

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         | 1470201144                         | 事業の開始年月日       | 平成19年4月1日  |
|               |                                    | 指定年月日          | 平成19年4月1日  |
| 法人名           | ミモザ株式会社                            |                |            |
| 事業所名          | ミモザ横浜菅田                            |                |            |
| 所在地           | (〒221-0864)<br>神奈川県横浜市神奈川区菅田町673-1 |                |            |
| サービス種別<br>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11月5日                          | 評価結果<br>市町村受理日 | 令和2年12月15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)】

・いつもの声、いつもの笑顔の温かい介護の提供により、心穏やかにお過ごしいただいています。  
・建物の周りの田園風景や、圧迫感のない広めのフロアにより、のんびりした雰囲気でお過ごしいただいています。

### 【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11月26日            | 評価機関<br>評価決定日 | 令和2年12月5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)】

|  |
|--|
| <b>【事業所の優れている点】</b><br>◇ゆったりと寛げるリビング<br>居室を囲んで中央に配置されたリビングは、ゆったりとしたソファセット、ダイニングセット、テレビを配置し、利用者が寛いで生活できるように配慮している。利用者は、リビングで、囲碁やトランプ、オセロをしたり、歌を歌ったり、外の風景を眺めたりして穏やかな時間を過ごしている。<br>◇ボランティア等を活用したレクリエーションの提供<br>毎月、専属の音楽療法士による「音楽療法」を行い、歌を歌ったり、軽い体操をしている。ボランティアによるハーモニカや尺八のコンサート、囲碁など、利用者の希望に応じたレクリエーションを提供している。<br>◇職員への研修の充実<br>毎月、年間研修計画に基づき、虐待や感染の防止、人権擁護などの30分間研修を実施している。また、資格取得に繋がる外部研修にも参加を促し、職員の質の向上に努めている。<br><b>【事業所が工夫している点】</b><br>◇災害時の非常食用メニューの作成<br>災害時に備え、3日分の「非常食用メニュー」を作成し、誰が見ても分かるように、備蓄品の保管場所にそれぞれの材料の賞味期限・食品名を表示している。 |
|--|

### 【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  | ミモザ横浜菅田 |
| ユニット名 | ひまわり壺番館 |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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                    | ミモザとしての理念、ミモザ横浜菅田としての理念をユニット玄関に掲示し、職員全員で共有しています。   | ・職員は入社時の研修で事業所の理念「一人一人の望む生活の実現」を学習し、事務所に掲示して、全員で共有している。<br>・管理者は、職員が日常の介護で理念を念頭に置き実践するよう指導し、スタッフ会議でも確認している。                   |                   |  |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                    | 施設のオーナーが近くの畑で収穫した野菜を、頻繁におすそ分けしていただいている。利用者のご家族、ボランティア、関係者の方が頻繁に、もしくは定期的に来訪していただいている。                   | ・近隣に住む自治会長や施設の家主と交流があり、地域の一員となるように努めている。<br>・自治会に加入し、去年は地元の夏祭りに利用者も参加している。<br>・音楽演奏や囲碁、尺八のボランティアが、定期的に来訪している。                 |                   |  |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                  | 運営推進会議、家族会、ご家族の面会時、見学来訪時などを利用して、認知症のケアの事例等を通して、否定しない対応方法などを、都度説明を行っている。                                |   |                   |  |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取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 | 運営推進会議の議事録を通して、出席委員にどのような点を指摘されているのか、何を改善した方が良いのか、を各ユニットのスタッフ会議に取り上げている。                               | ・運営推進会議は、自治会長、地域包括支援センター職員などの参加を得て、2か月ごとに開催している。<br>・委員から転倒事故防止の要請があり、職員会議で話し合いサービスの向上に活かしている。<br>・コロナ禍のため、現在は委員に活動状況を報告している。 |                   |  |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>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          | 運営推進会議には地域包括の方にご参加いただいている。区の生活支援課の方の生活保護受給者へのヒアリングを行なっていただいている。運営推進会議実施報告書は都度、神奈川県高齢支援課に送付をさせていただいている。 | ・区高齢支援課とは、電話で日頃から連絡を密にし運営推進会議議事録を送付し、事業所の実情やサービスの取組みを報告している。<br>・区生活支援課職員が利用者のヒアリングに来訪している。                                   |                   |  |

| 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 |
| 6    | 5    | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 「身体的拘束廃止等の適正化のための指針」を基に、身体拘束廃止委員会を立上げ、概ね3か月に1回のペースにて実施。スタッフ会議やケアカンファレンスを通して、禁止となる具体的な行為を確認している。 | ・3か月に1回「身体拘束廃止委員会」を開催し、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。<br>・研修や会議、ケアカンファレンスで「ちょっと待って」などの禁止となる具体的な言動を確認している。                     |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 研修を行い、虐待防止について理解を深めている。   |  |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 勉強会を通して職員が学ぶ機会を設けている。   |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時に利用契約書及び重要事項説明書について、時間は掛かるが、読合わせにて実施し、疑問点や確認されたいことがあれば、都度、ご納得いただけるよう、説明を行っている。               |  |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 家族会を開催し、色々な情報、問題点を、話し合っています。またご利用者・ご家族の意見、要望を運営推進会議に計っています。また入口に目安箱を設置し、多様なご意見をお聞きするようにしています。   | ・職員は利用者の言葉や様子を観察し、要望の把握に努めている。<br>・年に1回の家族会で、利用者家族に事業所の活動や利用者の様子を報告し、話し合っている。<br>・家族の面会時には、気持ち良く迎え入れ、声かけして話を伺っている。 |                   |

| 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 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 面接や日常の中でのコミュニケーションにより、意見・提案を聞き出すよう努力している。  | ・管理者は、スタッフ会議や日常の個人面談で職員と話す機会を設け、職員が気軽に意見や提案を出せるよう努めている。<br>・職員からクリスマス会の開催と飾り付けの提案があり、準備している。 |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 全社としての年1回創業式典では、社長賞・本部長賞を設けている。また、介護職員処遇改善加算についての説明を実施した上で、それが原資となって、スキル手当として還元されていることを説明している。 |  |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 社内研修は翌月の研修予定を回覧し参加を促している。資格取得に繋がる外部研修にも積極的に参加を促している。   |  |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 横浜高齢者グループホーム連絡会に参加している。また、区役所やケアプラザにて開講される講習会に参加をし、同業者との交流を図っている。                              |  |                   |
| 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<br>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        | ご利用前にご本人・ご家族と面談を実施し、今までの生活の中で困っている事、出来ない事、また好きな事等をお聞きし、実際にご入居されてからのケアの統一や環境の変化に戸惑わないよう工夫しています。 |  |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|--|--|---|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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、入居後にご本人・ご家族と面談を重ね、ご本人・ご家族のニーズを汲取り、具体化して、それが実現できるようにすることにより、信頼関係を築いていく。                           |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 事前情報と入居後の本人の心理や身体状況を見極め、他のサービスも含め必要な支援（ケア）を行うようにしています。   |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | レクリエーションや会話を一緒に楽しんだりすることにより、生活時間を共有している。   |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 請求書・領収書と一緒に送付している生活状況報告書にて、直近の心理・身体状況を報告し、ご本人の体調を共通認識していただいている。その近況をご家族にご理解していただいたうえで、適切なケアを実施しています。 |   |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 千客万来の気持ちで、快くお出でいただけますような雰囲気作りを心掛けています。暮のお友達の方が定期的に来られています。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族や友人の面会時には、職員から声かけし、居室や居間のソファで寛げるよう雰囲気作りに心がけている。必要に応じて事務室も提供している。</li> <li>・定期的に訪問する友人と囲碁をしたり、手紙をもらってこれまでの交友を続けている利用者もいる。</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<br>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                | 利用者様の相性を配慮して、食席の並びを配慮しています。また、孤立しがちな利用者様に対し、音楽療法やレクリエーションを活用し他の利用者様と関わられますよう、促しています。                 |   |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 契約終了後はご利用時の感謝を添えて、領収書・請求書を郵送し、近況などをお聞きすることもあります。多くは疎遠となってしまっていますが、退去後の介護方針などの相談があれば、当然、受けさせていただきます。  |   |                   |
| 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<br>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。                       | ケアマネはご本人との面談、またスタッフ、家族からの情報を収集し、希望や意向の把握に努め、ケアプランに落とし込んでいます。またご本人からの意向が明確に伝わらない場合は、本人の気持ちを第一に反映致します。 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者との会話、家族からの情報をもとに、利用者の思いや意向の把握に努めている。</li> <li>・把握が困難な場合は、表情や仕草から気持ちを汲み取っている。</li> <li>・把握した思いや意向は、スタッフ会議や申し送りで職員間で共有している。</li> </ul> |                   |
| 24                         |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 入居前にご家族、ご本人よりこれまでの生活歴、ライフスタイルの情報収集に努め、また在宅において何らかのサービスを利用していた場合は入居前のケアマネに情報提供を依頼しています。               |   |                   |
| 25                         |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 申し送りや日常のスタッフ間の会話、またケアカンファレンスにより、常に状態の変化を把握し、その変化に対するケアをスタッフ間で共有する。                                   |   |                   |

| 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<br>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 | 必要に応じ、ケアカンファレンスを実施し、ケアプランに反映している。   | ・介護計画は、利用者、家族と話し合い、ケアカンファレンスでそれぞれの意見を反映して作成している。<br>・ケア記録を基にモニタリングし、アセスメント結果をもとに、計画を6か月ごとに見直し、状況の変化にもその都度対応している。 |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | ケース記録を基にモニタリングを実施し、ADLの項目で困難になってきたこと、できなくなったことを確認し、カンファレンスに繋げる。それに伴う具体的なケアを共有し、介護計画の見直しを図る。 |  |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 介護保険上でのサービスは受けられない為、医療保険を利用しての訪問マッサージや、低額納税者や生活保護者のオムツの支給事業など個々のニーズに合わせた対応に取り組んでおります。       |  |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 運営推進会議に地域支援包括センターのご担当が参加され、地域の催しを紹介していただいています。  |  |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                     | 月に2回往診。また緊急事例が発生した場合は、24時間、365日、電話にて、救急車の手配や具体的な処置に対する指示をいただいている。緊急度により臨時往診に来ていただくことも出来る。   | ・利用者と家族の同意を得て、全員が事業所の協力医をかかりつけ医としている。協力医は月2回の往診のほか、臨時往診、専門医への紹介などの対応をしている。<br>・外部への通院は、ほとんど職員が付き添っている。           |                   |

| 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 訪問看護師が週1回来ていただき、スタッフからの各ご利用者の近況確認、ご利用者のバイタル測定、ご利用者との聞き取りにより、主治医への連絡やご利用者毎の対応を指示いただいています。                   |  |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 往診の病院が入院施設を有し、だいたい、その協力病院に入院されるので、タイムリーに情報を得やすい。また他の利用者の通院があった場合は、病室にお見舞いをしています。ご家族とも小まめに連絡を取り、情報を共有しています。 |  |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | スタッフには重度化、終末期に対する心構えや実施するケアを研修を通して準備しています。ご利用者の状況については日頃から家族とご連絡を取り、情報を共有致します。                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時に重度化した場合の方針を話し合い、医療と看取りについて本人・家族と同意書を交わしている。</li> <li>・看取りの場合は、指針に基づき本人が望む終末期の過ごし方を、訪問看護師と連携して支援している。職員は事業所内の研修で学んでいる。</li> </ul>             |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 緊急対応のマニュアルを作成し、スタッフ会議時の30分研修にて対応をを共有しています。   |  |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 年2回、避難訓練を実施し、所轄の消防署の方に来ていただき、ご指導いただいています。地域の方への参加を呼びかけている。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・年2回、消防署の指導のもと避難訓練を実施している。火災時の訓練では、通報、初期消火、誘導訓練を行い、夜間の地震想定時では、避難指示と誘導の訓練を行っている。</li> <li>・飲料水と食料品など3日分を備蓄し、副食品には3食分のメニューのほか賞味期限を記している。</li> </ul> |                   |

| 自己評価                     | 外部評価 | 項目   | 外部評価   |   |
|--------------------------|------|--|--|---|
|                          |      |  | 自己評価<br>実施状況   | 外部評価<br>実施状況<br>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<br>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                | 職員の採用時、個人情報遵守の誓約書を交わしている。職員は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声掛けを実践し、思いをくみ取れる対応に努めています。                        | ・職員は、採用時に「守秘義務誓約書」を提出している。<br>・食事の際は「ゆっくり召し上がってください」、トイレ誘導では「〇〇さん、お花を摘みに行きましょう」など、利用者のプライバシーを損ねないように、静かな声かけを心がけている。 |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 生活の場面で、ご自分で決められるよう促し、決め切れないことはスタッフがわかりやすく説明し、自己決定できるように働きかけている。  |   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | レクや行事は参加を促しますが、強制しないように注意しています。買い物等外出の希望や、入浴の希望も可能な限り叶えられるようにしています。                                      |   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 起床、更衣後洗面台に誘導し、うがい、洗顔をしていただいたり、入浴後の着替えの洋服を選んでもらったりしています。また2ヶ月に1度髪カットの美容師が入っています。                          |   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 食事を楽しく摂っていただくために、お一人、お一人のADLに応じて、お粥や刻み等の対応や必要に応じて食事介助に入っています。オーナーの持参されたり、庭で育てた野菜を、ご利用者に説明してから調理、提供しています。 | ・食材とメニューは業者に委託し、職員が調理している。利用者のADLに応じ、刻み、とろみをつけ、盛り付けも丼に盛るなど工夫している。<br>・利用者は、食器拭きやお盆拭きなど、できることを手伝っている。                |

| 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<br>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            | 栄養バランスやカロリー計算は委託している食材業者をお願いしています。日々、食事量、水分摂取量を記録し、食欲の有無、水分の摂取が少なく思われる時はポカリやゼリーなどを勧めます。                         |   |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 毎食後口腔ケアを促しています。ご自分で出来る方には声掛けにて、出来ない方には介助をし、清潔を保持しています。義歯は夕食後の口腔ケア後にお預かりし、定期的に消毒しています。                           |   |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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     | 排泄介助が必要なご利用者には排泄表に記録し、パターンを掴み、定期的にカンファレンスを実施することにより、なるべく、トイレでの排泄ができる様にしています。                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・排泄チェック表により排泄パターンを把握して、トイレに誘導している。現状、10人ほどの利用者が、リハビリパンツを利用している。</li> <li>・職員は、カンファレンスで食事内容の改善や誘導間隔などについて、検討し支援している。</li> </ul> |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                     | 飲食物の工夫や運動等の予防に取り組んでいます。主治医に排便のサイクルを報告し、必要に応じ、便秘薬を処方いただいています。頑固な便秘に付いては、往診時の付き添い看護師や週1回の訪問看護師に摘便もしくは浣腸をお願いしています。 |   |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 希望があれば、出来るだけ本人の入りたい時に入浴できるようにしたいが、現状では、個人の希望を優先すると入浴回数のバランスが崩れ、なかなか難しい。   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入浴は、週2回9時～11時の間で利用者の希望に応じられるよう、回数バランスをとり支援している。できることは利用者に任せ、自立を損なわないようにしている。</li> <li>・利用者は、ゆず湯や菖蒲湯などを楽しんでいる。</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   |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 就寝時間は特に決めていませんが、概ね20時から21時位には就寝を促しています。昼夜逆転にならないよう、日中の昼寝はある程度、時間を見計りますが基本的に休みたいときに休んでもらっています。 |  |   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 処方された薬の効能や服薬のタイミングなどの説明書を確認、内容を把握しています。また頓服薬についても、主治医の指導に基づき、分からないことがあれば薬剤師に確認しています。          |  |   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 生活歴から家事や趣味等得意分野を見つけ、生活の中で発揮できるよう支援している。囲碁についてボランティアの方に来ていただいている。誕生会や季節ごとの行事も取り入れている           |  |   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 希望があれば出来るだけ希望に沿えるようにしている。また、スタッフが対応が困難な場合はご家族にご協力をお願いしています。                                   | ・晴れた日は利用者の希望に応じ、周辺の散歩に出かけている。希望があれば一緒に買い物に出かけることもある。<br>・家族が来所して散歩する利用者もいたが、今は面会制限で自粛している。 | ・周辺は高台で畑が広がり、幅広の道路が整備され、通行は少なく散歩に適しています。本人・家族の希望に応じ、さらに散歩の機会が増えることを期待します。 |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 希望があれば一緒に買い物へ行き、預かり金からお金を支払う事ができるように支援している。   |  |   |

| 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<br>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   | 電話の希望があれば、スタッフが取次ぎ、通話していただくようにしています。                                   |   |  |  |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 中央に広めのリビングがあり、そのまわりに居室が配置されているため、集まりやすい環境にある。リビングには貼り絵などを掲示している。       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・共用空間は清潔で整頓され、温・湿度計、加湿器を設置して、快適に過ごせるようにしている。居間には利用者の塗り絵とカレンダーが掲示してある。</li> <li>・クリスマスに向け、職員持参のツリーに飾りつけをする予定である。</li> </ul>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居間には利用者の塗り絵が飾られています。さらに利用者の行事や活動の情報、作品展示など、生活感や季節感を採り入れた空間づくりが期待されます。</li> </ul> |  |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | リビングにはソファやテーブル・椅子が配置されていて、テレビを見たり、新聞を読んだり談笑できるスペースが確保されている。            |   |  |  |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時、ご家族と相談しながら、本人のご愛用なものを持参していただき、居心地良く過ごしてもらえるよう工夫している。               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は、居室に絵手紙を飾り、馴染みの茶箆筒、三面鏡、テーブル、椅子、テレビ、碁盤などを置いて居心地よく過ごせるようにしている。</li> <li>・事業所はベッド、収納ケース、クーラー、防災カーテン、レールハンガーを設置している。</li> </ul> |  |  |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | リビングや浴室・トイレには手すりがついており、安全に生活できるようになっている。また、洗面台はご利用者が使いやすいよう低めに設定されている。 |   |  |  |

|       |         |
|-------|---------|
| 事業所名  | ミモザ横浜菅田 |
| ユニット名 | ひまわり式番館 |

| 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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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。<br>(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<br>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                      | ミモザとしての理念。ミモザ横浜菅田としての理念をユニット玄関に掲示し、職員全員で共有しています。  |      |                   |
| 2          | 2    | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                      | 町内会に加入させていただき、定期的に町内の盆踊りなどの行事をご案内いただき、参加させていただいている。また、ホームの避難訓練には地域の消防署に参加、ご指導いただいている。                   |      |                   |
| 3          |      | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                    | 運営推進会議、家族会、ご家族の面会時、見学来訪時などを利用して、認知症のケアの事例等を通して、否定しない対応方法などを、都度説明を行っている。                                 |      |                   |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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 | 運営推進会議の議事録を通して、出席委員にどのような点を指摘されているのか、何を改善した方が良いのか、を各ユニットのスタッフ会議に取り上げている。                                |      |                   |
| 5          | 4    | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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            | 運営推進会議には地域包括の方にご参加いただいている。区的生活支援課の方の生活保護受給者へのヒアリングを行なっていただいている。運営推進会議実施報告遺書は都度、神奈川区高齢支援課に送付をさせていただいている。 |      |                   |

| 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<br>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 | 「身体的拘束廃止等の適正化のための指針」を基に、身体拘束廃止委員会を立上げ、概ね3か月に1回のペースにて実施。スタッフ会議やケアカンファレンスを通して、禁止となる具体的な行為を確認している。 |      |                   |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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                                      | 研修を行い、虐待防止について理解を深めている。   |      |                   |
| 8    |      | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                 | 勉強会を通して職員が学ぶ機会を設けている。   |      |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 契約時に利用契約書及び重要事項説明書について、時間は掛かるが、読合わせにて実施し、疑問点や確認されたいことがあれば、都度、ご納得いただけるよう、説明を行っている。               |      |                   |
| 10   | 6    | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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   | 家族会を開催し、色々な情報、問題点を、話し合っています。またご利用者・ご家族の意見、要望を運営推進会議に計っています。また入口に目安箱を設置し、多様なご意見をお聞きす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 |
| 11                   | 7    | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 面接や日常の中でのコミュニケーションにより、意見・提案を聞き出すよう努力している。  |      |                   |
| 12                   |      | ○就業環境の整備<br>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      | 全社としての年1回創業式典では、社長賞・本部長賞を設けている。また、介護職員処遇改善加算についての説明を実施した上で、それが原資となって、スキル手当として還元されていることを説明している。 |      |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<br>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          | 社内研修は翌月の研修予定を回覧し参加を促している。資格取得に繋がる外部研修にも積極的に参加を促している。   |      |                   |
| 14                   |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 横浜高齢者グループホーム連絡会に参加している。また、区役所やケアプラザにて開講される講習会に参加をし、同業者との交流を図っている。                              |      |                   |
| 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<br>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        | ご利用前にご本人・ご家族と面談を実施し、今までの生活の中で困っている事、出来ない事、また好きな事等をお聞きし、実際にご入居されてからのケアの統一や環境の変化に戸惑わないよう工夫しています。 |      |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------|------|--|--|------|-------------------|
|      |      |  | 実施状況   | 実施状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 16   |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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、入居後にご本人・ご家族と面談を重ね、ご本人・ご家族のニーズを汲取り、具体化して、それが実現できるようにすることにより、信頼関係を築いていく。                           |      |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | 事前情報と入居後の本人の心理や身体状況を見極め、他のサービスも含め必要な支援（ケア）を行うようにしています。   |      |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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                    | レクリエーションや会話を一緒に楽しんだりすることにより、生活時間を共有している。   |      |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<br>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     | 請求書・領収書と一緒に送付している生活状況報告書にて、直近の心理・身体状況を報告し、ご本人の体調を共通認識していただいている。その近況をご家族にご理解していただいたうえで、適切なケアを実施しています。 |      |                   |
| 20   | 8    | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                 | 千客万来の気持ちで、快くお出でいただけますような雰囲気作りを心掛けています。姉妹で入居されているご利用者に、複数のご友人が定期的に面会に来られています。                         |      |                   |

| 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<br>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                | 利用者様の相性を配慮して、食席の並びを配慮しています。また、孤立しがちな利用者様に対し、音楽療法やレクリエーションを活用し他の利用者様と関わられますよう、促しています。                 |      |                   |
| 22                           |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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 | 契約終了後はご利用時の感謝を添えて、領収書・請求書を郵送し、近況などをお聞きすることもあります。多くは疎遠となってしまっています。退去後の介護方針などの相談があれば、当然、受けさせていただきます。   |      |                   |
| 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<br>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。                       | ケアマネはご本人との面談、またスタッフ、家族からの情報を収集し、希望や意向の把握に努め、ケアプランに落とし込んでいます。またご本人からの意向が明確に伝わらない場合は、本人の気持ちを第一に反映致します。 |      |                   |
| 24                           |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                    | 入居前にご家族、ご本人よりこれまでの生活歴、ライフスタイルの情報収集に努め、また在宅において何らかのサービスを利用していた場合は入居前のケアマネに情報提供を依頼しています。               |      |                   |
| 25                           |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                  | 申し送りや日常のスタッフ間の会話、またケアカンファレンスにより、常に状態の変化を把握し、その変化に対するケアをスタッフ間で共有する。                                   |      |                   |

| 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<br>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 | 必要に応じ、ケアカンファレンスを実施し、ケアプランに反映している。  |      |                   |
| 27   |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | ケース記録を基にモニタリングを実施し、ADLの項目で困難になってきた事、出来なくなった事を確認し、カンファレンスに繋げる。それに伴う具体的なケアを共有し、介護計画の見直しを図る。  |      |                   |
| 28   |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 介護保険上でのサービスは受けられない為、医療保険を利用しての訪問マッサージや、低額納税者や生活保護者のオムツの支給事業など個々のニーズに合わせた対応に取り組んでおります。      |      |                   |
| 29   |      | ○地域資源との協働<br>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                         | 運営推進会議に地域支援包括センターのご担当が参加され、地域の催しを紹介していただいています。   |      |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                     | 月に2回往診。また緊急事例が発生した場合は、24時間、365日、電話にて、救急車の手配や具体的な処置に対する指示をいただいている。緊急度により臨時往診に来ていただくことも出来る。。 |      |                   |

| 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<br>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                      | 訪問看護師が週1回来ていただき、スタッフからの各ご利用者の近況確認、ご利用者のバイタル測定、ご利用者との聞き取りにより、主治医への連絡やご利用者毎の対応を指示いただいています。                   |      |                   |
| 32   |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 往診の病院が入院施設を有し、だいたい、その協力病院に入院されるので、タイムリーに情報を得やすい。また他の利用者の通院があった場合は、病室にお見舞いをしています。ご家族とも小まめに連絡を取り、情報を共有しています。 |      |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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 | スタッフには重度化、終末期に対する心構えや実施するケアを研修を通して準備しています。ご利用者の状況については日頃から家族とご連絡を取り、情報を共有致します。                             |      |                   |
| 34   |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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   | 緊急対応のマニュアルを作成し、スタッフ会議時の30分研修にて対応をを共有しています。   |      |                   |
| 35   | 13   | ○災害対策<br>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   | 年2回、避難訓練を実施し、所轄の消防署の方に来ていただき、ご指導いただいています。地域の方へ参加を呼びかけをおこなっている。   |      |                   |

| 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<br>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                 | 職員の採用時、個人情報遵守の誓約書を交わしている。職員は一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損なわない声掛けを実践し、思いをくみ取れる対応に努めています。                       |      |                   |
| 37                       |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                      | 生活の場面で、ご自分で決められるよう促し、決め切れないことはスタッフがわかりやすく説明し、自己決定できるように働きかけています。   |      |                   |
| 38                       |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | レクや行事は参加を促しますが、強制しないように注意しています。買い物等外出の希望や、入浴の希望も可能な限り叶えられるようにしています。                                      |      |                   |
| 39                       |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                   | 起床、更衣後洗面台に誘導し、うがい、洗顔をしていただいたり、入浴後の着替えの洋服を選んでもらったりしています。また2ヶ月に1度髪カットの美容師が入っています。                          |      |                   |
| 40                       | 15   | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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      | 食事を楽しく摂っていただくために、お一人、お一人のADLに応じて、お粥や刻み等の対応や必要に応じて食事介助に入っています。オーナーの持参されたり、庭で育てた野菜を、ご利用者に説明してから調理、提供しています。 |      |                   |

| 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<br>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            | 栄養バランスやカロリー計算は委託している食材業者をお願いしています。日々、食事量、水分摂取量を記録し、食欲の有無、水分の摂取が少なく思われる時はポカリやゼリーなどを勧めます。 |      |                   |
| 42   |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                    | 毎食後口腔ケアを促しています。ご自分で出来る方には声掛けにて、出来ない方には介助をし、清潔を保持しています。義歯は夕食後の口腔ケア後にお預かりし、定期的に消毒しています。   |      |                   |
| 43   | 16   | ○排泄の自立支援<br>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     | 排泄介助が必要なご利用者には排泄表に記録し、パターンを掴み、定期的にカンファレンスを実施することにより、なるべく、トイレでの排泄が出来る様にしています。            |      |                   |
| 44   |      | ○便秘の予防と対応<br>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                     | 主治医に相談し薬を調整している。飲食物の工夫や運動等個々に応じた予防に取り組んでいる。   |      |                   |
| 45   | 17   | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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 | 希望があれば、出来るだけ本人の入りたい時に入浴できるようにしたいが、現状では、個人の希望を優先すると入浴回数のバランスが崩れ、なかなか難しい。                 |      |                   |

| 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 |
| 46   |      | ○安眠や休息の支援<br>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  | 就寝時間は特に決めていませんが、概ね20時から21時位には就寝を促しています。昼夜逆転にならないよう、日中の昼寝はある程度、時間を見計りますが基本的に休みたい時に休んでもらっています。 |      |                   |
| 47   |      | ○服薬支援<br>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   | 処方された薬の効能や服薬のタイミングなどの説明書を確認、内容を把握しています。また頓服薬についても、主治医の指導に基づき、分からないことがあれば薬剤師に確認しています。         |      |                   |
| 48   |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                              | 生活歴から家事や趣味等得意分野を見つけ、生活の中で発揮できるよう支援している。囲碁についてボランティアの方に来て頂いている。誕生会や季節ごとの行事も取り入れている。           |      |                   |
| 49   | 18   | ○日常的な外出支援<br>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 | 希望があれば出来るだけ希望に沿えるようにしている。また、スタッフが対応が困難な場合はご家族にご協力をお願いしています。                                  |      |                   |
| 50   |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                              | 希望があれば一緒に買い物へ行き、預かり金からお金を支払う事が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<br>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   | 電話の希望があれば、スタッフが取次ぎ、通話していただくようにしています。                                   |      |                   |
| 52   | 19   | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 中央に広めのリビングがあり、そのまわりに居室が配置されているため、集まりやすい環境にある。リビングには貼り絵などを掲示している。       |      |                   |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<br>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  | リビングにはソファやテーブル・椅子が配置されていて、テレビを見たり、新聞を読んだり談笑できるスペースが確保されている。            |      |                   |
| 54   | 20   | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時、御家族と相談しながら、できるだけ本人の使い慣れたものを持って来ていただき、居心地良く過ごしてもらえよう工夫している。         |      |                   |
| 55   |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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  | リビングや浴室・トイレには手すりがついており、安全に生活できるようになっている。また、洗面台はご利用者が使いやすいよう低めに設定されている。 |      |                   |

# 目 標 達 成 計 画

事業所名 ミモザ横浜菅田

作成日 令和2年12月5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    | 52   | 居間に塗り絵のみが飾ってある状況であり、あまり季節感が感じられない。       | 四季が感じられるような空間作りを行う。                         | 年末にかけてクリスマスやお正月など季節を感じるイベントがあるので、クリスマスツリーや、門松などを飾ることで季節を感じる空間を作っていく。 | 12月～1月にかけて2か月間程    |
| 2    | 49   | コロナウイルスの蔓延に伴い、散歩や外出支援などのレクリエーションが出来ていない。 | コロナウイルスが落ち着き、暖かい季節になったら、散歩、外出レク等を積極的に行っていく。 | まずは施設周辺の散歩を行っていく。<br>外出レクも買い物や外食なども企画、実施していく。                        | コロナウイルスが落ち着いた段階で実施 |
| 3    |      |  |   |  |                    |
| 4    |      |  |   |  |                    |
| 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。