、食器の片付け、食器拭き後、食器棚に戻す作業は職員と利用者が楽しそうに話しながら行っています。食材は旬の野菜や果物を採り入れています。	

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。	一人ひとりの状態に応じて声かけや介助を行っている。嚥下障害の方にはとろみ剤の使用、視覚障害の方には安心できる食事の支援をしている。		
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。	歯磨きは毎食後必ず行っている。訪問歯科の体制をとり、口腔内の清潔に努めている。一人ひとりの口腔状態により歯間ブラシやスポンジブラシなどを使用している。義歯の清掃はスタッフが協力し、清潔に保てるよう努力している。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、日中と夜間の対応を変えている。また、出来るだけトイレでの排泄が出来るように支援している。	排泄チェック表により、排泄パターンを把握し、トイレでの排泄支援に努めています。尿意の無い人は、排泄チェック表を使用し、時間を見計らい、トイレへの声かけをしています。夜間だけポータブルトイレを利用する人もいます。	
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。	ご本人、看護師と細かな相談をし、便秘の原因を知り、一人ひとりに合った排便の支援をしている。個々に応じた方法として、活動性を高める・飲食物の工夫している。		
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。	毎日入浴が出来る支援をしている。	概ね1週間に2～3回入浴をしています。全身の洗身、背中だけの介助、声かけ、見守りなど、一人一人に応じた対応をしています。入浴を好まない人にはどうして入りたくないのかを聞き、本人の意向に添って日を変更するなどの対応をしています。	

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。	一人ひとりの生活習慣に合わせた支援をしている。1日の生活のリズムが作れるように、又眠れない方には個別に関るようにしている。		
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。	服薬時は誤薬のないよう努めている。日付け、氏名の確認し、服薬を確認する。薬の変更があった時はスタッフ全員で情報を共有し医師や看護師に変化の様子など細かな情報提供をしている。		
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。	「出来る事」「したい事」を引き出し、活動できる場面を設定するよう努力している。個別支援の重視している。		
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。	日常生活のなかで、一人ひとりに合わせて買い物、散歩、外気浴など戸外に出られるように支援している。	天気の良い日は出来るだけ外気に触れるように散歩をしています。一人ひとりの状態や希望に応じた対応を行い、近所の散歩コースや事業所の庭など、職員と利用者が1対1で出掛けるようにしています。家族や友人と外食にでかける人もいます。	
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。	おこずかいを預かり、自分のお金を使える楽しみが持てるよう支援している。		

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。	ご家族と連絡を取りながら、ご家族や知人の負担のない範囲で電話をかけられる支援をしている。		
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。	季節の花や植物をかざったり、四季折々の行事を取り入れて、居心地を良くしている。	居間は、南側が一面ベランダで、日当たりよく明るい空間です。また、居間からは遠くの山々を眺望でき、生花や観葉植物、鉢植えなどで、屋内でも四季を感じ取ることができます。トイレは、何処にいても直ぐに利用できる場所に配置されています。	
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。	リビングには畳のスペース・ソファなど置き、事務室には何時でも出入りでき、一人の空間を持てるよう支援をしている。		
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。	居室のカギは自由にしている。居室は一人の空間であり、気の合った仲間とおしゃべりの場でもある。また、ご家族や知人が集まる拠点となるよう支援している。	居室は、鏡台、タンス、テーブル、仏壇などを置き、化粧道具を揃え、利用者の若いころの写真や家族の写真、折り鶴、ぬいぐるみを飾っています。利用者一人ひとりの好みに合わせた、個性ある、居心地の良い部屋作りとなっています。	
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。	リスクが発生することにより環境を変えるのではなく「出来る事」「わかる事」を生かして暮らせるよう、リスクを避けるすることで自立した生活が送れるよう支援している。		

事業所名	青い空と緑の大地
ユニット名	青い空

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（青い空）	
			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。	「あなたらしく輝いて暮らせる家作り」の理念をつくり、ケース会・スタッフ会・日々の申し送り等で理念を共有し入居さんが主体となる支援をめざしている。		
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。	町内会に加入し、地域の行事参加・交流している。また、隣の小学校とは学校行事の見学などの交流をしている。		
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。	小学校との交流、地域の農家の方、大家さんとの関りの中で認知症の人の理解や支援をいただいている。		
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。	2ヶ月に一度、会議を開催し事業所からの活動報告をし、地域の参加者よりの意見や情報により入居さんが地域に参加できるように支援している。外部評価委員の参加をお願いしている。		
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。	運営推進会議の活動報告・サービスの向上に努めている。また、生活支援課と情報収集、共有している		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価（青い空）	
			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。	「拘束をしない介護」をめざし、身体拘束に関するマニュアルを作成、スタッフ間共通の理解として、日々の支援に取り組んでいる。		
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。	虐待に関する資料で学び、虐待が見過ごされないよう職員がお互いに防止に努めている。		
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。	「成年後見制度」を利用されている方もおられ、今後も必要性が生じた場合は、話し合う機会を持つようにしている。後見人の方に生活の様子を報告している。		
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。	契約時に重要事項説明と共に、理解、納得してもらっている。		
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。	家族会や日頃の面会時、意見要望を聞く機会を設け、意見・要望や苦情にすみやかに対応し、よりよい支援を提供できるように努力している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価（青い空）	
			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。	ケース会のあとに必要な場合スタッフ会を開き、スタッフからの要望や意見を聞き待遇改善を行ったり、日々の生活支援の中で情報収集し運営に生かしている。		
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。	代表者はホームを訪問し管理者、スタッフと必要があれば面談をしている。勤務状況を把握し、職場環境の整備に努めている。		
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。	全スタッフに研修の情報を提供し、希望により研修を受ける機会を確保している。		
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。	全国GH連絡協会に参加。地域の情報を得るなどネットワーク作りに努力している。		
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。	入居前にご本人にホームの見学をしていたき、ご本人が安心して暮らせる場となるよう努力している。常に入居者さんを観察し、よく話を聞くよう努力している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価 (青い空)	
			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。	来訪時、家族会などで情報を聞く機会をつくり、職員が情報を共有出来るように努める。		
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。	本人を主体とした支援を考え、状況に合わせたサービスを提供できるように努力している。		
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。	「生活を共にする」という考えから、入居者さんより学び支え合っている。		
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。	ご家族からの要望を聞くように努め、ご本人・ご家族・職員で情報を共有している。居室は家族、知人など再会の拠点として支援している。		
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。	ご本人の希望を大切にし、電話・手紙などの支援をしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価（青い空）	
			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。	生活をともにするという考えで協力しあい、日々をすごしている。また、一緒に生活を楽しめるよう場面設定をなるべく多く作るよう努力している。孤立しないよう個別支援をしている。		
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。	特養ホームや病院に転居された方については、できる限り訪問している。		
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。	家族・ご本人様から充分に話を聞き希望に即した支援が出来るように努力し、普段の様子をよく見てスタッフ間でも情報を共有しながら、ご本人が安心して生活できるようやさしく対応している。		
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。	入居時に今までの「生活の様子」を聞き、記録し、ご家族・ご本人、また今まで関わった友人・介護施設職員等より情報を集めるよう努めている。		
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。	ご本人の生活の中から「したい事」「出来る事」また、心身状態など、情報が得られるようスタッフは観察する目を常に持つよう努めている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価 (青い空)	
			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。	ご本人主体のケアプランを作成し、日々の生活を共にし、ケース会議、日々の申し送りやご家族からの希望、ドクター、看護師からの助言などで情報を共有するようつとめている。		
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。	日々の情報を職員が共有するために、個人記録や申し送りノート・バイタル表などに記録している。日々の支援が出来ているかチェックシートを作成、毎日確認している。		
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。	ご本人の希望に合った支援が、なるべく実践できるようにご家族との協力体制で支援している。又、「日ごろの支援」として具体的内容を作成、日々の支援を実践している		
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。	ボランティアさんの受け入れや、隣の小学校との交流、地域ケアササの参加また、近隣の交番との連絡、消防署への連絡など地域資源を活用している、		
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。	基本的には訪問診療体制をとっているが、ご本人・ご家族の希望があれば、かかりつけ医の受診が出来るように支援している。受診の同行もしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価 (青い空)	
			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。	訪問診療に同行する看護師週2日勤務する看護師に細かな事も気軽に相談し、アドバイスをもらっている。		
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、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。	入院先に出向き、主治医・担当看護師と情報交換し、退院時に向けての支援をしている。		
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、ご家族と今後の健康と医療について確認書により希望を確認している。急変時や重度化した時に備え年に1度ホーム内でマニュアルを通した研修勉強を実行している		
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。	入居時に急変時、重度化した場合、看取りに関すること等について確認書、同意書を交わしている。		
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。	消防署の協力を得て避難訓練をしている。夜間を想定しての避難訓練を実施。毎年地域の防災訓練に入居者さんも参加(車いす者、手引き歩行者、自立者)地域の消防団の方が避難誘導している。また終了後、ホーム内をみていただいている。防災避難訓練計画作成。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価（青い空）	
			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。	一人ひとりが安心して生活できるようにその人に合った言葉かけや関り方を大切にしている。		
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。	充分な観察で入居者さんの「出来る事」「したい事」を自己決定できるように支援している。		
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。	一人ひとりの希望を大切にし、個別の支援を重視し、日々の観察により体調にも配慮している。		
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。	本人の希望がかなえられる様に支援している。。		
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。	食事は全員で会話を楽しみながらしている。畑で採れた野菜、山菜等を献立に生かし季節の香りを楽しんでいる。体調に合わせた食事形態を心がけている。食事の準備、片付けわ入居さんとしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価 (青い空)	
			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。	一人ひとりの状態に応じて声かけや介助を行っている。水分量は医師と相談している。		
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。	歯磨きは毎食後必ず行っている。訪問歯科の体制をとり、口腔内の清潔に努めている。一人ひとりの口腔状態により歯間ブラシを使用している。義歯の清掃はスタッフが協力し、清潔に保てるよう努力している。		
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。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、日中と夜間の対応を変えている。また、出来るだけトイレでの排泄が出来るように支援している。		
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。	便秘の原因を知り、一人ひとりに合った排便の支援をしている。個々に応じた方法として、活動性を高める・飲食物の工夫など。		
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。	毎日入浴が出来る支援をしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価 (青い空)	
			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。	一人ひとりの生活習慣に合わせた支援をしている。1日の生活のリズムが作れるように、また眠れない方には個別に関るようになっている。		
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。	服薬時は誤薬のないように努めている。日付け、氏名の確認する。薬の変更があった時はスタッフ全員を情報を共有し医師や看護師に変化の様子など細かな情報提供をしている。		
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。	「出来る事」「したい事」を引き出し、活動できる場面を設定するよう努力している。個別の支援を重視している。		
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。	日常生活のなかで、一人ひとりに合わせて買い物、散歩、外気浴など戸外に出られるように支援している。		
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。	おこずかいを預かり、自分のお金を使える楽しみが持てるよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価（青い空）	
			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。	ご家族と連絡を取りながら、ご家族や知人の負担のない範囲で電話をかけられる支援をしている。		
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。	季節の花や植物をかざったり、四季折々の行事を取り入れて、居心地を良くしている。		
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。	リビングには畳のスペース・ソファなど置き一人の空間を持てるよう支援をしている。		
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。	居室のカギは自由にしている。居室は一人の空間であり、気の合った仲間とおしゃべりの場でもある。また、ご家族や知人が集まる拠点となるよう支援している。		
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」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。	リスクが発生することにより環境を変えるのではなく「出来る事」「わかる事」を生かして暮らせるよう、リスクを避けるすることで自立した生活が送れるよう支援している。		

平成29年度

目標達成計画

事業所名 青い空と緑の大地

作成日： 平成 30年 2月 26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	8	身内のいない方、身内はいても連絡のとれない方に対し、緊急時（入院など）の対応	成年後見人制度の利用 ご家族との連絡をとる	成年後見人制度の理解 現在後見人をされている方（入居者様の） お話を聞く	12ヶ月
2	29	毎日同じ事の繰り返し、変化のある日々を送っていただきたい	ボランティアの協力を活用していく 地域の方々からいろいろな情報をいただく	どのようなボランティアがあるのか、利用者様が何を必要として、楽しく過ごせていただけるか、スタッフ間で話し合う	12ヶ月
3	33	ターミナルケアについて、ご家族、スタッフ、ご本人との間で話し合うことはありませんでした。重度化の対応について方針内容を作成する必要性	重度化に対して、スタッフ間、ホームとしての考えをまとめ、内容の共有をしていく	ご家族の希望、医療機関の協力、スタッフ間の話し合い、できる事、できない事など情報を集める	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月