

### 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27年3月13日	評価結果市町村受理日	平成27年4月6日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度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	<a href="http://www.kaikokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_021_kan=true&amp;JigrosyoCd=0193600145-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=021">http://www.kaikokensaku.jp/01/index.php?action=kouhyou_detail_2014_021_kan=true&amp;JigrosyoCd=0193600145-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=021</a>
-------------	---

【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27年3月24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日々の暮らしの中で表出された気持ちを推し量って常に利用者のペースや意向を尊重し「利用者本位」の支援を心掛けている。</p> <p>②毎月、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いる。当事業所は事務局的功能を持ち、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指導を受け職員が調理を行い、同じ料理と一緒に食べるというこだわりがある。「食べる楽しみ」を支援する様々な工夫を行っている。その一つとしてバイキング形式の昼食を毎週開催している。</p> <p>⑤認知症理解啓蒙の為の活動に事業所として積極的に参加している。(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養成講座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>
--

【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>「小規模多機能ホーム 花縁すずらん館」は、苫小牧市西部の静かな新興住宅地に立地している。居間と食堂は吹き抜けになっており、開放感のある広々とした造りである。併設している共同住宅からの利用者が多く、家族や本人の意向に沿って、通いサービスや、24時間細やかな訪問サービスを行っている。外部評価は、ガイドブックを活用しながら全職員で取り組んでいる。理念について勉強会を行い、各利用者の介護計画も理念に沿って作成している。地域との交流に積極的に取り組み、地域のボランティアや高校生のインターンシップの受け入れを行っている。事業所行事には、高校生のチアリーダーが来訪してダンスを披露している。法人施設の保育園と毎月交流するなど、小さな子供達とふれ合う機会も多い。市役所と日頃から協力関係を築き、市の委託を受けて認知症カフェを開催したり、管理者がキャラバンメイトとして市の依頼を受けて講師を務めている。法人内の研修を計画的に行い、外部研修なども活用しながら職員の育成に取り組んでいる。職員の意見や提案を活かし、入浴方法の変更なども行っている。食事はバイキング形式として、畑で収穫した旬の野菜を取り入れながら楽しく出来るように工夫している。個別支援での外出も行っている。管理者を中心に全職員でその人らしい生活を支えている。</p>
---

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目№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
<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	3事業所共通の基本理念があり、支援の基本方針を示すものになっている。ケアに迷った時は常にそこに立ち振り返り照らし合わせている。ケア理念は、より具体的な内容として職員が目標とすべきもの、あるべき姿を目指すものになっている。どちらも館内玄関やかフェリスルームに掲示していつでも確認できるようにしている。	法人理念を基に、地域密着型サービスを意識した5項目の事業所独自のケア理念を作成している。年度初めに、理念について内部研修を行っている。モニタリング時に振り返りを行いながら、理念に沿って各利用者の介護計画を作成している。	
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	自治会に加入しており、各種行事への参加を推進している。年に数回、毎月ご家族に送付しているホーム便りを戸別回覧していただいている。また、自治会の総会にも出席しコミュニケーションを図っている。	地域のお祭りや「ふれあいサロン」に出かけている。七夕の時に「ろうそく出せ」で来訪した子供達に利用者がお菓子を渡したり、法人運営の保育園児と毎月交流している。定期的に傾聴ボランティアやマージャンボランティアなどが訪れている。	
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	事業所内にキャラバンメイトを2名擁し(法人内には計8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。毎月発行している広報紙に認知症ケアに関する記事を載せ町内に回覧している。また、介護実習生を積極的に受け入れている。		
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	行政、自治会代表、家族代表、包括支援センター職員などが参加し、年6回行っている。議題は利用者の状況や行事等の報告、防災対策や訓練の状況の報告、研修の案内などを主体とし外部評価の結果や目標達成計画も開示している。参加者から頂いた意見や要望はリーダー会議や職員会議の場で報告しサービスの向上に向けて取り組んでいる。	グループホームと合同で開催し、事業所報告や外部評価結果報告、災害対策他、会議のテーマについても参加者から意見を聴いている。全家族にテーマを入れた会議案内と議事録を送付しているが参加が少ないので、今後もテーマを工夫しながら家族の参加に繋げて行きたいと考えている。	
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情報交換を密に行い、日頃から良い関係を築いている。また、協議会の学習会の講師として協力いただいた実績がある。前年に引き続き昨年も認知症を啓蒙する活動「RUN伴」にも協力をお願いし、快く参加していただいた。	今年度は、市の委託事業で「認知症カフェ」を月1回開催している。また、市役所からの依頼で、管理者はキャラバンメイトとしてドラッグストア店長会で講師を務めている。書類の手続きなどで市役所を訪問し、情報交換しながら連携を深めている。	
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の指針」を作成し、各職員に周知するとともに玄関に掲示し家族や外部の方へ明示している。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ている。物理的な拘束だけでなく言葉による拘束も行わないようにケアカフレスの場でも指導、話し合いをしている。尚、玄関はオートロックになっているが要望があればいつでも開錠している。また利用者が容易に開けられる非常口等が数か所ある。	法人共通の「身体拘束廃止のための指針」を整備し、禁止の対象となる具体的な行為11項目も記載している。外部研修に全職員が参加したり、内部で事例検討会を行いながら禁止行為について学びを深めている。不適切な言葉かけについてカンファレンスで話し合い、その都度指導しながら言葉による拘束も行わないように取り組んでいる。	
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	概ね年1回内部研修を行って自分たちのケアが虐待にあたらぬか検討する機会を設けている。報道等から他所の実際の事象を把握し、都度職員に周知して、注意喚起を行っている。		

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
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、利用者には左記の契約者はいないが、過去に自立支援事業を利用していた履歴がある。必要性については管理者が職員からの情報をもとに判断している。一般の職員が制度について学ぶ機会は、なかなか無い。		
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	GHと合同の家族会を定期的で開催しており(職員は参加せず)意見が出せる機会を設けている。出された意見には即座に対応を検討し広報誌の中で回答したり、運営推進会議にも報告している。玄関には意見箱を設置し、いつでも意見を出せるようにしている。	家族の来訪時に状況を伝えながら、意向や要望を聴き取っている。管理者に直接伝える家族が多いため、カンファレンスなどで話し合いながら運営やケアに活かしている。今年度、職員の対応などについて家族アンケートを実施している。	家族の些細な意見や職員の気付きなどを個別に記録し、職員間で家族の思いを更に共有するよう期待したい。
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	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、管理者や施設長との個別ヒアリングを行う機会を設けている。	管理者は、年1回の個別面談の他、日頃から職員の話の聴いたり相談に乗っている。入浴方法について職員の意見を反映させ、支援方法を変更している。生活班、文化班などの係を各職員が担当して、運営に参加している。	
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	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、資格手当も充実しており、職員のやりがいに繋がっている。育児中の職員のために保育所を立ち上げたり、高校新卒者を多く採用して職員の育成に力を入れている。		
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	キャリアパス制度を提示し、それぞれのレベルに応じた研修を受講してもらっている。外部研修を受けた職員は研修報告書を提出し事業所内で伝達講習をしている。また年度の初めに内部研修の年間予定を組み毎月1回勉強会を開いて職員のスキルアップに努めている。内部研修には外部から講師を招くこともある。新人職員は採用時に個別のカリキュラムで研修を行い現場においても指導表に基づいて育成している。		
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	総合施設長が市内の同事業所間の協議会を立ち上げ(お互いのスキルアップを目的に掲げている)、当事業所が事務局を担って合同行事や合同学習会(グループワーク)を行い、職員同士の交流を図っている。		

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
<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	事前面談を行い、現在の生活を把握すると共に本人が抱えている問題やニーズ、要望を聞き取り、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	家族が抱えている問題やニーズ、要望を聞き取り、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。		
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	制度等の説明は当事者の理解が得られたかどうか確認しながら行っている。当事者や家族が持つニーズを確認し、それによっては他のサービスに繋げたり、他の事業所を紹介することもある。		
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	表出されている本人の思いを理解することに努め介護する職員が優位に立つことなく支援する姿勢を持ち、互いに感謝し支えあう関係作りに努めている。思いをうまく表出できない利用者に対しても生活歴や普段の会話から探り、ケアに反映している。		
19		○本人を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	家族の立場を理解し、常に協力する姿勢を持ち、利用者を共に支えていく関係作りに努めている。そのために常日頃からホームでの様子を詳しく伝えたり家族と過ごしているときの様子を聞き取りするように努めている。		
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	施設を利用するようになってからも今までの暮らしが継続できるように行きつけの美容室や友人関係を聞き取りしている。要望があれば友人が訪ねてきたときにも一緒に食事ができる用意がある。併設している共同住宅内でも馴染みの関係ができて利用者同士の近所づきあいが行われている。	美容室の送迎で、馴染みの店に行っている利用者もいる。長期で泊りサービスを利用している方は、自宅に帰ることが喜びになっている。高齢になり友人との交流は少なくなり、身内からの電話や来訪が多くなっている。	
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把握し良好な関係を保てるよう職員が調整役になっている。また、トラブルにも職員が調整役となり未然に防げるように職員間で対応を統一し注意深く見守りしている。		

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	契約が終了する際には、いつでも相談に応じる旨をお伝えしている。		
<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	各利用者の担当を決めセンター方式を用いてアセスメントを行い日々の会話から利用者の思いを推し量ったり直接希望等の聞き取りを行っておりケアプランにも反映している。表出が困難な利用者は家族と相談し常にご本人の気持ちを想像して決めている。	利用者が適切に表現できない時は、行動を見て意向を探りながら職員間で情報交換し、意向や思いを把握している。センター方式のアセスメントシートの一部を使い、6か月毎に更新して情報を共有している。	
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	利用の為に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。また、センター方式シートを活用したり家族の協力を得て情報を収集している。		
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	日々の記録はその日の様子が1頁に全て集約できるような独自のシートを使用しており利用者のその日の様子が把握しやすくなっている。		
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る等している。介護計画は評価や本人の状態を踏まえて随時検討、見直しを行っている。	介護計画を6か月毎に見直し作成している。毎月のケアプラン評価表を基に職員の意見を集約して原案を作成し、カンファレンスを経て計画を更新している。日々の介護記録は、計画目標を意識した記録が十分には行われていない。	介護計画の見直しに活かせるよう、介護記録に目標項目の番号を記載したり、サービス提供時の利用者の変化や課題などを記載することを期待したい。
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	記録は利用者ごとに個別に記入しファイルされている。利用者の言葉を書き留めるように努めることで情報を共有しやすくし評価や見直しに反映している。介護計画との対比が容易に行えるよう工夫してファイルしており、行ったケアに対応する項目を記録するように努めている。		
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ず、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	その日の利用者や家族の状況や要望に合わせて急な宿泊や通い、訪問にも柔軟に対応している。また、利用者の状態に応じて臨機応変にサービスを提供している。		
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	地域のコミセンがNPO法人委託になったのをきっかけにコミセンで行われる行事等への参加のお誘いが来るようになり利用しやすくなった。地域包括支援センター		
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	かかりつけ医は相談の上で決めており特に主治医の変更は勧めず希望する医療機関を選択していただいているが協力医療機関からの往診がある事をお伝えしているのが実際には変更される方が多い。医療機関の受診は原則家族同行となっているが不可能な時は職員が代行している。	長期で泊りサービスを利用している利用者は、協力医療機関の往診を月1回受けている。かかりつけ医などの受診は家族対応としており、必要に応じて書面で本人の状況を伝えている。受診後に家族から結果を聞き、「医療経過記録」に個別に受診状況を記録している。	

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
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	看護職が配置されており日常の健康管理や状態変化に応じた支援を行える。看護職がいない時でも利用者の些細な変化に職員が気づき看護職に報告する連絡体制が整っており迅速に適切な医療に繋ぐ事が出来る。		
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。	入院した際には家族の同意を得て利用者に関する情報を提供し、できるだけ早期に退院が出来るように入院中もたびたび利用者の状況を確認し医療機関との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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	利用開始時に「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。実際にその時がきたら再度説明して意向の確認を十分に話し合いをもって方針を決めている。	常時医療行為が必要になった場合は、対応が難しくなる旨を説明している。体調変化に応じて、その都度医師と家族、事業所で方針を話し合い、家族の希望に応じて事業所や在宅での看取りを行う意向を持っている。	
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	看護師が普通救命救急講習の講師の資格(応急手当普及員)を持ち、各職員に対して定期的に指導をしている。また、緊急時の対応はマニュアル化して整備している。		
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・津波想定等)を実施している。防災に関する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非常用の食糧や物品も備えている。火災の避難訓練には地域の方の参加も呼び掛けている。災害時の協力体制については自治会の役員に参加していただくように働きかけている。	共同住宅と合同で、消防署の協力の下、地域住民1名と近隣のグループホーム職員が参加して夜間想定火災避難訓練を1回実施している。夜間の火災と津波想定自主訓練も別に行っている。職員の救急救命訓練も、定期的実施している。	
<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さりげないケアを意識している。また、利用者の状態は日々変化するのでその時々々の場面に合わせた話し方、個々の利用者との関係性を踏まえた言葉づかい、言葉かけを行っている。	利用者の呼びかけは職員との関係性を考えながら、利用者が希望する呼び方をしている。記録類は離席する場合は閉じるようにし、申し送り時も本人に分からないよう注意して行っている。	
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	日常の中で些細なことでも自己決定する場面を多く作るよう心掛けている。その一つとして昨年から昼食にバイキング形式を取り入れた。認知症の方の特性を踏まえ自己決定しやすいような工夫をしている。		
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	年間の行事予定や基本的な生活のリズムはあるが、利用者のペースを尊重してそれぞれの日々の暮らし方を決めている。		
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	訪問理美容サービスを定期的に利用し散髪だけでなく髪染めやパーマにも対応していただいている。自己決定できない場合でも個々の好みや習慣を把握し、場に合わせたおしゃれをするよう支援している。訪問理美容サービスの協力を得てネイルアートやシャンプーサービスなど新たなおしゃれ支援も検討している。		

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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	個々の嗜好を把握して個別の対応を行っている。また、バイキング形式を取り入れることで更に食事を楽しめるよう工夫している。準備や片づけは個々の能力を見極めて支援しつつ行っている。夏季は利用者が育てた野菜と一緒に収穫し日々の食卓に添えることで一層楽しみが増している。	法人全体で共通の献立とし、週1回、バイキングの日を設けている。利用者は能力に応じて準備や後片付けを手伝っている。調理師である社長が行事の際に料理を振る舞うこともある。畑で採れたトマトやキュウリ、大根、ナスなども提供している。		
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	暮らしのアセスメントに日々の食量・分量を記録して把握している。状態や日々の変化に対しては個別に食事形態の変更をしたり視覚効果を用いて工夫を行っている。また個々のタイミングを尊重し食べたい時に食べられるような支援もしている。栄養や摂取量だけの優先でなく、個々の好みを把握して美味しく食べられる工夫に努めている。			
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って毎食後に口腔ケアをしている。「バタカラ体操」という口腔体操を毎日行い嚥下の予防や改善にも努めている。また外部の勉強会に参加したり保健所の出前研修会を利用して職員の知識や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	個別にアセスメントを行い、排泄のサインや時間帯を把握して、失敗が減るように支援している。認知度が低下してもトイレの場所が分かるようハード面も工夫している。オムツやパットは個々の排泄パターンを考慮しつつ、できるだけおむつ代の負担が減るように使い分けている。	必要に応じて暮らしのアセスメントシートに排泄状況を記録し、タイミングや様子を見ながら誘導している。誘導の際は羞恥心に配慮している。失禁や失敗が少なくなるように配慮しながら、日中はできる限りトイレでの排泄を支援している。		
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	様々な状態が便秘に起因することを常に職員に指導し個々の排便の状態を記録して把握に努める一方で毎日体操を行い、水分摂取にも配慮している。献立は野菜を多くし、果物や乳製品などを取り入れて予防にも努めている。			
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	入浴日や時間帯を定めず本人と相談して入浴出来るようにしていたが、全員が週2回以上の入浴ができていないことがわかり個別に予定を組んで取り組んだ。結果、入浴を嫌う利用者が明らかになり、現在様々な工夫を重ねて対策を検討している。	毎日午前午後とも入浴可能で、共同住宅の浴室も活用しながら、各利用者が週2回ずつ入浴できるようにしている。入浴剤を使ったり、希望があれば同性介助とするなどの対応をしている。		
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	基本は日中の活動を促し生活のリズムを整えつつ、その日の状態や個々の利用者の習慣に合わせて眠るタイミングや短時間の昼寝を取り入れている。全介助の利用者には眠るときの姿勢(ホジニング)に配慮し安眠が得られるように支援している。			
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	現在服用している薬を全職員が把握できるように薬の説明書を日々の記録とともにファイリングしている。症状が変化した時には看護職が薬との関連性も考慮して医師と連絡調整を行っている。			
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	個々の生活歴や聞き取りから楽しみごとや得意なことを把握しケアプランに位置付け、取り組みを行っている。			

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要望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。	日常的に周辺の住宅街を散歩したり、ガーデニングや畑づくり、ごみ捨てなどで外に出ている。スーパーや手芸店などへの個別の外出も支援している。年間行事では花見や小規模多機能が集まる運動会、紅葉狩り、文化祭、初詣などに出かけている。	
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	家族と相談のもと、個々の能力に応じて金銭を自分で管理出来るよう支援している。		
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	要望に応じて支援している。また、能力に応じて年賀状などを出すお手伝いをしている。		
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	共用の空間は木のぬくもりを活かした造りにこだわっている。玄関や壁にはカレンダーや飾り物をして生活感や季節感を出し、リビングは音や光、温度、湿度にも配慮して調節している。	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。壁に昔のレコードジャケットを飾ったり、廊下に利用者の作った貼り絵を掲示している。トイレや浴室も広く使いやすく整備され、手すりは寄りかかれるようなタイプのものが設置されている。	
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	リビングにはテーブルとソファを各3つ配置して気の合った利用者同士が過ごせるようにしている。併設の共同住宅の食堂や談話スペースも活用している。		
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	泊まりの部屋は備え付けの家具以外に各自が使い慣れた家具や生活用品、思い出の品や写真などが持ち込まれ居心地よく過ごせる空間づくりをしている。	泊りの部屋には備え付けのベッドやロッカー・タンスがあり、長期で泊りサービスを利用している利用者は、個別にテレビや小型のタンス、椅子、花、生活用品などを持ち込み、カレンダーや家族の写真なども飾っている。	
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	支える手すりの設置や階段のステップの色(赤)など要所要所に工夫されている。廊下や共用部分に支障となるものを置かず、車いすや歩行器でもスムーズに移動ができるよう配慮している。		



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 27年 4月 4日

市町村受理日：平成 27年 4月 6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	10	ご家族との連絡調整が、管理者だけとのやり取りになりがちであるため、個々の職員がご家族の些細な思いや意向に気づきにくい。	ご家族の思いをケアに反映しやすくするための土台作りをしていく。	・ご家族が話した内容を正確に書き留めておく。 ・その内容をカンファレンスで共有し、ケアに活かしていく。	12か月
2	26	カンファレンスでケアプランの実施状況を確認しているが、口頭での確認にとどまっており、介護記録には記載できていないためケアプランの目標を達成するためのケアが十分に行われているという根拠になるものがない。	ケアプランの目標を意識した記録ができるようになる。	・日々のケアの記録にケアプランに沿ったケアの番号を記入していく。 ・カンファレンスで話し合っって1か月単位でいくつかの項目番号を記載する習慣をつける。	12か月
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。