

<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	1491900146
法人名	株式会社和
事業所名	高齢者グループホーム かもいの家
訪問調査日	令和8年3月23日
評価確定日	令和8年4月24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)】

Table with 4 columns: 事業所番号, 事業の開始年月日, 指定年月日, 法人名, 事業所名, 所在地, サービス種別, 定員等, 自己評価作成日, 評価結果市町村受理日.

【評価機関概要(評価機関記入)】

Table with 4 columns: 評価機関名, 所在地, 訪問調査日, 評価機関評価決定日.

【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)】

●高齢者グループホームかもいの家は、株式会社和(なごみ)の経営です。同法人は横須賀市内において、グループホームを先駆けて開所した法人の1つであり、現在も横須賀市内でグループホームを1ヶ所経営しています。2003年にここ「高齢者グループホームかもいの家」に開所し、今年で23年目を迎えたグループホームです。また、職員の勤続年数も15年以上継続している方が8名、復職した職員も2名おり、代表と管理者を除き介護福祉士の資格を有している職員も8名在籍していることから名実ともに実績と歴史のあるグループホームです。立地は京浜急行「浦賀駅」から「観音崎行き」のバスに乗り、「堀田」停留所下車して徒歩3分程の奥まった閑静な住宅地にあります。●開設から20年以上が経過し、代表は「原点回帰」を図る意味合いを込めて、昨年理念の見直しを行い、法人の名前である「和み」に一新されました。この理念には、入居される利用者、家族、地域の人々、働く職員にとって「なごめる場所」であるようにという思いが込められています。以前から取組んでいた毎月の介護目標設定は継続して行っており、全職員がベクトルを合わせることで「安定・安心」したケアが提供できるようにしています。●事業所運営の透明性を確保するため、引き続き「見える化」に努めています。ボランティア(刺し子、大正琴、習字、ウクレレ漫談)の受入れ、家族会(今年度は年3回)の開催など、外部の人の出入りを多くすることで、開かれた事業所運営を心がけています。さらに、毎月家族に郵送している行事通信には、お知らせ・お願い・報告・行事等の実施及び予定(日付と時間も)・様子(バイタル・排泄・睡眠・活動)まで細かく報告しており、家族との強固な信頼関係も構築されています。●災害時のリスク管理にも注力しており、事業所の避難訓練を家族会と併せて行い、実際に職員の車に乗って避難するまでの一連の流れを見てもらうとともに、津波発生時における事業所の対応方針を説明し、家族の理解を得るようにしています。さらに、横須賀市で公表している災害・防災(自助・共助・公助)発生時における情報も取り纏めて、家族会ファイル(全家族に作成している)に綴じて配布するなどの情報提供も行っています。

※ 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 <https://kaigo.rakuraku.or.jp/search-office/detail>

【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)】

1、独立から19年を迎え職員の8割以上が独立以前からの就労で、全員が資格を有していることで安定・安心したケアに繋がられている。今後も切磋琢磨しながら継続したい。2、感染防止対策に留意しながら、年4回開催していた恒例の家族会を徐々に実施できるようにし、ホームの「見える化」に努めたい。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

Table with 3 columns: 評価項目の領域, 自己評価項目, 外部評価項目.

事業所名	高齢者グループホーム かもいの家
ユニット名	

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	利用者と職員と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している。 (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

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、生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	利用者、家族、職員で意見交換してきた理念に基づき実践している 理念を細分化した介護目標を職員が毎月立案し、毎日の申し送り時間に勤務者間で復唱し実践に繋げている	昨年に理念の見直しを行い、法人の名前である「和み」に一新されました。この理念には、入居される利用者、家族、地域の人々、働く職員にとって「なごめる場所」であるようにという思いが込められています。以前から取り組んでいた毎月の介護目標設定（職員が大事にしていること）は継続して行っており、全職員がベクトルを合わせることで「安定・安心」したケアが提供できるようにしています。		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	町内会に入会している ゴミ置き場の清掃にも参加している ボランティアの訪問を受け交流している （歌の会・刺し子・大正琴等） 運営推進会議の構成委員に町内の民生委員の方が参加している	町内会に加入し、町内の清掃活動への参加、町内のクリスマス会、神輿や山車の町内渡御を見学させてもらい、神輿の担ぎ手の方に神輿くぐりをさせていただくなどの交流があります。また、ボランティア（刺し子、大正琴、習字、ウクレレ漫談）の来訪や、民生委員の方からも情報をいただきながら、地域と密接な関係性が保てるようにしています。		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	電話や直接訪問の相談に応じている 包括支援センターや浦賀エリアのホームや居宅支援事業所と、病院等と情報を交換している （地域住民の相談・研修会への誘い等） 運営推進委員に民生委員が参加しているので会議の中で理解を深める意見交換を行なっている			
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	年6回定期的に開催している 会議の各メンバーや日々ケアを行っている職員の意見を取り入れ年間計画を企画し親睦を兼ねた行事、会議の参加で内容が充実している 今年度は、2回の家族会と合同で行い、家族との親睦及び意見交換を行っている。また、スタッフも研修会として参加し意見交換を行っている	横須賀市の職員または地域包括支援センター職員、民生委員、元家族、現家族をメンバーとして2ヶ月に1回開催しています。事業所の現状や活動状況報告を中心に、地域の情報もいただきながら意見交換を行っています。今年度は、うち2回家族会との合同開催として、家族間の親睦を兼ねて様々な意見交換を行っています。議事録は、各家族にファイリングして配布しています。		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取り組んでいる	年6回定期的に開催している 会議の各メンバーや日々ケアを行っている職員の意見を取り入れ年間計画を企画し親睦を兼ねた行事、会議の参加で内容が充実している 今年度は、2回の家族会と合同で行い、家族との親睦及び意見交換を行っている。また、スタッフも研修会として参加し意見交換を行っている	横須賀市の指導監査課や介護保険課とは、手続き関係で直接出向いたり、都度連絡を取合いながら、適切な事業運営を行っています。直近では利用料金改定の件で手続きを行いました。市や地域包括主催の研修や講演会（講習会）にも参加して、動向把握や最新の情報収集に努めています。		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	危険防止の最善策としてやむをえず施錠する場合もある 玄関のオープンに関しては、利用者の状況などを踏まえて臨機応変に行っている	身体拘束適正化の為に委員会は2ヶ月に1回開催している運営推進会議の中で、第三者を交えて行っています。身体拘束の有無について報告し、拘束を行ってなくても、なぜ拘束を行っていないのか根拠を話し、理解を得るようにしています。職員には、マニュアルと指針の周知、年2回の研修にて意識づけを行っています。	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	年に数回の県及び市の虐待防止委員会の主催する研修に参加して、カンファレンス等でスタッフで意見交換しながら学び、意識してケアを行っている運営推進会議の中で身体的虐待防止委員会を開催市、報告や意見交換を行なっている	虐待防止委員会も2ヶ月に1回開催している運営推進会議の中で、第三者を交えて行っています。虐待の有無について報告するとともに、事由についても伝えていきます。市主催等の身体拘束・虐待に関する研修には参加し又、事業所内でも研修を行っています。	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	現在2名の利用者がこの制度を利用している 包括支援センター職員に依頼し成年後見人制度についての研修を行なっている 新年度は、実際に後見人をされている方に研修を依頼で調整中			
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	契約内容等の改定等については書面を用いて説明し同意を得ている 来居、面会時に面談を行い理解を図っている			
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	不満、苦情の窓口を明示し、家族が見て判るような場所に掲示している 面会時等に声かけを行い意見、要望を聞く機会を設けている（記録の開示等も含め） 家族会、運営推進会で意見交換を行い運営に反映させている	家族へは、契約時に説明するとともに、玄関にも苦情相談窓口の連絡先を掲示して、周知しています。家族からの意見や要望は、来訪時の近況報告と併せて行うようにしていますが、家族会でも各家族と個別に話をする機会を設けるようにして、意見や要望の聴取しています。必要に応じ運営推進会議の議事録も、各家族にファイリングして配布しており、情報の共有とともに運営の見える化に努めています。	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	毎月のカンファレンスで意見交換し、提案事項に関しては、検討し最善を尽くしている（事務連絡事項として必ず行っている）	職員からの意見や提案は、日々の業務や休憩時間などにも聴くようにしており、月1回の定例カンファレンス（17：30～19：30）の業務検討の中で意見交換しながら業務改善につなげています。職員間の情報共有ツールとしてLINEWORKSと紙媒体を併用しながら情報の共有漏れがないようにしています。	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	国の施策である介護職員処遇改善交付金の申請を行い職員の処遇改善に努めている個々の勤続、経験年数などを配慮しスキルアップの研修を推奨しているスタッフの就業定着率も安定している 希望する研修や資格取得に関しては推奨している	代表や管理者も現場に入り、現場の課題や悩みを共有して助言や相談に乗ったり、必要な物品を購入するなどして、職員が働きやすくなるよう就業環境の整備に努めています。コーヒーマーカーやウォーターサーバー自由使用できるようにしたり、休憩室（事務室兼休憩室）も設けています。介護職員等処遇改善加算の内訳、法人としての賃金改善計画を職員に説明することで、職員が向上心を持って勤務できる職場環境づくりに取り組んでいます。	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	ホーム内外の研修計画を立て、興味関心や経験年数等で内容を定め研修への参加を推奨している。また、日頃の業務において毎日ミニカンファを行い意見交換し情報を共有し実践している。研修会の講師をスタッフが行っている（リーダー研修・ケアマネの資格取得等）ズームでの研修もあり（研修機関と契約あり）	全職員を対象にした年間研修計画と、個々に自己目標の設定と達成するための計画を立て自己研鑽を図る2本立てでスキルアップを図っています。事業所内研修はお茶の水ケアサービス学院の動画配信研修を主体とし、各自がスマートフォンで受講できるようにした研修と、月1回の学習会ではプロジェクターとスクリーンを使用した研修が行われています。	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	（1回/2ヶ月）「認知症ケアの会」に加入し経営や介護保険の動向等意見交換をしている		
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	和やかな雰囲気を作り、笑顔で傾聴し、あるがままを受け入れ、安心感や満足のいく関わりを意識し出来る限り実践している 家族や本人より情報を収集し、整理し、ケアする者、他利用者との関係の中で安心・安全や馴染みの環境を作る等に努めている		

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	入居時の事前訪問やホームの中で面談を行い、ニーズを明らかにし、良好な関係作りに努めている。また、面会時は日頃の生活の様子を伝えたり必要に応じ電話で連絡や相談を行い関係作りに努めている		
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	相談を受けたら、まず本人や家族にとって何が必要なかを見極め、その意向を大切にしてお応じている 入居の前段階で、面接やホームの見学等を通して具体的な情報の提供を得ている (身体・精神的面等)		
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	日々、人生の先輩として学び、教えられることが多く癒しのエールをもらっている お互いに支え合いながら日々の暮らしを築いている ホームの中で、自立支援（生活動作等）に向けた対応を行っている（疑似家族） 個々に応じた作業や行事等に共に参加している		
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	面会や行事参加等を大切に一緒に時間を過ごすことを大切にし関係の修復に役立っている (家族会・面会時、管理者やリーダーが利用者の方々の生活の様子を伝えながら悩みや要望・希望などの意向を把握する様に努め実践できる関係を構築している)		
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	外出や面会、行事、買い物、散歩等を通じてこれまでの関わりの深い人、場所の関係が途切れないように努めている 幅広いボランティアの活躍で、興味や趣味得意な事や出来ることを支援している	現在は面会制限も緩和し、玄関で手指消毒と検温の協力をお願いしたうえで従来通り面会や外出等の対応も行っています。家族の面会、ボランティアの受入れ、近所の方が訪ねて来られたりすることもあり、馴染みの関係性を継続できるように支援しています。本人から申出があれば、手紙や年賀状、電話の取次も行っています。	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	利用者同士が語り合えるようにデイルームの席を工夫している。また孤立しない様に近くにスタッフが座る等の配慮や場面作りをしている 行事やレクリエーション等を通じお互いに交流が出来るように努めている		
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	運営推進会議のメンバーとして退居された家族が参加されている 退居時、今後もいつでも相談の窓口としてホームを利用される事を話している 退居後の家族のボランティアや相談の為の時間を設け支援に努めている		
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。	何が得意で何を希望されているか、できる事は何か、充実して過ごされるものは何かを常に探り、利用者のもつ力を見出すように努めている 食事の形態、時間、又入浴等、本人の状況、状態、意向を把握しケアを行っている (カンファやミニカンファで情報を共有し意見交換を行ない、実践している)	入居前面談時にお渡ししている入居申込書に、わかる範囲でADLやIADL等の情報や、家族が困っていることを記入していただき、本人、家族、介護支援専門員、病院関係者等から、過去の生活歴、既往歴、趣味嗜好品、暮らし方の希望等に関する情報を聞き取り、アセスメントシートを作成しています。事業所では、本人が興味を示した時のアクションの起こし方を重要視しており、月1回のカンファレンス、ミニカンファレンス等でも利用者の心身の情報を共有しながら、本人の意向に沿った支援を提供できるよう努めています。	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	入居前の家庭訪問、アセスメントシート、医療やADL情報を通して全体像の把握に努めている、馴染みの品々や生活習慣等を踏まえ、環境の変化を最小限にするように努めている 日々のケアの中での情報を共有し継続した支援ができるよう努めている		
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	1～2回の試みで出来る出来ないを決めるのではなく、小さな変化にも目を向け、その意味を探り利用者の力を引き出すよう努めている (日々の申し送り、ミニカンファで共有する) カンファレンスで必要に応じて個々の利用者のケアについて振り返り、意見交換し活かしている		

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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	カンファレンス等で意見交換し、利用者の心情を汲み取る努力と適切なアセスメントを行い、本人、家族の意見を反映した介護計画を作成、概ね6ヵ月の定期見直しを行なっている 面会時、必要時面談を行ないケアに活かした計画を立案している	入居時に作成したアセスメントシートを参考に、初回の介護計画を作成しています。入居後3ヶ月間は、事業所での生活に馴染んでもらうことを第一とし、あえて距離を保ち、本人の様子を見ながら徐々に関わるようにして心身の状態の把握に努めています。モニタリングは担当者を決め、カンファレンスでケアの課題等についてアセスメントを行い、現状に即した介護計画の作成につなげています。短期は半年、長期は1年での見直しを原則としています。	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	健康チェック表や経過記録をベースに種々の記録を関連させて、互いの情報を分析して実践に反映させている (必要時スケジュール表やチェックリストの作成)		
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	看護師のいるホームの特色として本人の身体、精神的状況、状態を常にいち早く察知しニーズに対応し家族への連絡も密に行っている(医療連携等) 必要時、又は面会時に連絡や面談を行ない支援を行なっている(訪問リハビリや口腔ケア等)		
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	コロナ禍で困難であった地域の資源であるボランティアの受け入れを再開し日々の暮らしを楽しむことができるように努めている(ピアノ演奏会・お琴、花見、しょうぶ園散策等) 徐々にコロナ禍以前同様の社会資源を活用したい		
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、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	個人のかかりつけ医、ホームの提携診療医、地域の病院等症状に応じて判断し、速めに、適切に受診に繋げている 必要に応じてご家族と医師の面談等も支援している 訪問診療での診察、検査等の情報を毎月の家族通信で配信したり、面談の調整を行なっている	入居前から小磯診療所を主治医とされていた方もおり、現在は皆さん事業所の協力医療機関である小磯診療所から月2回の訪問診療を受診しています。管理者は看護師の資格を有しており、主治医の訪問当日に、2週間分の健康状態や気になる点を纏めたファイルを手渡し、その情報に基づき適切な診察を受けられるよう支援しています。歯科医は必要な方のみ契約して、口腔ケアや治療を受けています。また、毎月家族に郵送している行事通信には、バイタル等の健康面に関する情報も報告しています。	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	管理者が看護師である。医療連携体制もできていて適切な受診を支援している 24時間職員との連携を密にしている 毎日のケアの中で、異常の早期発見に努め必要に応じ医療相談を行なっている		
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、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。	入院時から積極的に主治医と面談を行い、又、家族の意向を踏まえながら早期退院に向けて相談している 入院時は職員が訪問し、認知症の進行防止に努めている 入院中は、毎日面会を行い退院後の生活に不自由や戸惑いがない様に環境整備を行い受け入れ体制を整備している		
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、事業所の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	「終末期の希望書」や「安らかな看取りのために」まで一連の指針ができていて、本人、家族を中心に据えたターミナルケアの展開を目指している 必要に応じ3者（家族・医師・ホーム側）面談の調整を行い、それぞれの立場で本人、家族を支えるケアに取り組んでいる	契約時に看取りの指針・重度化の指針について説明し、看取りの意向確認書を取交わしています。開設当初から「最期の時まで、共に暮らすこと」を方針としており、看護師の資格を有している管理者の下、看取りケアも積極的に行っています。実際に重度化が見られ、主治医からも話しがあった場合には、家族、主治医、事業所間で今後の方針について話し合い、看取りを希望された場合は、主治医、事業所と同意書を取交わしています。	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	緊急時の対応は実技とともにホーム内外で研修し自己研鑽をしている (救急車要請のガイドラインについて) 緊急時のマニュアルを作成、カンファレンスで共有している、		
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	防災訓練をホーム内で実践し、利用者個々、心身の状態に応じた避難方法を実施している 防災訓練時、地域の消防署、近隣の住民にも参加を呼び掛け実施していたがコロナ禍で中止している 職員は、カンファにて机上の訓練を2回/年実施中 次年度は、地域との協力体制を含め、災害訓練を計画し実施したい	事業所の避難訓練を家族会と併せて行い、実際に職員の車に乗って避難するまでの一連の流れを見てもらうとともに、津波発生時における事業所の対応方針を説明し、家族の理解を得るようにしています。さらに、横須賀市で公表している災害・防災(自助・共助・公助)発生時における情報も取り纏めて、家族会ファイル(全家族に作成している)に綴じて配布するなどの情報提供も行っています。BCPの訓練として、LINEWORKSを活用した職員の安否確認も行うようにしています。	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
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	当ホームの「個人情報保護法」に基づき、プライバシーや個人の尊厳保持に努めている又、日々のケアの対応等については、カンファレンス等で意見交換を行いながら研鑽している（敬語で 対応、待つケア、私語を慎むケア等）	法人の個人情報保護方針に基づき、業務上知り得た個人情報については秘密保持を厳守することを、入職時に誓約書を取交わしています。日々のケアにおいて、言葉遣い、応対で利用者の尊厳を損なうことの無いよう、研修やカンファレンスなどで都度再認識を図りながら周知徹底しています。排泄や入浴支援時には、プライバシーや羞恥心に配慮した対応心がけています。	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	お茶やレク、入浴等の時間を利用して、会話や仕草等を通じて思いを察知し、日々のケアで自己決定が出来るように意識して働きかけ努力している		
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	業務優先にならないよう、申し送りの情報等を受け止め、共有し利用者に目を向けながらそのペースを守り、今日をその人らしく過ごせるように支援している (個々の利用者に応じた安全・安心・安楽等) (言語による意思の疎通が困難な方は言動を観察・察知し支援している)		
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	利用者の方が、自分の好みの形態や色について、表出出来る様に会話等を工夫している。特に入浴や外出の衣服を一緒に選んだり、理容時本の好みの髪形が美容師に話すことができるよう支援している		
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	食事は、同じテーブルで一緒にしながら楽しい雰囲気で行っている。またその日の利用者の心情や状態を組みとり、テーブルの配置や席を工夫している	業者から栄養計算された調理済みのおかず(冷凍・冷蔵)を発注し、主食や汁物は事業所で用意して提供しています。食事の席については、状況、利用者の様子を見ながら席を変えるように工夫をし、落ち着いて食事ができる環境を整えています。	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
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	毎回の食事摂取量が記載されている。また量等の摂取が困難になっている方の場合、チェックリストを用いて24時間の摂取量を記録し、インとアウトが管理され、補食をしている。年齢、活動、身体の状態に配慮した食事の形態、量、盛り付け、器や時間等、個々に応じたケアに努めている		
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に、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、個々の能力に応じた1日3回の口腔ケア方法を工夫して、実践している、また必要に応じて歯科の訪問診療に繋げている		
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	日々の生活の中で、個々の言動や仕草等を察知し案内や誘導を行っている、ホーム独自の健康チェック表等を用いて個別に排泄ケアを実践している	排泄チェック表をつけ、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めています。自立している方は自身のタイミングでトイレに行かれています。職員の介助が必要な方は、排泄チェック表を参考にしながら、時間やタイミングを見計らった声かけで誘導を行っています。全居室にポータブルトイレの用意もあります。トイレで排泄できる方は、トイレで排泄していただくようにしています。	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	毎食後の排泄誘導を徹底している。好みの飲料水や食べ物等も用意し工夫している (ヨーグルト・野菜ジュース・カルピス等) 水分の補給は意識して行なっている		
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	2回/週の入浴であるが行事や教室時などは参加できるように調整を行っている (参加を楽しみにしている)	週2回の入浴を基本とし、午前中の時間帯で1日3名の方が入浴できるようにしています。行事や教室、個々の予定(家族の面会や受診)に応じて入浴日を変更しながら柔軟に対応しています。肌トラブル防止の観点から入浴剤は使用していません。	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	個別ケアを重視して居室、ダイニング、中庭などに椅子やソファ、テーブルを配置する等の工夫を行っている 季節の花鉢を置いたり、飾り付けをして季節を感じて頂くよう工夫をしている		
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	個々の服薬されている薬の効能書がファイル化されている 薬の追加や新薬については、諸注意を追加し介護計画に明記したり、ミニカンファ等でも伝達を行い観察し対応している（必要時、チェックリスト作成）		
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	個々の力が表現できるようレクや作業等で役割を担っていただき、支えながら達成の充実感を抱き、気分転換が図れて日々の生活を楽しく過ごせるよう支援している （個人の作品や共同作品のポスター等を廊下に掲示し声かけ賞賛する）		
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	コロナ禍から、ホーム外の行事は減少しているが、ホーム内で等を取り入れ季節ごとの行事を計画し楽しい時間を過ごしている 運営推進会議委員、家族、スタッフとの親睦会を実施している（利用者の身体・精神的状況により戸外への外出困難あり工夫が必要）家族との面会や外出は、体調考慮しながら支援している	車椅子を利用している方が多く、一斉に外出することが困難な現状ですが、避難訓練（車に乗り事業所から離れるところまでを訓練としているため）を兼ねて行う花見、菖蒲園にお連れすることもあります。町内のクリスマス会にお連れしたり、神輿や山車の町内渡御の見学、家族と外食や外泊される方もいます。家族と外出される際には、介護のアドバイスを伝えるなどの支援も行っています。	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	お金の管理のできる利用者の方は現在いない お小使いとして家族より預かり金銭管理はホームで行っている		

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	場面に応じ、電話をかけることができる事を伝えている 平均的に家族の面会が多い為、電話や手紙でのやり取りはなされていない		
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	ダイルームには、飾り物や季節の花鉢を置き、廊下や居室には利用者の作品等で飾りアットホーム的な雰囲気を心がけている 窓の外は生活感、季節感をかもしだして心地よく過ごせる環境である	開所してから23年を迎えましたが、ハード面に関しては適宜修繕対応しながら現在も綺麗な状態が保たれています。また、中庭を中心に一周できる回路式の造りになっており、吹抜けからふんだんに陽光が取り入れられる廊下は、全体的に明るい空間になっています。廊下の壁面には利用者の作品が掲示され、玄関近くの壁にはヘルメット、名札、防災頭巾が掛けられています。	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	中庭やダイルーム、敷地内の外の空間など、出来る限り多くの居場所を工夫している（身体・精神的にも思いを表出困難な利用者の方々の言動から察知しダイルームでの居場所等を工夫している）		
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	居室は、その人の馴染みの品々を置いたり、配置したりの工夫を家族やスタッフが利用者と共に考え、居心地良く過ごせるよう配慮している	各居室には、ベッド、タンス、エアコン、照明、防災カーテンが完備されています。入居時には、自宅で使用されていた馴染みのある家具や、小物類を自由に持ち込んでいただくようにして、自宅に近い環境で安心して過ごせる居室となるよう支援しています。ADLの低下により、転倒等の危険がある場合には、持ち込まれている家具の配置を変えたり、持ち帰っていただくよう家族に相談することもあります。	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	居室ドアやトイレなどに表札、表示をつけ判りやすくしている また浴室、トイレ、廊下等には安全と自立のため手摺を設置している 建物内はすべてバリアフリーになっている 居室の床はジュータンでケガや転倒時のダメージを最小限にする配慮を行なっている 汚染時の処理がしやすい（1枚ごとに交換可能）		

目 標 達 成 計 画

事業所

高齢者グループホーム かもいの家

作成日

令和8年3月23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	6 18 19 20 45 50 51	その人らしい生活を安全に安心して送れる様支援する	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の生活の中で異常の早期発見・早期対応を行う ・利用者一人一人の病状・状態に寄り添ったケアの実践（サービスの質・スキルの向上） 	<ul style="list-style-type: none"> ・情報の共有と現状の把握を行い個別的なケアの実践 ・研修会への参加 ・業務内容の検討・変更 ・家族と共に支えあうケア 	12カ月
2	2 3 4 29 35	自然災害の発生に備える必要からも地域資源との繋がりが重要 自助努力、共助の点からも地域資源との情報交換が必要	<ul style="list-style-type: none"> ・日々の業務でも災害に対する意識付けを行う ・最低、2回／年の防災避難訓練の実施 ・自助、机上の訓練 	<ul style="list-style-type: none"> ・近隣の住民が参加できる訓練計画で交流の場を設ける（共助） ・地域の活動、行事への参加で関りの推進（町内会入会、ゴミ置き場の清掃等） 	12カ月

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。