

### 1 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	0895600070		
法人名	医療法人社団 白帆会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 メディカルホーム きらら		
所在地	茨城県小美玉市小川1853-1		
自己評価作成日	平成26年12月24	評価結果市町村受理日	平成27年5月13日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	<a href="http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0895600070-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/08/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0895600070-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所		
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2		
訪問調査日	平成27年3月10日		

**【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)】**

母体の小川南病院から100メートルのところのところに位置し、24時間体制で医師及び看護師が病院内に勤務しており、緊急時の対応は万全である。また小川南病院との連携を図り健康管理を行っている。同法人内の作業療法士・理学療法士によるリハビリテーションをサービスケアとして実施し、入居者様の認知症の進行を緩和し、生活能力を向上させることにより、出来る限り自立した日常生活を安心して送られている。地域交流の一環として、月2回程度のボランティア様を招いての活動に力を入れている。

**【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)】**

医療機関を母体としたホームである。当事業所は地域密着型サービスの意義や事業所の役割について熟知しており、地域のボランティアとの交流や地域資源の活用等を積極的に取り入れて地域に開かれたホームを目指している明るい家庭的なホームである。理学療法士や作業療法士が無料で毎週利用者の機能訓練に当たると共に、職員も一緒にリハビリテーションについて学び、日常生活をとおして利用者の機能維持・回復を図っている。利用者が重度化しても機械浴等の設備が整っており、設備や介護技術の高い職員に支援され、さらに24時間何時でも医療や看護の受けられる体制の下で安心して暮らしている。職員は一人ひとりのその人らしさの確保に重きを置いた支援を心がけており、常に選択や自己決定の出来る場面作りを行っている。特に、誕生日当日を大切にしたり取り組みをしており、当日のお祝いでは誰もが主役として思い出に残るようにとの配慮をしている。利用者の居室に飾られた写真や職員手作りのプレゼントにも当日の喜びが感じられた。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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
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	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:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が広がったり深まり、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
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	66	職員は、生き活きと働けている (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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>I 理念に基づく運営</b>					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	毎朝の申し送り時に、職員全員で理念を提唱し、実践するようにこころがけている。	開設時に全職員が地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識しながら話し合い、5つの項目による理念を作り上げている。一つ一つの項目はケアの目指す方向を示すものとなっており、常に全職員は理念にそったケアを協力しながら実践している。	
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	法人内に設置している気動車を開放しており、地域の方々が気軽に来られる。毎月地域のボランティアを招いて交流を図っている。	法人母体の病院が地元の方々の要請により設立したホームであり、地域との付き合いは以前から行われており、ホームでは地域ボランティアの受け入れや地域の社会資源なども積極的に取り入れ活発な交流をしている。また散歩中の近隣住民と親しく挨拶を交わしたり、小学生が気軽に立ち寄りコーダーを演奏してくれたり、歌を歌ってくれる等日常的にも交流を深めている。	
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	法人内で、広報誌「メディカルニュース」を3か月に1度、年4回発行し地域に情報を発信している。		
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	利用者様の家族の希望・委員からの意見を取り入れ、サービスの向上に活かしている。	民生委員、地区の老人会会長、福祉に知見を有する人などを委員として偶数月に開催している。会議ではホームの活動報告や現状を丁寧に伝え、ホームへの理解を深めて頂くと共に、多くの意見や提案を頂いている。シルバー人材センターから運転手を派遣してもらいドライブを実施する等、頂いた意見や提案は地域の協力を得ながら様々なサービス向上に活かしている。	
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り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	市主催の研修や会合に参加し、ケアサービスの報告・相談などを行い市との連携を図っている。	運営推進会議を通してホームの実情や利用者の現状を積極的に伝え理解を得ており、家族の協力が得られない等支援に困難を来した場合には、市の担当職員と相談しながら適切な対応をする等の良好な協力関係ができています。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	職員で見守りを行い、施錠や拘束は行っていない。	法人全体で勉強会を開催して、全職員は拘束による弊害を含めて身体拘束について正しい知識を身につけている。玄関は事務所で見守りの下で自由に出入りが出来るようにし、常に施錠されることがない開放的な雰囲気にする等、一つ一つ丁寧に検討しながら拘束のないケアに取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	職員同士で話し合い、利用者様の精神状態・身体状態を観察し利用者様の変化を察知するようにしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	制度を理解し、活用が望ましい場合は利用者様やご家族様に制度の説明を行っている。		
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	契約書や重要事項について説明を行い、介護度によって利用料金が異なる事や季節によって光熱費が変わる事など丁寧に説明を行っている。納得して頂けるまで説明している。		
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なら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	ご家族等の面会の際に、生活の様子を報告し、要望等がある場合には、個別プランに活かしている。	利用者とは日々の関わりの中で率直な意見や要望が言えるような関係づくりを心がけ、家族とは運営推進会議や面会時を利用して意見や要望を話してもらう機会としており、訪問時には気兼ねなく何でも話せるような雰囲気作りに努めている。利用者や家族から「床が滑り易い」との意見があり、マットを敷いたり常時靴を履くことで改善を図る等、利用者・家族の意見や要望を運営に反映させている。	
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	朝の申し送り時や、毎週月曜日にミーティングを行い、意見や情報交換を行っている。	管理者・職員が共に協力しながらより良いホーム作りに取り組んでおり、朝礼や毎週の会議では率直な意見などが出されている。日常的に使う道具類や消耗品の補充等は職員の提案・要望によって購入している。勤務については希望休3日を取り入れ、なお急な休みも職員間の話し合いで取れるような仕組みにしている。	
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	ミーティングなどで直接意見を聞いたり、個人面接を行い、職員一人一人が向上心を持って生き生きと働ける環境作りに努めている。		
13		○職員を育てる取り組み 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	積極的に研修等に参加している。		
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作り、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り組みをしている	他のグループホームへ訪問、他のグループホームでの研修を行いネットワークを築きながら勉強し、サービスの質の向上や交流に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	利用者様ご本人の要望を聴き、出来る限り希望に沿ったプランを立案し、安心かつ安全に生活して頂ける関係づくりに努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	面談、入所時に何度もご家族と話し合い詳しく要望を聴き、安心して入所して頂けるように努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	今までの生活を継続し、利用者様やご家族様の要望を取り入れて、最善の支援を行っている。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	食事を一緒に食べたり、共に楽しむ時間を作り一緒に生活している事を大切にしている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	月に1度は手紙を送り、日々の生活や身体の状態を報告している。面会時には要望や利用者様の状態を報告し、ご家族様の協力を仰いでいる。		
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	知人の面会や馴染みの人との外出も出来るように努めている。	農業を仕事としていた利用者はホームの畑で野菜作りをしたり、カラオケが趣味だった利用者は友人と一緒に街のカラオケルームに出かけたりしている。また利用者の希望を聞きながらドライブで馴染みの場所に出かける事も頻繁に行っている。友人や知人、家族等の面会は各ホームの玄関を使い分けて、それぞれの自宅を訪問するように気兼ねなく自然に行われている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者様同士のコミュニケーションが困難な場合には、職員が間に入り橋渡し出来るように配慮している。席の配置を考える。公平な声掛けを心がけている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者様が入院された時には、毎日面会に行っている。サービスが終了しても立ち寄り下さる方もいる。		
<b>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</b>					
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	希望や意向が把握出来るよう、日々の行動の観察やコミュニケーションを大切にしている。利用者様が望む生活が維持できるよう支援している。	自宅に居た頃の生活にそった支援を常に心がけており、センター方式等も取り入れて利用者一人ひとりの思いを丁寧に聞きながら意向の把握に努めている。職員は常に利用者寄り添い、話を聴く事をモットーとしており、利用者の話は申し送り時にお互いに伝え合い、言葉で表現していない本人の思いにも心を寄せて把握するようにしている。	
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	ご家族やご本人から、今までの暮らしを聞き、日々の生活の中からも把握できるよう努めている。		
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	申し送りやミーティングで個々の情報の共有に努めている。		
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	変化があればアセスメントを行い、現状に合ったプランを作成している。	センター方式による丁寧なアセスメントを基に、本人・家族の希望を聞きながら職員のアイデア等も出し合い、一人ひとりの暮らしに反映できる介護計画を作成している。日々の記録を基にモニタリングを実施して定期的な見直しを実施すると共に、食欲低下傾向が見られた場合など少しの変化に対しても全職員が参加できる朝の時間にカンファレンスを実施して随時の見直しができるようにしている。	
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	全体日誌には一日の流れを記録する。個人日誌には、ドクターやOT、PT等からの記録もあり、健康状態やリハビリの内容も把握できる。		
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	個々のニーズに応えられるよう、日々寄り添った支援に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	インフォーマルな資源も含めて、情報収集に努め、個々の状況に応じて活用を行っている。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	利用者様、ご家族様の意向を第一に、安心して医療が受けられるよう病院との連携を図っている。法人以外の病院でも受診できるよう照会や受診の支援を行っている。	利用者・家族の希望する病院への受診を支援しており、受診の際には職員が付き添い日頃の様子を伝える等の支援をしている。協力医療機関への受診や定期的受診には職員が付き添い、受診毎に家族に電話で状況を伝え、同時にケース記録に詳細を記録し、本人・家族・職員が共有できる仕組みを作っている。協力医療機関が近くにあることで緊急の場合や小さな変化にも適切な医療が受けられるようになっている。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	看護職員と常に情報交換を行い、利用者様の健康管理に努めている。		
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、又、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。あるいは、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。	入院した際はお見舞いに行き、病院関係者と情報交換に努めている。退院の際はスムーズに日常生活に戻れるように情報交換や相談を行っている。		
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、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人やご家族の意向を大切に話し合いの機会を作っている。十分に話し合っ方向性を決めていくようにしている。	利用開始時に「重度化した場合における(看取り)指針」を用いて丁寧な説明をし同意書を交わしているが、本人・家族とは状態に応じて随時話し合いをして、希望するケア方針を選択できるようにしている。重度化に対しては最後まで快適な生活がホームで送れるよう入浴設備なども整えている。職員は医療機関での看取り経験も多く、重度化や終末期のケアには全職員が高いスキルを有している。医療機関との連携は医師・看護師と24時間何時でも連絡・対応ができるようになっており、希望すれば家族も一緒に看取りに参加できるようになっている。	
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	研修会などに参加して、知識や技術の習得につとめている。		
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	年2回、消防訓練を実施している。	消防署の指導を受けながらの避難訓練を年2回実施している。火元を特定しての避難訓練や夜間想定訓練なども実施して利用者の安全確保に努めている。	火災時には法人母体病院からの応援等も期待できるが、地元消防団にはホームの構造等も知ってもらった上での協力依頼、地元住民には具体的な役割を示しての協力依頼等を今後丁寧に行っていくことに期待したい。

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○一人ひとり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	個々に寄り添いその方に合った言葉かけや対応を心がけている。周囲との調和も考えながら気持ちよく過ごせるようにしている。	全職員は理念を常に意識しながら利用者のペースに合わせゆったりと過ごしていただくことを目指したケアを行っている。一人ひとりがその人らしく暮らしていけるよう、自己決定ができるよう常に選択できるような問いかけや場面設定を心がけている。さらに趣味や掃除・包丁研ぎ・料理・畑作りなどの役割を持ち誇りをもって生活できるよう支援している。	
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	思いや希望を引き出せるように、職員から利用者様に沢山話しかけている。自己決定できるよう個々のスピードに合わせている。		
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	畑作業や散歩等、それぞれの好きなことが出来るよう支援を行っている。		
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	髪を染めたり、結んだり希望する方には随時対応している。地域の美容室のスタッフに来てもらい散髪の支援をしている。		
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	個々に合った食事形態で提供している。配ぜんや下膳など出来る事は一緒に行う。利用者と職員一緒に食事を摂っている。	食材は業者からの一括購入(レシピ付き)ではあるが、ホーム内の畑で採れた野菜等も使いながら調理しており、利用者の摂取機能に合わせてスープ状にしたりしながらそれぞれが自己摂取できるような形態にする等の工夫をしている。湯のみ、スプーン、マグカップ等個人の食器を使っており、他の食器も瀬戸物を使う等家庭的な雰囲気のある食卓である。さらにトレーには滑りにくい材質を用いたり、自助具を取り入れる等の丁寧な配慮が随所にあった。職員も一緒に食卓には介助をうけている利用者もいた、和やかな雰囲気です「食事が楽しみです」「いつもおいしいですよ」等の声も聞かれた。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	一人一人の健康状態を踏まえ、水分を取らない方には声をかけたり、好みの物を提供している(ジュース、お茶、牛乳等)		
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	食後の口腔内チェックや義歯の手入れやブラッシングでの口腔ケア等、一人ひとりの力に応じた支援をしている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	利用者様それぞれの排泄パターンをチェックし、自尊心を傷つけないように配慮し、声掛け誘導をしている。	排泄パターンに基づいて声かけ・誘導をしながら介護5や4の利用者もいる中で全員が日中・夜間共にオムツを使わず、日中はトイレで排泄している。夜間ポータブルトイレを利用する利用者はコールにより職員が介助をする等安全を確保しながら自立に向けた支援を行っている。	
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	水分摂取量をチェックし水分を摂るよう声かけしている。ラジオ体操やリハビリ、運動への参加を働きかけて一人ひとり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 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、個々にそった支援をしている	毎日入浴したい方、午後入浴したい方…時間も決めずそれぞれのタイミングに合った対応をしている。	2つのユニットに2箇所の浴室を設け、一方は一般浴の出来る浴槽にして他方を機械浴のできる浴槽にしている。湯は毎日沸かしており、毎日好みの浴槽で入浴できるようにしている。それぞれの好みの時間に毎日入浴を楽しむ利用者もいる。入浴を拒否する利用者はいないが、週3～4回の入浴を目途に全員が気持ちよく、また安全に入浴できるような支援をしている。	
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	疲れた時には自室ベッドで休んでもらったり、ご自宅で使用していた寝具を持って来て頂いている。		
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	個人日誌に処方薬の記録があり、職員全員で共有し服薬管理を行っている。		
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	生活歴を把握し、無理のない役割を持っていただいている。掃除、包丁研ぎ、洗濯たみ等。好きな歌を唄ったり散歩したりし気分転換を図る支援をしている。嗜好品として焼酎を持ち込んでいる利用者様もいる。		
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。又、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	希望により買い物へ出かける。花見、ぶどう狩り、外食など季節に合わせて外出している。	ユニット間にはせせらぎの間こえる中庭をはさんでウッドデッキがあり、何時でも外気浴ができるようになってきている。天気の良い日には畑の手入れをしたり、近くを散歩したり、ドライブしたりと日常的に戸外に出かけている。ドライブは小規模のワゴン車を借りたり、シルバー人材センターのドライバーの協力を得て10人乗りのワゴン車でユニット全員で外出したりしている。外出先は近くの公園に鯉を見に行ったり、行事として少し遠くへ出かけて花見やぶどう狩りなど季節ごとの楽しみを取り入れている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者様の金銭管理能力に応じて、理容代や買い物支払いが出来るように支援している。お小遣い帳に収支を記入し、残金の確認をしている。		
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	希望に応じて支援している。手の不自由な方や難聴の方には職員が援助している。		
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	心地よく過ごせるように、季節の花や飾り付けを工夫している。蓄熱式の床暖房を採用し、ヒートショックがなく環境にも優しい。	玄関は各ユニット毎にあり、一般の家のような雰囲気がある。浴室やトイレは機械浴等も備えて利用者が機能低下した場合でも快適に暮らせるようなつくりになっている。居間には季節の花(フリージアやストック)を飾ったり、地域の方からの寄贈によるひな壇飾りがあったりと季節を感じ、季節の行事を祝う等春らしく華やかな雰囲気があった。見やすい時計やカレンダーには落ち着いた雰囲気と生活感があり、安心して暮らせるようにとの職員の細やかな配慮が見られた。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	自由に移動し、思い思いに過ごして頂けるようソファ配置したり、和室も準備している。		
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	家族の写真や愛着のある物、本人が好きなものを身の回りに置き、心地よく過ごして頂いている。	各居室にはベットやタンスが備えてあり、それぞれに使い易いような配置にしている。利用者を迎えて日も浅いホームではあるが、誕生日の写真や職員手作りの誕生祝のプレゼント等が飾られており、職員と一緒に毎日を親しく楽しく過ごしている様子がうかがえた。また本人の好みのカレンダーを家族が飾っている居室もあり、日頃から家族と一緒に居室作りに関わっている様子も見られた。	
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」「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	建物内部はバリアフリーになっており、共用空間は手すりが配置され、自立した生活を送って頂けるよう頻りに声掛けを行い安全・安心な環境作りに努めている。		

(別紙4(2))

事業所名: メディカルホーム きらら

## 目標達成計画

作成日: 平成 27年 5月 12日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【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り組み内容 目標達成に要する期間
1	35	地元消防団にホームの構造等を知ってもらったうえで協力依頼、地元住民には具体的な協力依頼等を行っていない。	・地元消防団にホームの構造を知ってもらい(見に来ていただく)避難経路、誘導場所などの提案をいただく。 ・近隣住民の方にも協力を依頼できるよう関係を築いていく。	・地元消防団に協力を依頼し施設を知っていたくと共に、一緒に誘導方法を検討したり避難場所の確認を行う。 ・全職員で再確認や話し合いをもって、火災や災害時にも対応できるようにする。 6ヶ月
2	30	個別の受診記録を作成していない…作っておくと良いと助言をもらう。	・受診記録を作成し、利用者様の状態の把握や健康管理に取り組む。	・早急に個別受診記録を作成し、職員と共に使いながら記入のしやすさ、使いやすさの検討を行いながらきちんとした形に作り上げる。 3ヶ月
3				ヶ月
4				ヶ月
5				ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。