

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	2892200284		
法人名	株式会社ニッケ・ケアサービス		
事業所名	グループホーム てとて加古川		
所在地	兵庫県加古川市加古川町本町239-1		
自己評価作成日	平成30年2月20日	評価結果市町村受理日	平成30年5月17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://nikkecare.com
----------	---

【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3月20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)】

平屋の建物であることの利点を生かし、朝の体操や行事への取り組みなどは、いりり・なごみフロア合同にて行っています。毎日、体を動かし、歌を声を出して歌うことで機能の低下や、病気の進行が抑えることが出来ればと考えています。体操などの参加は自由ですが、できるだけお部屋での閉じこもりがないように声をかけ、参加を促しています。ホーム裏に広い庭があり、季節の花や、野菜を植えたり、気候の良い時には、机の準備をし、裏庭でおやつを召し上がっていただくこともあります。近所の神社に散歩に出かけたり、ドライブや外食、喫茶なども計画的に実施しています。屋食を各フロアにて過ごし、入居者様に対する個々の支援を行っています。食器の返却、洗い物の手伝い、洗濯たみを手伝っていただき、自宅が出来ていたことをできるだけ継続していけるように工夫をしています。

【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)】

「グループホームニッケてとて加古川」は、昔から繊維産業で栄えた東播地域で、ニッケの社有地の加古川市加古川町に高齢者支援事業を通じて地域社会に貢献するために設立された「ニッケケアサービス」の1事業所として、平成26年3月に運営を開始した。同地には、デイサービス・小規模多機能・認知症対応デイサービス・ケアプラン等多くの事業所があり、28年12月には介護付き有料老人ホーム、昨年は保育園も開設され、文字通りニッケ福祉村が完成したようである。グループホームは、木造平屋建てで2ユニットが並んで配置され、各種の行事が共同で実施されるので利用者全員が自然に交流できている。

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	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	職員入口に理念の掲示をし、入職時の研修の際資料として配布をして説明している。	事務所内に掲示していた理念を、共有スペースフロア壁面に掲示することにより、職員はもとより、家族や来訪者にも周知することにより、職員の意識向上にも効果的である。	
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	地域の夏祭り、秋祭り、餅つきイベントに職員と共に参加している。また、気候のいい時に散歩してごあいさつしている。	運営母体である企業と地元地域との長年の信頼度とともに、地域住民との交流は、四季折々の地域行事とも関係が深く、自然な交流が出来ている。	
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	地域のサークルの発表の場として交流を図り中学生トライやるウィークの受入れている。また、スタッフが認知症サポーター養成講座の一員で参加している。		
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	定期的な運営推進会議を開催し、施設内での行事や取り組み、運営状況の報告をご家族に参加してご意見を頂き改善に努めている。	隣接する地域密着型事業所関連施設(グループホーム・小規模多機能施設・認知症デイ)が、合同で奇数月の第4月曜日に運営推進会議を開催し、合同家族会も開催され、幅広く意見交換できる取組となっている。	
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取り組んでいる	市役所へ事故発生や救急搬送などの報告、相談しており運営推進会議に参加され協力関係を取っている。	運営推進会議への出席はもとより隣接する関連施設との交流からも、市地域福祉課職員とも連携が図られている。	
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	女室の官理上、玄関の出入口は施錠をしている。各フロア間の行き来は自由であり、入居者様は過ごしやすいフロアで職員に見守られながら過ごしている。	骨折のための、治療・療養の必要上、退院後の安静を計り、立ち上がりによる転倒防止のため、一時的に車いす使用の際にはベルトを使用していた。	
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	RM委員会で全事業所統一の虐待マニュアルを作成し研修に取り入れている。接遇委員よりの注意喚起があることで、職員自身の意識の改善を行っている。	リスクマネジメントとして、虐待自己チェックシートやストレスチェック表を使用し、ふりかえりと評価が出来る仕組みを活用している。	

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	日常生活自立支援事業や成年後見制度について資料を回覧している。	現在、制度の利用者はいないが、高齢になって、関係の遠い親族も高齢になってこられる例もあり、時期を見て制度利用の説明も必要になると思われる。	
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	入居前には、御本人と家族に必ずお会いし、施設の生活や活動に十分な理解を頂き入居を決めて頂いている。契約時は、必ず時間を頂き契約締結の説明をしている。	入居前の説明はもとより、入居後も、状態の変化に伴いその都度契約内容の確認ができるようになされている。	
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	意見や要望がある場合には、介護主任や管理者に直接伝えて頂いている。外部の相談窓口の案内も行っている。	家族からの意見を聞く機会として、運営推進会議への出席を呼びかけ、参加できている。また、来訪時には様々な機会をとらえて、意見を聞けるようにされている。	
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	月1回の会議の実施をし、職員の意見や、活動に対する支援を行っている。	サンキュウ報告という取り組みで、ヒヤリハットにいたる前の気づきを重視し、すべての職員が、日常業務に潜む危険情報を察知し自主的に分析提案できる取組がある。	代表者や管理者は、職員を育て処遇改善を図ることは、働き甲斐と定着に繋がり結果的に利用者の安心感に寄与することを自覚して、特段の配慮を期待したい。
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	各職員が個人目標をたて、たてた目標への評価をおこなっている。できるだけ職員が働きやすい、環境づくりにつとめている。		
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	合同研修を行い、知識、技術共に深めていけるようにしている。		
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	グループホーム協会の勉強会に参加してもらい他事業所との交流、情報収集をしている。		

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
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	入居時にご本人の生活歴、趣味嗜好を聞き職員との信頼関係の築く資料として活かしている。		
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	ご本人、ご家族の要望(不安なこと)を聞きケアプランに取り入れている。		
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	ご本人、ご家族の要望(不安なこと)を聞き現状の最善策の提案をして必要であれば他のサービスの提案する。		
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	常にご本人に寄り添うパートナーであるということを忘れず支援をし他のご入居者と共に暮らす関係づくりを大切に生活する。		
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	入居者様の日頃の様子を定期的に手紙や面会時にてお伝えしています。出来るだけ面会して頂くよう行事を企画している。		
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	入居者様の住み慣れた町や関わってきた人との関係が続くように支援している。	基本的に入居者は地元住民が多く、家族以外に友人が訪ねて来られる人もいます。	
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	入居者様の行動を把握し状況によっては間に入りなごやかに過ごせるよう関係性を保ち入居者様同士が支え合う支援している。		

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
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	退去先の把握は必ず行う。必要であれば支援を行っていく体制づくりをしている。		
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	入居者様との日々の関わりの中で思いや意向などの聞き取りを行いご本人の望む生活に繋げることが出来ないかをユニット会議などを通じ(担当職員が中心になり)考えるようにしている。	ユニット担当職員だけでなく、2ユニット交流行事などにより、職員も相互にかかわることになり、多様な視点で本人の思いに気付く機会を持っている。	
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	入居前の生活状況をご本人、ご家族よりお伺いしパートナー(スタッフ)間でも情報収集をしている。		
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	入居者様の心身状況の把握をし残存能力に応じた生活のペースに対して支援をしている。		
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	生活の中での困り事の把握をし毎日の申し送り意見を出し合い、解決策や改善方法を探っている。解決出来なかった事柄は後日担当者会議を設けご本人に対しての最善策を話し合っている。	見直しは基本的に1年ごとであるが、担当者・ケアマネ・ケア主任が、申し送り内容などを共有し、少しの変化にも注意を払い、記録に残し、意見交換がなされている。	
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	介護記録にご本人の状況や変化の記録をし職員間で情報の共有をしている。また、プラン変更の目安にしている。		
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	ホーム内だけで捕らえない事は、外部支援の依頼をして対応をしている。ご本人の状況はご家族に常に伝えるようにしご家族に対しての支援も出来るようにしている。		

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
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	地域イベント(夏・秋祭り・感謝祭)に参加をし気候のいい日に散歩や外食しボランティアの受け入れを行っている。		
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	月2回の往診。週1回訪問看護の巡回を行っている。専門医への受診が必要な方でご家族の付き添いが困難であれば職員が付き添って通院している。	協力医療機関は、地域連携協力医院であり、在宅診療と、病院との連携ができています。終末期の看取りについても、訪問看護との連携も対応がなされており、施設や家族とも信頼関係が保たれている。	
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	24時間365日対応で訪問看護ステーションと地域医療連携している。週1回の訪問と電話相談も随時相談可能である。		
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。	病院の連携室との連絡を密に行い病状や復帰の見通し早期に退院が出来るように支援を行っている。	施設のある東播磨地域においても、医療・介護の連携についての取組は進められており、かかりつけ医が中心となり、施設のケアマネと協力して迅速な対応が出来る。	
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	重度化した場合や終末期の在り方については入居時の契約の際に説明をしている。終末期ではご家族の意向を確認し医師との面談にて状態の説明を行って頂いた上でケアの開始を行っている。	重度化した場合や終末期対応は、家族の要望を第一に考えて、医師と連携して、事業所で看取りもふくめて対応している。開設以来3人の看取りを経験した。	
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	緊急時マニュアルを事務所に掲示している。職員は、消防署の協力により応急処置の方法を学んでいる。		
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	7月に消防訓練の実施を行い報告書の作成をし参加できなかった職員への周知をしてもらっている。	訓練実施に当たっては、不安不穏の状況に陥らないよう配慮し、避難路の確認などが出来るようにしている。今後は地元消防団等の連携も必要に思われる。	

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
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	入居者様への声掛けを注意を払い職員の概念を押し付けないように指導できる体制をとっている。	職員は利用者を人生の先輩と捉えて、日常のケアに当たっている。	
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	常に決定権は、入居者様にあるということを念頭においた支援を心がけている。接遇に対する研修を行い事業所全体で取り組んでいる。		
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	日々の生活についてはお一人おひとりの望む生活ができる限り実現できるように努めている。		
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	ご本人の好みに合わせた衣服や気慣れたものを着ている。定期的に訪問美容で毛染めやパーマも対応している。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	給食会議を月に1回開催し厨房に意見や感想を伝えている。食事レクの開催をし入居者様の好みの食事の提供が出来るようにしている。	茶碗・湯のみ・おはしは、自前のもので、愛着のもてる食事環境を整えられている。	
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	ご本人の食生活の把握をし健康管理に努めている。食事形態や食器の種類なども考え自身のペースで食べて頂けるように支援をしている。		
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	食事後に歯磨きの案内をしている。一人ひとりに対する支援の仕方を考えている。必要に応じ訪問歯科の往診をして頂いている。		

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
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	支援が必要な入居者様には排せつチェック表を記入することでトイレ誘導のタイミングを図るようにしている。オムツの使用をする方に関しても最低限の使用に努めている。	様子を見ながら、声掛けをし、タイミングを見計らい自然な誘導が出来るように配慮している。	
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	便秘傾向のある方には、水分補給(お茶や飲み物)で対応している。慢性の便秘には医師に相談している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個別にひとり一人のタイミングに合わせて声掛けして気持ちよく入浴している。拒否のある方については日にちや時間の変更して対応している。	拒否傾向のある人には、本人の様子を見ながら対応するようにされている。	
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	消灯の時間は決めず、見たいテレビがあるときには、みってから休んで頂くように、個々に合わせ時間にて対応をしている。眠れない入居者様には飲み物の提供をするなどの対応をしている。		
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	薬局より、一包化の内服薬の配達があり日付、時間、入居者様ごとに分かれており誤薬や飲み忘れがないように徹底をおこなっている。服薬担当者を決めることで2重の確認をできるようにしている。		
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	洗濯たみや食器洗いを手伝って頂き職員はその方に、必ず「手伝ってもらって助かる」というような感謝の気持ちを伝えるようにしている。		
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	ご家族との外食を定期的にいかれたり。お墓参りに外出される方もおられる。おひとり、おひとりの希望や生活に合わせた外出をおこなっている。	ご家族にも遠慮なく関係を繋ぐ機会を持って頂き、機会の少ない方には職員が、ご本人の希望に沿える、買い物に誘うなど、配慮されている。	

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	紛失の心配もあるため、ご自身で金銭管理をおこなっておられる方はおられない。必要な場合は立て替え払いをしている。		
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	家族に連絡してほしい。と話すときには、職員が話を聞き不安の解消に努めることもあります。随時の電話の対応はおこなっています。かかってきた電話の取次ぎはおこなっています。		
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	整理、整頓、清潔を心掛け、入居者様が、心地よく過ごせるように努めています。季節ごとに、掲示物を変え、その時々季節が感じられるような工夫をしています。	共用スペースへの通路は見通しの良い廊下から少しずらせた場所に椅子やテーブルの配置があり、お互いの気配を感じつつ、くつろぐときにはお互いの視線が気にならない構造になっている。	
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	リビングスペース、ダイニングスペースとわかれており、食事後は個々のくつろげるスペースにてすごされる。テレビの視聴や音楽が聴けるように準備をしている。		
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	出来るだけ、馴染みのあるものの搬入を入居時にご家族に依頼している。アルバムや家族写真持ち込みも可能ならと依頼している。	居室入り口の壁面には、写真や思い出の品などを飾れるように工夫され、名前だけでなく、自分居室であることがよく分る工夫がある。	
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	出来ることは、自身でできるような工夫をしている。居室を迷われる方には、目印や写真の掲示、表札にてわかりやすくしている		

基本情報

事業所番号	2892200284
法人名	株式会社シニアケアサービス
事業所名	グループホームてとて加古川
所在地	〒675-0057 尼崎市南塚口町8丁目3-21 電話 079-490-5310

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク兵庫福祉調査センター
所在地	〒661-0033 尼崎市南武庫之荘2-27-19
訪問調査日	平成30年3月20日

【情報提供票より】平成 30年 2月 20日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成26年3月24日
ユニット数	2 ユニット
職員数	14 人
利用定員数計	18 人
常勤	14人
非常勤	0人
常勤換算	14人

(2)建物概要

建物構造	単独型 木造平屋1階建て
------	-----------------

(3)利用料金等(介護保険自己負担分を除く)

家賃(平均月額)	63,000 円	その他の経費(月額)	管理費24,000 円	
		水光熱費・月額	18,000円	
保証金の有無 (入居一時金含む)	300,000円	有りの場合 償却の有無		
食材料費	朝食	300 円	昼食	600 円
	夕食	600 円	おやつ	円
	または1日当たり 896円			

(4)利用者の概要(2月 20日現在)

利用者人数	18 名	男性	3 名	女性	15 名
要介護1	4 名	要介護2	5 名		
要介護3	4 名	要介護4	5 名		
要介護5	1 名	要支援2	0 名		
年齢	平均 85 歳	最低	77 歳	最高	93 歳

(5)協力医療機関

協力医療機関名	早川内科・循環器科医院
---------	-------------

目標達成計画

作成日：平成 30 年 4月 10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	11	(運営に関する職員意見の反映) 代表者や管理者は、職員を育て処遇改善を図ることは働き甲斐と定着に繋がり結果的に利用者の安心感に寄与することを自覚して特段の配慮を期待。	①スタッフ体制を整える。	急務で日勤・夜勤フルパート従業員を確保する。	2ヶ月
2			②会議体(営業・運営会議/リーダー会議/ユニット会議/サービス担当者会議/運営推進会議/委員会MTG/内部研修会)サービスプロセスマネジメントの可動させる。	日々の業務内でスタッフ意見を取り入れて、業務の見直しを行い、業務内容をマニュアル化していく。	5ヶ月
3			③管理者業務の引き継ぎ	日々の業務、請求、施設・実績管理、業者、教育、その他と引き継ぎ項目に分けて役割分担をして教育して行く。	5ヶ月
4			④計画作成担当者の引き継ぎ	ご入居者、ご家族にてとてでの生活について要望を聞き取り、ケアプラン作成する。ひとりひとりの生活状況や健康状態を把握しケアプランに反映するため、介護・看護スタッフと連携を取りチームケアを実践する。	5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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ②利用者へサービス評価について説明した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他(4月の地域運営推進会議にて報告予定)
2 自己評価の実施	<input type="checkbox"/> ①自己評価を職員全員が実施した
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()
3 外部評価(訪問調査当日)	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ④その他()
4 評価結果(自己評価、外部評価)の公開	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()
5 サービス評価の活用	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 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="checkbox"/> ③「目標達成計画」を市町村へ説明、提出した(する)
	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> ⑤その他()