

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2893000246		
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尼崎稲葉荘		
所在地	尼崎市稲葉荘4-5-10		
自己評価作成日	平成28年3月1日	評価結果市町村受理日	平成28年4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	
----------	--

【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28年3月17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)】

利用者様が安心・安楽な生活の中で、その人らしさをいつまでも持続して頂けるよう、スタッフ一同チームケアを大切に自立支援させて頂きます。  
又、ホームの理念でもある”楽しいわが家”を目指し、家族のようであり、尊厳を守れる明るい居場所でありたいと思っています。

【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)】

ニチイケアセンター尼崎稲葉荘は、有名な関西労災病院近くの閑静な住宅街に立地し、地域自治会にも加入して、代表が運営推進会議に出席、事業所の行事に近隣の人の参加があるなど、地域住民との良好な関係が築かれている。開設当初からの利用者が多く介護度が高くなり外出等に一部影響が見られるが、管理者以下職員全員が、ホームの理念である「楽しい我が家」実現に向けて日々努力している。それだけに調査日当日、管理者に対して今最も望みたいことはとの我々の質問に間髪入れずに帰ってきた言葉が、「人材不足の解消」だった。福祉業界全般に言われる人材確保と処遇改善は喫緊の課題であることを実感した。

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広がったり深まり、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、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				

# 自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	第三者	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	管理者と申し送りスタッフが、朝礼時にニチイの社是・経営理念、ホーム理念である「楽しいわが家」の唱和を行い、意識の向上を図っている。	法人の「楽しいわが家」の理念を玄関や事務所に掲示し、朝礼時に全員にて唱和し、介護に活かしている。	
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	地域に買い物 散歩にでかけ、交流をしている。自治会に入会し、自治会長 民生委員さん等に運営推進会議に参加して頂き情報を交換している。玄関にぬいぐるみを置いて天候や時期によってメッセージカードを持たしている。近隣の方が声を掛けて下さる。	開設当初から地域自治会に加入し、関係者に運営推進会議に出席していただくなど、良好な関係を維持している。	地域との良好な関係を一步進めて、事業所の特性を生かして、地域住民から福祉のことが相談できる頼りになる存在を目指して欲しい。
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	地区CM連絡会に参加し情報交換している。	/	/
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	運営推進会議にて家族様、自治会長、民生委員、地域包括支援センター職員に意見及び助言を頂き、サービス向上に活かしている。 (利用者様の出席あり) 地域行事の情報交換も行う。	運営推進会議は2ヶ月毎の偶数月の第二(土)に開催され、出席者は家族・自治会長・民生委員・地域包括支援センター・利用者・家族・職員で、事業所の状況、出席者よりは色々な情報を頂き運営に反映させている。	
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	地域包括支援センター職員の方に運営推進会議に参加して頂いているので 参考意見や協力をして頂く。講演会の情報も頂いている。グループホーム連絡会を通じて高齢介護課職員の方とも情報交換を行っている。	市とは日頃介護保健課・高齢福祉課には出掛け情報交換し指導を頂いている。又市内のグループホーム連絡会が3ヶ月毎に開催され市の職員も出席され双方の情報交換し連絡を密にしている。	
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	身体拘束のマニュアルを周知し 業務ミーティングでも話し合う。玄関の施錠はしていない。拘束に繋がる声掛けに配慮している。	身体拘束をしないケアはマニュアルによる研修にて主旨は職員全員よく理解し介護に当たっている。年の研修計画も2回予定している。又玄関の施錠はしてなく利用者の行動に目を配っている。	
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	スタッフ同士での情報交換。 業務ミーティングや回覧で スタッフ全員が周知している。 職員の心身安定が保てる様 いつでも相談出来る体制を作っている。	身体拘束と同様虐待防止の研修も年間計画に組み入れ、全員が主旨を十分理解し介護に当たっている。職員同士がお互いに注意し合う体制も出来ている。	

自己	者 第三	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	(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	必要性のある利用者様の活用に支援している。 回覧等で職員の理解に努めている。	現在成年後見利用者も1名おり事業所も支援出来る体制を整えている。権利擁護に関する研修をパンフレットにて管理者を中心に理解して支援に努めている。	
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	契約時には時間をかけて利用者様と家族様が不安に思うことに耳を傾け、納得がいくまで話し合いをしている。	入所時に利用者・家族へ管理者中心に重要事項説明書・契約書を理解出来る迄十分説明し了解を頂きサインを得ている。特に料金や加算については十分説明している。又重度化や看取りに関しては指針書にて説明している。	
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	介護相談員さんの定期的来所（2回/月）や、行事参加などで利用者様の話しを聞いて頂いている。情報交換を行い、検討項目とし運営に反映させている。年2回の家族会には多く参加を頂き意見交換を行っている。	家族とは年2回の家族会・運営推進会議・意見箱・来訪時・法人のアンケートの実施等により耳を傾けている。職員と利用者は担当制を取っており毎月の便りと写真を家族に送り喜ばれている。	
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	スタッフ会議で意見交換をしている。 随時 個人で話し合うこともある。 個人面談を行い一人一人の思いを聞き取るよう努めている。	職員との会議は月1回の職員会議、年2回の個人面談や朝のミーティングで意見・要望を確認し結果を出し職員からも信頼され介護も良いチームワークで運営されている。	代表者や関係者は、利用者の安心は職員を信頼して任せられる介護。にあることを自覚し、人材確保と処遇改善に努力して欲しい。
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を設け、ステップアップできるよう取り組んでいる。勉強会 研修に参加して 向上心を持つ。他サービスへの異動の希望も聞き取り考慮している。		
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	業務ミーティング 導入研修 ケアマネ研修、外部研修にシフト調整行い参加を促している。		
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	グループホーム連絡会（討論会・交換研修・勉強会）などに参加して、サービスの質の向上に努めている。		

自己 者 第三	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	利用者様本人から聞くことが難しく家族様よりの情報であるが 信頼関係の構築は図れている。		
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	来訪時や電話にて家族様の話を聞く機会をもうけ、不安や要望などに対し納得がいくまで話し合っている。		
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	初回アセスメント時の情報共有を行い、必要な支援をスタッフ間で見極めている。スタッフが感じた事、出来る事等を書きとめ、スタッフ共有に努めている。		
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	家事全般から生活に至るまで、利用者様の助言を大切に、拒否せず、傾聴・共感を心掛け信頼関係を築けるよう努力している。洗濯物干し・たたみ・食器洗いなども一緒に行っている。		
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	スタッフが家族とコミュニケーションをはかり、信頼関係を築けるようにしている。ホーム便りで生活や健康状態などを伝えている。本人と家族様の時間を大切に 必要な支援を行っている。		
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	入居後より馴染んで頂けるよう工夫している。馴染みの人の訪問時の支援や家族様との電話対応の支援にも努めている。家族様とのお墓参りも行っている。	入所時に本人・家族よりアセスメントや生活歴により馴染みの人や場所を確認し継続が途切れない様に支援している。人は家族・知人・友人、場所は床屋・医院・墓参り等へ家族の協力を得て継続に努めている。	
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	スタッフが仲介し、利用者様同士が関わり孤立しないようサポートしている。レクリエーションや家事等で 少しでも利用者様同士交流出来る様努めている。		

自己	者	第三	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	退居後は、家族様との連絡も少なくなり関係が薄れがちであるが、電話連絡をしているケースもある。		
<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	(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	入居前に家族様にセンター方式を記入して頂き情報を集め、出来る限り家族様と利用者様本人を交えて話を聞き、希望や意向が把握できるように努めている。	入居時にアセスメント等により本人・家族より意向・要望を確認し支援に努めている。入居後は本人の表情・動きにより状態を把握し、カンファレンスし情報を共有して支援に当たっている。	
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	初回アセスメント時に生活歴、馴染みの暮らしについてのシートの作成を行い把握に努めている。		
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	随時スタッフからの意見を集め、一月に一度カンファレンス会議を行い、利用者様の現状を把握しスタッフ全員で情報を共有しあっている。		
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	1ヶ月に1回のモニタリングを実施し、カンファレンス会議にて話し合い、定期的な介護計画書を作成している。	介護計画はアセスメントにより本人・家族・かかりつけ医等より情報を集め介護計画を策定している。モニタリングは毎月作成しているが、修正は長期1年短期6ヶ月体調変化制度改正等あればその都度修正している。変更時は家族にも説明しサインを得ている。	
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	個人記録記入時、簡潔に記録し、特変等も確実に申し送りを行っている。 管理日誌を業務前に確認し、変化を見逃さないようにしている。		
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	訪問理美容、特別な買物、臨時通院等 随時対応している。		

自己	者三	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	楽団・マジックのボランティアの訪問で、利用者様と馴染みの関係をつくれるよう支援している。年2回、消防訓練を実施。（自治会会長 ボランティア参加あり）		
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	利用者様と家族様の希望に応じて往診医を決めている。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。必要に応じて歯科・訪問マッサージの往診を行っている。	かかりつけ医は入所時に本人・家族と事業所間にて話し合い決定している。従来の医者は4名家族の協力を得て対応している。協力医は月2回の往診と週1回の訪問介護を受け、歯科は月2回の往診と訪問マッサージも受けている。	
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	医療連携体制加算による週1回の訪問看護体制を行い 協働につとめている。体調の変化等確実に報告している。		
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。	家族様と医療機関・主治医と連携し、早期退院にむけて 情報交換カンファレンス会議を行っている。 お見舞いに行き 病院との情報交換を行い早期退院にむけて努めている。	入院時には事業者側の情報を提供し、早期退院へと支援している。入院中はよく足を運び医療関係者と情報交換し早期退院へ、事業所も対応に確認しあっている。	
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	常時 医療管理が必要な時等の説明は契約時に行ない、話し合いも行っている。重度になる前のケアの方向性について、家族様・提携医とのカンファレンス等、十分な話し合いを持ち 支援している。	重度化や看取りに関して、入所時に指針書に基づき事業所として出来る事できない事を十分説明し理解を得ている。現在は重度化に伴い食事がとれなくなれば病院への入院を基本にしている。	
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	事故トラブル報告書、ヒヤリハットの共有、活用。 緊急時対応マニュアルの周知。業務ミーティング等での応急手当の実践訓練行う。		
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度消防署の指導の下 避難訓練を行っている。夜間の各フロア1名待機時の避難方法は周知している。地域の協力は運営推進会議で働きかけ承諾頂く。 非常食の常備・管理を行っている。	災害訓練は年2回消防署指導の下と自主訓練を行っている。訓練は夜を想定し行い、地域の方も参加している。参加の目的も見守りと明確化しお願いしている。設備もスプリケラー等整い備蓄もされている。	職員の声として夜勤の時に不安がある。事業所として不安解消へより安心・安全な事業所になるためミニ訓練の回数増とスキルアップを図り具体的に目的意識を明確化し、訓練する事を期待する。

自己	者	第三	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	(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	一人ひとりの尊厳を守り羞恥心に配慮した声掛け、対応に努めている。 言葉遣いには特に注意している。	職員は、利用者を人生の先輩としてとらえ、尊厳を傷つけたりプライバシーの損ねることのないように日常の介護面で気をつけている。	
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	自己決定できない際、家族様と話し合い納得して頂くようにしている。		
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	利用者様のペースに合わせた対応を心がけている。 入浴の時間に余裕を持たせる等柔軟に対応している。		
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	訪問理美容の際、利用者様の意見を聞きカット・顔そり パーマ・毛染め等行っている。 周期的に同じ服装にならないよう気配りしている。		
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	一人ひとり、味見、盛り付け、配膳など出来る役割を持ち、スタッフと一緒にしている。 アレルギーに配慮し食事提供も行っている。 年に数回 外食に出掛けている。	食事は、ユニットごとにメニュー、、買い物、調理までを利用者が職員の助けを得てかわり、楽しみが倍加するようにされている。年に数回は、寿司の出前を取ったり、喫茶店での外食もある。	
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	毎日の食事摂取量、水分量を記録し、水分に関し1日1000CCを摂取できるようにしている。(摂取量調整者もあり)曜日により「肉の日」「魚の日」「野菜の日」と決めメニューが片寄らないようにしている。		
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	毎食後の口腔ケアを行い 清潔保持を行っている。出来ない方には支援している。 (歯科往診もあり) 夜間 入れ歯を預かり消毒(ポリデント)している。		

自己	者三	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	(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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、定期誘導や利用者様の動きを察知し、トイレで排泄できるように支援している。不快感を軽減するため、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る。	排泄の失敗を減らすため、一人ひとりの排泄パターンを把握して、トイレ誘導できるように職員は神経を使っている。声掛け時に尊厳を損ねることのないよう注意している。	
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	食事の工夫や水分摂取、身体を動かすよう声かけ、サポートしている。排泄の際はしっかり前傾座位をとり便秘気味の方にはホットタオル等工夫している。(植物性)乳酸菌飲料や野菜ジュースの摂取も支援している。		
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ず、個々にそった支援をしている	週に2~3回 2人介助 シャワー浴など 利用者様の体調や希望に応じて介助し、気分よく入浴出来るよう支援している。入浴しない日は、手浴・足浴・陰部洗浄・清拭 対応を心掛けている。	週2~3回のペースで、本人の希望や体調を考えて、入浴支援が行われている。幸い現在の利用者には、極端な入浴嫌いの人はいない。入浴しない日も、気候や体調を考慮して足浴などで清潔保持を心掛けている。	
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	夜間睡眠不足の利用者様に、日中に休息出来る時間をつくっている。昼夜逆転にならない様に 居室の電気はつけて対応している。(長すぎる睡眠は極力行わず)		
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	利用者様が服薬している薬を、薬情報と共にスタッフが確認出来るようにし、服薬支援に努めている。症状の変化も主治医に報告している。		
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	一人ひとりに合わせた役割・楽しみごとへの支援が充分に出来ていないが、その人のペースに合わせたレクを行い気分転換を支援している。(漢字カード・かるた・折紙)季節の行事や誕生会を開くなど楽しみ場を設けている。		
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	戸外には出掛けるが一人ひとりの希望に沿って外に出ることができないこともある。近くの薬局・コンビニへは買物に行っている。家族様の協力にて外出機会を増やしている。玄関や窓際の陽なたぽっこをおこなっている。	介護度の高い利用者が増加したため、外出にあたって種々の制約が多くなってきたが、家族の協力も得ながら外気に触れる機会の増加に努めている。事業所近くに桜並木があるなどの好立地を生かしている。	



自己 者 第三	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	お金を使用することへの支援はしているが全員にではない。お小遣いの管理は事務所でしている。		
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	希望者には 電話を使用してもらい 手紙はスタッフがサポートし利用者様と一緒に書いている。		
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	不快な音や光が入らないよう、窓やカーテンの開閉をこまめに行っている。またホーム敷地内に咲いた花などに花瓶を差し季節感をとりいれている。廊下に行事の写真等を展示する。加湿器にて空気の乾燥に注意している。	介護度や個性の違う利用者が、共同生活を営むため、居間や食堂の席位置を日常のトラブルが生じないようにきめ細かい配慮がなされている。	
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	リビング横に和室を設け、利用者様と家族様がくつろげるスペースを造っている。ソファや事務所も活用し、工夫している。テレビの前のソファで、気の合った利用者様同士がTV観賞や雑談をされる。		
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	馴染みの家具やベッドを使用している。音楽を流すこともある。家族や本人の写真をかざったり、アルバムを置いている利用者もいる。冬場には 濡れタオルで乾燥しない様に努めている。布団干しや布団叩きも一緒に行う。	使い慣れた家具やベッドの持ち込みを原則にして、入所前の生活の延長感が保ち続けられることに配慮している。持ち込み家具等がない入所者には、退所者の寄贈分や施設の無償貸与など、負担軽減策が講じられている。	
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	混乱を招かないようスタッフが見守り声掛けし、過剰な支援をしないようにしている。		

## 基本情報

事業所番号	2893000246
事業所名	ニチイケアセンター尼崎稲葉荘
所在地	尼崎市稲葉荘4-5-10


【情報提供票より】

(1) 組織概要 #####

開設年月日	平成21年10月1日		
ユニット数	2	利用定員数計	18 人
職員数	17 人	常勤8人 非常勤9人 常勤換算13.5人	

(2) 建物概要

建物構造	鉄骨2階建ての1・2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)	78,000 円	その他の経費(月額)	円	
敷 金	156,000円			
保証金の有無 (入居一時金含む)	無し	有りの場合 償却の有無		
食材料費	朝食	円	昼食	円
	夕食	円	おやつ	円
	または1日当たり1,030円			

(4) 利用者の概要( 3月17日現在)

利用者人数	18 名	男性	3 名	女性	15 名
要介護1	5 名	要介護2	4 名		
要介護3	4 名	要介護4	1 名		
要介護5	4 名	要支援2	名		
年齢	平均 84.1 歳	最低	69 歳	最高	99 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	立花みどりクリニック 安田歯科
---------	-----------------

(様式2(1))

事業所名 ニチケアセンター尼崎稲葉荘

## 目標達成計画

作成日: 平成 28年 4月 6日

目標達成計画は、自己評価及び第三者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	2	年数が経ち、利用者様の重度化、人員不足、スタッフ介助が増えている為、レクリエーションや外部との交流が減少している。	外出支援による地域交流、自治会とのコミュニケーションを引き続きとり、ボランティア等との関わりも増やしていく。	可能な方への外出支援、玄関先からご近所への挨拶、行事開催時の地域への呼びかけを行う。レクリエーションの一つにボランティアによるレク等を取り入れる。	3ヶ月
2					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、行を挿入してください。

(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( ④に関しては次回の運営推進会議にて報告予定 )
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( )