

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	2170102905		
法人名	医療法人 和光会		
事業所名	ファミリーケア大黒町		
所在地	岐阜県岐阜市大黒町3丁目12番地1		
自己評価作成日	平成30年12月3日	評価結果市町村受理日	平成31年3月27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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/21/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&JiyosyoCd=2170102905-00&PrefCd=21&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 ぎふ福祉サービス利用者センター びーすけっと
所在地	岐阜県各務原市三井北町3丁目7番地 尾関ビル
訪問調査日	平成31年1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)】

<p>日々の生活リハビリと共に、個々に合わせた数分の機能訓練(歩行・立位・昇降訓練)を行う事で、トイレでの排泄の継続を図っている。また毎日取り組まれる訓練時に入居者から外出やイベント食の希望を聴き、計画・実施している。 ご家族や知人の面会時、職員から積極的に声をかけ、日頃の様子やエピソードをお伝えすると共に、廊下に貼り出す写真で活動を知っていただいている。</p>

【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)】

<p>ホームの玄関先には、地域住民が植えたパンジーが咲き、利用者も気分転換や散歩の一環として花を眺めに外に出ることが多い。地元中学校の福祉体験で生徒を受け入れたり、地域の傾聴ボランティアとの交流も盛んである。家族には、来所の機会となるよう、季節の衣類入れ替えを依頼したり、小口預かり金は、直接、事業所に持参してもらうなど工夫をしている。また、家族会では、利用者の日頃の様子を写真にしたアルバムを渡している。管理者と職員が、コミュニケーションを取りながら、統一したケアを行い、利用者がやりたい事を自由にできるよう、利用者主体の支援に取り組んでいる。</p>

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)	○	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、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票

[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	事業所の方針や目標を施設内に掲示すると共に、法人理念を名札に携帯し、意識付けをしている。	法人理念の「みんなを笑顔に。」を基本とし、毎月のミーティングでは、職員全員で理念を唱和し、実践につなげている。また、法人主催のガーデン祭や夏祭りなどで、利用者・家族・地域住民が笑顔で楽しめるよう取り組んでいる。	
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	散歩のほかに、近所への買い物や喫茶店に出掛ける際に、ご近所様より声をかけて頂く機会が増えた。また、地域のボランティアや慰問の機会を同建物内事業所と共同で交流を図っている。	地域の清掃活動に参加し、川の掃除、ゴミ拾いなどを行っている。散歩時に、住民から花の球根をもらったり、会話を楽しむことも多い。また、地元中学生の福祉体験の受け入れや、生徒が企画した利用者ロボットふれあい交流等もしている。	地域行事への参加を通して、より一層事業所について知ってもらい、今後は、地域の相談窓口としての役割を担えるよう期待したい。
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	2ヶ月に1回開催される運営推進会議の場で地域の方と話す機会を設け、認知症の方や要介護者への理解を伝えている。		
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	事業所内の活動や入居者の生活の様子をスライドや資料で報告している。また、参加者から事業所に期待する事など意見を頂いている。	運営推進会議には、行政・地域役員・利用者等、多くの参加者があり、中学校校長やボランティアなどのゲストも迎えて、充実した会議を開催している。事業報告や意見交換を行い、利用者の生活の様子をスライドで報告している。スライド写真は、家族も自由に閲覧できるよう、施設内に掲示している。	
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取り組んでいる	月の1回の連絡にて、サービス状況や待機者数などを伝える。	担当者とは、運営推進会議で空き状況を報告したり、制度の相談をしている。また、行政主催の勉強会に参加し、良好な関係を築きながら、利用者サービスの向上につなげている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	研修会に参加した職員より伝達講習として共有し、身体拘束になりうる行為の確認を行っている。また、玄関(1階)の施錠は夜のみとしている。また来客者やご家族にも入りやすい環境作りに繋げる事が出来た。	隔月に委員会を開催し、職員全員が身体拘束についての弊害を理解し、拘束をしないケアに取り組んでいる。止むを得ず拘束が必要な場合は、家族の同意を得て、夜間のみ、転倒予防の為のセンサーマットを使用する場合もある。	
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がないように注意を払い、防止に努めている	研修会に参加した職員より伝達講習を年2回は行っている。また日常のケアや声掛けの対応に課題がある場合は、職員間で互いに声掛けをおこない、注意し合っている。		

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
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	研修参加職員より伝達講習を行い、意思決定支援を踏まえ、取り組むと共に、日常生活自立支援事業や成年後見制度の理解に努める。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	入所時に重要事項説明書・契約書の内容の説明を行い、理解して頂いた上でのサインをして頂くようお願いをしている。グループホームの特徴をまとめた資料を使用し、分かりやすい説明を心掛けている。		
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	入居時の聞き取りを記録に残すと共に、ご家族からは面会や行事参加時に要望や意見を、入居者からは普段の散歩やリハビリ時の個別支援時に思いを聴き、アセスメント実施している。また満足度調査アンケート実践し結果から改善案への取り組みを行っている。	家族との対話や、来所して現状を見てもらいたい思いから、2か月に一度発行していたホーム便りを廃止している。来所の際に、家族の希望や意向を聞いたり、満足度アンケートを実施するなどし、運営に反映させている。利用者からは、日々のケアの中で意見を聞いている。	ホーム便りを廃止したことについて、管理者の思いが家族に伝わり、今まで以上に訪問が増えることを期待したい。
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	月に1回ミーティングを行い、職員全員で話し合いを行っている。また、業務の都合上参加出来ない職員に関しては書面で議題を提示し、意見を求めるようにしている。	管理者は、職員の気持ちを引き出せるよう、さりげなく声かけをしたり、毎月のミーティングで、意見や要望を聞いている。また、年に一度、職員全員のストレスチェックを行い、職員の心のケアにも努めている。	
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	チャレンジシート・Eワークを活用する事で、個々の実績や勤務状況を把握し、定期的に面談を行い、働きやすい環境作りに努めている。またメンタルヘルスケア導入により職員の心のケアにも務めている。		
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	キャリアパスを活用し一人一人の実際の力量を把握した上で、法人内外での研修を受ける機会を確保している。また、研修に参加しやすいよう、業務の改善に努めている。		
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	法人内で実施される研修だけではなく、グループホーム協会・岐阜県事業団などが主催する勉強会や研修会に参加し、他法人施設その情報を伝達講習を行う事で、日常の介護サービスに活かしている		

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
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	アセスメントや面談の段階で、ご本人の要望、不安な事を確認することで問題を解決出来るよう一緒に検討している。		
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	家族の要望や不安を確認をすることで、サービスに対する問題点を把握し、家族の不安を取り除けるよう努めている。		
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	サービスを導入する段階でのニーズを把握し、優先順位を確認しながら支援の方法を検討している。		
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	他の入居者やスタッフと共に生活している雰囲気作りに努め、家族に協力して頂きながら、出来る事への継続や共に行うことで入居者同士の繋がりが出来るよう支援を行っている。		
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	月に2～3回は面会に来ていただける家族に働きかけ家族会を開催。その中で施設での生活の様子を細かく伝え、一緒に問題を解決出来るようにしている。また、活動内容をカメラで撮り写真展示している。		
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よう、支援に努めている	家族を含めて、友達や近隣の方との関係を調べて、施設に面会に来ていただけるように働きかけている。	家族が本人の希望する外食店に連れて行ったり、一緒に買い物に行くなど、家族の協力を得ながら、馴染みの場所へ出かけている。利用者は、月に一度の傾聴ボランティアとも顔馴染みとなり、来訪を楽しみにしている。	
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	座席の配置を工夫する事で、入居者同士の交流がしやすいように支援している。また、食事の準備片付けや洗濯等、利用者同士で取り組めるようなケアに努めている。		

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
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	契約が終了した後でも、入居先の施設を訪問したり、家族に連絡を入れることで、本人や家族との繋がりを大切にしている。		
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	1人1人の希望・要望を自然な形で話が出てくるように個別のコミュニケーションを大事にしている。認知症により困難な方には、選択肢での声掛けや、本人にとって良いと思われる対応をカンファレンスで検討している。	利用者一人ひとりとのコミュニケーションの時間を大切に、やりたい事を把握するよう努めている。また、ホームでの共同生活ではあるが、強制ではなく、自然に家事活動に参加できるように配慮している。思いの把握が困難な場合は、動作や表情から汲み取るよう努めている。	
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	アセスメントの段階で、入居者の生活歴やこれまでのサービス利用状況を把握する。家族や本人に聞き取り、サービスの提供に活かしていく。		
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	一日の生活状況をカルテや申し送りに記載する事で、一人一人の様子の把握に努めている。また、その情報を参考にし、毎月のミーティングや3ヶ月毎のカンファレンスでケアの方法を検討している。		
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	本人、家族より要望や希望等を聞き取り、3ヶ月毎のカンファレンスや状況の変化時に、話し合いの場を設けて、介護計画を作成している。また、主治医や訪問看護の職員からも意見を聞いている。	本人と家族の意見や要望を聞きながら、規則正しい生活リズムで暮らせるよう、性格や介護度に合った個別のケアを盛り込みながら、介護計画を作成している。状態の変化や希望があれば柔軟に対応している。	
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	個人カルテに変化や気づきなどの記録を残し、職員全員が情報を共有出来るようにしている。また、ミーティングの中で、情報を参考にしながら介護計画の見直しを行っている。		
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	事業所内だけでサービスが完結しないように法人内外に医療機関や地域との情報交換に努めている。		

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
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	地域の民生委員会や自治会との連絡を密に行う事で、地域資源の把握に努めている。		
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	家族やご本人の希望する病院を把握し、同意を頂いた上で受診場所を決定している。法人内の医療機関に限らず、昔からのかかりつけ医の病院も優先して話を進めている。	ほとんどの利用者が協力医を受診しているが、今までのかかりつけ医を希望する利用者もある。協力医は、毎月、全体往診と個別往診があり、24時間体制で訪問看護と連携しながら、適切な医療を受けられるよう支援している。	
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	日々のバイタル測定や体調管理の中で得た気づき変化を訪問看護に連絡し共有する事で、特変時に適切なケアが早期に変化できるよう努めている。		
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	入院の際には、お見舞いも兼ねて病院にいき、事業所での生活の様子をお伝えすると共に、体調や術後の確認、退院後の生活の相談を行っている		
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	入所前の契約の段階で、重度化した場合のケアや、看取りのケアについての説明を行っている。また、利用者のADLが低下した段階で、その都度看取りの話しをしている。看取りの勉強会について職員の意識・配慮への取り組みを行っている。終末期に関しては、本人と家族の意思を重視し時期が近づいたら主治院の指示を仰ぐ体制としている。	契約時に、重度化や看取りについての説明を行っている。適切な時期に、ターミナルチェックシートで今後の方針を説明し、家族と同意書を交わしている。状態変化時には、主治医や訪問看護と連携しながら、看取りケアに取り組んでいる。職員は、法人主催の看取りケアの勉強会に参加し、学びを重ねている。	
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	職員全員が迅速に対応できるように、日々の業務やミーティングの中で事故発生時の対応方法の確認を行っている。また、AEDの使用方法・訓練やAEDの設置場所の確認を研修で行っている。		
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2回の防災訓練を実施と設備点検を行っている。また、地域の防災訓練への参加の他、事業所の訓練時に地域の方に入居者の避難誘導を行って頂き、災害時の対応へのアドバイスを頂くと共に、課題を一緒に解決していけるよう話し合いを重ねている。	年2回の防災訓練では、台所からの出火や、夜間を想定した避難訓練も実施している。歩行可能な利用者は、職員と共に階段を使用した避難や、地域住民にも利用者誘導の協力を得ている。災害時において、家族への連絡が常に取れる体制にある。	

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
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	入居者の生活や生活歴を把握した上での声掛けや対応を心掛けている。また、法人が開催している接遇に関する研修にも定期的に参加している。	職員は、利用者が望む事を尊重し、見守りながら支援を行っている。法人が主催する接遇委員会の研修に参加し、利用者への言葉かけや寄り添い方などを学び、ミーティングを通して職員同士で共有している。	
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	日常のケアの中から要望を聞き取り行事やレクに活かしている。ご本人に聞きながら、体調や思いや希望に合わせて取り組んでいる。		
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	入浴の場面においては、1日の中で利用者が自分で入浴したい時間を選択できるように声掛けや支援を行っている。その日、何を行うのか決定出来る方には、決めて頂いている。		
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	昔からのお気に入りの服を持ち込んでもらい、おしゃれを意識してもらっている。毎朝の洗顔時に、自身で鏡に映る姿を確認してもらう事で、身だしなみに気を配って頂ける様に声掛けと支援を行っている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	季節のイベント食を行う事で、雰囲気作りも行っている。また、声掛けし、調理で出来る事は行っている。	副食は配食サービスを利用し、ご飯と汁物は職員が作っている。一点食べを防ぐため、ワンプレートで提供し、個々に食べられる量を考慮し、利用者が完食する事で満足感が得られるよう工夫している。食後は、各居室にある洗面台で口腔ケアを行っている。	
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	水分を摂って頂けるよう、嗜好に合わせ対応している。本人や家族の意向を把握した上で、管理栄養士と献立メニューを相談している。		
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	1人1人のADLに合わせた口腔ケアを毎食後、行っている。また歯科医より指導してもらい、口腔内の維持を図っている。		

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
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	1人1人の排泄パターンの合わせた誘導や物品の使用を行っている。都度ミーティングで話し合い、支援の内容を見直している。	排泄表をチェックしながら、声掛けやトイレ誘導を行っている。現在、ほとんどの利用者がトイレでの排泄ができています。パッド使用の利用者には、ずれ落ちないパッドを使用しながら支援している。	
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	日々の排泄パターンや水分摂取量を総合的に考え、支援を行っている。できるだけ薬に頼らない対応を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	職員が1人付き添って介助する事で、自分のペースでゆっくりと入浴してもらっている。	週2回の入浴を基本としているが、利用者の体調や希望に応じ柔軟に対応している。入浴を拒む利用者には、家族にも、声掛けの協力を依頼する事もある。自分のペースで満足した入浴が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	入居者が何時でも休息出来るよう居室をいつでも開放している。また居室の照明を調整する事で安眠出来るよう支援している。		
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	家族やカルテの情報から薬の内容や内服薬や内服状況を確認している。服薬に関して、職員からの情報を主治医に伝え、見直しを行っている。薬剤師や訪問看護とも薬の内容等を確認している。		
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	本人の生活歴や趣味(買い物・散歩等)を把握する事で、生活の中での役割や楽しみを見つけている。ミーティングで希望の聞き取りや話し合いをする。		
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	本人や家族からの要望や確認し、外出レクの計画を立案して実施している。また、家族にも協力して頂いている。	天候や利用者の体調を見ながら、散歩に出かけている。今夏は暑さが厳しかった為、夕方になってからの庭の散歩や、職員のゴミ捨て時に一緒に歩き、散歩に変えている。喫茶店や買い物にも出かけており、春の花見や初詣は、利用者全員で出かけている。	

岐阜県 ファミリーケア大黒町

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	毎月のお小遣いの中で、本人が欲しい物をスーパーや薬局等に外出した際に購入、支払いをしてもらっている。支払いが困難な場合は、職員が補助している。お店の方の理解もあり、協力や支援して頂ける。		
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	家族に連絡したいことがあった際は、居室等で職員も傍に付き添い、安心できる環境で電話をしてもらっている。		
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	冷暖房の温度設定や照明の具合等に注意を払うと共に1人1人の着衣での調整や座席位置の配慮を行っている。	リビングの大きな窓からは、明るい陽光が入る。利用者が、自由に読めるよう新聞や雑誌が置かれており、椅子やソファなど、好きな場所で過ごせる環境にある。感染症予防の為、朝食の時間帯に、全利用者の居室の窓を開け、喚起を行っている。	
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	座席のレイアウトや、職員が会話の橋渡しをすることで、利用者同士が楽しく交流出来るよう支援している。また、居室でゆっくりと静養出来る時間も設けている。		
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	自宅で使い慣れた家具や寝具を持ち込んでもらい、自宅に近い形での生活空間の設定に努める。	居室には備え付けの家具もあるが、本人が使い慣れた机やテレビ等を持ち込んでいる。窓には障子を使用し、落ち着いて過ごせる部屋となっている。家族写真や自分で作った作品を飾り、食後には、居室で読書や計算ドリルをするなど、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	建物内部には掲示物(利用者の名前やトイレの位置等)を掲示する事で、利用者が自立して生活出来るよう支援を行っている。		