

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	1290100039		
法人名	スターツケアサービス株式会社		
事業所名	グループホームきらら都町(1階)		
所在地	千葉県千葉市中央区都町1212-4		
自己評価作成日	平成30年 1月 6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	http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社アミュレット
所在地	東京都中央区銀座5-6-12みゆきビルbizcube7階
訪問調査日	平成30年3月16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)】

ご利用者がグループホームきらら都町で、明るく・健康で・心豊かに・その人らしく生活できる家庭的な生活の場を提供し、その生活が継続していけるように支援していきます。地域社会の一員として、ご家族の方・地域の方々との交流を大切にしていきます。

【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)】

利用者がホーム内で楽しく、生活が送れるようにホーム内外の行事の充実化に向け職員が一丸となり取り組んでいます。普段とは違う雰囲気ですぐに食事が楽しめるように、ラーメン屋や寿司屋の訪問を受けホーム内でプロの味を楽しんだり、レストランへの外食なども取り入れ食事の楽しみにつなげています。また年2回家族会を開催し家族との交流を深め、踊りボランティアや高校のコーラス部の合唱なども取り入れ家族会の充実化にも努めています。また、今年度は地域向けセミナーとして認知症サポーター養成講座や口腔ケア・服薬セミナーも開催し、ホームの専門性を地域に還元する取り組みも実施しています。

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 利用者や職員が、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、生き活きと働いている (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	毎日、朝礼の時に企業理念、運営理念を唱和し職員で共有しています。	会社の企業理念、運営理念を事務所内に掲示しているほか、毎朝の朝礼で唱和し理解を深めています。また、事業所のスローガンについても年間事業計画書に明示し、職員全体で共有できるように努めています。	
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	食材の購入に近隣の量販店へ職員とご利用者で買い物に出かけてます。町内会との交流は年に数回はありますがその他との交流はおこなえていない状況です。	地域の夏祭りへの参加や小学校で開催された敬老のお祝いの行事に招待を受けたり、踊りのボランティアや高校のコーラス部の受け入れなどにより地域との交流を進めています。ホームとしても地域向けに認知症サポーター養成講座や口腔ケアセミナーを開催しています。	
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	運営推進会議などを通じてご利用者ご家族へ報告させていただいています。		
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	運営推進会議を奇数月に開催しております。ご家族などとの情報交換、意見交換をおこなっております。	会議には地域包括支援センター、家族代表者の参加を受け2ヶ月に一度定期的に開催しています。会議では利用者の状況や行事の取り組みの報告、参加者からも意見や要望等を確認しサービス向上に繋げていけるように努めています。	今後に向けては、地域住民の代表者などの参加も受け、より多くの意見を収集しサービス向上に繋げられるように取り組むことを期待します。
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	運営上の疑問点などが生じた場合は介護保険課や包括センターへ相談をしております。GH連絡会への加入はしていますが会合などへの参加はおこなえておりません。	運営上、相談事などが生じた際には市の担当課に連絡を入れ指示を仰ぐようにしています。ホーム側からの相談事には丁寧な回答を受けることができ、互いに協力関係を築き運営を進めています。	
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	年に1回、職員に対して研修をおこなっております。	身体拘束をしないケアの実践に向け、毎月実施しているホーム内研修の中で虐待防止(身体拘束廃止を含む)をテーマにした研修を実施し、職員の理解を深めています。現状ホーム内では身体拘束につながる事例は発生していません。	
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	年1回職員に対して研修を行っております。入浴の時などご利用者の身体状況の確認を職員がおこなっております。		

グループホームきらら都町(1階)

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	職員に対して研修の機会を設けていきます。		
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	契約時にお客様、ご家族に対して契約内容、重要事項を説明し、契約をおこなっております。不明な点があるときはその都度ご説明させていただいております。		
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	運営推進会議の時にご利用者、ご家族のご意見、ご要望を聞く機会を設けております。	家族からの意見や要望等については面会に訪れた際やケアプランの説明の際に確認し、日々の支援等に反映できるように努めています。利用者本人からの意向や要望は日常会話から収集し、日々の支援に反映できるように努めています。	
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	施設内会議などでおこなっております。「社長ダイレクトポスト」「心のホットライン」「ケア安心ダイヤル」などの職員の意見や提案、相談できるシステムがあります。	ホーム長は日常的に職員に声をかけ、職員からの意見や提案を収集しています。業務や支援の見直しについては毎月のユニット会議の中で職員の意見を確認し必要に応じて見直しを行っています。	
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	考課制度、目標管理シートの導入をおこなっております。職員が向上心を持って働けるようなシステムを整備しております。		
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	社内研修は入社以降、本部にて継続的におこなわれております。社外研修への受講もおこなっております。		
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	GH連絡会への加入はしていますが会合などへの参加はおこなえておりません。		

グループホームきらら都町(1階)

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	契約、入居前にご面談おこないながら、コミュニケーションを図っております。お客様の要望などを傾聴して可能な限り対応しております。		
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	契約、入居前にご面談おこないながら、コミュニケーションを図っております。ご家族様の要望などをお聞きして可能な限り対応しております。		
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	お客様、ご家族様の要望などを検討してその人のあったサービスを提供しております。		
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	食材の購入、調理、施設内の清掃などお客様と職員が共にこなっております。		
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	行事への参加などをご案内して、ご家族が施設へ来やすい環境づくりをおこなっております。		
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	入居時にご家族に確認をして、ご家族以外の友人、知人の方の来訪も受け入れております。	馴染みの人や場所との関係が途切れないような支援では、利用者が以前住んでいた場所までドライブに出かけたり、その周辺で外食を楽しむなど、馴染みの場所との関係が途切れないように努めています。	
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	ご利用者同士で関わりを持てるようにフロアでレクリエーションなどをおこない、皆様と一緒に過ごせる時間を設けております。		

グループホームきらら都町(1階)

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	サービスが終了した後も、地域の相談窓口としての関わりが持てる場所であるように努めてまいります。		
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	ご利用者の日頃の言動も把握するようにしております。ご利用者やご家族の希望や意向を伺うようにしております。	利用者の思いや意向については日常会話からの収集のほか、ケアプランの作成および更新時に実施するアセスメントにおいて確認しています。抽出した意見や要望、課題等はケアプランに反映し日々の支援に反映できるように努めています。	
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	契約、入居前に面談をおこない状況を確認しております。前任の担当の方からも情報をいただくようにしております。		
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	食事、水分摂取や排泄、健康状態などの日常生活の把握に努めております。状況の変化に応じて、お客様一人ひとり対応させていただいております。		
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	日々の申し送り、ユニット会議などの職員情報や意見などを基に作成に努めております。	ケアプランの作成および更新時にはユニット会議の中で担当者会議を開催し、職員からの意見のほか、利用者本人や家族、主治医の意見も総合的に踏まえてケアプランを作成しています。ケアプランに掲げた目標は毎月のモニタリングで利用者の満足度を確認しています。	
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	介護記録、週間経過表、焦点情報を用いて情報交換をおこない業務をおこなっております。		
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	ご利用者、ご家族のご要望にできる限りご対応できるように努めております。		

グループホームきらら都町(1階)

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	年に数回、ボランティアの方に来ていただいております。家族会などイベントのときのご協力していただいております。		
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	かかりつけ医に関しましては、お客様、ご家族の希望を優先しております。ご家族が通院対応できないときは職員で対応しております。	ホーム協力医療機関の主治医による月2回の往診のほか、訪問看護とも連携を図り、利用者の健康管理を行っています。また、必要に応じて精神科医の往診や訪問歯科を利用できる体制も築き、必要な医療を受けられる体制を築いています。	
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	提携医療機関の看護職とは、日常的に協働しております。アドバイスを受けやすいように連携を図っております。		
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。	地域の病院へは営業で訪問しています。相談員の方との関係作りをおこなっていきます。入院時には連携が図れるように努めてまいります。		
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	入居時にご家族様と終末期の際のケアや希望を話し合っています。	重度化した場合や終末期のあり方については契約時に「重度化した場合の対応に関わる指針」を説明し「医療連携体制加算同意書」を交わしています。ホームでは主治医、訪問看護、家族等と連携し、終末期ケアまで対応する体制としています。	
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	施設のマニュアルを用いて研修をおこなっています。入居されているご利用者の身体状況に応じた予測できる緊急対応をリーダーと職員で話し合いをおこなっています。		
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	避難経路や地震の際の誘導方法は避難訓練やミーティングの際に確認しています。地域との協力体制を築けるようにしていきたいと思っております。	平成29年9月に夜間帯の火災を想定した避難訓練を実施しています。災害に備え、水やアルファ米などの備蓄品を保管しているほか、地震や風水害時の対応についても「災害マニュアル」に明記しています。	今後に向けては年間2回(消防署の立会いも含む)計画に基づいて定期的に消防訓練を実施することが望まれます。

グループホームきらら都町(1階)

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	ご利用者への言葉掛けの指摘はリーダーや管理者から都度おこなっています。排泄時や入浴時のプライバシーの配慮もおこなうようにしています。	毎月のユニットミーティングのほか、日常的にも職員の間での言動や行動等を振り返り、利用者に対して適切な対応が図れるように努めています。居室への出入りやトイレ使用の際にはドアを閉めるなどの配慮も行うようにしています。	
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	買い物中や日々の生活の中でご利用者に選択して頂ける様な対応をしています。またご利用者の食べたい食事等を反映した献立作成もしております。		
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	入居後からご利用者の様子を見てご本人の生活リズムに合わせた支援をおこなうようにしています。		
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	ご利用者の好きな洋服を選択して頂いたり、入浴後ご本人で整容できるように支援しています。		
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	一人一人の嗜好を考慮して献立を作成しています。お客様のADLに合わせた家事活動の促しをおこない調理しています。	各ユニットの献立係を中心に利用者の意向も反映し食事メニューを決めています。食材の買い物や食事の準備、後片付けなど利用者も関り、準備や後片付けを進めています。ラーメン屋や寿司屋の訪問を受けたり、レストランへの外食を通じて食事の楽しみにつなげています。	
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	週間経過表等で水分量や食事量を把握できています。また必要に応じて水分の促しを実施できています。		
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	自立支援を促していますがお客様の身体状況に応じて必要な介助を行っています。		

グループホームきらら都町(1階)

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	排泄リズムを把握し定時誘導やお声掛けをしています。	利用者の一人ひとりの排泄状況は「生活リズム・パターンシート」に記録し、職員全体で共有しています。排泄はトイレを基本とし、定時の声かけや誘導によりトイレで排泄できるように支援しています。	
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	食事での改善を基本と考えていますが必要に応じて提携医と連携を図り下剤の処方をして頂いています。		
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	1週間に2回～3回の入浴がおこなえるように対応しています。曜日の固定などはおこなっておりません。ご利用者の状況に応じて対応しております。	入浴については体調を考慮し週に2回入浴できるように支援しています。入浴中は職員が介助につき安全に入浴できるように支援しています。菖蒲湯やゆず湯などの季節風呂なども行い入浴の楽しさにつなげています。	
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	入眠状況を把握し必要に応じて提携医と相談し眠剤を処方されている方もいらっしゃいます。また、入眠しやすい環境を整えています。		
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	服薬状況は都度共有し、副作用等を考慮して対応しています。服薬の変更があった際は情報の共有をしています。		
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	外出支援や生活歴に合わせたケアをしています。また喫煙の希望があるお客様に対しては対応できる範囲でおこなっています。		
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支援している	外出支援は毎日おこなっています。お客様の拒否が見られた際にはおこなえませんが室内での気分転換に努めています。行きたい所を聞かれた際にはご家族様にご報告し対応して頂いたり、外出行事に取り入れるようにしています。	外出行事としていちご狩りやお花見、地域のお祭りに出かけたり、外食で普段とは違う雰囲気での食事を楽しんでいます。また、日常的にも食材の買い物に利用者も同行しているほか、ホーム周辺の散歩にお連れする等、戸外に出かけられるように支援しています。	

グループホームきらら都町(1階)

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	現在、現金を所持しているご利用者はいらっしゃいません。現金の管理がおこなえるお客様がいない為、私物の購入、お預り金の管理は職員がおこなっています。		
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	ご家族様と電話のやり取りを引き継いだり、ご利用者宛のお手紙をお渡ししています。		
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	季節に合わせた装飾をしています。リビングの照明や室温は時間や季節に合わせて対応しています。また、ご利用者が歩行しやすい環境を常に配慮し、配置を必要に応じて変更しています。	利用者が集うリビングルームは華やかな装飾は避け、季節の花を飾り、家庭的で季節感が感じられる雰囲気を保っています。浴室やトイレなども清潔に保ち、転倒の危険になるものは放置せず安全面にも配慮しています。	
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	ご利用者の気分に合わせて居室やリビングで過ごしていただいています。		
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	入居時に今まで使用していた家具や使い慣れた物をお持ちして頂いています。リビングでも気の合う方と過ごせるようご利用者の関係を配慮して対応しています。	利用者が集うリビングルームは華やかな装飾は避け、季節の花を飾り、家庭的で季節感が感じられる雰囲気を保っています。浴室やトイレなども清潔に保ち、転倒の危険になるものは放置せず安全面にも配慮しています。	
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	見守りをおこないながら、必要に応じて声掛けなどをおこない対応しております。設置された手すりなどを用いて自力歩行を促すようにしています。		

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	1290100039		
法人名	スターツケアサービス株式会社		
事業所名	グループホームきらら都町(2階)		
所在地	千葉県千葉市中央区都町1212-4		
自己評価作成日	平成30年 1月 6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	http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社アミュレット		
所在地	東京都中央区銀座5-6-12みゆきビルbizcube7階		
訪問調査日	平成30年3月16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)】

ご利用者がグループホームきらら都町で、明るく・健康で・心豊かに・その人らしく生活できる家庭的な生活の場を提供し、その生活が継続していけるように支援していきます。地域社会の一員として、ご家族の方・地域の方々との交流を大切にしていきます。

【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)】

利用者がホーム内で楽しく、生活が送れるようにホーム内外の行事の充実化に向け職員が一丸となり取り組んでいます。普段とは違う雰囲気ですら楽しめるように、ラーメン屋や寿司屋の訪問を受けホーム内でプロの味を楽しんだり、レストランへの外食なども取り入れ食事の楽しみにつなげています。また年2回家族会を開催し家族との交流を深め、踊りボランティアや高校のコーラス部の合唱なども取り入れ家族会の充実化にも努めています。また、今年度は地域向けセミナーとして認知症サポーター養成講座や口腔ケア・服薬セミナーも開催し、ホームの専門性を地域に還元する取り組みも実施しています。

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、生き活きと働いている (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	毎日、朝礼の時に企業理念、運営理念を唱和し職員で共有しています。	会社の企業理念、運営理念を事務所内に掲示しているほか、毎朝の朝礼で唱和し理解を深めています。また、事業所のスローガンについても年間事業計画書に明示し、職員全体で共有できるように努めています。	
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	食材の購入に近隣の量販店へ職員とご利用者で買い物に出かけてます。町内会との交流は年に数回はありますがその他との交流はおこなえていない状況です。	地域の夏祭りへの参加や小学校で開催された敬老のお祝いの行事に招待を受けたり、踊りのボランティアや高校のコーラス部の受け入れなどにより地域との交流を進めています。ホームとしても地域向けに認知症サポーター養成講座や口腔ケアセミナーを開催しています。	
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	運営推進会議などを通じてご利用者ご家族へ報告させていただいています。		
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	運営推進会議を奇数月に開催しております。ご家族などとの情報交換、意見交換をおこなっております。	会議には地域包括支援センター、家族代表者の参加を受け2ヶ月に一度定期的に開催しています。会議では利用者の状況や行事の取り組みの報告、参加者からも意見や要望等を確認しサービス向上に繋げていけるように努めています。	今後に向けては、地域住民の代表者などの参加も受け、より多くの意見を収集しサービス向上に繋げられるように取り組むことを期待します。
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	運営上の疑問点などが生じた場合は介護保険課や包括センターへ相談をしております。GH連絡会への加入はしていますが会合などへの参加はおこなえておりません。	運営上、相談事などが生じた際には市の担当課に連絡を入れ指示を仰ぐようにしています。ホーム側からの相談事には丁寧な回答を受けることができ、互いに協力関係を築き運営を進めています。	
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	年に1回、職員に対して研修をおこなっております。	身体拘束をしないケアの実践に向け、毎月実施しているホーム内研修の中で虐待防止(身体拘束廃止を含む)をテーマにした研修を実施し、職員の理解を深めています。現状ホーム内では身体拘束につながる事例は発生していません。	
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	年1回職員に対して研修を行っております。入浴の時などご利用者の身体状況の確認を職員がおこなっております。		

グループホームきらら都町(2階)

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	職員に対して研修の機会を設けていきます。		
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	契約時にお客様、ご家族に対して契約内容、重要事項を説明し、契約をおこなっております。不明な点があるときはその都度ご説明させていただいております。		
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	運営推進会議の時にご利用者、ご家族のご意見、ご要望を聞く機会を設けております。	家族からの意見や要望等については面会に訪れた際やケアプランの説明の際に確認し、日々の支援等に反映できるように努めています。利用者本人からの意向や要望は日常会話から収集し、日々の支援に反映できるように努めています。	
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	施設内会議などでおこなっております。「社長ダイレクトポスト」「心のホットライン」「ケア安心ダイアル」などの職員の意見や提案、相談できるシステムがあります。	ホーム長は日常的に職員に声をかけ、職員からの意見や提案を収集しています。業務や支援の見直しについては毎月のユニット会議の中で職員の意見を確認し必要に応じて見直しを行っています。	
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	考課制度、目標管理シートの導入をおこなっております。職員が向上心を持って働けるようなシステムを整備しております。		
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	社内研修は入社以降、本部にて継続的におこなわれております。社外研修への受講もおこなっております。		
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	GH連絡会への加入はしていますが会合などへの参加はおこなえておりません。		

グループホームきらら都町(2階)

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	契約、入居前にご面談おこないながら、コミュニケーションを図っております。お客様のご要望などを傾聴して可能な限り対応しております。		
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	契約、入居前にご面談おこないながら、コミュニケーションを図っております。ご家族様のご要望などをお聞きして可能な限り対応しております。		
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	お客様、ご家族様のご要望などを検討してその人のあったサービスを提供しております。		
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	食材の購入、調理、施設内の清掃などお客様と職員が共にこなっております。		
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	行事への参加などをご案内して、ご家族が施設へ来やすい環境づくりをおこなっております。		
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	入居時にご家族に確認をして、ご家族以外の友人、知人の方の来訪も受け入れております。	馴染みの人や場所との関係が途切れないような支援では、利用者が以前住んでいた場所までドライブに出かけたり、その周辺で外食を楽しむなど、馴染みの場所との関係が途切れないように努めています。	
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	ご利用者同士で関わりを持てるようにフロアでレクリエーションなどをおこない、皆様が一緒に過ごせる時間を設けております。		

グループホームきらら都町(2階)

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	サービスが終了した後も、地域の相談窓口としての関わりが持てる場所であるように努めてまいります。		
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	ご利用者の日頃の言動も把握するようにしております。ご利用者やご家族の希望や意向を伺うようにしております。	利用者の思いや意向については日常会話からの収集のほか、ケアプランの作成および更新時に実施するアセスメントにおいて確認しています。抽出した意見や要望、課題等はケアプランに反映し日々の支援に反映できるように努めています。	
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	契約、入居前に面談をおこない状況を確認しております。前任の担当の方からも情報をいただくようにしております。		
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	食事、水分摂取や排泄、健康状態などの日常生活の把握に努めております。状況の変化に応じて、お客様一人ひとり対応させていただいております。		
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	日々の申し送り、ユニット会議などの職員情報や意見などを基に作成に努めております。	ケアプランの作成および更新時にはユニット会議の中で担当者会議を開催し、職員からの意見のほか、利用者本人や家族、主治医の意見も総合的に踏まえてケアプランを作成しています。ケアプランに掲げた目標は毎月のモニタリングで利用者の満足度を確認しています。	
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	介護記録、週間経過表、焦点情報を用いて情報交換をおこない業務をおこなっております。		
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	ご利用者、ご家族のご要望にできる限りご対応できるように努めております。		

グループホームきらら都町(2階)

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	年に数回、ボランティアの方に来ていただいております。家族会などイベントのときのご協力していただいております。		
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	かかりつけ医に関しましては、お客様、ご家族の希望を優先しております。ご家族が通院対応できないときは職員で対応しております。	ホーム協力医療機関の主治医による月2回の往診のほか、訪問看護とも連携を図り、利用者の健康管理を行っています。また、必要に応じて精神科医の往診や訪問歯科を利用できる体制も築き、必要な医療を受けられる体制を築いています。	
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	提携医療機関の看護職とは、日常的に協働しております。アドバイスを受けやすいように連携を図っております。		
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。	地域の病院へは営業で訪問しています。相談員の方との関係作りをおこなっていきます。入院時には連携が図れるように努めてまいります。		
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	入居時にご家族様と終末期の際のケアや希望を話し合っています。	重度化した場合や終末期のあり方については契約時に「重度化した場合の対応に関わる指針」を説明し「医療連携体制加算同意書」を交わしています。ホームでは主治医、訪問看護、家族等と連携し、終末期ケアまで対応する体制としています。	
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	施設のマニュアルを用いて研修をおこなっています。入居されているご利用者の身体状況に応じた予測できる緊急対応をリーダーと職員で話し合いをおこなっています。		
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	避難経路や地震の際の誘導方法は避難訓練やミーティングの際に確認しています。地域との協力体制を築けるようにしていきたいと思っております。	平成29年9月に夜間帯の火災を想定した避難訓練を実施しています。災害に備え、水やアルファ米などの備蓄品を保管しているほか、地震や風水害時の対応についても「災害マニュアル」に明記しています。	今後に向けては年間2回(消防署の立会いも含む)計画に基づいて定期的に消防訓練を実施することが望まれます。

グループホームきらら都町(2階)

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	ご利用者への言葉掛けの指摘はリーダーや管理者から都度おこなっています。排泄時や入浴時のプライバシーの配慮もおこなうようにしています。	毎月のユニットミーティングのほか、日常的にも職員の言動や行動等を振り返り、利用者に対して適切な対応が図れるように努めています。居室への出入りやトイレ使用の際にはドアを閉めるなどの配慮も行うようにしています。	
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	買い物中や日々の生活の中でご利用者に選択して頂ける様な対応をしています。またご利用者の食べたい食事等を反映した献立作成もしております。		
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	入居後からご利用者の様子を見てご本人の生活リズムに合わせた支援をおこなうようにしています。		
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	ご利用者の好きな洋服を選択して頂いたり、入浴後ご本人で整容できるように支援しています。		
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	一人一人の嗜好を考慮して献立を作成しています。お客様のADLに合わせた家事活動の促しをおこない調理しています。	各ユニットの献立係を中心に利用者の意向も反映し食事メニューを決めています。食材の買い物や食事の準備、後片付けなど利用者も関り、準備や後片付けを進めています。ラーメン屋や寿司屋の訪問を受けたり、レストランへの外食を通じて食事の楽しみにつなげています。	
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	週間経過表等で水分量や食事を把握できています。また必要に応じて水分の促しを実施できています。		
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	自立支援を促していますがお客様の身体状況に応じて必要な介助を行っています。		

グループホームきらら都町(2階)

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	排泄リズムを把握し定時誘導やお声掛けをしています。	利用者の一人ひとりの排泄状況は「生活リズム・パターンシート」に記録し、職員全体で共有しています。排泄はトイレを基本とし、定時の声かけや誘導によりトイレで排泄できるように支援しています。	
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	食事での改善を基本と考えていますが必要に応じて提携医と連携を図り下剤の処方をして頂いています。		
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	1週間に2回～3回の入浴がおこなえるように対応しています。曜日の固定などはおこなっておりません。ご利用者の状況に応じて対応しております。	入浴については体調を考慮し週に2回入浴できるように支援しています。入浴中は職員が介助につき安全に入浴できるように支援しています。菖蒲湯やゆず湯などの季節風呂なども行い入浴の楽しさにつなげています。	
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	入眠状況を把握し必要に応じて提携医と相談し眠剤を処方されている方もいらっしゃいます。また、入眠しやすい環境を整えています。		
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	服薬状況は都度共有し、副作用等を考慮して対応しています。服薬の変更があった際は情報の共有をしています。		
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	外出支援や生活歴に合わせたケアをしています。また喫煙の希望があるお客様に対しては対応できる範囲でおこなっています。		
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	外出支援は毎日おこなっています。お客様の拒否が見られた際にはおこなえませんが室内での気分転換に努めています。行きたい所を聞かれた際にはご家族様にご報告し対応して頂いたり、外出行事に取り入れるようにしています。	外出行事としていちご狩りやお花見、地域のお祭りに出かけたり、外食で普段とは違う雰囲気での食事を楽しんでいます。また、日常的にも食材の買い物に利用者も同行しているほか、ホーム周辺の散歩にお連れする等、戸外に出かけられるように支援しています。	

グループホームきらら都町(2階)

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	現在、現金を所持しているご利用者はいらっしゃいません。現金の管理がおこなえるお客様がいない為、私物の購入、お預り金の管理は職員がおこなっています。		
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	ご家族様と電話のやり取りを引き継いだり、ご利用者宛のお手紙をお渡ししています。		
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	季節に合わせた装飾をしています。リビングの照明や室温は時間や季節に合わせて対応しています。また、ご利用者が歩行しやすい環境を常に配慮し、配置を必要に応じて変更しています。	利用者が集うリビングルームは華やかな装飾は避け、季節の花を飾り、家庭的で季節感が感じられる雰囲気を保っています。浴室やトイレなども清潔に保ち、転倒の危険になるものは放置せず安全面にも配慮しています。	
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	ご利用者の気分に合わせて居室やリビングで過ごしていただいています。		
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	入居時に今まで使用していた家具や使い慣れた物をお持ちして頂いています。リビングでも気の合う方と過ごせるようご利用者の関係を配慮して対応しています。	利用者が集うリビングルームは華やかな装飾は避け、季節の花を飾り、家庭的で季節感が感じられる雰囲気を保っています。浴室やトイレなども清潔に保ち、転倒の危険になるものは放置せず安全面にも配慮しています。	
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	見守りをおこないながら、必要に応じて声掛けなどをおこない対応しております。設置された手すりなどを用いて自力歩行を促すようにしています。		