

## 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	1492000086	事業の開始年月日	平成22年5月1日
		指定年月日	平成22年5月1日
法人名	ミモザ株式会社		
事業所名	ミモザ平塚徳延		
所在地	( 〒 254 -0902 ) 神奈川県平塚市徳延 1 7 7 - 1		
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	平成30年11月30日	評価結果 市町村受理日	平成31年1月9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)】

ミモザ平塚徳延グループホームは、小規模多機能型居宅介護が併設されており、交流機会がグループホーム内だけでなく、外部の利用者でもある小規模多機能型居宅介護の方やスタッフ間同士の交流により、コミュニケーションの範囲が広がります。

また、季節を感じる事が出来るレクを積極的に行っておりドライブや散歩の際や歌レクの時も季節ごとに、テーマを決めて行っています。

## 【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	平成30年12月7日	評価機関 評価決定日	平成30年12月26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)】

## 【事業所の優れている点】

◇事業所と地域との日常的な交流  
 ・事業所に幼稚園や保育園児、小学生が訪れて、一緒に歌ったりゲームをして触れ合いを楽しんでいる。中学生の体験学習も受け入れている。  
 ・利用者は、職員と共に近くの青空市場で野菜、近隣の商店街では衣料品や食料品を買いに出掛け、近隣の方とは馴染みの関係になっている。  
 ・習字、将棋のほか「平塚元気ポイント」ボランティアも受け入れている。

## ◇併設事業所との多面的な連携

・併設している「小規模多機能型居宅介護事業所」と、イベントやボランティア行事を合同で開催し、職員がお互いに行き来している。  
 ・小規模多機能型居宅介護から馴染みの職員がいるグループホームに移り住む利用者がいる。環境変化によるダメージが少なく、安心して転居することができ、複合施設のメリットを活かしている。

## 【事業所が工夫している点】

## ◇楽しみながら認知能力と身体能力の維持向上

・利用者の「ここはどこなの」の声に応え、職員がミモザ音頭を作詞、作曲し、ミモザ体操を考えた。ここは「平塚の徳延であること」を歌詞の中に入れ、ミモザ音頭を歌いながら体操をしている。この結果「ここはどこ？」の質問が少なくなった。

## 【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	ミモザ平塚徳延
ユニット名	壺番館

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	利用者と職員と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	地域に根差した「温かく家庭的な安心できる施設」を実践すべくミーティング時に確認しています。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所理念は、玄関、1階・2階の事務室に掲示してあり、入職時に研修し、日々確認をしている。</li> <li>・理念が掲げる「地域から愛され信頼される施設、丁寧で温かい介護」を新年度と日常ミーティングで振り返り、実践に努めている。</li> </ul>	
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	なるべく地元で買い物したり地域の保育園・幼稚園・小学校との交流を行っています。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・保育園や幼稚園児、小学生が来所し、利用者と歌やゲーム遊びで触れ合いを楽しんでいる。中学生の体験学習も受け入れている。</li> <li>・青空市場、衣料品店など地域の商店街に職員と買い物に同行し、馴染みの関係になっている。</li> </ul>	
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	買い物に行く時に利用者と同行し普通の人だということを分かっていたくようにしています		
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	運営推進会議で出てきた情報をもとに外出レクを行ったり地域の方の情報をお願い利用につながったこともあります。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議は、地域包括支援センター、民生委員、老人会、家族代表をメンバーとして2か月ごとに開催し、運営状況の報告後、意見交換している。</li> <li>・災害時の利用者避難場所や備蓄品についての意見交換を行った。</li> </ul>	
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	新規の利用者の場合にGHの利用が可能かどうか確認したり、分からないことを確認しながら取り組むようにしています。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所で判断が困難な場合は、市職員に相談し助言や指導を得ている。</li> <li>・介護相談員が来訪し、利用者の相談相手になっている。</li> <li>・グループホーム連絡会に加入し、情報の収集に努めている。</li> </ul>	

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	現在身体拘束を行っている利用者はいません。身体拘束を理解するため毎年身体拘束に関する研修を行っています。	・入職時に、マニュアルに基づき「身体拘束に当たる事例」と「身体拘束がいけない事由」を、理解してケアに取り組んでいる。 ・管理者は、不適切な言動があった場合、場所を変えて注意する東京都お供に、説明をしている。	
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	虐待に関する研修を毎年行っており利用者・ご家族ともにミモザ内外の苦情を訴えられる先を告知しています。		
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	毎年研修にて学んでいます。管理者は特に情報を集めより深く学ぶようにしています。		
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	まず重要事項説明書を使用し理解を得てから契約になります。解約の際は個別によって対応が違うのでその都度早めに説明するようにしています。		
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	いつでも意見要望は聞くようにしていますが年2回ほど家族会を開きその際にご意見要望を聞く機会を設けています。	・家族来訪時や電話連絡の際に、意見を聞いている。毎月家族に送付する書類に意見を聞く欄を設けている。 ・「オムツの使用枚数が多いのでは」との意見があり、検討と試行を繰り返し、最良の方法を取り入れて、家族に報告した。	

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	スタッフ会議を毎月行いそこで意見を言う事が出来ます。またケアについても広くスタッフの意見を聞きケアプランに反映させています。	・管理者は、お互いが気軽に話せる雰囲気作りを心掛け、日常業務の中で職員の意見を聞いている。 ・毎月の全体会議や申し送り時にも、職員の意見を聞いている。「外出レクリエーションを増やしたい」などケアに関する意見が多い。	
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	ミモザでは質を落とさず効率化に努力をした場合に反映される手当がありそれがやりがいにつながっています。		
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	ミモザでは研修制度が確立しており、社内研修は実技や資格取得の為の研修を含めて参加すると手当が支給されます。また資格取得についても積極的に取り組めるよう費用面やシフト面で協力しています。		
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	地域の連絡会に定期的に参加し情報交換等行っています。		
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	利用前に本人と面談を行い、これらについて聞くようにしています。それをフェイスシートに落としスタッフ間で情報共有するとともにケアプランの作成時にいかしています		

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	利用前に家族と面談を行い、これらについて聞くようにしています。それをフェイスシートに落としスタッフ間で情報共有するとともにケアプランの作成時にいかしています		
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	面談の段階でGHへの入居が可能かどうか、また違う選択肢があれば提示し本人・家族の意思を尊重しています。		
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	食事を一緒に摂ったり、洗濯畳みのような作業を一緒に行ったりしています。		
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	病院の通院や消耗品や衣類の補給などお願いしています。		
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	以前からの友人の面会は歓迎しています。また家族の了承があれば一緒に外出が出来るよう協力します。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族の協力で、墓参りや外食に出かけている。近隣の衣料品店、日用品店など馴染みの店には、職員と買い物に行っている。</li> <li>・来訪者には、湯茶でもてなし、電話の取り次ぎをして、関係の継続を支援している。</li> </ul>	

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	食事の席をレベルや性格で合った方同士にしています。また一緒に参加できるレクを行うようにしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	終了するときには情報提供を含め積極的に協力し良好な関係で終わらせるようにしています。また退居後も相談があれば関わります。		
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。	9人のユニットでの介護ですので無理強いすることなく、なるべく本人の意向に沿った対応を心掛けています。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・日常の会話や行動から思いや意向を把握するように努めている。</li> <li>・家族や関係者からも、本人の情報を得、得られた意向や気づきはケース記録に記載し、職員間で情報を共有している。</li> <li>・不確かな場合は、本人の視点に立って話し合い確認している。</li> </ul>	
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	入居前の面談で本人・家族から聞き取りを行っています。また日頃の会話の中にヒントを見つけたら記録するようにしています。		
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	定期的にスタッフの意見を聞きモニタリングを行っています。		

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	介護計画を作成する際必ずケア会議を行いその意見を反映させたモニタリングそしてプラン作成を行っています。	・介護計画は入居時に家族と本人と話し合い、作成した1か月の暫定プランで試行後、本プランに移行している。6か月を短期、12か月を長期とし、状態に変化があった場合は、利用者と家族、医療関係者、職員の意見を反映し、現状に即した介護計画を作成している。	
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	日中・夜間ともに本人の様子を必ず記録しています。それをケア会議の際に参考にしています。		
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	ケアプランを作成時にあくまで個別に課題を見つけその対応を考えています。		
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	地域のボランティアを積極的に取り入れています。傾聴・将棋・習字・歌声等多岐にわたっています。		
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	基本的には訪問診療の先生にお願いしていますが希望があれば従来のかかりつけ医等に通うこともできます。	・以前のかかりつけ医での受診を継続している利用者がある。 ・事業所協力医の内科医、歯科医は、それぞれ月2回の訪問診療がある。 ・専門医への通院は家族が対応し、状況によっては職員が通院介助も行い、情報を共有している。	

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	異常があれば適宜管理者に報告されています。その情報を管理者が判断し訪問看護師に相談したりしています。		
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。	入院先の病院が求める情報（介護サマリー・診断書等）は出来るだけ早く提供しています。また定期的に病院相談員を訪ねています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期の対応を開始するにあたっては訪問診療・訪問看護・薬剤師・介護スタッフが出来ることを説明するとともに本人・家族の意思を確認します。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時、本人と家族に「重度化看取り指針」を説明している。</li> <li>・看取り介護は、利用者の意思、家族の意向を確認し、医師、家族、職員が連携して適切に対応する方針である。</li> <li>・職員研修を実施している。</li> </ul>	
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	毎年緊急時の対応についての研修を行っています。また消防署のお願いして心肺蘇生の研修を行うこともあります。		
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	避難訓練を年2回（1回は夜間想定）を行っています。その際反省会を行い問題点を把握するとともに運営推進会議を通じて地域に協力をお願いしています。	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夜間想定を含め、防災避難訓練を年2回実施している。</li> <li>・訓練には、近隣住民の民生委員が参加している。</li> <li>・非常災害用の食料と飲料水は、3日分程度備蓄している。</li> </ul>	・非常災害用の食料や飲料水については、一覧表を作成して管理することが期待されます。

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	基本的に利用者を姓か氏名 さん付で呼んでいます。介護の途中でも本人に声掛け確認し意思を尊重しています。	・職員は日頃より、プライバシーを損ねることのないよう、声かけは、面前で利用者の目の高さで話しかけるように心掛けている。 ・個人情報を含む書類は鍵のかかるキャビネットに保管している。	
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	例えば口腔ケアを行う時に「歯磨きしましょう」ではなく「歯磨きしましょうか」と疑問形でいうようにしています。		
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	安全の確保の為意向に沿えない時もありますが、出来るだけ本人のペースで対応しています。		
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	更衣時には衣類がこれでよいか確認したり静養時はヘアブラシを鏡の前で渡しできる方は自分でやっています。		
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	もやしのひげとりや食器ふきなど手伝ってもらっています。	・利用者は、テーブル拭き、食器拭きなどを手伝い、職員の検食当番が利用者と同じものを一緒に摂り、業務日誌に味付けなどの感想を記入している。 ・利用者は、クリスマスや月1回の行事食では、回転寿司など外食を楽しんでいる。	

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
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	必ず食事量を記録し摂れていない場合は食事形態の変更や介助を行う等ケアを検討します。		
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	毎食後口腔ケアは行っています。その方によって用意のみ・見守り・一部介助・全介助と方法は変えています。		
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	排泄の結果を記録しその方のサイクルに合わせたトイレ誘導を行ったりテープ式オムツの方でも排便が出来るような時や希望時は便座に座ってもらったりしています。	・排泄・水分摂取記録により、利用者一人一人の排泄パターンを把握し、トイレに誘導している。 ・利用者が立ち上がるなど、落ち着きがない様子から察知し、声かけしている。 ・トイレへの声かけにて、パッドが少なくなった利用者もいる。	
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	排便の状態を記録し便秘が続く場合は主治医に相談し下剤や座薬を使用しています。また水分を積極的に摂ってもらえるよう声掛けしたりゼリー形態の者も利用しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴前にバイタルチェックをし体調に合わせた入浴を行っています。拒否がある時は無理強いせずタイミングや提供日を変えたりスタッフを変えたりしています。	・週2回の入浴を基本とし、夏はシャワーを希望の利用者がいる。 ・入浴を好まない利用者には「ちょっとあそこまで行きましょう」と声かけ方を工夫している。 ・利用者は、季節のゆず湯などの入浴を楽しんでいる。	

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	昼寝をするかどうか就寝時間は何時ころがいいのか、その方の生活習慣や入眠時間、年齢等を考慮し支援しています。		
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	薬に変更がある時には連絡ノートや薬情で確認してもらっています。新入スタッフには薬が理解できるまでは服薬介助に入らないように徹底しています。		
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	散歩・買い物・将棋・体操・手伝いそれぞれ楽しみは違うので、新規の利用者にはまず何が楽しみになるか探るようにしています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	なかなか毎日とはいきませんが散歩や買い物等で希望がある時は付き添いの元行っています。家族や友人と外出する方もいますし季節ごとにが外出レクも行っています。	・天気の良い日は、近くの徳延神社へ散歩に行き、また、玄関前の駐車場やベランダで外気浴もしている。 ・職員と一緒に、買物に出掛けている。花見には花水川の土手から、湘南平まで遠出をしている。	
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	預かり金制度がありスタッフが管理し必要に応じてお金を使うことが出来ます。		

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	本人に来た郵便は基本お渡ししています。（預かっておき家族に渡すケースもあります）電話も取次したり家族に伝言したしています。			
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	朝と夕に掃除を行い、汚染時は随時清掃しています。	・リビングは明るく、換気に留意しており清潔に保たれている。 ・クリスマスツリーを飾り、正月には松飾り、七夕には竹飾りを飾って、季節感を感じるように配慮している。壁面には、利用者の習字の作品を展示している。		
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	居室ドアを開けるとリビングにつながっています。いつでも過ごせる場所です。			
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	長年使ってきたタンスを持ち込んだり懐かしい写真やお孫さんが描いた絵等飾ることが出来ますし寝具もお使いになっていたものを使えるようになっています。	・居室には、エアコン、クローゼット、防災カーテンを備え、利用者は椅子や衣装ケース、ハンガー掛けを持ち込んでいる。 ・映画のポスター、家族の写真を飾り、その人らしい居室の雰囲気になっている。		
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	その方によりドアに大きく名前を書いたりトイレの案内を大きくしたりまた季節が感じられるよう装飾を変えたりしています。			

事業所名	ミモザ平塚徳延
ユニット名	式番館

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	地域に根差した「温かく家庭的な安心できる施設」を実践すべくミーティング時に確認しています。		
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	なるべく地元で買い物したり地域の保育園・幼稚園・小学校との交流を行っています。		
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	買い物に行く時に利用者と同行し普通の人だということを分かっていたくようにしています		
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	運営推進会議で出てきた情報をもとに外出レクを行ったり地域の方の情報をお願い利用につながったこともあります。		
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	新規の利用者の場合にGHの利用が可能かどうか確認したり、分からないことを確認しながら取り組むようにしています。		

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
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	現在身体拘束を行っている利用者はいません。身体拘束を理解するため毎年身体拘束に関する研修を行っています。		
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	虐待に関する研修を毎年行っており利用者・ご家族ともにミモザ内外の苦情を訴えられる先を告知しています。		
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	毎年研修にて学んでいます。管理者は特に情報を集めより深く学ぶようにしています。		
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	まず重要事項説明書を使用し理解を得てから契約になります。解約の際は個別によって対応が違うのでその都度早めに説明するようにしています。		
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	いつでも意見要望は聞くようにしていますが年2回ほど家族会を開きその際にご意見要望を聞く機会を設けています。		

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
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	スタッフ会議を毎月行いそこで意見を言う事が出来ます。またケアに関しても広くスタッフの意見を聞きケアプランに反映させています。		
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	ミモザでは質を落とさず効率化に努力をした場合に反映される手当がありそれがやりがいにつながっています。		
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	ミモザでは研修制度が確立しており、社内研修は実技や資格取得のための研修を含めて参加すると手当が支給されます。また資格取得についても積極的に取り組めるよう費用面やシフト面で協力しています。		
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	地域の連絡会に定期的に参加し情報交換等行っています。		
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	利用前に本人と面談を行い、これらについて聞くようにしています。それをフェイスシートに落としスタッフ間で情報共有するとともにケアプランの作成時にいかしています		

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	利用前に家族と面談を行い、これらについて聞くようにしています。それをフェイスシートに落としスタッフ間で情報共有するとともにケアプランの作成時にいかしています		
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	面談の段階でGHへの入居が可能かどうか、また違う選択肢があれば提示し本人・家族の意思を尊重しています。		
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	食事を一緒に摂ったり、洗濯畳みのような作業を一緒に行ったりしています。		
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	病院の通院や消耗品や衣類の補給などお願いしています。		
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	以前からの友人の面会は歓迎しています。また家族の了承があれば一緒にの外出が出来るよう協力します。		

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	食事の席をレベルや性格で合った方同士にしています。また一緒に参加できるレクを行うようにしています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	終了するときには情報提供を含め積極的に協力し良好な関係で終わられるようにしています。また退居後も相談があれば関わります。		
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。	9人のユニットでの介護ですので無理強いすることなく、なるべく本人の意向に沿った対応を心掛けています。		
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	入居前の面談で本人・家族から聞き取りを行っています。また日頃の会話の中にヒントを見つけたら記録するようにしています。		
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	定期的にスタッフの意見を聞きモニタリングを行っています。		

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	介護計画を作成する際必ずケア会議を行いその意見を反映させたモニタリングそしてプラン作成を行っています。		
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	日中・夜間ともに本人の様子を必ず記録しています。それをケア会議の際に参考にしています。		
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	ケアプランを作成時にあくまで個別に課題を見つけその対応を考えています。		
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	地域のボランティアを積極的に取り入れています。傾聴・将棋・習字・歌声等多岐にわたっています。		
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	基本的には訪問診療の先生にお願いしていますが希望があれば従来のかかりつけ医等に通うこともできます。		

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
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	異常があれば適宜管理者に報告されています。その情報を管理者が判断し訪問看護師に相談したりしています。		
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。	入院先の病院が求める情報（介護サマリー・診断書等）は出来るだけ早く提供しています。また定期的に病院相談員を訪ねています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	終末期の対応を開始するにあたっては訪問診療・訪問看護・薬剤師・介護スタッフが出来ることを説明するとともに本人・家族の意思を確認します。		
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	毎年緊急時の対応についての研修を行っています。また消防署のお願いして心肺蘇生の研修を行うこともあります。		
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	避難訓練を年2回（1回は夜間想定）行っています。その際反省会を行い問題点を把握するとともに運営推進会議を通じて地域に協力をお願いしています。		

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	基本的に利用者を姓か氏名 さん付で呼んでいます。介護の途中でも本人に声掛け確認し意思を尊重しています。		
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	例えば口腔ケアを行う時に「歯磨きしましょう」ではなく「歯磨きしましょうか」と疑問形でいうようにしています。		
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	安全の確保の為意向に沿えない時もありますが、出来るだけ本人のペースで対応しています。		
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	更衣時には衣類がこれでよいか確認したり静養時はヘアブラシを鏡の前で渡しできる方は自分でやっています。		
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	もやしのひげとりや食器ふきなど手伝ってもらっています。		

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
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	必ず食事量を記録し摂れていない場合は食事形態の変更や介助を行う等ケアを検討します。		
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	毎食後口腔ケアは行っています。その方によって用意のみ・見守り・一部介助・全介助と方法は変えています。		
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	排泄の結果を記録しその方のサイクルに合わせたトイレ誘導を行ったりテープ式オムツの方でも排便が出そうな時や希望時は便座に座ってもらったりしています。		
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	排便の状態を記録し便秘が続く場合は主治医に相談し下剤や座薬を使用しています。また水分を積極的に摂ってもらえるよう声掛けしたりゼリー形態の者も利用しています。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴前にバイタルチェックをし体調に合わせた入浴を行っています。拒否がある時は無理強いせずタイミングや提供日を変えたりスタッフを変えたりしています。		

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	昼寝をするかどうか就寝時間は何時ころがいいのか、その方の生活習慣や入眠時間、年齢等を考慮し支援しています。		
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	薬に変更がある時には連絡ノートや薬情で確認してもらっています。新入スタッフには薬が理解できるまでは服薬介助に入らないように徹底しています。		
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	散歩・買い物・将棋・体操・手伝いそれぞれ楽しみは違うので、新規の利用者にはまず何が楽しみになるか探るようにしています。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	なかなか毎日とはいきませんが散歩や買い物等で希望がある時は付き添いの元行っています。家族や友人と外出する方もいますし季節ごとに出外レクも行っています。		
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	預かり金制度がありスタッフが管理し必要に応じてお金を使うことが出来ます。		

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	本人に来た郵便は基本お渡ししています。（預かっておき家族に渡すケースもあります）電話も取次したり家族に伝言したしています。		
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	朝と夕に掃除を行い、汚染時は随時清掃しています。		
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	居室ドアを開けるとリビングにつながっています。いつでも過ごせる場所です。		
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	長年使ってきたタンスを持ち込んだり懐かしい写真やお孫さんが描いた絵等飾ることが出来ますし寝具もお使いになっていたものを使えるようになっています。		
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	その方によりドアに大きく名前を書いたりトイレの案内を大きくしたりまた季節が感じられるよう装飾を変えたりしています。		

# 目 標 達 成 計 画

事業所名 ミモザ平塚徳延GH

作成日 平成30年12月26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	35	非常災害用の食料と飲料水用意しているが一覧表がなく管理が徹底されていない	一覧表を作成し定期的なチェックで管理する。	一覧表の作成と担当者およびチェック日を決め管理するとともに不足しているものを揃える	平成31年1月末までに達成する
2					
3					
4					
5					