

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	2893000261		
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		
所在地	兵庫県尼崎市神田南通2-50		
自己評価作成日	令和2年8月22日	評価結果市町村受理日	令和2年10月25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9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)】

現在コロナウイルス感染拡大による面会の自粛や外出の制限。イベントボランティアの中止が続いている状態。その中で事業所内で楽しんでいただける取り組みを工夫。庭を活用し職員によるイベントの立案、実施している。また、家族と事業所とでLINEを設定し日常の様子を気軽に報告や相談等出来るように提案。ほかビデオ通話を使ったオンライン面会を実施できるようにしている。

【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)】

コロナの拡大を防ぎつつ、職員スタッフが連携して入居利用者への介護サービスに専心努めている。事業所としても10年の実績を積んできた。従前できていた活動を取り戻しつつさらに一歩進めてほしい。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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)
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)
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)
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)
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
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
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		○ 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
				○ 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
				○ 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
				○ 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
				○ 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
				○ 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

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	事業所理念の頭に住み慣れた街と入れることで地域密着を意識している	「今日のクレドは何番にしよう」と決めて、1か月毎にできたかどうか確認し、浸透を期している。	
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	毎日利用者とともに近隣の商店街の外周清掃、買い物、地域のイベントに参加し、事業所でも定期的にボランティアを要請し地域との交流を図っています。コロナ時期より短時間の外出のみとしボランティア要請は自粛しております	コロナの時期は平素のように施設の商店街近くまでの外周を徹底的ではないが利用者と職員が掃除している。	
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	運営推進会議への参加の要請、報告。町内会に参加し交流を持ち認知症に対する協力、理解に努めている。コロナ時期のみ書面決議で開催となっております		
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	利用者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。現在書面決議ではアンケートを取ることで意見交換をしている	関係者が集まって会議できないため、書面決議方式を進めている。	現在は集まった会議ができていないが月1回書面決議方式で必要な判断・決定をしている。今後、地元自治会、民生委員など代表者に限定せず、出れる人の参加を働き掛けていく必要がある。市の介護保険委員も検討のこと。
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	3ヶ月に1回グループホーム連絡会にて市担当者意見交換を行っている。必要に応じて市担当者に相談を行っていたが現在はストップしている。市からくるメールを逐一確認。不明点は電話で確認	グループホーム連絡会は中止中。市とは必要事項のみ電話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	月に一回会議を開催し取り組みを話し合っている。利用者の安全を考慮した上で玄関に施錠はしてあるも訴えがあればすぐに外へ行けるような体制を整えている。スピーチロックに関してもスタッフに厳しく指導している	スタッフには身体的拘束のみでなく言葉かけ等においても配慮した取り組みを指示している。ユニットおよび施設の全体会議で身体拘束をしない取り扱いについて話し合い、共通理解としている。	
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	高齢者虐待の研修に参加しそれをもとに内部勉強会を行っている。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図り、休み希望を聞きリフレッシュできる環境を整えている	管理者が研修に参加し、それに基づき勉強会を行うとともに、スタッフの状態把握の上、防止対策を取っている。	

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	新人職員に利用者の権利擁護に対する研修を行っている。利用者の中でも成年後見人制度を利用している方がいるのでその役割や意味について理解できている	スタッフへの制度理解は所内学習で行っている。現入居者中4名が後見人を持っている。	
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、解約時には必ずわかりやすく説明し、質問、疑問はその場で解決するよう努めている。改正があった場合は運営推進会議で説明を行い文書でも説明を行いそれに対する問い合わせにも十分な説明を行っている	入居利用者の入れ替わりはこの1年で2名。現在の入居待機者は2名。時間をかけて契約関係の仕組みを説明している。疑義のある時はさらに説明を尽くしている。	
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	家族様来所時に時間を設け意見や相談を受けている。また、運営推進会議で家族様から意見を外部へ表せれる機会としている	現在、玄関での面談や会話をしている。利用者とも同様。従前に比べて、来訪家族からの意見聴取は少ないが、できるだけ情報を得て利用者サービスに反映することとしている。	
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	全職員が意見を述べ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。	全体会議を月1回、関係することはすべて話し合う。フロー（ユニット）会議も主に入居者の処遇を中心に、月1回実施している。管理者は職員との面談をしている。欠席者は回覧記録を見て押印する。	
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談を行っている。代表者は管理者と密に連絡を取ることによって実績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践と力量を把握し、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	月1回の勉強会を開催し職員の技術、知識の向上を図っている。また、業務の中でも職員指導にあたっている。		
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に加入し、討論会、勉強会、交換研修に参加しネットワークづくりを行っている。また法人内で交換研修を行うことで質の向上を図っている		

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	各利用者に担当を付けることでその方を知り安心できる環境に努める。また利用者のADL、特徴等まとめた書類を作成し職員がその方を知ることに努めている		
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	利用者の状況変化があればすぐに家族様へお伝えしている。また、各利用者に担当をつけることでその職員に聞けば分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、家族に聞き取りを行い、専門的視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	利用者にはADLに合わせ掃除、洗濯、食事準備を職員と行い、暮らしをともにするものの関係を築いている		
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	利用者の状況変化があればすぐに家族様へお伝えしている。また、各利用者に担当をつけることでその職員に聞けば分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、周知できるよう努めている		
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	利用者の知人、友人等の来訪には来所して頂き在宅時と変わらぬ関係を続けていけるよう努めている	近くの商店街にある馴染みの喫茶店や美容室、商店等を職員とともに訪れている。友人や知人が来訪した折には、丁寧に対応しこの関係がいつまでも続くように努めている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者一人、一人の正確、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	退所された方であっても地域住民の一員であることを理解しイベントの参加を促している。		
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	日々の日誌を参考に居室担当が利用者様の要望を聞き取り取り組めるようにしている。本人の希望が聞けなく困難な場合は会議やカンファレンスを行い本人の意向に添える対策を検討している	入所当初、本人や家族から思いや意向を聞き取っている。その後は家族の来訪時や電話で思いを聞き取ったり、担当者会議で日々の日誌を参考に話し合ったりして本人の思いの把握に努めている。	
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	入所前にきちんと情報収集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頂く環境を整えている		
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	起床時には必ずバイタル測定を行い変化があった際には訪問看護事業所と相談し迅速な対応を行い申し送りも徹底している。		
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	日々の状況を細かに記録に残すことを徹底している。	どんなことでも日頃から記録に残すことを大切にしている。前年度からの申し送り事項を参考に管理者やケアマネ、スタッフで話し合い、介護計画を作成している。3か月に1回フロア会議で見直しを行っている。	
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、理解し日々の介護に生かしている		
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	ご本人様、ご家族様のニーズに応じた必要なサービスを柔軟に提供している。例えば病院受診、家族宿泊など行っている		

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	通いなれた商店街に散歩や買物に出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出来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	2週間に1回協力病院が訪問を行っている。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	入居者全員が協力医を主治医としている。24時間体制で対応しているため入居者に安心を与えている。協力医は2週間に1回訪問診療している。歯科医は希望により随時訪問診療している。	
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	日々の状態観察の中で変化があればすぐに訪問看護事業所へ報告し、訪問看護事業所は必要に応じ協力医院に報告し情報交換を行っている。必要時往診や受診にも対応している		
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。	入院の際利用者が安心して適切な医療が受けられるよう相談員、看護師と情報交換を行っている。随時、医療相談員や看護師との情報交換を行い退院がスムーズに行えるよう支援している	入院時にはスタッフが付き添い、介護サマリを作成し医療機関に提供したり、医療機関の相談員や看護師と情報交換を行ったりしている。入院中もスタッフが見舞いに訪れ医療機関と連携を取りながら早期退院に向けて支援している。	
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	重度化や終末期の対応について入居時に同意書を交わしている。終末期には家族や主治医と相談しながらターミナルケアの支援を行っている。職員全員が支援できるよう研修を行っている。	
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	救急時のマニュアルを作成している。常に見れるようにしている。また、それについての勉強会も行っている		
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	夜間も想定も含め、年二回消防訓練行ってます。利用者様も参加し実施している。今後の課題では地域の方々にも参加して頂けるよう声かけをしていく	年2回、消防訓練を行っている。夜間を想定したり、火災や水害等を想定しながら避難訓練、消火訓練等を行っている。地域住民には町内会を通じて協力を呼び掛けている。緊急時の水や食料も完備されている。	

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
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	利用者は人生の大先輩でありお客様ということを徹底して指導している。またスピーチロックを行わないように勉強会を開催している	人生の大先輩である利用者に対して常に尊敬の念をもって接するよう心掛けている。言葉遣いや態度には特に注意している。そのための研修会も定期的に行い職員の共通理解を深めるように努めている。	
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	食事のお手伝いや家事の手伝いを促す際「よかったらお手伝いしていただけないでしょうか」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。常に利用者の思いや様子を引き出せるよう観察を行っている		
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	業務に利用者が合わすのではなく利用者の一日の生活に沿って業務を行っている。利用者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。また利用者と一緒に散歩の際は衣類を一緒に選び買い出しをしている		
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	食事の準備や後片付けはADLに合わせて役割を行っている。嚥下機能低下のためトロミ剤は食品お味が変わらないものを選んでいる	献立は栄養士が作成し、調理は業者に委託している。盛り付け、配膳、後片づけは利用者到手伝ってもらっている。週2回、食レクを実施している。献立から買い物、調理まで利用者に協力を得ながらスタッフがやっている。	
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	食事を委託している業者から成分表をもらい確認しそれに合わせた栄養バランスを調整している。水分も飽きがこないよう数種類準備している。		
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。利用者個々に合わせた口腔ケアを協力医院より指導を受けている		

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	個々の排泄介助の把握に努めるために排泄表をつけることで理解している。利用者一人ひとりの介助時間を設置している	排泄チェック表により一人ひとりの排泄パターンを把握し、尿意の無い利用者にも時間を見計らって誘導することによりトイレで排泄できるよう支援している。	
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	入浴の曜日・時間は設定しているが、それにこだわらず、本人の希望を重視し週3回は入浴していただいている。季節にはゆず湯やしょうぶ湯を楽しんでいただいている。	
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	昼夜逆転等に注意し薬の変更があればすぐに申し送りし変更を行っている		
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	薬管理表で管理し、薬の変更あればすぐに申し送りし変更行ってる		
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	利用者の昔からの趣味に合わせて編み物など継続している。また、利用者個々に合わせたレクリエーションボックスを設置している		
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	庭があるため天候に合わせて体操や食事をとったりしている。また散歩や買物の実施をしている	近くの商店街へ出かけ、買い物をしたり、喫茶店に立ち寄りたりして楽しんでいる。利用者の希望を聞き、デイサービスの送迎車で遠出することもある。施設内の庭で外気に触れ、日光を浴びながら体操したり食事したりすることもある。	

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能力のある方に関しては見守りのもと自ら支払いを行っている		
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	家族様や友人から電話があれば本人と会話していただくよう努めている。手紙が届いた際は必ずスタッフと一緒に返事を書くようにしている		
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	フロア内の壁画は季節に合わせたものを利用者と作成し季節感を感じていただいている。天気の良い日はカーテンを開け陽の光が差し込み庭の樹木や草花を見ることができ明るい雰囲気ができている	廊下、風呂、トイレはゆったりくつろげる空間となっている。風呂は機械浴やリフト浴の設備もある。居間兼食堂は、行事や日常生活を楽しむ写真掲示はないが、利用者の意見を取り入れながらみんながくつろげる居場所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	利用者の人間関係を把握し座席の配置を行っている。またテレビやラジカセを流したりリラックスできる空間を作っている		
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	居室には本人の使い慣れた思い出のあるものを持ってきていただいている。在宅では布団で寝ていた方に対しては床にマットレスを引いたり絨毯をひき本人の生活空間を作っている	エアコン、ベッド、洗面台、カーテンは常備されている。ダンスやテーブル、テレビ等を持ち込み、思い出の写真や作品を飾り生活を楽しんでいるようである。仏壇を持ち込んでいる方もいる。	
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	目立って歩行ができるよう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。またトイレのスイッチは押し型のため利用者につける、消すを行っていただいている。水道も自動で手をかざすと出るようになっている		

事業所番号	2893000261
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
所在地	〒660-0885尼崎市神田南通 2-50 電話 06 6430-0147

【情報提供票より】令和 2 年 8 月 22 日事業所記入

(1)組織概要

開設年月日	平成22年2月1日		
ユニット数	2	利用定員数計	18 人
職員数	15 人	常勤(専任9、兼務1=ケアマネ)、非常勤5 常勤換算(

(2)建物概要

建物構造	鉄骨造り2階建ての1~2貝部分
------	-----------------

(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	
敷 金	100,000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	250 円	昼食	400 円
	夕食	500 円	おやつ	150 円
	または1日当たり1,300円			

(4)利用者の概要(令和2年9月23日現在)

利用者人数	17 名	男性	3 名	女性	14 名
要介護1	2 名	要介護2	7 名		
要介護3	4 名	要介護4	1 名		
要介護5	3 名	要支援2	名		
年齢	平均 82.7 歳	最低	78 歳	最高	90 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

目標達成計画

作成日 令和2ねん10月15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	3	現在は集まって会議が出来ていないが2ヶ月1回書面決議方式で必要な判断・決定をしている。今後地元自治会・民生代表など代表者に限定せず、出られる人の参加を働きかけていく必要がある。市の介護保険委員も検討の事。	地域の人や民生委員などへもアンサー形式で書面決議での参加ができにか促してみる。施設で会議が行える様になれば、その際にも参加頂けるよう、呼びかけます。	運営推進会議の案内を出す際、地域(商店街)へも案内配布、民生委員にもTELでお伝えする。	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="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(次回運営推進会議にて報告)
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()