

(別紙2)

年度

1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2570100459		
法人名	有限会社 かねだ		
事業所名	南郷グループホームほたる(ふくろうユニット)		
所在地	滋賀県大津市南郷1丁目7-21		
自己評価作成日	令和5年2月27日	評価結果市町村受理日	令和5年4月27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	公益社団法人 滋賀県社会福祉士会
所在地	滋賀県草津市笠山7丁目8-138
訪問調査日	令和5年3月27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)】

住み慣れた地域での生活を支援しています。利用者さん本位の生活を優先して安心して生活できるように馴染みの関係を築いています。個別の生活スタイルを重視し、一人一人に合わせた支援を心掛けています。施設の近くには瀬田川があり、ほたる橋まで散歩へ行ったり、徒歩圏内にできた100円ショップへお買い物に出掛けたりしています。又、ふくろうユニットには園芸スペースがあり、春には色とりどりのお花を觀賞して頂いたり夏には利用者さんと野菜を栽培収穫して季節感を楽しんで頂いています。利用者の誕生日にはケーキを手作りしたり、おやつと一緒に作ってよばれる事もあります。ふくろうユニットではペースト食の方も数名おられ、食事介助が必要な方もおられます。体調が日々変わりやすい方が多いため、体調などの申し送りを詳細に行い、連携医院との情報の共有を徹底して対応しています。

【外部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)】

施設は瀬田川沿いの風光明媚な場所に立地している。ほたる橋や、初夏にはホテルが見れる千丈川の桜並木などが利用者の日常的な散歩コースで、散歩先で地域の人との交流が出来る。同敷地に立地する金田医院とは医療連携体制が取られている。体調不良時は施設の職員が内線電話でいつでも医師と連絡が取れる。医師が即座に往診することが出来、家族にとって大きな安心となっている。日々のケアの中で利用者に変化があれば、それぞれの職員が介護計画のアセスメントの素案となる支援経過に記録し合うことが徹底されている。介護計画立案には全ての職員が関わっている。事業所内での研修の講師は全職員が交代で担当し、介護スキルの向上に努めている。毎月、写真を添えた手書きの手紙を家族に送付し、日々の様子がよくわかると好評である。

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 (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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

自己	外部	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
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	目につきやすい場所に理念を提示し、皆が常に心掛けられる様にしている。	理念の「楽しくゆったりと、自分らしくありのままに」は玄関、勝手口、2階のホールの壁など職員の目につく場所に掲示されている。施設に入居される前からのありのままの生活を入居後も継続することが実践根拠として各職員が理解出来ている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	コロナ禍が続き地域イベントへの参加は難しく、現状では中学生の職場体験も中止となっているが、近所へお出掛けをした際は近隣の方に挨拶をするなど交流をしている。	コロナ禍では近くのケーキ屋さんや100円均一店への外出に留まっていたが、令和5年度は、中学生の職場体験の受入やスーパーでの買い物、地域の文化祭やお祭りへの参加を再開予定。自治会には未加入だが、運営推進会議のメンバーである民生児童委員との情報交換は密にしている。	
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	運営推進会議を行い、認知症高齢者への対応や症状を議論している。(今年は新型コロナの影響で、文書での照会などリモートで行ったこともあった。)		
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	自自連合会長、民生児童委員、地域包括医院、家族代表が参加し、意見を交わしている。ホームでの生活の写真を見て頂く他、新規入居者の情報を共有し意見を頂く事で個々へのサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回開催。R4年度はコロナ小康状態時のみ対面開催。書面開催が多かった。R5年度は対面開催を予定している。家族代表は固定せず負担にならぬよう配慮している。災害時等有事に備え、事業所の状況や利用者のことを地域の方に周知している。	
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	市が開催する集団指導に参加しているが、今年は文書による指導となった。質問があれば、事業所施設係に直接電話している。	運営推進会議の時に、南包括の担当者に課題や悩みを相談出来ている。わからないことがあれば都度、市の介護保険課に電話して解決している。介護保険課が開催する集団指導にも参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	玄関の施錠を内鍵にして、居室は施錠せず自由に出入りができるようにしている。課題が生じた時は職員間で十分に話し合い、最善を尽くしている。	施設内の出入り口や窓は施錠されず、センサーも使用なし。3ヶ月に1回身体拘束適正化検討委員会が開催され現状の対応方法を見直している。年に2回、研修会があり、担当職員が利用者の状態を踏まえて内容を企画している。全職員が指定基準の11の行為を理解している。	
7		○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	年に2回ミーティングで虐待防止の研修を行い虐待に関する情報や考え方を共有する他、日々のモニタリングにより兆候を早期に発見出来るよう努めている。		

自己	外部	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
8		○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	現在成年後見制度を利用されている方はおられないが、ミーティングでその仕組みを説明し、職員間で学ぶ機会を設けている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約時十分に説明したうえで、本人、家族の話を傾聴し、型にはまらない柔軟な考えを持ち安心納得して入居して頂けるように話し合っている。		
10	(6)	○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	玄関の目の付きやすい場所に意見箱を設置している。また面会時に家族と面談し、要望や相談事はないか、尋ねるようにしている。	家族には、写真を添えて、手書きの手紙を毎月郵送するとともに、面会時に直接声かけをし、頂いた意見は職員間で共有している。利用者のつぶやきや愚痴を拾い上げ、書面に記録し、介護計画や支援に反映させている。	
11	(7)	○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	普段から意見を言い合える関係性を意識している。月に一度ミーティングを開催し、全体、各ユニットごとと分けて行い、意見や要望を聞く機会を設け反映に努めている。	毎月開催のミーティングの後半の時間に、職員個人からの意見を募る時間がある。また、日常的に、管理者と職員が1対1になる機会に傾聴している。2回連続の夜勤を減らして欲しい、職員の家庭事情に応じたシフト調整、休みの希望等の要望は全て実現している。	
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	代表者は個々の勤務状況を把握し給料に反映している。人事評価シートを活用し、自己目標を設定する事でやりがいや向上心を持てるようにしている。		
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	シフト調節をして研修を受ける機会を設けている。資格取得の為に出来る限り勤務時間内に行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	リモート研修等で同業者と交流し情報交換している。		

自己	外部	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
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	入居までに面接を何度か行い本人の意見や思いを聞き信頼関係を築けるよう努力している。入居初期は声掛けや見守りを手厚くし、生活のパターンを読み取る事で安心できる環境を整えられるよう取り組んでいる。		
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	相談や申し込み時よりも家族の思いを傾聴し、サービスの向上に努めている。入所への不安を解決する為、ご家族の思いを丁寧に傾聴し、心のケアも徹底している。		
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	相談時や申し込み時の話の中で、困りごとを見極め、必要であればその他のサービスの情報の提供もしている。		
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	食器拭きや洗濯物たたみなど、その方の残存能力に応じて職員と一緒に日常の家事を行っている。また昔の歌や生活の様子を教わっている。		
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、日頃の様子を書いた手紙を活動の写真と一緒に送り近況を伝えている。また、面会時に職員も話に混ざり関係を築く努力を行っている。		
20	(8)	○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	面会を望まれる家族、友人の方とは感染予防に努めつつ距離を置いて面会して頂いている。又、地元の方も多く近隣の散歩と一緒に出掛けている。	1階のデイサービスに利用者の知人が通所される時は面会出来るよう工夫している。友だちに電話をかける方もいる。面会は玄関先で距離を取って行っていたが、今年度は、居室でゆっくりとお話できるようにしていく予定である。	
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	リビングでの座る位置を考慮し、トラブルや孤立を防ぐため、常に職員が目配っている。職員同士が情報を共有し、必要時は座席の変更などもしている。		

自己	外部	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
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	サービス終了後も本人や家族が孤立されないよう、他の施設への入所の援助や生活相談の支援を行っている。		
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	(9)	○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	本人の立場に立ち、表情や行動から不満や希望を聞き出し支援につなげている。日々の記録に残し申し送りやミーティング時に検討している。	日々の関わりの中でくみ取った利用者の声は、支援経過に逐語記録し、モニタリングと介護計画に反映させている。言語表出が困難な利用者には、筆談での聞き取りや表情から思いをくみ取るようにしている。	
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	個人のアセスメントファイルを作成し、個人の趣味や経歴、生活歴、サービス利用歴をアセスメントし把握している。又、担当するケアマネがいた時は、支援経過のなどを聞き取りしている。		
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	毎日個々ケース記録を細かく記録し、個々の残存能力にあった家事やレクリエーションに参加していただいている。定期的に見直しや把握を行っている。		
26	(10)	○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	利用者本人や家族の意見や希望を聞き、ユニットのミーティングで意見を交換し、本人主体で作成している。又、日常の中で好んでされる事、出来る事を把握し、介護計画に活かしている。	利用者の変化や気づきを全職員が記録する「支援経過」に基づいてアセスメントが行われ、全職員が介護計画作成に参加している。家族からは面会時に意向の聞き取りを行う。毎月、各ユニット毎にカンファレンスが実施され、計画は4ヶ月毎に見直されている。	
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	個別の記録があり、日々の様子や発見を具体的に記録している。課題や変化が起きた際には詳しく記録し、随時話し合う機会を持ち、介護計画に役立っている。		
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	去年はコロナの影響で制限されていたが外出の機会も少しずつ増え、近隣に100円ショップが出来たことで必要な物を一緒に買いに行けるよう支援している。		

自己	外部	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
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	地域の消防署や他の包括とも連携をとっている。問題があった場合は協力関係を築けるよう取り組んでいる。		
30	(11)	○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	施設内の委員と医療連携体制を取っており、利用者の健康面での変化がみられる場合本人や家族と相談の上、専門医に受診していただき情報交換を行っている。	同敷地内の提携医院とは、内線電話でいつでも主治医に相談が出来る。状態変化があれば即往診が可能で安心なため、利用者全員が提携医院を主治医としている。専門病院受診や入院時の紹介状の手配や病院間の連携もスムーズにされている。	
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	医療連携体制を取っている為、利用者の体調や精神状態を週1回看護師に報告、相談でき健康管理は徹底している。		
32		○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。	他の病院を受診していただいたり、入院をするときは家族を交えて情報を共有し細かく病院関係者に伝えている。入院先の担当医から当施設や併設の医院の院長に情報が入るよう連携を行っている。		
33	(12)	○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	入居時に終末期についての思いを傾聴している。ターミナルに入る際は、再度家族に話を聞き、意向や思いを確認している。本人、家族の思いを職員全員が把握し連携する医療機関とも情報の共有を密にとっている。	本人らしい生活を継続した結果、終末期を施設で迎えることは自然なこととして、看取りケアは開所以来何十件と取り組まれている。入居契約時に本人・家族の意向確認を丁寧に行い、状態に変化があれば主治医から家族へ説明がある。	看取りケア終了後の振り返りの時間をミーティング時等に設定していただき、新人職員さんの精神的なフォローをしていただきますと、ケアチームの結束がより一層強くなると思います。
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	ミーティング時に緊急時対応の訓練を行いマニュアルを作成し見える場所に提示している。		
35	(13)	○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	地域の消防署に避難方法の指導を受けており、ミーティング時にも確認し見える場所に提示している。災害時に備え、食料や備品等を常備している。非常時の職員のヘルプの連絡網も作成し備えている。	年2回、デイサービスと合同で火災と地震を想定した避難訓練を実施している。水害は対象地域外のため想定していない。夜間想定訓練は実施していないが、もし災害が夜間に発生した場合は近隣の系列の施設と連携して対応することが想定されている。	夜間想定避難訓練を2名の職員で実際に練習していただくことで、具体的な課題が明確になると思います。

自己	外部	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
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○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	職員は常に利用者一人一人の人格、誇りを尊重しプライバシーに配慮した対応を行っている。個人情報についても緊張感を持ち管理している。	トイレ介助や入浴支援の際は扉を閉めることを徹底している。スピーチロックの研修を管理者が受講し、ミーティング時に研修内容を職員に周知させている。接遇について問題があれば職員間で注意し合う風土が出来ている。	利用者の顔写真の取扱についてはリスクマネジメントの観点から、あらかじめ書面で家族から同意書をいただいております。望ましいと思われたいです。
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	利用者が話しかけやすいように、隣の席に座ったりして寄り添うようにしている。思いに耳を傾け、安心、納得されるまで対応するよう心掛けている。		
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	読書や作業療法、家事手伝いなどを提供しているが、本人の希望やペースを大切にしたいことを中心に支援を行っている。		
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か月に1回美容師に来て頂き、利用者の意向を確認した上で整髪をしている。又、外出時はおしゃれをして頂けるよう一緒に洋服を選ぶことから楽しんで頂いている。		
40	(15)	○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	食事の準備はなかなか難しいが、利用者の誕生日、お正月など特別な日は、特別メニューにしたり季節や行事にちなんだメニューを相談し、提供している。	利用者と相談してその日のメニューを決めて買物へ行っている。毎日の食事の調理はユニット内のキッチンで職員が行い、片付けや食器拭きを利用者がしている。誕生日や節分、ひな祭りなどの行事には、イベントメニューを皆で作って楽しんでる。	
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	個別に食事量、水分量を記録している。嚥下能力に応じてきざみ食、ペースト状に提供している。また好みに合わせた飲み物等を提供している。		
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、口腔ケアを行い義歯の方には洗浄も支援を行っている。		

自己	外部	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	(16)	○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	排泄記録を付け個人のパターンを把握している。リハビリパンツやパットを使用している方もおられるが、出来る限りトイレで排泄できるよう援助している。	利用者全員がトイレを使用し、立位が不安定な人は2人で介助している。トイレに座ることで排便を促すことを重視し、その人のリズムに合わせてトイレ誘導している。排泄パターンや水分摂取量は記録し、職員間で共有している。	
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	毎日、排便の記録を個別で管理し、対応している。十分な水分摂取、体操を援助し自力で排便できるよう働きかけている。排便状況により、薬を服用している方もおられる。		
45	(17)	○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	入浴の時間と予定は決めているが希望や状況を考え支援を行っている。	デイサービスと共有の大浴場を好まれる人が多い。個浴もあるが、全員大浴場を利用している。ゆったり湯船につかり、おしゃべりを楽しむ。リフト浴があるので介護度が高くなっても安心して全身浴が出来る環境である。	
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	個別の要望に合わせて、昼寝や休息をできるように支援している。布団やクッションなどお身体に合わせて良肢位が保てるよう支援している。		
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	個々の服薬状況を把握して確認表を作成している。医師の処方のもと間違いなく服薬できるよう支援している。		
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	入居前の生活歴など参考にして、仕事や趣味、生きてこられた環境など把握し、個別の楽しみ方などの支援をしている。		
49	(18)	○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	徒歩圏内の公園へのお出かけや、気候の良い日はホームの外に椅子を出して日光浴をしたり体操したりしている。	コロナ禍であっても散歩は継続していた。瀬田川に面したほたる橋まで行ったり、近隣の100円ショップやケーキ屋さんへ買物へ行っている。散歩先で利用者の知人に出会えることもある。花見シーズンにはデイサービスの送迎車を借りてドライブに行っている。	

自己	外部	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
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	所持しておられる方は少ないが、家族よりお預かりしている場合は本人が望まれる物を代理で購入している。		
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	電話は希望時にかけて頂いている。手紙も自由に出せるように切手を購入している。又、代理で投函している。		
52	(19)	○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	利用者の方が作った季節に合わせた貼り絵等を飾ったり、室内からでも見える庭に花や野菜を植え季節感を感じて頂いている。テレビの音量、部屋の温度や湿度は常に気を付けている。	窓がたくさんありとても明るく開放的である。眩しくないよう二重カーテン等で採光が調整されている。畳コーナーもあり広い空間が確保されている。中庭に洗濯物を干すことが出来る。利用者は季節ごとに貼り絵作りに参加し、完成作品はホールの壁に掲示している。	
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	玄関先や廊下に椅子を置き、自由に座れるようにしている。また希望により畳スペースにてお昼寝等もして頂いている。(その際はパーテーションをしている)		
54	(20)	○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	本人が今まで使っていた家具を置いたり、家族写真を置いたりして、安心して過ごせるよう工夫している。	自宅で使い慣れた家具やぬいぐるみ等、自由に持ち込んで安心出来る居室を作っておられる。仏壇や家族の写真を置いている人もいる。エアコンとクローゼットは備え付けである。洋間と畳の部屋もあるが全員ベットを使用している。	
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	トイレの扉には遠目でも見えるように大きな字で表示し、混乱や失敗を防いでいる。		

事業所名： 南郷グループホームほたる(ふくろう)

2 目標達成計画

作成日 : 令和 5年 2月 27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	49	コロナの波がなかなか落ち着かず外出の機会も減ってしまっている。近隣へのお散歩や外気浴は出来ているが、目新しい事に触れる機会を儲けたい。	送迎の車を利用し地域のイベントに参加したい。	デイサービスがお休みの日や午後の使われていない時間を利用して送迎用の車を借り、地域のお祭りや近隣で開催されているカカシイベントへのお出掛けを実施する。	1ヵ月
2	54	帰宅願望が強くなると一人で外へ出ていこうとされてしまう。	個々の得意な分野で活動して頂く。居心地よく過ごして頂ける環境を整える。	日中は活動的に過ごして頂けるよう努め、それでも落ち着かれない場合は納得されるまで耳を傾け付き添う。	3ヵ月
3	21	同じテーブルでの口論が多く、そのせいで居室へこもられる方が居る。	利用者同士で仲良く穏やかに過ごせる。	リビングでの座る位置を考慮したり、職員がすぐに仲裁をしている。必要であれば、庭や共有スペースへ誘導し気分転換をして頂く。	3ヵ月
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。

3 サービス評価の実施と活用状況

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】		取 り 組 ん だ 内 容	
実施段階		(↓ 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="radio"/>	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()