

令和2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	1491500060	事業の開始年月日	平成25年10月1日
		指定年月日	平成25年10月1日
法人名	ミモザ株式会社		
事業所名	ミモザ湯河原温々		
所在地	(〒259 -0301) 神奈川県足柄郡湯河原町中央2-8-3		
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2年9月2日	評価結果 市町村受理日	令和2年10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	
----------	--

【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)】

利用者一人ひとりの思いを第一に考えて、施設の集団の中でも個人に目を向け「個別ケア」を実践しています。利用者の今の部分だけでなく過去の生活歴や病歴などを、できる限り情報収集し適切なケアプラン作成をしています。レクリエーションや行事などは、季節感を感じていただけるように工夫しています。医療との連携に関しては、常日頃利用者の状態を観察し、正確な情報を提供して、適切な医療を受けていただけるような体制作りをしています。

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	ナルク神奈川福祉サービス第三者評価事業部		
所在地	神奈川県横浜市西区南浅間町8-22-207		
訪問調査日	令和2年9月30日	評価機関 評価決定日	令和2年10月16日

新型コロナウイルス感染防止の観点から書類調査方式とする。

【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)】

【事業所の優れている点】
◇充実した医療連携体制
協力医療機関の内科医師は、月2回訪問診療（全員対象）し、訪問看護師が、毎週利用者の健康状態を確認している。また、皮膚科医、歯科医の訪問診療も行っている。入所前から、かかりつけ医に通院している場合は、診断結果や薬の変更などを、協力医療機関に伝えて情報共有している。また、重度化した場合や終末期への対応は、医師・看護師・家族ときめ細かい連携を取り、利用者の支援にあたっている。
◇職場30分研修の実践
年間計画に基づき毎月「職場30分研修」を行っている。認知症ケア、プライバシー保護、非常災害時対応、倫理・法令順守、介護度進行予防などにつき、職員が輪番の担当となり、学びを深め、業務に反映させている。

【事業所が工夫している点】
◇職員資質向上にむけての取り組み
月2回、施設長と職員3名が参加する「アロー委員会」を開催し、運営面や業務内容を検討している。さらに、施設長が職員と個別に面談の場を設けて話し合い、コミュニケーションをとっている。いずれも、今後のサービスの在り方や、職員の成長を目指す取り組みになっている。

【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	ミモザ湯河原温々
ユニット名	さつきの家

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、安全面で不安な区過ごせている。 (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、安心して暮らしている。 (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	ミモザの理念である「高齢者の幸せな暮らしに貢献する」を念頭に置き、施設理念「共同生活を楽しく過ごすために」スタッフ各自がその理念に近づく様に努力している。	・事業所の理念を毎年策定し、ミモザの理念とともに各フロアに掲示している。 ・毎月のフロア会議や職場30分研修で、理念を確認しあい、利用者が1日を穏やかに楽しく過ごせるよう、日々のケアを行っている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入し各行事に参加し地域との交流、イベント参加をして地域の中での暮らしをしている。	・自治会に加入しており、例年夏祭りの行事や地域防災訓練に参加している。今年度はコロナ禍のため中止となった。 ・ボランティアによる楽器演奏、紙芝居、保育園園児との交流などは今年中止となった。		
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	認知症ケアにおいては利用者を一人の人として接することに重点を置き限りなくその人らしく地域の中で生活が送れるようにしている。			
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、事業所内の報告とともに外部の方から「今後どのようにすれば良い施設運営ができるか」などの意見をいただき、サービスの向上に出来るよう努めている。	・自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員、地域住民が参加し、2か月ごとに開催している。会議での情報交換や参加者の提案を運営に活かしている。 ・なお、今年はコロナ禍のため、運営状況をメンバーに郵送した。てい		
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	町役場、介護課への「報連相」をして意見をいただき、頂きより良いケアが実践できるように心がけている。	・町役場介護課と緊密に連携をとって、諸手続きや利用者・運営について助言を受けている。 ・ケアネットオーマイ（OHMY:小田原、箱根、真鶴、湯河原）の諸事業所ケアマネジャーが会議アプリケーションソフトを使い、月に2、3回事例検討を実施している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	入居者の尊厳を保持することを念頭に置き、普段より身体拘束をしなくても良い状況ができ出来るような認知症ケアを実践している。2回/年身体拘束及び虐待に関する研修を行っている。また、3か月毎に「身体拘束適正化対策検討委員会」を開催している。	・職員は年2回の研修で身体拘束や虐待について学び、3か月ごとの身体拘束委員会で話し合いや事例検討を行い、理解を深めている。 ・玄関は利用者の安全確保と防犯のため施錠している。居室、フロア出入口は解錠している。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	事業所内研修において、どのような事が虐待になるかを各スタッフに周知して貰っている。 特定のスタッフにストレス及び一人で抱え込まないよう上長への相談ができやすいシステムを作っている。 2回/年身体拘束及び虐待防止に関する研修を行っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修において権利擁護の事を学ぶとともに成年後見人に繋げるには、どのようにすれば良いか、事業所が成年後見人とどの様にやり取りをして行くかを理解するようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居後に誤解が無いように、契約時には丁寧な説明をするともに、入居後も質問等があれば説明をしている。		
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	利用者及び家族からより意見、提案があった場合は、施設の全職員で話し合い返答している。	・家族の意見・要望は、日ごろから来訪時に聞いている。月末に利用者の状況を、お便りで家族に報告し「ご意見ご要望記入用紙」も同封している。 ・家族の希望による利用者の米寿祝いには、町長が来訪している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
11	7	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月のリーダー会議で、職員から意見を吸い上げ、毎月2回（必要時は適宜）アロー委員会を開催して、各スタッフが意見を出し合い、サービス向上ができるシステムを作っている。	・管理者は、毎月のフロアごとの会議や月2回のアロー委員会（施設長＋職員3名）、個別面談で業務効率化や意見・要望などを聞き、運営に反映している。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	フロアリーダーが各スタッフとの話し合い”1 on 1ミーティング”を実践しスタッフの向上心及び仕事に対しやりがいを持つ様に心がけている。			
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内研修及び事業所内での月に1回の”30分研修”を開催し介護技術が向上できるようにしている。”30分研修”においては各スタッフが講師を順番で担当し学習したことがアウトプットできる場を設けている。			
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	近隣の同法人の施設との交流をしたり、計画作成担当者は地域のケアマネ連絡会”ケアネットOHMY（オーマイ）”に加入して研修や事例検討会に参加し研鑽及び交流をしている。			
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援						
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	計画作成者がインテークにおいて念入りにアセスメントをするとともにサービス利用後も定期的なモニタリングにおいて利用者の表に出ていないニーズに気が付くように心がけている。			

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	サービス開始前に家族が不安を抱くことの無い様に事前説明をしっかりとしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人及び家族からのアセスメント以外にも、前事業者や医療機関からの情報収集し、本人に適したサービス計画が作成できるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	”利用者とスタッフは対等である”との思いを意識してお互いに良い関係作りが出来るよう努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者に対し担当スタッフを決めて、月に1回の報告書の提出をし、その他適宜、連絡報告をし利用者がどのような生活をしているかを把握できるようにしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	地域密着型サービスの強みを生かし、施設に入所後も以前の関係が途切れないような支援をしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族や友人の来訪を歓迎し、ゆっくり過ごせるよう配慮している。また、はがき、手紙や電話が継続できるよう支援している。 ・近隣のスーパーへ行きたいとの要望に、系列事業所の車で出かけることもある。 	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	スタッフが介入し利用者同士の交流や支え合い円滑にできる様に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	他施設に入所した方に対しては、可能な限り面会へ行ったり近況の状況を聞けるような関係作りが出来る様に意識している。 亡くなった方に関しては家族への精神的フォローが出来る様にしている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	”本人の希望の暮らしの現実化”ができるよう念入りにアセスメントを行い、困難な場合は、担当者会議で、どうすれば、そこに近づけるかを、皆で検討をしている。	・利用者の日常の行動や表情、簡単な分かりやすい問いかけへの反応などから思いをくみ取るよう努めている。入浴時などにゆっくり聞き取ることもある。 ・意向の把握が困難な場合は、表情や仕草、家族への確認などからくみ取っている。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人のこれまでの生活歴や暮らし、環境をできる限り、崩さないようサービス計画へ取り込んでいる。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	計画作成担当者は定期的なモニタリング及びスタッフからのヒアリングをするなど現状把握が出来るように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	スタッフ全体でチームケアが実践できるようモニタリング及び担当者会議を開催して、計画に反映できるようにしている。	・医師・訪問看護師の意見、本人・家族の意向を把握し、職員の意見と日常生活状況から、介護計画を作成している。 ・短期目標は3か月、長期目標は6か月或いは1年とし、個別に状態変化に応じて、計画を見直している。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	記録においては事実を具体的に客観的に記載をしスタッフ全員が情報共有をし計画作成、見直しに反映できるようにしている。			
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人にとって最適なサービスが提供できるよう、他のサービスが利用できる様情報提供をしている。			
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	既存のサービス以外でもインフォーマルサービスが利用できる様に日頃から地域から情報収集している。			
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、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	訪問診療と連携し受診日以外でも情報を提供して、緊急時に対応ができる体制作りをしている。	・以前からのかかりつけ医を継続している利用者もいる。 ・協力医療機関内科の訪問診療が月2回、同医療機関看護師が毎週訪問し、24時間連携体制がある。 ・2か月ごとに皮膚科医が、また、毎月歯科医の訪問診療がある。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	利用者の情報が正確に提供が出来るよう常日頃から心がけ、状態観察及び記録の記載をしている。提携診療医院及び看護師に対し相談内容等を記入している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は利用者の情報（サービス利用や薬剤情報など）を提供している。退院時はサマリーをもらい退院カンファレンスへの参加やリハビリの状態を見学し退院後の注意点を聞き元の生活に戻れるよう努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化や終末期では、本人の意思を尊重して、今後の生活が“本人らしくできるよう”にチームで実践できる様になっている。	・入所時、重度化や終末期に向けた指針を本人と家族に説明している。 ・看取り方法を家族に説明し、終末期には、医師・看護師・家族と事業所が連携して、適なに支援に努めている。 ・今年、看取りを経験している。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	普段から救急時の連絡先や方法を判りやすくフロー作成している。今後は一次救命の講習への参加を予定している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	地域のハザードマップ把握し緊急時に対応できる様にしている。スタッフは緊急連絡網を作成し、連絡がスムーズにできる様な体制を作っている。	・年2回夜間想定を含めて避難訓練を行っている。 ・消防署の指導を得、消火設備の取り扱いや通報訓練もしている。 ・飲料水や食料品等、災害時の必需品リストを作成管理し、倉庫に備蓄している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価		外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容	
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	普段の会話やケアの中で人格、尊厳を尊重を損ねないような心遣いをしている。	・職員は、30分研修で接遇やプライバシーに関する研修を受け、利用者の尊厳を損ねない対応や言葉かけを心がけている。 ・不適切な態度や言葉使い等が見られた場合は、施設長が個人的に注意することになっている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本人の”意思決定”が出来る様に希望を聞き、提案が出来る様に努めている。			
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりの生活リズムを把握し希望に沿った生活が送れるような配慮をしている。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の希望を聞いて、着替えの時などは職員が一方的に決めるのではなく「どちらの服にしますか？」と聞くなど自己決定の支援をしている。			
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	”口から食べられる喜び”が可能な様に味だけでなく盛り付けや食器の工夫をし、利用者が楽しみながら食事ができる様にしている。	・毎月利用者から食べたいものや希望を聞き、ラーメンの日、そばの日等、食レクを楽しんでいる。 ・利用者の状態に応じてミキサー食、きざみ食等を工夫している。 ・利用者は、できる範囲で配膳、下膳を手伝っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事内容や水分量に気を使い記録も取っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアの実施と訪問歯科の受診では歯科医師だけでなく歯科衛生士よりアドバイスを受け、本人に最適な口腔ケア実施できるようにしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄の記録をもとに排泄パターンを把握し極力トイレでの排泄ができる様にケアをしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表を基にパターンを把握し、時間や利用者の仕草、様子から、そっと声掛けをして利用者にあったトイレ誘導を支援している。 ・夜間は定時2回と必要に応じてトイレに誘導している 	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	薬剤だけに頼るのではなく食事、水分などで予防が出来る様に日々心掛けている。薬剤を使用する場合は医師及び薬剤師の指示アドバイスの元使用を報告をしている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の方法は各自に合わせて行い、入浴時はリラックスしたり職員との会話ができるようにしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・週2回午前中の中の入浴を基本としているが、希望があれば午後の中の入浴も可能である。利用者の状況に合わせてリフト浴、シャワー浴、チェアー浴で支援している。 ・入浴中、利用者は職員との会話を楽しんでいる。 	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	入浴の方法は各自に合わせて行い、入浴時はリラックスしたり職員が会話ができる様にしている。		
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	居宅療養管理指導（薬剤師）の指導のもと、使用方法や副作用についてのアドバイスを頂き、安全に薬剤が使用できる様な体制を作っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活の中での役割（掃除やテーブル拭き）ができる方はやっていただき、生活の中での喜びが持てるようにしてもらっている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	希望時に外出などを行っている。	<ul style="list-style-type: none"> ・天候が良い日は、事業所周辺の散歩をしていた日常が、新型コロナの影響で外出を控えており、現在は、玄関先で栽培した花を見ながら外気浴をしている。 ・外食の時は、系列事業所の車で出かけて楽しんでいる。 	コロナ禍で散歩を控えていますが、当面は、現状の玄関先庭での外気浴の他、室内での体操や歩行を奨励し健康の維持に図ることが期待されます。
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	多額な金銭は施設では預からず、日常使用するだけは事務所で預かり、本人の希望時に渡している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	希望を聞き、電話連絡が出来る様にしている。手紙が来た場合は本人に渡し読めない方は代読をしている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	施設内の明るさは明るすぎないようにしており、時折窓を開け空気の入替えに配慮している。	<ul style="list-style-type: none"> ・温湿度管理は、職員が利用者の様子から体感で調整している。 ・季節ごとにクリスマス、ハロウィン、正月等の飾り付けをして季節感を採り入れている。 ・利用者は、毎日職員と一緒に清掃を行い清潔を維持している。 	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	自身の椅子の他に椅子とソファがあり誰でも利用でき、くつろげる様になっている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室の家具の配置は、自由に配置をしてもらい、入居以前の物品も可能な範囲で使用が可能となっている。	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッド、クローゼット等は、事業所備え付けで、利用者は仏壇や机、椅子等を持ち込んでいる。 ・車椅子の利用者は、動線がスムーズになるよう家具配置を考え、利用者一人ひとりが居心地よく過ごせるよう工夫している。 	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	事務所およびキッチンからは廊下、居室のドア、共有スペースが見渡せる作りになっていて常時、利用者の様子が把握できるようになっている。		

事業所名	ミモザ湯河原温々
ユニット名	うめの家

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、安全面で不安な区過ごせている。 (参考項目：30, 31)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と
			2, 家族の2/3くらいと
			3, 家族の1/3くらいと
			4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
			3, あまり増えていない
			4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3, 職員の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3, 利用者の1/3くらいが
			4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3, 家族等の1/3くらいが
			4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	ミモザの理念である高齢者の幸せな暮らしに貢献するを念頭に置き、施設理念「共同生活を楽しく過ごすために」スタッフ各自がその理念に近づける様に努力をしている。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入し各行事に参加し地域との交流、イベント参加をして地域の中での暮らしをしている。		
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	認知症ケアにおいては利用者を一人の人として接することに重点を置き限りなくその人らしく地域の中で生活が送れるようにしている。		
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報告をするとともに外部の方から、「今後どのようにしていけば良い施設運営ができるか」などの意見を頂きサービスの向上が出来るよう努めている。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	町役場、介護課への報連相をして意見を頂きより良いケアが実践できるように心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	入居者の尊厳を保持することを念頭に置き、普段より身体拘束をしなくても良い状況が出来るような認知症ケアを実践している。2回/年身体拘束及び虐待に関する研修を行っている。また、3か月毎に「身体拘束適正化対策検討委員会」を開催している。		
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	事業所内研修において、どのような事が虐待になるかを各スタッフに周知して貰っている。 特定のスタッフにストレス及び一人で抱え込まないように上長への相談がしやすいシステムを作っている。2回/年身体拘束及び虐待防止に関する研修を行っている。		
8		○権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	研修において権利擁護の事を学ぶとともに成年後見人に繋げるには、どのようにすれば良いか、事業所が成年後見人とどの様にやり取りをして行くかを理解するようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居後に誤解が無いように、契約時には丁寧な説明をするとともに、入居後も質問等があれば説明をしている。		
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	利用者及び家族より意見、提案があった場合は施設全体で話し合い返答をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	毎月リーダー会議によって職員からの意見を吸い上げ、2回/月（必要時は適宜）アロー委員会を開催し各スタッフより意見を出し合い、サービス向上が出来るようなシステムを作っている。		
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	フロアリーダーが各スタッフとの話し合い”1on1ミーティング”を実践しスタッフの向上心及び仕事に対しやりがいを持つ様に心がけている。		
13		○職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	法人内研修及び事業所内での月に1回の”30分研修”を開催し介護技術が向上できるようにしている。”30分研修”においては各スタッフが講師を順番で担当し学習したことがアウトプットできる場を設けている。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	近隣の同法人の施設との交流をしたり、計画作成担当者は地域のケアマネ連絡会”ケアネットOHMY（オーマイ）”に加入して研修や事例検討会に参加し研鑽及び交流をしている。		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	計画作成者がインテークにおいて念入りにアセスメントをするとともにサービス利用後も定期的なモニタリングにおいて利用者の表に出ていないニーズに気が付くように心がけている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	サービス開始前に家族が不安を抱くことの無い様に事前説明をしっかりとしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人及び家族からのアセスメント以外にも、前事業者や医療機関からの情報収集し、本人に適したサービス計画が作成できるようにしている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	”利用者とスタッフは対等である”との思いを意識してお互いに良い関係作りが出来るよう努めている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	利用者に対し担当スタッフを決めて、月に1回の報告書の提出をし、その他適宜、連絡報告をし利用者がどのような生活をしているかを把握できるようにしている。		
20	8	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	地域密着型サービスの強みを生かし、施設に入所後も以前の関係が途切れないような支援をしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	スタッフが介入し利用者同士の交流や支え合い円滑にできる様に努めている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	他施設に入所した方に対しては、可能な限り面会へ行ったり近況の状況を聞けるような関係作りが出来る様に意識している。 亡くなった方に関しては家族への精神的フォローが出来る様にしている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	”本人の希望の暮らしの現実化”が出来るよう念入りにアセスメントを行い困難な場合には担当者会議においてどうすれば、そこに近づけるかを皆で検討をしている。		
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人のこれまでの生活歴や暮らし、環境をできる限り、崩さないようサービス計画へ取り込んでいる。		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	計画作成担当者は定期的なモニタリング及びスタッフからのヒアリングをするなど現状把握が出来るように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	スタッフ全体でチームケアが実践できるようモニタリング及び担当者会議を開催し計画に反映が出来る様になっている。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	記録においては事実を具体的に客観的に記載をしスタッフ全員が情報共有をし計画作成、見直しに反映できる様にしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	本人にとって最適なサービスが提供できるよう、他のサービスが利用できる様情報提供をしている。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	既存のサービス以外でもインフォーマルサービスが利用できる様に日頃から地域から情報収集している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	訪問診療と連携し受診日以外でも情報を提供し緊急時に対応が出来るような体制作りをしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者の情報が正確に提供が出来るよう常日頃から心がけ、状態観察及び記録の記載をしている。提携診療医院及び看護師に対し相談内容等を記入している。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時は利用者の情報（サービス利用や薬剤情報など）を提供している。退院時はサマリーをもらい退院カンファレンスへの参加やリハビリの状態を見学し退院後の注意点を聞き元の生活に戻れるよう努めている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所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	重度化や終末期においては本人の意思を尊重し、今後の生活が”本人らしく出来るよう”にチームで実践できる様にしている。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	普段から救急時の連絡先や方法を判りやすくフロー作成している。今後は一次救命の講習への参加を予定している。		
35	13	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	地域のハザードマップ把握し緊急時に対応できるようにしている。スタッフは緊急連絡網を作成し連絡がスムーズにできる様な体制を作っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	普段の会話やケアの中で人格、尊厳を尊重を損ねないような心遣いをしている。		
37		○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	本人の”意思決定”が出来る様に希望を聞き、提案が出来る様に努めている。		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	一人ひとりの生活リズムを把握し希望に沿った生活が送れるような配慮をしている。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の希望を聞いて、着替えの時などは職員が一方的に決めるのではなく「どちらの服にしますか？」と聞くなど自己決定の支援をしている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	”口から食べれる喜び”が出来る様に味だけでなく盛り付けや食器の工夫をして楽しみながら食事が出来る様にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事内容や水分量に気を使い記録も取っている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	毎食後の口腔ケアの実施と訪問歯科の受診では歯科医師だけでなく歯科衛生士よりアドバイスを受け、本人に最適な口腔ケア実施できるようにしている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄の記録をもとに排泄パターンを把握し極力トイレでの排泄が出来る様にケアをしている。		
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	薬剤だけに頼るのではなく食事、水分などで予防が出来る様に日々心掛けている。薬剤を使用する場合は医師及び薬剤師の指示アドバイスの元使用を報告をしている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴の方法は各自に合わせて行い、入浴時はリラックスしたり職員が会話出来る様にしている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	入浴の方法は各自に合わせて行い、入浴時はリラックスしたり職員が会話が出来る様にしている。		
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	居宅療養管理指導（薬剤師）の指導のもと、使用方法や副作用についてのアドバイスを頂き、安全に薬剤が使用できる様な体制を作っている。		
48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	生活の中での役割（掃除やテーブル拭き）が出来方はやっていたり、生活の中での喜びが持てるようにしてもらっている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	希望時に外出などを行っている。		
50		○お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	多額な金銭は施設では預からず、日常使用するだけは事務所で預かり、本人の希望時に渡している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	希望を聞き、電話連絡が出来る様にしている。手紙が来た場合は本人に渡し読めない方は代読をしている。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	施設内の明るさは明るすぎずにしており、時折窓を開け空気の流れ替えや		
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	自身の椅子の他に椅子とソファがあり誰でも利用でき、くつろげる様になっている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室の家具の配置は自由に配置をしてもらい入居以前の物も出来る限りで使用が可能となっている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	事務所およびキッチンからは廊下、居室のドア、共有スペースが見渡せる作りになっていて常時、利用者の様子が把握できるようになっている。		

目標達成計画

事業所名 ミモザ湯河原温々

作成日 令和2年10月17日

【目標達成計画】

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組み内容	目標達成に要する期間
1	13	介護職としての意識が薄く社内研修の参加率も低い。また、視野も狭く経営に対し無関心である。	社内外研修の参加を促す。経営に関する会議への出席（アロー委員会任命）。	職員の育成として社内外への研修参加、公的資格の取得を進める（介護福祉士取得）。アロー委員会（2回／月）にて運営状況の報告を行い経営について参画していただく。	6ヶ月
2	27	記録の記載の重複（各箇所が複数ある）と書くだけで終わってしまい、その後のケアに反映されていない。	記録を今後のケアに活かすために、具体的で解りやすく記載する。	<ul style="list-style-type: none"> 記録用紙の見直し 書き方の研修 	3ヶ月
3	19	家族が施設に任せきりになっている傾向がある。	家族との関わりを強くし、利用者が孤立しない生活を実現する。	家族会、運営推進会議以外でも家族とのつながりを持ち、関わりを多くする。	6ヶ月
4	49	日常的な外出支援	一人ひとりのその日の希望に沿って外出支援を行う。	コミュニケーションをとりながら本人の希望を把握する。まずは季節感を感じながらお庭や近隣への散歩を積極的に行う。また、希望によってはご家族の協力をお願いします。	即日
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。