

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	平成30年1月10日	評価結果市町村受理日	平成30年3月23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	平成30年2月23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)】

伊丹市大野の緑に囲まれた環境で、入居者様とスタッフが、笑顔で毎日過ごしている施設です。 事業所理念「笑顔で暮らす」をスタッフ一同で共有し、利用者様のできる能力を活かし家事や手作業など一緒に行くことで、共に笑顔での暮らしを実践しています。 高齢や認知症を患っている方でも、「私まだまだ役に立ってる?」と自信を取り戻され生き活きと生活していただいています。
--

【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)】

伊丹市北部の植木や花など緑に囲まれた環境に立地し、外出を兼ねた散歩時は四季折々の花々が鑑賞できる。開設して5年目を迎え、今年の事業所理念を「思いやりと笑顔で暮らす」とし、スタッフ皆で共有し実践に努めている。地域の民生委員の協力を得て、月1回の高齢者給食(職員が協力し入居者が参加)・週1回の高齢者喫茶(事業所1階の併設施設で入居者が多く参加)等地域との連携は進んでいる。入居者18名は、このような恵まれた環境で、明るくやさしい職員と穏やかな毎日を過ごされている。

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	GH職員全員で検討した理念「笑顔で暮らす」を入居者様と共に実践し毎日笑顔で暮らしています	スタッフ皆で話し合い、今年度の事業所理念を「思いやりと笑顔で暮らす」とし、台所に掲示し日々確認して、支援にあたっている。	
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員として日常的に交流している	月1回の高齢者給食へのボランティアと入居者の参加。週1回の地域高齢者の喫茶を民生委員との協力で自施設で行っている。地域清掃の参加や幼稚園行事など地域との交流を密に行っています	自治会へ加入し地域情報を頂くと共に、民生委員の協力を得て月1回の高齢者給食や、週1回の高齢者喫茶、またニチイ祭りでの交流、地域清掃への参加、幼稚園行事等双方の交流が出来ている。	
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	地域密着サービス事業所連絡会、GH事業所定例会などの参加や、常時、地域の方の相談に応じ、介護保険の説明や認定の代行などの支援を行っています。		
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	地域の運営推進委員の方「自治会長、伊丹市介護保険課職員、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。	会議は伊丹市の取り決めで3カ月毎に、自治会長や民生委員、行政担当者、家族代表が参加して開催している。ホームの運営状況を報告し、参加者から意見・要望や情報をお聞きして、運営に活かせるよう努めている。	
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	介護保険課担当者が運営推進会議に参加して頂いているので 困難事例等を相談し、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介護保険課、地域包括支援センターの参加あり)	市の介護保険課とは運営推進会議や地域密着サービス連絡会にも出席頂き意見交換している。又月1回は訪問すると共に、緊急時には電話等で連絡を取り合っている。	
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	研修にて身体拘束のマニュアルの周知を行い、何が拘束になるのかを正しく理解し実践するよう指導しています。 玄関は施錠していません。	研修計画に基づき繰り返し研修を行い、主旨の徹底と理解に努めている。毎月のスタッフ会議等で振り返っている。玄関は昼間は施錠はしていない。	
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逃されることがないように注意を払い、防止に努めている	業務ミーティングで十分にスタッフ全員に周知できている。連絡ノートなどでスタッフ間の情報交換も行っている。利用者様の変化に注意しています。	虐待防止に関しても繰り返し研修を行い、主旨の徹底と理解に努めている。職員のメンタルケアにも留意、言葉による虐待にも注意して、職員相互に注意し合える関係づくりに努めている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	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、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。	権利擁護に関して、現在制度利用者はいないが、利用者・家族より相談があれば対応出来るように、外部研修等で理解に努めている。	
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、不安のないよう十分に説明し、理解していただいています。	重要事項説明書等資料に基づき、懇切・丁寧に説明し、不安や疑問点を尋ね、理解に努めている。重度化した場合の対応についても説明し、理解を得ている。	
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	家族様が来所された時は必ず声かけさせていただき、現状の報告と要望を伺っています。また運営推進会議への参加もお願いし、意見を反映できるよう努力しています。	家族が来所された時はお声掛けし、生活の様子や現状をお伝えすると共に、要望を伺うよう努めている。運営推進会議への参加のお願い、四季の行事への参加をお願いし、面談の機会に努めている。	
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	申送り時などで意見や提案を聞き、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。	毎月のスタッフ会議や研修は2回行い、全員が参加できるようにしている。管理者は年1回個人面談を行い、職員の声を聞くよう努めている。	
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	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定例会を月1回行い、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	入居に際して、不安を解消し1日でも早くセンターの生活に馴染んでいただくために、ご本人との関係を蜜にして要望などを聞き取り、利用者様の思いを汲み取り安心して頂けるよう努めている。		
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	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、現状と、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、その方の生活歴や好み、したい事などを伺い、馴染みの暮らしが持続できるよう支援に努めています。		
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	家事の中で、入居者様のできる部分は全て一緒に行うことで、自信ややりがいを感じ生き活きと生活していただけるよう支援しています		
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	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、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	地域の高齢者給食への参加や、面会時の案内などより良い支援を心がけています。また年末には本人の家族や知人への年賀状作成を一緒に行っています。	高齢者給食への参加、喫茶サロンでの知人・友人と顔合わせの継続による支援、又昨年末は家族・知人へ年賀状を作成出していた。	
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	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。	入所時に、これまでの生活の様子や、これからの希望・意向を伺って支援に努めている。聞き取りが困難な方は、本人本位に検討し対応している。	
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、生活暦やこれまでのサービス利用の経過等をまとめたシートを作成し、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	必要時随時、職員や家族とでカンファレンスを行い、利用者様の状態を把握し改善法の検討など、スタッフ全員が共有している。		
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、ケアマネ・介護スタッフで検討し、本人主体の介護計画に努めている。	
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	コーラスや楽器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、地域高齢者と共に喫茶を楽しんでいただいています。		
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（訪看）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。	かかりつけ医は、入所時に本人・家族の希望を大切に決めている。定期的(月2回)にホームの協力医の往診と訪看の訪問がある。体調変化時には連絡し指示を仰いでいる。	
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。	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。入院中は何度も見舞いに訪問し状態把握と早期退院に努めている。	
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	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。	看取りの実績はないが、取り組む方向で準備している。重度化や終末期のあり方については、契約時に説明するとともに、必要の都度ドクターとも相談し話し合っている。	
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、職員一人の体制になった時の訓練は実施できていない。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関係を築いています	年に2回火災時の訓練を行っている。夜間想定訓練はまだ出来ていない。災害時の地域との協力体制については、運営推進会議等で相談している。	年に1回は夜間想定訓練を計画して、消防署の指導を仰ぎ、職員(特に夜間)の不安解消を図ると共に、起こりうる災害(種類・時間等)を想定し、万々に備えられたい。

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	利用者を人生の先輩と考え、敬い尊厳とプライバシーを損なわない支援に努めている。接遇についての研修も行い声掛けにも留意している。	
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。また自分で意思表示できない方は、家族様と相談し、美容クリームなどでその方らしい美しさを保てる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、その日のメニューと一緒に考えたり、たまには外食に出掛けたりしています。	メニュー・食材購入は全て介護スタッフで対応している。職員は見守りや援助をしながら、一緒に食事している。正月・誕生日等には寿司等の希望食や、家族の協力を得ながら外食の機会も作っている。	
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	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。	個々人の排泄パターンを把握し、時間少し前にそれとなくトイレ誘導している。自立者は少なくなったが、パンツを使い分け不快感の軽減に努めようとしている。	
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。		
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。	週に2～3回を基本に、希望や体調に合わせて入浴いただいている。足腰不安な時は、1階の併設施設の機械浴も利用でき安心頂いている。	
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、居室のベッドで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い、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て、笑顔を引き出せる役割作りや楽しみを支援しています。家族様の協力で、楽器演奏会や音楽療法にも取り組んでいます		
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。真夏や冬などは、入居者と相談の上、食べたい物の外食に月2回は出しています。	いい天気の日には、希望や体調を見ながら、近くの公園や敷地内を歩いたり、外気に触れ季節感を味わっていただいている。又家族の協力を得て、花見や空港の散策、バラ園・コスモス園等出掛けている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			実践状況	実践状況	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。フローア・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。	緑樹に囲まれた場所に立地し、爽やかな風がリビングを心地よい空間としている。居室前にはそれぞれが作ったお多福のぬり絵が飾られ、又各所に加湿器を置く等快い環境づくりに努めている。	
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。	ホームで備えたエアコン以外は、家庭にて使い慣れたタンスや家族の写真が飾られ、又仏壇を備えた方もおられ安心して生活いただけるよう支援している。	
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	利用者同士の揉め事などがないように常にスタッフが見守りや声かけをしながら、一人ひとりのできることを実践していただくよう支援しています。		

基本情報

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 電話072-785-1033

【情報提供票より】平成 30年 1月10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	18 人	常勤12人 非常勤 6人 常勤換算	14.8 人

(2)建物概要

建物構造	鉄骨造り
	3階建の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(月額)		円
敷 金	162,000円			
保証金の有無 (入居一時金含む)	無	有りの場合 償却の有無		
食材料費	朝食	233 円	昼食	326 円
	夕食	371 円	おやつ	0 円
	又は1日 930円			

(4)利用者の概要(11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	4 名		
要介護3	7 名	要介護4	2 名		
要介護5	4 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 89.8 歳	最低	72 歳	最高	98 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	伊丹ホームクリニック リ・デンタルクリニック
---------	------------------------

(様式2(1))

事業所名 ニチイケアセンターいたみ

目標達成計画

作成日: 平成 30年 3月 13日

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	35(17)	年に1回は夜間想定 of 訓練を計画して、消防署の指導を仰ぎ、職員(特に夜間)の不安解消を図ると共に、起こりうる災害(種類・時間等)を想定し、万に備える	次回4月の消防訓練にて、消防署に協力をお願いし、夜間想定などの指導を仰ぐ。夜間災害時の緊急連絡先や手順を掲示しスタッフに周知する。また夜間を想定した訓練を行う	4月の消防訓練の際、消防署の立会いと指導を依頼する。夜間の緊急連絡先や手順を作成後、業務ミーティング時において研修し職員に周知徹底をする	2ヶ月
2					
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。

(様式2(2))

サービス評価の実施と活用状況(振り返り)

サービス評価の振り返りでは、今回の事業所の取り組み状況について振り返ります。「目標達成計画」を作成した時点で記入します。

【サービス評価の実施と活かし方についての振り返り】	
実施段階	取 り 組 ん だ 内 容 (↓ 該当するものすべてに○印)
1 サービス評価の事前準備	<input type="radio"/> ①運営者、管理者、職員でサービス評価の意義について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="radio"/> ③利用者家族へサービス評価や家族アンケートのねらいを説明し、協力をお願いした
	<input type="radio"/> ④運営推進会議でサービス評価の説明とともに、どのように評価機関を選択したか、について報告した
	<input type="radio"/> ⑤その他()
2 自己評価の実施	<input type="radio"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="radio"/> ②前回のサービス評価で掲げた目標の達成状況について、職員全員で話し合った
	<input type="radio"/> ③自己評価結果をもとに職員全員で事業所の現状と次のステップに向けた具体的な目標について話し合った
	<input type="radio"/> ④評価項目を通じて自分たちのめざす良質なケアサービスについて話し合い、意識統一を図った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="radio"/> ①普段の現場の具体を見てもらったり、ヒアリングで日頃の実践内容を聞いてもらった
	<input type="radio"/> ②評価項目のねらいをふまえて、評価調査員と率直に意見交換ができた
	<input type="radio"/> ③対話から、事業所の努力・工夫しているところを確認したり、次のステップに向けた努力目標等の気づきを得た
	<input type="radio"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="radio"/> ①運営者、職員全員で外部評価の結果について話し合った
	<input type="radio"/> ②利用者家族に評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ③市区町村へ評価結果を提出し、現場の状況を話し合った
	<input type="radio"/> ④運営推進会議で評価結果を報告し、その内容について話し合った
	<input type="radio"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="radio"/> ①職員全員で次のステップに向けた目標を話し合い、「目標達成計画」を作成した
	<input type="radio"/> ②「目標達成計画」を利用者、利用者家族や運営推進会議で説明し、協力やモニター依頼した(する)
	<input type="radio"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="radio"/> ④「目標達成計画」に則り、目標をめざして取り組んだ(取り組む)
	<input type="radio"/> ⑤その他()