

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	2795100038		
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丁目4番8号		
自己評価作成日	平成26年7月1日	評価結果市町村受理日	平成26年10月16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.kaijokensaku.jp/27/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kan=true&JigyosyoCd=2795000138-00&PrefCd=27&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 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 26年 8月 22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した質の高い生活が送ることが出来るように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)】

当該ホームは地域の方々との交流を深め、利用者と家族、職員がコミュニケーションを図りながら、地域に根差し家庭的な雰囲気の中で暮らし続けられるよう支援しています。運営推進会議や自治会長から、地域の行事やイベントの連絡をもらい協力を得ながら、様々な行事に参加出来る機会を得ています。またホームでのイベントは地域に開放し交流を図る場となっています。現在、利用者が重度化する中で、外出が困難な状況にありますが、全員参加が出来る企画を職員が提案し実現しています。排泄ケアにおいては、個々の尊厳を守りたいとの思いから、おむつを使用せずトイレでの排泄を基本にすると共に、自立に向けた支援に力を注いでいます。職員会議では新人職員からの意見や提案を受けとめ、研修で学ぶ体制を整え、ケアサービスの向上と温かい介護の実践に努めています。

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、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
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	朝礼時に社是・経営理念を唱和しています。 来訪者の目にとまるよう、玄関を開けた正面に事業所の理念を掲示しています。	事業所の理念は職員間で話し合って作成し、玄関に掲げています。管理者は話し合いを持つ際には、理念を基に考えるよう促しています。また職員が日々の支援の中でケアに戸惑いが見られた際にも、理念を意識して取り組むよう話し、実践に努めています。	
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	地域の幼稚園・小学校との交流も深まり、行事に参加したり、参加して頂いたりしています。	地域の情報は自治会長から直接伝えてもらい、盆踊り、だんじり祭り、幼稚園の運動会等に参加し、共に楽しめる関係が築かれています。ニチイ祭りを始め、ホームのイベントには地域の婦人会の方々や、近隣の方のボランティア訪問があり、ホームが地域交流の場にもなっています。	
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	認知症サポーター研修の実施や介護サービス等のご相談があった際は随時対応しています。		
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	御家族、民生委員長、自治会長、地域包括支援センターの職員の方に参加して頂き意見交換等を通じ、業務の改善・向上に繋がるよう取り組んでいます。	2か月に1回開催している運営推進会議は、利用者、家族代表、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員が参加しています。状況報告をする中で、参加者から質問が挙がったり、家族からは行事の案として要望が出され、多くの意見交換が成されています。議事録は、閲覧できるよう玄関に設置しています。	
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に取り組んでいる	相談や報告は随時行っています。	管理者は、市に出向き運営について連絡したり、運営推進会議の議事録を提出しています。制度の事など疑問点があれば速やかに市を訪ね、相談する事で関係性を深め、より良い支援に繋がっています。市主催の研修にも積極的に参加しています。	
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	身体拘束は行っていません。 勉強会を通じて知識と理解を深め取り組みます。	身体拘束についての研修は年間計画に沿って定期的に行い、ホーム会議でも、何が拘束になるのかを話し合い、職員への周知と理解を深めています。以前、身体の危険回避の為、家族の希望もあり一時的に安全ベルトを余儀なくする事例がありましたが、全員で解除に取り組み、現在は使用していません。ユニット入り口の施錠は時間を決めて対応しています。	
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	外部講習・研修等にも参加し、虐待ゼロを継続する為、勉強会での機会を通じて知識と理解を深め、取り組んでいます。		

ニチイケアセンター東大阪御厨(ききょう)

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	勉強会を設けています。関連する資料は、常時閲覧できるようファイリングしています。		
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、家族様の不安や疑問点を解消し、ご理解を頂いています。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います。		
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、些細なことも見逃さず、サービスの向上に取り組んでいます。家族様には普段の訪問時や家族会等で思いをお聞きし、サービスに反映できるよう努めています。	法人による満足度アンケートを実施し、利用者や家族から意見や要望を聴き、日常的には、何をしたいか、献立は何かいいか、何処へいきたいかを聴き取り、運営やケアに反映しています。家族会を3～6ヶ月毎に開催し、茶話会風にして意見を出しやすい雰囲気作りに配慮しています。面会時にも意見を求め、安心して何でも言える信頼関係の構築に努めています。	
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	毎月ホーム会議とユニット会議を行い、意見交換し、業務の改善と職場改善の反映に努めています。	ホーム会議とユニット会議を月1回実施し、経験の浅い職員から提案や意見を聴くよう配慮しています。職員から挙げた提案はできる限り採用して運営に反映させています。年2回、管理者が個別面談を行い、意見を聞いてケアの改善や業務改善に活かしています。	
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	全職員とご家族様を対象とした【身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にしています。資格手当や昇給試験等、給料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、職制に応じた研修の機会を設けています。また、職員が自己研鑽し知識の向上が出来るように、自宅等のPCで受講できる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別会議、キャラバンメイト懇親会等の参加を通じ、サービスの向上に繋げています。		

ニチイケアセンター東大阪御厨(ききょう)

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	入居前に事前面談で利用者様の状況・状態をご本人様、家族様、担当ケアマネジャー様から伺い、職員間で情報共有し、ホームでの暮らしに溶け込んで頂ける様、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・面談を通じて、意見・要望・質問等を伺い、誠意を持って対応し、信頼関係の構築に努めています。		
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・要望を詳しく収集し、それらの情報をふまえてサービス担当者会議を開き、ケアプランの作成を行っています。		
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	利用者様の立場と自己決定を尊重・傾聴し、問題解決に取り組める支援を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	行事や家族会、普段の訪問時には家族様と入居者様が時間の共有を楽しんで頂ける様に配慮し、利用者様の事を共に考える関係性を築いています。		
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	利用者様の希望に添い、家族様にも協力を得て馴染みの関係の継続を支援しています。	利用者との日々の会話から懐かしい場所や馴染みの人の話を聞いた時は、家族に意向を確認の上、外出や再会の実現に向けて支援しています。知人が面会に来られた時には、リビングや居室でゆっくりと気兼ねなく過ごして頂き、来訪し易い雰囲気を作り馴染みの方との関係が継続するよう支援しています。	
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	利用者様同士が不快な思いをせず、良い距離感を保ち、誰一人孤立する事なく、共同生活を送って頂ける様支援しています。		

ニチイケアセンター東大阪御厨(ききょう)

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	出来る限りの協力・支援を必要に応じて対応させて頂いています。		
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	利用者様の希望・意志の把握に努め、日々の暮らしに反映出来る様、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。	入居時にアセスメント用紙の「私の願いや支援してほしい事」の項目を家族に記入してもらい、思いや好みの情報を把握し、ケアに繋げています。日々の様子で気付いた思いや意向は介護記録にその都度記載し、職員間で共有できるよう努めています。会話が困難な方には選択できる質問の仕方をして、意思や希望を汲み取れる工夫をしています。	
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・保管し、スタッフ間で共有しています。		
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	定期的にあセスメント・モニタリングを行い、利用者様と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。	入居時に本人や家族からの聴き取ったアセスメントを基に介護計画を作成し、入居時から1か月後に、職員間で話し合いながら計画を見直しています。その後は3～6ヶ月で、モニタリングを行い見直しています。介護記録は計画通りに実践出来ているかチェックを行う様式を取り入れ、達成状況は日々記録を見ながら行っています。職員にわりやすく現状を把握し易い記録となっています。	
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、スタッフ間で情報共有を図り、ケアプランの見直しに活かしています。		
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	その時のニーズには、出来る範囲で柔軟に対応するように努めています。		

ニチイケアセンター東大阪御厨(ききょう)

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勤めています。		
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、かかりつけ医を決定し、週1回の定期往診、24時間相談・対応できる関係を築き、安心して暮らして頂ける様支援しています。	入居時にかかりつけ医を選択できることを説明しています。協力医の往診は2週間に1回ですが、毎週来訪があり随時の対応も可能となっています。訪問看護は週に1回あり、医師との連携がなされています。受診の結果に異常が見られた時には、速やかに家族に電話連絡をしています。その他必要な方には訪問歯科や訪問リハビリの往診も受けてもらっています。	
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	看護師は週1回の訪問で、職員が日常の関わりの中で捉えた情報や気づきについて【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	かかりつけ医とも相談し事業所での対応が可能な限り、早期退院に向けた支援が出来る様、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を行っています。重度化した利用者様に対しては、家族様と医師との話し合いを重ね、出来る限りの対応に努めています。	入居時に医師から家族へアンケートを行い、急変時の対応と意向を聴き取っています。重度になられた時は家族と医師、ホームとで話し合い、方針を職員と共有しながら支援しています。食事が摂取できる可能な限りは支援を行う体制を整え、職員は今までの経験を踏まえて終末期ケアの在り方や心構えを固め、日々の支援に取り組んでいます。	
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	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。 事業所内での実技研修も定期的に行います。		
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	最寄の消防署の協力を得て、年2回の防災・防火・避難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。	年に2回、消防訓練を行っています。その内1回は昼間想定で、消防署の協力の下、新人職員を必ず参加させて初期消火等の訓練をしています。また夜間の火災発生に備えて、重度の方の避難方法や避難経路の確認を行い、冷静に対応できるよう独自でも繰り返し訓練しています。避難訓練については近隣に連絡し、地域の防犯係に協力を依頼しています。	

ニチケアセンター東大阪御厨(ききょう)

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	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、職員全員が心がけています。 個人情報の取り扱いは研修とテストを実施し、日ごろから注意するよう徹底しています。	法人研修で振り返りを兼ねたテストを行い、尊厳とプライバシー保護について学んでいます。不適切な言葉使いが見られた時はその都度注意し、ミーティングでは、具体例を基に、尊厳をもった言葉遣いや声掛けを行う事を確認し合っています。呼び名についても基本的に苗字にさんを付けて呼び、馴れ馴れしくならないよう留意しています。	
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出来る様、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。職員はケアプランに基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、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	体調・気分を配慮した対応で、出来る限り利用者様のペースで過ぎて頂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。 意思表示の困難な利用者様に対しては、職員が身だしなみの配慮をするよう心がけています。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事に対する要望を、出来るだけ取り入れて対応しています。 食材の下ごしらえ等を職員と一緒に準備したり、出来る範囲のことは行っています。	栄養士の立てたベースとなる献立を基に、利用者の希望を聞き好みの献立に都度変更して提供しています。利用者の出来る事に合わせて一緒に食事作りを行い、職員も利用者と同じ食事をコミュニケーションを取りながら食べています。誕生日に好みの献立で全員で祝ったり、出前や外食など、普段と違う食事を楽しむ機会も設けています。	
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、随時適量の摂取が出来る様支援しています。 食事形態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をしてもらい、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(ききょう)

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	個人ごとの記録をとり、個々の排泄パターンを把握し、残存機能を大切にす等その方に合った支援をしています。	利用者が重度化する中でも、個々の排泄パターンを把握し、タイミングに合わせてトイレ誘導を行い自立に向けた支援に努めています。おむつの使用は出来る限り使用しないケアを実施し、基本的には座位が出来る方はトイレ介助を行い、夜間もトイレ誘導にて排泄してもらっています。尊厳を重視したケアを行うことが、排泄の自立へ繋がるよう取り組んでいます。	
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	主治医・看護師に相談し、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ず、個々にそった支援をしている	体調に合わせて昼食後から夕方時間帯で週に2~3回となっておりますが、希望があれば随時対応できるようにしています。	入浴は週に2回、午後からを基本としていますが、希望があれば、毎日の入浴や夜間も対応しています。入浴中は職員とゆっくりとコミュニケーションを取り会話を楽しみながら入浴出来るよう配慮してます。重度の方も二人介助を行い、湯船に入って寛いでもらえるよう支援しています。	
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	個々の生活習慣や状況に合わせ、生活リズムを整えて一人ひとりに合った睡眠・休息を取って頂ける様支援しています。		
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。服薬ファイル(説明書)を作成し、薬の作用・副作用・効果等が確認でき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、ご自身で出来ることはして頂き、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ますが、体調や天候などに配慮し日課として散歩等の機会を作っています。季節を選び電車やバスを利用し外出する事もあります。	気候の良い時期は、日常的に散歩に出掛けています。外出に向けては、早い段階で計画を立て家族の協力も得ながら地域にある名所に出掛けています。重度の方も含め外出を諦めることなく、全員参加できるよう取り組んでいます。夏祭りでは自治会長に席を確保してもらえ等、地域の方々の協力を得ながら外出を楽しんでもらっています。	

ニチイケアセンター東大阪御厨(ききょう)

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”という形で事業所でお預かりし、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、温度・湿度に配慮しています。また職員と一緒に作った作品を掲示したり季節ごとの飾り付けをしています。	自然光が入り明るいリビングは、テラスからの風通しが良く、和室がありゆったりと寛げるようになっています。食事をする席は新しい方とのコミュニケーションが図れるように配慮するなど、利用者同士の関係性に合わせテーブルの配置も工夫しています。廊下の少し離れた位置にソファを置き、一人になれる空間も設けています。折り紙の作品や行事の飾り付けで季節を感じてもらっています。	
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、くつろいで頂ける場所を複数配置しています。利用者様同士で楽しくテレビを見たり会話をしたり、それぞれ自由に過ぎて頂ける様配慮しています。		
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	入居時に使い慣れた物、馴染みの物を持ち込んでいただき、これまでの生活されていた環境に近づけ、居心地の良い暮らしが出来る様家族様にもご協力をお願いしています。	入居に当たっては使い馴れた物を持参してもらい、住んでいた家の雰囲気が続けられるよう配慮しています。ベッドは、在宅時の動き方を把握して配置するなど、安心して暮らせるよう工夫しています。大切にしていた写真、趣味の編み物道具等を持ち込み、その人らしく居心地の良い居室となるよう環境を整えています。	
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、安全な生活を送れるよう整備されています。安全面を考慮し、制限させていただくこともありますが、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。		