

<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	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	1473201224
法人名	有限会社 ミムラ
事業所名	愛の郷グループホーム
訪問調査日	令和8年2月23日
評価確定日	令和8年3月25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	1473201224	事業の開始年月日	平成18年2月1日	
		指定年月日	平成18年4月1日	
法人名	有限会社 ミムラ			
事業所名	愛の郷グループホーム			
所在地	(241-0011) 横浜市旭区川島町1599-13			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		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8年2月13日	評価結果 市町村受理日	令和8年3月26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)】

愛の郷グループホームの理念である①愛のあるやさしい心②一人ひとりを大切に③穏やかな生活を基本にご利用者の暮らしを支援していく。施設の周囲は緑や花、静かな住宅に囲まれ、晴れた日には富士山の全景を眺められるとても静かな環境にあります。外出やイベントを多く取り入れています。地域の方々のご協力もあり、イベントなどにも参加して頂いて楽しく、穏やかに過ごされる環境作りに職員全員で努めています。職員の声も多く取り入れ職場環境の改善にも努めています。

【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8年2月23日	評価機関 評価決定日	令和8年3月25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、有限会社ミムラの経営です。法人は横浜市旭区でグループホーム2ユニットと共用型デイサービスを運営しています。事業所は相鉄線「鶴ヶ峰駅」南口から「くぬぎ台団地」行きのバスで「稲荷神社入口」下車して徒歩2分程の、住宅と畑が混在する長閑な地域にあります。また、事業所は高台に位置していることから、天気の良い日には富士山を望むこともできます。事業所の特徴として、共用型デイサービスの利用者もグループホームの利用者と同じ空間で過ごされていること、共用空間を広くする為、外階段で1、2階を行き来する(利用者はエレベーターで)造りになっている他、庭の一角にある畑では、四季折々の野菜や花が栽培され、利用者にも、お世話や収穫を手伝っていただくなど、園芸療法も取り入れられています。

●地域との交流では町内会の回覧板を通じて地域の情報を把握しています。正月の獅子舞は毎年の行事になり、利用者皆さんと楽しみ、獅子舞の方には天麩羅うどんを振る舞っています。近隣の公園で行う、どんど焼きに利用者と一緒に参加し地域の方々との交流しています。七夕やクリスマス・正月には近隣の保育園との交流があり、園児らの歌や作品をいただいています。

●法人ではキャリアパス制度を導入し、初級・中級・上級と3段階のクラスに分け夫々のクラスでスキルや、経験など各項目を決め、定期的に確認しています。今年度からは各個人の「抱負」を追加し、職務意欲や、向上心、やりがいなどにつなげる様に取り組んでいます。

【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	愛の郷グループホーム
ユニット名	菜の花家

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	経営者は常に理念を意識して業務を遂行するように指導しており、職場の目に付く場所に理念を掲示したり、会議等で確認したりしてこれを意識付けしている。利用者のその人らしさへの支援が常に行われるよう努めている。まずはご利用者様の為。職員入社時にも周知しています。	事業所の理念「①愛のあるやさしい心②一人ひとりを大切に③穏やかな生活」を基本に、利用者のその人らしさへの支援を常に心掛けると決めています。理念を事務室やフロアに掲示し、毎月開催しているホーム会議では、唱和や、理念の項目を質問したりして、意識づけを行い理念に沿った支援の実践につなげています。入職時には、説明して各自に配付しています。	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	町内会や自治会の行事に積極的に参加している。また、地域のボランティアの方々と定期的な交流を進めている。地域の方にゴミ集積所を開放し管理は地域の方が担当されている。獅子舞、どんど焼き、盆踊り、保育園との交流、他法人施設への喫茶外出など実施している。（としょくん（紙芝居）19年7月より月1回継続中。（様子を見ながら継続）（27.6より共用型サービスをはじめた事で連携も強まりました。	地域の町内会に加入し、回覧板を通じて地域の情報を把握しています。正月の獅子舞は毎年の行事になり、利用者皆さんと楽しみ、獅子舞の方には天麩羅うどんを振る舞っています。近隣の公園で行う、どんど焼きに利用者と一緒に参加し地域の方々と交流しています。七夕やクリスマス・正月に近隣の保育園との交流があり、園児らの歌や作品をいただいています。紙芝居のボランティア「としょくん」は毎月来ていただいていたが高齢のため今年度限りになっています。	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	地域や近隣の方々に懇親会や音楽会などの各種イベントに参加案内し、一緒に楽しみ地域の方々に、施設の理解を深めて頂いている。また、地域高齢者やその家族の相談にもより支援している。		
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	2ヶ月に1回の会議を定期的で開催し、既に112回を実施した。行事や事故、ご利用者の近況状況や入退居状況、職員の異動など報告しオープンで話し合い、助言を事業運営に反映している。メンバーは自治会の方、民生委員、ご家族、本人。地域包括センター、ホーム関係者で、良い関係が築けています。イベントのお手伝いもして頂いています。今年度は災害時・感染時について強化して考えていきたい。	運営推進会議は2ヶ月に1回、自治会長、地域包括支援センター職員、民生委員、家族、利用者、法人代表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、職員の入退職、研修報告など、写真も見てくださいながら行い、参加者からは報告に対する感想や地域の情報をいただいている他、地域の防災や、独居老人への対応方法などの話し合いも行っています。	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	市や区、地区ブロックの主催する連絡会や研修会に参加し、情報の収集や連携を取っている。事業運営上の疑問や確認事項など直接当局と連絡取り合い解決に向けている。区との連携もとっています。	横浜市や旭区とは電話やメールでのやり取りが中心となっています。不明点や疑問点等は、メールで問い合わせし助言をいただいています。地区のグループホーム連絡会に参加して、情報収集や連携を取っています。生活保護受給者の受け入れも行っている関係で、生活保護課とも必要に応じて情報共有や、連絡を取っています。	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
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	全職員に身体拘束の指導教育をし徹底している。勉強会を開き理解を深めている。1F・2Fの玄関は外部との安全確保の為施錠しているが、居室、リビング、ベランダの施錠はせず、思い思いの場所で過ごして頂いている。外へ出たい希望時には職員が同行している。	身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回、管理者・各ユニット長・当日勤務職員で開催し、3ヶ月間での言動などが、身体拘束に当たらないか確認や、意見交換を行い、内容は全職員に回覧しています。入職時のオリエンテーションで身体拘束に関する資料を配布し、研修を実施しています。身体拘束をテーマに継続研修や、新人研修を実施して、研修後にはレポートの提出があり、職員の理解度を確認しています。	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に注意を払い、防止に努めている	研修会にも参加し回覧や外部資料にて虐待防止を呼びかけ、また会議の場で研修を開いて話し合い情報を共有しています。	身体拘束廃止委員会と同じメンバーで、虐待防止委員会を年2回開催し、日頃の言動などについて意見交換を行い、委員会で話し合った内容は、職員に回覧し周知しています。高齢者虐待に関する指針や、マニュアルは整備し、また「認知症への対応十か条」を決め掲示しています。虐待に関する研修は、年2回以上実施しています。自己点検シートを利用して、年2回は全職員で日頃のケアの振り返り確認を行っています。	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	ホーム会議を通じて説明、活用し支援もしている。資料を集め職員が見れるようファイリングしている。		
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	入居契約時に十分な時間を取って、契約書や重要事項説明書についてご家族やご本人に説明し理解して頂いた上で押印を頂戴している。現在郵送にて対応しています。質問等は後日確認しています。		
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	ご家族の面会時やイベントへの参加の機会にご意見や要望をお聞きして日常の支援に反映している。また、ご意見箱を設置し広く苦情や要望を聞いている。	契約時には、重要事項説明書に明記している苦情相談窓口について説明しています。現在コロナ感染などの発症はありませんが、インフルエンザ等の心配もあり、面会は玄関で15分位に制限しています。各家族宛に写真を載せた「月のおたより」を送り、行事や近況報告をしています。何か有れば家族へ電話で報告しています。意見や要望があった際には連絡ノート等で、全職員と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	全体会議、ユニット会議を定期的に関催し、その中で意見や要望を聞いている。また気付きを記録に残す、連絡ノート等を設置し、改善事項や要望を事業運営に反映している。	毎月のホーム会議は、法人の社長・専務の参加で開催し、職員からの意見や提案を聴いています。その後はユニット会議を開催し、ユニット内の課題について意見交換を行っています。日々の会話や、必要に応じて個別に話を聴く等、職員からの意見・提案を吸い上げる機会を多く持つようにしています。業務やケアで気づいたことは、連絡ノートに書き留める等して、会議時の議題に上げています。	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	キャリアパス制度導入及び国の介護関係助成制度を活用し適正な人事考課や環境を整備した。職員の職務意欲、向上心、やりがいなどに繋げる様にしている。	法人では、初級・中級・上級と3段階のキャリアパス制度の導入をして、夫々のクラスでスキルや、経験など項目を決めています。今年度からは各個人の「抱負」を追加し、職務意欲や、向上心、やりがいなどに繋げる様取り組んでいます。決められた範囲での年次有給休暇や、希望休などにも対応してシフト表を作成し、職員のワークライフバランスにも配慮しています。	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	研修内容を全員に回覧開示し、自らの参加希望を呼びかけている。また、法人として必要な研修に対し、選抜して参加させ技能向上に努めている。必要により法人内研修も実施している。会社負担による研修参加促進。ホーム会議にて研修発表をおこない意見交換をしています。	入職時はオリエンテーションで事業所の理念、身体拘束、高齢者虐待防止、法令順守など新人向け研修を実施しています。内部研修は、法定研修などホーム会議時に実施しています。法人として必要な研修に対しては、選抜して参加させ資格取得や技能向上に努めています。外部研修などは会社の支援制度があります。今年度は、神奈川県介護福祉会より「介護記録の書き方」の出勤研修があり受講しています。	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	グループホーム連絡会などに参加し、他事業所との交流をもつ機会にしている。今後は状況を把握しながら交換研修も実施していく。技術の意見交換や実習により刺激しあい相互の能力向上に努めている。		
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	入居前の施設見学を勧め、先ず気に入ってもらえる事、及び入居時にアセスメントを実施し、情報収集と共に御本人の要望や困り事を確認して介護計画と支援内容に反映している。		

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
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	入居の前にアセスメントを実施し、ご家族とよく話し合い、ご本人にとって安心できる生活のあり方を確認して介護計画と支援内容に反映している。居室担当者を決め、より良い関係作りをしている。居室担当者もご家族が来られたときは状況報告をしております。		
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	入居申込みの時点でグループホームの生活が最も必要か、適切か？或いは共同生活が可能か？施設介護はどうかを検討してご本人の特性を考えたうえで入居決定をしている。必ず入居前に施設へ来て見て頂いている。		
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	自立支援を基本に、共同生活の中で相互に支え合う環境作りをしている。職員も生活者の一人と捉え、共に支え合うパートナーとしての関係作りをしている。		
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	ご家族と一緒に散歩、外出、食事などに出かけて頂いたり、居室内の整理を一緒にして頂いたり、また、写真を一緒に撮ったりし、絆を大事にする対応をしている。変化がある場合は家族へ都度報告しています。		
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	知人や友人などの訪問を出来るだけオープンにして面会して頂いている。家族・知人との外出なども用途により外出して頂いている。お誕生日外出、記念日外出などの介護計画を実施している。会話の中で昔のお知り合いの事を伺い、何か繋がりを出来るよう努力しています。年賀状も書ける方には書いて頂いています。	事前面談では馴染みの人や、場所などの情報について聴き取りを行い、入居後もこれまで大切にしてきた馴染みの関係が、継続出来るよう支援しています。面会は現在感染症に注意して玄関で15分程で行っています。家族の面会で一緒に外出して、墓参りや法事に出席するなどの支援をしています。誕生日外出では行きたい場所や、食べたい物など聴き出かける支援をしています。携帯電話を持ち込んでいる方が、家族などとメールや電話で連絡を取り合っています。年賀状も書ける方には書いていただくように支援をしています。	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
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	共同生活の場で誰もが仲良く気軽に話せる環境が望ましいが、喜怒哀楽の場も日常生活の場としてこれも是と考え対応している。職員も中に入って会話やカラオケで楽しい環境作りに努めている。利用者同士が支え助け合う関係も築かれている。レクリエーションを通じて係わり合い、仲間意識を持って頂く。		
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	入院や転居による退去後も訪問や連絡をしてその後の生活を確認し、時にはご家族と電話で話している。ご家族から近況についての葉書も頂戴している。		
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。	理念を基本にお一人お一人を大切にされた支援を心がけている。お食事や買い物と一緒に出かけたり、好物や衣類など買い物に付き添っている。お誕生日外出や記念日外出など介護計画を実施し利用者の心に残る思いを大切にしている。	入居前には事業所に来て、本人、家族に見学していただき、その後、面談でこれまでの生活歴、既往歴、趣味、嗜好品、今後の暮らし方の希望等、本人に関する情報を収集して、アセスメントシートに記入しています。入居後は、居室担当を決めていますが、普段の様子など職員全員で見守り気づきは、連絡ノートに記入して情報を共有しています。新たに知り得た情報は、色を変えてアセスメントシートに記入しています。誕生日企画の外出や、食事などは、居室担当が率先して聴き取りながら対応しています。	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	入居前のアセスメントで情報を得たり、訪問時にご家族からも話しを聞き、その方らしい生活環境作りに努めている。		
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	毎朝の引き継ぎミーティングで、心身や言動の変化など情報を共有化してタイムリーで適切な支援に努めている。行動発現等に注目し、観察を怠らず状態把握に努めています。		

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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	計画満期や変化が見られた時にカンファレンスを開催し、全員で討議して重要な支援のあり方や方法を決定し、統一した介護計画作りに努めている。	初回の介護計画は、事前に把握したアセスメントの情報を基に作成し、1ヶ月間は様子を見ながら支援を行い、その後、ケアカンファレンスで検討して現状に即した介護計画を作成しています。介護計画は、基本的に6ヶ月で更新していますが、何か有れば、その都度カンファレンスで検討して更新しています。サービス内容のモニタリングは、ケアマネージャーが担当し、3ヶ月毎に実施しています。更新時の本人や家族への意見・要望などの確認は、ケアマネージャーまたは、管理者が確認し、現状に即した介護計画を作成しています。	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	活動日誌や排泄チェック表などへの各種記録により、毎日の生活状況を共有化し、連絡ノートなども活用しながら、統一した支援に努めている。		
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	ご利用者の心身の状況変化を把握し、医療的ケアの必要性又はリハビリ訓練等のあり方を考え、ご家族とも相談しながら適切な支援を取り入れるよう努めている。		
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	公園への散歩や、地域防災活動への参加、地域自治会への行事参加などを通し、地域との一体感ある支援に努めている。ご本人の希望で、散歩、買い物同行のボランティアなど利用者の意向に沿える様務めています。		
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、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	協力医療機関の定期的訪問診療や訪問看護により、適切な医療体制を築き安心できる環境作りに努めている。医療連携の確立により24時間365日のドクターの医療的指示やアドバイスを受けられる。迅速的確な体制が取れる。	契約時に、事業所の協力医療機関と、協力医療機関に切り替えることのメリット、デメリットについても説明を行い、問題が無ければ基本的に切り替えていただいています。現在は、全員が事業所の協力医療機関の月2回の訪問診療を受診しています。歯科は、無料検診後に必要な方のみ契約して、必要な処置を受けています。看護師と薬剤師が訪問診療時に同席していることから、密に連携も取れています。看護師は週1回の訪問がありますが、事前に1週間分の利用者状況をFAXして医師の確認や指示を受けて対応しています。	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1回定期的に訪問看護師がご利用者の健康チェックをし、その際に日常の健康状態を説明して必要な指示や状況によってはドクターの指示を受け対応している。		
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、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。	健康状況悪化時には速やかに連携病院に連絡し、緊急受診を受け付けて貰っている。入院時は適宜状況確認の訪院をし、看護師から情報を得るようにしている。医療連携による紹介他現在の状況等を知らせてもらっています。		
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	終末期の対応については、現状での支援は難しいが、今後の大きな課題として検討している。重度化の場合は支援継続可能としているが、今後は老人保健施設や医療的連携も視野に入れ充実して行きたい。今後は医療連携のあるふれあいの丘クリニックと密接に連絡を取り合いご利用者、ご家族が安心できる環境作りをして行きたい。	契約時には、重度化対応に関する指針にて説明し、同意書を取り交しており、合わせて緊急搬送時や延命処置の意向等も確認しています。重度化の状態や、終末期は医師の判断とし、重度化した際には、家族との話し合いの場を設け、老人保健施設、特別養護老人ホーム、病院等の選択肢を示し、事業所として、できる範囲で必要な支援を行っています。今後は、医療連携のあるふれあいの丘クリニックと密接に連絡を取り、利用者、家族が安心できる環境作りをして行く予定です。	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	消防署による応急処置対応の訓練を実施したり、マニュアルによる周知や救急対応の結果を話し合いし実践力に繋げている。他にも常時掲示するなどして緊急時慌てないよう務めています。AEDも設置。職員使い方講習会を定期的に行っています。		
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	定期的にご利用者も一緒に避難訓練、消火訓練を実施し、消防署との連携や地域消防団への協力依頼をして体制作りをしている。スプリンクラー設置済みです。地域住民にも参加していただき、BCPの取り組みの一貫としています。	災害対策として年2回は、利用者も一緒に避難訓練、消火訓練等を実施しています。1回は、夜勤従事者を対象に、夜間の火災発生を想定した訓練を実施し、あと1回は、AEDや消火器の操作方法について確認する機会を設けています。防災訓練時は近所に案内のチラシをポスティングして立ち会っていただいています。BCP関連の書類を整備し研修や訓練を実施しています。備蓄品として、レトルトお粥・水・カセットコンロ・懐中電灯、ラジオなど準備しています。	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	職員は理念と基本方針を念頭に、一人ひとりの生活と人格を尊重した支援に心がけている。特に周辺症状の行動や更衣時、失禁時などは気をつけて対応している。会議時に言葉のかけ方などスピーチロックの研修も度々行っています。	入職時の新人研修で、事業所理念、接遇・法令順守・倫理等について研修を行っています。内部研修では、高齢者虐待・認知症ケア・プライバシー保護などについて実施し、職員は常に理念や、基本方針を念頭に置き、一人ひとりの生活や、人格を尊重した支援を心がけています。不適切な声かけや、対応が見られた際には、お互いに注意し合うよう会議で話し合っています。	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	共同生活の中でも、一人ひとりの希望や好みを実現できるような支援に努めている。(洋服の着替えや飲物、嗜好品、衣料品、体操、散歩、レク等) 本人の希望と状態を勘案して対応している。利用者ができる限り自分で決定できるヒントを伝えて自己決定の支援に役立てている。		
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	毎日の生活状況を観察しながら、体調や好み、希望などその日の心身状況を見ながら個人の意思に添えるように支援をしている。利用者のペースに添った生活時間を支援している。		
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	ご利用者毎に居室担当を決め、一緒に衣類の整理をしたり洋服を選んだりしている。また、訪問美容師に好みのヘアスタイルにして頂いたりしています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	ホームの庭で作った野菜を収穫して季節を感じられる食事やお楽しみのデザートを作って食べて頂いたり、それを調理して楽しんでいる。また、出来る方には一緒に食事の準備や片付けに加わって頂いている。折々の行事にちなんだ料理も提供して思い出話と共楽しんで頂いている。	業者からメニュー付き食材を購入し、職員が調理を行っています。庭の畑では、季節に応じて様々な野菜を栽培しており、収穫後には1品おかずを作って提供することもあります。利用者はテーブル拭きや下膳、食器洗いなど手伝っています。誕生日には、食べたい物を聴き、個別対応による外食支援や、調理して皆さんで食しています。食レクでは、お菓子作りや、チジミ・大根もち・パースディケーキなどを作り楽しんでいます。	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	毎日、夫々の摂取量を記録し、一人ひとりの状況確認し支援に活用している。併せて毎月体重測定して健康管理の一つの指標としている。水分摂取は1日1ℓを目安とし、食事支援方法については、おかゆ、刻み、とろみ、ゼリー、栄養補助飲料等対応している。		
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	口腔ケアの出来る方と出来ない方を把握し、出来る方には終了後のチェックを出来ない方には食後のケアを徹底している。また必要に応じて訪問歯科医とも相談しながら、適切な支援に繋げている。食事の前に必ずお口の体操をしている。1週間1度、定期的に訪問歯科にもみて頂いています。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、スタッフのみんなで共通認識の下でトイレ誘導や声掛けによる自立した排泄に繋げている。可能な限りポータブルトイレを使用しないで済むような支援を心がけている。	利用者全員を対象に、排泄状況を記録し一人ひとりのタイミングに応じた排泄支援を行っています。排泄の失敗を減らせるよう、排泄記録や、カンファレンスで情報を共有しながら、タイミングと時間を見計らった声掛けで、トイレ誘導を行っています。失敗が続く様な場合は、パッドのサイズや種類を変えるなどの検討を行っています。夜間は、定時で声掛けをしますが、睡眠を優先したり、個々の状況に合わせて支援しています。	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	適切な水分量の摂取、適度な運動、排便を促す食物摂取を取り入れている。また、訪問診療や訪問看護の際に、腹部を聴診器で確認して貰って、定期的排泄が出来るようアドバイスを貰って対応している。職員間においても利用者の情報共有は徹底されている。散歩のほか室内レクで体を動かし、便秘予防に努めています。		
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	入浴頻度が公平になるようにスケジュールを立てている。最低週2回は入浴して頂いている。状況により個々の入浴も出来るように配慮して支援している。入浴時は利用者との良きコミュニケーションの時間にもなっている。	週2回の午前中の中の入浴を基本とし、入浴回数が均等になるようにスケジュールを立てながら、1日3名を目安に入浴支援を行っています。本人の意向で午後入浴や、排泄汚れで入浴するなどの配慮した支援も行っていきます。足腰の不安定な方のために、シャワー湯浴も設備しています。入浴時のマンツーマンの会話を楽しんだり、入浴剤や、ゆず湯を行って、気持ちよく入浴していただけるよう支援しています。	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に応じた状況に応じて、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	一人ひとりの生活習慣やその時々に応じた状況で入眠出来る環境作りを支援している。適切な温度管理（部屋のエアコン調節）で使用し安心して入眠出来る様な環境作りに務めています。		
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	毎回処方時に発行されるお薬カードにより、薬の内容を確認して誤薬防止に繋げている。また、ご利用者が服薬している全ての薬の一覧表を薬局に作成依頼したものをファイルして見れるようにしている。また、定期往診時の記録を作成し、ドクターのアドバイ内容の共有化と、処方変更時の内容周知徹底をしている。		
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	一人ひとりの出来る事を把握し、自立支援に向けた支援に繋げている。また、飲物などの嗜好品、運動やレクなど個々の生活が惰性にならないよう配慮して支援している。		
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	出来るだけ地域の行事に参加して、日本の行事や慣習による生活感の維持に努めている。お買い物や外食などの外出、お誕生日には心に残る企画をし、交流を深めている。	散歩ボランティアの方が定期的に来て、近隣の公園へ散歩の支援をしています。車椅子の方などは、ウッドデッキや、広い庭で外気浴をしています。誕生日には個別に外出支援を企画したり、家族と一緒に外出して食事やお墓参りする方もいます。正月のどんど焼きや、個人的な日用品の買い物には車で外出支援しています。桜の花見などは、徒歩で行っています。	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	お小遣いとして事務所で保管管理しているが、お買物や散歩などの外出時にはお小遣いから必要に応じて手渡し支払いをして貰っています。		

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	電話連絡についてはご家族とも調整し、状況に応じて施設電話で連絡をして貰っている。手紙などもやり取りできるように投函等のお手伝いをしている。ご利用者のご家族から電話を頂いた場合はご利用者と直接お話しをされたりもしている。毎月ご家族へ写真付きお便りを請求時に添えています。(その時の状況や連絡などをお知らせしています。)		
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	飾りやお花など生活感と季節感のある空間作りに努めている。また、ご利用者の作った作品を飾ったりして楽しい環境作りをしている。共用部分においてもご利用者にとり居心地の良い場所であるよう環境整備に努めている。	リビングや廊下には、行事の写真や利用者と一緒に作成したレクの作品などを飾っています。ペーパークラフトの趣味を持つ利用者の作品も沢山展示しています。高台にあることから、大きな窓から天気の良い日には、富士山や丹沢山脈を望むことが出来ます。キッチン是对面式になっており、調理の音や、香り等を感じることでもでき、自然と皆さんが集まる共用空間になっています。共用型デイサービスも行っていることから、デイサービスの利用者と一緒にレクをやることもあります。掃除は毎日職員が行い、温度や湿度管理も職員が定期的に行っています。	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	リビングにはソファを置き、思い思いにテレビを見たり、気の合う方同士で話をしたり出来るように着席の配慮もしている。ベランダにも椅子を置き、思い思いの場所で過ごせるよう支援している。		
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	居室は出来るだけこれまで使い慣れた物を持ち込んで頂くように説明したり、飾り付けをして頂いている。また、冷暖房の温度管理や清掃などに配慮して居心地良い居室づくりに努めている。居室内のレイアウトもご利用者の希望に添いながら安全配慮も考慮し配置をしている。	居室のドアには、表札と居室担当の名前が書いてあります。備品で、ベッド、エアコン、クローゼット、防炎カーテン、換気扇が用意してあります。入居時には、これまで使い慣れた、テレビ、ラジオカセ、収納チェスト、仏壇、家族の写真などを持ち込んでいます。居室内のレイアウトは利用者の希望に添いながら安全面にも配慮して配置しています。日用品や衣類のチェックは、主に居室担当が定期的確認しています。	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	一人ひとりの残存能力や潜在能力、最重要な支援などを把握して、定期的にカンファレンスで話し合った事を基本に、安全と安心に向けた自立支援の計画作成と環境整備に努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 愛の郷グループホーム

作成日 令和8年2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 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
1	13	利用者様に対する声かけ	思いやりのある声掛けがいつでもできる。意識をきちんと持って笑顔で接する。お客様である認識をもつ。利用者様にたいして〇〇様と声掛けを徹底する。	・ホーム会議を開き声掛けの研修や外部研修などを行う。スタッフの意識を徹底する。お互い注意し合える関係を作る。個別に注意を促す。	6ヶ月以内
2	47	薬の事故を無くす。	服薬事故ゼロ継続していくように目指していく。	・トロミの使用を試みる。 ・口腔内の奥まで確認する。確認は2名で行う。チェックはマジックでレ点を必ず入れる。 ・薬局と連携を図り、飲みやすい形状を検討する。	6ヶ月以内

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	愛の郷グループホーム
ユニット名	つくし家

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	経営者は常に理念を意識して業務を遂行するように指導しており、職場の目に付く場所に理念を掲示したり、会議等で確認したりしてこれを意識付けしている。利用者のその人らしさへの支援が常に行われるよう努めている。まずはご利用者様の為。職員入社時にも周知していません。		
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	町内会や自治会の行事に積極的に参加している。また、地域のボランティアの方々と定期的な交流を進めている。地域の方にゴミ集積所を開放し管理は地域の方が担当されている。獅子舞、どんど焼き、盆踊り、保育園との交流、他法人施設への喫茶外出など実施している。（としょくん（紙芝居）19年7月より月1回継続中。（様子を見ながら継続）（27.6より共用型サービスをはじめた事で連携も強まりました。		
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	地域や近隣の方々に懇親会や音楽会などの各種イベントに参加案内し、一緒に楽しみ地域の方々に、施設の理解を深めて頂いている。また、地域高齢者やその家族の相談にもより支援している。		
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	2ヶ月に1回の会議を定期的に行い、既に112回を実施した。行事や事故、ご利用者の近況状況や入退居状況、職員の異動など報告しオープンで話し合い、助言を事業運営に反映している。メンバーは自治会の方、民生委員、ご家族、本人。地域包括センター、ホーム関係者で、良い関係が築けています。イベントのお手伝いもして頂いています。今年度は災害時・感染時について強化して考えていきたい。		
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	市や区、地区ブロックの主催する連絡会や研修会に参加し、情報の収集や連携を取っている。事業運営上の疑問や確認事項など直接当局と連絡取り合い解決に向けている。区との連携もとっています。		

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
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	全職員に身体拘束の指導教育をし徹底している。勉強会を開き理解を深めている。1F・2Fの玄関は外部との安全確保の為施錠しているが、居室、リビング、ベランダの施錠はせず、思い思いの場所で過ごして頂いている。外へ出たい希望時には職員が同行している。		
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に注意を払い、防止に努めている	研修会にも参加し回覧や外部資料にて虐待防止を呼びかけ、また会議の場で研修と開いて話し合い情報を共有しています。		
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	ホーム会議を通じて説明、活用し支援もしている。資料を集め職員が見れるようファイリングしている。		
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	入居契約時に十分な時間を取って、契約書や重要事項説明書についてご家族やご本人に説明し理解して頂いた上で押印を頂戴している。現在郵送にて対応しています。質問等は後日確認しています。		
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	ご家族の面会時やイベントへの参加の機会にご意見や要望をお聞きして日常の支援に反映している。また、ご意見箱を設置し広く苦情や要望を聞いている。		

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
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	全体会議、ユニット会議を定期的開催し、その中で意見や要望を聞いている。また気付きを記録に残す、連絡ノート等を設置し、改善事項や要望を事業運営に反映している。		
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	キャリアパス制度導入及び国の介護関係助成制度を活用し適正な人事考課や環境を整備した。職員の職務意欲、向上心、やりがいなどに繋げる様にしている。		
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	研修内容を全員に回覧開示し、自らの参加希望を呼びかけている。また、法人として必要な研修に対し、選抜して参加させ技能向上に努めている。必要により法人内研修も実施している。会社負担による研修参加促進。ホーム会議にて研修発表をおこない意見交換をしています。		
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	グループホーム連絡会などに参加し、他事業所との交流をもつ機会にしている。今後は状況を把握しながら交換研修も実施していく。技術の意見交換や実習により刺激しあい相互の能力向上に努めている。		
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	入居前の施設見学を勧め、先ず気に入ってもらえる事、及び入居時にアセスメントを実施し、情報収集と共に御本人の要望や困り事を確認して介護計画と支援内容に反映している。		

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
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	入居の前にアセスメントを実施し、ご家族とよく話し合い、ご本人にとって安心できる生活のあり方を確認して介護計画と支援内容に反映している。居室担当者を決め、より良い関係作りをしている。居室担当者もご家族が来られたときは状況報告しております。		
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	入居申込みの時点でグループホームの生活が最も必要か、適切か？或いは共同生活が可能か？施設介護はどうかを検討してご本人の特性を考えたうえで入居決定をしている。必ず入居前に施設へ来て見て頂いている。		
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	自立支援を基本に、共同生活の中で相互に支え合う環境作りをしている。職員も生活者の一人と捉え、共に支え合うパートナーとしての関係作りをしている。		
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	ご家族と一緒に散歩、外出、食事などに出かけて頂いたり、居室内の整理を一緒にして頂いたり、また、写真を一緒に撮ったりし、絆を大事にする対応をしている。変化がある場合は家族へ都度報告しています。		
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	知人や友人などの訪問を出来るだけオープンにして面会して頂いている。家族・知人との外出なども用途により外出して頂いている。お誕生日外出、記念日外出などの介護計画を実施している。会話の中で昔のお知り合いの事を伺い、何か繋がりを出来るよう努力しています。年賀状も書ける方には書いて頂いています。		

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
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	共同生活の場で誰もが仲良く気軽に話せる環境が望ましいが、喜怒哀楽の場も日常生活の場としてこれも是と考え対応している。職員も中に入って会話やカラオケで楽しい環境作りに努めている。利用者同士が支え助け合う関係も築かれている。レクリエーションを通じて係わり合い、仲間意識を持って頂く。		
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	入院や転居による退去後も訪問や連絡をしてその後の生活を確認し、時にはご家族と電話で話している。ご家族から近況についての葉書も頂戴している。		
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。	理念を基本にお一人お一人を大切にした支援を心がけている。お食事や買い物と一緒に出かけたり、好物や衣類など買い物に付き添っている。お誕生日外出や記念日外出など介護計画を実施し利用者の心に残る思いを大切にしている。		
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	入居前のアセスメントで情報を得たり、訪問時にご家族からも話しを聞き、その方らしい生活環境作りに努めている。		
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	毎朝の引き継ぎミーティングで、心身や言動の変化など情報を共有化してタイムリーで適切な支援に努めている。行動発現等に注目し、観察を怠らず状態把握に努めています。		

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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	計画満期や変化が見られた時にカンファレンスを開催し、全員で討議して重要な支援のあり方や方法を決定し、統一した介護計画作りに努めている。		
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	活動日誌や排泄チェック表などへの各種記録により、毎日の生活状況を共有化し、連絡ノートなども活用しながら、統一した支援に努めている。		
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、その時々にも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	ご利用者の心身の状況変化を把握し、医療的ケアの必要性又はリハビリ訓練等のあり方を考え、ご家族とも相談しながら適切な支援を取り入れるよう努めている。		
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	公園への散歩や、地域防災活動への参加、地域自治会への行事参加などを通し、地域との一体感ある支援に努めている。ご本人の希望で、散歩、買い物同行のボランティアなど利用者の意向に沿える様務めています。		
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	協力医療機関の定期的訪問診療や訪問看護により、適切な医療体制を築き安心できる環境作りに努めている。医療連携の確立により24時間365日のドクターの医療的指示やアドバイスを受けられる。迅速的確な体制が取れる。		

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
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1回定期的に訪問看護師がご利用者の健康チェックをし、その際に日常の健康状態を説明して必要な指示や状況によってはドクターの指示を受け対応している。		
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、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。	健康状況悪化時には速やかに連携病院に連絡し、緊急受診を受け付けて貰っている。入院時は適宜状況確認の訪院をし、看護師から情報を得るようにしている。医療連携による紹介他現在の状況等を知らせてもらっています。		
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	終末期の対応については、現状での支援は難しいが、今後の大きな課題として検討している。重度化の場合は支援継続可能としているが、今後は老人保健施設や医療的連携も視野に入れ充実して行きたい。今後は医療連携のあるふれあいの丘クリニックと密接に連絡を取り合いご利用者、ご家族が安心できる環境作りをして行きたい。		
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	消防署による応急処置対応の訓練を実施したり、マニュアルによる周知や救急対応の結果を話し合いし実践力に繋げている。他にも常時掲示するなどして緊急時慌てないよう務めています。AEDも設置。職員使い方講習会を定期的に行っています。		
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	定期的にご利用者も一緒に避難訓練、消火訓練を実施し、消防署との連携や地域消防団への協力依頼をして体制作りをしている。スプリンクラー設置済みです。地域住民にも参加していただき、BCPの取り組みの一貫としています。		

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
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	職員は理念と基本方針を念頭に、一人ひとりの生活と人格を尊重した支援に心がけている。特に周辺症状の行動や更衣時、失禁時などは気をつけて対応している。会議時に言葉のかけ方などスピーチロックの研修も度々行っています。		
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	共同生活の中でも、一人ひとりの希望や好みが実現できるような支援に努めている。(洋服の着替えや飲物、嗜好品、衣料品、体操、散歩、レク等) 本人の希望と状態を勘案して対応している。利用者ができる限り自分で決定できるヒントを伝えて自己決定の支援に役立っている。		
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	毎日の生活状況を観察しながら、体調や好み、希望などその日の心身状況を見ながら個人の意思に添えるように支援をしている。利用者のペースに添った生活時間を支援している。		
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	ご利用者舞に居室担当を決め、一緒に衣類の整理をしたり洋服を選んだりしている。また、訪問美容師に好みのヘアスタイルにして頂いたりしています。		
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	ホームの庭で作った野菜を収穫して季節を感じられる食事やお楽しみのデザートを作って食べて頂いたり、それを調理して楽しんでいる。また、出来る方には一緒に食事の準備や片付けに加わって頂いている。折々の行事にちなんだ料理も提供して思い出話と共楽しんで頂いている。		

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
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	毎日、夫々の摂取量を記録し、一人ひとりの状況確認し支援に活用している。併せて毎月体重測定して健康管理の一つの指標としている。水分摂取は1日1ℓを目安とし、食事支援方法については、おかゆ、刻み、とろみ、ゼリー、栄養補助飲料等対応している。		
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	口腔ケアの出来る方と出来ない方を把握し、出来る方には終了後のチェックを出来ない方には食後のケアを徹底している。また必要に応じて訪問歯科医とも相談しながら、適切な支援に繋げている。食事の前に必ずお口の体操をしている。1週間1度、定期的に訪問歯科にもみて頂いています。		
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	一人ひとりの排泄パターンを把握し、スタッフのみんなで共通認識の下でトイレ誘導や声掛けによる自立した排泄に繋げている。可能な限りポータブルトイレを使用しないで済むような支援を心がけている。		
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	適切な水分量の摂取、適度な運動、排便を促す食物摂取を取り入れている。また、訪問診療や訪問看護の際に、腹部を聴診器で確認して貰って、定期的排泄が出来るようアドバイスを貰って対応している。職員間においても利用者の情報共有は徹底されている。散歩のほか室内レクで体を動かし、便秘予防に努めています。		
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	入浴頻度が公平になるようにスケジュールを立てている。最低週2回は入浴して頂いている。状況により個々の入浴も出来るように配慮して支援している。入浴時は利用者との良きコミュニケーションの時間にもなっている。		

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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々に応じた状況に応じて、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	一人ひとりの生活習慣やその時々に応じた状況で入眠出来る環境作りを支援している。適切な温度管理（部屋のエアコン調節）で使用し安心して入眠出来る様な環境作りに務めています。		
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	毎回処方時に発行されるお薬カードにより、薬の内容を確認して誤薬防止に繋げている。また、ご利用者が服薬している全ての薬の一覧表を薬局に作成依頼したものをファイルして見れるようにしている。また、定期往診時の記録を作成し、ドクターのアドバイ内容の共有化と、処方変更時の内容周知徹底をしている。		
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	一人ひとりの出来る事を把握し、自立支援に向けた支援に繋げている。また、飲物などの嗜好品、運動やレクなど個々の生活が惰性にならないよう配慮して支援している。		
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	出来るだけ地域の行事に参加して、日本の行事や慣習による生活感の維持に努めている。お買い物や外食などの外出、お誕生日には心に残る企画をし、交流を深めている。		
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	お小遣いとして事務所で保管管理しているが、お買物や散歩などの外出時にはお小遣いから必要に応じて手渡し支払いをして貰っています。		

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	電話連絡についてはご家族とも調整し、状況に応じて施設電話で連絡をして貰っている。手紙などもやり取りできるように投函等のお手伝いをしている。ご利用者のご家族から電話を頂いた場合はご利用者と直接お話しをされたりもしている。毎月ご家族へ写真付きお便りを請求時に添えています。（その時の状況や連絡などをお知らせしています。）		
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	飾りやお花など生活感と季節感のある空間作りに努めている。また、ご利用者の作った作品を飾ったりして楽しい環境作りをしている。共用部分においてもご利用者にとり居心地の良い場所であるよう環境整備に努めている。		
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	リビングにはソファを置き、思い思いにテレビを見たり、気の合う方同士で話をしたり出来るように着席の配慮もしている。ベランダにも椅子を置き、思い思いの場所で過ごせるよう支援している。		
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	居室は出来るだけこれまで使い慣れた物を持ち込んで頂くように説明したり、飾り付けをして頂いている。また、冷暖房の温度管理や清掃などに配慮して居心地良い居室づくりに努めている。居室内のレイアウトもご利用者の希望に添いながら安全配慮も考慮し配置をしている。		
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」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	一人ひとりの残存能力や潜在能力、最重要な支援などを把握して、定期的にカンファレンスで話し合った事を基本に、安全と安心に向けた自立支援の計画作成と環境整備に努めている。		

目 標 達 成 計 画

事業所 愛の郷グループホーム

作成日 令和8年2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 具体的な取組み内容	目標達成に 要する期間
1	13	利用者様に対しての声かけ	思いやりのある声掛けがいつでもできる。意識をきちんと持って笑顔で接する。お客様である認識をもつ。利用者様にたいして〇〇様と声掛けを徹底する。	・ホーム会議を開き声掛けの研修や外部研修などを行う。スタッフの意識を徹底する。お互い注意し合える関係を作る。個別に注意を促す。	6ヶ月以内
2	47	薬の事故を無くす。	服薬事故ゼロ継続していくように目指していく。	・トロミの使用を試みる。 ・口腔内の奥まで確認する。確認は2名で行う。チェックはマジックでレ点を必ず入れる。 ・薬局と連携を図り、飲みやすい形状を検討する。	6ヶ月以内

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。