

### 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	2894001086		
法人名	社会福祉法人 きたはりま福祉会		
事業所名	グループホーム ほたるの里		
所在地	兵庫県姫路市安富町柘原620		
自己評価作成日	令和8年3月10日	評価結果市町村受理日	

※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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/28/">http://www.kaigokensaku.jp/28/</a>
----------	---

#### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 H.R.コーポレーション		
所在地	兵庫県西宮市新甲陽町5-40-603		
訪問調査日	令和8年3月29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)】

自然豊かな環境で、すぐ近くには施設の名前の通り、ほたる飛び交う清流が流れている。平屋建てでフロアの大きな窓からは満開の桜が見られたり、紅葉を楽しむことができ四季折々の変化を感じて頂く事が出来る。民生委員との情報交換や地域ふれあい喫茶への参加やデリバリーなど可能な範囲での地域との交流は続けている。面会や外出に制限はなくご希望があれば都度臨機応変に対応している。利用者様とご家族の繋がりを大切にしている。外出が出来ない時は運動不足にならないように毎日、テレビ動画などを活用し、健康体操に取り組んでいる。レクリエーションも職員が考えながら日々行っている。施設に情報発信はインスタとお便りを活用し行っている。医療機関との連携も十分とれており、主治医が定期往診している。ご家族の希望があれば終末期まで過ごして頂ける体制は整えている。

#### 【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)】

大きな窓からの採光で明るく、自然豊かな風景が臨める広々と各ユニットは、行き来が自由な開放的な環境で、毎月利用者と一緒に制作する大作の掲示作品や季節の飾りつけを行い、季節感が感じられる。理念に基づいた目標を設定し、各職員が実践計画を立て、毎月自己評価を行いながら実践に向け具体的に取り組んでいる。公民館の「ふれあい喫茶」・初詣・花見ドライブ等の地域への外出、ボランティアの来訪、移動販売車の来所、秋祭りの立ち寄り、トライやるウィークの受け入れ等、地域交流に注力している。体操・レクリエーション・家事参加を日課とし、園芸活動も行い、看護師の配置・理学療法士の週1回の訪問があり、利用者の心身機能の維持向上に取り組んでいる。毎月の「お便り」・インスタグラムで生活や活動を伝え、家族会を年2回開催する等、家族とのつながりを大切にしている。

### 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

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	法人理念は朝礼、夕礼にて全職員唱和し、理念を意識して介護を行っている。理念についての理解を深めるために、理念を実践するための目標を設定し毎月自己評価を行っている。	姫路事業所共通の4項目の理念を、事務スペースに掲示し、朝礼・夕礼で唱和し共有を図っている。理念の中に、地域密着型サービスとしての意義を明示している。理念に基づいた目標を設定し、各職員が実践計画を立て、毎月自己評価シートで自己評価を行いながら実践に向け取り組んでいる。管理者は、各職員の自己評価を集約して、事業所としての評価と達成度の分析を行い、次の目標設定に反映している。	
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	地域のふれあい喫茶に参加したり、参加できない時はデリバリーを依頼し交流を続けている。地域の日本舞踊、民俗芸能のボランティアも定期的に依頼し訪問してもらっている。	散歩、初詣、花見ドライブ(桜・藤・梅等)、説法会、公民館の「ふれあい喫茶」(2ヶ月に1回開催)等で、利用者が地域に出かけ交流できるよう取り組んでいる。「ふれあい喫茶」に参加できない利用者には、デリバリーを依頼して交流できるよう配慮している。日本舞踊・民俗芸能のボランティアの来訪、マルシェ(移動販売キッチンカー)の来所、秋祭りには天狗・獅子舞の立ち寄りがあり、地域交流する機会になっている。中学生のトライやるウィークの受け入れを行い、地域貢献にも取り組んでいる。	
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	中学生の「トライやる～職業体験～」の生徒の受け入れを行い関わりを持つ機会を増やしている。		

グループホーム ほたるの里

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
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	施設の運営状況や行事報告、事故報告をしている。また地域の方や家族様からの質問や提案を生かして施設の運営に活用している。	利用者・家族・地域代表(自治会長・民生委員)・地域包括支援センター職員・事業所職員を構成委員として、2ヶ月に1回集合開催している。会議では、資料を配布し、利用者状況・活動内容・ヒアリハット事故事例等について報告し、参加者と質疑応答し、会議の内容をサービスや運営に反映できるよう取り組んでいる。議事録を作成し、職員に回覧し共有している。	知見者の参加が得られるよう取り組むことが望まれる。議事録ファイルの設置等により、議事録を公開することが望まれる。
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	運営推進会議メンバーの地域包括支援センターを窓口とし、連携をとれるようにしている。グループホーム連絡会にも毎年参加し情報交換を行っている。	姫路事業所のリーダー会議と事業所の運営推進会議に、地域包括支援センターから参加があり連携している。姫路市グループホーム連絡会に所属し、総会や研修に参加し市と連携している。	
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	法人姫路事業所全体で身体拘束マニュアルを統一化しており、マニュアルを基にグループホームでの身体拘束に関して委員を中心に話し合う時間を設けている。日々の業務の中でも拘束を行っていないか朝礼、夕礼で確認している。	「身体拘束等適正化のための指針」を整備し、身体拘束をしないケアを実践している。「身体拘束・虐待廃止委員会」を、姫路事業所合同で、3ヶ月に1回、各部署から委員が参加し開催している。委員会では、主に、研修についての検討を行っている。議事録を職員に回覧し、回覧印で周知を確認している。「身体拘束」に関する研修を年2回(1月・3月)、身体拘束・虐待廃止委員会が担当して実施している。スタッフ会議の中で、資料を基に講義形式で行い、参加者は研修報告書を提出している。不参加者には研修資料を基に委員が伝達し、同様に研修報告書を提出している。朝礼・夕礼で日々の振り返りを行う際に、行動制限の有無についても確認している。玄関は安全上施錠しているが、外出の希望があれば職員が同行し戸外に出るように対応している。	委員会では、研修についての検討以外にも、各部署の状況確認や、身体拘束・行動制限廃止に向けた検討を行うことが望まれる。委員会の議事録・研修記録のファイルをわかりやすく整備することが望まれる。

グループホーム ほたるの里

自己	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
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	法人姫路事業所全体で高齢者虐待防止についての全職員対象の研修を行っている。職員個人と話す時間を増やし、日々の業務の中で虐待につながるような傾向がないかストレスチェックを行っている。	「虐待防止に関する指針」を整備している。委員会は上記「身体拘束」と同時に実施し、研修も上記と同様に年2回(9月他)、朝礼・夕礼での不適切ケアに関する振り返りも行っている。年1回ストレスチェックを行い、定期的に個人面談を行い、随時にも相談対応し、職員のストレスや不安がケアに影響しないよう取り組んでいる。	委員会では、研修についての検討以外にも、各部署の状況確認や、虐待・不適切ケア防止に向けた検討を行うことが望まれる。委員会の議事録・研修記録のファイルをわかりやすく整備することが望まれる。
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	後見人制度を利用されている入居者様が居られたので、関りが多く、手続きの流れなど職員も制度を実践的に知る事が出来ていた。	現在、成年後見制度の利用事例はない。制度利用があった場合は、報告書や必要書類の提供、電話連絡、面会対応等、主任と利用者担当職員が中心となり支援を行っている。その際は、スタッフ会議の中で制度について説明している。家族等から制度について相談があれば、主任が窓口となり、地域包括支援センター等関係機関と連携して対応している。	権利擁護に関する制度について、学ぶ機会を定期的に設けることが望まれる。
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	契約の前に見学に来て頂き、施設案内を丁寧に行っている。管理者より利用契約書・重要事項説明書を理解して頂けるまで時間をかけて説明している。契約に関して不安要素があれば納得して頂けるまで説明を行っている。	入居希望があれば見学を勧め、施設内を案内し、また、わかりやすいパンフレットや料金表を用いて、環境や設備、グループホームの特徴やサービス内容等を説明している。契約時には、契約書・重要事項説明書・指針・同意書等を説明し、文書で同意を得ている。質問や理解を確認しながら、不安の解消や納得が得られるよう努めている。契約内容の改訂時には、改定内容を説明した文書を郵送し、同意を得ている。	

グループホーム ほたるの里

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
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	今年度の家族会に多数の家族様に参加して頂くことができ改めて施設の紹介や活動報告を細かく行うことができた。家族様と各担当職員が密にコミュニケーションをとることができ、新しく得た情報を基にケアの方針を再検討し実践している。	面会や電話連絡の際に利用者の近況を伝え、家族の意見・要望等を聞き取るようにしている。月に1回生活状況を記入した「お便り」を郵送したり、インスタグラムを活用して情報提供し、意見・要望を表しやすいよう取り組んでいる。また、家族会を年2回(4月・11月)開催し、スライドショーで活動等の報告を行った。把握した意見・要望は、朝礼・夕礼で伝えたり、介護ソフトの「事務連絡」で共有し、サービスや支援に反映できるよう取り組んでいる。運営推進会議に、利用者・家族の参加があり、職員や外部者に意見等を表す機会を設けている。	
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	毎日の朝礼、夕礼時に検討事項があれば話し合っている。毎月のスタッフ会議では職員が運営に関して質問提案をしあえる場を作っている。	毎月スタッフ会議を開催し、姫路事業所合同のリーダー会議からの報告、業務や利用者についての共有や検討等を行っている。スタッフ会議の前に、「提案書」で全職員からの意見や提案を収集し、職員の意見等を反映できるよう取り組んでいる。各種委員会を定期的に開催し、職員の意見等を運営に反映している。日々の検討事項は、朝礼・夕礼で検討し、介護ソフトの「ケース記録」「事務連絡」で共有している。管理者・主任が、随時相談対応し、職員の意見を個別に聞く機会を設けている。	
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	就業についての個々の思いはふだんから話せる雰囲気は作っている。希望に添えるよう努めている。今年に入り個人面談も実施されている。		

グループホーム ほたるの里

自己	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
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	新人に対して介護経験の有無に限らず全ての新人に対して直接の指導を一定期間行い力量を見極めている。内、外部研修にも参加し、知識や介護レベルの向上に努めている。		
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	グループホーム連絡会を通して他事業所と交流し、活動内容などの情報交換を行いサービスの質の向上に努めている。 外部研修の際にも他事業所と積極的に交流し知識を深めサービスの質の向上に努めている。		
<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	導入するサービスの説明を丁寧に行い安心して頂けるまで思いに寄り添い対応している。また、不安感や要望は職員間で申し送りを確実にを行い統一したケアを行うように努めている。		
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	初回面会時に、グループホームを利用することに関しての不安や思いを傾聴し、家族様の思いを尊重したうえで、助言を行い関係づくりに努めている。		
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	初回面会時にグループホームの特徴を説明するとともに他施設との違いも説明し、家族様と本人様の希望を伺い、本人様の必要とするサービスが提供できるように支援している。		

グループホーム ほたるの里

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
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	日常生活の中で本人様の生活ペースを乱さないような関りを職員間で情報を共有し、本人様のペースでして頂けることは職員は見守ったり一緒に作業を行っている。		
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	月に一度、生活状況を記入したお便りを送付したり、インスタグラムを活用し、情報を共有している。また、家族会を開催し、本人様、家族様、職員のつながりを密に保てるように努めている。		
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	地域のふれあい喫茶や行事には積極的に参加し交流する機会を作っている。地域をドライブしながらなじみの店や場所へ出かける機会を増やしている。	家族の面会や、家族の了承を受けて友人・知人の面会に対応し、居室や相談室でゆっくり面会できるように配慮し、馴染みの人との関係継続を支援している。散歩・初詣・花見ドライブ・公民館の「ふれあい喫茶」等、馴染みの場所に出かけ馴染みの人と交流できる機会も設けている。家族と自宅や馴染みの場所に外出できるようにも支援している。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	ほぼ毎身体操やレクリエーションを通して利用者様同士が関わって頂く時間を作っている。毎月の行事を通してユニット間同士の関りも大切にしている。両ユニットは常に自由に行き来できるような状態を保っている。		
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	利用者様が今後利用されるサービスの情報提供を行い、利用者様、家族様に安心して過ごして頂けるように利用終了後も様子を見に行かせて頂いたり、相談に乗るなどし、次のサービスに利用者様がなじまれるようサポートをしている。		

自己	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>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	家族様が面会に来られた際には必ず利用者様の体調や精神面の変化など近況報告を細かく行っている。家族様からも情報を提供して頂き、利用者様の意向に沿ったケアを行えるように努めている。	利用者の思いや暮らし方の希望・意向について、入居前面談等で把握した生活歴・趣味・嗜好等に関する内容を、「利用者フェイスシート」に記録し把握している。入居後に把握した情報は、「ケース記録」に記録し、「申し送り」で情報共有している。把握が困難な場合は、家族からの情報を参考に、利用者の意向に沿った支援ができるよう取り組んでいる。	入居後に新しく把握した情報を「利用者フェイスシート」に追記する等、入居時の情報が少ない利用者を含めて、情報を蓄積し利用者の人物像の把握や個別支援に活用することが望まれる。
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	家族様より利用者様の生活歴や趣味、趣向を聞き取りケアに繋げている。日々の何気ない会話からも情報を収集し、記録に残し、スタッフ会議などで共有しケアに活かしている。		
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	毎日の朝礼、夕礼にて、小さな変化でも申し送るようにしており、必ずケース記録に記入している。		
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	モニタリング、カンファレンスを関わっている職員全員で話し合い、検討し、家族様と密に連絡を取りながら介護計画を作成している。また、担当者会議には看護師や必要に応じて理学療法士も参加し、プランの見直しを行っている。	「利用者フェイスシート」「情報提供表」「日常生活援助状況」をもとに、初回の「認知症対応型生活介護計画（以下「計画」）」を作成している。初回は2～3ヶ月後に、それ以降は、必要時は随時、定期的には1年毎に「計画」の見直しを行っている。毎月、各利用者担当職員と介護支援専門員が「介護計画モニタリング」でモニタリングを行っている。計画見直しの際は、「課題分析」（再アセスメント）と「介護計画モニタリング」をもとに、サービス担当者会議を開催し、家族・管理者・介護支援専門員・利用者担当職員、必要に応じて関係者（看護師・理学療法士等）が参加して検討している。「計画」作成、見直し後は、「計画」を回覧して職員に周知を図り、実施状況は「ケース記録」に記録している。	「認知症対応型生活介護計画」の具体的な目標期間の設定、「課題分析」のもとになる「アセスメントシート」の検討、PDCAサイクルが把握しやすいファイルの整備が望まれる。「計画」に基づいた実施状況が明確になる記録の工夫が望まれる。

グループホーム ほたるの里

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
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	日々の利用者様の様子や気づきも記録に残し、職員間で情報を共有し、ケアに活かしている。記録は介護計画の見直しにも活用している。		
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	日頃より家族様と密な連絡を行い利用者様・家族様の希望や状態の変化があればその都度希望や変化に合わせた対応を検討し支援できるよう努めている。		
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	地域で行われているふれあい喫茶を中心に外出機会を増やしたり、運営推進会議を活用しながら地域との関わりを深め地域資源の発見に努めたい。		
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	ほぼ全ての利用者様が同じ主治医であり、定期的な往診を受けている。必要時には医療と連携を取り、状況報告や必要時の受診を行っている。	入居時に事業所の医療連携体制について説明し、利用者・家族の意向に沿った受診を支援している。協力医療機関(内科・整形外科)の定期受診(月1回)に、職員が同行している。訪問歯科を受けられる体制もある。他科については外部受診とし、家族同行で対応している。受診に関しては、「ケース記録」に記録している。事業所に看護師の配置があり、介護職員と連携している。週1回理学療法士が訪問し、個別リハビリや相談対応を行っている。	
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	毎日のバイタル測定をはじめ、介護職員が日々体調チェックを行い必要時には看護師や主治医・診療所看護師と連絡を取り、健康管理に当たっている。		

グループホーム ほたるの里

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
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。	必要な情報提供を行い入院中も病院関係との連絡やお見舞いに伺い利用者の状況把握に努めている。	入院時は、「介護サマリー」で情報提供している。入院中は、面会訪問し、地域連携室とは主に電話連絡で状態の確認を行いながら、早期退院に向け連携している。退院時には「看護サマリー」の提供を受け、退院後の支援に活かしている。入院中、退院時の経過は「ケース記録」に記録し、職員間で情報共有している。	
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、事業所です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	重度化時の対応は事前に本人様やご家族様と相談し、本人様・ご家族様の意向に沿った対応が出来るようカンファレンスを行いチームで対応に努めている。	契約時に「重度化した場合における対応に係る指針」を説明し、利用者・家族の同意を得ている。重度化を迎える段階で、主治医が状態を家族に説明し、事業所からもグループホームで可能な対応の範囲を伝え、家族の意向を確認している。家族の意向に応じて、現状に適した対応が可能な施設等について情報提供し、円滑な移行を支援している。近年事例は無いが、家族の意向があり、対応可能な状況であれば、事業所での看取り介護を行う方針である。	看取り介護に対応する方針である場合は、看取りに関する研修を実施することが望まれる。
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	マニュアルの作成と看護師により研修を行い職員に周知することで対応している。		

グループホーム ほたるの里

自己	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
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	消防計画を作成し、定期的な避難訓練を行っている。地域との協力体制として、運営推進会議時に自治会長に消防団との連携についてお願いしている。	防火防災委員会を設置し、委員会・訓練・研修を行っている。2月に夜間想定訓練(避難・通報・消火器訓練)を、オーネット防災・利用者参加で実施している。10月に地震想定避難訓練が実施されている。1月に「災害によるライフラインが止まってしまったらどうするか?」について研修を実施している。参加できなかった職員には、スタッフ会議で周知を図っている。備蓄は、姫路事業所と事業所内で3日分を備蓄し、防火防災委員会が管理している。運営推進会議で自治会長に消防団との連携を依頼している。	防災訓練・火災避難訓練・BCP(事業継続計画)訓練・BCP研修の位置付けを明確にして実施記録・ファイルを整備し、参加できなかった職員を含め、実施記録を閲覧・確認できる仕組み作りが望まれる。
<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	プライバシー保護の担当者と目標設定を行い、それにより毎月のチェックとその場で話し合える環境作りに努めている。	年間研修計画を基に、「プライバシー保護」「認知症ケア」「身体拘束適正化」「虐待防止」等の研修を行い、人格尊重、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応について学ぶ機会を継続的に設けている。理念に「利用者の人権を大切にしよう」「利用者に対し常に優しさ・温かさをもって接しよう」を明示し、自己評価を通して実践につなげている。毎年プライバシー保護担当職員を設定し、スタッフ会議の中で、適宜注意喚起している。	
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	普段からコミュニケーションを密に取ることや時にはご家族様からの情報を基に利用者が安心して何でも話せる雰囲気や関係作りに努め自己決定ができるよう支援している。		
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	基本ご自身のペースで過ごして頂いているが特に希望の無い方は職員が提案したペースで行動して頂く事もある。		

グループホーム ほたるの里

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
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	身だしなみは希望に沿うようになるべくしている。化粧品の購入支援や希望があれば好みの美容院や訪問理容サービスで好みの髪型に出来るよう支援している。		
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	利用者の出来る事を見極め準備や片付けを共に行っている。又定期的におやつ作りや外食行事を取り入れたり、畑の野菜を使用しての調理も行い楽しみに繋げている。	炊飯と汁物調理は各ユニットで行い、業者から届く食事を湯煎して盛り付けて提供している。食事担当職員が、ソフト食は業者に発注し、その他は各フロアで対応し、利用者個々に応じた食事形態で提供できるよう支援している。行事食は事業所の調理レクリエーションで提供し、おやつ作りや外食も行い、食事が楽しめるよう取り組んでいる。利用者も参加して畑で野菜を植栽し、収穫して食材として活用し、利用者の楽しみにつなげている。可能な利用者が、盛り付けや食器洗いに参加できるよう支援している。	
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	食事摂取量や食事動作・嚥下状態など把握し本人様に応じた食事量、食事形態を検討している。水分量の少ない方のチェックも行い水分確保を促している。		
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、口腔ケアは習慣としてそれぞれの方法で行って頂いている。出来る限り本人様に行って頂き、職員が確認している。		

グループホーム ほたるの里

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
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	排泄記録を付ける事で、排泄パターンを把握し、声掛け、支援が必要である方は一部介助しなるべく自立継続が出来るよう支援に努める。また、自尊心を傷つけないよう声掛け(声量)や周囲に配慮した支援を行っている。	「排泄記録」で、排泄状況や排泄パターンを把握している。排泄の自立度が高く、必要に応じて声かけ・誘導を行い、日中・夜間共にトイレでの排泄、排泄の自立を支援している。介助方法や排泄用品等について検討事項があれば、排泄担当職員が職員の意見を集約して「提案書」を作成し、介護支援専門員に提出して、現状に適した支援につなげる仕組みがある。朝礼・夕礼で日々の振り返りを行う際に、排泄に関するプライバシーへの配慮についても確認している。	
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	利用者様ごとに排泄パターンを把握し、食事形態や水分量を調整し毎日の運動を促している。数日排便が無ければ下剤の調整を行っている。またおやつ提供時にはお通じに良いメニューや飲み物を取り入れている。		
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	行事や職員の割合の関係である程度は計画を立てているが、希望はなるべく添えるようにしている。また付添職員も同性や好みの職員、気の合う職員になるよう配慮している。	「入浴予定表」を作成し、当日の体調や気分に応じて柔軟に対応し、週2回入浴できるように調整している。各ユニットにリフト付一般浴槽の設備があり、全員浴槽での入浴を支援している。同性介助の希望があれば同性で対応し、入浴拒否があれば日時や職員・声かけの変更を行い、入浴機会の確保に努めている。一人ずつ湯を入れ替え、会話を楽しみながら自身のペースでゆっくり入浴が楽しめるよう支援している。ゆず湯・入浴剤など、入浴を更に楽しめるよう工夫している。	

グループホーム ほたるの里

自己	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
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	基本にご家庭で過ごされていた時と同じ様に生活が行えるよう支援している。入所時にお聞きした趣味や活動、生活の中で迷った時は本人様とお話ししたりご家族様と連絡を取り合って支援できるよう努めている。		
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	職員全体で薬について理解できるようにマニュアルを作成し、毎日服用前の二重チェックを行っている。その際は必ず申し送りを行う。薬情報を個人ケースファイルで管理し、いつでも確認できるようにしている。不明な事は薬剤師・医療機関と連携がとれる体制をとっている。		
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	生活歴、趣味については初回面談時にも伺い把握するようにしている。生活されている中で発見したことは、ご家族にも協力を得ながら継続できるよう個別対応し支援している。		
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	外出は行事でも取り入れながら出来る限り天候の良い日は散歩やドライブに出掛けている。また、利用者様の希望を聞きながら外出などの検討をしている。地域行事参加時は地域の協力が得られている。また、生活用品や趣味に必要な物なども利用者の希望を聞きながら一緒に外出して購入する事を検討している。	気候のいい時期には、散歩・ドライブ・買い物等に出かけている。公民館の「ふれあい喫茶」(2ヶ月に1回開催)、外出行事として初詣・花見ドライブ(桜・藤・梅等)・説法会等、利用者が地域への外出・季節の外出を楽しめるよう支援している。家族との外出も支援している。	
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	自己管理の出来る方はご家族の協力を得ながらお金を所持して頂き希望があれば買い物支援をしている。		

グループホーム ほたるの里

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
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	家族様や知人の方から希望があれば対応している。利用者様が希望された時は事前に連絡し可能な日時を確認してから連絡して頂いている。		
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	共有スペースの清潔を心がけ、季節感を感じていただける掲示ものや飾りつけの作成を利用者様と行っている。	食堂・余暇ルームのある広々としたフロアは、大きな窓からの採光で明るく、風景も臨め、加湿付き空気清浄機を設置し、開放的で清潔感のある快適な環境である。木調の落ち着いた雰囲気、食堂に複数のテーブル席、余暇ルームにソファセットがゆったりと設置され、思い思いの場所でくつろげるよう配慮している。毎月利用者と一緒に制作する大作の掲示作品や季節の飾りつけを行い、季節感を大切にしている。ユニットの廊下が長く広く、全体に手すりを設置し生活リハビリにも活用している。キッチンも広く、設備が充実し、利用者も参加しやすい造りになっている。盛り付け・食器洗い・洗濯物干し・洗濯物たたみ・掃き掃除・玄関掃除などの家事参加を支援し、生活感を取り入れている。2つのユニットが玄関ホールでつながり、行き来が自由にでき、更に広い生活空間が提供されている。	
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	居室以外で一人の空間はないが、自由に行き来して頂抱けるよう配慮している		

グループホーム ほたるの里

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
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	居室への持込の制限はない。ただし、居室に治まるもので、歩行などをさまたげるようなものは利用者様と話し合っている。	居室は、ベランダに続く、大きな掃き出し窓からの採光で明るく、木調で清潔感がある。ベッド・筆筒・洗面台等が設置され、自宅からテレビ・位牌・家族の写真・趣味の物などが持参されている。利用者の意向や動線を考慮して、家具の向きや位置を調整し、安全に居心地よく過ごせるよう配慮している。利用者担当職員を設置し、家族と連絡を取りながら、衣替えや環境整備を支援している。	
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	職員共々利用者様の状態を把握する事で必要な支援を理解し、利用者様のペースで自立した生活が送れるよう配慮している。		

## 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	23	入居者のフェイスシートに記載している情報が少ない。	フェイスシートの記載を充実させ、全職員が分かりやすく把握しやすいようにまとめる。	利用者様と家族様から改めて情報を聞き取り、フェイスシートを更新する。	6ヶ月
2	26	アセスメントは行っているが書式が不十分。	アセスメントシートから課題分析している事が分かりやすいようにし、PDCAサイクルが把握しやすいように整備する。	包括的支援プログラムを活用しながら全利用者のアセスメントを行っていく。	12ヶ月
3	6	委員会の研修記録や議事録が不揃いになっている。	各委員会のファイルを作成しまとめていく。	各委員に研修記録や議事録のまとめ方を伝え統一する。	12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。