

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	0193600145		
法人名	有)ライトマインド		
事業所名	小規模多機能ホーム 花縁すずらん館		
所在地	北海道苫小牧市ときわ町3丁目4番11号		
自己評価作成日	平成25年3月9日	評価結果市町村受理日	平成25年4月10日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表センターページで閲覧してください。

基本情報リンク先URL	http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2012_021_kani=true&JigyosyoCd=0193600145-00&PrefCd=01&VersionCd=021
-------------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 サンシャイン
所在地	札幌市中央区北5条西6丁目第2道通ビル9F
訪問調査日	平成25年3月23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)】

<p>①常に利用者のペースに合わせた生活が送れるように支援し、職員主体ではなく、利用者主体の生活ができるよう努めている。特に利用者のニーズに常に対応出来るように下記の事を実行している。 ・職員の役割分担を事前(シフト作成時に)に決めないようになっている。 ・日々のスケジュールを固定化しない。(例:入浴日等を決めないから、いつでも出来るようになる) 上記によって利用者の要望等を迅速に達成出来るように行動出来る体制をとっている。</p> <p>②季節感の感じられる行事を盛り込み、外出の機会を多く作っている。</p> <p>③市内にある同事業所間で協議会を作り、合同行事等を開催して。当事業所は事務局の機能を持ち、積極的に活動を支援している。</p> <p>④プロの料理人による食事の提供を行っている。</p> <p>⑤認知症理解を勧める為の活動に参加し(例:ラントモ)、且つ、キャラバンメイトを中心に地域の認知症サポーターの要請の講師として活動している。</p> <p>⑥介護実習等の学生を積極的に受け入れている。</p> <p>⑦看護師を専任に配置し、医師との連携を密に行い、訪問看護事業所との連携も行っている。</p>
--

【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>苫小牧市の郊外にある小規模多機能施設で、敷地が広く近隣に公園もあるなど環境に恵まれている。2階建ての建物には同法人経営の共同住宅が併設されているので、その設備も利用することができる。事業所の共用空間は2階まで吹き抜けで窓が大きく開放的である。トイレや浴室が広く、手すりも使い易く工夫されている。地域との付き合いが盛んで、ホーム便りに地域のことを載せて回覧板で回すこともある。また、事業所主催の行事に地域の方を招待している。市の「ふれあいサロン」にも今月中に参加できる予定である。法人の代表が、市内の他施設と協力して「小規模多機能居宅介護事業所連絡協議会」を2年前に立ち上げ、当事業所の管理者が事務局長を務めている。利用者の情報の蓄積に力を入れており、職員のスキルアップのために、センター方式のアセスメントシートを手書きで作成させ6か月毎に更新し、ケアに活かしている。災害対策に力を入れており、火災時の避難訓練を年間2回、津波時の避難訓練を2回と計4回訓練を行っており、副施設長が応急手当普及員の資格をもっているので職員に随時普通救命講習を実施している。毎日の食事には畑で採れた旬の野菜を添えるなど栄養と色彩に気を配り、行事には、調理師資格を持つ代表者が寿司など特別な料理を提供したり、そば打ちのボランティアがそばを提供してくれるなどの楽しみもある。入浴も毎日可能で、職員が親身になって接するので利用者は明るくゆったりと毎日を過ごしている。</p>
--

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る (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拡がったり深まり、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、活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している (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			

自己評価及び外部評価結果

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	館内に基本理念を掲示し、常に職員全体が共有出来るようにしている。また、利用者に見えるように掲示している事からも、職員にとっても良い意味でも刺激になっている。ケア理念策定委員会を立ち上げ、ケア理念作成作業を行っている。	前年度の外部評価の取組事項である事業所独自のケア理念を作成するため、有志で委員会を立ち上げ、職員アンケートも行い原案がまとまったところである。現在は、管理者が加わり、新年度初めまでに完成させる予定である。	3月中に新たに、事業所独自のケア理念が完成することなので、新年度からは、新たなケア理念を全職員で共有し実践につなげていくことを期待したい。
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	季節的に行われる大きな行事等にお誘いしている。また、近隣の小学校からの慰問があり、交流が行われた(キッズサポーター養成の延長)。今後、地域のふれあいサロンへの参加を計画している。	近隣にある同法人経営の「ときわ館」と共同で町内会に入会し、地域のことを記載した号のホーム便りを回覧したり、事業所主催の行事に地域の方を招待している。また、市の事業である「ふれあいサロン」への参加もお願いし、今月中に利用者が参加する予定である。	
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	事業所内にキャラバンメイトを2名擁し(法事内には計5名)、地域の認知症サポーター養成講座の講師として、小学校や町内会、民間事業所に積極的に出向いている。		
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	利用者の状況や行事等の報告を常に行っている。また、防災や訓練の状況との報告も常に行い、アドバイスを頂いている。出された意見が反映出来るように、リーダー会議等の場にも報告がされている。	会議は2か月に1度開催され、町内会役員や市の担当者、地域包括支援センター職員、家族代表などが参加し、外部評価・自己評価についても話し合っている。議事録は家族全員に配布している。	
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	運営推進会議に参加して頂いており、事業所との関係が密に成されている。また、協議会にも協力を頂いている。	法人の代表が、市内の4つの小規模多機能事業所からなる「小規模多機能居宅介護事業所連絡協議会」を2年前に立ち上げ、当事業所の管理者が事務局長を務めていることから、市と頻りに情報交換している。	
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「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	マニュアル「身体拘束廃止のために指針」を作成し、各職員に周知している。また、年間に1回以上の身体拘束に関する勉強会を開催し、拘束しない姿勢を強化している。	玄関に、身体拘束を行わない旨の宣言内容を掲示し、「身体拘束廃止のための指針」には具体的な項目をまとめ、法人合同の勉強会も行っている。玄関はオートロックだが、玄関の対面に裏玄関があり、利用者が容易に解錠できるようになっている。	
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	項目6と同じ。		

小規模多機能ホーム 花縁 すずらん館

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
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、個々の必要性に関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	現在、利用者には成年後見制度・日常生活自立支援事業の契約者はいないが、制度に関する勉強会を概ね年1回行っている。		
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	重要事項説明書や契約書を用いて管理者からの十分な説明がなされている。また、利用者や家族から疑問等があった時には常に対応している。		
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	家族会を定期的に開催しており、意見が出せる機会を設けている。また、運営推進会議も活用されている。館内に意見箱を設置し、いつでも意見を出せるようにしている。	毎月広報を発行し、利用者の様子を家族に伝えている。また、年2回の家族会では、意見や要望を出しやすくするために職員は参加していない。家族会の代表者は運営推進会議に毎回参加し意見を述べている。	
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	月に2回行われるカンファレンスでの意見集約は勿論、概ね年1回以上、管理者等との個別ヒアリングを行う機会を設けている。	キャリアパス制度が導入されており、年1回、総合施設長が職員の個人面談をして、業務の確認や、目標、資格取得の希望や要望などを聞き、人事に反映させる仕組みとなっている。	
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	個々の努力や実績等の状況を常に把握出来るように努め、資格取得の為の情報提供や、特別勉強会を行い指導している。また、資格手当等も充足しており、職員のやりがいに繋がっている。		
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	職員のレベルアップに関する指標を提示し、それぞれのレベルに応じた研修への参加を促している。また、内部の勉強会を月1回開催して、職員のスキルアップに努めている。		
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	市内の同事業所間で協議会を立ち上げ(お互いのスキルアップを目的に掲げている)、合同行事等を行っている。		

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
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	当事者や家族が抱える問題やニーズを聞き取り、利用の際しての要望を聞き取るよう努め、且つ、他機関との連携を行い情報を共有するようにしている。		
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	上記15と同じ。		
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	当事者や家族が持つニーズを確認し、地域にある他サービスの上提供も行う様に努めている。また、制度等の説明も行い、当事者にわかりやすく説明をしている。		
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	そもそもの前提として、介護される者・介護する者として捉えることをせず、支援させていただく者として存在すると理解し、利用者に寄り添う姿勢を持つよう努め実践に努力している。		
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	上記18に加え、利用者ニーズに対応する為に、家族の連携・協力は不可欠と考えている。		
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	利用者への電話は必ず繋ぎ、郵便物のやり取り等の支援を行っている。また、利用者の要望に応じた外出を出来るよう、行きたい場所の聞き取り等を行っている。	友人の訪問を受けたり、趣味の畑仕事の道具や刺繍糸などを職員と一緒に買いに行っている。電気店にミニコンボを買いに行く方もいる。また、併設している共同住宅に居住している利用者が多く、友人や近所の方が頻りに訪問している。	
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	利用者同士の関係を常に理解し、関係が良好に出来るよう努めている。また、トラブルが起こらないように未然に介入出来る(さりげなく)よう、職員間で対応を統一出来るよう迅速に対応している。		

小規模多機能ホーム 花縁 すずらん館

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
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	いつでも相談に応じられるようにと努めている。		
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	各利用者の担当者を決め、センター方式を用いてアセスメントを行い、利用者の希望等の聞き取りを行っており、ケアプランに反映し、カンファレンスで評価をしている。	利用者毎に担当職員が決まっており、センター方式のアセスメントシートを作成し思いや意向を把握している。シートは、職員が勉強になるようにあえて手書きとし、6か月毎に見直ししている。	
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	上記23と同じ。また、利用の為の面接時に他機関からの情報を共有し、過去の利用歴等の確認をしている。		
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	日々の暮らしのアセスメントを記入し、モニタリングに活かし、ケアプランの立案に生かしている。		
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	月1回以上行うカンファレンスで評価を定期的に行い、利用者のニーズに対応出来るようにしている。また、必要に応じ関係機関や家族に連携を求めている。職員間には迅速にケアが統一出来るように詰めている。	利用者毎に毎月、カンファレンスし、「ケアプラン評価表」を作成し、6か月毎に見直しする介護計画に反映させている。一方、日々の記録である「毎日の生活(暮らし)アセスメント」は介護計画を意識して記載できる欄を設けているが、あまり活用されていない。	「ケアプラン評価表」への記載は、前回の外部評価を受けレベルアップしているのでも、日々の記録についても、今後は介護計画を意識しながら記録していくことを期待したい。
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	日々の暮らしのアセスメントを記入し、利用者の声を書き留めるように努めており、対応の統一を行う様にしている。		
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	職員主体ではない姿勢を重視し、利用者のニーズに応じられるよう対応している。(事業所が力を入れている点の①)		
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	利用者や家族の状態や状況の変化に対して、対応出来る様に、小規模多機能サービスの活用等により柔軟な対応を行っている。		
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	協力医療機関からの往診もあり、医師との連携が密に行われている。専任の看護師を配置し、医療機関・訪問看護との連携が強化されている。	従来のかかりつけ医を希望するのは自由であるが、内科の協力医療機関の往診があるので、ほとんどの利用者が受診している。受診内容は「訪問診察記録」「医療記録」で共有している。	

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	専任の看護師の配置を行い、常に介護スタッフとの連携が成されている。		
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、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。	利用者がスムーズに退院が出来るように、医療機関との連携を行っている。また、定期的に利用者の様子を伺い状況を確認し記録している。		
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	「看取りに関する指針」を家族に説明し、事業所の考え等を説明している。また、職員間でもマニュアルを作成し、医師や看護師との連携を成している。	利用開始時に、本人・家族に重度化した場合の看取りに関する指針を説明し、同意書に署名捺印を得ている。重度化した場合は、医師の意見を聞きながら、細やかに説明し対応するように務めている。	
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	専任看護師が基本救急講習の講師の資格を持ち、各職員に対しての指導をしている。		
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	概ね年4回以上の訓練(火災・津波等)を実施している。防災等の知識を高められるような勉強会を開催し、緊急時の職員召集の基準を定めている。地域との連携は今後の最重点課題と考えている。	消防署の立ち会いのもとに、夜間想定火災時の避難訓練を2回と、昼・夜間を想定した津波の際の自主避難訓練を各1回づつ行い消防署にも報告している。訓練の際は近隣のグループホームの参加を得ている。副施設長が応急手当普及員の資格所有者で、定期的に訓練を行うことができている。災害時の備品も用意されている。	

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	自尊心を傷つけないように常に努めている一方で、利用者への親しみを持てる言葉かけを行う様になっている。	利用者の呼びかけは本人や家族の意向を確認し、尊厳を守りながら、利用者が最も希望する呼び方をしている。個人記録のファイル類はスタッフルームで安全に保管している。	
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	利用者のニーズに寄り添う対応を心掛け、実行出来るように努めている。また、出来る事・出来ない事の見極めをさりげなく行い、自己決定が促せるような対応を行っている。		
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	職員主体ではない姿勢を重視し、利用者のニーズに応じられるよう対応している。(事業所が力を入れている点の①)		
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	利用者の要望に応じた対応に努めている。また、月1回の理美容サービス(外部の)を実施している。		

小規模多機能ホーム 花縁 すずらん館

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
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	利用者が出来る事・出来ない事の見極めを行い、出来なくて自尊心を傷付ける事がない様な対応を基本に、一緒に行える作業を行っている。	利用者はその日の状況や身体能力に応じて味付けや盛り付け、食器拭きなどを行っている。職員も同じ食事を摂っている。代表が調理師免許を持っているので、特別な料理を提供したり、そば打ちのボランティアが来訪してそばを提供することもある。	
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	暮らしのアセスメントに日々の食事量・水分量を記録している。また、状態の変化や日々の変化に対して、食事形態の変更等にも対応している。		
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	個々の口腔状態のアセスメントを行い、それぞれに応じた口腔ケアの実施に努めている。また、外部からの勉強会を実施し、職員の技術向上を行っている。		
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	定期的な声かけや誘導は勿論、それぞれの排泄ペースを記録を基に誘導に活かせるように努めている。	個々のアセスメント表で排泄チェックを行い、タイミングを見ながら誘導している。誘導の際は、他の人に分からないよう離れた場所で声がけするなどの配慮をしている。	
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	朝はジュース、昼は牛乳、夜は野菜ジュースの提供を行い、毎日の体操(およそ30分)とレクを実施し、参加の呼び掛けに努めている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴日を定めず、希望があれば毎日でも利用出来るようにしている。(事業所が力を入れている点の①)	毎日入浴可能で、午後の時間帯が中心だが、希望があれば午前中も可能である。各利用者の入浴間隔が空かないようにして誘導している。入浴剤を使ったり、希望に沿って同性介助とするなど快適に入浴できるよう支援している。	
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	起きている事を強制していない。(逆に必ず寝なければならないという考えではなく、主のペースで生活出来る様に努めている)		
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	医師より処方された薬を看護師の指導の下、各職員が翌日の薬を準備している。また、各ケース記録に薬リストがファイルされている。且つ、看護師指導の下、当事者の状態変化に気付けるよう観察に努めている。		
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	センター方式の活用により、それぞれの楽しみ等を聞き取り、ケアプランに活かしたり行事に反映出来るよう努めている。		

小規模多機能ホーム 花縁 すずらん館

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
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	行きたい場所の聞き取りを実施する一方で、日々の暮らしの中で行きたいとの訴えがあった時には対応出来るように善処している。日々のスケジュールを固定化しない事により、いつでも外出が出来るような体制を取っている。	天候の良い時期には毎日のように周辺の住宅街を散歩し、その日の朝の天気を見ながら気軽にドライブに出かけている。冬季でも、買い物に同行したり月1回はドライブをしている。年間行事では花見や運動会見学、紅葉狩り、初詣のほか、道の駅やフェリーターミナル、支笏湖など様々な場所に出かけている。	
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	家族との相談の下に金銭は自分で管理出来るよう支援しており、職員が預かるような対応は原則行っていない。		
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	希望に応じて実施しており、家族等にも周知頂いている。		
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	季節感が感じられるような行事を企画し、館内にチラシや宣伝を行い、楽しみが持てるような工夫を行っている。	共用空間は白を基調とし、居間と食堂部分は2階まで吹き抜けになっており、窓も大きく明るい。壁には懐かしいレコードジャケットなどが飾られている。トイレや浴室も広く使いやすい。手すりは寄りかかれるような丈夫なものが設置されている。温度や湿度も調整されている。	
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	基本的に個室対応がされており、利用者間での居室への行ききもあり、関係の構築に努めている。また、食堂や談話室を常に開放しており、利用者の憩いの場となっている。		
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	各自が使い慣れた家具等の持ち込みを行っており、電化製品等のチェックも行う様にしている。(昨今の火災の事象に配慮した関わり)	居室には備え付けの家庭的なベッドやソファ、ロッカーがあり、泊りの利用者は個別にテレビや小型のタンス、生活用品などを持ち込んでいる。壁にもカレンダーや個々の利用者の作品などが飾られている。	
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	基本理念の中にも掲げ、それぞれの利用者の自立生活が出来るように支援に努めている。		

目標達成計画

事業所名 小規模多機能ホーム花縁すずらん館

作成日：平成 25年 4月 2日

市町村受理日：平成 25年 4月 10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り組み内容	目標達成に要する期間
1	26	日々の記録の中にケアプランを実施した記録がないためモニタリングを職員の感覚だけに頼っている。日々のケアとケアプランをシンクロさせると言う認識が弱い。記録の整備という点では、実施したと言う事実が記録として残っていない為、万が一訴訟問題等が発生した時に証拠となるものがない。職員も定着してきた為、記録やケアプランのスキルアップを図っていく必要がある。	①ケアプランを実施した実績を日々の記録に残せるようになる。(ルーチンワークとして出来るようになる) ②記録をする事で職員が、よりケアプランの重要性を意識しながらケアにあたる事が出来る。	①カンファレンスで管理者から口頭指導。 ②どうやったら出来るようになるのか、カンファレンスの際話し合う。 ③現場でも啓発・実践を行う。 ④モニタリングの際に記録実績を確認する。	12ヶ月
2	1	2年越しの指摘事項のケア理念の作成によりやく着手しているが、まだ完成していない。(あともう少しで完成する)	①出来るだけ早い時期にケア理念を完成させる。 ②完成したケア理念を職員が確実に覚える。 ③カンファレンスやケアプランにケア理念が活かせる。	①骨子は出来ているので早急にまとめを行い、完成させる。 ②完成したら職員だけでなく利用者やご家族・外部の方の目に触れる場所に掲出し周知を図る。 ③カンファレンスでケア理念作成の経過や意味を報告し、ケア理念の意義について皆で考える。 ④職員がケア理念を暗唱できるまで覚えてもらう。	6ヶ月
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入して下さい。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加して下さい。