

2020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	県央福祉会		
事業所名	メールブルー鶴沼		
所在地	(251-0028) 神奈川県藤沢市本鶴沼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2年10月5日	評価結果 市町村受理日	令和3年3月19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。家庭的な生活館環境のもと、低下した認知機能をサポートしながらご本人の自己決定を支援し、できることや分かることに着眼しながら生活支援を行っています。毎日のラジオ体操やレクリエーションを取り入れ転倒予防に努めています。月1～2回同法人事業のトランスフィットネスが来られ筋力保持に努めています。現在、傾聴や音楽ボランティアは中止していますが、コロナ禍が落ち着き次第再開の予定です。近所の保育園やボーイスカウトと交流する機会もあり、お互い楽しみの一つになっています。看護学生・傾聴の実習生の受け入れを積極的に行い地域貢献をしています。医師・看護師・ご家族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を込めて対応しています。また、看取りの介護も行っています。

【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2年11月10日	評価機関 評価決定日	令和3年3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バスで10分、「藤原」バス停下車徒歩1分です。幹線道路から右手に20メートルほど入った住宅地にある木造2階建て2ユニットのホームです。運営主体は社会福祉法人県央福祉会です。

<優れている点>

コロナ禍においても管理者を中心に職員が一体となり、運営理念の「その人がその人らしく、自分の意思で地域で暮らす」ことを支援をしています。入居者の地域との交流を絶やさないため、野菜や肉・魚・米などの食材の仕入れは近隣商店で行います。仕入れ先と利用者が顔見知りのため、リビングで受け取っています。現在は感染症対策を厳守し玄関先で商品を受け取りますが交流は継続しています。看護学生の実習受け入れ、ボーイスカウトや保育園児との積極的な交流は形を変えて継続しています。自治会との関係は運営推進会議の資料報告や電話による情報交流を続けています。家族の要望から「メールブルー新聞」で生活状況を日常写真で伝えたり、電話で健康状態を医療面(バイタル、看護記録など)・介護面(食の増減、体力の変化など)から具体的に伝えています。

<工夫点>

10月の面会再開にあたり、家族の顔を見忘れた利用者に丁寧な応接をしています。間に職員が入り、日常会話で話を進めたり、双方の関係を引き出したり、自宅から昔の懐かしい写真を持参してもらい、写真を見ながらの会話で思い出を繋いでいます。

【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る。 (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、生き生きと働いている。 (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をし、日々の変化に対応し、利用者様が自分らしく生活ができるよう、職員が共有し実践しています。	事業所の運営理念と各階ごとのフロア理念を作成し、行動の基本としています。一人ひとりの思いや時間を大切に、生活習慣やスペースを守りながら、利用者が自分の意思で地域で暮らせるよう支援しています。	
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。	現在、コロナウイルスによりお祭りやイベントが中止となり交流はできていません。10月の予定では芋ほりに参加や保育園との交流を検討しているところです。少しの時間でも交流の機会を持てるよう努めていきます。	地域の対面交流に代えて電話や書面でやり取りをしています。看護実習生の受け入れを3回しています。10月中旬からは地域交流も再開しています。近隣での芋掘り行事には保育園児と一緒に芋を掘り、園児の歌の披露を受けて楽しい時間を共に過ごしています。	
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カ月おきに運営推進会議や、月1回の介護相談員の訪問時に事務所内の様子をお伝えしています。また、地域の入居希望や見学を常に行い、介護についての相談やアドバイス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、参加した入居者様のご家族、民生委員、地区社協、地区代表、地域包括センター、介護保険課職員等の方から、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、アドバイスをいただくことでサービスの向上に活かしています。	運営推進会議の年度計画は奇数月6回開催です。前3回は職員意見をまとめた資料を会議構成員に送付しています。役所には電話による報告の後に資料を送付しています。同一法人の近隣グループホーム所長と電話や面談を定期的に継続しています。この事業所とは年3回の合同運営推進会議を開催しています。	
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FAX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かか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。	市役所からは津波災害のガイドラインを受けています。紙オムツ給付の情報を家族に周知後、申請の代行も実施しています。県主催の実践者研修には申請仲立ちの市役所になっています。毎月の介護相談員は利用者とは基本1対1で面談しています。	

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。	職員は月1回のミーティングにて研修を行い、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。	「身体拘束廃止の方針・理念」を玄関に掲示し、「身体拘束ゼロへの手引き」を用いて、毎回テーマを設定し研修しています。身体拘束廃止委員会は法人1回と事業所1回の年2回開催しています。センサーマットの使用は家族の希望を優先し、安全のため採用した事例があります。	
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法等を学び、不適正なケアを見逃ごすことを理解し、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じて青年後見人制度の実状と今後について学び理解した上で、入居者様、ご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。特に重度化や看取りについての対応方針、医療連携体制は詳しく説明をし同意を得ています。契約の改正時は、積算根拠を示し、家族面談などを行い、入居者・家族の納得をしていただき合意を得ています。		
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が出やすいように環境づくりに努めています。また、ご家族への面会制限があるので、電話や手紙にて意見・要望をお聞きし、ミーティングにて話し合いをし、反映に努めています。	介護相談員と利用者のさりげない会話が進むように、職員は見守りを優先しています。面会の制限下「メールブルー新聞」で日常を報告しています。家族からの理美容・日用品の補充依頼などを反映しています。体調変化に応じたレンタル歩行器の試用も話し合っています。	

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
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行っています。また、ミーティング以外でも日頃から疑問や提案を聞き、職員がお互いに協力して入居者個々の質の向上につなげています。	各階のフロア会議では、清潔保持のため居室やリビングの定期・日常清掃の回数や清掃法について検討しています。在職率の高い職員間は風通しも良く何でも話し合っています。職員間だけでなく、管理者や主任とも多くの意見が交わされています。	
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、職員個々と話をし、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。資格取得に向けて支援を行い、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。	法人内にて入職年数に応じた研修を行い、課題に取り組むことでスキルアップにつながっています。		
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。	県グループホーム連絡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。	入居前の面談の時に本人やご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築けるように努めていきます。		

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、電話にてご家族の話聞き、困っていることや不安なこと要望などを伺い、できるだけ早い対応をしています。また面会時には、こまめに生活状況や健康状態などの情報提供を行い、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。	家族より記入していただ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とり相談しています。		
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。	入居者一人一人が生活の中で、意欲的にやりがいや楽しみを持っていることを確認し、職員は入居者様と過ごすことで思いや理解、共感を持っています。		
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。	ご家族の面会時には、入居者様とご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様の日々の様子や変化をこまめにお伝えし、ご家族とも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とご満足していただけるよう努めていきます。		
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。	ご入居されていても、利用者様が大切にされている人との通信や交流が図れるよう、面会を受け入れています。	面会を10月中旬に再開しています。面会は、事前予約や時間制限、検温や手洗いなどの各種条件を守りながら実施しています。家族の訪問のほか、童謡を歌うサークル仲間なども来訪があり、馴染みの関係が継続できるよう支援しています。	

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
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関を工夫したり、レクリエーションや一緒にお手伝いをしていただくことで、入居者様同士コミュニケーションを図れるよう支援し、良い関係を築けるよう努めます。		
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・支援状況をや情報を提供し、移られてからもきめ細やかな支援が続けられるような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。	入居者様が主体的な決定を行えるような支援をし、その決定を尊重しています。意見など困難な場合は、表情・しぐさ・様子等から読み取り、把握に努めます。また、入居者様の心理の変化に早く気づき、その都度職員間で情報共有を行い、入居者様の希望に沿った支援を行います。	一人ひとりの入居者の思いや考えていることをより理解することに努めています。動作や何気ない会話から利用者の笑顔につながるような支援をしています。職員間の意見交換ノートで日常の様子や特別事項を共有しています。家族から写真の提供を受けて、昔の様子を確認したりしています。	
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。	入居される前にご家族や周囲の方から、それまでの生活歴やライフスタイルなどの情報を収集し、入居された後にも本人やご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。	入居者様一人一人の生活リズムや趣味、得意な事、出来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ます。1人1人生活のリズムが違うので、それぞれに合わせた支援を行っています。		

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
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。	3～6ヶ月に一度定期的にご家族との面談を行い、ケアプランの見直しをし、作成を行っております。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。	少なくとも6ヶ月毎にケアプランの見直しを実施しています。職員の記録（意見交換ノートなど）と医療の記録（看護記録、訪問歯科記録など）から健康状態を把握し、評価を行いケアプランの見直しに繋いでいます。4月より薬学管理指導の契約をしています。	
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、申し送りノートや医療ノート、個別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、ご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が現在はコロナ対策で受け入れていませんが、ボランティアの方には連絡を入れています。また地域の飲食店やスーパーを利用して、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を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する場合は、引き続き受信や往診ができるよう関係づくりに努めています。内科だけでなく、必要な利用者様には歯科・精神科の往診医にも対応していただいています。	入居時に話し合い、かかりつけ医の受診も支援しています。基本は家族の同行ですが状況に応じて職員も支援しています。同行職員は申し送りノートに記録し、職員全員で医療情報を共有しています。協力医は内科医・歯科医が月2回、精神科は必要に応じて訪問診療が受けられるよう支援しています。	

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	
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1回の看護師が来所氏入居者様の体調や些細な変化を伝え、傷病の早期発見、早期対応を心がけ、適切な医療へと繋げています。爪切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。	入院時には利用者様の状況や様子をなどの情報を提供しています。また入院中や退院時には、入院先へ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。	管理者は入居時に「看取りに関する指針」に基づき重度化や看取りについて家族や利用者等に説明し、同意を得ています。利用者の変化に伴い、主治医や看護師、家族と話し合い、方針を早めに決定しています。終末期について家族の意思を尊重した支援をしています。		
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。	緊急時マニュアルを作成。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。緊急時に早急な対応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、備品のチェックを定期的に行っています。	従来は近隣の住民も避難訓練に参加していません。今年は新型コロナ禍の影響で職員のみヘルメットをかぶり防災訓練をしています。3月には訓練を実施する予定です。災害時の備蓄品は食料や飲料水などリストを作成して7日分を確保し、定期的に点検しています。		

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。	支援が必要な時には、まずは利用者様の気持ちを大切に考えて、利用者様本人の意思を尊重したさり気ないケアを心がけたり、自己決定しやす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をかけるよう心がけるよう努めています。特に排泄や入浴時にはプライバシーの確保に努めています。	職員は利用者の個性や思いが一人ひとり違うということを念頭に置いています。利用者のリズムで気持ちよく過ごせるように利用者本位のサービスに努めています。利用者を「さん」付けで呼称し、丁寧な言葉かけを行っています。職員に不適切な対応があった場合にはその場で注意し合っています。	
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、それを表でできるよう意識して支援を行っています。また一人一人の状態に合わせて答えを易く、選び易いような働きかけています		
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。	一人一人がその人らしく、利用者様のペースで充実した生活が送れるよう生活歴の把握、趣味などを伺い、太陽に配慮しながら日々の生活に積極的に取り組んでいます。		
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。	利用者様とご家族の希望を聞き、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ている利用者様には衣類やお化粧品なども自由にしています。		
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支援しています。食事の準備や片付けまで、出来る範囲で職員と行っていただきます。	調理は利用者の好みを取り入れ手作りしています。日々の食材は、地域との交流も大事に地元の商店から新鮮な野菜や魚など仕入れています。厨房まで運んでくれる配達人も楽しそうに会話をしています。利用者は食器拭きなどを職員と一緒に実施しています。	

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。	健康チェック表に毎日の食事、水分量を記入し把握しています。摂取量が不足がちな利用者様には、個別にチェック表を作成し把握しています。毎月1日に体重測定を行い、食事量や栄養状態を確認しています。利用者様の咀嚼や嚥下能力、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、助言もいただいています。		
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。	1人1人の排泄サインを読み取り、本人の意思を確認したうえ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、家族と相談しながら実践しています。	排泄チェック表により排泄パターンを把握し、トイレ誘導をしています。人前で誘導をして本人を傷つける事のないよう、さりげない声掛けをしています。自立支援を基本に、介助の場合も関わり過ぎないように配慮しています。	
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。また定期的な補水や牛乳等の乳製品を摂取し、身体に負担をかけないように自然な形に排便が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を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。	1人1人状態に合わせた入浴方法を実施しています。入浴前には必ずバイタル測定を行い、好みの温度や状態に合わせ、安全に気持ちよく入浴できるように心がけています。また、入浴拒否のある利用者様に対して自尊心を配慮した対応を行っています。	入浴は基本的には週2～3回です。浴槽の湯は衛生に配慮してその都度交換し、快適な入浴を支援しています。朝夕にバイタルチェックをして、体調により清拭や足湯をする利用者もいます。入浴拒否の場合は、声掛けや入る順番を変えるなど工夫しています。	

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。	日中はなるべく活動を促し、手伝いや体操・レクリエーションで体を動かしていただいています。1人1人の体調や表情、希望を考慮してゆっくと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を把握し行っています。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ています。また状態や状況の変化によって、家族や医師、薬剤師に相談をし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いただき、本人にとっての役割や楽しみを見出す支援を行っています。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。	利用者様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。	気候や体調に配慮しながら日常的に近くの神社や公園に散歩しスーパーへ買物に出かけています。敷地内の広い中庭で野菜や花々を育てたり、外気浴を楽しめるよう支援しています。時々、職員も一緒にウッドデッキで会話やおやつを楽しみ気分転換をしています。	
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、職員と開門簿に行く際は、自分で必要な物、好きなもの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は、電話や手紙など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、ご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ものを選んで使用しています。フロアに植物やレクリエーションで撮影をした写真、入居者様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いただいています。	開放的なリビングは空気清浄器や加湿器、エアコンなどで適切な室温を確保しています。広々とした天窓や大きなガラス窓で明るく清潔感にあふれています。広い中庭には古木に近い大きな桜の木や沢山の実がなる柿や梅などもあり、小さな公園のようです。居ながらにして季節感を感じられます。	
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。	入居者様の関係性や能力に着目し、テーブルやいすなどの配慮を考慮して対応を行い、1人1人が気持ちよく過ごせるよう工夫しています。		
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いただくなど、本にが過ごしやすいように、家族と相談して行っています。	居室にはベッドやクローゼット、エアコンなどを備えています。自宅との違いを最小にするために、本人や家族と相談して使い慣れた家具やテレビ、家族との写真などを持ち込み居心地よく過ごせるよう工夫しています。居室担当者が良き話相手になっています。	
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。	本人が熱中されている行動や作業の間は危険がないように、所在の確認の下でさり気ない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わかりやすく書くことにより、本人の自己判断できるような工夫を行っています。		

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る。 (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、生き生きと働いている。 (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等、職員間で話し合い、1人1人の思いを大切に、その人らしく暮らし続けられるような理念です。施設内の様々な場所に掲示し意識することにより、日々の声掛けや対応に反映されています。		
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。	現在、コロナウィルスによりお祭りやイベントが中止となり交流はできていません。10月の予定では芋ほりに参加や保育園との交流を検討しているところです。少しの時間でも交流の機会を持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カ月おきに運営推進会議や、月1回の介護相談員の訪問時に事務所内の様子をお伝えしています。また、地域の入居希望や見学を常に行い、介護についての相談やアドバイス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、参加した入居者様のご家族、民生委員、地区社協、地区代表、地域包括センター、介護保険課職員等の方から、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、アドバイスをいただくことでサービスの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FAX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かか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。	職員は月1回のミーティングにて研修を行い、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。		
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法等を学び、不適正なケアを見過ごすことを理解し、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じて青年後見人制度の実状と今後について学び理解した上で、入居者様、ご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ついて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をし同意を得ています。契約の改正時は、積算根拠を示し、家族面談などを行い、入居者・家族の納得をしていただき合意を得ています。		
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が出やすいように環境づくりに努めています。また、ご家族への面会制限があるので、電話や手紙にて意見・要望をお聞きし、ミーティングにて話し合いをし、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行っています。また、ミーティング以外でも日頃から疑問や提案を聞き、職員がお互いに協力して入居者個々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。資格取得に向けて支援を行い、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。	法人内にて入職年数に応じた研修を行い、課題に取り組むことでスキルアップにつながっています。		
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。	県グループホーム連絡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。	入居前の面談の時に本人やご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築けるように努めていきます。		

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、電話にてご家族の話を聞き、困っていることや不安なこと要望などを伺い、できるだけ早い対応をしています。また面会時には、こまめに生活状況や健康状態などの情報提供を行い、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。	家族より記入していただ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、対応してます。必要に応じて他のサービス機関にも連携をとり相談しています。		
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。	入居者一人一人が生活の中で、意欲的にやりがいや楽しみを持っていることを確認し、職員は入居者様と過ごすことで思いや理解、共感を持っていきます。		
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。	ご家族の面会時には、入居者様とご家族の時間を大切に、職員は面会や家族面談などで入居者様の日々の様子や変化をこまめにお伝えし、ご家族とも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とご満足していただけるよう努めていきます。		
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。	ご入居されていても、利用者様が大切にされている人との通信や交流が図れるよう、面会を受け入れています。入居以前の知り合いの方や、習い事のグループの方からのレクリエーションも積極的に取り組んでいます。		

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関を工夫したり、レクリエーションや一緒にお手伝いをしていただくことで、入居者様同士コミュニケーションを図れるよう支援し、良い関係を築けるよう努めます。		
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・支援状況をや情報を提供し、移られてからもきめ細やかな支援が続けられるような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。	入居者様が主体的な決定を行えるような支援をし、その決定を尊重しています。意見など困難な場合は、表情・しぐさ・様子等から読み取り、把握に努めます。また、入居者様の心理の変化に早く気づき、その都度職員間で情報共有を行い、入居者様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。	入居される前にご家族や周囲の方から、それまでの生活歴やライフスタイルなどの情報を収集し、入居された後にも本人やご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。	入居者様一人一人の生活リズムや趣味、得意な事、出来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ます。1人1人生活のリズムが違うので、それぞれに合わせた支援を行っています。		

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
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。	3～6ヶ月に一度定期的にご家族との面談を行い、ケアプランの見直しをし、作成を行っております。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、申し送りノートや医療ノート、個別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、ご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が現在はコロナ対策で受け入れていませんが、ボランティアの方には連絡を入れています。また地域の飲食店やスーパーを利用しています。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を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、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する場合は、引き続き受信や往診ができるよう関係づくりに努めています。内科だけでなく、必要な利用者様には歯科・精神科の往診医にも対応し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
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1回の看護師が来所氏入居者様の体調や些細な変化を伝え、傷病の早期発見、早期対応を心がけ、適切な医療へと繋げています。爪切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。	入院時には利用者様の状況や様子をなどの情報を提供しています。また入院中や退院時には、入院先へ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、事業所の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。	緊急時マニュアルを作成。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。緊急時に早急な対応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、備品のチェックを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、まずは利用者様の気持ちを大切に考えて、利用者様本人の意思を尊重したさり気ないケアを心がけたり、自己決定しやす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心がけるよう努めています。特に排泄や入浴時にはプライバシーの確保に努めています。		
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。	本人の思いや希望を言い出しやすいような雰囲気作りや、声掛けを行っています。言葉では表現できない方は、表情や前後の様子、些細な変化にも気かけ、情報を共有し把握に努めています。		
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。	一人一人がその人らしく、利用者様のペースで充実した生活が送れるよう生活歴の把握、趣味などを伺い、太陽に配慮しながら日々の生活に積極的に取り組んでいます。		
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。	利用者様とご家族の希望を聞き、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ている利用者様には衣類やお化粧品なども自由にさせていただいています。		
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。誕生日や四季のイベントなどの日にはお寿司など本人の好きなものを注文し、ケーキなどでお祝いをしています。		

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。	健康チェック表に毎日の食事、水分量を記入し把握しています。摂取量が不足がちな利用者様には、個別にチェック表を作成し把握しています。毎月1日に体重測定を行い、食事量や栄養状態を確認しています。利用者様の咀嚼や嚥下能力、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、助言もいただいています。		
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。	1人1人の排泄サインを読み取り、本人の意思を確認したうえ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、家族と相談しながら実践しています。		
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。また定期的な補水や牛乳等の乳製品を摂取し、身体に負担をかけないように自然な形に排便が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を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。	1人1人状態に合わせた入浴方法を実施しています。入浴前には必ずバイタル測定を行い、好みの温度や状態に合わせて、安全に気持ちよく入浴できるように心がけています。また、入浴拒否のある利用者様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。	日中はなるべく職員と一緒に出来る家事、運動などを行い活動的に過ごしていただいています。活動的に過ごしていただくことで、昼夜逆転にならないよう支援をしています。1人1人の体調や表情希望を考慮し居室の明るさや室温にも気を配り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を把握し行っています。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ています。また状態や状況の変化によって、家族や医師、薬剤師に相談をし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いただき、本人にとっての役割や楽しみを見出す支援を行っています。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。	利用者様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。		
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、職員と開門簿に行く際は、自分で必要な物、好きなもの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。	本人が希望される時は、電話や手紙など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、ご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ものを選んで使用しています。フロアに植物やレクリエーションで撮影をした写真、入居者様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いただいています。		
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。	入居者様同士がトラブルにならないような席の配置や、居心地の良い場所づくりを工夫しています。また、入居者様同士のトラブルとなった時には、職員がフォローに入り、お互いに落ち着くような声掛け、空間作りをしています。		
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いただくなど、本にが過ごしやすいうように、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。	入居者様自身ができることが増えるような物の配置や備品の工夫、声掛けをしています。また自立して暮らせるように部屋の前に表札を付けたり、トイレやお風呂場を分かりやすく表示する工夫をしています。		

2020年度

目標達成計画

事業所名 メールブルー鶴沼

作成日： 令和 3年 3月 18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	1	認知症の知識が不足している。	職員全体に認知症を周知していただく。	月1回のミーティングにて研修を行い、いろいろな角度から認知症の症状を話し合い、入所されている利用者様がどのような症状で困っているのかを読み取り、住みやすい環境にしていく。	6ヶ月
2		職員一人ひとりが認知症を理解した認知症の方への応援者となるよう研鑽していきます。	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。	誰もが認知症になっても住みよい街作りの一役を担っていけるようにしていく。	6ヶ月
3	35	「非常災害時の具体的計画」をもとに年3回の防災訓練を実施しています。実際の大規模災害に至っては、施設職員だけでは、不十分であり、今後は地域の方の協力を得られるような関係を築いていく。	事業所の年3回ある防災訓練に、地域の方の協力を得る。	運営推進会議にて地域代表の方に、防災訓練の日時をお知らせし、参加していただいたことで関係性を深める。近隣住民の方への協力をお願いし、今後も協力を得られるようにしていく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月