

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	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	平成30年9月14日	評価結果 市町村受理日	平成30年12月14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。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、お互い楽しみの一つになっています。看護学生・傾聴・初任者研修生・成年後見人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。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	平成30年10月23日	評価機関 評価決定日	平成30年12月6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10分、藤沢駅北口からバスで「藤原」バス停下車徒歩1分の閑静な住宅街にあります。開設以来15年の歴史があり、地域に根差した事業所となっています。

<優れている点>

事業所の雰囲気は明るく清潔で、職員間のコミュニケーションもよく、利用者の目線に合わせ、寄り添った支援を行っています。職員の定着率が高く、介護経験の豊富な職員が多、利用者との馴染みの関係を深くしています。また、家族の信頼もあり、チームワーク良く利用者の支援に当たっています。広いリビングの大きな窓から臨める庭には、梅や柿、ミカンを始めとした四季折々の果樹や樹木、草花が植えられ、居ながらにして四季の移ろいを感じることが出来ます。昼食や夕食の献立は毎日職員が利用者の希望や好みを考慮して献立を考え、手作りしています。鮮魚や精肉、青果物などの生鮮食料品は地域との関りを重視し、地元の商店から新鮮な食材を届けてもらっています。職員も利用者と同じテーブルで会話をしながら、一緒に食べ、食事が楽しめる支援をしています。利用者は、「この食事はいつもおいしいのよ。職員さんの手作りだから。」と喜んでます。

<工夫点>

事務所前に家族用の連絡ポスト(個人別ファイリングケース)を設け、家族へのお知らせや配付物を入れておいて、来訪時に持っていけるようにしています。

【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。	毎日の申し送りや月1回のミーティング等、職員間で話し合い、一人ひとりの思いを大切に、その人らしく暮らし続けられるような理念です。ホーム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。	事業所開設時からの理念をもとに、フロアごとに基本方針を作成し、申し送り時やミーティング時に確認しています。毎年4月には職員倫理行動綱領と共に理念について説明し、周知を図り、共有して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。	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、地元のボランティアによるレクリエーション活動や、地域のサツマイモ掘りに誘われたりなど、入居者が楽しく参加できる機会を多く持てるよう努めています。	自治会に加入しています。「鶴祭り」を見に行ったり、地域のサツマイモ掘りに参加しています。近隣の保育園児やボーイスカウトが訪れ、利用者と交流しています。食材の鮮魚、精肉、青果物などの生鮮食料品は地元の商店から購入し、地域との関りを大切にしています。	
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か月に一度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・民政委員・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。	会議は年6回定期的に開催しています。事業所の状況報告後、運営推進会議の日程や防災訓練、災害時の備蓄、昼夜間の人員体制、虐待や身体拘束などについて活発な意見交換と質疑応答、情報交換が行われ、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したりなど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。	介護認定更新時の手続きや運営推進会議の議事録を届けに直接担当窓口に出かけています。地域包括支援センターとは日頃から連携を取ると共に、グループホーム連絡会やケアマネジャー連絡会にも参加しています。介護相談員の訪問もあります。	

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
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1回のミーティング時等で職員同士その日のケアを振り返り、身体拘束だけでなく、心理的な拘束もしていないか職員間で確認し、共通認識を図っている。	毎年4月に職員倫理行動綱領について研修をしています。事業所内の各所に「身体拘束廃止の方針・理念」を掲示し、身体拘束をしない支援の周知を図っています。ミーティングでも職員間で確認し合い、身体拘束のない支援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。	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なものにならないよう注意を払い、防止に努めています。また、月1回のミーティングでは一人ひとりに合った適切なケアについて話し合いを行っています。		
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成年後見制度の実状と今後について学び、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、家族面談等を行い、入居者・家族が納得して頂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。	介護相談員の来所により、ゆっくり話をする機会があり、入居者本人が率直に意見等を出しやすい環境作りに努めています。また、家族面会や家族面談を通して意見・要望を聞き、日々の申し送りや月1回のミーティングで話し合い、ケアプランにも反映するように努めています。	家族の訪問が多くあり、管理者は必ず挨拶し、近況報告をする中で意見や要望を聞いています。意見や要望は連絡ノートに記録し、申し送りやミーティングなどで話し合い、対処しています。介護相談員の来所があり、全利用者と面談し、意見などを聞き、管理者に伝えています。	

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1回毎月のミーティングを開き、職員間での意見交換を行っています。また申し送り時や日常の業務の中でも気付いたことがあれば、その都度積極的に話し合いや相談をする時間を作ること、常に職員が高い意識を持てるようにし、サービスの質の向上に努めています。	日頃から職員とコミュニケーションを図り、意見や提案を聞き、また、毎月のミーティングでも意見や提案について協議しています。新利用者の決定には管理者とリーダーの2名で自宅訪問して情報を把握し、職員とも協議して決めています。年に1回、職員面談を行い、意向や希望を聞いています。	
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。資格取得に向けた支援も行ない、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。	法人内外で開催される研修に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、毎月行う全体ミーティングで内容を共有し全体の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、研修や会議を通し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。安心して生活を送れるような声掛け対応を行い、職員、他入居者様と信頼関係を築けるようにしています。		

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
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。	入居前や入居後は家族と話す機会を多く持ち、困っていることや不安・心配なことを傾聴しています。また、要望などを伺い入居者にとっての良いケアと一緒に創り上げて共有し、信頼関係を築いていきます。		
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。	本人の様子や出来る事などを見極め、対応表を作成しています。職員間の情報共有を徹底し、本人の困っていることや不安や心配なことに対して、より良いケアを考え、対応しています。必要に応じ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つきながら把握し、工夫や声掛けを行うことで日常生活での家事やレクリエーションに活かしています。職員は入居者と共に過ごしながら支え、入居者の思いを共感・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。	家族の面会時には入居者と家族の時間を大切にしています。職員は面会や家族面談時に入居者の日々の様子や小さな変化もこまめにお伝えし、情報交換・コミュニケーションを行っています。家族には、預けて安心、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。	グループホームに入居して入居者が大切な人との通信や交流がはかれるよう支援し、個人の情報を厳重に守ります。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入れています。	馴染みの友人、サークル仲間、習い事の先生などや、親戚、子ども、孫、ひ孫などの来訪があります。職員が湯茶を出し、居室でゆっくり過ごしてもらっています。電話を掛ける、年賀状を出すなど、馴染みの関係の継続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
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はかり良好な関係を築けるように支援していきます。		
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、職員間で情報共有又は、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。	思いや意向は、日々の会話や様子などで把握するように努め、出来るだけ本人の意向に沿うよう支援しています。聞き取りが困難な場合は、表情、仕草、行動などから思いや意向を読み取るように努めています。家族からの情報も得るようにしています。得た情報は職員間で共有しています。	
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ます。一人ひとり生活のペースが違うので、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か月に一度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の見直し、作成をしています。また、日々の本人の様子と家族・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。	ケアプランの作成に当たっては、利用者や家族の意向を入れ、時には看護師も参加する担当者会議を行い、医師、看護師、薬剤師の意見を反映し作成しています。見直しは6ヶ月ごとに行い、変化があれば随時見直しして、現状に即したケアプランとなっています。	
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、先入観を持つことなく、入居者の様々な様子に着目して気づきを大切に、具体的に介護記録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を活用して分かりやすく記入しています。		
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、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をしています。		
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、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1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。歯科医は月2回の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に関係作りに努めています。	協力医は、月1回、看護師は週1回訪問し、かかりつけ医も往診しています。職員は「訪問看護申し送りノート」を使い、事前に入居者の健康状態を伝え、看護師は「訪問看護記録書」を訪問医に渡し、必要な時は直接訪問医に電話をしています。それぞれの信頼関係と連携の中で入居者の健康管理に努めています。	

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
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回看護師が来所し、入居者の体調や些細な変化を伝え相談しています。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対応しています。		
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。	入院時には本人の現在の状況・今までの様子も含め、情報を細かく伝えています。面会・退院時には担当医師・病棟看護師・MSW等とカンファレンスを行ないホームへ戻った時に本人・家族が安心してもとの生活に戻れるよう連携を図っています。		
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・医療機関と連携をとり、安心して納得した最後を迎えられるよう、随時意思を確認しながら取り組んでいます。特に家族と話し合う機会を多く持ち、主治医と相談する機会を設けています。	「容態が重度化した場合や看取り等に関する指針」を入居時に説明し、承諾を得ています。職員は「緊急時の対応方法」のマニュアルで備えています。急変した時は、随時、訪問医、家族、職員、看護師が相談し、医師と医療機関との連携も取れています。	
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、研修への参加を積極的に行っています。また、夜間緊急の際の緊急時連絡・対応職員を決め、緊急時に備えています。		
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。また、設備点検・備品のチェックも定期的に行っています。	「非常災害時の具体的計画」をもとに年3回、避難訓練を実施し、地震、津波、水害の総合訓練を行っています。職員の役割分担を決め、非常時には近隣の職員が駆けつける体制も整っています。二次避難場所の公園や津波の時の避難ビルも決まっています。	自治会の開催する合同避難訓練の誘いを受けています。その訓練に参加しながら、施設の避難訓練にも地域の協力が得られるよう努力す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尊重し、さりげないケアを心掛け、自己決定しやすい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し一人ひとりに合った声掛けをしています。	「寄り添いシート」を活用し利用者はどんな気持ちか、どう寄り添ったら良いかを職員が話し合い、共通認識をもって支援しています。利用者の自己決定を尊重し、室内での帽子の着用や居室での二人でのお茶会や野菜作りの希望にも寄り添い支援しています。	
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。	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、些細な変化にも気にかけて、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。	一人ひとりのペースを大切にし、その日の状態や様子に合わせ、本人の希望に添った支援を行っています。時間で区切ったりせず、好きな時間に好きなことをして自由に過ごして頂いています。		
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。	本人の希望や意見を伺い、一緒に身だしなみを整えたり、外出時にはお化粧をしたりしています。本人の希望にそったヘアカットや衣類も選んで頂いています。		
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。	食事の準備や片づけなど、一人ひとり出来る範囲で一緒に行っています。職員も同じテーブルで一緒に食べながら、会話を大切にし、明るい雰囲気の中で楽しみながら食事ができるようにしています。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、ケーキなどで祝っています。	朝食は業者の食材ですが、昼と夜は地元の新鮮食材を使い、職員手作りの温かい料理を提供しています。時には利用者に食材を見せ、希望を聞いて作ることもあります。配膳では、一人ひとりの名前を呼びながら配り、職員も一緒に食事し、和やかな雰囲気です。下膳、茶碗拭き、戸棚の食器の片づけの役割もつくり、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
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。	一人ひとりに合わせた食事形態で提供し、必要に応じて毎食量や水分量を健康チェック表に記入しています。また、栄養や水分が不足気味の方には捕食・補水を提供しています。希望により飲酒の習慣がある方には、適量を提供しています。		
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。	毎食後、一人ひとりに合わせた口腔ケアを行い、清潔を保っています。また、2週間に一度、歯科医師による定期健診を行い、義歯の点検や相談、アトバイスなども頂いています。		
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。	一人ひとりの排泄のパターンやサインを見逃さないように声掛けを行い、出来る限りトイレでの排泄が出来るように支援しています。紙パンツ・パット類も本人に合わせ、使用の際には本人と家族に相談をしています。	日常の散歩や体操を計画的に取り入れ排泄の自立を目指しています。今は布パンツ、リハビリパンツの着用が多数となり失禁は減ってきています。排泄パターンでさりげなく声かけし、日課表には便の形、量を記入しています。医師より対応指示を受けることもあります。	
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。	牛乳等の乳製品、オリーブオイル、野菜を使った料理を多く取り入れています。また、体操や散歩で体を動かし、予防に努めています。ホームドクターとも相談し、必要な方は便秘薬等を服用し排泄コントロールをしています。		
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。	一人ひとりの希望に合わせた入浴が行えるように支援しています。入浴時には、心も体もリラックスしていただけるような声掛けや介助を行っています。	週2回の入浴です。浴室は広く、トイレ、風呂用の車いす、座椅子、暖房が備えてあります。脱衣所は、着脱用の長椅子、個人用のタオルを保管したタンスがあります。入浴拒否の入居者へは足湯をしながら入浴を促し、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
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頂いています。活動的に過ごしてもらうことで、昼夜逆転にならないよう支援しています。一人ひとりの体調や表情、希望を考慮し、部屋の明かす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。	服薬の際には、複数名で必ず日付と名前を確認し、誤飲を防止するとともに、服薬チェック表を付け、飲み忘れを防止しています。薬の変更事には申し送りだけでなく、連絡ノートや特記事項へ記入、確認、処方箋をファイリングし、職員間で共通理解しています。		
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。	一人ひとりに合った役割や生きがい、喜びを見つけ張り合いのある生活ができるよう支援しています。また、嗜好品等は入居前の生活と同じように続けられるよう支援しています。気分転換に音楽をかけたり散歩に出かけています。		
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。	本人の希望だけでなく、職員からも積極的に声掛けし、近所へ散歩がてら買い物へ行き、外出が気軽にできるようにしています。また、大規模な外出レクリエーションも年2回企画し実行しています。	天候や体調をみながら身体機能の維持のために週2～3回計画的に決まったコースの散歩に出かけています。地域の馴染みの人と挨拶を交わし、散歩が気分転換となっています。本人の希望で、家族と一緒に帰宅、外食、泊りの旅行に出かけている人もいます。	
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している。	一人ひとりの希望や能力に応じて、お金を所持したり、買い物の際など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。	本人が希望される時には、電話や手紙などを気軽に出来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対応を行っています。		
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。	各フロアにはイベントの写真を貼ったり、季節ごとの飾り付けやお花も飾り、明るい雰囲気作りをしています。また、その日の天候や時間帯に合わせ、明るさや温度調整をし、過ごし易い空間作りに努めています。	居間、廊下とも明るく広々とし、清潔感があります。吹き抜けの居間は、各自が自分のペースでゆったり、静かに過ごせるようにテーブル、椅子、ソファ、足こぎペダルが配置されています。壁には利用者の作品や貼り絵を飾り、窓から季節を感じ取れる庭が眺めます。	
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。	入居者同士のトラブルとまらないような席の配置や、居心地の良い場所作りを工夫しています。また、入居者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。	居室の家具は使い慣れたものを持ち込んでいただき、入居前と同じような環境で居心地よく暮らして頂けるようにしています。写真や位牌など思い思いの品で本人、家族と相談しながら部屋作りをしています。	ベット、エアコン、クローゼット、カーテンが備え付けです。戸棚、タンス、テレビを持ち込み、足元を照らす小さなスタンドを各自が持参しています。造花や写真、時計、アルバムなどを飾るなど、個人の思いを尊重して、支援しています。居室の窓からも庭の樹木が見えます。	
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。	自分で出来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に表札を付けたり、トイレやお風呂の場所をわ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	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掘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きます。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。	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に取り組んでいる。	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を開き、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、会話を楽しむ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、よいかんけい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。	3～6ヶ月に一度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の状況に応じて、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、手伝い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、バックアップ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。フロアに植物や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、所在確認の下でさりげ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ます。		

平成30年度

目標達成計画

事業所名 メールブルー鵠沼

作成日： 平成 30年 12月 13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	「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。	防災訓練時に年1回は地域住民の方の協力を得る。	自治会の開催する防災訓練に参加し地域住民と関わりを持つことや日々の生活の中での地域との関わりを構築していく（外出時の挨拶や、近隣の掃除、地域の行事に参加することや事業所の行事に来て頂くなど）。顔が見える関係作りをし、いつでも協力を得るようにしていく。	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					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月