

(様式1)

2019 年度

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893300174		
法人名	(株)ニチイ学館		
事業所名	ニチイケアセンターいたみ		
所在地	伊丹市大野3丁目134番地		
自己評価作成日	2020年1月5日	評価結果市町村受理日	令和2年3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

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ兵庫福祉調査センター
所在地	尼崎市南武庫之荘2丁目27-19
訪問調査日	

【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)】

ニチイケアセンターは、開設後6年が経ちました。地域の方々からも、信頼できる施設として受け入れていただき、毎週木曜日には民生委員さんやボランティアの協力を得て、地域の高齢者の方の喫茶を実施しています。「思いやりと笑顔で暮らす」の理念のもと、入居者様も職員も、お互いを思いやる気持ちを大切にして、その中で、あふれる笑顔で共に暮らして行きたいと考えています。また、ご入居様それぞれの出来ることを見つけ、お客様でありながらも、スタッフを助けて下さる役割でここでの生活に貢献していただいております。「ありがとうございます」を入居者様に、1日でどれだけ言えたかをスタッフは日々の糧にしています。

【第三者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)】

当ホームは周りに緑化施設の庭園が有り1年中緑に覆われている。自治会にも入会し、地域との交流が取られ、介護の中心施設としての位置づけがされている。理念も職員が決めた「思いやりと笑顔で暮らす」を実践に、反映させ1日利用者からも、職員が利用者に対し「ありがとうございます」を何回言い、聞かれるかを日々の糧とし、その言葉を増加させる事を目標とし、ケアに当たっている。又職員間のチームワークも非常に良く何か有れば、お互いに注意し合える体制が出来ており離職者が少ない事にも影響している。

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、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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	理念の「思いやりと笑顔で暮らす」のもと、入居者様にも、できる家事は負担していただいている。スタッフは感謝の言葉と笑顔で接している。	ホームの理念は玄関・二階の入り口等に掲示され、短い言葉「思いやりと・笑顔で暮らす」で職員も覚えやすく、理解され日々のケアに当たっている。	
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人として日常的に交流している	大野サロンの参加や、ニコニコ喫茶の開催など、適例化して行われ、地域の相談施設として民生委員や地域包括からの信頼を受けています	地域とは月1回の昼食会やニコニコ喫茶や秋祭りや夏祭りに参加し、ホーム主催のイベントを1階の小規模多機能型と合同にてニチイ祭りを行い、30～40名の参加が有り介護施設としての認知度を高め、相談施設としても地域から認められている。	
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	毎週開催されるニコニコ喫茶にて、自事業所の利用者様との交流で、認知症の方の理解や尊敬を受け容れられ、何かあったら相談させてもらっている		
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	地域の運営推進委員の方「自治会長、民生委員、伊丹市法人監査課職員、地域包括支援センター職員」や家族様から意見や要望を頂き、サービス向上に活かしています。	運営推進会議は一階の小規模多機能型施設と合同にて年3回開催している。出席者は区長・民生委員・地域包括支援センター・市の介護保険課・家族・職員が双方向の活発な意見を交換し、介護に反映させている。	
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	法人監査課担当者が運営推進会議に参加して頂いているので、いろいろ相談でき、参考意見や協力をして頂いています。 (地域密着サービス連絡会にも伊丹市法人監査課、地域包括支援センターの参加あり)	日頃市とは介護保健課と分からない点があれば訪問・電話にて相談している。その他運営推進会議や地域密着型サービス連絡会に出席頂き何か有れば、相談出来る関係を深めている。	
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	身体拘束防止委員会を立上げ、全ての入居者様の支援の状況や職員の不安など解決に当たっています。また毎月、身体拘束防止ミーティングを開催し、解を共有しております。玄関は施錠していません。	身体拘束防止委員会を立ち上げ、マニュアルにより毎月研修をし、職員は理解を深め、防止に努めている。玄関の施錠も無く、閉塞感の無いケアに努めている。	
7	(6)	○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	身体拘束防止委員会を中心に、拘束も含めた虐待が見過ごされることのないよう、徹底しています。また、毎月のミーティングの際に、些細な事例も検討し、職員のメンタルケアも含め、解決しています。	虐待防止委員会も立ち上げ。拘束防止と同様にマニュアルによる研修をし、職員は主旨を十分理解し、日頃のケアに当たっている。入浴時にも虐待が無いかわかり観察し、虐待防止に努めている。	

自己	三者	項目	自己評価		第三者評価	
			実践状況	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	(7)	○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	権利擁護や成年後見制度に関して、自施設での事例はないが、職員研修にて行い、理解を深めている。市主催の研修会などは、参加募集の資料を掲示し受講できるよう支援している。	権利擁護や成年後見制度を利用されている方はいないが、利用者・家族より相談があれば対応出来る様に幹部の方は、社会福祉課や地域包括支援センターへつなげる様にしている。		
9	(8)	○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	契約時は、家族様やご本人に、不安や疑問に思うことに耳を傾け、十分に説明し、納得していただいています。ご入居後も、いつでも相談できる体制をとっています。	入所時に本人・家族に対して重要事項説明書を中心に説明し、理解を得、サインを頂いている。職員への説明・理解が得られていないとの事で研修し、理解をする様をお願いした。		
10	(9)	○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		会社として年1回「顧客満足度調査」を実地し、状況把握に努めているが十分に活用されていない状況です。運営推進会議時や家族訪問時に説明し、家族の意見・意向を把握し、より良く運営するために活用されたし。		
11	(10)	○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	スタッフの指導を強化し、申送り時などで、日々の業務での意見や提案を聞き、全員で検討できるようにしています。個別に面談も随時行っています。	職員の意見は職員会議や申し送り時等で聞いているが、管理者と職員間の話し合い・面談が十分にされていない。管理者は職員との個人面談を最低年2回、目標計画・中間チェック・最終確認し、職員のやりがいに努めて欲しい。	管理者は職員の業務のやりがいの為に、職員が年度始めの目標に対して、如何に努力したかを確認し合う場を作る等、納得してさらにやる気を起こさせる仕組み(昇給等)を、上位を巻き込んで作って欲しい。	
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	キャリアアップ制度により、一定時間数の就労後、時給が上がるシステムを周知しています。また、職員の能力を見極め、正社員への移行や他サービスへの異動の希望もあれば実現できるようにしています。			
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	外部の研修は、全員が閲覧できる場所に掲示し参加できるようにしています。また月1回の研修の機会を設け、支店にて入社時には導入研修・入社後定期的にフォローアップ研修など行っています			
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	地域密着サービス連絡会、GH定例会を適宜に開催し、他事業所との交流や現状の問題点の相談などを行い、サービスの質の向上を図っています。			

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	新規入居された方には、職員が密に関わり、不安を解消すると共に、その方の趣味嗜好や思いを聞き取り実現できるよう職員間で相談しています。ご本人が安心して暮らせるよう個別に支援しています。		
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	面談時や契約時はもちろん、入居後に面会に来られた家族様とは必ず話をし、入居者様の現状の報告をし、困っていること、不安に思うことを伺い解決することで信頼関係を築いています。		
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	面談時や契約時から、その方の生活層や趣味嗜好を伺い、入居後は個別に特化して支援することでその方その方の支援を検討し実践しています		
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	職員と入居者様が生活を共にしている関係があり、入居者様にも役割を担っていただいている。その事で、自信ややりがいを感じ、活き活きと生活していただく居場所作りをしている。		
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	家族、職員が同じ目線で利用者様を支援できるよう、カンファレンスや行事などの参加をお願いしたり、現状の報告を常に行っています。また、生活ぶりや身体の状況等を毎月ホーム便り（個人毎）を通して報告しています。		
20	(11)	○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	地域の大野サロンやニコニコ喫茶にて、地域の馴染みの方との交流を行っています。また、外出行事や外食などで、近隣に出かける機会を多く作っています	地域の高齢者給食への参加や、喫茶サロン等で馴染みの方と日常的に交流している。季節の行事や外食に出掛ける等、近隣とのつながりの維持に努めている。	
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	利用者同士の気の合う関係を把握し良い関係作りや、孤立する事のないよう、職員が仲介するよう配慮しています。日中の生活時間帯には、皆が一緒に過ごせる空間を作っています		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	契約が終了した方は、家族様との連絡も少なくなっているが、いつでも相談に応じる体制は整えています。		
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	(12)	○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	新規入居当初は、その方に特化して不安を無くす支援と趣味嗜好などの聞き取りをします。また、センター方式にて情報収集し、できる限り利用者様の希望や、難しい方は家族様からの聞き取りにより意向の把握に努めています。	入居時に、これまでの生活の様子やこれからの希望・意向を伺い生活支援に活かしている。数カ月を過ごしていただいて振り返りを行い、全職員で共有に努めている。	
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	入居初期に、その方に特化し趣味嗜好や思いを聞き取り、生活歴やこれまでのサービス利用の経過等も家族様から伺い、出来る限り今までの暮らしが継続できるようにしています。		
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	入居者様一人ひとり、できる事の把握に努め、家事などを担っていただいています。またその方の得意なことを見つけ出し対応することで、入居者様が活き活きと生活できるよう努めています。		
26	(13)	○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	ケアプラン作成やモニタリング時には、本人、家族に要望や生活に対する意向などを聞き、現場職員で支援を検討し、反映できる計画を交付しています。	モニタリングは6か月ないし体調変化の都度、本人・家族の要望・意向を基に、かかりつけ医にも相談し、現状に即した計画作成に努めている。	
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	個人介護記録を細かく記入し、職員全員で状態を把握出来るようにしています。また急変時などは申し送りを行うようにしたり、別の職員連絡ノートに記入します。		
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	訪問理美容・歯科・内科往診、行楽や食事外出・臨時通院等・随時対応しています。また季節の良いときには施設周りの散歩を毎日実施しています。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	コーラスやハーモニカ演奏や手品のボランティアにも定期訪問していただいたり、幼稚園や自治会行事への参加など地域資源を活用できる支援をしています		
30	(14)	○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	希望に応じて入居後の主治医を決定し、適切な医療を受けられるように支援しています。夜間・熱発等 急変時は提携医（訪問）に連絡 指示を仰いでいる。また必要に応じ、皮膚科や医療の鍼灸なども往診できるよう支援しています。	地元の出身者が多く、主治医は本人・家族の意向に沿って決めている。提携医の往診は月2回、訪問は毎週来て支援している。専門医との連携も有り安心いただいている。	
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	医療連携体制による週1回の訪問看護師が個々の利用者の体調管理を行い、必要であれば受診を提案しています。		
32	(15)	○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。	入院初期には、入居者様の情報を持参し、また退院時には、主治医、医療相談員と連携し、早期退院や退院後の生活に向け、カンファレンスを行っています。	まだ入院者は少ない。入院先は家族と良く相談して対応している。入院時にはホームでの生活情報やサマリーを提供し、早期退院へ向け連携して取り組んでいる。	
33	(16)	○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	契約時に、重度化した場合における対応の指針を説明し、家族、本人とは重度化した場合の終末期のあり方について、必要時相談しています。また主治医など関係者と共に支援に取り組んでいます。	今年看取りを経験した。今後も本人・家族の意向に沿って、主治医と相談しながら取り組む方針である。ホームの方針は、入居時に説明すると共に必要の都度相談しながら支援しようとしている。	
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	職場研修にて、緊急時や急変時に対応できる知識をマニュアルにて周知しています。また心肺蘇生などの研修の実施を徹底し緊急時に備えています		
35	(17)	○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	年に2度日中の火災時の消防訓練は実施しているが、夜間の訓練は実施できていないが、体制は整えている。災害時の地域との協力体制は運営推進会議などで相談し、近隣の方の助けを求める関係を築いています	年に2回消防訓練を実施している。夜間時の対応マニュアルは整えているが、訓練は出来ていない。災害時の地域との協力体制については、運営推進会議で相談している。昨年台風で停電を経験し、非常灯の見直しを行った。	夜間はユニットで職員は1人となる。年に1回は夜間を想定した訓練を行い、消防署の指導を仰ぎ、夜間職員の不安解消に取り組まれる事を期待したい。

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(18)	○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	利用者様一人ひとりの尊厳を守り、その方の想いを傾聴しながら、その方らしく生活していただけるよう支援しています	「ありがとうございます」と感謝する気持ちで接しようとしている。接遇についての研修も定期的に行い、声掛け・言葉づかいにも相互に注意し合っている。	
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	日常生活の中で、その方の想いを聞き出し、小さな事も自己決定を重視して支援しています。		
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	ある程度の1日の生活の流れがある中、その方のペースを大切に過ごしていただけるよう支援しています。		
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	訪問理美容は近隣の理容室から希望時に随時来てもらえます。また、「ベッピンさんタイム」を作り顔拭きや整容、美容クリーム塗布など各自でしていただき、おしゃれの認識をいただくよう支援しています		
40	(19)	○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	それぞれの利用者ができる範囲での役割を持ち、見守りながら調理や片付けを一緒に行っている。また、食べたい物を聞くなど、その日のメニューを一緒に考えたり、たまには外食に出掛けたりしています。	メニューは「ネットスーパー」を活用し、利用者に食べたい物を聞き・食材を注文、翌日にはスーパーより配達いただいている。正月や誕生日には希望食を取り入れたり、家族の協力を得て外食にも出掛けている。	
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	食事摂取量と水分量を細かく記録し、1日1300mlを目標に水分摂取できるよう支援しています。また状態に応じ、きざみ食やとろみ食やミキサー食の提供をしています。		
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	口腔ケアを毎食後に行い清潔保持に努めています。また歯科往診で口腔内を管理できる体制もあります。歯磨きを上手に出来ない方には介助にて行っています。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(20)	○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	トイレで排泄できるように、一人ひとりの排泄パターンを把握し、尿意のない方には誘導する支援を行なっています。不快感を軽減する為、日中と夜間でリハビリパンツと布パンツを使い分けています。	居室にはトイレはないが各階に3か所あり、清掃も行き届いていた。自立者は少なくなつたが、パンツを使い分け不快感の軽減に努めている。排泄パターンを把握し、それとない誘導に努めている。	
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	排便頻度を管理し定期的なトイレ誘導での便秘予防。また便秘により食材での調理や、適時腹部マッサージやホットタオルを行っています。慢性の便秘症の方には、主治医より処方していただき服薬支援もしています。		
45	(21)	○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	週2～3回ペースだが、希望や体調に応じて入浴を実施しています。入浴できない日は、足浴・陰部洗浄・清拭にて対応しています。	週2回をベースに午前中に入浴をしている。水虫の予防のため、一人ひとりお湯の入れ替え、清掃、マット消毒等徹底している。介助の必要な方は1階の機械浴槽で対応している。	
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	敏感な方には、居室に光が入らぬよう環境を整えています。また体調にあわせて日中、居室のベッドやソファを利用して休養をとってもらっています。		
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	服薬管理を確実にし、薬事情報で職員が把握出来るようにしています。また症状の変化の確認を職員が全て連絡ノートや申し送りで行って把握し、主治医への報告に努めています。		
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	利用者の出来ること、やりたいことをふまえ、笑顔を引き出せる役割作りや楽しみを支援しています。毎月テーマを決め音楽会を開催し披露していただいています		
49	(22)	○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	気候の良い時期には、花見や空港の散策などを実施し、気分を変えて楽しめる支援をしています。外出の難しい時にあ、他フロアーに遊びに行く、などで気分転換を図っていただいています。	いい天気の日には、体調を見ながら近くの公園や敷地内を歩いて、外気に触れ季節感を味わっている。併設の車を借りて西武庫公園や空港スカイパーク・バラ園・コスモス園、そして外出に出掛けることもある。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	トラブルを避ける為、基本的にお小遣いの管理は事務所で行っています。散髪や生活必要品の購入に、家族様に確認しながら支出しています。		
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	家族に電話をかけたい希望があった時は、支援も行っていきます。手紙を書きたい希望があった時は、スタッフがサポートし利用者様と一緒に書いていきます。		
52	(23)	○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	緑に囲まれたセンターであるため、日中はカーテンや窓を開けることで、自然の風で心地良い空間作りをしています。窓の外からは季節の花など楽しんでいただいています。フローター・各居室に加湿器を置くことで空気の乾燥に注意しています。	周りは造園業の緑多い場所に立地し、爽やかな風が心地よさを感じさせる。廊下は無く、居室が居間・食堂を囲む配置となっていて、移動もしやすく日中はゆったり過ごされている。加湿器を置く等空調には気を配っている。	
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	リビング内にソファを設け、好きな時にゆったりできる場所を作っています。また日によってテーブルの配置を変え気分転換できるよう支援しています。		
54	(24)	○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	自宅で使っていた家具やベッドなど愛着のある生活用品を持ってきて頂いています。また身体状況により、特殊寝台などの必要になった方へは、無償で貸与して安心して生活できるよう支援しています。	本人の使い慣れた家具や備品、家族写真・自作の絵・手芸品等工夫を凝らし飾られている。寝具ベッド等についても相談にのり、心地よく過ごしていただくよう支援している。	
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	歩行不安定な方には、手すりになるよう椅子を配置したり、目の不自由な方には大きくトイレなどの文字を貼り付けたりして、その方の自立を支援しています。その際、必ず見守り支援も行います。		

基本情報

事業所番号	2893300174		
法人名	株式会社ニテイ学館		
事業所名	ニテイケアセンターいたみ		
所在地	伊丹市大野3丁目134番 テル072-785-1033		

【情報提供票より】令和2年 1月5日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成25年9月1日		
ユニット数	2ユニット	利用定員数計	18人
職員数	17人	常勤6人 非常勤11人	常勤換算14人

(2)建物概要

建物構造	鉄骨造り3階建ての2・3階部分		
------	-----------------	--	--

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	81,000円	その他の経費(日額)	18,870円	
敷金				
保証金の有無 (入居一時金含む)	162,000円	有りの場合 償却の有無	無し	
食材料費	朝食	233円	昼食	326円
	夕食	371円	おやつ	円
	1日当たり930円			

(4)利用者の概要(1月5日現在)

利用者人数	18名	男性	2名	女性	16名
要介護1	1名	要介護2	6名		
要介護3	5名	要介護4	3名		
要介護5	3名	要支援2	名		
年齢	平均 87.6歳	最低	74歳	最高	98歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	伊丹クリニック リ・デンタルクリニック	
---------	---------------------	--

目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。

目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	11(10)	管理者は職員の業務のやりがいの為に、職員が年度初めの目標に対して、いかに努力したかを確認し合う場を作る等、納得してさらにやる気を起こさせる仕組み(昇給等)を上位を巻き込んで作ってほしい	職員がやりがいや楽しみを見つけられる職場になる。また、研修体制の充実などで、認知症の理解などスキルアップできる体制を作る	職員の個人面談にて、1年の目標と達成機関を設け、確認の面談やミーティングでの発表を行う。 また研修の充実にて、全職員のスキルアップや質の向上に努める	6ヶ月
2	35(17)	夜間はユニットで職員は一人となる。年に1回を夜間を想定した訓練を行い、消防署の指導を仰ぎ、夜間職員の不安解消に取り組まれる事を期待したい。	夜間想定訓練を消防署の指導をいただき、職員や入居者様、家族様が安心して過ごせる環境を整える。	次回5月の消防訓練時、消防署の立会いと指導のもと、夜間想定訓練を行う。 また、夜間の緊急連絡先や手順を作成し職員に周知徹底する。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入して下さい。