

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	2894000385
法人名	社会福祉法人 幸
事業所名	アルモニ一早瀬町
所在地	姫路市広畑区早瀬町2丁目4番地の1
自己評価作成日	令和6年3月13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	https://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/28/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=2894000385-00&ServiceCd=320
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 はりま総合福祉センター
所在地	姫路市安田三丁目1番地 姫路市総合福祉会館内
訪問調査日	2024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)】

理念の「共に生きる」～LOVE ACTION～同じ時間を共有している一人の人間として足りない所を補い共に助け合い思いやりをもって、たった一度の人生が実りあるものとなるようお互いに大切にすることを基本理念としますの下、利用者様が生き生きと生きがいを持ち、尊厳を保ちながら、笑顔いっぱいの楽しい生活が送れるよう支援している。利用者様の重度化が進み、医療ニーズが発生した場合、早期発見に努め、迅速に対応し、最期まで住み慣れた場所で暮らすための支援に努めている。

【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)】

法人理念に基づいた事業所理念を掲げ、年間を通じた支援目標を設定し、その実現に向けて日々の朝礼の中で唱和し、常に質の向上に向けて取り組まれている印象を受けた事業所です。開設以降、事業所での手作り調理が続けられており、盛り付けや配膳、後片付けなど利用者の持てる力が発揮できるように支援されています。また、居室の掃除や外気浴を兼ねた散歩のほか、季節に合した行事の計画やドライブといった支援にも力を入れておられます。さらに、地域に根差した事業所として、重度化や終末期のケアなどを通じて質の向上が期待できる事業所です。

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				

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己 評価	第 三 者 評 価	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	「共に生きる」の理念のもと、皆が「楽しく」「笑顔」で暮らせるよう、一人一人が安心できる「家」を目指している。毎朝の申し送り時唱和し、日々確認している。毎月の職員会議にて理念に基づいた支援の在り方について話し、利用者様に寄り添った介護に繋げている。	法人の理念である「共に生きる」が玄関、事務所、リビングに掲示されています。法人理念に基づいた事業所独自の理念とともに、年度ごとに支援目標を立てられ、日々朝の申し送り時に唱和し、達成できるように職員全体で努められています。	理念の実践に向けて、職員会議で、支援目標を折に触れ確認する取り組みが行われていますが、達成状況の確認には至っていません。今後は、振り返りを明確にするとともに、地域密着型サービスの意義や役割についても話し合い、意義を踏まえた取り組みが期待されます。
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	運営推進会議に自治会の方達に出席していただき、事業所の内容を伝えている。感染対策も少しずつ緩和され、地域行事にも参加できた。	今年度は、地域行事である夏祭りや秋祭りが行われ、事業所の中で地域の方々との交流がなされています。自治会に加入され、回覧板が回ってきており、地域清掃日までに事業所の周りを清掃するなど、地域の一員としての役割を果たすことができています。	
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	運営推進会議等でお伝えし、近隣の方、独居の方が集える等地域交流の場として施設を提供し、地域の方との触れ合いの時間を計画中である。		
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	2カ月に一度運営推進会議で利用者様の様子を写真で見えながら、取り組みについての報告を行っていたが、コロナ禍の中、令和4年度は書面だけの開催となってしまった。51回目より集合型での実施となり、地域の方や家族様と久しぶりの楽しい意見交換の場となった。	運営推進会議には、利用者家族、地域役員の方々、地域包括支援センター職員などが参加されています。定期開催に取り組まれており、今年度は書面開催が3回ありましたが、議事録や報告書を作成されています。家族の強い要望より外出などが令和6年4月より緩和されることになった事例がうかがえました。参加できなかった家族などにも会議の内容などを伝える取り組みが望まれます。	
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	利用状況の報告、更新手続き、事故報告など適宜市町村と連絡を取っている。事業所連絡会に所属し情報交換に努めている。	利用状況の報告、更新手続き、事故報告などを市の担当者に連絡されています。グループホーム事業所連絡会では研修に参加され、他の事業所の取り組みなどを聞く機会となっています。地域包括支援センター職員とは、運営推進会議や成年後見制度の利用について話し合う機会が多く、協力関係を築けるよう努められています。	

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
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	身体拘束はしていないが、玄関の施錠、エレベーターの施錠はしている。家族様には、ご入所される時に説明をし、承諾書は頂いている。	身体拘束適正化検討委員会が3か月に1回行われ、職員に回覧されています。身体拘束をしない指針やマニュアルを整備されていることがうかがえます。また、年に2回、身体拘束をしないケアについて職員研修が行われ、法人全体やグループホーム事業所内で行われています。過去には玄関の開錠について取り組まれていますが、現在は施錠されており、再び、解錠に向けての取り組みが望まれます。	
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	虐待防止については、法人内でも2回、事業所でも2回の研修会を持っている。新入職時には個別に教育時間を持っている。毎日の申し送り時に、不適切ケアが無いよう、声を掛け合い、確認し予防に努めている。	虐待防止については、法人内で2回、事業所で2回、職員研修が行われています。毎日の申し送り時に、不適切ケアが無いよう、声を掛け合い、確認されています。ストレスチェックが行われ職員のストレスが支援に影響しないように努められています。	
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	権利擁護についての理解は難しいが、制度の在り方を学習し、適切に活用出来る様研修を継続していきたい。玄関に、パンフレットを設置し、いつでも情報提供できる様にしている。	成年後見制度が必要な方にパンフレットを用いて家族に説明され、制度が利用できるように繋いでおられる事例がうかがえました。職員研修を継続し、権利擁護に関する制度について理解を深めるようにしたいとの意向がうかがえました。	
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	契約時に十分時間を取り、説明を行っており、別途承諾書等が必要になった時はその都度説明をしている。面会等でも質問を受け付け納得いただくよう努めている。	利用相談を丁寧にされ、見学から申し込み、契約につなげられています。パンフレットや契約書、重要事項説明書を詳しく説明し、料金、終末期の支援、サービス内容などの質問には丁寧に納得いくように答えられています。「看取りに関する指針」や「緊急時の対応について」の書面で説明され、同意を得られています。	
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	年に1回家族様にアンケートをお願いし、その結果を踏まえ会議等で話し合う場を持っており、必ずお返事させていただいている。運営推進会議に出席して頂いた時に、意見を伺い、個別に回答するもの、会議で回答するものと適宜対応している。	法人全体で年に1回、満足度アンケートが実施され、その意見を運営に反映させ、家族に項目ごとに返事をまとめたものを郵送されています。利用者・家族の意見を運営に反映させ、改善に向けた支援に取り組まれています。	
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	月一度の職員会議にて意見交換の場を設けている。必要に応じて都度面談の機会を設けている。面談で得られた内容を支援につなげられるようフィードバックしている。	多くの職員の意見に基づいて、業務の見直しを図り、定時に帰れるように業務分担をおこなったり、休憩場所を確保し休憩できる時間がとれるように配慮するなど、改善に向けた事例がうかがえました。職員面談は職員の精神的な状況や勤務態度などをみて、随時面談されており、職員の意見や提案を見逃さないよう努められています。	

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
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	月に一度、法人の各部署管理者が集まり連絡会議をしている。そこで大まかな課題の把握を行っている。随時、施設に行き、管理者から報告や相談を受け、必要に応じて個々の職員と話し、個別の提案・相談に対し職場環境の改善を図っている		
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	管理者やケアマネージャー等より直接、状況を聞く機会を設けている。また、一人ひとりの力量に応じたOJT指導状況も併せて報告を受け把握に努めている。法人内部研修や外部研修にできるだけ参加できるよう配慮している		
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	連絡会議に管理者が出席し近隣の同業者と情報交換を行っている。また、代表的な人的ネットワークを活用して同業者に相談したり視察したりしながらサービスの向上に努めている。		
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	サービス導入時に、自宅や利用サービス事業所にて面談し、家族様だけではなく、必ずご本人の思いを傾聴し、サービスに活かせるように努めている。		
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	見学や入所申込の際、不安に感じている事、困っている事、家族様の立場に立って、ゆっくり時間をかけて要望等聞いている。		
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	見学や面談時にしっかり情報収集し、パンフレットや季刊誌、写真等で施設の生活を見て頂き、当事業所の入居も含め、最も適したサービスが受けられるよう助言に努めている。		
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	職員には「相手の立場に立ち、自分の親、祖母だったらどうして欲しいか考えて」と、伝えている。日々の生活の中で、個々に出来る事を見極め、引き出せる環境を作り、役割と生きがいのある生活が送れる様努めている。		

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
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	面会時に、ご本人の日々の様子をお伝えし、体 調不良や、事故等あれば、直ぐに電話でお伝え 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	友人や知人の面会も自由にして頂いている。届 いた手紙をお渡ししたり、希望があれば電話連絡 もして頂いている。携帯電話を持っておられ、自 由に家族様や、親戚、ご友人に連絡できる様にし ている。	面会は予約制で、友人や知人、家族などが居室に て15分の面会ができる体制となっています。ま た、手紙や電話などで連絡されている利用者もお られます。年賀状や暑中見舞いなどを利用者が送 りたい人に事業所から送るなど、馴染みの関係が 途切れないよう継続した支援に努められていま す。
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	認知症の進行により理解が得られず、不仲に なったりするが、散歩に出かけたり、気分転換の 時間を持っている。洗濯物を畳んだり届けたり、 お互い出来ることで助け合い、時には居室を訪 問し合い、良好な関係を築けるようにしている。	
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	退所になられても機会があれば訪問したり、その 後の相談等も受ける旨を入所契約時、サービス の変更時には必ず伝えるようにしている。ご本人 に合ったサービスが受けられるように支援をして 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	担当者が、一人一人にじっくり関わり、本人の困 り事や希望を聞いている。思いの表出が困難な 方には、家族様に都度聞くように努めている	担当者が、利用者一人ひとりに関わり、気持ちや 希望を聞くように努められています。意向把握が 難しい方には、家族からこれまでの生活や思いを うかがい、支援につなげられるように努められてい ます。日頃の会話の中から、意向把握に努める支 援が望まれます。
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、入所時に本人、家族様より生活歴を聞 き把握に努めている。又、以前利用のサービス 事業所やケアマネジャーからの情報収集に努め 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	ケアプランに基づき、毎日出来ているか確認し、 職員間の情報交換を行い、現状の把握に努めて いる。 ケアプラン実施状況の確認や、日々の申し送りを しっかり行い、現状の把握に努めている。	

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
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	事前に本人の意向、家族様の思いを聞き、管理者、計画作成者、職員とカンファレンスを行い、ケアプランを作成している。年に2回のサービス担当者会議に家族様の参加は出来なかったが、今後は参加して頂ける様、取り組んでいきたい。	暮らしの希望や思いなどを利用者や、家族から前もって聞き取り、介護計画作成に活かされています。介護計画における支援の実施状況の確認(ケアチェック表)が日々行われ、気づいた事を毎月まとめたものをアセスメントとして位置づけられています。また、担当者や支援の実施状況の確認を行うことをサービス担当者会議として実施され、基本的に6か月ごとに介護計画の見直しや、支援内容の変更などが行われています。	現在行われている支援の実施状況を確認するとともに、サービス担当者会議の議事録を残す取り組みに期待します。また入居時のフェイスシートの更新や介護計画作成のエビデンスとなるアセスメントを明確にししながら、短期目標の評価としてモニタリングを行うなど、介護計画作成のPDCAサイクルを明確にしていく取り組みに期待します。
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	午前午後に分け、支援内容等ケース記録に残している。食事水分表、排泄表、バイタル表に記録を残し、朝夕の申し送りの場で共有している。普段と、少しでも違う状況があった時も、しっかり記録に残し、申し送っている。		
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	家族様の希望や、問題点があれば、どう対応をしようと思ったら良いのか都度ミニカンファレンスを持ち、ニーズに答えられる様にしている。		
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	運営推進会議で地域包括の方にも参加して頂き、いろんな地域の情報を頂いている。		
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	定期の通院がある利用者様は、継続してその病院で受診できる様に支援している。眼科等、他の受診は家族様希望だが、その都度提案・助言はしている。家族様の不安な様子があれば、かかりつけ医との話し合いの場も持っている。	入居時に利用者や家族に向けて協力医についての説明が行われ、内科医に関して変更が行われています。今までかかっている他科受診については、家族の通院支援により受診につなげられ、精神科に関しては事業所で通院支援が行われています。訪問看護事業所との連携により適切な医療機関へ受診できるよう指示を仰いだり、訪問歯科を利用され、希望に応じた適切な医療が受けられるように支援されています。	
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	かかりつけ医と看護師とは24時間の連絡体制を確保し、直ぐに適切な対応が取れるような体制を取っている。 介護職員は、管理者等を通じて訪問看護師と24時間連絡できる体制を確保しており、すぐに適切な対応が取れる体制を構築している。		

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
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。	入院時には書面にて情報提供している。入院中または早期退院に向けて、病状の把握、本人・家族様の意向等安心して治療が受けられるよう地域連携室と連携を図っている。退院後の受診でも情報提供を行い、切れ目のない関係づくりに努めている。	入院時には情報提供書を作成し、医療機関の地域医療連携室へ情報提供が行われています。退院時カンファレンスができれば参加したり、コロナ禍の影響により退院時には電話にて情報を得たりするほか、事前に看護サマリーなどの情報を得ることにより退院後の受け入れの準備が行われています。	
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	入居契約時に、重度化した場合、併設の特養への入所の案内を行ったり、看取りに関しては、ケースによって、家族様の同意、環境などの要件が整った場合に行うことも視野に入れ取り組んでいることを伝えている。	入居時に、「看取りに関する指針」や「緊急時の対応について」説明され、同意書で確認をとっておられます。重度化になった場合には、協力医や家族と話し合われ、希望に応じた終末期に向けた支援がなされています。看取りをおこなった事例もあり、看取り研修や看取りを行った後の振り返りが行われています。	
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	緊急時対応マニュアルを作成し、常時目の届く所に掲示している。急変があった時、その時の対応の問題点等振り返りを行い、会議、朝夕の申し送り時に話し合っている。年に一度は勉強会をしている。		
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。	日中及び夜間を想定した年2回の消防訓練を実施しており、不参加職員とも報告書面で共有している。災害食の備蓄を図り、自治会の方には、運営推進会議において緊急時の協力依頼を行っている。実際に、利用者も参加して頂き、2階から非常階段で降りたり、職員が背負って降りる訓練も出来た。レクリエーションで机の下に潜る訓練もしている。	昼、夜間を想定した年2回の消防訓練を実施されており、ハザードマップで水害(洪水・内水)の対象地区に該当するため、避難確保計画を作成されています。災害食の備蓄も準備され、運営推進会議において緊急時の地域協力依頼が行われています。地震に対する訓練として、レクリエーションで机の下に潜る訓練もされています。業務継続計画(BCP)作成や検証された実績については確認できませんでした。	
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	月1回の接遇人権虐待予防委員会に職員が参加し、学んだ事を毎月の職員会議で伝えている。職員に不適切な対応があった時は適宜指導している。居室においては、利用者様自身で施錠できる様、プライバシーの確保に努めている。	毎月法人で行われる接遇人権虐待予防委員会に職員が1名参加し、職員会議で伝達研修が行われています。利用者の排泄時の失敗があった時などの声掛けには特に配慮し、職員の不適切な対応があった時には適宜指導がなされています。居室は、利用者自身で施錠できるようになっており、プライバシーの確保に努められています。	
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	都度の関わりの中で、本人の思いが汲み取れるよう言葉かけをしている。思いの表出が困難な方、自己決定が困難な方には、出来る限り本人の意向に近づけるよう支援している。		

自己 第3 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
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	皆で行うことは一緒にしているが、無理強いはいししない。都度言葉がけをし、個々の希望を優先し、その人のペースに合った生活をしていただいている。		
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	好みの洋服を選んでもらったり、自己決定が困難な方は一緒に選んでいる。ネイルも月1回のペースでゆっくり楽しんで頂いている。月1回の理美容の日は、白髪染め、好みの髪形にして頂いている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	給食委員会を中心に、旬な食材を使った食事、行事食を企画している。調理、盛り付け、片付けなども一緒に行っている。	開設以降、事業所内で食事を作ることを大切にされています。朝食はパンや果物のほかヨーグルトなどの軽食を提供されています。昼食、夕食は2週間分のメニューを給食委員会の担当者が献立をたて、事業所のキッチンで調理されたものを食卓へ提供されています。訪問調査当日も、利用者がキッチンに立ち、盛り付けや配膳などの役割を担っておられる家庭的な雰囲気を確認することができました。	
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	献立が偏らない様、一週間毎の献立の中で見直している。水分は、チェック表を基に必要な水分の確保に努めている。食事形態は常に見直し、すぐに対応している。又、自助具の選定にも努めている。食事が取れなかった時は、随時様子を見ながら代替えの食品を提供している。		
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	毎食事前の嗽、食後の口腔ケアに努めている。自身で出来ない方は言葉かけにて一緒にしている。食事時の摂取状況を観察し、必要時には歯科往診の依頼をしている。		
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	排泄表を基に、排泄パターンの把握に努め、個々に応じたトイレ誘導、失敗を無くし、自立に向けた支援をしている。何か変化があれば、日々の申し送りの中で迅速に対応し、モニタリングを行い見直しをしている。	排泄表に基づいて、個別の排泄パターンを確認しながら、利用者一人ひとりにあわせたトイレ誘導やおむつ交換などの支援が行われています。また、紙パンツやおむつを安易に使用しないよう、自立に向けた排泄支援が行われています。トイレの形状も男性用の便器があり、利用者の生活習慣にあわせた排泄ができるような工夫がうかがえました。	

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
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	繊維質の野菜を多く取り入れたり、果物、乳製品などの提供、水分量の確保、便秘傾向の利用者様には便通をよくするお茶を提供したり、レクリエーションの中で、便秘体操を毎日して頂いている。散歩、生活リハビリ等、適度な運動が出来るような取り組みをしている。		
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	原則週2回だが、体調不良等の時は、振り替えて入浴してもらっている。好みの湯温に合せたり、リラクセスできる環境に努めている。入浴拒否が強い人は二人で対応し、夜に希望がある人は、夜に入浴して頂ける環境作りをしている。	清潔感のある浴室や脱衣所となっており、職員の方々が美化に取り組んでおられることがうかがえました。週に2回、午後からの入浴支援が行われ、重度化された方は2人介助で入浴されるなど、事業所でできる支援が行なわれています。過去には夜に入浴したいという希望のある方へ夜間入浴を実施するなど、利用者一人ひとりにあわせた入浴支援が行われています。また、柚子や菖蒲といった季節に合わせた入浴も楽しめるよう努められています。	
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	一応入眠、起床時間は決まっているが、希望に応じて対応している。空調に配慮し、パジャマへの更衣、靴下を脱ぐ等安眠に繋げている。普段、使い慣れた枕、タオルケット毛布等を使用している。		
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	必要な時には個人のお薬の説明書で確認を行っている。又、確実に服用が出来るよう、二重三重の確認を行っている。薬に変更あれば、数日朝夕の申し送りにて、状態報告し、看護師とも共有している。		
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	日々の生活の中で個別に掃除、調理、洗濯干し、たたみ、米研ぎ等役割分担を図り、周りに必要とされているという思いにつなげ張りのある生活が送れるよう支援している。編み物で、自身のひざ掛けを作成されている。		
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	天気の良い日には、マンツーマンで散歩に行き、ゆったりとした時間を持っている。思いの表出が困難な人が多いので、1週間に1回は散歩が出来るようにしている。洗濯物の取り入れ時、テラスに出て頂き、少しの時間でも外気に触れ、気分転換になる様努めている。	全ての利用者に外気に触れる機会として、事業所周辺の散歩が行われています。コロナ禍の影響で食材の買出しは現在行われていませんが、利用者個別の嗜好品などの買い物は近くのコンビニエンスストアへ買い物へお連れしたり、桜や菜の花、梅といった季節を感じられる時期にはドライブへ行かれるなど、事業所に閉じこもらない支援が行われています。	

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
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	希望時は、家族様から預かったお金で好きなものを購入している。少人数での買い物は行っている。自身でお金を持っておくことで落ち着かれる利用者様は、家族様の同意の上、所持されている。		
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	必要に応じて施設の電話を使用して頂いている。手紙のやり取りが可能な利用者様は少ないが、年に2回、暑中見舞いと年賀状は手作りで作成し、家族様に出している。		
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	季節が解るように、リビングに貼る、大きな毎月のカレンダーを共に作成し、個別レクリエーションの中に組み込んでいる。担当者が毎月カレンダーを作成し、入浴日、行事ごと等記入し、日時がわかるように工夫している。また、トイレの場所を迷わないよう表示している。又、家族様の協力の下、以前使用されていたご本人のピアノを食堂に設置し、毎日弾いて下さっている。	大きな掃き出し窓から光が降り注ぎ、明るい雰囲気の中利用者が思い思いの過ごし方をされています。利用者や家族の希望でリビングの中央にはピアノが設置され、利用者が楽譜を手に弾きにいられていました。その他、畳のスペースや利用者職員が作成した季節の創作品が廊下に飾られています。特に、オープンキッチンから調理の音や匂いがあり、家庭的な雰囲気を演出している共用空間となっています。	
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	ソファ、こたつ、食事席等思い思いの場所で過ごせる様、環境整備している。時には、居室で寛いでおられ、窓際にも椅子を設置し、ゆったりと過ごせる場所作りをしている。午睡されたり、テレビを観たり、読書をしたり、新聞を読まれたりと思ひ思いの時間を過ごしておられる。		
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	趣味の作品や好きな物、施設内で作った作品を飾っている。馴染みの家具、お気に入りの靴、帽子、配偶者の位牌、家族の写真、自身の若かりし日の写真等を並べ、ふとした時に落ち着けるようにしている。	居室のタイプはすべて洋室となっていますが、壁紙が3種類あります。趣味の作品や馴染みの家具を持ち込まれたり、家族の写真や過去の思い出の写真などを持ち込まれている方もおられました。ゆったりと居室の椅子に座って休憩をしたり、利用者自身が思い思いの過ごし方ができるようにベッドや家具の配置にも配慮されています。	
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	独歩の方は、ベッドの高さもその方の下腿長に合わせている。自分で安全に立てるよう、L字バーの使用、ベッド柵を考慮している。廊下の手すりの高さも、歩行しやすい設置にしている。		

(様式2(1))



事業所名 アルモニー早瀬町
作成日: R6 年 6 月 21 日

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	1	理念の実践に向けて、職員会議で、支援目標を折に触れ確認する取り組みをしているが、達成状況の確認に至っていない。今後は、目標を明確にするとともに、地域密着型サービスの意義や役割についても話し合い、意義を踏まえた取り組みを実践していく	理念の振り返りを定着化する。地域密着型サービスの意義や役割を理解した取り組みを実践する	毎月の職員会議にて、人権接遇委員会が主体となり、ひと月ごとに各自目標を立て、振り返りを行う。地域密着型の特性を学び、2か月に1回の勉強会にて、理念に照らし合わせ、実現できているか、確認し、具体的に話し合う	6ヶ月
2	26	支援の実施状況の確認、サービス担当者会議の議事録が出来ていない。入居時のフェイスシートの更新、介護計画作成のエビデンスとなるアセスメントが明確でない。短期目標の評価としてモニタリングをし、介護計画作成のPDCAサイクルを明確にする	介護計画作成後、統一した支援を実施し、支援内容が適切か情報を共有し、評価していく。また、記録を確実に残していく。サービス担当者会議を実施し、議事録を作る。フェイスシートの更新もしていく	フェイスシートは、サービス担当者会議ごとに見直し、または変更があった時には、都度更新していく。短期目標が出来ているかいないか、カンファレンスのケアチェック見直し時に、記録に残し、評価し、プランを更新する。また御家族様にも都度説明をさせていただく。	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。