

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22年10月31日	評価結果市町村受理日	平成24年3月28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://kaigo.chibakenshakyo.com/kaigosip/Top.do
----------	---

【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23年11月29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)】

きらら都町は閑静な住宅街にあり、南向きで日当たりが良く、周囲を庭がとりまいています。庭には四季折々の草花が植えられており、また、入居者の皆様とスタッフで野菜作りも行い、収穫し、可愛い野菜が食卓にのぼっています。
利用者様の残存能力に合わせ、個別に千葉駅方面やデパートまでスタッフと行動を共にし、ウィンドウショッピングやコーヒーを楽しんだりもします。年間通じて、時にはご家族も交えての楽しい行事があります。

【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)】

「地域で安心して暮らす支援」を年間目標に掲げ、年間目標達成に向け毎月、月次運営目標を掲げ、年間目標達成に向け取り組んでいる。特に今年度は、年間目標でも定めた「地域とのふれあい」に重点を置き、自治会や地域行事(お祭り、運動会、餅つき大会)に利用者と一緒に参加し、地域住民との交流充実に取り組んでいる。地域の運動会には利用者用に席を確保して頂くなど、着実に地域との交流が深まっている事が窺える。今後に向けては、利用者の状態に応じた支援方法をより明確にしていく事を課題としており、ホーム内外の研修を通じ、職員のスキルを向上させ、支援方法のより一層の充実に取り組むこととしている。

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	会社としての理念「きらら」としての方針があり、それに沿って運営している。 きらら掲示、申し送り時、唱和する。	法人の社訓、経営方針、運営方針、ホームの年度目標を事務所に掲示している。また、年度目標達成に向けた月次運営目標をホーム長、リーダーを中心に毎月作成し、各月の取り組みをユニット会議で職員に周知している。	
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	散歩、買い物時に、近隣の方に気軽に声をかけている。自治会に入会、お祭り、運動会などの行事に参加。自治会の行事や、レク活動には積極的に参加している。	地域とのつきあいでは、地域の行事(お祭り、運動会の見学、餅つき大会等)に利用者と一緒に参加し、地域の方と交流を深めている。地域の運動会では、利用者用の席を確保して頂くなど、交流が深まっている様子が窺える。	
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	自治会を通じ、地域の方々に理解や支援をしていただけるよう働きかけを行っている。		
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	地域協力を得て、会議に参加して頂いている。また、ご家族様には、毎月你的生活状況報告シートを送付し、案内している。玄関入り口には、運営推進会議の開催日を掲示し、お知らせしている。	運営推進会議は2カ月に一度定期的実施している。会議には地域包括、民生員、相談員、家族の方が参加され、日々の取り組み状況を写真に収めたものを活用しながら、日頃の様子を参加者に報告している。	
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	千葉県グループホーム連絡会を通じ、市町村と話し合いも行き、サービスの向上に取り組んでいる。	県のグループホーム連絡協議会を通じて、市の担当者と意見を交わすように努めている。市の担当者以外の交流では、地域包括支援センターと交流を深め、必要時に連携が図れる体制を築いている。	
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	社内研修や勉強会を通して、身体拘束に対する正しい知識を理解し、共有している。また、実際の現場においても、身体拘束ゼロを目指し、日々取り組んでいる。	身体拘束の廃止に向けては、ホーム内の研修に身体拘束廃止を取り上げ、職員の意識を高めている。現状、玄関の施錠も含め身体拘束につながる事例は発生していない。	
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	会社として採用者に対する研修がある。また、身体拘束に対するマニュアルを用い随時意識の向上に努めている。		

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	権利擁護は、すでに活用している。今後はより制度への理解を深めたい。		
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	利用前には、何度もサービスについての説明を行っている。また、解約時にも、密な連絡を取るよう心がけている。		
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	面会時などに出来るだけ多くの意見を聴くようにしている。家族会、年行事、出来るだけご家族に来て頂き、お茶会などを行っている。家族の方から、今後はいつ頃行事があるのですか、と聞いてくるようになりました。	ホーム内外の苦情窓口は重要事項説明書に明記し、契約時に家族に説明している。また、家族交流会を年に2回開催し家族からの意見を収集するほか、ホーム内に意見箱を設置し家族等が意見を表出できる機会を確保している。	
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	今まで出来なかったことを職員一丸となって取り組んでいる。	職員の意見は、毎月の全体会議やユニット会議の場で収集し、収集した意見を基に日々の業務に反映している。また、3カ月に一度職員親睦会を開催し、職員からの意見を収集している。	
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	職員の様子や資質を見極め、役割を与えている。また、社内の昇格試験が年2回あり、頑張っている職員には試験を受けてもらうよう支援している。		
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	社内研修及び施設内で行う勉強会、外部の研修に参加できる機会を設けている。		
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	千葉県グループホーム連絡会、千葉市グループホーム連絡会に所属。定例会などに出席している。		

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	本人、家族の相談には親切丁寧に対応し、相談援助を心がけている。		
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	家族の面会時、または電話で些細な事でも、出来るだけ話をしている。		
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	何を必要としているのかを、本人、家族と話し合い、生活暦等を照らし合わせながら対応に努めている。		
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	掃除、食事の手伝いと、水撒き、洗濯干し、洗濯畳みなど、その人その人の出来ることは、手伝っていただいている。また、一方通行なケアにならないよう、配慮している。		
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	これまでの本人と家族の関係、生活暦等を理解し支援するように努めている。		
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	本人の馴染みの食堂などにも時々食事に出かける。美容院、床屋など、その人その人の好きなおところへ行き、顔馴染みになってきた。	ホーム入居後においても馴染みの人や場所との関係が途切れないように、これまで通い慣れた馴染みの食堂や美容院、床屋の利用の継続や利用者からの要望に応じて個別で外出する機会も設け、これまでの関係の継続につなげている。	
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	食事時の席を変えたり、入居者同士がなごやかに会話出来るよう職員は出すぎず、関わるようにしている。		

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	他の支援に移行しても、交流はしていきたい。		
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	センター方式やアセスメントを取り入れ、本人、家族から何度も聞き取りを行い、思いを把握するよう努めている。また、日々の観察や本人の生活暦等を照らし合わせながら、思いや意向の把握に努めている。	利用者の意向については、日常会話から収集するほか、ケアプラン作成時のアセスメントにおいて一人ひとりの課題を抽出し、利用者の状態に即したケアプランのもと日々支援できるように取り組んでいる。	ケアプラン作成時のアセスメントにおいてユニット間で実施状況にばらつきが見られるため、ホーム全体としてアセスメント方法を統一することが望まれる。
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	入居前、入居時に得た情報の他に、日々の会話や、コミュニケーションを通じ、一人ひとりの過去から現在に至る過程の把握に努めている。		
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	介護記録、週間経過記録、D3シート、その他資料を用い、事細かに記録し、変化があればその都度申し送りを行い、職員間の情報の共有を徹底している。		
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	アセスメントを元に、その人がその人らしく生活できるよう、職員、家族、医師等と相談し、介護計画を作成している。	アセスメントで得た情報を基に、担当者会議を開催し職員の意見を収集し、ケアプランを作成している。ケアプラン作成後は家族に説明している。また、毎月モニタリングを行い、プランに掲げた目標の達成度合いを評価している。	ケアプランの見直しが滞っている状況も見受けられたため、ケアプラン見直しが滞らない仕組みづくりが望まれる。
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	ユニット日誌など、記録を毎日記入、情報を共有している。また、申し送りを通じ、職員間で意見を出し合い、実践へと結び付けている。		
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	常に利用者に目を向けたケアを行っており、表情やしぐさから思いや意向の把握に努めている。		

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	自治会の声かけで、地域の運動会、盆踊り、地域のおどりを見に行く。参加している。		
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	24時間対応の訪問診療が2週間ごとに往診している。些細な事でも、わからないことがあれば積極的に質問をし、細かなことでも情報として伝え、信頼関係を築くよう努めている。	ホーム提携先医療機関を主治医とするケースがほとんどであるが、これまでのかかりつけ医を継続する事も可能である。提携先医療機関とは24時間連携しており、緊急時には迅速に対応できる体制としている。	
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	訪問看護師に相談している。		
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。	主治医に相談、情報提供し、紹介して頂く。入居者が安心して入院できるよう努めている。退院についても同様である。		
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	重度や、終末期の迎え方など、まだ検討中である。終末期の家族の意向を早い段階で確認し、出来るだけ意向に沿うケアが出来るようにしたい。	重度化や終末期に向けた方針に関しては「重度化した場合の対応に関わる指針」に基づき「医療連携体制加算同意書」を交わしている。方針については、契約時に説明し、早い段階からホームの方針を伝えている。	「重度化した場合の対応に関わる指針」が文書として残っていないため、今後に向けては指針に関しても個別ファイルに綴じていく必要があると思われる。
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	事故発生時の対応マニュアルを活用し、応急処置や、迅速な報告・連絡・相談を実施できるよう常に意識させている。		
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	防災訓練はいろいろな場合を想定して、まめに行っている。避難経路、確認と誘導方法の徹底を図っている。	各ユニット合同での防災訓練を年間2回実施している。実施にあたっては消防署も立ち会い、通報訓練、避難経路の確認を実施している。地域の協力に関しては、運営推進会議等を通じて呼び掛けていくこととしている。	

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	自尊心には十分配慮し、言葉掛けには常に注意を払っている。また、排泄や入浴など、特にプライバシーに気を使う場面では、ご本人の羞恥心に配慮し、他人の目に触れないよう、空間の確保に努めている。	利用者への声かけについては日頃から注意を払っている。特に「ちゃん」付けで利用者を呼ぶような事が無いように、日々の申し送りや会議等を通じて職員に周知している。	
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	職員は、急がずコミュニケーションをとり、本人が素直な自分の気持ちを自分で決められるような声かけや支援をしている。		
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	出来る限り本人の意向を尊重するよう努めている。本人の体調や、気持ちを汲み取り、状態に合わせて臨機応変に支援している。		
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	馴染みの店、本人の希望の美容室や理容室に行く。衣類が欲しい時は、デパートに職員と出かける。		
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	利用者の好きなもの、旬のものを取り入れるよう心がけている。時には、出前や、外食などもしている。食事の準備を手伝い、食器洗いなど、ほとんど手伝ってくれる。食事は、職員、利用者と一緒に同じテーブルで食べている。	食材の買い物や食事の準備、後片付けにおいては利用者も率先して取り組めるように支援している。食事メニューを決める際には利用者の要望も反映している。また、利用者の要望に応じては個別で外食にお連れするなどの支援も図っている。	
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	食材は栄養のバランスに気をつけ、食べた量、水分量は毎食後記録している。また、職員間の情報の共有を徹底し、体調管理に気を配っている。		
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	歯磨きは食後敢行を促している。介助もあり。義歯は夜間洗浄剤につける。必要な場合は訪問歯科検診を受けている。		

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	本人の状況を見ながら声かけ、誘導している。便秘気味の人には、水分を多く摂ってもらい、自然排便を心がけている。	利用者一人ひとりの排泄パターンに関しては、個人記録内に収め、職員間で共有している。日中は、定時の声かけや誘導によりトイレで排泄できるよう支援している。	
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	繊維の多い食物や、水分をたくさん摂るよう、また、身体を動かすよう声かけしている。それでもだめな場合、ドクターに相談している。		
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	平均週3回マンツーマンで14時～16時の時間帯、拒否のある人には、タイミングを見て誘導している。入浴前にはバイタルをとり、体調を確認している。	入浴については体調を考慮し週2～3回入浴できるように支援している。入浴の際、利用者の拒否が見られる際には無理な入浴は避け、タイミングを図りながら声をかけるようにしている。	
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	朝の掃除や食事などの声かけ以外は、体調に合わせて自由に休息をいただいている。また、全介助の方に対しては、入眠中、出来るだけ不快な思いをさせないよう、時間を決めて定期的に体位交換や、排泄介助を行っている。		
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	誰がいつどんな薬を服用するか、説明書もファイリングし、いつでも見られるようにしている。服薬確認者は、毎服薬を確認した上で、記録をしている。		
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	歌を歌ったり、本を読んだり、ショッピング、散歩、本人の意思決定をしてもらいながら行っている。		
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	お食事などでバスで出かける時、コーヒーを飲む時、自分で支払いをしてもらっている。自分で出来る事、わかる事は願っている。	ホーム周辺の散歩や地域行事への参加のほか、ホーム内の花壇を利用した作業等、日常的に外に出る機会を設けている。また、利用者の要望に応じて行ってみたい場所に個別でお連れするなど、個別支援の充実にも取り組んでいる。	

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	お小遣いとしての預かり金は、基本的にはホームで管理している。出かける時に財布を渡し、好きなものを買ったり自分で支払いをしてもらっている。		
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	電話をかけたい時には、自由に家族にかけている。本人の意向に沿って支援するよう努めている		
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	リビングはオープンであり、窓から見える外の景色は良好。玄関先には、季節の花を植えてある。	利用者が集うリビングには、季節に合わせ花を飾るなど、華やかな装飾は避け、居心地良く過ごせるように配慮している。リビングや廊下には歩行の妨げになるものは放置せず、安全面にも配慮している。	
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	一人になるのは、自室のみ。リビングでは特に座る場所は指定していないので、その時の気分で自由に席を変えられる。		
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	居室内の備品、ベッド、タンス、テレビ等は、今まで使っていたものをベースに持参していただいている。	居室内には利用者の馴染みの物を持ちこむ事を可能としている。持ち込み品は家族と相談し決定しており、居室内においても居心地良く過ごせるように配慮している。	居室前のネームプレート部分の破損が一部見られているため、修繕等が必要であると感じた。
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	バリアフリー、廊下、トイレには手すり、床はクッション製の床材を使用している。各部屋に名札を付け、わからない人には、目印をつけ混乱を防止している。		