



1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	1171700469		
法人名	メディカル・ケア・サービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム鴻巣		
所在地	埼玉県鴻巣市登戸309-1		
自己評価作成日	令和8年3月2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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/11/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社ユーズキャリア		
所在地	埼玉県熊谷市久下1702番地		
訪問調査日	令和8年3月11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)】

愛の家グループホーム鴻巣のモットーは明るく・楽しく・元気よく！です。ご入居様が気をつかわずわがままの言えるホーム作りを目指しています。その人ができることを大切に【手をかけずに目をかける】ケアを心がけると共にスタッフ全員が同じ方向を向いてケアできるよう努めています。外出や地域との関わりも積極的に実施しています。入居者様自身がやりたい事、興味がある事を積極的に実施していき笑顔で楽しく、やりがいや目標を持って生活して頂けるようにお手伝いしています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

JR高崎線・鴻巣駅から車で約8分、緑に囲まれた静かな環境に立地する2階建て・2ユニットのグループホームである。「明るく・楽しく・元気よく！」をモットーに掲げ、入居者が気兼ねなく、自分らしく過ごせる住まいづくりを目指している。「手をかけずに目をかける」ケアを基本姿勢とし、その人ができることを大切にした支援を実践している。職員全員が共通の方向性を持ち、統一したケアを提供できるよう努めている。本社による研修体制が整備されており、継続的な学びを通じてケアの質の向上を図っている。外出や地域との交流を積極的に取り入れ、入居者がやりたいことや興味のあることに挑戦できる機会を設けている。笑顔で楽しく、やりがいや目標を持って生活できるよう支援している。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
56 職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる (参考項目:23,24,25)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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、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
60 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	67 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない	68 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う	○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない
62 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28)	○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない		

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
I. 理念に基づく運営					
1	(1)	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	運営理念に関しては、毎朝の朝礼時と毎月の全体会議時に唱和し、内容の共有を図っている	管理者は理念をスタッフルームや玄関に掲示し、職員の意識づけを図っている。理念は毎朝の朝礼に加え、毎月の全体会議およびフロア会議で唱和され、内容の共有と振り返りが行われている。	
2	(2)	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	自治会のイベントへの参加や近隣の方を招いてのイベント、行事を定期的に実施している。	自治会に加入し、地域行事にも参加している。職員はごみ拾いや防災訓練にも積極的に参加しており、ホームで開催する夕涼み会には地域住民を招くなど、地域との交流を大切にしている。参加者は年々増加している。	
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	実践報告会の開催や、イベントを通じて認知症のご利用者との関わりを持ち認知症の理解を深める、広げる活動を実施している。		
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ヶ月に1度、行政、包括、民生委員、家族を招いてホームにて活動報告や地域の情報のやり取りを実施。実際に地域のイベント情報を聞き、参加した例も多数ある。	運営推進会議は2か月に1回開催しており、行政担当者、地域包括支援センター、自治会長、ご家族などが参加している。会議で出された意見はサービス向上に活かされている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	定期的に行政の窓口には取組みなどの案内や報告、相談へ行っている 運営推進会議でも直接報告している	管理者は行政窓口に対し、電話や定期訪問を通じて取り組みの報告や相談を行い、協力関係の構築に努めている。	
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「介護保険法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	会社内の研修で3ヶ月に1回虐待チェックシートを実施し、身体拘束廃止委員会会議を開催している	身体拘束廃止委員会は3か月に1回開催し、社内研修では虐待チェックシートを活用して理解の向上を図っている。職員は身体拘束について正しく理解し、日常のケアに活かしている。玄関は夜間のみ施錠しており、フロアのドアも適切に管理されている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃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	どのようなことが虐待にあたるのかを毎月のホーム会議で周知し、業務中に見たこと・聞いたことのある実例を出し指導している		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	会社内の研修に参加しスタッフ全員が参加できるよう努めている(事務・調理スタッフ含)		
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	重要事項説明書・利用契約書を読み契約を結ぶ際に1項目ごとに理解をしていただいているからサインをいただいています。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	玄関に目安箱を設置し投函していただいた意見を各フロアの会議で周知し改善策を考え今後の運営に反映させられるよう努めている。年に1度ご家族へアンケートをお願いし集計し結果を運営に反映している。	玄関には意見箱を設置し、寄せられた意見は各フロア会議で共有し、改善策を検討した上で運営に反映している。法人本部では年1回、ご家族を対象としたアンケートを実施し、その結果を運営に活かしている。	
11	(7)	○運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	定期的スタッフ面談(業務負担にならないように10分程)を行い現在の悩みや困りごとを聞く機会を設けリーダー会議で業務改善策を話し合っている。年に数回無記名のアンケートを実施して業務に反映している。	職員に対しては定期的に面談を行い、短時間でも悩みや困りごとを聞く機会を設けている。リーダー会議では業務改善について話し合いが行われている。また、法人本部による無記名アンケートも実施され、職員の意見を業務改善に活かしている。	
12		○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	2ヶ月に1度職員全員の個別面談を10分位実施している。業務での困り事、休憩が取れない等業務内容を見直して、休憩場所も設定した。介護記録はスマートフォンに記録となり業務負担の改善に努めている。		
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	初任者研修・実務者研修などの資格取得を進めている。会社から補助金もでるので、その説明も行っている。 社内研修も定期的実施している。		
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	他施設との交流の機会を作ると共に社内他ホームの取り組みや、合同でのイベントなども開催している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		○初期に築く本人との信頼関係 サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	居室の担当職員を定めて聞き取りやご家族様とのやり取りを強化するとともに他者との交流が円滑になるような橋渡しやイベントを立案し実施している。		
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	面会の際にご家族様へ様子報告を行い、ご入居者様にどのような生活を送ってほしいか聞き、その時の認知症の進行状況・身体状況を踏まえた上での生活の方向性を決めている		
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	ケアプラン作成時にご本人様が今（現在）何を課題にしているかを見極めご家族様に事前相談した上でケアプランを決めている		
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	共同生活を送っていただく中で、できるかぎりご自分で出来る事は行っていただき他者との間にスタッフが入り日中活動(レクやお手伝い)を促している		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	その方一人一人の生活背景を理解し、生活の中で感じた新たな気づきや言葉を詳細に記録に残しご家族様へ報告している。またご家族様から情報収集し今後のケアに活かせるよう努めている		
20	(8)	○馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	生活背景を元に会話を展開し、散歩や外出の際に可能な限り、思い出や好きなことに関連する場所に行けるよう支援している。誕生日には夢を実現できる様に1日外出など個別の時間を作っている	誕生日などの機会には、本人の希望する場所への外出支援を行っている。自宅での宿泊や外食を楽しむ入居者もおり、散歩や外出の際には思い出の場所や興味のある場所に出かけるなど、個々の思いを大切にされた支援が行われている。	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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	一人一人に自由(タイムスケジュールにとらわれない)に生活していただいておりますが、共通のアクティビティ(体操やお手伝い)はできるだけ複数で行い関わりが持てるよう努めている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	その後(退居後)の様子を電話やメールにてお聞きしご家族様の悩みに対し介入できる範囲で相談や支援に努めている		
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	(9)	○思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している	毎月開催されるケアカンファレンスで本人・ご家族の思いを取り入れたケアプランを全スタッフで意見を出し合い決定している	ご家族とは定期的に電話で連絡を取り、意向の確認を行っている。毎月のケアカンファレンスでは、ご本人やご家族の思いを踏まえたケアプランについて職員が意見交換を行い、内容を検討している。	
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	アセスメント表を元にご入居様に生活歴を周知し新たな気づきがある場合ホームの共有ノートへ情報を追加し情報共有している		
25		○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	業務優先にならないよう努め、今必ずやらなくては行けない事なのかをスタッフが見極めその日の過ごし方を決めている		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	日常の変化を記録に残しておくことにより現在の認知症状や身体状況の把握に努めている	介護計画は6か月ごとに見直している。日々の変化は共有ノートに記録され、認知症状や身体状況の把握に役立てられている。職員の意見や提案も取り入れながら、現状に即した介護計画が作成されている。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ヒヤリハットや毎日の気づきを記録し毎月の会議で話し合い、情報をまとめケアプランに反映している		
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	ご入居者様のその日の気分や体調を優先しケアにあたっている。ケアプラン実施が困難な場合、サービス期間が残っていてもプランの変更を行っている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	地域で行っているさまざまな取り組みに参加できるよう努めている		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかか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	契約時に往診医の情報を提示し、ホーム生活の中での心配事を事前に家族様にも聞いた上でどのようにアプローチしていくのかを話し合い医療サービスを提供している	協力医療機関の往診は月2回、歯科往診は毎週行われている。協力医療機関の診察により、かかりつけ医の受診が必要と判断された場合にはホームが受診支援を行っている。これまでのかかりつけ医への受診については、ご家族が同行する形で継続されている。	
31		○看護職との協働 介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	訪問介護ノートを活用し最新の処置の指示や変更点を誰が見てもわかるようにしている		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院時にご家族様へ同意を得た上で病院の相談員の方と病状や経過報告などをホーム側から連絡を取ってよい許可をいただいている。途中経過の段階で受け入れが可能と判断できた場合、一日でも早い退院ができるよう努めている		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所の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	契約時にご家族様と話し合い、重度化した場合の対応にかかる指針・看取り介護にかかる指針に関する方向性を決めている	契約時には「重度化した場合の対応に係る指針」について説明している。早期の段階から本人や家族と話し合いを重ね、対応可能な支援内容を共有しながら、ターミナル期までの支援をチームで行っている。	
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	急変時のマニュアルを各フロアに設置している。誰が急変時に対応しても焦らずどのような流れをとればいいのかわかるようにホーム独自のマニュアルを作成している		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	年2回の通報・避難・消火活動を行っている。(現段階で全スタッフが参加済み)訓練の際は近隣住人の方への協力をお願いしている	防災訓練は年2回、実施している。消防署立ち会いによる訓練や夜間想定訓練も行われている。訓練の際には地域住民にも協力を依頼している。職員は消火器の使用法や避難誘導の手順を習得しており、水害を想定した避難計画の整備や備蓄品の準備も進めている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	虐待チェックシートを活用し、言葉遣いや話し方などを定期的に見直している	職員は声掛けの方法に配慮し、人格の尊重とプライバシーの保護を意識した対応を心掛けている。管理者は新任職員に対し、「信頼を得るには時間がかかるが、失うのは一瞬である」と伝え、利用者との信頼関係の重要性を共有している。	
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	クローズド・クエスチョンではなくご入居者が自由の選択ができるようオープン・クエスチョンで声掛けを行っている		
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	タイムスケジュールはあるが、業務優先にならないように努めご入居者様中心のケアを心がけている		
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	ご自分で衣類の選択が難しい方もいるので各居室担当者が定期的に衣類の入れ替えをしている。また女性ご入居者様にマニキュアや化粧などおしゃれを楽しんでいただいている		
40	(15)	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	皮むきや、調理の手伝い、食器洗いをして頂いている。定期的に外食や、イベント食を開催して日頃とは違う雰囲気も味わって頂いている。	食事面では外食会やイベント食を取り入れ、食事の楽しみづくりに努めている。おやつ作りは入居者と一緒に行い、皮むきや簡単な調理など、できる範囲で参加してもらうなど、それぞれの力を活かした関わりを大切にしている。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	自立支援ケア(一日最低1500mlを摂る)を会社の取り組みで行っている。血液検査の結果を元にどの数値が不足しているのかを個別に出し+αで摂取していただいている(卵、チーズ、鯖缶など)		
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	歯磨きが難しい方は口腔ケア用ウェットティッシュや口腔ケア用スポンジでケアを行っている。また週1回の訪問歯科で口腔内の状態を診ていただいている		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
43	(16)	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている	できる限りご入居者様にトイレに座っていただき排泄を促している。トイレへ行くのが難しい方はできる限り汚染時間が短くなるよう排泄介助を行っている	排泄支援では、介護度に関わらず個々の能力や排泄パターン、生活習慣を尊重し、トイレでの排泄や自立に向けた支援が行われている。	
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	自立支援ケア(一日最低1500mlを摂る)を実施してから下剤が取れた方が複数いる。また牛乳の提供や運動を促し腸が動くよう努めている		
45	(17)	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々にそった支援をしている	基本的には入浴が空いている方からご案内しているが、本人の希望を聞き朝風呂や就寝前に入浴希望がある方はできるかぎり対応している	入浴は週2~3回実施している。基本は午前中であるが、状況に応じて午後にも対応している。希望がある場合には朝風呂や就寝前の入浴にも可能な範囲で対応している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	食事を摂取してから1時間程度開けてからご自分のペースで休んでいただいている。タイミングを見て離床していただき昼夜逆転しないよう努めている。		
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	個人ファイルに服用薬の名前・写真・効能や注意事項を記載しスタッフに周知している		
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	生活歴から本人の好きな事(縫物や野菜作りなど)を探りケアプランに取り入れている。作品や野菜ができたものを展示したりみんなで食べることにより本人の喜びにつながっている		
49	(18)	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	散歩に行けない時(雨や風が強い日)でも外に出る機会(外気浴)を作っている。また外食会や市内の思い出の地巡りを行っている	天候の良い日には近隣を散歩し、雨天時や強風時には玄関前の屋根付きベンチで外気浴を行うなど、外に出る機会を確保している。外食会や市内の思い出の場所へのドライブなども実施している。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	ご家族様より消耗品や、少しの買い物などが出来るように承諾を得ている。本人の消耗品の購入や皆様のおやつなど一緒に買い物へ行き選択の自由を持ってもらっている		
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	家族様への電話の希望がある場合、事前に契約時に聞いている電話をかけていい時間に電話をしている。手紙のやりとりはしていないが、毎年ご家族様へ宛てた年賀状を作成している		
52	(19)	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間(玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等)が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激(音、光、色、広さ、温度など)がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	展示物は季節ごとに変え季節を感じていただいている。またトイレや居室の名前表示をご入居者様の目線の高さにし認識を高めている。また気分転換も兼ねて定期的な席替えを行っている	フロアにはソファ、テレビ、テーブル、椅子、雑誌などが配置され、壁には季節を感じられる作品が飾られている。廊下にも写真や作品が掲示され、居心地よく過ごせる環境づくりが行われている。採光や広さも十分であり、室温管理も適切に行われている。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	自席で過ごす方やソファで過ごされる方とさまざまだが、独りで過ごしたい希望や様子がある時は居室へご案内している。気分転換したいときは、外のベンチでお話やゆっくりできる時間を作っている。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	起床してから、5分ほど窓開け換気をする。エアコン照明、備え付けのタンスが備品で、他は使い慣れた物を持参している。仏壇や冷蔵庫の持参もある。表札は職員手作りで利用者の目線に合わせている。	入居時には、馴染みのある物を持ち込めるよう配慮している。仏壇や写真、使い慣れた家具などを置くことで、安心して過ごせる居室づくりが行われている。職員は起床後に換気や清掃を行い、清潔な環境を維持している。清掃が可能な入居者とは一緒に取り組んでいる。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	施設内は生活動線や行動範囲を考えた物の配置をしている(足を引っかけたりつまずき防止)また表示を大きくしたり、トイレの訴えが多く近くないと不安な方にはポータブルトイレを設置したりトイレから近い位置に居室を移動し対応している		

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	29	ホーム近隣での活動は徐々に増えてきているが、様々な地域で過ごされていた入居者様の住んでいた地域にまで活動範囲が広がりにくい現状があり、そのための情報収集や、関係値構築ができていない。	入居者様個人の住んでいた地域で、どのような活動やイベント、参加可能なものがあるのか情報収集を行う。可能であれば参加させていただく。	入居者様から地域で行っていたり参加していた自治会やイベントの情報を聞き、担当職員と情報収集を行う。	3ヶ月
2					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。