

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 | 29 |
| 法人名 | 財団法人 信貴山病院 |
| 事業所名 | はあとの杜 しぎさん |
| 所在地 | 奈良県生駒郡三郷町勢野北4-3-2 |
| 自己評価作成日 | 平成25年3月1日 |
| 評価結果市町村受理日 | |

※事業所の基本情報は、公表センターページで検索し、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.kohyo-nara.jp/kaigosip/Top.do>

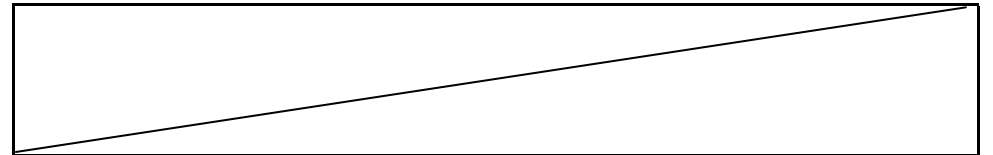
【評価機関概要(評価機関記入)】

| | |
|---------|--------------------|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人カリア |
| 所在地 | 大阪府泉佐野市泉ヶ丘四丁目4番33号 |
| 訪問調査日 | |
| 評価結果決定日 | |

【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)】

高齢による心身レベルの低下や認知症疾患による不活発な生活に陥らないよう、常に入居者様と深く関わっています。その上で生活力を奪わない支援はどうあるべきか、ご本人がどうありたいのか共に考えるケアを目指しています。
又、介護だけでなく医療関係者等との連携、ご家族様との協働など多様な関わりを、日々の生活の中に取り入れています。常に支援者がふりかえりの視点持ち続けるケアを目指しています

【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)】



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 | 項目 | 取り組みの成果 |
|----|--|----|---|
| 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) | 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) |
| 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) | 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) |
| 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) | 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) |
| 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) | 66 | 職員は、生き生きと働いている (参考項目:11,12) |
| 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) | 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 |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている (参考項目:30,31) | 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 |
| 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) | | |

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 | 入居者の言葉にならない思いを大切に管理者と職員は、日々考える支援を継続しています。 また、病院法人理念と、GHはあとの杜理念が相互作用し連携した運営を実践している | | |
| 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 | 地域において、毎年恒例の夏祭り参加においては、住民の方から温かい配慮をいただく。また障害者施設とのふれあい、町主催行事ではホーム側が休憩場として場の提供、近隣事業所との交流など、常にホーム以外の地域住民と気軽にふれあえるように取り組んでいる | | |
| 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 | ホームだよりを通して介護相談をうける事が多くなる。また退去された、ご家族からの紹介で近隣の住民へ認知症介護について話す機会が増える | | |
| 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 | ホームの近況報告だけでなく地域がもつ問題や参加している家族共通の悩みなど多様な意見交換の中で会議は進行している。それらをホームにおいてどのように取り入れるかは、これからの課題です | | |
| 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 | 管理者が在宅介護支援センター(委託)で在職していた経緯があり、役場・保健センター・社協と常に相談しやすい連携体制がある | | |
| 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 | 日中は常時開放で施錠なし夜間のみ施錠している 常時出て行かれる入居者に対しては、目が行き届かない時のみ記録の上でフロアの施錠を検討する | | |
| 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 | 普段の何気ないケアの中で見過ごされる事のないようにミーティングや申し送りにおいて抑制のないケアを実践している | | |

| 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 | 海外在住の家人様の要望から日常の金銭管理や書面管理について日常生活自立支援事業を利用する 社会福祉士会からの権利擁護情報を活用し全員の周知とする | | |
| 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、相談に関しては社会福祉士が対応し十分な説明のうえでご理解いただく | | |
| 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 | 月に一回の支払日には、家族様の窓口来所があります その際や3ヶ月ごとのプラン作成時に要望を聴き取ること 運営推進会議においても同様に機会を設けている | | |
| 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 | 管理者は、法人の会議に出席し職員の申し送り時、ミーティング時等において互いに話し合う機会をもつ | | |
| 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 | 職員全員で「お互いさま」の気持ちで柔軟に対応することで働きやすい環境を整えている | | |
| 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 | 法人内研修、外部研修の年間計画を作成し各職員が研修に参加できるシステムや個人での資格取得への学びができる環境がある | | |
| 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 | 町内の地域密着型事業所会議を立ち上げ福祉ネットワークづくりを通じ交流を深めている (1回/2ヶ月) | | |

| 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 | 初期の不安を解消し安心して過して頂く為に、関係事業者、家族様から細やかな情報提供を頂きアセスメントに生かし環境整備に努めている | | |
| 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 | 入居前から家族様の想いを聴き取り入居後も、報告・連絡・相談支援に努めている | | |
| 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 | 本人、家族様の要望とニーズの違いに気づきケアプランを共に検討する | | |
| 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 | 本人が感情を素直に出せ多少のわがままが受け入れられるように、日常生活の中で双方向に循環できる関係を築く | | |
| 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 | 家族様の想いを聴き取りながら入居後の新たな関係づくりに支援に努めている | | |
| 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 | 家族様の了解を得た上で、いつでも面会を頂く。また個別の地域外出支援の(買物・美容室・喫茶等)の支援を行う | | |
| 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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている | お互いが馴染みの関係性を保て互いに不快感を残さないように配慮し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 |
| 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 | 退所後の家族相談については近況をお聞きすると共に、一緒に話せる機会をもつ | | |
| 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 | 日々の暮らしの中で本人の希望を聴き取り実現できるように配慮する | | |
| 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 | 入居時に家族様から生活歴を提供いただけるよう協力頂き支援に生かす また本人からもお話の中でさり気なく聴き取る | | |
| 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 | 日々の状態観察を行い記録する中で変化のある入居は必ず申し送りを通じて職員全員が現状を把握する | | |
| 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 | 1回/3ヶ月のモニタリングではリーダー、担当職員を中心にケアカンファレンスを行ない介護支援専門員がケアプランを作成する | | |
| 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 | 全職員の多様な見方を大切にプランの柔軟な視点をもち見直しを図る | | |
| 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 | 家族の要望(外出、面会の対応)や本人の一日の過ごし方は、出来るだけ本人の意向を尊重し柔軟に対応する | | |

| 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 | 障害者就労支援事業(お弁当配食)との交流、社会福祉協議会の傾聴ボラ、法人のDC参加、社会福祉協議会の日常権利擁護事業など必要に応じた支援を柔軟に取り入れる | | |
| 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し、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 | 入居前のかかりつけ医、近医、法人の病院、訪問看護師等が連携し適切で迅速な医療対応を支援する | | |
| 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 | 毎水曜日に訪問看護師が健康確認に来所、介護職への相談指導や入居者の普段の状態の把握をし、緊急時の迅速な対応へ繋げている | | |
| 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。 | 入院時に至る心身の変化の状況をまとめた観察チェック表、お薬表、情報提供表(平常時の様子)を即時提供する。また早期に退院できるよう医療連携病院との情報交換や相談支援に努める | | |
| 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、事業所の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 | 日頃から家族様、本人から重度化において、どのような支援を望まれるか主治医を交えて相談支援に取り組んでいる | | |
| 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 | 主治医、法人施設長、管理者、訪問看護師、家族様に迅速に報告し対応できるよう緊急時マニュアルを作成し新任職員には指導する | | |
| 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 | 入居者参加も含め2回/年、消防訓練を実施する。その際に入居者リーダーをつくり、職員とともに緊急に避難できる訓練を行う | | |

| 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 | 人として大切に関することを基本に、家族了解の上で、その方に応じた言葉かけを行なっている 又職員の対応に不快な気付きを認める時は、職員同士で互いにふりかえり職員側の自己覚知に努める | | |
| 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 | 本人がどうしたいのか聴き取る努力を重ね、ご自身が選ぶことが出来る環境つくりを考える | | |
| 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 | 体調や気分、要望等を出来るだけ聴き取るつつ、その日の希望の妥協点をみつけ支援している | | |
| 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 | 衣類には、各自こだわりもあるが衛生面も検討の上で身だしなみを整え好きな洋服を選んでもらう 訪問美容では、その人の希望するメニューで利用頂く | | |
| 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 | 食事づくりは、職員がつくり入居者は一部分の参加である。しかし毎食、職員と共に食を楽しみ、食器洗浄等は入居者の役割分担としながら協同行なう | | |
| 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 | 健康チェック表を目安に、一日の食事量、水分量、食事バランスを検討し特に水分摂取には一日のトータルで観察している | | |
| 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 | 職員の毎食後の口腔ケア支援と、1回/週(水)の訪問歯科の受診を必要に応じて行っている | | |

| 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 | 排泄チェック表を作成し排泄パターンを見極め、無理強いせずに柔軟に声かけ誘導援助を行なう | | |
| 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 | 起き抜けの毎朝の野菜ジュースの習慣や食後のトイレ誘導 水分補給 繊維質の多い食事支援を行う また医師からの処方ある方には、その指示のもとに適宜便秘薬を調整をする | | |
| 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 | 3回/週 その方に応じた個浴の支援を行う 入浴拒否 長風呂 一番風呂の希望には、適宜配慮しつつ安全に入浴頂く | | |
| 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 | 居室の湿度、室温、季節に応じた環境を整え、個人個人の就寝サイクル(不眠、浅眠、早期就寝などの状況)を大切に、夜間は1時間に1回の巡回 また安眠を妨げない範囲でのトイレ誘導も行なう | | |
| 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 | 誤薬の無いよう服薬チェック(4回)し本人の名前を呼び本人にも錠剤の確認をねがう。服薬変更時は観察チェック表を立ち上げ観察し、体調に変化あれば早期に主治医へ報告する | | |
| 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 | 法人DC利用では個人個人が日中楽しめる活動に参加できるように支援 ホームでは、多少のわがまを大事にしながら暮らしの中に笑顔がこぼれる支援を目指します | | |
| 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。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 | 担当職員による入居者希望のもとでの無理のない外出 DCへの日々の歩行援助 周辺の散歩など体調に応じて柔軟に対応する | | |

| 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 | 母体売店への日用品の購入支援 外出時の買物支援を設定し支援しているが認知症の重度化により個々人のお小遣いを管理することが多い | | |
| 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 | 電話や家族からの贈り物の取り次ぎ制限は無い 手紙や暑中見舞い、年賀状作成は支援を行っている | | |
| 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 | 毎朝入居者と共に出来るところは掃除し 毎夜間帯の職員による清掃を行うことで衛生的にすごしている 混乱を招く非常口のガラス戸には錯視が起きないように工夫している また玄関 フロアーには季節が感じられるように、入居者職員協同の作品を展示している | | |
| 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 | フロアリビング 畳 ソファで各自が自由に過せるように配置を柔軟に変更する | | |
| 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 | 入居当初の持ち物にも混乱がでて、一晩で物が散乱します。清潔に過して頂くように掃除すると共に、好みのものは、大切に傍におき安心して過していただく工夫をする | | |
| 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 | 一人ひとりの行動を観察し、その意味を理解した上で環境を整え、出来ることを本人から取り上げない支援を目指している | | |