

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	1291600144		
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公津の杜(1F)		
所在地	千葉県成田市公津の杜5-5-5		
自己評価作成日	令和1年8月29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	令和1年9月27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)】

臨床美術や園芸療法は引き続き継続して行っています。臨床美術やアートサポーターでは中庭で採れた季節の野菜を活用した作品を作り、毎年9月に行われる成田市民展にも出品させていただいております。毎月参加している「お散歩カフェ(認知症カフェ)」や「大人お散歩倶楽部」は継続して参加し、地域で行われる行事やイベントも積極的に参加しております。また新たな地域交流の場として「もりんぴあ合唱団」や「ももとせサロン」への参加も始まり地域交流に力を入れています。もりんぴあ合唱団に関しましては2月開催予定の発表会に向け本格的に活動しております。また、夏は、納涼祭、秋は、ハロウィン、冬は新年会を企画しきらら公津の杜に来所して頂き外部との交流を多く持てる機会を作っております。ご利用者様とスタッフ手を、笑顔で、明日を繋ぎ、活き活きと笑顔で過ごせるよう取り組まさせていただきます。

【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)】

今年度ホームでは「つなぐ」をテーマに掲げています。地域の一員として地域とのつながりを強化していくために、地区の社会福祉協議会へ加入し、地域に暮らす高齢者の方との交流を積極的に行いホームとしてサポートできる体制づくりに努めています。また、新たな地域交流の場として地域の合唱団やサロン活動に参加をして地域住民との交流を拡大しています。ホーム内においても臨床美術や園芸療法に継続して取り組み生活の活性化を図っています。これまでの取り組みについては継続しさらなる高みを目指し、地域との関りでは「つなぐ」をテーマに新たなアプローチの下で交流の充実化を図っています。

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、朝礼時に企業理念・運営理念・公津の杜スローガンを唱和し職員で共有しています(事業者に掲示)	会社の運営方針、基本理念、ホームのスローガンを毎朝朝礼で唱和しています。今年度のホームスローガン「つなごう-手を 笑顔で 明日を」は全職員の意見を取り入れて作成していることで職員の理解も深まっています。	
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	食材購入に近隣の量販店へお客様と一緒に出かけしています。毎月開催されるお散歩カフェ、お散歩クラブは継続して参加、傾聴ボランティアとの交流。施設で行う夏祭り等地域の方を招く行事を計画的に行っております。	近隣地域で開催しているサロン活動や合唱部、お散歩カフェへの参加、傾聴ボランティアとの交流、さらに今年度は地区社協のメンバーにホーム長が加わり地域行事を手伝ったり地域の高齢者に声をかけ交流が持てるよう取り組むなど地域貢献活動にも前向きに取り組んでいます。	
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	運営推進会議や家族会を通じてお客様やご家族へ報告させていただいています。毎月開催される臨床美術には地域の独居老人の方にも参加頂けるよう働きかけています。		
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ご家族様との情報、意見交換を行っています。成田市役所、地域包括、地域施設との情報、意見交換を行い定期的に勉強会も行っています。	会議には市の介護保険課職員、民生委員、地域包括支援センター、家族の参加を受け2ヶ月に一度定期的に開催しています。参加者とも積極的に意見交換を行いながら有益な情報を収集しサービスの質の向上につなげています。	
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取り組んでいる	市で行われている説明会、連絡会議へ出席しています。疑問があった際は、介護保険課等に相談をしております。毎月開催されるグループ連絡会の参加。また成田市民展の出展やケアマネ連絡会も参加しています。	2ヶ月に一度の運営推進会議には市の担当課の参加を受け定期的に意見交換を行うほか、市内の地域ケア会議やグループホーム連絡会においても顔を合わす機会があり定期的に意見交換を行うことができます。	
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2回職員に対し研修を行っています。(施設内研修11月、1月) 身体拘束委員会を2か月に1回実施。翌月の運営推進委員会時に報告をしています。	ホーム長、ユニットリーダー、計画作成担当者を構成メンバーとした身体拘束廃止委員会を2ヶ月に一度定期的に開催し不適切なケアが行われていないか確認しています。県主催の身体拘束廃止研修への申し込みやホーム内でも勉強会を開催し職員の意識を高めています。	
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のないよう注意を払い、防止に努めている	年2回職員に対し研修を行っています。(施設内研修11月、1月) 身体拘束委員会を2か月に1回実施。翌月の運営推進委員会時に報告をしています。		

グループホームきらら公津の杜(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	研修は開催しておりませんが今後研修の機会を設ける予定です。現在、2名の方が成年後見人制度を利用されています。		
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、お客様・ご家族様に対し契約内容、重要事項を説明し契約を行っております。不明な点があるときは、その都度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お客様、ご家族様の意見・提案・要望を聞く機会を設けております。	利用者からの意見や要望等については日常会話から収集しています。家族からの意見や要望等は面会時に直接確認するほか家族会を年2回開催し家族会の中でも意見や提案等を収集しサービス向上につなげていけるように取り組んでいます。	
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	「社長ダイレクトポスト」「心のホットライン」等職員の意見・提案・相談が出来るシステムがあります。事業計画策定、上期・下期の振り返り、職員から意見をもらい反映しています。	ホーム長は定期的に職員と面談を実施し意向や要望を確認しているほか日々の業務の中でも職員に積極的に声をかけ意見の言いやすい環境を作っています。各ユニットのリーダーも日常的に職員に声をかけ不安や悩みの早期解決に努めています。	
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行い年2回表彰制度を行い。職員全員が向上心を持って働けるようなシステムを導入しております。アートサポーター養成講座も実施しております。		
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、本部にて継続的に行われています。個人のスキルに合わせた研修を実施しています。社外研修への受講も参加させていただいております。		
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	月1回、成田市の地域密着型サービス連絡会に出席しております。ケアマネ連絡会の参加、訪問マッサージの先生の勉強会や薬剤師による講義などサービスの質を上げる取り組みをしています。		

グループホームきらら公津の杜(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	アセスメント、サービス担当初会議を行い本人とコミュニケーションを図りご要望などを傾聴しております。D-4シートを記入し本人の思いや希望を知るように努めております。		
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、入居前にご面談を行いコミュニケーションを図り、またサービス担当者会議にてご家族様のご要望を伺いながらケアケアプランに反映しております。		
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検討しアセスメントを行い必要なニーズを見極めご本人に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	毎日の食材購入、調理、清掃などお客様と一緒に日々行っております。何でも相談できる関係づくりを心がけております。		
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	年2回ご家族様を交えた行事を企画し参加を促しております。ご家族様が気軽に来れる雰囲気作りを意識して行っています。毎月の生活状況シートへお客様の写真を送付し近況報告をしております。		
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	以前より通院していた病院の継続やご家族様のご友人の来設も受け入れております。近隣のお店にて買い物レク・外食レクを実施し、なじみの場所・人との交流が図れる場所を意識しながら取りいれています。	駅前のショッピングセンターへの買い物や近隣で開催されるサロン活動への参加を通じて知人や旧友と再会できるケースもあり馴染みの関係を継続することができています。また家族の協力を得て馴染みの場所への外出等を通じて関係性の継続につなげています。	
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	リビングにて、レクレーションや体操の時間を毎日設け、ご入居様同士で関わり合いの持てる環境づくりを行っております。外出レクではお互い支えあう気持ちを持てるように交流しております。		

グループホームきらら公津の杜(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	サービス終了後も、地域の窓口としての関わりが持てる場所であるよう努めていきます。		
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	担当者会議・アセスメントなどで、お客様やご家族様からの希望や意向も伺いケアプランに取り入れております。日頃の行動や言動を観察しております。	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	契約時、入居前にお客様・ご家族様と面談し、前任の担当者等からも情報を頂いております。ご家族様より今までの生活歴の聞き取りをおこなっております。		
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・排泄・睡眠・血圧など日常生活の把握に努めております。		
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	毎日の申し送り、ユニット会議等、職員間で情報や意見等を基にご本人様・ご家族・職員・主治医の意見を聞きながら計画を立てております。サービス担当者会議にて意見を聴取しています。	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	ユニット日誌、介護記録、週間経過、焦点情報を訪問診療、訪問看護の記録を用いて情報交換を行っています。		
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	個別に起こる周辺症状にチームで話し合い改善策を見出し実行しております。時にはご家族様の協力を仰ぎ対応しております。		

グループホームきらら公津の杜(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	毎月開催されるお散歩クラブ・お散歩カフェの継続参加。地域ボランティア・傾聴ボランティアとの交流。成田市民展への展示、夏祭り、ハロウィンでは地域住民の方も参加しております。		
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ては、ご本人ご家族様の希望を優先しています。	ホームの協力医療機関の往診が月2回あり、訪問看護の来訪も週に一度あります。利用者の体調変化時には速やかに主治医に連絡を入れて指示を仰ぎ、必要時に必要な医療が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	月4回訪問看護師が来所され連携を図っております。何かあった時は24時間体制で連絡できる状態にあります。		
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。	情報共有や電話にて対応しております。退院カンファレンスに参加し病院との関係づくりを行っております。		
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の説明をしております。急変や容態の変化に応じて話し合いの場を設けたりサービス担当者会議にてご家族様のご意向を伺っております。	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	施設マニュアルを用い研修を実施しております。離接検索研修の実施、事故検証を行い確認しております。		
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	消防訓練年2回実施予定(9月実施予定) 避難訓練(夜間想定)	2019年度については10月と3月に避難訓練を予定しています。3月は夜間を想定した訓練を予定し昼夜を問わず避難できる方法の習得に努めています。グループホーム連絡会を通じて近隣のホーム同士でも災害時に連携が取れる体制づくりを進めています。	

グループホームきらら公津の杜(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	排泄時、入浴時のプライバシーの配慮して対応しております。スピーチロックの研修を行い否定的な言葉を避け適切な言葉使いの指導を日々行っております。	利用者への言葉遣い等、不適切な対応になっていないかについては2ヶ月毎の身体拘束廃止委員会で確認しています。特に利用者の名前の呼び方については不適切な対応にならないように日頃から注意を払い誇りやプライバシーを損ねないように努めています。	
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、外出、外食、行事ではお客様の御希望を伺い選択して頂いております。日々の献立ではお客様のご希望を伺い栄養面を考慮しながらメニュー作成をしております。		
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	入居後からお客様の様子を見てご本人様のリズムに合わせた支援を行っています。		
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	2ヶ月に1回、訪問美容に来て頂きご本人の好みに合わせたカットやカラーを行っていただいております。また外出時ではお化粧をしたりお洒落を楽しんでいただけるよう支援しております。		
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	個々の嗜好を考慮し、季節の食材を取り入れた献立作りを意識しております。お客様のADLに合わせた、家事活動を職員と一緒にしております。	利用者の状態も考慮しながら食事の準備や後片付けには利用者にも声をかけ職員と一緒に準備や後片付けを進めています。利用者と一緒に食材の買い物に出かけたり、時には外食に出かけ普段とは違う雰囲気を楽しんでいます。	
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	週間経過表で食事量や水分量を把握しチームで対応しております。また、必要に応じた水分の促し、介助等行っています。外食等定期的に実施しております。		
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	口腔ケアについて提携医より助言をいただき毎月のユニット会議にて勉強会を実施しています。義歯の方は夜間洗浄を行い、個々のADLに合わせた介助を行っています。		

グループホームきらら公津の杜(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、定時の誘導やお声掛けを行っています。	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	体操を取り入れ食事の改善を行っています。必要に応じて、提携医と連携を図り下剤の処方を受けております。		
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	週に2回入浴対応を行っています。職員の介助負担が偏らないように入浴日を固定しておりますが、状況に応じてお客様の要望を取り入れております。	各ユニット週に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を楽しめる工夫も取り入れています。	
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	疲れた時は居室にて休息していただいております。入眠状況を把握し必要に応じて提携医と相談しながら眠剤を処方されている方もいらっしゃいます。照明や温度調整を細目に行い対応しております。		
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、副作用等考慮し対応しております。服薬の変更がある際は、都度情報の共有を行っています。		
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、外食行事、家庭菜園、臨床美術を定期的に行っております。個々にあった楽しみ、役割、やりがい、生きがいになるよう支援しております。		
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	天候に左右されますが外出支援は、毎日行っております。ご本人の行きたいところを外食行事に取り入れております。	外出支援については気候や天候を確認しながら行っています。ホーム周辺の散歩や食材の買い物、近隣で開催される合唱部の活動やサロン活動への参加など戸外に出かける機会を多く持ち利用者の生活の幅を広げています。	

グループホームきらら公津の杜(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	現金を所持しているお客様はおりません。買い物時、職員が支払いを行っております。		
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	お客様宛の郵便物はご本人にお渡ししております。ADLの低下により 外部からの電話や郵便物が届く回数が少なくなってきております。		
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	毎月季節に合わせてリビングの飾りつけを行ったり、お花を飾って季節感を味わっていただいております。外出の写真を飾ったりしております。	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	ご自身の気分に合わせてソファでテレビを見たり仲の良いお客様同士ゆっくりと居室やリビングにて過ごしていただいております。		
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	慣れ親しんでいた家具を入居の際、設置して頂いております。リビングでの過ごし方に関してはお花が好きな方にはお花を置きいつでも鑑賞できるような環境づくりを行っております。	居室内でも居心地良く過ごせるように、これまで使い慣れた愛用品や馴染みの物の持ち込みを可能としています。居室掃除も定期的を実施し、衛生面も保たれています。	
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	トイレマークのステッカーを使用しなるべく自立できるように支援しています。		

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	1291600144		
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公津の杜(2F)		
所在地	千葉県成田市公津の杜5-5-5		
自己評価作成日	令和1年8月29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	令和1年9月27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)】

臨床美術や園芸療法は引き続き継続して行っています。臨床美術やアートサポーターでは中庭で採れた季節の野菜を活用した作品を作り、毎年9月に行われる成田市民展にも出品させていただいております。毎月参加している「お散歩カフェ(認知症カフェ)」や「大人お散歩倶楽部」は継続して参加し、地域で行われる行事やイベントも積極的に参加しております。また新たな地域交流の場として「もりんぴあ合唱団」や「ももとせサロン」への参加も始まり地域交流に力を入れています。もりんぴあ合唱団に関しましては2月開催予定の発表会に向け本格的に活動しております。また、夏は、納涼祭、秋は、ハロウィン、冬は新年会を企画しきらら公津の杜に來所して頂き外部との交流を多く持てる機会を作っております。ご利用者様とスタッフ手を、笑顔で、明日を繋ぎ、活き活きと笑顔で過ごせるよう取り組まさせていただきます。

【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)】

今年度ホームでは「つなぐ」をテーマに掲げています。地域の一員として地域とのつながりを強化していくために、地区の社会福祉協議会へ加入し、地域に暮らす高齢者の方との交流を積極的に行いホームとしてサポートできる体制づくりに努めています。また、新たな地域交流の場として地域の合唱団やサロン活動に参加をして地域住民との交流を拡大しています。ホーム内においても臨床美術や園芸療法に継続して取り組み生活の活性化を図っています。これまでの取り組みについては継続しさらなる高みを目指し、地域との関わりでは「つなぐ」をテーマに新たなアプローチの下で交流の充実化を図っています。

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、朝礼時に企業理念・運営理念・公津の杜スローガン(つなごう…手を笑顔を明日を)を唱和し職員で共有しています(事業者に掲示)	会社の運営方針、基本理念、ホームのスローガンを毎朝朝礼で唱和しています。今年度のホームスローガン「つなごう-手を 笑顔を 明日を」は全職員の意見を取り入れて作成していることで職員の理解も深まっています。	
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	食材購入に近隣の量販店へお客様と一緒に出席しています。毎月開催されるお散歩カフェ、お散歩クラブは継続して参加、新たにももせサロン、もりんびあ合唱部参加 傾聴ボランティアとの交流。施設で行う夏祭り等地域の方を招く行事を計画的に行っております。	近隣地域で開催しているサロン活動や合唱部、お散歩カフェへの参加、傾聴ボランティアとの交流、さらに今年度は地区社協のメンバーにホーム長が加わり地域行事を手伝ったり地域の高齢者に声をかけ交流が持てるよう取り組むなど地域貢献活動にも前向きに取り組んでいます。	
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	運営推進会議や家族会を通じてお客様やご家族へ報告させていただいています。毎月開催される臨床美術には地域の独居老人の方にも参加頂けるよう働きかけています。公津の杜中学校の職場体験受け入れをしております。		
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ご家族様との情報、意見交換を行っています。成田市役所、地域包括、地域施設との情報、意見交換を行い定期的に勉強会も行っています。	会議には市の介護保険課職員、民生委員、地域包括支援センター、家族の参加を受け2ヶ月に一度定期的に開催しています。参加者とも積極的に意見交換を行いながら有益な情報を収集しサービスの質の向上につなげています。	
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取り組んでいる	市で行われている説明会、連絡会議へ出席しています。疑問があった際は、介護保険課等に相談をしております。毎月開催されるグループ連絡会の参加。また成田市民展の出展やケアマネ連絡会も参加しています。	2ヶ月に一度の運営推進会議には市の担当課の参加を受け定期的に意見交換を行うほか、市内の地域ケア会議やグループホーム連絡会においても顔を合わす機会があり定期的に意見交換を行うことができます。	
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2回職員に対し研修を行っています。(施設内研修11月、1月) 身体拘束委員会を2か月に1回実施。翌月の運営推進委員会時に報告をしています。	ホーム長、ユニットリーダー、計画作成担当者を構成メンバーとした身体拘束廃止委員会を2ヶ月に一度定期的に開催し不適切なケアが行われていないか確認しています。県主催の身体拘束廃止研修への申し込みやホーム内でも勉強会を開催し職員の意識を高めています。	
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	年2回職員に対し研修を行っています。(施設内研修11月、1月) 身体拘束委員会を2か月に1回実施。翌月の運営推進委員会時に報告をしています。		

グループホームきらら公津の杜(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	研修は開催しておりませんが今後研修の機会を設ける予定です。現在、2名の方が成年後見人制度を利用されています。		
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、お客様・ご家族様に対し契約内容、重要事項を説明し契約を行っております。不明な点があるときは、その都度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	運営推進会議や家族会時、サービス担当者会議でご家族様の意見・提案・要望を聞く機会を設けております。	利用者からの意見や要望等については日常会話から収集しています。家族からの意見や要望等は面会時に直接確認するほか家族会を年2回開催し家族会の中でも意見や提案等を収集しサービス向上につなげていけるように取り組んでいます。	
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	「社長ダイレクトポスト」「心のホットライン」等職員の意見・提案・相談が出来るシステムがあります。事業計画策定、上期・下期の振り返り、職員から意見をもらい反映しています。毎月全体会議、ユニット会議で意見交換を行っております。	ホーム長は定期的に職員と面談を実施し意向や要望を確認しているほか日々の業務の中でも職員に積極的に声をかけ意見の言いやすい環境を作っています。各ユニットのリーダーも日常的に職員に声をかけ不安や悩みの早期解決に努めています。	
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行い年2回表彰制度を行い、頑張った職員の推薦制度や入社3年後からジョブチャレンジ制度、職員全員が向上心を持って働けるようなシステムを導入しております。アートサポーター養成講座も実施しております。		
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、本部にて継続的に行われています。個人のスキルに合わせた研修を実施しています。社外研修は赤十字病院、成田市ネットワーク主催の研修、受講も参加させていただいております。		
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	月1回、成田市の地域密着型サービス連絡会に出席しております。ケアマネ連絡会の参加、訪問マッサージの先生の勉強会や薬剤師による講義などサービスの質を上げる取り組みをしています。		

グループホームきらら公津の杜(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	アセスメント、サービス担当者会議を行い本人とコミュニケーションを図りご要望などを傾聴しております。D-4シートを記入し本人の思いや希望を知るように努めております。		
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、入居前にご面談を行い、おやつ時一緒召し上がってコミュニケーションを図れるように配慮したり、またサービス担当者会議にてご家族様のご要望を伺いながらケアケアプランに反映しております。		
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検討しアセスメントを行い必要なニーズを見極めご本人に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	毎日の食材購入、調理、清掃などお客様と一緒に日々行っております。何でも相談できる関係づくりを心がけております。		
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	年2回ご家族様を交えた行事を企画し参加を促しております。ご家族様が気軽に来れる雰囲気作りを意識して行っています。毎月の生活状況シートへお客様の写真を送付し近況報告しております。		
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	以前より通院していた病院の継続やご家族様のご友人の来設も受け入れております。近隣のお店にて買い物レク・外食レクを実施し、なじみの場所・人との交流が図れる場所を意識しながら取りいれています。	駅前のショッピングセンターへの買い物や近隣で開催されるサロン活動への参加を通じて知人や旧友と再会できるケースもあり馴染みの関係を継続することができています。また家族の協力を得て馴染みの場所への外出等を通じて関係性の継続につなげています。	
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	リビングにて、レクレーションや体操の時間を毎日設け、ご入居様同士で関わり合いの持てる環境づくりを行っております。外出レクではお互い支えあう気持ちを持てるように交流しております。		

グループホームきらら公津の杜(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	サービス終了後も、ホームの行事のお誘いや電話をしたり、近くに来た時は気軽に立ち寄れるような関わりが持てるように努めております。		
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	日常会話や行動からご本人の思いや意向をくみ取り、アセスメント、サービス担当者会議、モニタリングなどでケアプランに取り入れております。	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	契約時、入居前にお客様・ご家族様と面談し、前任の担当者や病院からも情報を頂いております。ご家族様より今までの生活歴の聞き取りをおこなっております。		
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・排泄・睡眠・血圧など日常生活の把握に努めております。訪問診療、訪問看護、訪問歯科、訪問マッサージ医療と連携を図っております。		
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	毎日の申し送り、ユニット会議等、職員間で情報や意見等を基にご本人様・ご家族・職員・主治医の意見を聞きながら計画を立てております。毎月のモニタリングで評価をし、ユニット会議でサービス担当者会議を行い意見を聴取しています。	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	ユニット日誌、介護記録、週間経過、焦点情報を訪問診療、訪問看護の記録を用いて情報交換を行っています。毎日の申し送りをし、個々の情報共有を行っています。		
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	個別に起こる周辺症状にチームで話し合い改善策を見出し実行しております。勉強会を行ったり、その人に寄り添うケアに心がけております。時にはご家族様の協力を仰ぎ対応しております。		

グループホームきらら公津の杜(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	毎月開催されるお散歩クラブ・お散歩カフェの継続参加。新たにももとせサロン、もりんびあ合唱部参加、成田市ふれあいコンサートの参加、地域ボランティア・傾聴ボランティアとの交流。成田市民展への展示、夏祭り、ハロウィンでは地域住民の方も参加しております。		
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	月2回の往診、訪問看護と連携を図り、以前より受診されている、整形外科や眼科等家族対応で定期的に受診されている方もおります。。	ホームの協力医療機関の往診が月2回あり、訪問看護の来訪も週に一度あります。利用者の体調変化時には速やかに主治医に連絡を入れて指示を仰ぎ、必要時に必要な医療が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	月4回訪問看護師が来所され連携を図っております。何かあった時は24時間体制で連絡できる状態にあります。		
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。	千葉県地域連絡生活シートやケースワーカー様との電話連絡にて情報交換しております。退院カンファレンスに参加したり、言語療法士の指導、病院との関係作りを行っております。		
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の説明をしております。急変や容態の変化に応じて話し合いの場を設けたりサービス担当者会議にてご家族様のご意向を伺い、書面上同意を頂いております。	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	施設マニュアルを用い研修を実施しております。離接検索研修の実施、事故検証を行い確認しております。		
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	消防訓練年2回実施予定(9月実施予定) 避難訓練(3月夜間想定実施)	2019年度については10月と3月に避難訓練を予定しています。3月は夜間を想定した訓練を予定し昼夜を問わず避難できる方法の習得に努めています。グループホーム連絡会を通じて近隣のホーム同士でも災害時に連携が取れる体制づくりを進めています。	

グループホームきらら公津の杜(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	排泄時、入浴時のプライバシーの配慮して対応しております。スピーチロックの研修を行い否定的な言葉を避け適切な言葉使いの指導を日々行っております。	利用者への言葉遣い等、不適切な対応になっていないかについては2ヶ月毎の身体拘束廃止委員会で確認しています。特に利用者の名前の呼び方については不適切な対応にならないように日頃から注意を払い誇りやプライバシーを損ねないように努めています。	
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、外出、外食、行事ではお客様の御希望を伺い選択して頂いております。日々の献立ではお客様のご希望を伺い栄養面を考慮しながらメニュー作成をしております。		
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	入居後からお客様のペースに合わせ、出来る事を促し、ご本人様のリズムに合わせた支援を行っています。		
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	2ヶ月に1回、訪問美容に来て頂きご本人の好みに合わせたカットを行っております。ご自身で好きな洋服を選んで着たり、ショッピングに出掛け、好きな洋服を購入したり、また外出時ではお化粧をしたりお洒落を楽しんでいただけるよう支援しております。		
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	個々の嗜好を考慮し、季節の食材を取り入れた献立作りを意識しております。お客様のADLに合わせ、調理や後片付け、職員と一緒にしております。	利用者の状態も考慮しながら食事の準備や後片付けには利用者にも声をかけ職員と一緒に準備や後片付けを進めています。利用者と一緒に食材の買い物に出かけたり、時には外食に出かけ普段とは違う雰囲気を楽しんでいます。	
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	週間経過表で食事量や水分量を把握しチームで対応しております。また、必要に応じた水分の促し、介助等行っています。外食等定期的に実施しております。定期的に採血検査を行っております。		
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	口腔ケアについて提携医より助言をいただき毎月のユニット会議にて勉強会を実施しています。義歯の方は夜間洗浄を行い、個々のADLに合わせた介助を行っています。		

グループホームきらら公津の杜(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、定時の誘導やお声掛けを行っています。	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	体操を取り入れ、毎日オリゴ糖やヤクルトを提供し、食事の改善を行っています。必要に応じて、提携医と連携を図り下剤の処方を受けております。		
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	週に2回入浴対応を行っています。職員の介助負担が偏らないように入浴日を固定しておりますが、状況に応じてお客様の要望を取り入れております。又ゆず湯、菖蒲湯季節を感じております。	各ユニット週に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を楽しめる工夫も取り入れています。	
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	疲れた時は居室にて休息していただいております。入眠状況を把握し必要に応じて提携医と相談しながら眠剤を処方されている方もいらっしゃいます。照明や温度調整を細目に行い対応しております。		
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、副作用等考慮し対応しております。服薬の変更がある際は、都度情報の共有を行っています。		
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、外食行事、家庭菜園、臨床美術を定期的に行っております。個々にあった楽しみ、役割、やりがい、生きがいのなるよ支援しております。		
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	天候に左右されますが外出支援は、毎日行っております。ご本人の行きたいところを外食行事に取り入れております。月1回の外出行事や、野菜の栽培や収穫、草むしりの手入れをしております。	外出支援については気候や天候を確認しながら行っています。ホーム周辺の散歩や食材の買い物、近隣で開催される合唱部の活動やサロン活動への参加など戸外に出かける機会を多く持ち利用者の生活の幅を広げています。	

グループホームきらら公津の杜(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	個人預り金として事務所で管理を行っている為、必要に応じて職員が支払いをしております。現金を所持しているお客様はおりません。		
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	お客様宛の郵便物はご本人にお渡ししております。ADLの低下により 外部からの電話や郵便物が届く回数が少なくなってきております。		
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	毎月季節に合わせてリビングの飾りつけを行ったり、お花を飾って季節感を味わっていただいております。外出の写真を飾ったりしております。	利用者が集うリビングルームは華美な装飾は避け、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	ご自身の気分に合わせてソファでテレビを見たり仲の良いお客様同士ゆっくりと居室やリビングにて過ごしていただいております。		
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	慣れ親しんでいた家具を入居の際、設置して頂いております。リビングでの過ごし方に関してはお花が好きな方にはお花を置きいつでも鑑賞できるような環境づくりを行っております。	居室内でも居心地良く過ごせるように、これまで使い慣れた愛用品や馴染みの物の持ち込みを可能としています。居室掃除も定期的を実施し、衛生面も保たれています。	
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	トイレマークのステッカーを使用しなるべく自立できるように支援しています。毎月の行事カレンダーを壁に貼り、楽しみを持てるようにしております。		