

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	1870400205		
法人名	株式会社 オアシス		
事業所名	グループホームおあしす そよかぜ		
所在地	福井県小浜市雲浜1丁目8-8		
自己評価作成日	平成25年 1月 5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閲覧してください。(このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成25年1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)】

個々の残存の能力を引き出し、それぞれに役割をもって生活出来る環境を提供したい。また願いや思いなどを出来る限り取り入れ、その日の入居者の状態に合わせ、散歩や買物へ行ったり、一緒に調理をするなど、住みやすく毎日を楽しく笑顔で過ごしてもらるように、お手伝いしている。

【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)】

当ホームはJR小浜駅から北東の若狭湾に面した住宅地の一角に立地しており、近隣にはショッピングセンターやスーパーがある。法人の理念に加えてホーム独自の理念を作成しており、職員は会議等で振り返りながら理念の実践に努めている。また、職員は利用者が自宅のようにホームで楽しく過ごせるよう利用者の状態に応じて散歩や買い物に出かけたり、一緒に調理をするなど支援している。さらに、利用者や家族の意向に沿ったケアの提供を意識し、介護計画に基づく支援ができてきているかを確認するため、記録方法を工夫するなど利用者本位で支援に取り組んでいる事業所である。

・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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、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+)- + (Enter+)-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
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	法人理念である「家族愛」に加え「おあしす」を頭文字に4つの標語的理念を作り玄関、スタッフルームに掲示し、会議時に実践できているかを話し合い意識を持って日々のケアに取り組んでいる。	法人の理念「家族愛」に加えホーム独自のわかりやすい理念を作成しており、玄関、スタッフルームに掲示するとともに会議時に実践状況を振り返るなど意識しながら支援している。	
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	入居者の重度化に伴い地域に出向く機会は減ってきているが、こちらが企画した行事には地域の方に声を掛け、時には参加してもらっている。	ホーム主催の夏祭りに住民の参加を得て太鼓を披露してもらうなど交流している。なお、買い物や散歩に出かける際に地域住民と話すことはあるが、利用者が重度化しており、地域に出向いた交流や地域住民の訪問は減少している。	地域との交流について、運営推進会議、職員会議など話し合ったり、地区の総会で協力を得るなど、地域との交流機会を増やすことを期待したい。
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	おあしすの広報の配布にて活動写真や状況を地域に伝えている。		
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	2ヶ月に1度の会議を通して家族からの要望や民生委員からの助言などをもらい、サービスの向上に活かしている。また有事の際に連携が取れる様話し合いも行っている。	運営推進会議は2か月毎に併設の小規模多機能居宅介護と合同で開催している。会議では小規模多機能居宅介護に対する意見が多く、ホームについての意見は少ない。なお、得られた意見は運営に反映するよう努めている。	運営推進会議でグループホームの運営状況を詳しく情報提供するとともに問題点や悩んでいることを提起するなど運営推進会議で活発な意見交換ができるような取り組みを期待したい。
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	入居者の支援についての相談や助言をもらい入居者が安心して生活を継続できるように取り組んでいる。	市担当者にホーム運営やケアについて相談し助言を得るなど連携している。	
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	玄関の施錠は日中はなるべく行わないようにし、外出願望の強い入居者には職員が同行している。また、ベットの柵が安全の為に必要とされる時には、家族の同意(希望)のもと行っている。	玄関の施錠も含め、職員は身体拘束の弊害について十分理解しており、玄関は可能な限り施錠しないようにしている。外出を希望する利用者には、職員が付き添って支援している。また、安全のためベットの柵が必要な場合は、家族の同意を得て設置している。	
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	ケース会議の中で話し合いを行う以外にも日頃の介護でも職員同士で意見交換を行い、知らず知らずに虐待になっていないか等、注意を払い防止に努めている。		

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
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	一部職員は研修で学んでいるが、実際に活用できておらず、知識も全職員が共有できていない。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	管理者または主任が主に契約、解約の業務を行っている。十分な時間を設け納得がいくまで説明に対する質問、同意をもらっている。		
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	利用者には、こちらからの話し掛けから意見、要望を聞いている。家族には面会時や電話などで相談を受け、早急に対応している。	日ごろから利用者に気軽に意見・要望を言ってもらえるよう促している。また、面会や電話できいた家族の意見は、記録し要望に応えるよう努めている。	職員の異動について、家族に対する十分な説明と対応を検討されたい。
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	毎月のホーム会議を中心に意見や提案を聞いている。	毎月の会議等で職員の意見や提案を聞き、運営に取り入れている。また、管理者は職員と話やすい関係づくりに努めている。	
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	職員1人1人の勤務状況を把握し、不平、不満等を取り除きやりがいを持って働けるよう努めている。		
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	積極的に研修へ参加し、それを他職員と共有することにより知識や意欲の向上を図っている。		
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	県認知症高齢者グループホーム協議会に登録、参加し情報交換の場となっている。また、研修に参加し他の事業所との交流となっている。		

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
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	見守りや対話を通じ本人の要望等を探り、また環境の変化により不安を感じないように、これまでの生活歴を考慮し、ホームの生活に馴染めるように支援している。		
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	入居前の面談で困った事や希望等を聞き取り、ホームでの生活の支援に活かしている。他にも面会時にも要望を聞き入れ関係をつなげている。		
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	家族からの要望や本人の希望を聞き取り計画作成担当者が中心となり全職員でカンファレンスを行った後、作成、サービス提供に努めている。		
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	本人のやる気や体調を重視しつつ洗濯物干しや配膳、下膳、掃除に時には調理等協力しあい行っている。		
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	困った事や問題がある場合には共に解決策を考えている。また喜ばしい事や嬉しい事などは、記録や写真に残し、面会時やお便りにて伝えるようにしている。		
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、友人、知人などいつでも面会に来られるようにしている。また、家族との関係が持てるように外出、外泊など促す場合もある。	家族や友人、知人などの面会はいつでも可能であり、面会の少ない利用者には、自宅付近の慣れた風景を見に行ったり、墓参りに行くなど馴染みの関係が継続できるよう支援している。	
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	利用者同士では孤立しがちになるが、職員が間に入り会話をしたり、時にはレクリエーションをし関わりあえるように努めている。		

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	現在までに継続的な関わりを必要としている利用者がいなかった為、行えていない。		
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	日常会話や行動、時には入居者同士の会話から個人の想いを聞き入れ意識して対応している。	利用者との会話や様子から思いや意向を汲み取るように心がけている。また、難聴の方には筆談やジェスチャーを使って意向を確認するように努めている。	
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	本人や家族、医療機関や他施設から情報を収集し把握に努めている。		
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	日々の介護記録、バイタル測定、申し送り簿等を活用し現状の把握に努めている。		
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	毎月のカンファレンス会議で全職員が話し合い、本人・家族の想いを重視して介護計画を計画作成担当者が作成している。	介護計画は、毎月のカンファレンスで本人・家族の想いを重視しながら全職員で話し合い、計画作成担当者が作成している。日々のケアが介護支援計画に沿っているか確認しやすいよう記載方法を工夫している。	
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	1日の様子や気づきを個別に介護記録に記入し、また申し送り簿も併用し情報を共有しながら実践に活かしている。		
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	居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、高齢者向け賃貸マンションが併設されており法人内の各部署で継続支援が行えるような体制になっている。		

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
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	地域の民生委員には運営推進委員のメンバーに入ってもらい、地域とのパイプ役として協力してもらっている。		
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	協力医を設け、月に一度往診に来てもらっているが、本人、家族の希望する医療機関を確認し受診できるようにしている。	本人と家族が希望する医師をかかりつけ医としている。かかりつけ医が協力医でない場合は担当職員が定期的を受診に付き添い情報を共有している。	
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	ホーム内には看護師はいないが、他部署の看護師と連絡をとり、相談、助言をもらう他、訪問看護師との連携もっており、週一回の健康チェックや相談、ターミナル時の対応なども行っている。		
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。	職員が見舞いに行く事で入院中の様子の把握を行い、退院前に担当医と今後の対応について話を聞くようにしている。		
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	重度化した場合や看取りについては、その都度家族、担当医、職員で話し合い検討する場を設けている。また家族の中には、利用者本人と意向を話し合っている場合もあり、必要に応じて支援している。	重度化や終末期のケアについて、家族や担当医、職員で話し合い、早期に本人や家族の意向を確認している。看取りのケアも主治医や訪問看護と連携しながら実践している。	
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	消防訓練の際に講習会を行い、対応の訓練を行っている。まだ参加出来ない職員もいる為今後も定期的に行っていきたい。		
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	消防署協力の下、避難訓練を行い全職員が意識を持ち対応できるように努めている。その他にも施設独自にも避難訓練を行っている。地域との協力体制も築いている。	年2回消防署の協力を得ながら避難訓練を実施しており、夜間想定で職員が自宅から駆け付ける訓練も実施している。	

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
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	言葉がけや対応には特に注意をはらい不適切な対応があった場合には職員間でも注意し合える様に努めている。	言葉がけや対応に十分注意しており、不適切な対応があった場合には職員間で注意し合うよう努めている。	
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	問いかげの仕方を工夫し、入居者の話にしっかりと耳を傾け本人の希望を訊けるように取り組んでいる。		
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	個人のペースで過ごしてもらえるように趣味や趣向品、または入浴時間や起床時間等も本人の希望を大切に支援している。		
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	外出時には、おしゃれな装いで出かけたり、馴染みの美容室等がある入居者には必要に応じて支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	現在は委託だが、月に数回その季節を感じれる物や、入居者の希望を献立に取り入れホーム内で調理し提供している。	昼食と夕食は外注で、利用者の誕生日など月に数回は利用者の希望を取り入れた食事を提供している。朝食と味噌汁はホームで作っており、利用者は材料の買い出しや調理、配膳などできることに関わっている。	
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	食事量をチェックし、把握に努めている。食事量が少ない方には、好みの代替品を提供している。水分は飲みたい時に飲める様にしている他、水分量が少ないと感じた方には時間を決め水分を補給してもらうようにしている。		
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	以前からの習慣で毎食後行わない方以外は、口腔ケアの促しと介助は毎食後行っている。		

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	排便回数や排尿時間をチェック表に記入し排泄パターンの把握に努め、なるべくトイレで排泄出来るようにしている。	排泄チェック表で排泄パターンを把握し、個々の排泄リズムに合わせてトイレで排泄できるよう支援している。また、職員は排泄の自立支援研修会に参加するなど排泄自立に向けた検討も実施している。	
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	乳製品やヤクルト等を提供している他に、担当医と相談し下剤を使用している。		
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	希望の順番や時間で入浴している。ゆったりと時間をとる様に心がけ、希望があればシャワー浴や足浴も行っている。	利用者の希望に応じて入浴回数や時間、順番を決めている。仲の良い利用者数名での入浴やシャワー浴にも対応するなど利用者の希望に可能な限り応じている。	
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	自らの意思で入床したり、起床時間も自ら決めてもらうようにしている。		
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	通院後に通院簿、カルテに記載し薬の変更等については、申し送り簿を活用し確実に申し送りを行っている。また、お薬手帳も管理している。		
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	役割を持ちたいと自ら洗濯物干しや配膳等手伝ってくれる。また自室に花を飾ったり、好きな人形を置いたり、気分転換等の支援もしている。		
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	個人の希望により散歩や買い物は常に出掛けている。また自宅へ外出できるように、家族に協力を依頼する場合もある。	入居者個別の希望に応じて外出を行っており、近隣の商店への買い物などの日常的な外出や花見、祭り、花火大会などのイベントにも出かけている。また、家族の協力を得て自宅への外出も実施している。	

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
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	個人で所持、管理している方もあり、欲しい物があるときには、自分で支払をされているが、以外の方は職員が所持、管理をしている入居者が多い。		
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	希望時に電話を掛けたり、家族や知人からの電話を取り次いだりしているが、一部の入居者に限られる。		
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	リビングの壁には入居者と一緒に行った季節感のある飾り等を置き、明るい雰囲気になっている。温度調節は入居者の希望を聞き細目に調節している。	共有空間には利用者の作品や季節感のあるものが掲示され、明るい雰囲気となっている。また、リビングからキッチンの調理状況がみえ、畳の間も設けられ家庭的で居心地のよい空間となっている。	
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	リビングがワンフロアになっている為、独りになりたい時には、自室に戻られている。ソファや和室があるが、車椅子の方が多く、テーブルの所に集まる事が多い。		
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	家族との写真や、孫からのプレゼントを飾ったり、馴染みの家具を使用したりし工夫している。	居室は入居者の馴染みの家具などが持ち込まれ、家族の写真が飾られるなど利用者の個性が表れた居心地良い空間となっている。	
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」「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	ホーム内は各所に手すりが設置しており、バリアフリーになっている。		

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	1870400205		
法人名	株式会社 オアシス		
事業所名	グループホームおあしす せせらぎ		
所在地	福井県小浜市雲浜1丁目8-8		
自己評価作成日	平成25年 1月 5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閲覧してください。(このURLをクリック)

基本情報リンク先	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会		
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号		
訪問調査日	平成25年1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)】

個々の残存の能力を引き出し、それぞれに役割をもって生活出来る環境を提供したい。また願いや思いなどを出来る限り取り入れ、その日の入居者の状態に合わせ、散歩や買物へ行ったり、一緒に調理をするなど、住みやすく毎日を楽しみ笑顔で過ごしてもらるように、お手伝いしている。
--

【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)】

「そよかぜ」記載のとおり

・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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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+-) + (Enter+-)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
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	法人理念である「家族愛」に加え“おあしす”を頭文字に4つの標語的理念を作り玄関、スタッフルームに掲示し、会議時に実践できているかを話し合い意識を持って日々のケアに取り組んでいる。	以降「そよかぜ」記載のとおり	
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	入居者の重度化に伴い地域に出向く機会は減ってきているが、こちらが企画した行事には地域の方に声を掛け、時には参加してもらっている。		
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	おあしすの広報の配布にて活動写真や状況を地域に伝えている。		
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	2ヶ月に1度の会議を通して家族からの要望や民生委員からの助言などをもらい、サービスの向上に活かしている。また有事の際に連携が取れる様話し合いも行っている。		
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	入居者の支援についての相談や助言をもらい入居者が安心して生活を継続できるように取り組んでいる。		
6	(5)	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「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	玄関の施錠は日中はなるべく行わないようにし、外出願望の強い入居者には職員が同行している。また、ベットの柵が安全の為に必要とされる時には、家族の同意(希望)のもと行っている。		
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されることがないように注意を払い、防止に努めている	ケース会議の中で話し合いを行う以外にも日頃の介護でも職員同士で意見交換を行い、知らず知らずに虐待になっていないか等、注意を払い防止に努めている。		

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
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	一部職員は研修で学んでいるが、実際に活用できておらず、知識も全職員が共有できていない。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	管理者または主任が主に契約、解約の業務を行っている。十分な時間を設け納得がいくまで説明に対する質問、同意をもらっている。		
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	利用者には、こちらからの話し掛けから意見、要望を聞いている。家族には面会時や電話などで相談を受け、早急に対応している。		
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	毎月のホーム会議を中心に意見や提案を聞いている。		
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	職員1人1人の勤務状況を把握し、不平、不満等を取り除きやりがいを持って働けるよう努めている。		
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	積極的に研修へ参加し、それを他職員と共有することにより知識や意欲の向上を図っている。		
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	県認知症高齢者グループホーム協議会に登録、参加し情報交換の場となっている。また、研修に参加し他の事業所との交流となっている。		

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
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	見守りや対話を通じ本人の要望等を探り、また環境の変化により不安を感じないように、これまでの生活歴を考慮し、ホームの生活に馴染めるように支援している。		
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	入居前の面談で困った事や希望等を聞き取り、ホームでの生活の支援に活かしている。他にも面会時にも要望を聞き入れ関係をつなげている。		
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	家族からの要望や本人の希望を聞き取り計画作成担当者が中心となり全職員でカンファレンスを行った後、作成、サービス提供に努めている。		
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	本人のやる気や体調を重視しつつ洗濯物干しや配膳、下膳、掃除に時には調理等協力しあい行っている。		
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	困った事や問題がある場合には共に解決策を考えている。また喜ばしい事や嬉しい事などは、記録や写真に残し、面会時やお便りにて伝えるようにしている。		
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、友人、知人などいつでも面会に来られるようにしている。また、家族との関係が持てるように外出、外泊など促す場合もある。		
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	利用者同士では孤立しがちになるが、職員が間に入り会話をしたり、時にはレクリエーションをし関わりあえるように努めている。		

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	現在までに継続的な関わりを必要としている利用者がいなかった為、行えていない。		
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	日常会話や行動、時には入居者同士の会話から個人の想いを聞き入れ意識して対応している。		
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	本人や家族、医療機関や他施設から情報を収集し把握に努めている。		
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	日々の介護記録、バイタル測定、申し送り簿等を活用し現状の把握に努めている。		
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	毎月のカンファレンス会議で全職員が話し合い、本人・家族の想いを重視して介護計画を計画作成担当者が作成している。		
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	1日の様子や気づきを個別に介護記録に記入し、また申し送り簿も併用し情報を共有しながら実践に活かしている。		
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	居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、高齢者向け賃貸マンションが併設されており法人内の各部署で継続支援が行えるような体制になっている。		

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
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	地域の民生委員には運営推進委員のメンバーに入ってもらい、地域とのパイプ役として協力してもらっている。		
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	協力医を設け、月に一度往診に来てもらっているが、本人、家族の希望する医療機関を確認し受診できるようにしている。		
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	ホーム内には看護師はいないが、他部署の看護師と連絡を取り、相談、助言をもらう他、訪問看護師との連携もとっており、週一回の健康チェックや相談、ターミナル時の対応なども行っている。		
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。	職員が見舞いに行く事で入院中の様子の把握を行い、退院前に担当医と今後の対応について話を聞くようにしている。		
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	重度化した場合や看取りについては、その都度家族、担当医、職員で話し合い検討する場を設けている。また家族の中には、利用者本人と意向を話し合っている場合もあり、必要に応じて支援している。		
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	消防訓練の際に講習会を行い、対応の訓練を行っている。まだ参加出来ない職員もいる為今後も定期的に行っていきたい。		
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	消防署協力の下、避難訓練を行い全職員が意識を持ち対応できるように努めている。その他にも施設独自にも避難訓練を行っている。地域との協力体制も築いている。		

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
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	言葉がけや対応には特に注意をはらい不適切な対応があった場合には職員間でも注意し合える様に努めている。		
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	問いかげの仕方を工夫し、入居者の話にしっかりと耳を傾け本人の希望を訊けるように取り組んでいる。		
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	個人のペースで過ごしてもらえるように趣味や趣向品、または入浴時間や起床時間等も本人の希望を大切に支援している。		
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	外出時には、おしゃれな装いで出かけたり、馴染みの美容室等がある入居者には必要に応じて支援している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	現在は委託だが、月に数回その季節を感じれる物や、入居者の希望を献立に取り入れホーム内で調理し提供している。		
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	食事量をチェックし、把握に努めている。食事量が少ない方には、好みの代替品を提供している。水分は飲みたい時に飲める様にしている他、水分量が少ないと感じた方には時間を決め水分を補給してもらうようにしている。		
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	以前からの習慣で毎食後行わない方以外は、口腔ケアの促しと介助は毎食後行っている。		

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	排便回数や排尿時間をチェック表に記入し排泄パターンの把握に努め、なるべくトイレで排泄出来るようにしている。		
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	乳製品やヤクルト等を提供している他に、担当医と相談し下剤を使用している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	希望の順番や時間で入浴している。ゆったりと時間をとる様に心がけ、希望があればシャワー浴や足浴も行っている。		
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	自らの意思で入床したり、起床時間も自ら決めてもらうようにしている。		
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	通院後に通院簿、カルテに記載し薬の変更等については、申し送り簿を活用し確実に申し送りを行っている。また、お薬手帳も管理している。		
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	役割を持ちたいと自ら洗濯物干しや配膳等手伝ってくれる。また自室に花を飾ったり、好きな人形を置いたり、気分転換等の支援もしている。		
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	個人の希望により散歩や買い物は常に出掛けている。また自宅へ外出できるように、家族に協力を依頼する場合もある。		

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	個人で所持、管理している方もあり、欲しい物があるときには、自分で支払をされているが、以外の方は職員が所持、管理をしている入居者が多い。		
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	希望時に電話を掛けたり、家族や知人からの電話を取り次いだりしているが、一部の入居者に限られる。		
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	リビングの壁には入居者と一緒に行った季節感のある飾り等を置き、明るい雰囲気になっている。温度調節は入居者の希望を聞き細目に調節している。		
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	リビングがワンフロアになっている為、独りになりたい時には、自室に戻られている。ソファや和室があるが、車椅子の方が多く、テーブルの所に集まる事が多い。		
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	家族との写真や、孫からのプレゼントを飾ったり、馴染みの家具を使用したりし工夫している。		
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	ホーム内は各所に手すりが設置しており、バリアフリーになっている。		