

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	1490500269	事業の開始年月日	平成25年8月1日	
		指定年月日	平成25年8月1日	
法人名	ミモザ株式会社			
事業所名	複合型サービス ミモザ白寿庵永田東			
所在地	(〒232-0072) 神奈川県横浜市南区永田東2-23-50			
サービス種別 定員等	<input checked="" type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	24名	
		通い定員	12名	
		宿泊定員	4名	
		定員計	名	
		ユニット数	ユニット	
自己評価作成日	平成27年1月5日	評価結果 市町村受理日	平成27年3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)】

<p>理念に基づき、家庭的な雰囲気作りを心掛けています。しかし基本は自宅にあります。自宅での生活がより長く続けられる為の支援をしたいと思っております。日中は、毎日看護師が常駐しているので、日々の体調管理、また急な体調の変化にも迅速に対応できます。利用者はもちろん、ご家族にも安心していただけるようにしています。</p>

【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27年1月16日	評価機関 評価決定日	平成27年2月18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)】

<p>【事業所の優れている点】 ◇利用者ニーズに応じた柔軟な対応 ・事業所の介護支援専門員が、利用者が住み慣れた自宅での生活をより長く続けるために、「通い、泊り、訪問介護、訪問看護」のサービスを一元的に管理し、利用者のニーズに応じた柔軟なサービスを提供している。 ◇医療ニーズの高い利用者の支援 ・事業所には看護師が常駐しており、急な体調の変化にも対応してもらえ、利用者や家族に安心感を与えている。 ・医師の訪問看護指示書に基づき複合型サービス計画書を作成して、看護師が経管栄養、点滴などの医療処置を行っており通院の負担軽減が図られている。 ◇職員のチームワークの良さ ・職員のチームワークの良く、一丸となって利用者・家族と馴染みの関係を作りながら、安定したサービスを提供している。また、職員の仕事に対する意識と熱意は高く、利用者が住み慣れた地域で自分らしく生活できるように必要な情報をスタッフ間で共有し、利用者本位の支援を行っている。 【事業所が工夫している点】 ◇事業所内に接遇、レクリエーション、身体拘束・虐待防止等7つの委員会を設け、職員は必ずどこかに属し、役割意識を持って運営に参加している。職員の提案で、足湯と看護師の健康相談・健康チェックを内容とした「ミモザ健康まつり」を開催して近隣住民を招待し、利用者は交流を楽しんでいる。</p>

【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	複合型サービス ミモザ白寿庵永田東
ユニット名	—

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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 毎日ある
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまにある
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/> 3, たまに
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, 大いに増えている
	<input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/> 3, あまり増えていない
	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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。	<input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/> 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	①「ミモザ白寿庵永田東は、このまちでもう一つの家族を作ります」②「四季を感じる快適な環境を作ります」③「目標を持ち、日々成長しましょう」この3つを事業所の理念とし、毎朝ミーティング時に会社の経営理念に加え復唱しています。	<ul style="list-style-type: none"> ・複合型サービス事業所への移行時に、全職員で作り上げた3箇条からなる事業所の理念を、会社の理念とともに常に確認できるよう事業所内に掲示している。 ・毎朝の申し送り時に、唱和・確認して実践につなげている。 	
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	町内の夏祭りや防災訓練に参加しています。また、事業所で行う防災訓練やイベントを行う際には地域の方へ呼びかけをしています。	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会に加入しており、地域の防災訓練や夏祭りに参加し、地域の一員として活動している。 ・足湯と看護師の健康相談・健康チェックを内容とした事業所の「ミモザ健康まつりに」に近隣住民を招待し、利用者は交流を楽しんだ。 	
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	時折地域の方で相談にみえる方がいらっしゃいます。		
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	町内会、自治会の役員の方々や民生委員の意見を取り入れサービスの向上を目指しています。取組みのついての報告や話し合いを行っています。	<ul style="list-style-type: none"> ・2か月ごとの運営推進会議で、事業所の活動報告後、意見交換を行っている。 ・地域の集会で認知症と事業所の概要を話して欲しいとの要望や防災に関する提案があり、提出された要望、提案は運営に反映している。 	
5	4	○市町村との連携 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	毎月、横浜市にサービスの状況についてお知らせをしている。	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者が小規模多機能事業者連絡会に参加しており、同席する市の担当者と協力関係を築いている。 ・運営推進会議に出席する地域包括支援センターの職員とは、利用者の支援方法や家族への対応など、いつでも連絡を取れる態勢にある。 	

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
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	年に一度、事業所内の30分研修のテーマに取り上げ、職員で話し合い検討をしています。	・職員は事業所内研修とマニュアルで身体拘束禁止を学び、身体拘束をしないケアを実践している。特に言葉の拘束には、職員間でお互いに注意し合っている。 ・管理者は職員の不適切な言動に気づいたら、都度注意している。	
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	30分研修のテーマに取り上げ職員に伝え、防止に努めています。また家庭内での虐待の早期発見のために、利用者の様子についても特変がある時は、情報共有を行っています。		
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	成年後見制度を利用している方が2名います。後見人とのやりとりから職員も制度の理解を深めています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に重要事項説明書・契約書を読み、説明を行っています。契約の際に自宅に訪問したり、事業所に来ていただき家族に直接説明をしたりして納得していただいています。相談や問い合わせなども随時受け付け、説明をしています。		
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	朝・夕の送迎時での聞き取りや連絡ノートを通してご家族と連絡を取り合い、普段と違うと感じた時には電話や訪問で迅速な対応を心掛けています。利用者には年に一度食事アンケートを取り、意見を反映するようにしています。	・家族には朝夕の送迎時や連絡ノート、運営推進会議等で常に問いかけ、職員に気楽に話せるような雰囲気づくりに留意している。 ・利用者からは些細な表情やしぐさも見逃さず意見や要望を汲み取り、実現に向け取り組んでいる。	

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
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	毎朝・夕のミーティングや毎月の全体ミーティングで意見を出し合っています。また様々な委員会を設け、職員がどこかの委員会に所属しています。役割を持ち創意工夫しています。	・月1回の職員会議や毎日の申し送り、全職員がいずれかに属する7つの委員会で出された職員意見を運営に反映している。 ・職員の提案で書きやすい書式への変更、業務分担の見直しを行い、業務の効率化を図った。	
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	職員一人一人と面談をする機会を持ち、多数の項目がある中努力が必要な事などを話し合います。その処遇改善加算の一部をスキル手当として支給しています。		
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	月に一度、年間の計画表を元に30分研修を行っております。総合研修所で行うキャリアアップ研修には職員を参加させています。OJTを基本にエルダーの職員中心で育成したり、あすなる社員の育成も本社で行っております。		
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	市の小規模連絡会に加入しています。その際に他事業所と交流をし、交換研修を行いました。		
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	問い合わせや見学、面談を通して本人や家族の気持ちを聞くようにしています。また、入院中の方の場合には病院へ、施設に入っている場合には施設へ伺い本人と会う機会を傾聴しています。		

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	問い合わせや見学、体験時に家族の気持ちを聞き、プランに反映するするようにしています。そして利用開始後も日々の連絡ノートや送迎時に家族と情報交換をしております。		
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	最初の相談の際に現在の介護サービスの利用状況、家族の介護力など把握するようにしています。そして、複合型サービスでの本人や家族の力を活かした支援方法を提案し、ご理解いただいた上で利用開始を始めるようにしています。		
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	事業所の理念に「もう一つの家族を作ります」とあるように、一緒に暮らしていくもの同士という意識を持つようにしています。介護する側、される側という意識ではなく、お互いを思いやる関係でありたいと思っています。		
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	家族の力を上手く引き出し、足りない部分を補うように支援しています。基本は自宅にあり、本人と家族との絆を大切にしています。		
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	本人の生活歴をふまえ、馴染みの関係を継続できるよう支援しています。併設している高齢者住宅にお住まいの方の来訪者の窓口になり、馴染みの方との関係がスムーズに行なわれるよう支援しています。	・自宅での生活が中心であるが、通いの折近所の知人が訪問することもあり、お茶を出して支援している。また、日頃の会話の中から、利用者の馴染みの人や思い出の場所などを探し出し、関係が途切れないよう「個別ケア」で対応している。	

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ご利用同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	気の合う利用者同士を同じテーブルになるように支援したり、一人で居る方には職員が橋渡し役となり仲間作りのお手伝いをしています。		
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	サービス利用終了の理由はさまざまです。本人や家族が新しい生活環境で日常を送れるようになるまで相談に応じるよう努めています。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	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。	本人のこれまでの暮らしを大切に、これからどのようにしていきたいか引き出すように本人と話をしています。また本人からの聞き取りが困難な場合には家族から話を聞くようにしています。	・アセスメントの生活歴や日頃の表情・会話から、利用者の暮らし方への思いや希望を把握し、意向に沿って対応している。 ・把握した思いや希望は連絡ノートと個人ファイルで、職員の共有をはかりケアに活かしている。	
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	最初の聞き取りの際に多くの情報を得られるように気を付けています。担当のケアマネがいる場合には、連絡を取り継続したサービスが行われ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	最初の聞き取りの際に暮らしの現状の聞き取りをします。ご自宅に面談に行くことも有ります。さらに利用開始後も本人や家族との関わりを大切にして、不満や不安、要望など把握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
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	ケアプランを作成する際には、本人や家族の意向を取り入れ作成しています。主治医と情報交換したり、必要に応じて職員皆で話し合いながらよりよいサービスになるようにしています。	・複合型サービス計画は、利用者と家族の意向を把握し、必要に応じて医師、看護師と情報交換のうえ作成している。 ・計画は6か月ごとに見直し、家族の同意を得て実施しているが、変化があれば都度見直している。	
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	一人一人個別のケース記録を作成し、日々の変化などを介護・看護・夜勤と一目でわかるように色分けして記録に残しています。また、職員の申し送りノートを活用して情報の共有をはかり、共通の認識を持つようにしています。		
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	最初の面談の際に複合型サービスならではのサービスについて具体的に説明をしています。利用開始後も要望を伺いながら検討・対応するようにしています。		
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	包括支援センターや町内会、自治会、民生委員、行政と連携を取り、本人が地域で暮らしていけるよう支援しています。		
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	基本的にはそれまで利用していたかかりつけ医との関係を継続していただいています。緊急時に搬送できる医療機関でない時には事業所で提携している医療機関に受診していただいています。また往診の必要がある方には往診医の紹介もしています。	・利用者のかかりつけ医とは看護師が電話で指示を仰ぎ、連携をとりながら適切な医療を受けられるよう支援し、必要に応じて地域の協力往診医を紹介している。 ・受診の際は家族の状況に応じて、通院を支援している。	

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
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	毎日日中看護師が常駐しているので情報を共有し、困った時には相談しアドバイスをいただいています。夜間は看護師がいない為、翌朝申し送るようにしています。		
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。	家族や病院から情報を得て、必要に応じて病室への訪問をしています。また退院後の生活上の注意点など指示をいただいています。必要に応じて退院後に泊まりの利用をしていただき、ADLを確認させていただいています。		
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	日中看護師が常駐しているため、小さな変化や排便のコントロールなど細かく対応しています。しかし本人の状態が大きく変化した時やADLが著しく低下し介護度が大きく変わった時には、家族と連絡を取り合い今後の方向性を話し合うようにしています。	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化した場合は、家族、医師、看護師、職員が連携し、方針を共有して支援する方針である。 ・職員は30分研修でターミナルケアについて学ぶほか、医師や看護師からも話を聞く機会を設け、将来のケアに備えるよう準備中である。 	<ul style="list-style-type: none"> ・重度化した場合の支援に向けて、全職員が研修を重ね、情報を共有してターミナルケアに臨むことが、期待されます。
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	消防署の協力を得て急変時の対応を指導していただいています。また定期的に研修を行っております。		
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	救急対応の仕方、消火器の使い方や日中・夜間を想定した避難訓練を消防署の方立ち合いの元、年に2回行っている。救急対応や避難訓練を行う際には近隣の方に声をかけています。また、倉庫の一部を町内会の災害時の備蓄品保管場所としてお貸ししています。	<ul style="list-style-type: none"> ・年2回災害発生を想定した避難訓練を実施し、1回は夜間を想定した訓練を行っている。 ・自治会と「消防応援協力に関する覚書」を締結しており、地域との協力体制が築かれている。 ・災害に備え水を備蓄している。 	<ul style="list-style-type: none"> ・災害の発生時に備えて、食料や防寒具、簡易トイレなどを備蓄しておくことが望まれます。

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	
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	事業所で行う30分研修で接遇委員の職員を中心に話し合いを行っています。利用者との接しかたや言葉かけについて見つめ直すきっかけにしています。人生の先輩として敬いながら接するようにこころがけています。	・職員は利用者の誇りやプライバシーを損なわないように注意しながら、接遇委員会で学んだ「おもてなしの介護」を実践している。 ・接し方に問題があった場合は、管理者が個別に指導している。 ・個人情報の書類は施錠できるキャビネットで保管している。		
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	自己決定が困難な方でも選びやすいようにいくつかの選択肢を設けるようにしています。			
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	利用者一人一人のこれまでの暮らしを大切にし、その方のペースで過ごしていただけるようにしています。			
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	基本は自宅での生活が中心なので本人、家族にお願いしています。独居などの理由で支援が必要な方には本人の希望を聞きながら支援をしています。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	年に一度、利用者全員に食事についてのアンケートを行い、利用者の食の好みを把握するようにしています。そしてそれを元に要望を日々の献立作りに活かしています。	・食材業者の献立を利用し、職員が調理している。食事アンケートを採り、提供する量やキザミ食などの形態、季節の行事食に反映している。 ・どら焼きやクレープ、おはぎなどを職員と一緒に作るおやつレクは利用者の楽しみの一つになっている。		

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
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	一日三食、栄養バランスやカロリー計算してある食事を手作りで提供しています。食事の摂取量や水分摂取量などはその都度記録しています。		
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	利用開始と同時に歯ブラシセットをお預かりしています。お預かりしている歯ブラシは週に一度1本ずつ消毒を行っています。本人のできる所はやっていただき、必要に応じて声かけやお手伝いをするようにしています。また、希望のある場合には訪問歯科医の紹介も行っております。		
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	一日の流れの中で食事の前後や帰宅前など利用者全員に向けて声かけを行うようにしています。また排泄チェック表に個々の排泄の有無を記録し、排泄パターンを把握し、その方に合った声かけを行なっています。排泄の自立が困難な方には時間を決めて職員がお連れしています。	<ul style="list-style-type: none"> ・自立の利用者が多く、排泄表を活用し、定期的な声掛けと誘導、見守りを行っている。 ・登録時にオムツ使用の利用者が、職員の適切な声掛け支援により、リハビリパンツに改善された事例がある。 	
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	長期のお泊りや排便コントロールの必要な方は、排便の有無を記録しています。また家族と連携し、送迎時や連絡帳を通して自宅での様子も確認しています。便秘時には、介護職員や看護師が腹部マッサージをしたり、食べ物を工夫したり、体操や服薬などで体調の安定を図っています。必要に応じて看護師による摘便を行なっています。		
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	同姓介助の希望や湯温の好みなどを把握し、満足していただけるよう支援しています。また、脱衣室ではカーテンを引くなどプライバシーに配慮しています。時期によっては菖蒲湯やゆず湯など季節を感じていただけるよう心がけています。	<ul style="list-style-type: none"> ・週2～3回、午前中に入浴するよう支援している。 ・入浴を好まない方には「健康チェックしましょう」と風呂場に誘導し、その流れで入浴を支援している。 ・ゆず湯や菖蒲湯など、季節感を感じる入浴の支援もしている。 	

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	利用が決まった際に起床時間や就寝時間、昼寝の有無などその方の生活のサイクルを伺うようにしています。日々の体調に気を配り、臨機応変に休んでいただいております。		
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	新規利用時・薬が変わった際には処方箋を提出していただき、処方箋はコピーし個人ファイルに綴じています。また常駐している看護師による指導の元、薬の目的や副作用など理解するようにしています。		
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	個々の趣味や趣向に合った活動が出来るように支援しています。午前中はいくつかある趣味活動の中から選んでいただいています。また、職員の中に日本舞踊を踊る者やフルート演奏をする者、音楽療法士もおりますので、行事などを行なう際に楽しみの機会を作るよう心掛けています。		
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	地域の夏祭りに参加したり、天候を見て散歩などの外出の機会を持てるように心掛けています。また外出の困難な方には職員が付き添い、外気浴を行い外の空気を吸う機会を作っています。	<ul style="list-style-type: none"> ・天気が良ければ、車いすの利用者も近くの公園への散歩や玄関先での外気浴で気分転換を図っている。 ・送迎時を利用して、大岡川の花見などミニドライブやファミリーレストランでスイーツレクを楽しむこともある。 	
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	原則、金銭の持ち込みは禁止させていただいています。ただし、財布がないと不安だという方には、その都度預かり証を書き金庫でお預かりしています。帰宅時に返却しています。		

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	自宅での生活が中心なので、電話や手紙に関することは実施しておりません。ただし併設している高齢者住宅にお住まいの方への電話の取り次ぎは行なっております。		
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	温度や室温、換気など気をつけています。また加湿器や扇風機、床暖房などを有効活用しています。環境整備委員会を中心に居心地良く過ごせるように心掛けています。また季節ごとに室内の装飾を利用者と一緒に作成し展示しています。	・リビングは、明るく清潔で、床暖房が設置され、温度・湿度・換気にも配慮して、居心地よく過ごせる空間になっている。 ・壁に習字や、季節ごとに職員と利用者が共同制作した風物詩のはり絵を飾って季節感を出している。	
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	座席に配慮することはもちろんですが、ソファも用意していますのでゆっくり過ごしたい方にはお勧めしています。		
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	各室には、事業所が用意したベッドや収納や椅子があります。居住目的ではなく、基本は自宅である為持ち込む物は最小限にさせていただいています。	・泊りの部屋にはベット、収納家具、エアコン、椅子、布団を備えている。利用者は着替えや薬など身の回りのものを持ち込んでいる。 ・居室は清掃が行き届き、心地よく過ごせるよう配慮されている。	
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	出来る限り本人の力を活かして行動できるように支援しています。トイレ・浴室・居室など分かりやすいように表示しています。手すりを設置したり、角にはクッションを取り付け安全面にも配慮しています。		

目 標 達 成 計 画

事業所名 複合型サービス
ミモザ白寿庵永田東

作成日 平成27年2月18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	33	・重度化した場合の支援に向けて、全職員が研修を重ね、情報を共有してターミナルケアに臨むことが、期待されます。	今後の重度化に備え全職員が、ターミナルケアについての知識を身に付ける。	外部の往診医と協力してターミナルケアについての勉強会を開く。又社内外の研修会に参加して行くことで、知識を身に付ける。	6か月
2	35	災害の発生時に備えて、食料や防寒具、簡易トイレなどを備蓄しておくことが望まれます。	災害が発生した時に備え、数日分の食糧・飲料水・防寒具等を常に備蓄しておく。	食糧・飲料水・その他の物品を購入する。	6か月
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。