

2023（令和5）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	令和3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) 神奈川県藤沢市本鶴沼3-13-2			
サービス種別 定員等	■ 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	令和5年9月13日	評価結果 市町村受理日	令和6年1月23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。傾聴や音楽ボランティア、工作レクなど再開し少しづつ楽しんでいた時間が増やせてきています。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5年10月27日	評価機関 評価決定日	令和6年1月7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、小田急江ノ島線「本鶴沼」駅より徒歩10分、または「藤沢」駅北口から鶴沼車庫行バス「藤原」バス停より徒歩1分の閑静な住宅地にあります。湘南海岸に近く、自然豊かな環境です。ゆったりとしたリビングからは、庭の桜、アジサイ、柿などの植栽や、2階からは江の島の花火を鑑賞することが出来ます。

<優れている点>

今年度、管理者の同一法人内の着任により新しい事業所理念を作成しています。全職員への聞き取りの結果「その人らしい生活の実現」を主旨とした理念になっています。以前からの「身体拘束廃止委員会」「虐待防止委員会」に加え、「研修」、「アクティビティ」、「感染症」の3委員会を新たに立ち上げています。活動していく中で、事業所に足りない力、何を学ぶ必要があるかなど委員会ごとに検討していくこととしています。職員は利用者への傾聴の姿勢を大切にしています。共同生活の中で利用者同士の関係をどう取り持つか、本人が何を求めているのかを探ることに心を砕き、職員間で共有し支援しています。例えば楽器演奏をする、仕事で作っていた作品をつくる、居室以外の皆から離れた場所で一人で過ごすなど、援助側の都合に合わせず、利用者が主体的に選択、決定できる支援に努めています。

<工夫点>

地元の商店から届く食材で3食全て職員の手作りにこだわり提供しています。年中行事食の他、庭で収穫したキュウリ、ナス、トマトなども食卓に上り、皆で食事を楽しめる工夫をしています。

【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	1～10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	11
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	12～16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	17～23
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	1Fユニット

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。	今年度に管理者の人事異動があったタイミングで職員面談を実施して、どういう事業所にしていきたいか、聞き取りを行い、聞き取り内容をもとに事業所理念を作成しました。毎月のミーティングにて、理念の共有を行っています。	今年度、新管理者体制のもと、全職員との面談を実施し、どういう事業所を目指したいかの聞き取りをしています。「その人らしい生活の実現」を主旨とした新しい事業所理念をつくりました。毎月のミーティングで議題に基づき共有をしています。	
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。	地域の自治会に加入して、回覧板を回すなどつながりをもっています。その中で、地域の情報をいただき、利用者様が参加出来るようなイベントがあれば、参加しています。	昨年度までのコロナ禍であっても、ボランティア、保育園、ボーイスカウト等との交流は継続しています。毎年恒例の保育園児と地域の畑で一緒に芋ほりをして楽しんでいます。地域の商店街の祭りの誘いは検討しましたが自粛しています。	
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。	近くのスーパーなどに買い物の支援などを行っていますが、そういった取り組みが、認知症があっても、地域で生活できるという認識に変化していけばと考えています。藤沢市のグループホーム連絡会が主体となり、認知症サポーター養成講座を実施しています。		
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。	今年度から、運営推進会議を対面形式で実施しています。事業所の運営内容を報告して、意見やアドバイスを頂き、事業運営に活かしています。	今年度から通常の運営推進会議を開催しています。年6回のうち3回は近隣にある同法人のグループホームとの合同開催をしています。事業所内の活動状況を伝え、参加者からの感想・意見・情報を事業所運営に反映するようにしています。	事業所の実情を知ってもらうため、家族をはじめ、運営推進会議参加者を増やす工夫をすることで、会議がさらに活性化することが望まれます。
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。	事故報告など何かあった時だけでなく、相談事などで行政と連絡をしています。また、藤沢市グループホーム連絡会にも藤沢市の方に参加していただき、情報共有を行っています。	運営推進会議の議事録を藤沢市介護保険課にファクスし、事業所の実情を報告しています。入居を希望する人の理由や状況を担当課に相談し、入居につながった事例があります。藤沢市グループホーム連絡会では市職員との意見交換もしています。	

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束にあたる、具体的な行為などをミーティング等で共有しています。身体拘束委員会が中心となり、日常のケアで身体拘束にあたるケアを実施していないか、定期的に振り返っています。	身体拘束廃止委員会開催、外部研修参加、事業所内研修実施、毎月のフロアミーティング等、様々な形で身体拘束をしないケアについて、学んだり、話し合ったりする機会を設けています。身体拘束と虐待は切り離せないので、事例検討をしながら防止するよう努めています。	
7	6	○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。	身体拘束同様、委員会が中心となり、虐待に該当するケアを実施していないか振り返る機会を持っています。身体拘束や虐待については、自分のケアを振り返る目的でチェックシートを実施しています。	虐待防止委員会は身体拘束廃止委員会と同時開催をしています。毎月、全職員がセルフチェックシートを用い自らのケアを振り返っています。法人で集計をし、事業所にフィードバックをする取り組みを通して虐待防止につなげています。	
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。	利用者様の中にも、成年後見制度を利用している利用者様が多くなってきています。しかし、成年後見制度についての学びはまだまだ足りないと感じています。		
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。	契約時、解約または改定等の際は、利用者やご家族の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を得ています。		
10	7	○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。	日頃から入居者やご家族の希望・要望を聴くことを心がけています。ご家族の面会時などに積極的にコミュニケーションをはかり、運営に反映できるように努力しています。	個別外出を希望する家族の意向には、コロナの状況を見ながら判断をしています。利用者は職員のほか、毎月来訪する介護相談員に「自分で制作をしたい、材料が足りない」と相談することもあります。毎年受審の外部評価による家族アンケートの意見も参考にしています。	

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	8	○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1回のフロアミーティングやケースカンファレンス、個人面談の際に意見や提案を聞く機会を設けています。その際に十分に検討して合意形成をはかってから、運営に反映するようにしています。	毎日2回のモップがけ後が滑りやすいので、利用者の安全を考慮し就寝後の夜1回に行う変更をしています。管理者の判断が難しい場合は、法人に判断を仰ぐこともあります。	
12	9	○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。	年に一度職員の意向調査・満足度調査をおこない、各自が向上心を持って働けるように職場環境を整備しています。	年1回、運営法人が全職員に意向調査・満足度調査を実施しています。人事評価に関し、次年度から新システムが開始する予定です。事業所内では、休憩場所や休憩時間の確保のほか、シフトや有休の取得など本人の意向に沿った対応をしています。	
13	10	○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。	外部や内部で研修の機会を作り、専門性の向上を目指しています。事業所に足りない力は何か、何を学ぶ必要があるのかを研修委員会が中心となって検討しています。	ミーティングではさまざまな議題で研修をしています。今年度から研修、アクティビティ、感染症の3委員会を新たに立ち上げています。活動していく中で、事業所に足りない力、何を学ぶ必要があるかなど委員会ごとに検討していくこととしています。	
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。	法人内では、月に一度管理者が集まる会議を実施しています。神奈川県グループホーム協議会、藤沢市グループホーム連絡会に参加して、他事業所の取り組みなどを参考にしています。		
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。	サービス開始前にご家族及び関連医療機関等から利用者様のこれまでのご様子・嗜好・既往歴等の聞き取りを行い、スタッフ間で共有・事前に支援計画を作成しています。また、利用者様が入居された後には、積極的声掛けを行い、信頼関係を構築、利用者様の御意向や、潜在的な不安を払拭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
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。	ご家族とのコミュニケーションを密にして、入居者様の普段生活の様子をお伝えすることで、初期段階で判らなかった問題点・ご家族・スタッフの気付きを話合う機会を設け、状況によって変化するご家族の不安点困っていることの解決に向けて意見交換を行っています。		
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。	入居者様のこれまでの病状の経緯や、ご家庭のご様子・ご家族の御意向の聞き取りを行い、必要とされる支援に優先順位を設定、まず、解決しなければならない点を明確にし、ご家族の同意を得た上で、当施設で出来る事、関連機関への支援要請を含め、広い視野でのサービス提供を心掛けて活動しています。		
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。	生活歴や、性格を共有し、その方の出来ることを維持できるように、また出来ないことを職員のフォローで出来るように支援しております。		
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。	入居者のご家族も、”共に生活する家族の一員”として考え、ご家族に対してもどんな支援が必要か・必要な情報は何か？を考え、併せてご家族からも安心して様々なご相談を発信して頂けるよう、事務的ではなく、家族的な関係構築をスタッフ全員で常に考えて行動しています。		
20	11	○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。	入居者様のこれまでの生活様式等をご家族・関係者の方からヒヤリングを行い、今迄の生活環境に出来るだけ近づけるように工夫して支援を行っています。また、ご家族・お知り合いの方の施設へのご訪問の機会を作って頂けるよう、スタッフからも情報を発信しています。	面会はまだ制限を設けていますが、希望があれば家族以外でも許可しています。家族の協力を得た外出・外泊の支援をしています。楽器演奏をする、昔の仕事の品を居室で作る、時々飲酒をするといった入居前からの生活習慣の継続も支援をしています。	

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。	共有スペースでの入居者様のご様子等をスタッフが注視し、適切なタイミングでの声掛け・簡単な家事を協働で行って頂く等、入居者同士の良好な関係作りと維持を支援しています。また、入居者様のパーソナルスペースを意識し過度の干渉等が発生した場合にも適切なタイミングでスタッフが介入し、個人のご気分を害さない様に、留意して支援を行っています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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。	サービス終了後も利用者であった方のご様子を含め、ご家族の状況等を伺う機会を設け、必要に応じて、過度な干渉にならない範囲での相談・支援を行えるよう良好な関係の継続・維持に努めています。		
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	12	○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、ご家族・関係者の方々の御意向を傾聴し、スタッフ間で共有・分析を行い、ご希望に沿った支援を行うように活動しています。また、意向の把握が困難な方でも、ご本人の気持ちを汲み取り、その方が何を求めているのか職員間で共有しケアにつなげています。	職員は傾聴の姿勢を持つようにしています。会話が困難な場合は表情や動作から推し量っています。共同生活内での利用者同士の関係をどう取り持つか、ということにも心を砕いています。本人が何を求めているのか、職員間で共有し、支援をしています。	
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。	入居前に、本人やご家族、関係機関から生活歴、その方の人となりなどの聞き取りをおこない、入居しても環境の変化、対応の変化に混乱することのないように心がけております。		
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体調や生活スタイルを考慮し、必要に応じて安静臥床や散歩、外気浴をお勧めし、出来る範囲で家事を行っていただく等、残存能力を発揮して頂く場を設けています。		

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	13	○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、作成を行なっております。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。	本人や家族の意向を確認し、会議の中で現状の情報共有をして、モニタリングを行っています。医師、看護師の意見を反映させ、管理者を中心にケアプランの見直しをしています。	
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、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。	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	14	○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訪問診療をはじめ、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、引き続き受診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往診にも対応いただいています。	協力医は内科・歯科が月2回、訪問看護が週1回です。必要に応じて精神科の受診が可能です。希望者は入居前のかかりつけ医の継続受診も可能です。個人記録の申し送りノートで職員が医療情報を共有しています。	

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。	週1回の看護師が来訪。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。爪切りや摘便なども行なっています。		
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。	入院時には入居者様の状況や様子をなどの情報を提供しています。また入院中は電話や訪問をし状態を確認し退院時には、入院先へ訪問。ご本人の状態確認、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	15	○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、共有を行ない、チームとして取り組んでいます。	入居時に利用者と家族に重度化や看取りに関する説明をし同意を得ています。状況変化時は家族・医療機関・職員と相談しながら進めていきます。職員は看取り後のカンファレンスで振り返りをし、方向性や考え方の研修を行い、足並みを揃えるようにしています。管理者の思いだけでなく、ベテラン職員も、新人職員も職員全員の思いを統一した支援に努めています。	
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ができるように備えています。		
35	16	○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。	消防署指導の下、年1回の消火訓練と年2回の総合訓練を利用者と職員が参加し実施しています。海や川が近い場所のため、津波を想定した垂直避難訓練も行っています。備蓄はリストを作成し3日分の飲食料、備品を保持し管理しています。	

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	17	○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。	大体出来ていると思う。その方のこれまでの歴史も考慮した対応をしている。	入職時に接遇マナー研修を行う他に、会議や事業所研修の中で「職員都合ではなく、利用者本位となっているか」を常に問い、振り返りをして職員の意識付けと方向性の確認をしています。事務室や廊下に設置したソファなど、利用者一人ひとりが自身の好きな場所で自身のペースで過ごせるように支援しています。	
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。	コミュニケーションをはかる中で、どうしたいのかを伺う。言葉表現することが難しい方は、表情などから相手の意向を汲み取れるように心掛けている。		
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、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。	一人一人の生活のペースを大事にした支援を心がけています。職員主体のケアにならないように、ミーティングなどで確認をしています。		
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。	利用者様の希望を聞き、季節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外出を兼ねて美容院へお連れしています。		
40	18	○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。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。	近隣の商店から週2回届く食材を使い、食事は3食全て職員の手作りにこだわり提供しています。栄養バランスはもちろんのこと、手作りならではの季節のメニューや料理中の音や匂いなどを感じることは食欲増進に繋がります。	

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。		
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。	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	19	○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。オムツを最終と認識し、トイレで排泄出来るよう、職員間で話し合い、段階を追ってケアをしています。	自立排泄の人が多い事業所です。日々の散歩や体操を行っていることで筋力を維持し、トイレで排泄することができる支援をしています。また、排便困難な場合はマッサージや乳酸菌飲料などを摂取することで腸の働きを促しています。	
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。	食物繊維を意識した食事作り。 ヤクルトやヨーグルトをこまめに提供。 排便チェック表を用いて、医師と相談しながら排便コントロールを行なっている。		
45	20	○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。	寒がりの方、暑がりの方はお湯の温度や入浴の順番を工夫している。 入浴拒否のある方は無理強いせず、翌日に回すなど、柔軟に対応している。	週2、3回、午前中に入浴を行います。 増数やシャワー浴など、要望にも柔軟に対応しています。お湯はその都度交換し、快適な入浴時間を過ごしています。入浴時は利用者と職員が1対1でゆっくり対話できる時間と捉え、会話や表情から想いを汲み取っています。	

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。体調不良を訴える方は、わずかでも休んで頂くなど、きめ細かく対応している。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。	お薬情報を閲覧できるようにファイルしています。薬の飲み間違いや、飲み忘れがないように服薬前後に職員同士でダブルチェックをしています。		
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。	食事づくりや、掃除、洗濯などその方の能力を見極めながら、関わって頂いています。		
49	21	○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。	気候や利用者の体調を考慮して、その日の散歩コースを決めています。近隣には大きな公園まで、皆で弁当を持参して出かける企画もあります。要望があれば近所のスーパーへ行き、日用品などの買い物を楽しんでもらっています。	
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	22	○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。	広々としたリビングにはソファやピアノがあり、各々お気に入りの場所で日中を過ごしています。壁には利用者と工作ボランティアが共同制作した季節ごとの作品を飾っています。リビングで過ごす利用者が多いので、利用者同士の関係性を意識しながら見守っています。	
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	23	○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、本にが過ごしやすきように、家族と相談して行っています。	ベッド・カーテン・エアコン・クローゼットが備え付けです。トイレ・洗面台付きの居室もあります。直筆の表札を付けたり、現役時代の作業台や電子ピアノなど、馴染みの物を持ち込んでいます。転倒防止のため家族同意の下、センサーマットを使用している利用者もいます。	
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ます。	利用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。		

事業所名	メールブルー鶴沼
ユニット名	2Fユニット

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。	今年度に管理者の人事異動があったタイミングで職員面談を実施して、どういう事業所にしていきたいか、聞き取りを行い、聞き取り内容をもとに事業所理念を作成しました。毎月のミーティングにて、理念の共有を行っています。		
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。	地域の自治会に加入して、回覧板を回すなどつながりをもっています。その中で、地域の情報をいただき、利用者様が参加出来るようなイベントがあれば、参加しています。		
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。	近くのスーパーなどに買い物の支援などを行っています。そういった取り組みが、認知症があっても、地域で生活できるという認識に変化していけばと考えています。藤沢市のグループホーム連絡会が主体となり、認知症サポーター養成講座を実施しています。		
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。	今年度から、運営推進会議を対面形式で実施しています。事業所の運営内容を報告して、意見やアドバイスを頂き、事業運営に活かしています。		
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。	事故報告など何かあった時だけでなく、相談事などで行政と連絡をしています。また、藤沢市グループホーム連絡会にも藤沢市の方に参加していただき、情報共有を行っています。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業員への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束にあたる、具体的な行為などをミーティング等で共有しています。身体拘束委員会が中心となり、日常のケアで身体拘束にあたるケアを実施していないか、定期的に振り返っています。		
7	6	○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。	身体拘束同様、委員会が中心となり、虐待に該当するケアを実施していないか振り返る機会を持っています。身体拘束や虐待については、自分のケアを振り返る目的でチェックシートを実施しています。		
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。	利用者様の中にも、成年後見制度を利用している利用者様が多くなってきています。しかし、成年後見制度についての学びはまだまだ足りないと感じています。		
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。	契約時、解約または改定等の際は、利用者やご家族の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を得ています。		
10	7	○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。	日頃から入居者やご家族の希望・要望を聴くことを心がけています。ご家族の面会時などに積極的にコミュニケーションをはかり、運営に反映できるように努力しています。		

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	8	○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1回のフロアミーティングやケースカンファレンス、個人面談の際に意見や提案を聞く機会を設けています。その際に十分に検討して合意形成をはかってから、運営に反映するようにしています。		
12	9	○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。	年に一度職員の意向調査・満足度調査をおこない、各自が向上心を持って働けるように職場環境を整備しています。		
13	10	○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。	外部や内部で研修の機会を作り、専門性の向上を目指しています。事業所に足りない力はあるか、何を学ぶ必要があるのかを研修委員会を中心となって検討しています。		
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。	法人内では、月に一度管理者が集まる会議を実施しています。神奈川県グループホーム協議会、藤沢市グループホーム連絡会に参加して、他事業所の取り組みなどを参考にしています。		
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。	サービス開始前にご家族及び関連医療機関等から利用者様のこれまでのご様子・嗜好・既往歴等の聞き取りを行い、スタッフ間で共有・事前に支援計画を作成しています。また、利用者様が入居された後には、積極的声掛けを行い、信頼関係を構築、利用者様の御意向や、潜在的な不安を払拭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
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。	ご家族とのコミュニケーションを密にして、入居者様の普段生活の様子をお伝えすることで、初期段階で判らなかった問題点・ご家族・スタッフの気付きを話合う機会を設け、状況によって変化するご家族の不安点困っていることの解決に向けて意見交換を行っています。		
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。	入居者様のこれまでの病状の経緯や、ご家庭のご様子・ご家族の御意向の聞き取りを行い、必要とされる支援に優先順位を設定、まず、解決しなければならない点を明確にし、ご家族の同意を得た上で、当施設で出来る事、関連機関への支援要請を含め、広い視野でのサービス提供を心掛けて活動しています。		
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。	生活歴や、性格を共有し、その方の出来ることを維持できるように、また出来ないことを職員のフォローで出来るように支援しております。		
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。	入居者のご家族も、”共に生活する家族の一員”として考え、ご家族に対してもどんな支援が必要か・必要な情報は何か？を考え、併せてご家族からも安心して様々なご相談を発信して頂けるよう、事務的ではなく、家族的な関係構築をスタッフ全員で常に考えて行動しています。		
20	11	○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。	入居者様のこれまでの生活様式等をご家族・関係者の方からヒヤリングを行い、今迄の生活環境に出来るだけ近づけるように工夫して支援を行っています。また、ご家族・お知り合いの方の施設へのご訪問の機会を作って頂けるよう、スタッフからも情報を発信しています。		

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。	共有スペースでの入居者様のご様子等をスタッフが注視し、適切なタイミングでの声掛け・簡単な家事を協働で行って頂く等、入居者同士の良好な関係作りと維持を支援しています。また、入居者様のパーソナルスペースを意識し過度の干渉等が発生した場合にも適切なタイミングでスタッフが介入し、個人のご気分を害さない様に、留意して支援を行っています。		
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。	サービス終了後も利用者であった方のご様子を含め、ご家族の状況等を伺う機会を設け、必要に応じて、過度な干渉にならない範囲での相談・支援を行えるよう良好な関係の継続・維持に努めています。		
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	12	○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、ご家族・関係者の方々の御意向を傾聴し、スタッフ間で共有・分析を行い、ご希望に沿った支援を行うように活動しています。また、意向の把握が困難な方でも、ご本人の気持ちを汲み取り、その方が何を求めているのか職員間で共有しケアにつなげています。		
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。	入居前に、本人やご家族、関係機関から生活歴、その方の人となりなどの聞き取りをおこない、入居しても環境の変化、対応の変化に混乱することのないように心がけております。		
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体調や生活スタイルを考慮し、必要に応じて安静臥床や散歩、外気浴をお勧めし、出来る範囲で家事を行っていただく等、残存能力を発揮して頂く場を設けています。		

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	13	○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やご本人との面談を行い、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。	その日の出来事や体調など、入居者様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、買い物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。	コロナで中止していたボランティアを再開し、利用者様の楽しみや活動に繋げています。また、地域の飲食店やスーパーの利用、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も必要な方には実施しています。		
30	14	○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。	往診医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。馴染みのかかりつけ医の継続対応や、内科だけでなく、必要な利用者様には歯科・精神科の往診医の利用も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回訪問看護師が来所に合わせ、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、そして適切な医療へと繋げています。また、爪切や摘便なども適宜対応いただいています。		
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。また入院中は電話や訪問を行い、退院時には、入院先より本人の状態確認、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	15	○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・医療機関とで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の確認・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。	緊急時の対応マニュアルの作成、救急救命法の学習、研修参加、夜間の緊急時連絡・対応の職員を決めるなど、緊急時に早急な対応ができるように備えています。		
35	16	○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・避難訓練の実施や、災害時の対応マニュアルの振り返り、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。また、法人の防災委員会の情報を参考にし、地域との連携を強化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
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	17	○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。	利用者様の自尊心を傷つけないような言葉かけや親しみのある丁寧な言葉づかいで接しています。トイレ誘導や入浴介助時には同性介助やドアの外からの見守りを行い、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。	利用者様が発言しやすい環境を作り、コミュニケーションを図ります。言葉で表現しにくい方には些細な変化を気かけ、ご本人の決めた内容に近づけた支援ができるように情報の共有をし把握します。		
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。	入居以前の生活習慣やリズムを尊重し日常生活を送れるよう支援しています。その日の体調や気分に合わせて過ごせる様配慮しています。また、積極的に前向きな生活を送れるよう支援しています。		
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。	利用者様やご家族の希望を伺いながら季節や場所に合わせた服装の提案、着脱などの支援をしています。ヘアカットは訪問理容を利用し、ヘアカラーやパーマはご要望に合わせて職員が美容院にお連れしています。		
40	18	○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。	地域の商店より届く新鮮な食材を使用し、季節に応じたレシピを考え提供して美味しい食事を楽しんで頂けるよう支援しています。誕生日会や式のイベント日はご希望を伺いお祝いしています。片付けのお手伝いは安全にできるよう見守り支援をしています。		

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
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。	毎日の食事量を健康チェック表に記入し、毎月1日の体重測定にて増減を把握して食事量や栄養状態を確認しています。水分不足に配慮し定時の他に入浴やレクの後にも補水をしています。また個別の状態に応じた食事の形状や調整を行い栄養補助食も利用します。		
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、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いコップや歯ブラシの消毒、義歯の除菌を行っています。また、月2回の歯科往診にて義歯の点検や歯の治療を行い、適切な口腔ケアなどの助言もいただいています。		
43	19	○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。	職員が一人ひとりの排泄パターンを認識し、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。また、ご家族と相談しながら、助言や見守りによりその方に合った自立支援と実践をしています。		
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。	定期的な補水や乳製品を摂取して頂き、自然な排便を促すように心がけています。時には腹圧マッサージを行っています。排便の状況を記録し、排便リズムの把握したうえで必要な際はかかりつけ医に相談し排便コントロールを行っています。		
45	20	○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。	個々の入浴習慣に合わせて安全を考慮した上で入浴して頂いています。リラックスした入浴時間が提供できるように心がけ、拒否のある方には気持ちに寄り添い日時の変更を行っています。また、自尊心への配慮も心がけています。		

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
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。	日中はフロアで職員と共に家事、レク、体操などを行い昼夜逆転にならないように支援しています。体調や表情を見ながら利用者様同士の関りも見守り、住環境にも配慮しています。		
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ています。日々の服薬状況を複数名でチェックし飲み忘れや誤飲を防いでいます。状態・状況の変化により家族や医師、薬剤師に相談し薬剤の調整を行い残薬管理もしています。		
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。	外出レクリエーションの企画作成や個々に合わせたレクリエーション企画の提案等を行いそれぞれの趣味嗜好に合わせた支援をしています。		
49	21	○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。	近所の公園からショッピングまで、利用者様それぞれの希望や身体能力に合わせて外出支援を行っています。		
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職員同行のもと、必要なものや好きなものを購入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
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。	希望される時は電話をかけたたり手紙を送ったりできるように支援しています。帰宅願望がある時にも、その時の状況に応じてご家族に電話できるように支援を行っています。		
52	22	○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	23	○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。		
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。	利用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。		

2023年度

事業所名 メールブルー鶴沼

作成日： 2024年 1月 19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	4	運営推進会議の参加者が少ない。	多角的な意見を反映するため、ご家族、入居者にも参加していただく。	運営推進会議の1ヶ月前には、参加して頂きたいご家族に参加依頼書を送付する。	12ヶ月
2	1	今年度事業所の方向性を示した理念を作成したが、全職員で目的の共有ができていない。	事業所全体で目的の共有をはかる。	事業所の目指すべき方向性は具体的にどういふことなのか共有するため研修を実施する。	12ヶ月
3	38	せっかく庭があるのにあまり活用できていない。	庭を利用して入居者の活動の場をひろげる。	季節の花を植えたり、野菜を育てることを入居者と一緒に行う。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月