

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	1472201514	事業の開始年月日	平成15年7月1日
		指定年月日	平成15年7月1日
法人名	社会福祉法人 県央福祉会		
事業所名	メールブルー鶴沼		
所在地	(251-0028) 藤沢市本鶴沼 3-13-2		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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1年9月12日	評価結果 市町村受理日	令和1年12月18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)】

建物の中には、樹齢100年を超える杉の木を使った4本の柱がシンボルで、四季を感じられる庭があります。家庭的な生活環境のもと、低下した認知機能をサポートしながら本人の自己決定を支援し、出来ることや分かる事に着眼しながら生活支援を行っています。食材は地元の商店から直接肉、野菜、魚を購入し新鮮な物を提供しているのと、地域との繋がりを意識しています。毎日のラジオ体操やレクリエーションとして運動を取り入れ転倒予防に努めています。傾聴・音楽ボランティアを多く取り入れています。近隣の保育園児・ボーイスカウトと交流する機会もあり、お互い楽しみのひとつになっています。看護学生・傾聴などの実習生の受け入れも積極的に行い地域貢献をしています。ご家族・医師・看護師と連携しながらサポートを行い、余生を安心して過ごして頂ける終の棲家として真心こめて対応しています。また、看取り介護も実施しています。

【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 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和1年10月31日	評価機関 評価決定日	令和1年12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藤沢駅北口から「鶴沼車庫」行きのバスに乗り「藤原」バス停下車、徒歩1分の閑静な住宅街にあります。30坪もある広いリビングの大きな窓から望める中庭には梅や柿などの果樹が植えられ、四季の移ろいを感じることが出来ます。

<優れている点>

本人が出来ることやわかることに着目し、自己決定を尊重して個別支援の実現に努めています。地元の商店から新鮮な野菜や魚など、毎日の食材を食堂まで届けてくれ、利用者といろいろ楽しく会話を交わしています。広い中庭で収穫した梅や柿などを地域住民におすそ分けして顔なじみになっています。地域のコーラスや傾聴ボランティア、近隣の幼稚園児などの訪問を積極的に受け入れ、利用者の楽しみの一つになっています。法人は県内に多数の福祉施設を運営し、職員の教育制度や人事考課などが充実しています。法人では職員の「満足度調査」を行い、目標や要望など把握して向上心を高めるようにしています。

<工夫点>

毎年、家族アンケートを実施しています。居室の整理整頓や食事・おやつ、レクリエーション、職員の言葉遣いなどについて、家族からの要望を把握し、運営に反映しています。近隣区域にある同一法人の管理者会議を2ヶ月ごとに開催し、互いにイベント時の備品の貸与、訓練など運営に反映しています。事務専任の職員を配置し、総務的な作業を担当しています。

【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	メールブルー鶴沼
ユニット名	1階

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。	毎日の申し送りや月一回のミーティング等で利用者について話し合い、一人ひとりの思いを大切にその人らしく暮らし続けることができるような理念です。理念に基づき自分らしく安心して過ごせるよう、ホーム内の様々な場所に理念を掲示し意識することにより、日々の支援に反映されています。	事業所が目指すサービスを端的に表した理念を玄関や事務所・リビングなどに掲示すると共に、毎月のミーティングでも話し合い共有しています。職員は利用者一人ひとりの希望に沿った散歩・食事・入浴などの個別支援を実施し、利用者満足度が向上するよう努めています。	
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。	地域の祭りやイベントへ積極的に参加し、日常の散歩や外出時には、地元の人々と挨拶を交わしたりなど、交流を大切にしています。また、地域のボランティアによるレクリエーション活動や、近隣のお店で誕生会をするなど、地域との接点も意識しています。	地元の商店が、新鮮な野菜や魚などの食材を食堂まで運び入れ、利用者といろいろな会話を交わしています。自治会に加入し、地域の「鶴祭り」の見物やイモ堀りに参加しています。地元のコーラスや傾聴ボランティア、幼稚園児の訪問などを受け入れています。	
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。	2カ月に一度の運営推進会議や月一回の介護相談員の訪問時に事業所内の状況報告をして、意見や助言を受けています。また、地域の入居希望者の相談を受け付け、認知症の人の支援の方法や介護についての助言、事業所の紹介などを行っています。		
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。	運営推進会議では、事業所内の状況報告を行い、参加した家族・民生委員・地域代表・地区社協・市介護保険課・地域包括支援センターの方々から質問、要望を受け、意見交換を行い、助言を頂くことでサービスの向上に活かしています。	年3回近隣の同一法人の事業所との合同開催を含め、年6回開催しています。市職員や地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員、自治会の役員、民生委員などが参加しています。活動状況などについて意見交換し、質問や助言を受け、運営に反映しています。	
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。	運営推進会議開催時は、毎回依頼文をFAXで送っています。介護保険の書類等について、直接窓口に行くことやグループホーム連絡会に参加するなど担当者との関わりを持つよう努めています。また、市町村からの研修依頼があった時には、積極的に参加するよう努めています。	市の介護保険課とは事故報告や運営推進会議の案内状・議事録の提出など手渡しを心掛け、待機者の状況や困難事例などの意見交換をしています。毎年、介護相談員を中心に、市内のグループホームや福祉施設の職員で市主催の事例検討会を開き、ケアサービスの向上を図っています。	

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
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。	日々の申し送りや月一回のミーティング等で、こういったことが身体拘束にあたるのか話し合い、様々な身体拘束について確認、共通認識を持っています。また、研修にて身体拘束についての知識を深め、職員間で共有できるよう努めています。	エリアマネジャーを中心に、職員採用時および定期的に、身体拘束について研修会を開催し、正しく理解しています。毎月のミーティングで不適切なケアや言葉による虐待などチェックシートを用いて確認しています。50mほど先に交通量の激しい道路があるため、玄関は施錠しています。	
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、法人内外の研修において、高齢者虐待について学び、日々のケアが不適切にならないよう注意を払い、帽子に努めています。また、言葉使い以外にも、表情や態度によっても虐待になることをミーティングや連絡ノート等で確認し、業務に取り組んでいます。		
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。	職員は法人内外の研修を通じて成年後見制度の実状について学んでいます。入居者、家族が手続きを行う際は、関係機関につなぎ、情報提供や手続きにおけるの連携をしています。		
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。	入居契約時は利用者のご家族との最初の共同作業であると考え、重要事項の説明を丁寧に行っています。特に重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制は詳しく説明し同意を得ています。		
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。	月一回、介護相談員の来所により、ゆっくり話す機会があり、入居者本人が率直に意見等を出しやすい環境づくりに努めています。また、家族面会や家族面談を通じて意見・要望を聞き、職員間でも共有を図り、ケアプラン等にも反映するよう努めています。	近隣に住む家族が多く、交代で事業所に来訪し、管理者や職員と気楽に話し合っています。毎年、実施する独自の家族アンケートや、傾聴ボランティア、介護相談員が苦情や要望などの家族の声を把握し、運営に反映しています。	

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。	月一回のミーティングを開き、職員間で違憲交換や提案をもらい、支援に反映させています。また、申し送り時や日常の業務でも気付いたことがあれば、その都度話し合う時間を持ち、常に職員が高い意識を持てるよう、サービスの質の向上に努めています。	毎日、職員が記録する連絡ノートや毎月、開催するミーティングから運営やケアに関する意見や提案などを把握し、運営に反映しています。法人では職員が発言しやすいようにパソコンを使い職員と直接「職員満足度」の調査を実施し、管理者との個人面談に繋げています。	
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。	日頃から、職員個々と話し合い、現場での状況の変化、それに対し職員の対応の努力・成果を把握しています。休み希望や労働時間の要望を受け、就業環境に反映させています。資格取得に向けた支援も行い、職員が向上心を持って働けるよう努めています。		
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。	階層別研修、法人内研修、外部研修など通じて、個々が学び、スキルアップできるような研修を受けています。		
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。	県と市のグループホーム連絡会や居宅介護支援事業所連絡協議会において、ネットワークを作り、研修や会議を通じ情報共有や意見交換を行うことで、サービスの質の向上に活かしています。		
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。	入居前の段階で本人、家族から生い立ちや生活歴を伺い、本人の要望を受け止めています。また、入居から一定期間は、日々の詳細な様子を観察、スタッフ間で共有し、会話や表情を通じ、困っていることや不安、要望等に耳を傾け、安心できる環境作りに努めています。		

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
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。	サービス導入前より家族の困り事や不安について、少しでも話しやすい言葉かけや、環境を作り、安心して頂けるよう努めています。また、要望などを伺い、入居者にとって良いケアを作り上げて共有し、信頼関係を築いています。		
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。	ご本人、ご家族から話をお聞きし、ご本人が今、必要と思われることを把握。一定期間は、日々の詳細な様子を観察し、見極めています。必要に応じて、対応表を作成したり、他のサービス機関にもつなげています。		
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。	一人ひとりの性格や得意なことを、日々の会話や家族の話を伺いながら把握し、本人の能力、希望に応じて、洗濯、掃除、調理等、持っている力を発揮して頂き、利用者、職員共に支え合い、利用者の思いを共感、理解するよう努めています。		
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。	家族と密に連絡を取りながら、本人の状況や思いを伝え、家族との橋渡しをし、共に利用者を支えていくよう心がけています。二カ月毎にメールブルー新聞を発行することにより、利用者の様子が分かり、3者をつなぐ役割を担っています。		
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。	ご家族と相談しながらご本人が馴染みのある医療や理容等が受けられるよう配慮しています。また、入居以前の知り合い等、長年交流のあった方の訪問も受け入れさせてもらっています。	管理者やユニットリーダーは入居前に利用者の自宅を訪問し、本人の部屋の様子や生活習慣、友人など家族向けのアセスメントをしています。利用者が今まで「やってきたこと」や「好きだったこと」などを把握して馴染みの活力を引き出すよう努めています。	

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
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。	入居者同士の相性や関係性の把握に努めています。また、会話を楽しみやすいように席を工夫したり、家事やレクリエーションを通じて、職員が間に入り、入居者同士のコミュニケーションをはかり良好な関係を築けるように支援しています。		
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。	他の施設に移られた場合、アセスメント・ケアプラン・支援状況などの情報を提供し、移られる前からきめ細かい支援が続くように連携を心掛けています。		
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。	利用者が主体的な決定を行えるよう支援し、その決定を尊重します。困難な場合は、表情、仕草、様子等から読み取り把握に努めています。また、入居者の心身の変化に合わせ、その都度、職員間で情報共有、ケースカンファレンスを行い、入居者のペースに合わせた支援を行っています。	利用者の日々の変化や気づきなどを「意見交換ノート」に記録し、本人の意思を尊重しつつ、それらを表出できるよう、支援しています。視覚的にわかりやすいように古いアルバムを活用して自己決定をしたり、毎日の衣類なども本人や家族の希望を聞いて整えています。	
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。	入居時に本人や家族の方からそれまでの生活歴、ライフスタイルなどの情報を提供して頂き、事前に職員間で情報共有をしています。入居後にも本人や家族との対話から全体像を知るように努めています。		
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。	入居者一人ひとりの生活リズムや得意なこと、出来ることを把握し、楽しみや生きがいを増やせるよう支援に努めています。それぞれの生活リズムを尊重した支援を心掛けています。		

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。	定期的に家族との面談を行い、家族の意見、要望を伺いながらケアプランを見直し、作成をしています。また、日々の本人の様子について、家族、職員、関係機関が密に連絡を取り合い、総合的な観点でケアプランを作成しています。	「意見交換ノート」から課題やニーズを確認しています。状況の変化があればその時点で関係者で協議しています。家族の要望や意見を確認し、ケアプランを見直して基本的には6ヶ月ごとに更新しています。	
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。	利用者の状態を記録した介護日誌、申し送りノート、医療ノートを活用し、利用者の体調や心身の変化について、把握、情報共有しています。また、必要に応じてサービス機関とも連携を図っています。		
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。	家庭的な雰囲気、季節の催し等、日々の暮らしに彩りを増やせるよう意識しています。本人、家族、の状況に応じて、通院や送迎等、必要な支援は柔軟に対応しています。		
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。	様々なボランティアの方々を受け入れています。また、地域の飲食店、スーパー等を利用し、近所の祭りやイベントにも積極的に参加して、周辺地域の方々への理解を得ています。訪問理美容・訪問マッサージ券、タクシー券の活用、市の紙おむつ給付サービスなど介護保険以外の情報も家族へお伝えしています。		
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、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。	ホームドクターによる月一回の定期往診をはじめ、夜間緊急時や体調の変化などには24時間体制で対応しています。内科だけでなく、必要に応じて精神科、歯科医の連携もしています。歯科は月2回定期往診があります。入居前のかかりつけ医を希望される場合は、引き続き受診や往診ができるよう、関係づくりに努めています。	入居前からの主治医の利用者もいます。事業所の往診医は内科は月1回、歯科は月2回、精神科は必要に応じて来ています。眼科や皮膚科、耳鼻科などの受診は原則家族対応です。家族の対応時の医療情報は口頭で連絡してもらい、往診記録に載せ、共有しています。訪問看護は週2回来訪し、健康管理をしています。24時間オンコール体制です。	

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
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。	週2回、看護師が来所しています。来所時に、入居者の体調や些細な変化を伝え、傷病の早期発見、早期対応につなげています。状況によっては、医療とも連携を取り、摘便、爪切りなども行っています。		
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。	入院時には本人の状況、様子などの情報を詳細に提供しています。また、入院先を訪問したり、電話連絡により、本人の状況確認、情報をお聞きし、より良い状態で退院できるように医療機関と連携を取っています。		
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、家族に今後の移行を確認し、職員、家族、医療機関と連携を取っています。安心して納得した最期を迎えられるよう随時意思を確認し、共有を行い、チームとして取り組んでいます。	医療連携体制や看取り看護に関する方針は契約時に説明し、同意書をもらっています。看取りでは主治医、家族と協議を重ねて同意書をもらい、看取り介護計画書を作成し、家族の同意を得て看取りを行っています。開設以来事例があり、振り返りや研修で今後にも備えています。	
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。	緊急時マニュアルの作成。救急救命法の学習、研修参加。夜間の緊急時連絡・対応の職員を決めています。また、緊急時に早急な対応ができるように備えています。		
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。	定期的な防災訓練の実施や、災害時の対応マニュアルの熟知、徹底を行っています。設備点検・備品のチェックも定期的に行っています。	今年度の訓練は地震・火災訓練・法人総合訓練の3回を予定しています。食料や飲料水は利用者、職員の7日分の備蓄を確保しています。その他発電機やラジオ、ブルーシート、衛生用品などを備え、リストを作成し、管理しています。	高齢者施設の災害時は地域の協力が必須です。今後も運営推進会議での協力要請や地域の防災担当、訓練時の近隣へのポスティングなどを駆使し、地道な努力を続けることも期待されます。

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。	支援が必要な時には、まずは本人の気持ちを大切に考えて、本人の意思を尊重したさりげないケアを心がけたり、自己決定しやすいように努めています。特に排泄や入浴時には、プライバシーを確保するようにしています。	接遇マナー研修は入職時や定期的な研修で周知しています。日常のケアの中では入浴、排泄時のドアやカーテンの開閉に注意しています。声かけ、声の大きさなどには細心の注意をしています。居室へ入る時はドアノックと声かけを励行しています。	
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。	本人の意思を尊重し、それらを表出できるよう、意識して支援を行っています。視覚的に分かりやすいよう、写真を用意する等、一人ひとりの状態に合わせて、選びやすいような働きかけもしています。		
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。	一人ひとりが、その人らしく、本人のペースで充実した生活が送れるよう、生活歴の把握、趣味等伺い、体調に配慮しながら、日々の生活へ取り入れています。		
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。	本人とその家族の希望を聞き、それに合わせた身だしなみを整えるように意識して支援しています。髭剃りや散髪、おしゃれがしたいと希望される方には、お化粧品なども自由にして頂いています。		
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。	食事中は、食事内容について説明したり、会話を交えて楽しみながら食事ができるよう、支援しています。食事の準備から片付けまで、出来る範囲で職員と一緒にしています。	朝食は外部に委託しています。昼食と夕食は新鮮な食材を馴染みの店より仕入れています。献立、調理は利用者の好みを入れ、職員の手作りで提供しています。雛祭り、敬老の日、正月などの季節の行事食も楽しみとなっています。外食の楽しみもあります。	

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。	健康チェック表に毎回の食事、水分量を記入し把握しています。摂取量が不足がちな方には、個別にチェック表を作成し把握しています。毎月一回体重測定を行い、食事量、栄養状態の確認をしています。入居者の咀嚼や嚥下能力、筋力低下に合わせた調理法や食器の選択を行っています。		
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。	職員が口腔内の清潔保持の重要性を理解し、毎食後、口腔ケアの声掛け、見守り、又は介助をさせて頂いている。また、月2回の歯科医との連携を取り、定期健診にて、義歯の点検や歯の治療を行い、助言も頂いています。		
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。	一人ひとりの排便サインを読み取り、本人の意思を確認した上でトイレ誘導を行っています。介助や見守りによって、その方にあった自立支援を、職員、家族と相談、実践しています。	排泄チェック表でパターンを把握しトイレに誘導しています。利用者の態度や動きなどのサインを見逃さないように誘導し、自立支援に努めています。失禁した時はさり気ない声かけでトイレに案内しています。リハビリパンツから布パンツに改善した利用者がいます。	
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。	便秘気味の方には、腹圧マッサージなどを行って排便を促しています。また、食材の工夫、乳製品、水分の摂取や、適度な運動も心かげることで、身体に負担をかけないよう自然な形で排便できるように努めています。必要な際はかかりつけ医へ相談し排便コントロールを行っています。		
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。	一人ひとりの状態に合わせた入浴方法を実施しています。入浴前は必要に応じて健康チェックを行い、好みの温度や状態に合わせ、安全に気持ち良く入浴できるように心がけています。また、入浴拒否のある方に対して自尊心に配慮した対応を行っています。	入浴は週2～3回です。湯は都度交換して衛生に配慮し、快適な入浴を提供しています。入浴の嫌いな利用者には声かけの工夫や着替えを促すなどして誘っています。無理強いはしていません。利用者の中には好みの保湿剤などを持ち込んでいる人もいます。	

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
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。	ご本人の希望や状態により、短時間の睡眠を取ってもらったり、夜間眠れない時には、職員と会話できる時間を持ち、落ち着いたところで、睡眠を取ってもらうなどの配慮をしています。		
47		○服薬支援 一人ひとり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。	処方箋の情報をファイリングし、内容の把握を行っています。日々の服薬状況についても、職員複数名でチェック表を記入し、飲み忘れや誤飲がないように努めます。また、状態の状況の変化によって、家族や医師と相談して薬剤の調整なども行っています。		
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。	一人ひとりの生活歴や得意なことを把握し、その方のリズムを大切に様々なレクリエーション、食事作り、洗濯たたみ等、個々に合わせた支援を提供しています。		
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。	散歩したり、ドライブを計画したり、家族と連絡を取り合い外出できるように支援しています。個人の買い物、ホームの必要物品等、買い物にもでかけるよう努めています。	散歩は車いす利用者も一緒に週3回ほど実施しています。コースには寺院や池などがあります。海や花見など車を利用した、季節のドライブでの外出もあります。家族と一緒に散歩や外食を兼ねた外出を楽しんでいる利用者もいます。	
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。	必要に応じ、家族と連絡を取り、対応しています。おひとりの利用者様に限っては、随時お金を所持しており、買い物などに利用しています。		

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。	本人が希望される時には、年賀状や、電話等、気軽にできるよう対応しています。また、帰宅願望による電話を希望される方には、家族と連携しながら、その時々に応じて支援を行っています。		
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。	壁への掲示物を季節に合わせて随時、変更しています。エアコンや加湿器など、空調設備を利用し、居心地の良い空間作りを心掛けています。	食堂兼リビングは広々と、明るく、清潔で、椅子やテーブル、ソファ、テレビなどゆったりと配した共用空間です。天窓や、木の柱や床材で木の温もりが満ちています。オープンキッチンでリビングには食器棚もあり、五感の刺激があります。十五夜やコスモスなど、季節を感じる貼り絵もあります。	
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。	入居者の関係性や能力に着目し、テーブルや椅子など、配置を考慮して対応を行い、一人ひとりが気持ちよく過ごせるように工夫しています。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている。	居室には、昔から使用されていた家具や思い出の写真、愛用品など、馴染みのものを置いて頂くなどして、本人が過ごしやすい様に、家族と相談して行っています。	ベッドやエアコン、照明、クローゼット、カーテンを備えています。トイレ・洗面台付きの居室と、広さで分けた居室となっています。椅子やダンス、テレビ、時計、写真、ぬいぐるみなど、馴染みの家具調度品を備え、居心地よく過ごせる居室となっています。	
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。	共用部には、なるべく障害物を置かないようにし、安全に配慮しています。また、視覚的に分かりやすいよう、トイレ、洗濯場に絵を張るなど配慮をしています。		

事業所名	メールブルー鶴沼
ユニット名	2階

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、その時々々の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。	毎月のミーティングや毎日の申し送り、日々のケースカンファレンス時に一人ひとりの想いを大切に、職員一人ひとりがその人らしい暮らしを続けられるような理念を作り上げ、共有し実践しています。		
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。	近所のお祭りやイベント、自治会や地域への参加、日常の参加など外出時には地元の人々と交流を大切にしています。また、地域のボランティアによるレクリエーション活動や、近所の畑でのさつまいも堀りなど入居者が楽しんで参加できる機会を多くもてるよう努めています。		
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。	2か月おきの運営推進会議や、月1回の介護相談員の訪問時に事業所内の様子を伝えています。また、地域の入居希望者の相談を常に受付、介護についてのアドバイスや事業所の紹介などを行っています。		
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。	運営推進会議を通じて、参加した入居者の家族、民生委員、地区社協、地域代表、地域包括センター、介護保険課職員等のメンバーにより、現在行っているサービスや活動を報告し、その内容についての質問・要望を受け、意見交換を行い、アドバイスを頂くことで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取り組んでいる。	運営推進会議開催時は、毎回依頼文を送っています。介護保険の書類等について、直接窓口へ行き担当者と関わりを持つよう努めています。また、市町村からの研修依頼があった時には、積極的に参加するよう努めています。		

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
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。	職員は研修に積極的に参加し、身体拘束によって受ける身体的、精神的弊害を理解し、拘束のないケアに取り組んでいます。ミーティングや日々の申し送り時等でケアを振り返り意見交換を行う事で身体拘束への意識を高めています。		
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。	法人内、法人外研修において虐待防止関法等を学び、不適切なケアを見過ごすことから虐待につながることを理解し、防止に努めています。また、小さなことでも気になったことは報告を受け、その都度確認を行っています。		
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。	職員は、法人内外の研修を通して学び理解した上で、入居者、家族に対しての情報提供や手続きにおける連携をしています。		
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。	入居契約時は重要事項の説明を丁寧に行っています。特に重度化やみとりについての対応方針、医療連携体制は、詳しく説明し同意を得ています。契約の改定時は、積算根拠を示し、家族面談などを行い、入居者・家族が納得の上 合意を得ています。		
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。	介護相談員の来所時に交流する機会があり、入居者本人が率直に意見等を出しやすいよう環境作りに努めています。また、家族の面会や家族面談を通して意見・要望をお聞きし、ミーティングで話し合い、反映に努めています。		

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。	毎月ミーティングを開き、職員の意見を聞く機会を持っています。また、ミーティング以外でも日頃から疑問・提案をきき、職員がお互いに協力して入居者個々のケア内容の質の向上につなげています。		
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。	日頃から、職員個々と話を行い、現場での状況の変化、それに対し職員の対応の努力・成果を把握しています。休み希望や労働時間の要望を受け就業環境に反映させています。資格取に向けた支援を行い、職員が向上心を持って働けるよう働きかけています。		
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。	法人内外の研修を積極的に取り入れています。非常勤もなるべく多くの職員が受講できるようにしています。研修後はレポートを作成し、全体ミーティング時に伝えることで他スタッフにも情報を共有しスキルアップに努めています。		
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。	県グループホーム協議会や市のグループホーム連絡会において、ネットワークを作り、研修などを通して、交流や意見交換を行っています。		
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。	入居前の面談時に本人や家族からこれまでの状況をお聞きし、困っていることや、不安なこと、要望を受け止めています。安心して生活が送れるような声掛け対応を行い、職員、他入居者と信頼関係を気付け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
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。	面会や面談時に家族の話聞き、困っていることや不安なこと要望などを伺い、できるだけ早く対応をしています。また、面会時には、こまめに生活状況や健康状態などの状況提供を行い共有することで家族との信頼関係を築けるよう努めています。		
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。	家族より記入して頂いた生活歴や在宅時の生活表を基に本人にとってより良いケアを考え、対応しています。必要に応じて他のサービス機関にも連携を取り相談しています。		
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。	入居者一人ひとりが生活の中で、意欲的に楽しみややりがいを持って行えることを伺い、日常に取り入れています。職員は入居者とともに過ごし信頼関係を築きながら、入居者の思いを共感・理解しています。		
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。	家族の面会時には入居者と家族の時間を大切にし、職員は面会や家族面談などで入居者の日々の様子や変化をこまめにお伝えし、状況交換・コミュニケーションを行っています。日々の生活において安心、満足して頂けるよう努めています。		
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。	入居されていても、利用者がたいせつな人との通信や交流が図れるよう友人との面会も受け入れています。		

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
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。	入居者同士の相性や思考、関係性の把握に努めています。また、会話を楽しみやすいように席を工夫したり、家事やレクレーションを通して、職員が間に入り、入居者同士のコミュニケーションを図り、良い関係が築けるように支援に努めます。		
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。	他の施設に移られた場合、アセスメント・ケアプラン・支援状況や情報を提供し、移られる前からきめ細かい支援が続けていけるよう連携を心がけています。		
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。	入居者が主体的な決定を行えるよう支援し、その決定を尊重しています。困難な場合は、表情・しぐさ・様子等から読み取り、把握に努めています。また、入居者の心身の変化に早く気づきそれに合わせてその都度、職員間で情報共有を行い、入居者の希望に沿った支援を行います。		
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。	入居時に家族や周囲の方から、これまでの生活歴やライフスタイルなどの情報を収集し、入居後にも本人や家族との対話から全体像を知るように努めています。		
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。	入居者一人ひとりの生活リズムや得意なこと、できることを職員一同で把握し、楽しみや張り合いを増やせるよう支援に努めています。		

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
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。	定期的に家族との面談を行い、ケアプランの見直し、作成をしております。モニタリングでは、アセスメントを含め職員間で意見交換を行い、総合的な観点でケアプランを作成しています。		
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。	日々の生活の中で、入居者の様々な様子に着目し、具体的に記し職員間で共有しています。また、特記については、申送りノートや医療ノート、個別の対応表などを作成し活用しています。		
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、その時々にも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。	本人、家族の状況に応じて、通院や送迎等必要な支援は柔軟に対応しています。		
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。	傾聴や音楽会等様々なボランティアの方々を受け入れています。また、地域の飲食店スーパーなどを利用し、地域のイベントやお祭りなどにも参加することで周辺地域の方々への理解を働きかけています。訪問理美容・訪問マッサージ券の活用、市紙おむつ給付サービスなど介護保険以外の情報も把握し家族へお伝えし、必要な方は実施しています。		
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。	ホームドクターによる定期往診をはじめ、緊急時や体調の変化などには、24時間体制の対応が可能です。今までのかかりつけ医を希望される場合は、引き続き受診や往診ができるよう関係作りに努めています。内科だけでなく、必要な方は歯科・精神科の往診医にも対応して頂いています。		

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
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。	週一回看護師が来所し、入居者の体調や些細な変化を伝え、傷病の早期発見、早期対応を心掛け適切な医療へと繋げています。爪切りや摘便なども行っています。		
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。	入院時には本人の状況、様子などの情報を詳細に提供しています。また、退院前には、入院先を訪問し、本人の状態確認、情報をお聞きし、より良い状態で退院できるように医療機関と連携を取っています。		
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・家族に今後の意向を確認をし、職員・家族・医療機関と連携を取っています。安心して納得した最期を迎えられるよう随時意思を確認し、共有を行いチームとして取り組んでいます。		
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。	緊急時マニュアルの作成。救急救命法の学習、研修参加。夜間の緊急時連絡・対応の職員を決めています。また、緊急時に早急な対応ができるように備えています。		
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。	定期的な防災訓練の実施や、災害時の対応マニュアルの熟知、徹底を行っています。設備点検・備品のチェックも定期的に行っています。		

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
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。	支援が必要な時には、まずは本人の気持ちを大切に考えて、本人の意思を尊重したさりげないケアを心がけたり、自己決定しやすい個々に合った言葉かけをするように努めています。特に排泄や入浴時には、プライバシーを確保するようにしています。		
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。	本人の意思を尊重し、それらを表出できるように意識して支援を行っています。また、一人ひとりの状態に合わせて本人が答え易く、選び易いような働きかけをしています。		
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。	一人ひとりが、その人らしく、本人のペースで充実した生活が送れるよう生活歴の把握、趣味等伺い、体調に配慮しながら日々の生活に積極的に取り入れています。		
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。	本人とその家族の希望を聞き、それに合わせた身だしなみを整えるように意識して支援しています。髭そりや散髪、おしゃれがしたいと希望される方にはお化粧品なども自由にして頂いています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事中は会話を交えて、楽しみながら食事ができるように支援しています。食事の準備から片付けまで、できる範囲で職員と一緒に行っていただいています。		

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
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。	健康チェック表に毎回の食事、水分量を記入し把握しています。摂取量が不足がちの方には、個別にチェック表を作成し把握しています。毎月1回体重測定を行い、食事量や栄養状態を確認しています。入居者の咀嚼や嚥下能力、筋力低下に合わせた調理法や食器の選択を行っています。		
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。	職員が口腔内の清潔保持の重要性を理解し、毎食後に口腔ケアを行っています。また、月2回歯科医との連携を取り定期健診にて義歯の点検や歯の治療を行い、助言も頂いています。		
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。	一人ひとりの排泄サインを読み取り、本人の意思を確認した上でトイレ誘導を行っています。介助や見守りによって、その方に合った自立支援を職員、家族と相談、実践しています。		
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。	便秘気味の方には、腹圧マッサージなどを行って排便を促しています。また、定期的な補水と牛乳等乳製品を摂取し、身体に負担をかけないように自然な形で排便できるように努めています。必要な際はかかりつけ医へ相談し排便コントロールを行っています。		
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。	一人ひとりの状態に合わせた入浴方法を実施しています。入浴前は必ず健康チェックを行い、好みの温度や状態に合わせ、安全に気持ち良く入浴できるように心がけています。また、入浴拒否のある方に対して自尊心を配慮した対応を行っています。		

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
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。	なるべく日中は活動を促し、家事などで身体を動かして頂いています。一人ひとりの体調や表情、希望を考慮しゆっくり休息がとれるよう支援しています。		
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。	処方箋の情報をファイリングし内容の把握を行っています。日々の服薬状況についても職員複数名でチェック表を記入し、飲み忘れや誤飲がないように努めます。また、状態や状況の変化によって、家族や医師と相談して薬剤の調整なども行っています。		
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。	日常生活における家事を職員とともに行って頂き、本人にとっての役割や楽しみを見出す支援をしています。他にも、外食やドライブ、買い物や散歩、お誕生日を皆でお祝いするなどのレクリエーションも行っています。		
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。	本人の意向や希望を聞き、それに合わせて買い物や外食、散歩などの外出を気軽に行えるよう支援しています。また、近隣の同一法人の施設とも連携を取り、外出時の手段や安全面などのサポートをしています。		
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。	本人の能力に合わせてお金を所持したり、職員と買い物に行く際は、自分で必要な物、好きな物を購入でき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
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。	本人が希望されるときには、電話や手紙などを気軽にできるように支援しています。また、帰宅願望による電話を希望される方は、家族と連携しながらその時に応じて支援を行っています。		
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。	居室の照明は明るく優しい雰囲気の物を選んで使用しています。フロアにレクリエーションで撮影した写真、入居者が作成した工作を飾るなどして思い出を通して季節感を感じて頂いています。		
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。	入居者の関係性や能力に着目し、テーブルや椅子などの配置を考慮して対応を行い、一人ひとりが気持ちよく過ごせるように工夫しています。		
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。	居室には、昔から使用されていた家具や思い出の写真、愛用品など馴染みの物を置いて頂くなどして、本人が過ごしやすい様に、家族と相談して行っています。		
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。	本人が熟中されている行動や作業の間は危険がないように、所在確認の下で見守りを行っています。また、ホーム内では居室やトイレなどの表示を大きく分かり易く書くことにより、本人が自己判断できるような工夫も行っていきます。		

2019年度

目標達成計画

事業所名 メールブルー鵜沼

作成日： 令和 1年 12月 17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	35	災害時は地域の協力が必要であるが、地域の方の協力体制が築けていない現状があります。事業所の防災訓練や避難訓練に於いて、地域の方の協力が得られるような仕組み作りが必要です。	事業所の年3回ある防災訓練に年1回は地域住民の方の協力を得る。	運営推進会議での協力要請や自治会の開催する防災訓練に参加し地域住民との関係作りに努めていく。また、近隣住民の方に防災訓練日をポスティングなどで伝え周知し、協力が得られるようにしていく。	12ヶ月
2		職員一人ひとりが認知症を理解し、誰もが認知症になっても住みやすい街作りの一役を担っていけるようにしていきます。	事業所の全職員が「認知症サポーター講座」を受講し、オレンジリングの獲得をしていく。	各地域の「認知症サポーター講座」の日程確認をしてシフトの調整や自法人での開催などを実施していく。	12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月