

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	小美玉市小川1853-1		
自己評価作成日	H29年10月27日	評価結果市町村受理日	平成30年3月12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	http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JizyosyoCd=0895600070-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【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30年1月11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ることができている。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を行い、年1~2回のきらら会(家族会)を開催する事に力を入れている。

【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)】

小美玉市の主要道路から、母体である小川南病院が見える。その小川南病院を主体とする、小規模多機能施設、デイサービスが隣接するグループホームである。開設4年目を迎え、少しずつではあるが地域交流が行われている。また、スタッフの半数は小川南病院からの異動してきていることから、看護師や介護士間の情報共有は日常的に行われている。週2回リハビリスタッフによる集団・個別リハビリを行い残存機能維持に努めている。法人全体の生き生き祭りに参加して、家族会やイベントを行い地域との関係づくりを図っている。また、子供110を設置し、子供たちが自由に遊びに来ている。更なる地域との交流を目指すとともにサービス向上に努めている様子が窺われた。

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) <input type="radio"/>	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る (参考項目:9,10,19) <input type="radio"/>
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"/>	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) <input type="radio"/>
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"/>	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) <input type="radio"/>
59	利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている (参考項目:36,37) <input type="radio"/>	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12) <input type="radio"/>
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"/>	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"/>
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) <input type="radio"/>	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"/>
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"/>		

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
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。忘れる事無く実践出来るよう、ネームプレートに理念を挟み持ち歩いている。	理念は開設時に職員間で話し合って作成した。朝の申し送り時に復唱し確認している。しかし、理念が玄関ホールに掲示されていないため検討していく。	
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たり、空の駅「そらら」や四季健康館などへ積極的に出かけている。	法人主催のいきいき祭りを開催し、地域住民へ回覧板や招待状を配布し、周知している。学生達の体験学習やボランティアの介入は少ない。	
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ヶ月に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。委員の方にボランティアを紹介してもらった時には、実際に見てもらったり、画像に撮り後日見ていただき、意見をもらい次回に活かすよう努めている。	偶数月の第3週に行っている。区長、民生員、家族代表、行政が参加している。意見交換や活動報告を行っている。参加されない家族には、面会時や請求書に同封している。AED設置に関する意見があり、設置を検討し、職員間で訓練していく。	
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。電話やメールにて情報交換や相談が行えている。	地域密着連絡協議会やケアマネジャー連絡協議会に定期的に参加し、意見交換や情報収集を行っている。子ども110番を設置し、子ども達が自由に遊びに来ている。	
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。外に出たがる利用者に対しては、散歩の時間を作ったり、玄関には開閉感知チャイムを付け施錠は行わない取り組みをしている。	家族の要望により、同意書を作成して身体拘束を行っている。安全のためのヘッドギアを希望する家族に対し、ヘッドギアを帽子に変更する提案をし支援している。車椅子の点検は、毎月定期的に行っている。	身体拘束を行わないケアについて、再度マニュアルを見直ししていく。また、事例をもとに拘束を行わないケアをプランに挙げ検討していく。マニュアルの保管場所についても検討していく。
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	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えるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	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。	帰宅願望が強い利用者に対し、散歩を兼ねて自宅周囲まで出かけることで安心された事例がある。希望の食事や飲み物の調達は、家族に依頼することが多い。	
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。連絡ノートでの情報の共有にも務めている。	月1回の会議でモニタリング、伝達研修を行っている。レクリエーション、リネン、オムツ、食材係が決められている。法人主催の感染症勉強会に参加している。	
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	職員とよく会話し、困りごとなどの相談をしている。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	他の地域密着型施設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、意見交換に努めている。		

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
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	きららの見学をしていただき、面談、入所時に何度もご本人や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、日々の生活や身体状況を報告している。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。家族や友人の面会時には、ゆっくり過ごしていただけるよう心掛けている。	デイサービスを利用している友人や幼稚園バスに乗る孫の送迎のついでに日常的に面会に来る友人がいる。定期的に自宅に外泊したり、お墓参りに出掛ける利用者もいる。また、定期的に教会のミサに参加する利用者もいる。	
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	出来る事、出来ないことを把握しながら声かけし、一緒に行事に参加できるように支援している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	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。	痛みなどの体調変化を訴えることがでない方には、スタッフ間で聞き取りの工夫をし共有している。経管栄養注入の方への声掛けを工夫し意向の把握に努めている。	
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に努めている。		
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	側に寄り添った会話やレクで、利用者様の変化や出来る事の把握をし、可能性を見出す。		
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	生活の中で多くの発見があり、出来る事が見つかる。本人や家族、職員の意見に声を傾け、アセスメントを行いプランを作成している。	家族や利用者から要望を聞き、カンファレンスを開催してケアマネジャーがケアプランを作成し家族に説明同意を得ている。2~3か月に1回のモニタリングを行い、プランの見直しを行っている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	日々の気づきを申し送りし情報の共有を図っている。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。地域のボランティアに来所してもらう機会を作っている。		
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。	利用者の病状に合わせて、1～4週間毎に母体病院を受診し記録している。夜間緊急時は、近所に住む副院長が往診している。受診結果については、連絡ノートや介護記録に記入しスタッフ間で共有している。	
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。主治医との相談支援に取り組んでいる。	看取りの指針を作成し、契約時に説明している。病状に合わせて利用者家族と話し合い、方針の同意を得ている。	
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。急変時にも対応できるようにマニュアルを作成している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回、消防訓練を実施し夜勤帯を想定した訓練も行っている。	6月10月の年2回、日中夜間想定にて避難訓練を行っている。近隣施設や近隣住民との連携体制を含めた避難マニュアルを母体病院が作成中。地震水害に備えて備品備蓄、発電機は準備できている。	

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
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。不穏時には落ち着くまでそばに居て話を聞いている。	トイレ誘導は利用者一人一人のペースで呼びかけを行い支援している。面会簿は個人毎に記入、契約書類と一緒に情報開示に関する同意は得ているが、具体的な個人情報同意が必要と思われる。	
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、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。体調や気持ちに配慮して支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	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。季節に合わせた服装をそろえに買い物に行ったりしている。		
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く。誕生日には、食べたい物のリクエストで献立を決めている。	食材は外部に注文している。週末の献立は、利用者と一緒に考えて提供している。馴染みのお箸やコップを使用している。	
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)。水分摂取量を日々チェックしている。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないよう、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。義歯のポリドント洗浄も定期的に行っている。		

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。Rパンツや尿取パットの種類も一人ひとりに合った物で対応し、失敗を減らしている。	布パンツ、リハビリパンツを使用し、トイレでの排泄を支援している。夜間は、ポータブルトイレを使用している。	
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取量をチェックし水分を摂るよう声かけている。繊維質の多い食事を心がけたり、乳製品を摂ってもらう。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。拒否された場合には、無理せず時間をずらし再度声をかけるようにしている。	入浴は基本週3回だが、要望や汚染状況に合わせて支援している。入浴できない方は機械浴、清拭を行っている。四季を感じる柚木、菖蒲などの入浴剤を楽しむこともある。感染症に留意している。	
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	日中の適度な運動を行い、安眠を促している。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。薬の変更があった時には、情報を共有できるように申し送りをしている。		
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。		
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。家族に許可を取り、友人と入浴施設へ出かけるご利用者様も居る。	季節に合わせて花見や散歩に出掛けている。また、買い物や回転ずし、ファミリーレストランに出掛けている。	

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
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、理容代や買い物の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。今年度は年賀状を出しました。家族へ宛て、定期的に手紙を送っているご利用者様もいる。		
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。	天井が高く、大きな窓から暖かな日差しが入る共有空間になっている。調査日当日は、お正月の飾りやチューリップなどが置かれ季節感が感じられた。	
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。席の配置工夫をしている。		
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。状況によりベッドやタンスの位置も配慮している。	居室入り口には名前や飾りが工夫され、間違い防止となっている。馴染みの家具や置物、家族写真などが置かれ居心地よい空間作りがされている。	
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」「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回に声掛けを行い安全・安心な環境作りを努めている。		

(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 30 年 3 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	6	身体拘束を行わないケアについて、再度マニュアルを見直していく必要がある。	現状に即したマニュアルの作成に取り組む。	どんな事が身体拘束になるのか？職員全員で学び、早急にマニュアル作成に取り組む。	3ヶ月
2	6	事例をもとに拘束を行わないケアをプランに挙げ検討する。	拘束を行わないケアをプランに記載する。	職員間で事例を持ち寄り、ケアマネと共にどんなケアが必要かを話し合い、共有しながらプランを作成していく。	12ヶ月
3	6	マニュアルの保管場所について検討する。	誰にでもわかる場所にマニュアルを保管する。	事務所に保管して置くのをやめ、ファイリングし直して職員がいつでも見られるように工夫する。	2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。