

### 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	2070500448		
法人名	宗教法人 天理教市丸分教会		
事業所名	グループホーム陽気		
所在地	飯田市鼎下山270-1		
自己評価作成日	平成26年8月1日	評価結果市町村受理日	平成27年3月6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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成26年11月19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)】

ひとつの家族で生活しているような環境づくりと、介護者と入居者一人ひとりの関わる時間を多くとり、入居者の信頼を得る。
---

【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)】

玄関からして普通の戸建ての家に入っていきという建物で、庭にはバラを主とした四季折々の花が咲きオープンガーデンとなっていて近所の人を訪れるので、庭に出た利用者との交流の場となっている。天理教の教えである家族団欒の陽気ぐらしが出来るよう、一つの家族で生活しているような環境を作ろうとしており、管理者や職員は一人ひとりと関わる時間を多くとり優しい言葉がけを意識してケアに取り組んでいる。避難訓練では自力歩行できる人も車いすの人も全員の移動をやってみるなど、個々に対応した訓練を行い体制を整える努力をしている。
---

・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

ユニット名( )			
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 該当する項目に印
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)	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)
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)	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、活き活きと働けている (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)		

# 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
<b>理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>毎日、職員会議を開く中で、月、木には運営理念について読み合わせ、共有に努めている。</p>	<p>天理教の教えである陽気ぐらしを目指し、職員会で理念を読み合せ確認しながら、優しい言葉かけを意識して実践につなげようとしている。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>法人が、以前から地域の中にあり、地域の役職も努めている。</p>	<p>地域の組合にはもともと入っており地域とのつながりは以前からある。オープンガーデンで地域の人が訪れるので、利用者も外に出て交流している。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>介護全般について、地域の人々に相談にのっている。</p>	/	
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>会議メンバーの方々から良い意見を頂いている。</p>	<p>包括支援センターや地区住民の代表、家族の代表などが参加し定期的を開催している。委員から、地区の一人暮らしの人を招いたらどうかという意見が出され、利用者との交流が出来ることから現在計画中である。</p>	
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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取り組んでいる</p>	<p>事業所連絡会等にも出席して、情報を取り入れている。</p>	<p>毎月の連絡会には出席し、何かの時には介護高齢課に相談している。包括支援センターとは入居に関して相談したり、ホームの様子を折々に伝え関係を築くようしている。</p>	

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
6	(5)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>代表者および全ての職員が「介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</p>	職員会議で話し合い身体拘束にならないように努めている。	玄関に施錠はない。管理者や職員は禁止の対象となる行為について読み合せ確認しながら、優しい言葉使いを心掛けケアしている。	禁止の対象となる行為について確認しているが、重度化に伴うリスクも考え、具体的な事例を通しての気づきのための学習会を継続して行い、より質の高いケアに取り組むことを期待したい。
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	職員会議で話し合い、虐待防止に努めている。		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	年に一度、権利擁護に関する、学ぶ機会を持ち活用できるよう努めている。		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	入所申し込み時や、契約時によく説明をしている。		
10	(6)	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	利用家族の訪問時等で、よく意見を聞いて、運営推進委員会等で反映させている。	毎月家族にお便りを出し利用者の状況を伝えるようにしており、面会などで来訪される折にはいつも意見を聞くようにしている。	
11	(7)	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	毎日の職員会等で、意見などを出して頂いている。	毎日の職員会で話し合っており、管理者は職員から意見を聞くように努めている。職員から利用者を外に連れ出したいなど提案があれば実行する様にしている。	

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
12		<b>就業環境の整備</b> 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	特に、女性の就業者には、働きやすい時間帯など工夫している。		
13		<b>職員を育てる取り組み</b> 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	勤務シフトによって、あまり余裕がないが、個別で研修勉強をして頂いている。		
14		<b>同業者との交流を通じた向上</b> 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	飯伊地区グループホームの集いに参加して、勉強会をしている。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
15		<b>初期に築く本人との信頼関係</b> 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	自宅訪問等を通して、本人の安心確保に努めている。		
16		<b>初期に築く家族等との信頼関係</b> 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	よく話を聞いて、信頼関係作りに努めている。		
17		<b>初期対応の見極めと支援</b> 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	自宅訪問を通して、介護サービスについて、よく説明している。		

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
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	入居者、介護者、運営者の3者が、平等の立場で協力し合って生活している。		
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	家族には月一度の来訪を促し、入居者支援をお願いしている。		
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う、支援に努めている	いつでも、知人友人の来訪を歓迎している。	来訪はいつでも歓迎しており、職員が部屋でお茶を出すなどして迎えている。連休を利用して訪れる家族もいる。家族がお墓参りに連れていくこともある。	
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	互いの部屋を来訪する等して、入居者同士で話しをしている		
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	いつでも相談にのっている。		
<b>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	入所前の家庭訪問で本人の意向を把握し、ホームでの生活に活かしている。	利用者とはゆっくり話す時間は取れる。利用者の言葉は、職員間で伝え合い会議録には記入する様にしている。	意向は利用者から言葉として出てこないことも多いと思うが、利用者や家族からふと出された言葉等、誰が見てもわかるように書き留めるようにして、意向の把握について工夫されることを期待したい。

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
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	一人ひとりの生活歴を良く聞いて、入居後の生活に役立てている。		
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	管理者夫妻が住み込んでいるので、入居者の様子が把握できている。		
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	職員会議などでよく話し合っている。	利用者の気づいたことについては毎日の職員会で話し合い、介護計画に活かすようにしている。家族にはお便りで様子を知らせており意向をくんでいる。	利用者の日々の様子などを誰が見ても分かるよう見やすい形で記録し、把握した意向について具体的にモニタリングし、現状に即した介護計画作りにつなげ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	日々の記録を見て役立てている。		
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	家族の希望や、本人の言葉によく耳を傾けている。		
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	中学生の福祉体験や、音楽のボランティア等を受け入れ、暮らしを楽しむよう、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
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	かかりつけ医に月2回往診して頂き、常日頃の健康管理にアドバイスを頂いている。	全員が近くの医師をかかりつけ医とし出向くことはなく、月2回の往診や電話で常に連絡を取りアドバイスをもらい、適切な医療を受けられるようにしている。歯科は近くの医院へ、眼科も職員が連れて行っている。	
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	ケアマネージャーが看護師なので、適切な対応が出来てありがたい。		
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。	かかりつけ医によって入院等も早めに出てきている。		
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	時に応じて、家族と相談し、かかりつけ医のアドバイスを受けることが出来、安心です。	今迄に5～6人を看取った。看取りについて特に職員の研修はないが、常にかかりつけ医と連絡を取り、アドバイスを受けながら利用者の状況を見ている。	
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	看護師とかかりつけ医の協力で対応している。		
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	年に数回避難訓練を行い、地域の方々にも協力して頂いている。	運営推進委員さんと訓練を行っており、避難経路も決まっている。二階建てでもありベランダへ避難するなど、消防署のアドバイスも受けている。車いすの人、歩ける人など個々にどのように避難するか全員の移動を訓練した。	

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
<b>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	介護職員の接遇マナーの読み合わせをして対応している。	一人ひとりを尊重するという思いで、接遇マナーの読み合わせをしながら、言葉かけなど工夫している。	
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	本人の意向を良く聞くようにしている。		
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	共同生活の良さを活かして。		
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	理、美容など、清潔を保つよう心がけている。		
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	食材準備を出来る人から手伝って頂いている。	高齢でもあり一緒に料理をすることはほとんどないが、ジャガイモの皮むきなど出来る人はやっている。おはぎなど季節の料理は、食べやすく工夫して出されており喜ばれている。	
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	献立など、工夫し、水分摂取量に気をつけてる。		



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
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	看護師を中心に清潔保持に努めている。		
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	その人に応じた自立支援に努めている。	トイレでの排泄を基本とし、利用者の様子を見ながら声をかけ誘導している。自分でトイレに行く人もいる。オムツをしている利用者はいない。	
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	かかりつけ医の指示や飲食物の工夫をしている。		
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	入浴日を決めてはいるが、体調により、本人に合わせてもいます。	入浴日は決まっているが、入浴剤や季節にはゆず湯などで入浴を楽しんでいる。重度の利用者は二人で介助している。	
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	個室なので、気持ちよく眠れるようになっている。		
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	看護師が中心になって、服薬支援をしている。		

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
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	個々の入居者に合わせて楽しめるよう、歌やレクリエーションなど工夫している。		
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	天気の良いときの散歩などしているが、ホームの周りが多い。	天気の良い日にはなるべく外に出るようにしている。重度の利用者には職員が車いすを押して近所を散策することもあるが、利用者は庭に出て花々を眺めて過ごすことが多い。	
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	認知症が進んで、普段お金を所持できないが、買い物等には行きたいと思っている。		
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	認知症が進んで自らが出来ないが、手紙などは読み聞かせをしている。		
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	清潔な共同空間になるよう、日々心がけている。	玄関や廊下、台所など普通の家庭に暮らしているような空間があり、そこからは四季折々に咲く花が眺められ落ち着いた場所となっている。日常的に利用者同士がつるげる場があると尚よい。	
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	自由に部屋来訪も出来るように見守っている。		

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
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	入居者の部屋には、自分の物を持ち込み安心して居住している。	使っていたタンスやテレビなどを持ち込み、家族の写真や手作りの作品を置き自分らしい部屋を作り、思い思いに自由に過ごしている。	
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	認知症が進んで、なかなか難しくなってきたが、一人ひとりを良く見守っている。		

## 目標達成計画

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	5	身体拘束をしないケアの実践。	禁止対象となる行為について確認しているが、一歩進めて、重度化に伴うリスクを考え、具体的な事例についても学習し質を高める。	既に介護4以上の入居者の方への重度化に伴うリスクについて話し合い、具体的に学習をする。	6ヶ月
2	9	思いや意向の把握。	利用者や家族からの思いや意向をしっかり把握しホームの生活に活かしていく。	利用者から出る日常生活の言葉に気を付け、書き留め後日参考にする。また、家族からの話しを記録し、思いや意向を把握してホームでの生活に活かす。	6ヶ月
3	10	チームで作る介護計画とモニタリング。	利用者や家族からの思いを介護計画作りに活用する。	利用者や家族の思いや意向を把握して、介護者全員参加の上、介護計画を作成し分かりやすい計画を作成する。	6ヶ月
4					
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。