

# 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	2795000138		
法人名	株式会社 ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンター東大阪御厨 認知症対応型共同生活介護【ききょう1F】		
所在地	大阪府東大阪市御厨2-4-8		
自己評価作成日	平成23年7月1日	評価結果市町村受理日	平成23年10月6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	<a href="http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2795000138&amp;SCD=370&amp;PCD=27">http://www.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=2795000138&amp;SCD=370&amp;PCD=27</a>
----------	---

## 【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 市民生活総合サポートセンター		
所在地	〒530-0041 大阪市北区天神橋2丁目4番17号 千代田第1ビル		
訪問調査日	平成23年8月5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)】

『お客様の尊厳を守り、支えあいながら、家庭的な雰囲気の中で暮らしていただけるよう、心温まる介護を実践します。』を事業所の理念とし、お客様一人ひとりが“その人らしくいきいきと充実した質の高い生活が送ることが出来る”ように、お客様の意思及び人格を尊重し、支援するよう努めております。

## 【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)】

当該ホームは、職員で作り上げたホーム独自の理念に基づき、利用者や家族、職員がコミュニケーションを取りながら、一人ひとりがその人らしく過ごせる為にどのようなケアに取り組んでいます。又、地域と馴染みの関係を築く為に、地域の他の事業所、地域包括支援センター等の横のつながりを大切にして、意見交換を行う中で情報を得たり、地域の方々との知り合いになるきっかけを作り、災害時には近所の支援が得られる体制の構築にも取り組んでいます。職員はケアの統一に向けて話し合ったり、研修を行う等向上心を持ち努力されています。又、入居以前は普通に行っていた公共交通機関を使った移動等を、今後も出来る限り行っていきたいという思いの基に外出等の企画を行い、利用者を楽しんでもらえるような支援を行っています。

## 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、活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、その時々々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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	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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	朝礼時に社是・経営理念・事業所の理念を唱和し、日々の業務に反映できるよう取り組んでいます。 また、来訪者の目に付きやすいよう、玄関を開けた正面に事業所の理念を掲示しています。	ホーム独自の理念を、職員の意見を聞いた上で管理者がまとめて作りあげ、玄関に掲示しています。心温まる介護、感情に流されない為の取り組みを日常的に確認し、理念を毎日唱和することの意味を問いかけ、職員個々の理解に繋げています。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	日常の散歩等の際に挨拶を交わしたり、地域の行事等へ参加することで地域の方との交流を図っています。	地域とのつながりを大切にしたいという思いを持ち、近所の方々と交流しています。地域主催の盆踊りの誘いもあり参加しています。又、ホームで開催する納涼大会には近所の方の参加を呼びかける等良い関係を築いています。	
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	介護サービスの利用等についての相談があった際は、電話もしくは事業所に直接お越しいただき、管理者がその都度対応しています。		
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	家族様・民生委員様・地域包括支援センター職員様等にご参加いただいています。意見交換等を通じ、業務の改善・向上に繋がるよう取り組んでいます。	2ヶ月に1回行われる運営推進会議は、家族代表や自治会長、地域包括支援センター職員、ホーム職員の参加を得て開催しています。活動報告、問題点、今後の活動予定等の報告を行い、意見交換、要望、助言を頂き、サービスの質の向上に努めています。	
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	不明な点等があれば、相談や報告は随時行っています。	具体的な問題点や書類上の分からない事を市に出向き担当者に相談し、意見交換やアドバイスを頂いています。	
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	現在、身体拘束は行っておりません。今後も身体拘束ゼロを継続していく為に、勉強会等を通じて知識や理解を深めるよう取り組みます。	身体拘束に関する勉強会を行っています。又新人職員には段階的にステップアップできる内容で勉強会を行い、行動を制限しない寄り添うケアの理解を求めています。言葉使いにも気をつけ尊厳を大切に対応しています。日常的に鍵をかけることなく自由な暮らしを支援しています。	
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	虐待に繋がる危険因子を作らないよう、事業所全体で気を配っています。今後も勉強会等の機会を通じて知識や理解を深め、虐待ゼロの継続に取り組まします。		

ニチイケアセンター東大阪御厨 認知症対応型共同生活介護【ききょう1F】

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	勉強会を実施し学ぶ機会を設けています。関連する資料は、常時閲覧出来るようにファイリングしており、不明な点があれば、管理者がその都度説明しています。		
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	契約の締結等の際は、利用者様や家族様の不安や疑問点を解消し、ご理解をいただける様に説明させていただいています。また、改定等の際は家族様にお集まり頂きご説明する機会を設けております。		
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	ご利用者の意見・要望等は、些細な事でも見逃さず、サービスの向上に取り組んでいます。家族様の意見・要望等については、普段の訪問の際だけでなく、年に数回の家族会の場にて思いを受け止め、サービスに反映できるよう努めています。	年2回家族会を行い、家族に要望を伺っています。又、家族の不安や精神面でのフォローを行うために個別の話し合いも行っています。頂いた要望、意見は迅速な対応を心がけ、サービスに反映しています。	
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	月に一度ユニット毎に会議を行い、その場で意見交換し、業務の改善に反映させています。また、管理者とも年に2～3度の個人面談を実施し、意見・要望を真摯に受け止め職場環境の改善に努めています。	ユニット毎に行われる職員会議の場では様々な意見が多くあり、家族からの要望、意見についても話し合い業務に反映させています。職員からはスキルアップのための勉強会の要望もあり研修計画を立てています。又、ホームの重要事項説明書についても研修を行いサービスの向上につなげています。	
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	全職員とその御家族を対象とした“体と心の健康づくりの相談窓口”を設け、悩みを改善できるような対応をしています。資格手当や昇給試験等、給与に反映させる制度もあります。		
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	新任研修や職制に応じた研修の機会を設けています。また、職員が自己研鑽し介護の知識を向上できるように、自宅等のPCにて受講できる“webカレッジ”等、学習環境の整備にも努めています。		
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	東大阪市介護保険事業者連絡協議会や、東大阪市高齢者地域地域別ケア会議等への参加を通じ、交流の機会をつくりサービスの向上に繋げています。		

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
<b>Ⅱ. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	ご入居にあたり、事前面談で利用者様の状況・状態等を、利用者様だけでなく家族様や担当ケアマネージャー様等からも伺い、出来る限りスムーズにご入居いただける様、職員間で情報を共有し話し合う機会を設けています。		
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	ご入居に至るまでの見学・面談等を通じて、意見・要望等を、遠慮なくおっしゃっていただけよう、誠心誠意対応し、信頼関係の構築に努めております。		
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	利用者様・家族様の意見・要望等を出来る限り詳しく伺ったうえで、それらの情報を踏まえ、サービス担当者会議を開きケアプランの作成を行っております。		
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	利用者様の自己決定を尊重し、自らの意思と能力によって問題解決に取り組めるように側面から支援するよう努めています。		
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	行事や会議を通して、利用者様と共に楽しみ、時に利用者様の事を考えあう関係性を築いている。		
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	利用者様の希望に添い、家族様にも協力をいただきながら、馴染みの関係の継続を支援しています。	家族や孫、姪、古くからの友人の面会もあり馴染みの方とのつながりが継続できるように支援しています。帰宅願望の強い方の場合には家族の協力を得て1時間でも自宅で過ごせるように支援しています。	
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	利用者様同士が不快な思いをせず、良い距離感を保ち、誰一人孤立する事無く、共同生活を送っていただける様、支援しています。		

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
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	利用者様の事を第一に考え、相談や要望もしくは必要性があれば、出来る限りの協力・支援はしています。		
<b>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</b>					
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	利用者様の希望・意志の把握に努め、日々の暮らしに反映できるよう、センター方式のアセスメントも活用し、取り組んでいます。	利用者や家族の思いを聞きとり把握し、日々のケアを通して心情を汲み取り、アセスメントであるセンター方式に新しい情報を追記しながら情報を整理し共有しています。意志の疎通が取れない方には日々の生活の中で様々なサインを見逃す事のないように関わり、その人の立場になり思いの把握に繋げています。	
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	利用者様との会話や家族様からの聞き取り等で得た情報を元に、センター方式を活用しています。		
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	お一人毎の個人記録を残し、状況を把握。記録は個人ファイルにファイリングし保管。スタッフ間で情報を共有しています。		
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	定期的なカンファレンス・モニタリングを行い、利用者様や家族様の思いを基に、現状に即しているかを職員間で話し合い、ケアプランを作成しています。	センター方式のアセスメントや介護記録、本人・家族の思いを基に、一人ひとりに合わせた介護計画を作成しています。3ヶ月に1回行われるカンファレンスでは職員間で意見を出し合い、結果を家族に説明し、同意を頂いています。	
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	お一人毎の個人記録を残し、状況を把握。日々の記録を基に、スタッフ間で情報を共有を図り、ケアプランの見直しにも活かしています。		
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	その時々ニーズには、出来る範囲で柔軟に対応するよう努めています。		

ニチイケアセンター東大阪御厨 認知症対応型共同生活介護【ききょう1F】

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	必要に応じて、関係各所のご協力を頂き、連携を取りながら利用者様に適した支援を行うよう努めています。		
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	入居時に家族様との相談のうえ、かかりつけ医を決めます。 かかりつけ医とは、週1回の往診・24時間相談できる関係を築き、安心して暮らしていただけるよう支援しています。	入居時にかかりつけ医を選んでもらっています。月に4回の往診、訪問看護は月に2回、歯科の往診も月に1～2回あります。異常があれば速やかに家族に伝え、往診記録も整備し適切に対応でき情報が共有できるようにしています。又かかりつけの医師とは常に連絡相談を行っています。	
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	看護師は往診日と別日の週2回、訪問。介護職員が日常の関わりの中で捉えた情報や気づき等についての【報・連・相】を行い、適切な健康管理を支援しています。		
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。	事業所での対応が可能な範囲で、早期退院に向けた支援が出来るよう、情報の交換や相談に努めています。		
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	入居時に重度化した場合における対応について説明しています。 重度化した利用者様に対しては、家族様と医師等との話し合いを重ね、出来る限りの対応に努めています。	重度化について、ホームでできる事の説明を行い、医師及び家族と話し合いできるかぎりの支援を行っています。例えば食事が出来ない状態になった場合には、かかりつけ医や訪問看護の協力を得て支援を行っています。今後は、看取りについても深く家族と話し合いを持つ予定です。	
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	急変・事故発生時の対応マニュアルは、ファイリングし職員がいつでも確認できるようにしていますし、定期的に研修も実施しています。また、普通救命講習も全介護職員が受講するようにしています。		
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	最寄りの消防署の協力も得ながら、年2回防災訓練を実施しています。 災害時の対応マニュアルや事業継続計画等もファイリングし、職員がいつでも確認できるようにしています。	年2回の防災訓練を消防署の指導を得ながら行います。初期消火の様子をビデオ撮影し、日常的にも研修を行っています。又、夜間火災が発生した場合を想定し、近所の協力も得られる体制を築いています。9月にはスプリンクラーの設置を予定しています。	

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	利用者様の人格を尊重し、言葉かけや対応には十分に配慮するよう、職員一同心掛けています。 個人情報の取扱いに関しても、マニュアルをファイリングし、研修も定期的実施。日頃から注意するよう徹底しています。	利用者の尊厳に配慮する言動に心がけています。特にトイレで時間がかかる方にはタオルを掛け落ち着いて排泄が出来るよう配慮し、入浴の際にも窓などが閉まっているかの確認を行っています。また、職員間では、排泄の関しての申し送りはサインで行っています。	
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	利用者様の自己決定を支援すべく、ご自身の思いや希望を反映したケアプランの作成に努めています。 また、介護職員はケアプランに基づいた支援をするようにしています。		
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し、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	ある程度の“1日の流れ”はありますが、体調等の状況に配慮した対応で、できる限り利用者様のペースで過ごしていただけるよう努めています。		
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	利用者様の意志を尊重した支援を行っています。 意志表示の困難な利用者様に対しては、その方の思いを汲んで、職員が積極的に身嗜み等へ配慮するよう心掛けています。		
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	食事の支度や後片付け等、進んで申し出てくださる利用者様もおられ、出来る範囲の事を職員と一緒にを行っています。 食事に対する要望にも積極的に対応しています。	職員が利用者の好みを聞き、1か月分の献立を考えています。食卓では職員も同じテーブルで見守りながら一緒に食事を摂っています。買い物や調理、後片付けはできる方と一緒にを行っています。刻み食、ミキサー食と個別の対応も行っています。	
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	食事・水分の摂取状況は記録し、随時チェックし適量の摂取が出来るよう支援しています。 食事の形態(トロミ食等)や嗜好にも十分に配慮しています。		
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	協力医療機関である訪問歯科医から、利用者様個々の口腔状態に合わせた口腔ケアの指導してもらい、毎食後の口腔ケアを行い清潔保持するよう努めています。		

ニチイケアセンター東大阪御厨 認知症対応型共同生活介護【ききょう1F】

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	排泄チェック表を用い、利用者様個々の排泄パターンを把握し、出来る能力を大切にしその方に合った支援を行っています。	利用書一人ひとりの排泄パターンの記録を取り把握し、個々に合わせて排泄の誘導を行っています。定期的な誘導を行う事により、失敗が多かった方が、トイレで排泄が出来るようになり失敗が少なくなった事例もあります。	
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	便秘の予防・改善に向け主治医とも相談し、飲食物の工夫や運動、服薬調整等を行っています。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	基本的に入浴は週2~3回、昼食後から夕方の間となっていますが、希望があれば毎日入浴していただけます。 利用者様が拒否された時は言葉かけ等を工夫する等、状況に応じた対応をし、気持ちよく入浴していただけるよう支援しています。	好みの入浴剤を選び入浴を楽しんでもらったり、毎日入浴を希望される方の対応も行っています。入浴は個別で接することができる貴重な時間ととらえ、昔話を聞いて回想法に繋げたり、希望を聞いたりしています。拒否される方には時間をおいて声かけを行い入浴できるように働きかけています。	
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	利用者様個々の生活習慣や状況に合わせて、生活のリズムを整えて個々にあった睡眠・休息をとっていただけるよう支援しています。		
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	服薬ミスの無いよう、服薬介助は複数の職員で確認し行うなどルールを徹底しています。 また、服薬ファイル(説明書)を作成し、薬の確認が常に出来るようにしています。		
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	センター方式を活用し、利用者様の生活歴や趣味・嗜好を把握し、ご自身で出来る事はしていただき、役割を持った張り合いのある生活を送っていただけるようケアプランにも取り入れ、支援しています。		
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	重度化に伴い外出そのものが困難な方もおられるため個人差はありますが、利用者様の体調やその日(時)の天候などに配慮し、散歩等の外出の機会をつくっています。また、定期的にバスや電車等を利用した外出行事も実施しています。	利用者の体調に合わせて近所の大学まで散歩に行ったり、コンビニまで買い物に出かけています。又バスを利用した外食や小人数毎に電車に乗って花見に出かけたりしています。外出できない日にはテラスで外気浴が出来るように支援しています。	

ニチイケアセンター東大阪御厨 認知症対応型共同生活介護【ききょう1F】

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	利用者様のお金は“お小遣い金”という形で、事業所がお預かりし管理しています。お買い物等でご使用の際に、お渡しするようにしています。		
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	利用者様からの希望があれば随時、職員が対応し支援しています。		
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	共用の空間は明るくし、その時期に応じた絵や折り紙等を壁に飾り季節感を演出しています。 集団生活が苦痛な方に対しても、孤立しないよう配慮し、利用者様個々に合わせた居心地の良い空間作りに努めています。	共有空間は明るく、庭にはスモモの木があり利用者と一緒に暮らすなど、季節感を感じられる支援をしています。リビング横には和室があり家具等からも家庭的な雰囲気が感じられます。廊下には利用者と一緒に作った折り紙の絵が飾られていたり、ソファが設置され自由に一人でくつろいだり休憩の場所として利用されています。	
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	共用空間には、寛いでいただける場所を複数配置しています。 気の合う利用者様同士で楽しく会話をしたりテレビをみたり、一人でゆったりと景色を眺めたり、それぞれ自由に過ごしていただけるように配慮しています。		
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	入居時には、使い慣れた家具等の馴染みの物を持ち込んでいただき、居室内を今まで生活された環境に近づける事で、居心地の良く暮らせるよう、家族様にも協力していただいています。	自宅で使い慣れた、お気に入りの家具やベッド等を持って来て生活しやすいように配置し、一人ひとりにあった居心地の良い空間を工夫しながら作っています。	
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	建物内部はバリアフリーで、安全な生活を送っていただけるように整備されています。安全面等を考慮し、制限させていただく事もありますが、出来る限りご自身のペースで自立した生活が送れるように支援しています。		