

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	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	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30年10月29日	評価結果 市町村受理日	平成31年3月4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)】

南傾斜の中段に位置し、眺めもよく、富士山も眺めることができます。風通しもよく緑豊かな環境の中で生活しています。持てる力を発揮して、自分らしく安心して過ごせる生活をめざしています。

【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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	平成30年11月30日	評価機関 評価決定日	平成31年2月20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または三ツ境駅からバスで約15分、「上川井町」または「大貫橋」バス停から少し坂道を登った静かな住宅地に立地しています。

＜優れている点＞
運営推進会議は2ヶ月ごとに開催し、地域代表や民生委員、婦人会、地域包括支援センター職員、利用者・家族をメンバーとし、運営内容や行事を報告し、地域情報や行政の情報を得たり、事業所のサービス内容開示に努めています。また、医師と看護師が連携しており、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。入居時に、利用者の急変時や重度化した場合における対応に係る指針を説明しています。急変時の延命処置、緊急入院時の治療や手術について事前意向を確認し、利用者と家族の考えや思いを都度確認しながら、利用者の要望を出来る限り反映した看取りに努めています。

＜工夫点＞
身体拘束をしないケアに取り組んでいます。運営推進会議で委員会の報告を行っています。身体拘束などの適正化のための指針に基づいた研修を、職員間で実施して正しい理解に努め、日頃より拘束をしないケアに取り組んでいます。地域の防災訓練に利用者と職員が参加しています。事業所の防災訓練は消防署の指導の下、年2回行っています。事業所がやや高台に位置しているため、土砂崩れの想定を含めた訓練で、地域の消防団員の協力を得て利用者の車いす移動、手引き移動など実践的な訓練となっています。

【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	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		
			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。	「一人一人輝いて暮らせる家作り」の理念を作り、ケース会や日々の申し送り等で理念を共有し入居者の方が主体となる支援をめざしている。	理念は「自分らしく輝いて暮らせる家作りをめざす」を開設時に作成し、玄関と1階・2階の事務室に掲示しています。職員は日頃よりその人に向き合った介護を心掛け、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。	自治会に加入し、地域の行事に参加・交流している。（避難訓練・運動会）	正月に利用者は近くの神社へ初詣に行っています。地域の防災訓練には、職員と利用者が参加しています。近くの小学校から運動会の招待状が届き、見学しています。大正琴や歌謡ショーのボランティアが来訪し交流しています。	運営推進会議のメンバーの民生委員を通じて、歌や本を読むジュニアボランティアとの交流を交渉中です。地域とのつながりを大切にするため、実現が期待されます。	
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。	小学校、地域の方大家さんとの関りの中で認知症の方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、推進会議を開催し事業所からの活動報告をし、地域の参加者からの意見や情報により入居者様が地域に参加できるよう支援している。	運営推進会議は、2ヶ月に1回、地域代表や民生委員、婦人会、地域包括支援センター職員、利用者家族をメンバーとして開催しています。事業所の運営状況や活動内容を説明し、地域情報などを得てサービス向上に活かしています。		
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。生活支援課と情報の共有をしている。	区の高齢者支援課や生活支援課と運営面や業務上について話し合い、相談しています。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っています。市高齢者グループホーム連絡会の旭・瀬谷ブロックに加入し、情報交換の機会を得ています。		

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、スタッフ間で共通の理解として、日々の支援に取り組んでいる。	身体拘束などの適正化のための指針があり、今年度4月より委員会を設けて話し合い、正しい理解に努めています。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。利用者に帰宅願望がある時などは職員が一緒に外出し、見守りに努めています。	
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。	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話し合う機会を持つようにしている。後見人の方からもお話を聞いている。		
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していただき、不安や疑問点には説明を行い、理解、納得していただくよう努めています。		
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。	面会時や電話などで、意見・要望・苦情にすみやかに対応し、より良い支援を提供できるよう努力している。	家族の来訪時には、生活状況を伝え、意見や要望を聞いて運営に反映しています。家族より、利用者に必要なものは遠慮なく相談して欲しいとの話があり、対応しています。	

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。	定期的に職員の意見や要望を聞く場を設け待遇改善を行ったりしている。	管理者は、月1回、30分の研修と30分の会議をする全体会議とユニット会議、朝・夕の申し送り時に職員から意見や要望を聞き、日常業務の改善について話合っています。運営法人の代表者が、巡回時に職員と面談を行い、職員から要望を聞いて事業に反映しています。	
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。	代表者はホームを訪問し、管理者・スタッフと面談している。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。	研修の情報を提供し、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を見学していただき、ご本人が安心して暮らせる場となるよう努力している。常に入居者様を観察、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、情報を聞く機会をつくり、スタッフが情報を共有するよう努めている。		
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。	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」 共に学び共に支えあっている。		
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。	家族からの要望を聞くように努め、ご本人・ご家族・スタッフ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・手紙来訪などの支援をしている。	利用者の友人や知人が来訪し、居室で歓談している時には湯茶出しをしています。定期的に自宅へ1泊で帰ったり、正月に自宅へ外泊する人もいます。家族と一緒に外食や墓参りに出かけたり、年賀状が届く人もおり継続の支援をしています。	

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
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。	生活を共にするという考えで協力しあい、一緒に生活を楽しめるよう場面設定を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・病院など転居された方については、出来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。	ご家族・ご本人から話を聞き、希望に即した支援が出来るように努力し、ご本人が安心して生活できるようスタッフ間でも情報を共有する。	職員は利用者の生活の中で思いや意向の把握に努めています。家族の来訪時には生活歴を聞いて参考にしています。自分から意向を伝えにくい人には、入浴時のゆったりとした時や散歩時に話を聞いています。	
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・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。	ご本人の生活の中で「出来る事」「出来ないこと」「したい事」また、心身の状態など、情報が得られるよう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、申し送り、ご家族からの希望、ドクター、看護師からの助言なので情報を共有するよう努めている。	介護計画は利用者・家族と話し合い、アセスメントしています。職員間でカンファレンス後、医師と看護師の意見を参考にし、短期目標、長期目標を作成しています。見直しは3ヶ月ごとにモニタリングし、現状に即した計画としています。	
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。	日々の情報をスタッフが共有するために、個人記録・バイタルチェック・申し送りノートを記録している。		
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。		
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、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。 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支援している。	入居時に脳神経科、循環器科のかかりつけ医に受診している利用者は、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と歯科医が月2回訪問診療をしています。医療情報は居宅療養管理指示書などに記録し共有しています。	

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は、週2日勤務する看護師から、スタッフや利用者から相談を受けた情報を受けている。		
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・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、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。	入居時に利用者の急変時や重度化した場合における対応に係る指針を説明し、同意を得ています。医師の指示の下で、病院への搬送を含め、家族と医師、看護師、職員が話し合い、出来る限りの支援をする方針を共有しています。	利用者の急変時や今後の重度化に備え、職員の勉強会を継続して行い、充実した終末期ケアに取り組むことも期待されます。
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。	入居時に急変等、重度化した場合、看取りに関する事等について確認書、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。	消防署協力を得て昼間・夜間の避難訓練を実施。毎年地域の防災訓練に利用者参加。地域の消防団の方が避難誘導している。（車椅子・手引き・自立）	防災避難訓練は、年2回消防署の協力を得て、土砂崩れの想定を含めて実施しています。運営推進会議を通じて近隣の人へ協力を依頼しています。非常災害用の食料や飲料水は3日分程度備蓄し、管理表も作成しています。	

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。	職員は、ソフトな言葉かけをしています。認知症ケアに関する研修を年度計画に組み込み、職員が利用者の特性に応じたケアができるように取り組んでいます。また、入職時に守秘義務についての説明を行い、ケース会議でも確認をしています。	
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。	日々の観察から本人の「出来る事」「出来ないこと」「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。	食事は全員で楽しみながらしている。体調に合わせた食事形態を心がけている。食事の準備、片付け等は利用者で行っています。	利用者同士が会話を交わしながら和気あいあいと食事をしています。下膳や食器拭きは、利用者が積極的に参加しています。庭で育てたじゃがいもをおやつに蒸かして食べることもあります。ミキサー食の人も一品一品自分のペースで食事をしています。	

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・看護師と相談している。		
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。	歯磨きは毎食後行う。訪問歯科の体制をとり、口腔内の衛生に努めている。義歯の清掃はスタッフが協力している。		
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、対応している。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。	利用者のほとんどが自立し、トイレで排泄しています。排泄時間を記録し、個々に応じて声かけと誘導をして、トイレで排泄ができるよう支援しています。自尊心に配慮し、排便チェック表は自室に貼り、一緒に確認できる工夫をしています。	
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。	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。活動性を高めたり、飲食物の工夫をしている。		
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。	利用者の希望や状況に応じて、入浴が出来る様な支援をしている。	利用者が自分でできることは、さり気なく、安全の確認をしつつ、見守っています。入浴が好きでない人には「いい湯加減だよ。」とソフトな声かけと誘導で、無理強いしない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。	一人ひとりの生活習慣に合わせ、一日の生活のリズムが作れるよう支援をしている。		
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日付け名前の確認をしている。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を報告している。		
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。	活動できる場面を設定するよう努力している。また個別の支援も重視している。		
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。	天気の良い日は近所に散歩に出かけています。出来るだけ小人数で出て、利用者の希望や状態に合わせて行先を決めています。歩行が困難の人はテラスや庭に出て外気浴を行い、外の空気を楽しんでいます。	
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。	施設でのお金の所持使用する事はないので、ご家族にお願いしています。		

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
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。	季節の花や植物を飾り、四季折々の行事を取り入れて、居心地の良い生活を工夫している。	リビングには季節に合わせた手作りの作品が飾っており、温かい雰囲気です。利用者が季節感を感じたり、作ることを楽しめる配慮もしています。浴室やトイレも清潔で機能的な作りです。利用者が安心して利用できるような工夫をしています。	
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。	リビングにはソファ・椅子を置き、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。	居室は一人の空間であり、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。	居室には位牌、馴染みのタンス、本人が編んだ洋服を着た人形、化粧道具が並んだドレッサー、家族写真・本人の若い頃の写真・行事での笑顔の写真、折り紙で作った花飾りなど、思い出が詰まっています。個性を大切に、落ち着いて過ごせるよう工夫をしています。	
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」「わかること」を生かして暮らせるよう、リスクを避け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	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。	「一人一人輝いて暮らせる家作り」の理念を作り、ケース会や日々の申し送り等で理念を共有し入居者の方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。	自治会に加入し、地域の行事に参加・交流している。（避難訓練・運動会）		
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、地域の方大家さんとの関りの中で認知症の方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、推進会議を開催し事業所からの活動報告をし、地域の参加者からの意見や情報により入居者様が地域に参加できるよう支援している。		
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。生活支援課と情報の共有をしている。		

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
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、スタッフ間で共通の理解として、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話し合う機会を持つようにしている。後見人の方からもお話を聞いている。		
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していただき、不安や疑問点には説明を行い、理解、納得していただくよう努めています。		
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。	面会時や電話などで、意見・要望・苦情にすみやかに対応し、より良い支援を提供できるよう努力している。		

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
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。	定期的に職員の意見や要望を聞く場を設け待遇改善を行ったりしている。		
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・スタッフと面談している。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。	研修の情報を提供し、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を見学していただき、ご本人が安心して暮らせる場となるよう努力している。常に入居者様を観察、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、情報を聞く機会をつくり、スタッフが情報を共有するよう努めている。		
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。	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」共に学び共に支えあっている。		
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。	家族からの要望を聞くように努め、ご本人・ご家族・スタッフ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・手紙来訪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	
			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。	生活を共にするという考えで協力しあい、一緒に生活を楽しめるよう場面設定を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・病院など転居された方については、出来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。	ご家族・ご本人から話を聞き、希望に即した支援が出来るように努力し、ご本人が安心して生活できるようスタッフ間でも情報を共有する。		
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・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。	ご本人の生活の中で「出来る事」「出来ないこと」「したい事」また、心身の状態など、情報が得られるよう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、申し送り、ご家族からの希望、ドクター、看護師からの助言なので情報を共有するよう努めている。		
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。	日々の情報をスタッフが共有するために、個人記録・バイタルチェック・申し送りノートを記録している。		
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。		
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、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。 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
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は、週2日勤務する看護師から、スタッフや利用者から相談を受けた情報を受けている。		
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・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。		
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。	入居時に急変等、重度化した場合、看取りに関する事等について確認書、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。	消防署協力を得て昼間・夜間の避難訓練を実施。毎年地域の防災訓練に利用者参加。地域の消防団の方が避難誘導している。（車椅子・手引き・自立）		

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。	日々の観察から本人の「出来る事」「出来ないこと」「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。	食事は全員で楽しみながらしている。体調に合わせた食事形態を心がけている。食事の準備、片付け等は利用者と行っています。			

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
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・看護師と相談している。		
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。	歯磨きは毎食後行う。訪問歯科の体制をとり、口腔内の衛生に努めている。義歯の清掃はスタッフが協力している。		
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、対応している。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。活動性を高めたり、飲食物の工夫をしている。		
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。	利用者の希望や状況に応じて、入浴が出来る様な支援をしている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			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、一日の生活のリズムが作れるよう支援をしている。		
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日付け名前の確認をしている。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を報告している。		
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。	活動できる場面を設定するよう努力している。また個別の支援も重視している。		
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。	施設でのお金の所持使用する事はないので、ご家族にお願いしています。		

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
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。	季節の花や植物を飾り、四季折々の行事を取り入れて、居心地の良い生活を工夫している。		
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。	リビングにはソファ・椅子を置き、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。	居室は一人の空間であり、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」「わかること」を生かして暮らせるよう、リスクを避けることで自立した生活が送れるよう支援している。		

平成30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 31年 2 月 28 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	10	面会時や電話で、意見・要望・苦情の対応	スタッフ間での情報の共有	申し送りノート・口頭での伝達	3ヶ月
2	38	その人らしい暮らしの支援	今までできたことができなくなる中、まだ出来ることをみつける。	ご利用者様とお話をし、意見や要望を聞く	3ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月