

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	4570201170		
法人名	有限会社 未来企画		
事業所名	グループホームオルゴール	ユニット名	フラット
所在地	都城市吉尾町111-1		
自己評価作成日	平成28年11月16日	評価結果市町村受理日	平成29年2月17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)】

地域密着型の施設としての取り組みで、介護や看護の教育の場として提供することで、地域への貢献を行っている。現在、介護・看護・歯科衛生士の専門学校施設実習(3校)、訪問看護研修生の受入れ(1校)、中学校の職場体験学習(2校)、保育園(1校)の園児さん達との交流会を年2回実施している。認知症の方と関わることで認知症の理解やグループホームの役割・存在意義を知って頂き教育の場として地域へ貢献出来ると考えています。また、地域の公民館に加入しており、敬老会の行事に施設の看護師2名がボランティアとして参加し、血圧測定や健康相談を行いアドバイスをしている。毎年参加し好評を得ている。年1回の施設の敬老会には地域の方へチラシや回覧板などで見学の呼びかけを行いボランティアの方や、太鼓、歌や踊りなどを披露し参加頂き、地域との交流を行っている。また、認知症を支える地域ネットワーク作りをテーマに沖水地区ケア会議へ参加、11月19日には本県初開催である認知症啓発運動「RUN伴」の運営役員として参加します。

※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.kaikokenaku.jp/45/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kanintru&JiyosyoCd=4570201170-00&PrefCd=45&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会
所在地	宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階
訪問調査日	平成29年1月20日

【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)】

ホームの周囲には商業施設や工場があり、地域の公民館活動に参加したり、ホーム主催の行事等に公民館長や民生委員が協力するなど、地域と積極的に交流できるような協力関係を築いている。ホームの看護師が地域の祭りで血圧を測定したり、地域の民生委員が定期的に紙芝居ボランティアに来訪するなど、地域との相互関係も構築している。専門学校の実習や中学生の職場体験を受け入れており、地域に開かれたホームとなっている。また、職員同士が気軽に仕事や運営について話し合い、運営者ともコミュニケーションが良好で、風通しの良い職場環境を形成している。

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 3. 利用者の1/3くらい 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

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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	運営理念と6つの綱領を玄関やホール事務所などにかかげている。また、会議の冒頭で唱和している。	毎年法人の年間スローガンを基にホームの年間理念を全職員で作成し、ホールの見えるところに掲げ、1か月ごとの会議で復唱し共有している。日々の業務の中や終礼で振り返りを行っている。		
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	地域の公民館へ加入しており、定期的に公民館便りも頂き地域の情報を得ている。また、運営推進会議に公民館長や民生委員が参加し情報や改善案を頂いている。地域の文化交流である沖水祭りに作品を出品したり見学に出かけている。沖水地区の地域包括ケア会議にも参加した。	自治会に入会し、地域の行事に積極的に参加している。ホームの看護師が血圧測定を行ったり、ホームの行事に地域の人を招待するなどしている。定期的に民生委員が紙芝居ボランティアに来訪し、また、中学生の福祉体験や歯科衛生士専門学校生の実習受け入れを行っている。		
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	地域の方に認知症やグループホームを理解してもらう為に、近くの福祉専門学校や看護学校の施設実習、中学生の職場体験学習、保育園との交流会など、教育の場として提供している。また毎年地域の敬老会に看護師が血圧測定に出向いて健康相談などをおこなっている。			
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	年に6回、2か月に1回開催し、毎回地域包括支援センター・公民館長・民生委員が参加され、運営推進会議を継続して行い、利用者の状況や行事の報告を行ったり、毎回1つのテーマを決め報告し、参加者からの意見や質問を頂き、改善に努めている。	ホームの現状報告を行い、公民館長、民生委員に地域行事の情報を提供してもらっている。毎回テーマを決めており、ホームの運営改善やサービス向上につながるよう意見交換がなされている。		
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取り組んでいる	市の介護保険課には定期的な実地指導を、地域包括支援センターの担当者には運営推進会議に参加いただき、施設の運営状況や利用者の状況を伝えたり、市としての情報を頂いたりして、協力関係を築いている。また後見人制度の誘導など指導も頂いている。	市の担当課へ出向き、運営推進会議の報告を毎回行っている。市主催の研修等の情報を得たり、ホーム運営に関する相談を行うなど、市との協力関係を築いている。		
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「介護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	直接的な身体拘束は行っていないが、玄関を出ると門や柵が無く道路に出られる為、人命第一に考え時間帯を決め施錠を行っている。入所時には家族に施錠することの了承を得ている。利用者には圧迫感が無いよう外に出ようとする利用者に対しては声掛けをしたり一緒に外出したりしている。	原則、日中は施錠をしていない。月1回の職員会議や外部研修に積極的に参加して、拘束をしない介護の周知徹底を行っている。		

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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
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のないよう注意を払い、防止に努めている	定期的に行われる虐待防止などの研修会に施設の代表者が参加し、報告を兼ねての研修会を行っている。又日頃のミーティングや会議などでも注意を促している。			
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	後見人制度の手続きを行った利用者が1名いる。また今後必要と思われる他の利用者の方がいれば利用を促すようにしている。			
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	重要事項説明書や契約書また個人情報に関する承諾書などの契約締結時は、利用者や家族が納得されるよう説明をし、了承を頂いてから行っている。			
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	ご意見箱を玄関に設置しているが、なるべく家族からは直接にご意見や要望を聞き出せる様に、面会時や連絡時には利用者様の状況を細かく伝え、日頃から家族との信頼関係(話しやすい関係)を築く様にしている。	家族が、受診外出などで月1回はホームへ来訪しており、その都度、意見や要望を聞くようにしている。来訪時や連絡時に利用者の日々の状況を細かく伝え、家族との信頼関係を築くようにしている。		
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	ミーティングの機会に意見や改善案などの要望を聞いたり、改善策を話し合っている。また、専務や社長が定期的に来所し困っていることや問題点を聞き入れるようにしている。話しやすい環境を作るよう日々コミュニケーションを取っている。	職員は、日々の業務の中や職員会議時に、ホームの運営やサービス向上について要望や意見を出しており、改善や問題の解決が速やかになされている。管理者は定期的に来訪し、職員が気軽に意見や提案ができるよう配慮している。		
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	研修や資格取得などを推進する為の褒章制度を設けスキルアップをめざしている。また代表者は、職員の日頃の勤務状況や勤務態度などを把握し、評価を行っている。勤務表は希望休の制限なし、早出遅出の希望、有給休暇取得の促進など個々の希望をできるだけ尊重し作成している。			
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	スタッフ各個人に合わせて、各種の研修会や講習会などの資料を回覧し、研修や資格取得などを推進する為の褒章制度を設けスキルアップをめざしている。また定期的にテーマを設けメーカーなどに勉強会を依頼し研修を行っている。			

宮崎県都城市 グループホームオルゴール(フラット)

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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
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	グループホームの連絡協議会に加入しており、定期的に連絡会や研修会に参加している。また代表者が他の同業者と連絡を取ったり、スタッフのつながりで情報を得たりしている。11月19日には認知症啓発運動である「RUN伴」に参加。			
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	入所前のアセスメント時に、本人や家族との面談をし、希望や思いを聞き、施設で生活する本人の姿を思い、その方に合った支援の方法を提案し、本人や家族の理解を得て、信頼関係を築くようにしている。			
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	入所前から家族の思いや立場などを考慮し、家族と共に支援していくようにする。家族との信頼関係を図り、相談や希望など、家族が話しやすい関係を築くようにしている。			
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	当施設を利用する際に、紹介を受けた事業者や関係機関と連携し、家族からの相談内容、本人の状態などを考慮してどのような支援やサービスが必要なのかを検討し、家族に提案している。又、その時にグループホームが適当ではないと判断した際には他事業所を紹介している。			
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	職員は利用者と共に生活している感覚で利用者に接するよう促している。利用者の個性を尊重し、調理や洗濯物など出来る事を手伝ってもらうことで施設に暮らす一員であることを意識してもらったりしている。出来るだけ活動に参加できるように努めている。			
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	家族が利用者を預けっぱなしにならないように、月に1度以上の面会をお願いしており、面会時は家族と施設の双方で要望や情報を共有し、面会時以外でもプランの更新や状態変化があった時など、家族との連絡を取るようになっている。			
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	入所以前からの主治医は継続して利用してもらい、なじみの床屋や美容室なども家族やスタッフが付き添ってもらい利用している。また利用者の友人や知人なども気軽に面会に来ていただいている。	以前からのなじみの床屋や美容室を利用している利用者もいる。また、知人や友人などが気軽に来訪している。家族と共に墓参りや外食などもしており、なじみの人と場の関係が途切れないよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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
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	共同生活のメリットであり、お互いに刺激し合うことで利用者自身の活性化と利用者同士のコミュニケーションを促し馴染みの関係が持てる環境作りを行い施設の一員としての役割を持つことで生きがいにつなげようとしている。			
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	病気などでやむを得ず退所された後でも、病気が回復し、再度入所された方が以前数名いる。退所後も状況を聞いたりして家族の相談を受けたり、アドバイスを行っている。			
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	入所前のアセスメントの時に希望や意向を聞いているが、日頃の生活においても本人の要望をその都度聞いて実現可能なものはすぐに行うようにし、訴えが出来ない方には家族に聞きながらできるだけ希望をかなえて、その人らしさの支援を行うようにしている。	利用者一人ひとりの24時間の言動や行動記録をホーム独自の記録表を用いて行っている。記録表を活用し、また、コミュニケーションをとることで、一人ひとりの思いや意向の把握に努めている。		
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	入所前のアセスメントの時に、本人の生活歴や職歴、趣味、性格などを聞いており、それを生かしてコミュニケーションを図ったり、施設で生活する為の支援を行ったりしている。			
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	利用者の日々の生活を支援し、観察していく中で、出来る事、できないこと、また以前はできていたができなくなったことなどを個別に把握し、記録し、他のスタッフと情報を共有している。			
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	日々の利用者の生活の記録を基に、スタッフやケアマネージャー、家族、医師などと連携し、本人の状態に合わせ、その人らしい暮らし方を提供するための介護計画を作成している。プランの更新時だけでなく、状態変化にあわせた対応策を検討している。	介護計画は担当者が行っている。24時間の言動、行動の記録表を用いながら、モニタリング、アセスメントを家族や職員、関係者と連携してチームで行い、利用者一人ひとりの現状に即した介護計画が作成できるようにしている。		
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	日々の生活の記録は、介護計画の実践の結果を記録するようにしており、日々の本人の身体的状態や精神的状態を時系列に記録し、スタッフの気づきを記録し情報を共有するようにしている。またモニタリングを通して介護計画の見直しに利用している。			

宮崎県都城市 グループホームオルゴール(フラット)

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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
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	協力医療機関や医師、歯科医師の往診を受けることができたり、利用者のニーズに合わせて、利用できるサービスを適宜取り入れ行っている。			
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	運営推進会議を通して公民館や民生委員、地域包括支援センターとの協力関係や地域の教育機関との交流など安全面や生活面での協働体制で支援を行っている。地域の文化祭に作品を出品したり見学することで楽しみを得たり、保育園や中学校、介護専門学校、歯科衛生士学校や看護学校と交流を行っている。			
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	入所以前からの主治医との関係を維持し、家族やスタッフとの連携で受診を行っている。また施設の協力医院や歯科医師もあり、状況に応じて本人や家族の同意を得て受診や往診を行っている。	受診は、ホームの看護師が付き添って支援している。家族へはその都度の報告・定期的な報告をし、共有できるよう支援している。利用者の状況によって往診などの支援もなされている。		
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	施設内に正看護師2名准看護師2名を配置しており、他のスタッフも医療面での変化や異常に気付いた時には看護職に報告・伝達を行い、適切な対応を行っている。			
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。	入院時には、担当スタッフや看護職が病院と連絡を取りながら施設での状態や注意点をサマリーなどで伝え、入院時の病状の把握や退院後の支援の方法など本人にとって最良の支援の方法を総合的に検討している。			
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	重度化した場合の対応は重要事項説明書などに記載し、入所時に家族に説明し理解をしていただいているが、実際にそのような状況になった時には、家族や主治医、施設スタッフが連携を図りながら対応を行っている。終末期のあり方に関しては家族、医療機関と密に連携し取り組んでいる。	重度化した場合における対応については、重要事項説明書にて契約時に説明している。急性期の対応は説明しているが、重度化や終末期に向けた指針については言葉のみの対応となっており、方針が職員と共有されていない。	ホームでできる「重度化や終末期に向けた方針や対応」について、本人、家族等と話し合いを行い、職員が少しでも安心して、本人、家族等を支援できるような工夫を期待したい。	
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	緊急時の対応マニュアルがあり、スタッフは随時確認し、夜間帯の緊急対応や応急手当など急変時の対応などの研修も行っている。			

宮崎県都城市 グループホームオルゴール(フラット)

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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
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	災害時対策マニュアルがあり、スタッフは随時確認し、日中や夜間の火災や災害などを想定して消防・避難訓練を年に2回行っている。また災害時の近隣地域の応援を公民館長や派出所などに依頼している。	火災訓練には公民館長や民生委員、地域の交番からの参加があり、また、近隣の商業施設の協力も得ており、地域との協力関係を構築している。地震等の自然災害での訓練や備蓄品が十分ではない。	地域の消防団の協力を得ること、また、自然災害対策訓練と備蓄品について、本人や家族、職員が不安のないよう対応することを期待したい。	
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	利用者への言葉掛けは尊厳をもって接するように指導をしている。また個々に合わせて言葉かけを行っている。	利用者一人ひとりに尊厳を持った言葉掛けを行っている。意思表示ができず、全介助の利用者に対しても常に言葉掛けをし、他の利用者の集う場所で一緒に時間を作るなど、本人の思いを押し量り支援している。		
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	利用者との日々のコミュニケーションにて本人の希望や意思を聞き出せるように努めている。また、意思疎通が困難な方は、表情や行動などで汲み取るように心がけている。それを記録して他のスタッフと情報の共有を行い実現に近づけるようにしている。	/		
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	個人の意思や希望を尊重しながら、共同生活のリズムと個人の生活のペースのバランスを取り、本人が一日を楽しく過ごす様、本人の趣味や嗜好を考慮したり、やりたいことが出来るように促すなど、支援を行っている。			
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	散髪は馴染みの美容院や床屋に行かれる方もいる。また意思疎通が困難な方は、家族に相談しながら本人の希望に近づける様工夫している。			
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	リビングと台所が一体化しており、調理している様子やにおいが感じられる。また利用者の方の残存能力に応じ調理の下ごしらえやテーブル拭き、食後の片付けやお盆拭きなどの協力をしていただいている。	食事は職員が交代で作っている。簡単な材料準備や台拭き等を利用者に手伝ってもらっている。おやつ作りをしたり、テラスで茶話会をするなど、食事が楽しいものとなるよう工夫している。		
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	個人ごとの水分摂取量や排泄の状況を時間ごとにチェック表に記録し、把握を行っている。水分は個人ごとに摂取しやすい形態で提供している。また朝・昼・夕の食事量や体重の記録などにより総合的に健康状態の管理を行っている。	/		

宮崎県都城市 グループホームオルゴール(フラット)

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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	毎食後の口腔ケアは個人ごとに自立度を把握し、本人の状態に応じ、本人が出来る事はしてもらい、できないことは介助しその方に応じて行っている。また、協力医院の歯科往診を利用して口腔内の健康維持管理も行っている。			
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	個人ごとの排泄チェック表で、時間毎に排泄状況を記録し排泄パターンをスタッフ間で確認し把握している。、トイレでの排泄を促す為、定時誘導や声掛けを行い、失禁や排泄の失敗が少なくなるよう支援を行っている。また、オムツのコストが高い方は特にコスト削減に努めている。	日中はトイレで自立して排せつできるように、オムツを減らす取組を行っている。排せつチェック表で本人の排せつパターンを把握して、排せつの失敗が少なくな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	排泄チェック表やそれを集計した健康チェック表にて、個人ごとの排泄状況(排便状況)を確認し、個人ごとの排泄パターンを把握することで定期的にトイレ誘導を行う。また便秘予防としては内服薬服用の他、食事や適度な運動による便秘予防を行っている。			
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	基本的にはお風呂を週2回、午前中に入浴の日を決めているが、利用者の方が入浴の希望があればその都度入浴している。	入浴は原則週2回であるが、利用者の希望があればいつでも入浴できるよう支援している。		
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	利用者の意思で自室で休まれたり、リビングでくつろいだり、他の方とコミュニケーションを取られる様に支援している。夜間の安眠の為に、日中は体操やレクなどの運動を行っている。不眠の方の為に、主治医や家族、スタッフで連携し回復の為に支援を行っている。			
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	利用者への服薬管理はリスクが伴うことを理解し、誤薬が無いよう、取り扱いに注意する事をスタッフに指導している。服薬中の利用者の状態を日々観察し、症状に変化がある時は直ちに主治医に連絡し指示を仰いでいる。服薬管理はかかりつけ薬局に協力していただき弊施設看護師と管理している。			
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	洗濯物タタミや料理、食器洗い、そうじなど利用者の方それぞれが出来る事を手伝っていただくことで、共同生活の一員として役割の達成感や生きがいを感じてもらえるよう支援を行っている。			

自己	外部	項目	自己評価	フラットユニット	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
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	利用者の希望によりなじみの床屋に出かけたり、家族との協力で外出されたりを行っている。季節によってはスタッフと、ドライブを兼ねた外出を行ったり、地域の行事へ参加するなどの支援を行っている。		天候の良い日はテラスで茶話会をしたり、敷地内の芝生広場に出るなどしている。利用者の希望があれば、買い物や季節ごとのドライブを支援している。地域の行事にも積極的に参加している。	
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	施設内でのお金の所持はトラブル防止の為、家族の同意を得て行っていない。買い物は必要に応じてスタッフや家族の協力を得て、同伴して行っている(買い物は施設で立替し行っている)。			
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	利用者の残存能力に応じ、電話の取り次ぎや掛け方を行っている。また手紙などのやり取りも行っている。季節のあいさつなどで手紙を書くことを促している。			
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	玄関やリビングには季節の生け花や花瓶を置いていたり、トイレや玄関には芳香剤を置き、リビングでは利用者の好みの音楽や映像を流し、食事中にはオルゴールの曲を流すなど、落ち着ける空間にするための工夫を行っている。		共用空間は綺麗に清掃がなされている。利用者が集うリビングは採光もよく、居心地よく過ごせる空間となっている。壁一面に利用者の日々の生活の写真や作品を飾っている。	
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	リビングには自分の席を決めてあり(自分の居場所であることで落ち着かれる為)、畳を敷いた趣味室にはテーブルがあり、座ったり横になったりしてくつろぐ事が出来る。			
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	居室にはタンスなどの家具類・使い慣れた布団や枕・家族などの写真・位牌・仏壇など利用者の方それぞれの馴染みのものを持ち込まれたり、希望に応じてテレビも居室に持ち込み視聴されている。		居室には仏壇やテレビ、たんすなど、使い慣れた家具を持ち込んでもらっている。家族の写真や「宝物」のスポーツ選手のサイン色紙などはるなど、本人が居心地よく過ごせるよう工夫している。	
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	トイレや居室などの場所を利用者がわかりやすくする為、大きくして表示したり、本人の写真を貼ったり、廊下に手すりはあるが、自分の力で移動するために押し車の使用を促し安定して歩行が出来るようにしている。			