

### 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	2893000444		
法人名	株式会社ほのぼの		
事業所名	グループホームほのぼの建家		
所在地	兵庫県尼崎市建家町68番地		
自己評価作成日	令和5年 7月 5日	評価結果市町村受理日	令和5年9月11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	令和5年8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)】

<p>ご入居者の方の自己決定を基本にし、人として当たり前の安心して生活ができる日常生活環境の実現を目指します。企画行事で入居者様に楽しんでいただける内容を職員で考え取組みを行いSNS発信をします。また、外出が可能になりましたので定期的に外食の機会をもったり電車や車で外出も積極的に企画していく予定になってます</p>
--

【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)】

<p>コロナ期間中は利用者と面会謝絶になっていたがSNSにて家族とリアルに様子が見られ、安心されていたり、コロナに対しても最後に2例の罹患者が出たが、最終限度に対応が出来、24時間・365日利用者に寄り添う支援が出来ていた。又5類移項より外出も自由に、地域との交流も従来に戻りほのぼの建家の存在意義も高まり、理念に沿った支援が出来始めており、安心して生活して頂けるようになっている。</p>
---

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
<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	住み慣れた尼崎で地域密着型サービスならではの理念を掲げている。また事業所の理念を玄関、フロアへ掲示し唱和することで介護の方針の統一を図り、理念を浸透させるためクレドカードの作成をしています。	理念はクレドに記入して全員に配布され、各フロアーにも掲示、又職員の名札にも入れ日々確認し支援に当たっている。	
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員として日常的に交流している	近隣商店街へ行き買い物、地域のイベントに参加し事業所のイベント時には地域の方に参加いただいています。	コロナが落ち着いて外出も自由になり、地域の100歳体操に参加したり、外食等に出かけ、地域の方々との久しぶりの声かけも、従来の交流がスタートされ出した。	
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	運営推進会議への参加要請、報告。町内会に参加し交流を持ち認知症に対しての理解を求めています。		
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	運営推進会議の場で意見交換をしたりその内容を現場で生かしたり地域活動に参加したりしています	今年コロナ5類スタート後対面の運営推進会議を5月よりスタートし、参加者より意見を頂き運営に反映されている。議事録も家族に配布され情報が共有されている。	
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	グループホーム連絡会に参加や必要時に応じて連絡や報告をしながら助言、連携を図っています。現在は休止となっておりますがメールのやりとりにて関係性は継続しています	コロナ期間中は介護保険担当課や高齢政策課よりメールにて色々な情報・助言を頂いたり、マスクや手袋、消毒液等頂き連絡を密に強化に努めている。	
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	法人全体で身体拘束廃止委員会を立ち上げその内容を月1回の全体会議で周知しディスカッションしている。またその内容を運営推進会議で報告しています	法人全体で身体拘束をしない委員会を各事業所より1～2名選抜し年2回研修し、研鑽に努め、毎月の職員会議にて委員よりも説明し、理解に努めている。職員間の注意し合う体制には至っていない。	
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	月1回の全体会議で必ず議題にあげ意識を強く持ちケアにあたるよう徹底しています	虐待防止委員会も身体拘束委員会と同様の体制にて年2回の研修と毎月の職員会議にて説明し、理解に努めている。職員お互いに注意は出来ないが、無記名アンケートをとり、職員会議にて検討している。	

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	現状で成年後見人を利用されている方もおられます。勉強会にて権利擁護や成年後見人制度など周知しています。	成年後見人制度利用者は現在2人おり、幹部は理解し、利用者より依頼があれば対応している。研修もしているが本年より外部講師にて行う予定。	
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	入居の際に重要書類説明書、契約書をきちんとわかりやすく説明しご納得頂いております。また、退去時についても都度説明を実施している。	入所時に重要事項や看取りに関して・重度化対応に関して、時間を十分にとり詳しく説明し、理解を得てサインを得ている。又制度変更時や介護度変更時にも同様に詳しく説明している。	
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	運営推進会でいただいたご意見は議事録にあげて共有しできる限り反映できるよう努力しています	日々の支援の中より確認し、記録している。又出来ない方には家族より意見を頂き支援に反映させている。現在家族会は出来ていないが今後開催を予定をしている。	コロナ期間中家族との接点がうすれていたが、運営推進会議もスタートし対面出来るようになった。今後家族会も予定されているようで、意見を頂き運営に反映されるように期待する。
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	全職員が意見を述べられる会議の場を作っている。また、職員の得意分野を引き出し役割を持たせ管理者と1対1での話し合いができる環境を年2回整えている。	職員会議は毎月開き、積極的な意見交換がされている。要望等は業務の統一化で、リーダーや管理者補佐を中心に対応に進めて行くとの事です。個人面談も年2回行われており、意思の疏通がはかられ、良い環境である。	
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	管理者は定期的に職員と面接を行っている。代表は管理者と密に連絡をとることで実務勤務を把握している。給与に関しては勤務年数、資格にとらわれず能力、努力によって査定しています。		
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	常に業務改善を考え職員のスキル向上を図る。定期的に評価すると共に個人の育成に努めている。また、新人職員には3ヶ月間トレーニングノートを使って教育しています		
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	コロナ禍により直接対面での交流はなくなりましたがメールのやり取り等で交流しています。今後はコロナも規制が緩和されたので感染症対策をとりながら交流をもっていきます		

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
<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	入居事前含め、本人様、家族様へ説明、了承を得ること、ニーズやアセスメントを通し関係性の構築を図っている。		
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	利用者様の状況変化があれば家族様へお伝えしている。また、各利用者様に担当をつけることでその職員に聞けばわかる環境を作っている。また他の職員であっても申し送りの徹底を行い、周知できるように努めている。		
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	利用者様、家族様に聞き取りを行い、専門的分野でアドバイスを行い必要に応じたサービスを提供している。		
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	利用者様には個別ケア(役割)をスタッフ共に行い楽しんで生活を送っていただいている。		
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	本人様の自己選択を尊重しながらご家族様の意向も傾聴し何が本人様の生活なのかを考えながら支援している。		
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	利用者様の知人、友人等の来訪には来所していただき在宅時と変わらぬ関係性を続けていけるよう努めている。	コロナ5類移項により面会は自由となったが来客は現在少なく家族等に理解が必要。又外出もオープン化されたが要望自体が少なく、今後利用者に確認をして行くとの事。	
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	利用者様一人、一人の性格関係性を把握しそれを元に座席やレクリエーションのメニュー等細かい部分まで配慮している。		

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	退去後も何かご相談あればフォロー行ったりと関係性を継続できるよう努めています		
<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	アセスメントを定期的に、適時に実施し御本人様が望む暮らしを検討している。パーソンセンタードケアを基本として考えるようにします	利用者の要望・希望は管理者とケアマネが個人ファイルに記入し全員が閲覧出来るようにしている。	
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	入居前にきちんとアセスメントを行いその情報を職員全員がきちんと理解して安心して過ごしていただく環境を整えています。		
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	個別対応ができるように介護支援専門員が実施するサービス担当者会議にてその方の生活歴や近況の生活状況を検討しています。余暇支援や生活リズムについてもできる限り対応するよう努めている。		
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	日々の状況を細かに記録に残している。	コロナ禍では認知症の進行であったり体力の低下が著しくなってくるので機能訓練等の充実を意識して介護計画を作成した。コロナ後は外出ができるようになったので、介護計画の中に積極的な外出支援を取り入れている。	
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	日々の利用者様の状態を日誌に記録することを徹底している。それに対しての申し送りも徹底しスタッフ全員が把握、理解し日々のご利用者様のケアに活かしている。		
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	本人様、ご家族様のニーズに応じた必要なサービス等を柔軟に提供しています。		

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	短時間ですが通いなれた商店街に散歩や買い物にでかけたりと支援を行っている。		
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	近隣にある三和クリニックにて2週間に1回往診。24時間体制で対応しているため夜間の対応は安心して行える。	全員、24時間対応の協力医療機関(三和クリニック)の医師をかかりつけ医としている。なにかあれば、訪問看護師や医師がすぐに対応してくれる。提携医院の受診は管理者付き添い、それ以外の場合は家族に依頼している。希望により歯科医の往診がある。	
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	週1回の訪問介護にて看護師との連携を通じ医療、介護の連携を図っている。		
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。	協力医療機関と共に、入院先の医療機関との連携を図る。また、日常生活の情報提供を行う。	入院先医療機関とは主治医より連絡を入れてもらい連携がとれている。入院の際は日常の状況を伝え、入院中は看護師から様子を聞くなどして、なるべく早く退院できるように支援にあたっている。	
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化指針やターミナル支援の同意書を取り交わしている。状態の悪化や終末期には主治医より家族様に病状説明を行い家族様と今後の方向性を決断できるよう支援を行っている。	重度化した場合は、主治医より病状を家族に説明し、今後の方針について話し合いをしている。看取り時は、常に家族と連絡を取り、コロナ禍でも面会制限はない。主治医からも連絡をこまめにとってもらっている。	
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	緊急時のマニュアルを作成しています。常に見れるようにしている。またそれについても勉強会をしている。		
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	夜間想定も含め、年に二回消防訓練を行っています。利用者様も参加し実施しています。	BCP(事業継続計画)に基づき、年2回、災害に対するの勉強会と訓練を行っている。その他、年2回利用者の安全確保を中心に、昼・夜間を想定した津波や火災に対する避難訓練を行っている。地域住民への呼びかけは次回の訓練から行う予定である。	

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
<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	接遇を含め勉強会を実施している。利用者様は人生の先輩でありお客様だということを徹底して指導しています。特に新人さんへの教育を行っています。	接遇研修・勉強会を実施している。「利用者様は人生の先輩であり、お客様であること」を徹底して指導している。接遇改善のため、スピーチロックを意識することに努めている。	
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	家事のお手伝いを促す際『よかったらお手伝いして下さらないでしょうか』とお伺いしレクリエーションに関してもいくつか用意している。常に利用者の方の思いや様子を引き出せるよう観察している。		
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し、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	業務に利用者の方が合わすのではなく利用者の方の1日の生活に沿って業務を行っている。利用者の方の生活リズムを優先し支援できている。		
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	2ヶ月に1回訪問美容に来てもらいカット、カラーを行っている。		
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	週に1回調理レク、出前レクを行っています。	食事の手伝いではおしぼりを畳んだり、食器をふいてくださる方がおられる。日頃は配食サービスによる食事となっている。週に1回、調理レクを行い、利用者と一緒に食材を買いに出かけている。その他、出前(チラシ寿司やうどん等)を利用することもある。	
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	水分量の確認、食事量の把握に努め、月に1回体重測定を実施している。経過観察している。栄養状態については医師や看護師の指示を仰ぎながら実践している。		
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	毎食後必ず口腔ケアを行っている。ADLに合わせ職員が介助している。利用者様に合わせた協力医院より口腔ケアの指導を受けている。		

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
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	排泄表にて状況の把握。またアセスメントにてオムツの必要性を含め検討しています。	排泄表にて、各人のペースを把握し、さりげないトイレに誘導と清潔保持に努めている。	
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	極力薬には頼らず飲食物、運動を日課として行うことで便秘予防に努めている。		
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	基本的に週3回時間、曜日を設定しているもその日の利用者の状況に合わせて時間、曜日にこだわらず入浴している。また体力面を考慮して日数を決定してます	入浴は基本的に週3回、その日の利用者の状況に合わせて入浴して頂いている。お湯は一人ごとに交換している。シャワー浴(足湯と共に)の方もおられる。入浴はスタッフとのコミュニケーションの場にもなっている。	
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	生活習慣を念頭に支援している。臥床時間を作ることなど。		
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	内服の変更、変化などについては支援経過にて経過観察している。		
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	レクリエーションの充実を目指しご利用者様やご家族様へ情報収集している。		
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支援している	近隣を散歩に行けるように工夫している。	コロナが落ち着いて、少しずつ日常的に外出できるようになっている。町内会主催の「ふれあい広場」等の地域行事に参加して地域の住民や子供たちと交流している。家族やスタッフと外食にでかけたり、ショッピングに出かけることも増えている。(夏の間は外出・散歩の頻度は少ない)。	



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
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	買い物に出かける際は職員付添の元、支払い能力のある方に関しては見守りの元、自ら支払いを行ってます。現在はコロナ禍でできてません		
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	御本人様ご希望時や家族様からの電話連絡時、手紙朗読支援を実施。返信を書くことなど家族様、ご友人様の関係性が保てるように努めています。		
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	レクリエーション時に四季を感じれるように大きな掲示物を作成。共用部分についても導線上に危険物がないようにしている。その他温度調節清潔感がある環境づくりを実施している。	レクリエーション時に利用者とともに制作した季節感のある壁画が飾られている。トイレは広く、その他の共用部分も安全と清潔を重視した空間となっている。	
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	フロアの配置や食席などに配慮し共同生活を送る上での環境作りにつとめている。		
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	居室には御本人様の使い慣れた思い出のあるものを持ってきていただき、家具などの配置も住み慣れた部屋のレイアウトと同じようにしている。	家族の面会が居室も可能になったので、家族の協力の下、色々考えてレイアウトされる方もおられる。	
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	自立して歩行ができるように手すりを設置し、ドアも開け閉めしやすいスライド式になっている。トイレのスイッチと水道は自動になっている。		

# 基本情報

事業所番号	2893000444
法人名	株式会社ほのぼの
事業所名	グループホームほのぼの建家
所在地	尼崎市建家町68番地 (電話)06-6415-7192


【情報提供票より】(令和5年7月5日 事業所記入)

## (1)組織概要

開設年月日	平成 26 年 3 月 1 日		
ユニット数	2 ユニット	利用定員数計	18 名
職員数	14 名	常勤 8 名 非常勤 6 名 常勤換算	11.0 名

## (2)建物概要

建物構造	鉄骨造り
	4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)	93,000 円	その他の経費 管理費 4,000 円/月		
敷 金	有り 100,000円	水道光熱費 前年1年間の実績額にて計算		
保証金の有無 (入居一時金含む)	無	有りの場合 償却の有無	有 / 無	
食材料費	朝食	250 円	昼食	400 円
	夕食	500 円	おやつ	150 円
	または1日当たり 円			

## (4)利用者の概要(令和5年7月5日現在)

利用者人数	14 名	男性	4 名	女性	10 名
要介護1	2 名	要介護2	名		
要介護3	6 名	要介護4	5 名	名	
要介護5	1 名	要支援2	名		
年齢	平均 87.5 歳	最低	73 歳	最高	97 歳

## (5)協力医療機関

協力医療機関名	医療法人社団裕和会 三和クリニック ・ 滝内歯科医院
---------	----------------------------

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	10 (9)	コロナ前までは実施できており現在休止中の家族会の再開ができていない	家族会の再開	運営推進会議が対面で可能になりましたが家族様の参加が少ないためできるだけ参加いただける日程を提案。家族様数名参加して頂けるようになったとき家族会再開に向けて相談し進めていく	12ヶ月
2	35 (17)	年に2回の災害訓練の際、地域の参加呼びかけが行えていない	地域住民と共に地震や火災を想定した訓練が行える	運営推進会議にて地域の方に相談。参加しやすい日程等を探しながら日程調整を行い訓練に参加して頂けるよう呼び掛けていく	12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。