

<認知症対応型共同生活介護用>
<小規模多機能型居宅介護用>

評価結果報告書

地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	10
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		4
4. 理念を実践するための体制		3
5. 人材の育成と支援		1
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		7
1. その人らしい暮らしの支援		5
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		23

事業所番号	1494100215
法人名	株式会社 愛誠会
事業所名	はなまるホーム座間
訪問調査日	令和7年9月10日
評価確定日	令和7年10月29日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

○項目番号について

外部評価は23項目です。
「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。
「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

○記入方法

[取り組みの事実]
ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。
[次ステップに向けて期待したい内容]
次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

○用語の説明

家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。
家 族 = 家族に限定しています。
運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者（経営者と同義）を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。
職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。

チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

令和7年度

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	1494100215	事業の開始年月日	令和4年3月1日
		指定年月日	令和4年3月1日
法人名	株式会社 愛誠会		
事業所名	はなまるホーム座間		
所在地	(252-0028) 神奈川県座間市入谷東4-10-2		
サービス種別 定員等	☐ 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	☒ 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員 計	18 名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和7年9月1日	評価結果 市町村受理日	令和7年11月5日

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【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)】

入居者の方々が「はなまるホーム座間で生活している」と感じて頂けるように、食事は毎食手作りを大切にして、入居者の方々に参加していただきながら準備や片づけをしていただいています。その他掃除や洗濯も参加していただき、身体を動かす機会も心がけています。季節を感じていただける様、毎月の行事等で季節の感じられるイベントに参加して頂いています。面会や外出、外泊が出来るようになり家族や親族の方、知人の方が来られることが多くなっています。ボランティアの受け入れも徐々に始まり、地域の方々との関わりや日々の楽しみも増えてきています。
--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒231-0023 横浜市中区山下町74-1 大和地所ビル9F		
訪問調査日	令和7年9月10日	評価機関 評価決定日	令和7年10月29日

【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)】

●この事業所は株式会社愛誠会の経営です。同社は「医療と介護の融和・連携」を掲げた、調剤薬局や医療モール開発事業を全国展開している「アイセイ薬局グループ」の介護事業を担っています。株式会社愛誠会は、ディサービス・介護付き有料老人ホーム・都市型軽費老人ホーム・小規模多機能・グループホームなどを全国的に展開しています。グループホームは全国で29ヶ所あり、神奈川県内では3事業所を運営しています。ここ「はなまるホーム座間」は小田急線「座間駅」からバスに乗り「立野台公園北」で下車して、徒歩5分程の閑静な住宅地の一角にあります。近くには、コイやカメがいる大きな池や、ロング滑り台などの遊具もある「立野台公園」があり、地域のお祭り会場としても使われています。 ●毎日の食事は、手作りを基本として食材は、ネットスーパーや、業務スーパーで購入し、メニューは利用者の希望を聴いたり、食材を見ながら当日に決めています。調理は職員が主に行いますが、利用者には野菜の下拵えや、炒め物などと盛り付けや、テーブル拭き、食器洗い・拭き、食器棚にしまっていたくなど、利用者個々のADLに合わせて役割を決め、手伝っていただくようにして残存能力の維持につなげています。また、季節や行事に合わせた食事提供として、旬の和食・お寿司など外食に行く時や、ピザ・牛丼・ハンバーガーなどを出前等で用意したり、パン屋さんにお連れして好きなパンを選んでいただき買い物や自分で選択することを楽しんでいただくようにもして、社会性の維持や食への関心を高めることで生活の質向上につなげています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ～ 14	1 ～ 10
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ～ 22	11
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 ～ 35	12 ～ 16
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ～ 55	17 ～ 23
V アウトカム項目	56 ～ 68	

事業所名	はなまるホーム座間
ユニット名	一階

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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、安心して暮らせている。 (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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
		○	2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	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踏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	本社の株式会社愛誠会の社是、企業理念を基本に、はなまるホーム座間の方針を作りホーム内で共有し実施につながるように心掛けています。	愛誠会の社是・企業理念を基に事業所の方針を作成しています。「・ご入居される方々が生活の主役・主体となってその方らしく暮らす場所を目指します・いつまでも『はなまるの笑顔』でお元気に、季節を大切に楽しみのある暮らしを目指します・『自由』を大切に、できる限り制限のない暮らしを目指します・全スタッフがルールを守りチームケア・ホームケアを大切にします」を事務所内に掲示し、毎月の会議の中では理念に基づいたケアが実践できているか振り返りを行っています。	今後の継続	
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	夏祭りへ参加や、親族の方の知人のボランティアで歌や手品などの披露、今後はネイルのボランティアなど地域の方との交流が徐々に広がってきています。	立野台公園で開催の地域の夏祭りに、利用者数名と一緒に参加して、ダンス・子ども尻相撲など観たり、出店で買い物を楽しみながら地域の方々と交流しています。ボランティアで歌や手品の方が来訪しています。今後ネイルのボランティアを予定しています。玄関先に設置しているベンチを開放し近所の方が散歩時に使用され、挨拶や声かけする交流を行っています。	今後の継続	
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	はなまるホーム座間への見学時に、困りごとや悩み事があればお聞きして、支援の工夫などをお話することがあります。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	毎月の様子を写真を取り入れながら、入居者の方々の日々のご様子や行事時の雰囲気をご報告しています。質問にはその都度お伝えさせて頂き、意見などがあれば参考にさせて頂いています。	運営推進会議は、対面で年6回を座間市介護保険課職員・民生委員・家族・後見人・地域包括支援センター職員等の参加で開催しています。事業所の現状や、活動状況、事故、ヒヤリハットなどの報告を写真を取り入れながら報告しています。参加者からは感想や地域の情報について報告を頂くなど意見交換を行っています。会議の内容は議事録に取り纏め、職員間で情報を共有しています。	今後の継続	
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	運営推進会議での報告の他に、介護保険の法改定の詳しい内容や、提出資料の記入方法など密に連絡させて頂いています。その他わからないことや、質問したいことがあれば直接伺って確認することもあります。生活保護の方もいらっしゃり、担当の方に確認することとしています。	座間市介護保険課とは運営推進会議の報告や、介護保険の法改定の詳しい内容や、提出資料の記入方法等について電話や、直接伺って確認することもあります。今後開催の集団指導講習会に参加を予定しています。座間市介護医療連携会議にはグループホーム代表として管理者が参加しています。地区のグループホーム連絡会に加入し、年3回の会合に参加しています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	年2回研修や年4回委員会を毎年定期的に開催し、身体拘束について知識を得られるよう取り組んでいます。 玄関やリビングは、交通量も多い事から安全面を優先させて頂き施錠させていただいています。	身体拘束廃止の取り組みとして、身体拘束適正化委員会を年4回開催し、管理者と当日勤務職員をメンバーとして、様々な事例や、グレーゾーンを議題に取り上げて討議を行い、身体拘束についての知識を深め、拘束をしないケアに取り組んでいます。身体拘束の指針や、マニュアルは、入職時に説明し事務所にもファイルしています。職員に年2回の事業所内研修を実施しています。	今後の継続
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている	定期的に年2回研修や年2回委員会を開催して虐待防止について知識を得られる機会や、現状のケアで注意しなければいけないことを振り返られるよう取り組んでいます。 日々の言葉使いや、ケアについてユニット会議で個別ケアも話し合い、注意しなければいけないことはルールとして取り決めています。	虐待防止委員会を年2回管理者と当日勤務職員をメンバーとし、虐待防止について再確認、現状のケアで注意しなければならない事項などを振り返るよう取り組んでいます。委員会での討議内容は議事録に残し、職員に回覧することで周知徹底しています。不適切なケアや対応については、ユニットリーダーが中心となり注意しています。指針や高齢者虐待マニュアルを整備し職員研修は、年2回実施しています。虐待の芽チェックリストを用いた自己点検を実施し、今後は自己点検シートによる確認も実施の予定でいます。	今後の継続
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	成年後見制度を利用されている方がいらっしゃり、スタッフで情報共有しています。ご家族や関係者の方から成年後見制度利用の希望があった際は、社会福祉協議会の窓口を紹介する等支援しています。		
9		○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	見学等の段階から、主な契約内容（特に料金など）を説明させて頂き、質問があればお答えしています。前もって契約書など確認したいと意向があれば、お見せし説明しています。 その他疑問や不安がないか尋ねるよう心がけ、契約時も確認し理解をいただいています。		
10	7	○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並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	運営推進会議にて、ご家族や親族ご関係者様より意見をいただけるようにしています。日頃から、面会に来られた際やケアプランの更新時などにご家族の意見があった際は、スタッフと情報共有し運営に反映しています。	契約時に苦情相談窓口について説明するとともに玄関に苦情相談窓口や苦情解決の流れを掲示し、周知を図っています。毎月郵送している「はなまるレター」は管理者や居室担当が個人別に1ヶ月間の生活状況とコメントを記載し、お知らせ・医療関係・体重など記入して行事の際の写真なども添付し報告しています。家族の来訪時には、近況報告と併せて意見や要望を聴いています。頂いた意見などは、申し送りや連絡ノートで情報を共有しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	毎月のユニット会議や全体会議、日頃からのスタッフとのコミュニケーションから意見を聞ける機会を設け、施設運営に反映しています。	朝の申し送りは、1ヶ所に集まり行い、ユニット会議・全体会議は、毎月開催して職員の意見や、提案を聴いています。法人では、毎月エリア会議を開催し、エリアマネージャーからの報告、各事業所内で挙がった意見や、提案などを検討し、事業所の全体会議で内容を報告しています。事業所内の業務やケアに関することは、ユニットリーダーが中心となりユニット会議で意見交換を行いながら反映させる体制を取っています。	今後の継続
12	9	○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	定期的な面談と評価制度を設け実施。マネージャーへの報告をしながら評価させて頂いています。キャリアアップもでき、ユニットリーダーやケアマネ、施設長などステップアップできるような体制になっています。 スタッフへ細かな役割分担を行い、責任をもって担当していただく等努めています。	今年度より個別面談を年4回の実施を計画し、自己評価表を基に話し合いを行っています。入職時には、就業規則や服務規程等について説明を行っています。キャリアアップ制度では、ユニットリーダーやケアマネ、施設長などへステップアップできるような体制があります。法人では資格取得のための支援制度や、行事担当・居室担当などの役割を決め、各自が責任をもって担当する等、向上心を持って働ける環境を整えています。	今後の継続
13	10	○職員を育てる取組み 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	新卒者や中途採用者用に振り返りシートや自己評価ができる仕組みを設けています。 本社研修も年間で予定されていて、スタッフの介護経験に合わせた研修を受けられるようになっています。 個々で隙間時間に研修が受けられるように、動画研修を取り入れています。	入職時には新人マニュアルを配布するとともにOJTにて業務の流れ、利用者の情報について教育担当者から学び、振り返りシートも活用しながら自己評価を行う仕組みを構築しています。新卒者は、4月に1ヶ月間本部での研修に参加し、継続研修として、年間研修計画に基づき、法定研修や、介護技術など知識の習得に努めています。職員個々の隙間時間で研修が受けられるように、Web研修を取り入れています。	今後の継続
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つくり、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組みをしている	本社研修では、他はなまるホームのスタッフと交流できるようになっています。他ホームとの交流研修も検討され、他のホームでのケアの様子など見に行く機会もすすめています。座間市でのグループホーム連絡会へ、管理者が参加し情報共有や交流をしています。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前には、ご本人や家族関係者、担当CMから困っている事や不安な事をおききして、スタッフとも情報を共有しています。入居されてから慣れてこられるまでは、できる限り関わりを多く持ち、ご本人の不安や心配事を確認できるよう心がけています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	見学当初から確認するよう心がけ、契約時や入居後もお聞きして、何かあれば連絡させていただき気になることがあれば仰しゃっていただくよう関係づくりをしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時にまず必要とされている支援を家族や本へ確認し対応しています。入居後も都度ご様子を確認しながら、必要に応じその都度関り支援しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	スタッフが全て（入浴、排泄、食事準備等）行ってしまうのではなく、今までされていたことや、現在できることはご自分でやっていただいています。ご自分でやる、細かな事でも役割や生活を感じていただけるよう心がけています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	入居者の今までの生活歴や様子を伺ったり、日々の様子をお伝えし、協力していただけることは相談しています。ご本人が不安になられている時は、電話でお話しいただいたり、受診が必要な際はご対応して頂く事で、ご本人と一緒に支援していると感じて頂いています。		
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	ご家族との外出や外食、外泊を自由にしていただいています。 昔からの知人の方との面会等なじみの方も電話や面会に来られるなど、途切れることが無いように努めています。	入居前面談にて本人の馴染みの場所や、交友関係等の把握に努め、入居後も関係性を継続できるよう支援しています。月1回定期的に家族のもとに帰宅され1泊する方や、家族と一緒に外出して外食や、墓参りに行かれる方の支援をしています。家族の協力で馴染んでいた美容院へ行く方の支援をしています。電話の遣り取りや、手紙・年賀状の遣り取りをする方など、希望に応じた支援を行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事席は、関係性の良い方と一緒に過ごせるようになっています。 様々な生活活動には皆さんで参加していただき、入居者様同士で活動できるよう努めています。		
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	ご退去後ご連絡があった際は、ご本人様のご様子や状況をお聞きしています。		
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。	日頃の様子、発した言葉や身体の状態把握に努めながらご本人の意向の把握に努めています。困難な場合も本人本位で検討しています。	入居前面談時に過去の生活歴、既往歴、趣味、嗜好品、暮らし方の希望等を聴き取り、思いや意向に沿った生活ができるよう支援しています。入居後の3ヶ月間は職員全員で情報の把握に努めています。日々の会話等から聴き取った思いや、意向は、介護記録やメモに取りユニット会議で共有し、検討したうえで反映させています。意思疎通が困難な方などは、本人本位に検討したり、家族等からも話を聴くようにしています。	今後の継続
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	入居前の担当ケアマネや関係者、ご家族からご本人の情報を聞き取りし、スタッフ全員への情報共有に努めています。 今まで使われていた家具をお持ちいただいたり、生活のリズムなどを大切にするよう努めています。		
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	日々の様子を記録し、特記事項に関しては業務日誌や朝の申し送りで情報共有する等、現状把握に努めています。月に一回ユニット会議を開催し、情報の共有と今後について検討しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人からは、日頃の様子から課題などを抽出し、家族や関係者とは定期的に連絡を取り合いながら確認しています。 スタッフ間では毎日の変化を情報共有し、毎月のカンファレンスで意見を出し合い介護計画を作成しています。 医療関係者とは訪問診療時に情報共有し、必要に応じ連絡をとりながら相談しています。	入居前の事前面談で聴き取り記入した基本情報シートを基に、初回の介護計画を作成しています。入居後2～3ヶ月間は、初回の介護計画を基に支援を行いながら、ADLやIADL等の情報を収集し、毎月のケアカンファレンスでモニタリングとアセスメントを行っています。介護計画の見直しについては、6ヶ月もしくは状態変化の著しい方を中心に、サービス担当者会議を開催して意見を出し合い、現状に即した介護計画の作成につなげています。介護計画は、本人または、家族に説明して確認をいただいています。	今後の継続
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	個別の介護記録に記録を残しています。業務日誌へ特記を記載することで、他スタッフへも情報共有し介護計画に活かしています。 月に一回ユニット会議を開催し、スタッフここからの気づきを確認し合いながら介護計画の見直しに活かしています。		
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	介護計画のみではなく、日々の様子に対して柔軟に対応できるようスタッフの勤務状況を調整するなど、取り組んでいます。 外部からのボランティアや、家族関係者の協力などスタッフだけではないサービスに取り組んでいます。		
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	知人との関係性や、今までのケアマネへご様子をお伝えする等、関わりを維持できるよう心がけている。近隣でのお祭りに参加して頂き、外部のボランティアの受け入れなど地域資源を活用し暮らしが楽しくなる様に支援しています。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	かかりつけ医の有無を確認し、現在訪問診療に来ていただいている医療機関の説明し、ご家族からの希望を伺っています。健康管理は毎週看護師が来ていただき実施されています。歯医者は希望の方のみ口腔内のケアや治療をされています。	入居時に協力医療機関の説明を行い、本人または家族の希望を聞き、主治医を決めていただくようにしています。現在は全員が事業所の協力医療機関から月2回の訪問診療を受けています。訪問診療時には薬剤師も同席しており、処方箋についてもその場で相談に応じてもらえる体制となっています。歯科医は治療など必要に応じた訪問と、希望した方の口腔ケアで週1回の訪問があります。訪問看護師が週1回来て健康管理や、医師指示の処置、爪切り、医療相談などに対応しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	毎週木曜日に外部の訪問看護が健康管理に来られています。入居者の方々の状態を報告し指示をいただくとともに、処置などを行なって頂いてます。担当医へ報告が必要な時は、訪問看護師が担当医へ報告して頂いてます。		
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、また、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。又は、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。	入院された際、入院先の関係者の方へ入居時の状況をお伝えしたり、入院中の様子をお聞きしています。面会に伺い退院日程調整やスタッフへの入院時の様子報告、往診の主治医への情報提供等、退院され安心して過ごしていただける様支援しています。		
33	15	○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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	重度化された方がいらっしゃらないため評価実施できませんが、契約時「重度化した場合における方針」の説明を行い、事業所でできることや医療関係機関との連携については説明し同意をいただいています。	入居契約時には「重度化した場合における指針」に沿って説明を行い、同意書を取り交わしています。延命治療の有無については文章で確認をしています。重度化が見受けられた際には、主治医と家族による話し合いの場を設け、家族の意向確認を含め今後の方針を決めていただくようにしています。事業所では、現在まで看取りの実績はありませんが、職員に対して定期的な研修を行っています。	今後の継続
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	急変は担当医に連絡し、軽度の応急処置で有れば指示をいただき実施しています。連絡体制は事務所に掲示し、入社時に急変時の対応を確認しています。		
35	16	○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	防災訓練を年2回実施。今年度も9月と11月に防災訓練を実施予定。今後も自然災害等の想定をし訓練を実施していく。	防災訓練は、昼夜の地震・火災発生を想定した訓練を年2回実施しています。訓練では、消火・通報・避難経路の確認を行い、迅速な対応ができるよう備えています。BCP対応の書類を整備して自然災害・感染症に対する研修や、訓練を計画しています。防災担当者を決め備蓄品の管理などしています。水や食糧は2～3日分、ヘルメット・懐中電灯・ランタン・カセットコンロなどを準備しています。地域との協力体制は、今後の運営推進会議等で検討する予定です。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	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	17	○一人ひとりの人格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	居室への入室時はノックし本人に一声確認しています。トイレや入浴等の際も本人に失礼の無いように声掛けし関わらせていただいています。	入職時には、新人マニュアルで接遇面やマナーについて研修しています。居室への入室時は、必ずノックをし本人に一声掛け確認しています。言葉遣いは敬語を基本として、トイレや、入浴等の際には、本人に失礼の無いような声掛けを行い、入浴時にはタオルを使用し、羞恥心にも配慮しています。入居間近な方や、希望があれば同性の職員が対応するように心掛けています。	今後の継続	
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	散歩や入浴、食事準備等本人の希望・意向を確認し自己決定できるよう関わらせていただいています。			
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し、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	食事の時間等以外ではできる限り自由に過ごしていただいています。リビングで過ごされる方も、居室に戻られゆっくりされる方もいらっしゃいます。			
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	朝の整容はご自分で出来る限り行なって頂き、ご自分で納得できるように心掛けています。洋服などが今まで着ていたものなどを持ってきていただいています。			
40	18	○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	行事では食べたいものを伺ってみたり、食事の準備や片付けは参加していただいています。食器洗いはほとんど入居者の方々が担当され、食器棚にしまっただくなどできることは参加されています。	食材はネットスーパーや、業務スーパーで購入し、メニューは利用者の希望や、食材を見ながら当日に決めています。調理は職員が主に行いますが、利用者には野菜の下拵えや、炒め物などと盛り付けや、テーブル拭き、食器洗い・拭き、食器棚にしまっただくなど、利用者個々のADLに合わせて役割を決め手伝っていただいています。季節や行事に合わせた食事では、和食・お寿司などの外食や、ピザ・牛丼・マックなどの出前で用意したり、パン屋さんに行き好きなパンを選んで買い物することもあります。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事や水分量を記録して日々把握し、摂取が少ない方には声掛けや召し上がっていただけるものを用意しています。声掛けでも摂取が少ない方には、医師に相談して飲み物の処方をしていただくなど対応しています。 食事席を変えて一緒に召し上がりたい方と同じ席で食事をする等支援しています。		
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	毎食後ご自分で歯磨きをしていただいています。必要に応じスタッフが声掛け関わっています。ご希望の方へは往診歯科をご利用されています。		
43	19	○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向けた支援を行っている	トイレに行かれた際は見守り、できる限りパッド等を使わず、ご自分でトイレに行かれ排泄できるよう支援しています。 トイレでの動作時は出来る限りご自分でやっただいています。 ご自分で困難な時は最低限の支援をしています。	利用者全員の排泄パターンを排泄チェック表にて把握しています。自立でトイレに行く方は、見守りで対応し、介助が必要な方は、声かけして誘導や、排泄介助を行います。残存能力を維持する為にも必要以上の介入はしないように心掛けています。入居時にリハビリパンツとパッドを使用していた方で、職員の日々の支援の成果により、パッドを外すことが出来た方もいます。	今後の継続
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	日々水分量の把握や飲みやすいもの、好きなものをお出ししています。体を動かすことへ参加していただき、便秘予防に取り組んでいます。 医師へも報告し、処方していただくこともあります。		
45	20	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	週二回の入浴を基本に、入浴は曜日を決めています。本人に意向を確認し、入浴したくないときは翌日に変更する等工夫しています。	入浴は週2回を基本とし、午前中に入りますが本人の都合で午後入浴する場合があります。浴槽や浴室に取り付けの手すりも可動式になっており、片麻痺の方などの介助では、浴槽を左右に移動して支援するなど、利用者の身体状況に合わせて場所を変え危険のないよう対応しています。入浴剤を使用して好きな香りを楽しんでいます。入浴前後の皮膚チェックや、入浴後の水分補充で安全な入浴を支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	自由な時間に居室に戻りゆっくり過ごされたり、休んでいただいています。 夜間は休みたい時間に居室へ戻られ休まれています。声掛けが必要な方はスタッフが支援させて頂いています。		
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	担当薬剤師が、処方後にホームに薬をセットし残薬など管理しています。都度口頭や連絡ノートで情報共有しています。サービス担当者会議では、担当薬剤師が参加される事もあり、意見書から薬服用時の注意事項など共有しています。		
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	月に一度は季節の行事を企画して、外食や外出、いつもと違った出前など楽しんで頂いています。。日々の中でできること（食事準備・洗濯物たたみ・掃除）は関わっていただき、やりがいや役割を感じていただくように心がけています。		
49	21	○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。また、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	ご家族や関係者の方々と、外出や外食、外泊が出来る様支援させて頂いています。スタッフの配置やその日の状況によりますが、時間がある際は外への散歩や玄関先での外気浴を心がけています。	天気や気候の良い日は、玄関先にあるプランターの花の水遣りや、設置しているベンチで外気浴をする方や、近くの立野台公園まで散歩する方がいます。家族の方と定期的に外出して、食事や外泊する方の支援をしています。ドライブの年間行事では、桜の花見や、ひまわり見学、鈴鹿神社で初詣、食事会などに出かけています。	今後の継続
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	本人が金銭を管理されることは控えていただいています。買い物時にスタッフの代わりに清算をしていただく等心がけています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	ご自分で電話を持たれている方は、自由に電話されています。希望があればホームから電話できるよう支援させて頂いてます。		
52	22	○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	共有空間は自由に過ごしていただき、毎日皆さんで掃除しています。温度等不快にならないよう室温調整を心がけています。季節を感じられる掲示物を皆さんで作成されるなど、楽しみを取り入れています。	共用部のリビングや、廊下などは明るい色の壁紙と茶色系統の家具やドアで統一し、落ち着いて過ごせる空間作りをしています。毎日2回は、職員と利用者と一緒に掃除をしています。温度等不快にならないよう定期的に温度計・室温計で確認し調整をしています。壁面にはあまり施設感が出ないように普段は掲示せず、季節や行事の際には、レクで作成した作品などと、カレンダー等を飾っています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	自由に過ごされソファに座られたり好きな方と同じ席に座っていただけるようになっています。一人でゆっくりされたい方は、自由に居室で過ごされています。		
54	23	○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	自宅にあった使い慣れたものを持ってきていただいています。家具の配置等は家族や本人に全てお任せし、自由に使用していただいています。ベッド・カーテン・中型のタンス・エアコン・照明は備え付けになっています。	居室には、エアコン、防炎カーテン、照明、介護用ベッド、整理タンス、ハンガーレール等が完備されています。使い慣れた寝具類、テレビ、時計、仏壇などと家族写真や、塗り絵カレンダー等を好きな場所に配置し、本人が居心地良く過ごせる居室づくりをしています。居室の整理や、衣類チェック、衣替えなどは居室担当の職員が支援しています。	今後の継続
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」や「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	廊下やトイレは手すりを設置、ご自分でできることはやっています。居室には名札もあり、ご自分で自由に戻っていただいています。下駄箱も入居時にご自分で取りやすい場所を選んでいただき名札をつけています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 株式会社 愛誠会
はなまるホーム座間

作成日

令和7年9月10日

〔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	11-8 12-9	各階にユニットリーダーがついたので、ホームの組織・体制作りが必要	各リーダーがユニットスタッフと協力し報告・連絡・相談のできる組織を作る	ユニットリーダーへの役割を明確にして、各ユニットで活動できるようにする。 ユニット内の事はユニットスタッフとリーダーで取り決めルールを作っていく。 ホーム全体の事は、管理者とユニットリーダーで取り決め、ルール化する。	2025年10月～ 約半年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。

事業所名	はなまるホーム座間
ユニット名	二階

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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、安心して暮らせている。 (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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)		1, ほぼ毎日のように
		○	2, 数日に1回程度ある
			3, たまに
			4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	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踏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	本社の株式会社愛誠会の社是、企業理念のを基本に、はなまるホーム座間の方針を作りホーム内で共有し実施につながるように心掛けています。	愛誠会の社是・企業理念を基に事業所の方針を作成しています。「・ご入居される方々が生活の主役・主体となってその方らしく暮らす場所を目指します・いつまでも『はなまるの笑顔』でお元気に、季節を大切に楽しみのある暮らしを目指します・『自由』を大切に、できる限り制限のない暮らしを目指します・全スタッフがルールを守りチームケア・ホームケアを大切にします」を事務所に掲示し、毎月の会議の中では理念に基づいたケアが実践できているか振り返りを行っています。	今後の継続	
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	夏祭りへ参加や、親族の方の知人のボランティアで歌ら手品などの披露、今後はネイルのボランティアなど地域の方との交流が徐々に広がってきています。	立野台公園で開催の地域の夏祭りに、利用者数名と一緒に参加して、ダンス・子ども尻相撲など観たり、出店で買い物を楽しみながら地域の方々と交流しています。ボランティアで歌や手品の方が来訪しています。今後ネイルのボランティアを予定しています。玄関先に設置しているベンチを開放し近所の方が散歩時に使用され、挨拶や声かけする交流を行っています。	今後の継続	
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	はなまるホーム座間への見学時に、困りごとや悩み事があればお聞きして、支援の工夫などをお話しすることがあります。			
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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	毎月の様子を写真を取り入れながら、入居者の方々の日々のご様子や行事時の雰囲気をご報告しています。 質問にはその都度お伝えさせて頂き、意見などがあれば参考にさせて頂いてます。	運営推進会議は、対面で年6回を座間市介護保険課職員・民生委員・家族・後見人・地域包括支援センター職員等の参加で開催しています。事業所の現状や、活動状況、事故、ヒヤリハットなどの報告を写真を取り入れながら報告しています。参加者からは感想や地域の情報について報告を頂くなど意見交換を行っています。会議の内容は議事録に取り纏め、職員間で情報を共有しています。	今後の継続	
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	運営推進会議での報告の他に、介護保険の方改定の詳しい内容や、提出資料の記入方法など密に連絡させて頂いてます。 その他わからないことや、質問したいことがあれば直接伺って確認することもあります。 生活保護の片もいらっしゃり、担当の方に確認することとしています。	座間市介護保険課とは運営推進会議の報告や、介護保険の法改定の詳しい内容や、提出資料の記入方法等について電話や、直接伺って確認することもあります。今後開催の集団指導講習会に参加を予定しています。座間市介護医療連携会議にはグループホーム代表として管理者が参加しています。地区のグループホーム連絡会に加入し、年3回の会合に参加しています。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	年2回研修や年4回委員会を毎年定期的開催し、身体拘束について知識を得られるよう取り組んでいます。 玄関やリビングは、交通量も多いことから安全面を優先させて頂き施錠させていただいています。	身体拘束廃止の取り組みとして、身体拘束適正化委員会を年4回開催し、管理者と当日勤務職員をメンバーとして、様々な事例や、グレーゾーンを議題に取り上げて討議を行い、身体拘束についての知識を深め、拘束をしないケアに取り組んでいます。身体拘束の指針や、マニュアルは、入職時に説明し事務所にもファイルしています。職員に年2回の事業所内研修を実施しています。	今後の継続
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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注意を払い、防止に努めている	定期的に年2回研修や年2回委員会を開催して虐待防止について知識を得られる機会や、現状のケアで注意しなければいけないことを振り返られるよう取り組んでいます。 日々の言葉使いや、ケアについてユニット会議で個別ケアも話し合い、注意しなければいけないことはルールとして取り決めています。	虐待防止委員会を年2回管理者と当日勤務職員をメンバーとし、虐待防止について再確認、現状のケアで注意しなければならない事項などを振り返るよう取り組んでいます。委員会での討議内容は議事録に残し、職員に回覧することで周知徹底しています。不適切なケアや対応については、ユニットリーダーが中心となり注意しています。指針や高齢者虐待マニュアルを整備し職員研修は、年2回実施しています。虐待の芽チェックリストを用いた自己点検を実施し、今後は自己点検シートによる確認も実施の予定でいます。	今後の継続
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	成年後見制度を利用されている方がいらっしゃり、スタッフで情報共有しています。ご家族や関係者の方から成年後見制度利用の希望があった際は、社会福祉協議会の窓口を紹介する等支援しています。		
9		○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	見学等の段階から、主な契約内容（特に料金など）を説明させて頂き、質問があればお答えしています。 前もって契約書など確認したいと意向があれば、お見せし説明しています。 その他疑問や不安がないか尋ねるよう心がけ、契約時も確認し理解をいただいています。		
10	7	○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並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	運営推進会議にて、ご家族や親族ご関係者様より意見をいただけるようにしています。日頃から、面会に来られた際やケアプランの更新時などにご家族の意見があった際は、スタッフと情報共有し運営に反映しています。	契約時に苦情相談窓口について説明するとともに玄関に苦情相談窓口や苦情解決の流れを掲示し、周知を図っています。毎月郵送している「はなまるレター」は管理者や居室担当が個人別に1ヶ月間の生活状況とコメントを記載し、お知らせ・医療関係・体重など記入して行事の際の写真なども添付し報告しています。家族の来訪時には、近況報告と併せて意見や要望を聴いています。頂いた意見などは、申し送りや連絡ノートで情報を共有しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	8	○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	毎月のユニット会議や全体会議、日頃からのスタッフとのコミュニケーションから意見を聞ける機会を設け、施設運営に反映しています。	朝の申し送りは、1ヶ所に集まり行い、ユニット会議・全体会議は、毎月開催して職員の意見や、提案を聴いています。法人では、毎月エリア会議を開催し、エリアマネージャーからの報告、各事業所内で挙げた意見や、提案などを検討し、事業所の全体会議で内容を報告しています。事業所内の業務やケアに関することは、ユニットリーダーが中心となりユニット会議で意見交換を行いながら反映させる体制を取っています。	今後の継続
12	9	○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	定期的な面談と評価制度を設け実施。マネージャーへの報告をしながら評価させて頂いてます。キャリアアップもでき、ユニットリーダーやケアマネ、施設長などステップアップできるような体制になっています。スタッフへ細かな役割分担を行い、責任をもって担当していただく等努めています。	今年度より個別面談を年4回の実施を計画し、自己評価表を基に話し合いを行っています。入職時には、就業規則や服務規程等について説明を行っています。キャリアアップ制度では、ユニットリーダーやケアマネ、施設長などへステップアップできるような体制があります。法人では資格取得のための支援制度や、行事担当・居室担当などの役割を決め、各自が責任をもって担当する等、向上心を持って働ける環境を整えています。	今後の継続
13	10	○職員を育てる取組み 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	新卒者や中途採用者用に振り返りシートや自己評価ができる仕組みを設けています。本社研修も年間で予定されていて、スタッフの介護経験に合わせた研修を受けられるようになっています。個々で隙間時間に研修が受けられるように、動画研修を取り入れています。	入職時には新人マニュアルを配布するとともにOJTにて業務の流れ、利用者の情報について教育担当者から学び、振り返りシートも活用しながら自己評価を行う仕組みを構築しています。新卒者は、4月に1ヶ月間本部での研修に参加し、継続研修として、年間研修計画に基づき、法定研修や、介護技術など知識の習得に努めています。職員個々の隙間時間で研修が受けられるように、Web研修を取り入れています。	今後の継続
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つくり、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組みをしている	本社研修では、他はなまるホームのスタッフと交流できるようになっています。他ホームとの交流研修も検討され、他のホームでのケアの様子など見に行く機会もすすめています。座間市でのグループホーム連絡会へ、管理者が参加し情報共有や交流をしています。		
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 サービスの利用を開始する段階で、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	入居前には、ご本人や家族関係者、担当CMから困っている事や不安な事をおききして、スタッフとも情報を共有しています。入居されてから慣れてこられるまでは、できる限り関わりを多く持ち、ご本人の不安や心配事を確認できるよう心がけています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	見学当初から確認するよう心がけ、契約時や入居後もお聞きして、何かあれば連絡させていただき気になることがあれば仰っていただくよう関係づくりをしています。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	入居時にまず必要とされている支援を家族や本へ確認し対応しています。入居後も都度ご様子を確認しながら、必要に応じその都度関り支援しています。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	スタッフが全て（入浴、排泄、食事準備等）行ってしまうのではなく、今までされていたことや、現在できることはご自分でやっていただいています。ご自分でやる、細かな事でも役割や生活を感じていただけるよう心がけています。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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	入居者の今までの生活歴や様子を伺ったり、日々の様子をお伝えし、協力していただけることは相談しています。ご本人が不安になられている時は、電話でお話しいただいたり、受診が必要な際はご対応して頂く事で、ご本人と一緒に支援していると感じて頂いています。		
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	ご家族との外出や外食、外泊を自由にしていただいています。 昔からの知人の方との面会等なじみの方も電話や面会に来られるなど、途切れることが無いように努めています。	入居前面談にて本人の馴染みの場所や、交友関係等の把握に努め、入居後も関係性を継続できるよう支援しています。月1回定期的に家族のもとに帰宅され1泊する方や、家族と一緒に外出して外食や、墓参りに行かれる方の支援をしています。家族の協力で馴染にしていた美容院へ行く方の支援をしています。電話の遣り取りや、手紙・年賀状の遣り取りをする方など、希望に応じた支援を行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事席は、関係性の良い方と一緒に過ごせるようになっています。 様々な生活活動には皆さんで参加していただき、入居者様同時で活動できるよう努めています。。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	ご退去後ご連絡があった際は、ご本人様のご様子や状況をお聞きしています。		
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。	日頃の様子、発した言葉や身体の状態把握に努めながらご本人の意向の把握に努めています。困難な場合も本人本位で検討しています。	入居前面談時に過去の生活歴、既往歴、趣味、嗜好品、暮らし方の希望等を聴き取り、思いや意向に沿った生活ができるよう支援しています。入居後の3ヶ月間は職員全員で情報の把握に努めています。日々の会話等から聴き取った思いや、意向は、介護記録やメモに取りユニット会議で共有し、検討したうえで反映させています。意思疎通が困難な方などは、本人本位に検討したり、家族等からも話を聴くようにしています。	今後の継続
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	入居前の担当ケアマネや関係者、ご家族からご本人の情報を聞き取りし、スタッフ全員への情報共有に努めています。 今まで使われていた家具をお持ちいただいたり、生活のリズムなどを大切にしよう努めています。		
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	日々の様子を記録し、特記事項に関しては業務日誌や朝の申し送りで情報共有する等、現状把握に努めています。月に一回ユニット会議を開催し、情報の共有と今後について検討しています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	ご本人からは、日頃の様子から課題などを抽出し、家族や関係者とは定期的に連絡を取り合いながら確認しています。 スタッフ間では毎日の変化を情報共有し、毎月のカンファレンスで意見を出し合い介護計画を作成しています。 医療関係者とは訪問診療時に情報共有し、必要に応じ連絡をとりながら相談しています。	入居前の事前面談で聴き取り記入した基本情報シートを基に、初回の介護計画を作成しています。入居後2～3ヶ月間は、初回の介護計画を基に支援を行いながら、ADLやIADL等の情報を収集し、毎月のケアカンファレンスでモニタリングとアセスメントを行っています。介護計画の見直しについては、6ヶ月もしくは状態変化の著しい方を中心に、サービス担当者会議を開催して意見を出し合い、現状に即した介護計画の作成につなげています。介護計画は、本人または、家族に説明して確認をいただいています。	今後の継続
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	個別の介護記録に記録を残しています。業務日誌へ特記を記載することで、他スタッフへも情報共有し介護計画に活かしています。 月に一回ユニット会議を開催し、スタッフここからの気づきを角印し合いながら介護計画の見直しに活かしています。		
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、その時々にも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	介護計画のみではなく、日々の様子に対して柔軟に対応できるようスタッフの勤務状況を調整するなど、取り組んでいます。 外部からのボランティアや、家族関係者の協力などスタッフだけではないサービスに取り組んでいます。		
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	知人との関係性や、今までのケアマネへご様子をお伝えする等、関わりを維持できるよう心がけている。 近隣でのお祭りに参加して頂や、外部のボランティアの受け入れなど地域資源を活用し暮らしが楽しくなる様に支援しています。		
30	14	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、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	かかりつけ医の有無を確認し、現在訪問診療に来ていただいている医療機関の説明し、ご家族からの希望を伺っています。健康管理は毎週看護師が来ていただき実施されています。歯医者希望の方のみ口腔内のケアや治療をされています。	入居時に協力医療機関の説明を行い、本人または家族の希望を聞き、主治医を決めていただくようにしています。現在は全員が事業所の協力医療機関から月2回の訪問診療を受けています。訪問診療時には薬剤師も同席しており、処方箋についてもその場で相談に応じてもらえる体制となっています。歯科医は治療など必要に応じた訪問と、希望した方の口腔ケアで週1回の訪問があります。訪問看護師が週1回来て健康管理や、医師指示の処置、爪切り、医療相談などに対応しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	毎週木曜日に外部の訪問看護が健康管理に来られています。入居者の方々の状態を報告し指示をいただくとともに、処置などを行なって頂いてます。 担当医へ報告が必要な時は、訪問看護師が担当医へ報告して頂いてます。		
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、また、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。又は、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。	入院された際、入院先の関係者の方へ入居時の状況をお伝えしたり、入院中の様子をお聞きしています。面会に伺い退院日程調整やスタッフへの入院時の様子報告、往診の主治医への情報提供等、退院され安心して過ごしていただける様支援しています。		
33	15	○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	重度化された方がいらっしゃらないため評価実施できませんが、契約時「重度化した場合における方針」の説明を行い、事業所でできることや医療関係機関との連携については説明し同意をいただいています。	入居契約時には「重度化した場合における指針」に沿って説明を行い、同意書を取り交わしています。延命治療の有無については文章で確認をしています。重度化が見受けられた際には、主治医と家族による話し合いの場を設け、家族の意向確認を含め今後の方針を決めていただくようにしています。事業所では、現在まで看取りの実績はありませんが、職員に対して定期的な研修を行っています。	今後の継続
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	急変は担当医に連絡し、軽度の応急処置で有れば指示をいただき実施しています。 連絡体制は事務所に掲示し、入社時に急変時の対応を確認しています。		
35	16	○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	防災訓練を年2回実施。今年度も9月と11月に防災訓練を実施予定。今後も自然災害等の想定し訓練を実施していく。	防災訓練は、昼夜の地震・火災発生を想定した訓練を年2回実施しています。訓練では、消火・通報・避難経路の確認を行い、迅速な対応ができるよう備えています。BCP対応の書類を整備して自然災害・感染症に対する研修や、訓練を計画しています。防災担当者を決め備蓄品の管理などしています。水や食糧は2～3日分、ヘルメット・懐中電灯・ランタン・カセットコンロなどを準備しています。地域との協力体制は、今後の運営推進会議等で検討する予定です。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価		
			実施状況	実施状況	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	17	○一人ひとりの人格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	居室への入室時はノックし本人に一声確認しています。トイレや入浴等の際も本人に失礼の無いように声掛けし関わらせていただいています。	入職時には、新人マニュアルで接遇面やマナーについて研修しています。居室への入室時は、必ずノックをし本人に一声掛け確認しています。言葉遣いは敬語を基本として、トイレや、入浴等の際には、本人に失礼の無いような声掛けを行い、入浴時にはタオルを使用し、羞恥心にも配慮しています。入居間近な方や、希望があれば同性の職員が対応するように心掛けています。	今後の継続	
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	散歩や入浴、祝辞準備等本人の希望・意向を確認し自己決定できるよう関わらせていただいています。			
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し、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	食事の時間等以外はできる限り自由に過ごしていただいています。リビングで過ごされる方も、居室に戻られゆっくりされる方もいらっしゃいます。			
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	朝の整容はご自分で出来る限り行なって頂き、ご自分で納得できるように心掛けています。洋服などが今まで着ていたものなどを持ってきていただいています。			
40	18	○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	行事では食べたいものを伺ってみたり、食事の準備や片付けは参加していただいています。食器洗いはほとんど入居者の方々が担当され、食器棚にしまっただけなどできることは参加されています。	食材はネットスーパーや、業務スーパーで購入し、メニューは利用者の希望や、食材を見ながら当日に決めています。調理は職員が主に行いますが、利用者には野菜の下拵えや、炒め物などと盛り付けや、テーブル拭き、食器洗い・拭き、食器棚にしまっただけなど、利用者個々のADLに合わせて役割を決め手伝っていただいています。季節や行事に合わせた食事では、和食・お寿司などの外食や、ピザ・牛丼・マックなどの出前で用意したり、パン屋さんに行き好きなパンを選んで買い物することもあります。	今後の継続	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	食事や水分量を記録して日々把握し、摂取が少ない方には声掛けや召し上がっていただけるものを用意しています。声掛けでも摂取が少ない方には、医師に相談して飲み物の処方をしていただくなど対応しています。 食事席を変えて一緒に召し上がりたい方と同じ席で食事をする等支援しています。		
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	毎食後ご自分で歯磨きをしていただいています。必要に応じスタッフが声掛け関わっています。ご希望の方へは往診歯科をご利用されています。		
43	19	○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向けた支援を行っている	トイレに行かれた際は見守り、できる限りパッド等を使わず、ご自分でトイレに行かれ排泄できるよう支援しています。 トイレでの動作時は出来る限りご自分でやっていただいています。 ご自分で困難な時は最低限の支援をしています。	利用者全員の排泄パターンを排泄チェック表にて把握しています。自立でトイレに行く方は、見守りで対応し、介助が必要な方は、声かけして誘導や、排泄介助を行います。残存能力を維持する為にも必要以上の介入はしないように心掛けています。入居時にリハビリパンツとパットを使用していた方で、職員の日々の支援の成果により、パットを外すことが出来た方もいます。	今後の継続
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	日々水分量の把握や飲みやすいもの、好きなものをお出ししています。体を動かすことへ参加していただき、便秘予防に取り組んでいます。 医師へも報告し、処方していただくこともあります。		
45	20	○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、個々に応じた入浴の支援をしている	週二回の入浴を基本に、入浴は曜日を決めています。本人に意向を確認し、入浴したくないときは翌日に変更する等工夫しています。	入浴は週2回を基本とし、午前中に入りますが本人の都合で午後入浴する場合もあります。浴槽や浴室に取り付けの手すりも可動式になっており、片麻痺の方などの介助では、浴槽を左右に移動して支援するなど、利用者の身体状況に合わせて場所を変え危険のないよう対応しています。入浴剤を使用して好きな香りを楽しんでいます。入浴前後の皮膚チェックや、入浴後の水分補充で安全な入浴を支援しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	自由な時間に居室に戻りゆっくり過ごされたり、休んでいただいています。夜間は休みたい時間に居室へ戻られ休まれています。声掛けが必要な方はスタッフが支援させて頂いています。		
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	担当薬剤師が、処方後にホームに薬をセットし残薬など管理しています。都度口頭や連絡ノートで情報共有しています。サービス担当者会議では、担当薬剤師が参加される事もあり、意見書から薬服用時の注意事項など共有しています。		
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	月に一度は季節の行事を企画して、外出や外出、いつもと違った出前など楽しんで頂いています。日々の中でできること（食事準備・洗濯物たたみ・掃除）は関わっていただき、やりがいや役割を感じていただくように心がけています。		
49	21	○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。また、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	ご家族やご関係者の方々と、外出や外食、外泊が出来る様支援させて頂いています。スタッフの配置やその日の状況によりますが、時間がある際は外への散歩や玄関先での外気浴を心がけています。	天気や気候の良い日は、玄関先にあるプランターの花の水遣りや、設置しているベンチで外気浴をする方や、近くの立野台公園まで散歩する方がいます。家族の方と定期的に外出して、食事や外泊する方の支援をしています。ドライブの年間行事では、桜の花見や、ひまわり見学、鈴鹿神社で初詣、食事会などに出かけています。	今後の継続
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	本人が金銭を管理されることは控えていただいています。買い物時にスタッフの代わりに清算をしていただく等心がけています。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	ご自分で電話を持たれている方は、自由に電話されています。希望があればホームから電話できるよう支援させて頂いています。		
52	22	○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	共有空間は自由に過ごしていただき、毎日皆さんで掃除しています。温度等不快にならないよう室温調整を心がけています。季節を感じられる掲示物を皆さんで作成されるなど、楽しみを取り入れています。	共用部のリビングや、廊下などは明るい色の壁紙と茶色系の家具やドアで統一し、落ち着いて過ごせる空間作りをしています。毎日2回は、職員と利用者と一緒に掃除をしています。温度等不快にならないよう定期的に温度計・室温計で確認し調整をしています。壁面にはあまり施設感が出ないように普段は掲示せず、季節や行事の際には、レクで作成した作品などと、カレンダー等を飾っています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	自由に過ごされソファに座られたりお好きな方と同じ席に座っていただけるようになっていきます。一人でゆっくりされたい方は、自由に居室で過ごされています。		
54	23	○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	自宅にあった使い慣れたものを持ってきていただいています。家具の配置等は家族や本人に全てお任せし、自由に使用していただいています。ベッド・カーテン・中型のタンス・エアコン・照明は備え付けになっています。	居室には、エアコン、防災カーテン、照明、介護用ベッド、整理タンス、ハンガーレール等が完備されています。使い慣れた寝具類、テレビ、時計、仏壇などと家族写真や、塗り絵カレンダー等を好きな場所に配置し、本人が居心地良く過ごせる居室づくりをしています。居室の整理や、衣類チェック、衣替えなどは居室担当の職員が支援しています。	今後の継続
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」や「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	廊下やトイレは手すりを設置、ご自分でできることはやっていただいています。居室には名札もあり、ご自分で自由に戻っていただいています。下駄箱も入居時にご自分で取りやすい場所を選んでいただき名札をつけています。		

目 標 達 成 計 画

事業所 株式会社 愛誠会
はなまるホーム座間

作成日

令和7年9月10日

〔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	11-8 12-9	各階にユニットリーダーがついたので、ホームの組織・体制作りが必要	各リーダーがユニットスタッフと協力し報告・連絡・相談のできる組織を作る	ユニットリーダーへの役割を明確にして、各ユニットで活動できるようにする。 ユニット内の事はユニットスタッフとリーダーで取り決めルールを作っていく。 ホーム全体の事は、管理者とユニットリーダーで取り決め、ルール化する。	2025年10月～ 約半年

- 注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。