

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2年9月29日
評価結果市町村受理日	令和2年10月15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2年10月6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)】

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。ご家族様、地域の方との交流をし地域貢献としては地域の行事やイベントに参加しています。
--

【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)】

尼崎市南部の交通至便な市街地に立地している。当事業所の運営主体である「株式会社ほのぼの」は、設立時からの経営コンセプトである「地域を愛し、愛される企業へ」をモットーに大阪市・尼崎市において多くのグループホーム、デイサービス、訪問介護事業等を展開しており、老人福祉施策に高いノウハウを有している。その為か古くからコミュニティが発達している当該近隣地域とは自然な形で交流が進んでいる。また職員も認知症の人への理解が深く、利用者に対する言葉かけを始めとした誠意ある介護は家族に大きな信頼と安心感を与えている様である。今後とも地域と共に歩むホームとしてとして大いに期待が持てる事業所である。

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	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。	法人の経営理念に基づき、職員で協議して作った10項目からなる事業所独自の「行動指針」が定められている。この行動指針は朝礼時を初め様々な会議時に皆で唱和し、またクレドカードに納め理念の意識付けと実践に繋げるよう努めている。	
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。	「人と地域を大切に」するという法人の運営方針に基づき、町内会に加入し商店街の掃除や餅つき等地域のイベントに積極的に参加している。また、事業所の秋祭りに地域住民が来所するなど地域との交流は盛んである。	
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	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する理解を求めています。現在はコロナの影響で書面決議行っています。		
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	ご家族様の参加も多い。利用者の方の状況報告はもちろんのことケアの内容、改善今後の対応を報告している。それにより理解、協力、信頼を深めている。	家族・町内会役員・社協・市職員等の参加の元開催し終了後家族会も開催している。議事録は併せて作成し欠席者にも配付している。一部家族からあった身体拘束の要望については、この会議で不必要な理由を説明し納得してもらったことがある。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	事業所からは適宜市の方に出向き、相談し指導を仰いでいる。その他、約20の施設で構成されている「グループホーム連絡会」に市職員も参加するのでその時に情報交換を行っている。	
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	実施している。勉強会やマニュアルの周知を実施し、身体拘束予防を実践できている。また接遇も含めスピーチロックに関するもスタッフに厳しく指導している。全体会議で議題とし身体拘束廃止に関しての話し合っています。	対応マニュアルがあり、職員の採用時を初めと、あと年2回管理者の講師で研修を行い職員の共有認識を図っている。過去に家族の同意の元「4点柵」をしたことがある。センサーマットは使用していない。	
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	勉強会や指導で高齢者への虐待防止、尊厳の尊重に努めています。また、虐待につながるスタッフのストレスを軽減するためにもコミュニケーションを多く回り相手を承認する意識を持ち取り組んでいます。	勉強会やミーティングで虐待防止に向けた理解を深めるようにしている。また虐待につながるストレス解消に向け普段から職員とのコミュニケーションに心掛ける一方、業務改善や休暇取得促進についても留意している。	

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が3名入居されている。勉強会にて権利擁護や成年後見人制度など周知していきます。	家族からの相談対応は管理者であるが、職員の権利擁護の制度についての理解を深める為、後見人である司法書士による研修会を開いている。	事業所は成年後見制度など権利擁護施策を必要とする利用者に関係機関に繋げることが必要と思います。利用者や家族への情報提供の為権利擁護施策に係る資料等を備え付けられてはいかがでしょうか
9	(8)	○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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。	入居時に「重要事項説明書」「利用契約書」に基づき丁寧に説明している。介護保険制度の変更時にも同様に説明し家族の承諾を得ている。	
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	家族様来所時に時間を設け意見や相談受けているまた運営推進会議で家族様から意見を外部に表せる機会としている。	運営推進会議や家族会を参加しやすい日に設定し、より多くの意見を聞くことができるよう努めている。利用者の近況を知らせる「ほのほの便り」の掲載写真を増やしてほしいとの要望があり採り入れた。	
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整えている。	平素の介護業務についての職員との会話で意思疎通を図るようにしているが、それ以外にも月1回の事業所全体会議や、年2回の管理者との人事交換面談で職員の意向を把握している。	
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	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	OJTを業務改善し、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。		
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	地域のグループホーム連絡会へ参加を実施。同業者との交流を図る機会を提供しています。。また必要に応じて同業者間にて情報の連携を図っています。		

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し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		○本人と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。	馴染みの場所や人については入居時に把握しており、できるだけ散歩や買い物で立ち寄りしている。馴染みの人には来所時に次回の事業所のイベントの案内をするなど、来所しやすい環境造りを心掛けている。	
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	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	行事の際、ご家族様も参加して下さっています。現在も介護サービスの利用はなくなった方でも有志として参加して下さっています。		
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	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。介護支援専門員がパーソンセンタードケアを検討している。	思いや意向については入居時に把握した情報や入居後に得られた情報を「情報集約票」に整理し担当で共有しケアに反映させている。“パーソンセンタードケア”については引き続き検討を進めていく。	
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。	家族の意見や利用者の状況の変化等について月1回職員でモニタリングを行い介護に反映させている。介護計画の見直しは原則3か月に1回であるが状況により適宜見直している。	
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サービス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	通いなれた商店街に散歩や買い物にでかけたり地域のお祭りに参加することで思い出を引き出すことで安心して生活が送れるよう支援を行っている。		
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	近隣にある長尾クリニックにて2週間に1回往診。24時間で体制で対応しているため夜間の対応は安心して行える。	かかりつけ医と事業所の協力医の選択制であるが全員が協力医にかかっている。協力医は月2回の往診があるが自分で通院するときは家族か職員が付き添う。内科以外の診療科には協力医の紹介で診てもらっている。	
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	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。	入院時には同行し入院先に情報提供をする。入院中は適宜見舞いに行き入院先病院との関係の継続と状況の把握に努めて早期退院への支援をおこなっている。入院先での退院カンファレンスにも参加している。	
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	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。	看取りにかかる指針があり入居時に家族に説明している。状態が悪化した時は協力医や家族と協議し家族の同意を得た後に対応を進めている。看取り時の職員の研修も行っている。	
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。常に見ら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。今後の課題は地域の方も参加していただけるようお声掛けしていく。	災害対策マニュアルに基づき年2回消防訓練をしている。この訓練には地域消防団も参加している。今後想定し得る災害には「風水害」も考えられ、この訓練に盛り込まれている。備蓄は5日分ある。	

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
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	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。	相手の尊厳を傷つけない為に最も心掛けなければならないことは「言葉掛け」であり、機会あるごとに職員で話し合い介護にあたっての基本的なスタンスとしており職員一同共有している。	
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	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、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う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。	食事は業者委託であるが週に1回は献立から調理・配膳まで利用者と共にしている。また週に1回出前を取る時も利用者の希望を聞く。職員は自前の弁当を持参。	
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。	オムツよりもリハビリパンツの使用者が多い。個別の排泄チェック表で排泄パターンを把握し、必要に応じて声掛けや誘導を行っているが自尊心や羞恥心に配慮しながら対応している。	
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	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ず、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。	週2回が基本であるが、希望により3回入浴の利用者もいる。嫌がる利用者には無理強いないで、楽しんで入浴して頂くために入浴時間を長くするなどの工夫をしている。介助は同姓になるように配慮している。	
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	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に支援している	近隣を散歩に行けるように工夫している。	コロナ禍の今は無理であるが、以前は1日2回事業所の周辺を10分程散歩していた。阪神尼崎駅前のチューリップを観に行ったり、喫茶店に行くこともある。	

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	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	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	レクレ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。	居間兼食堂は整理・整頓され多くの入居者がテレビや音楽をゆったりと楽しんでいる。行事の写真等の掲示については、管理者が個人情報保護に配慮し壁面の掲示は控えられている。	
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	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。	居室は掃除が行き届いており清潔感がある。ベッド、クローゼット、エアコンは事業所の備え付けであるがそれ以外は利用者が好みの物を自由に持ち込んでおり、以前の生活パターンを楽しんでいる。	
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	ご本人様が実施できることはしていただき、また役割を持っていただくなどの支援をおこなっています。		

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】平成 2年 8月24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 人
職員数	17 人	常勤 6人 非常勤 11人 常勤換算	14.2 人

(2) 建物概要

建物構造	鉄骨造り 4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)	93,000円	その他の経費(月額)	円 水道光熱費15,000 管理費 4,000	
敷 金	100,000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	250 円	昼食	400 円
	夕食	500 円	おやつ	150 円
又は1日1,300 円				

(4) 利用者の概要(8月24日現在)

利用者人数	18 名	男性	2 名	女性	16 名	
要介護1	0 名	要介護2	3 名			
要介護3	10 名	要介護4	3 名			
要介護5	2 名	要支援2	0 名			
年齢	平均	84.4 歳	最低	76 歳	最高	101 歳

(5) 協力医療機関

協力医療機関名	長尾クリニック
---------	---------

(様式2(1))

事業所名 グループホームほのぼの建家

目標達成計画

作成日 令和2年10月11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	8	事業所は成年後見制度など権利擁護施策を必要とする利用者を関係機関に繋げる必要があるが、利用者や家族様へそれに係る資料等を備え付けられていない。	成年後見制度など権利擁護施策を必要とする利用者を関係機関に繋げる必要が事務所にはあると言うことを、従業員全員が理解できるようにする。	地域包括に成年後見制度のパンフレットを取りに行き勉強会を開催します。	6ヶ月
2	49	日常的な外出支援について、コロナ禍の今でも外出ができるよう支援が必要	コロナ禍の中近隣を散歩出来るように工夫する。ご利用者様にストレスがたまらないような外出支援をしていく。	人が少ない時、あるいは道で散歩出来る様従業員全員で考え実行していきます。	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="checkbox"/> まる 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()