

2023（令和5）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	1492900319	事業の開始年月日	平成30年7月1日
		指定年月日	平成30年7月1日
法人名	アースサポート株式会社		
事業所名	アースサポート グループホーム厚木		
所在地	(243-0804) 神奈川県厚木市関口234-4		
サービス種別 定員等	■ 認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		ユニット数	2 ユニット
自己評価作成日	令和6年1月22日	評価結果 市町村受理日	令和6年5月30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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigonavi/>

【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）】

利用者様の価値観・人生観を尊重し、安心して自分らしく生活ができるように本人やご家族からの情報を元に日々取り組んでいます。入居者の希望に添い、一人ひとりが自由に過ごせるグループホームの実績を目指して、職員は努力しています。日常生活の中で、強制や束縛は一切行わないようにしており、起床や就寝時間についても極力入居者様の習慣や意思を尊重しています。現在、新型コロナウイルス禍の自粛で外出等が制限される中、楽しみのある機会を多く作れるよう日々支援を行っています。

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和6年2月22日	評価機関 評価決定日	令和6年5月15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）】

事業所は相鉄線「海老名」駅西口バスターミナルよりバスに乗り、「関口」より徒歩5分程の所にあります。昔からの住宅が連なる環境は散歩時に花などをもらう繋がりができています。

<優れている点>

利用者ファーストの支援に努めています。利用者が日々の生活で「喜怒哀楽」を出して生活することが大事と考えています。散歩に行きたい人の中でも、景色や花をゆっくり眺めたい人、距離を歩きたい人など、利用者個々の思いを反映しています。外に出たくない人には、無理強いないだけでなく、「毎日ポストに郵便物を取りに行ってもらおう」などの代替案をさりげなく生活の流れのなかに組み入れています。職員は常に「どうしたら良かったのか」「どうしたら利用者のためになるのか」「利用者にとっての良い状態とは」を念頭に支援に努めています。また、毎日手作りの食事を提供し、毎月食事レクリエーションを行っています。感染症を懸念し制限していた外食も少人数で再開し、料理を目の前にして喜ぶ利用者の笑顔を大切にしています。利用者の食べたいもの、作りたいものを利用者と一緒に行う事を前提に、食事レクリエーションの献立を立案しています。終末期にも「食べていい物は何だろう」と最期まで「食」を大事に支援に努めています。

<工夫点>

職員の得意な事を発揮できるように各担当を決めています。毎月制作する壁画アートは、「利用者と一緒にできること」とし2週間程かけて制作しています。シフト作成では職員全員の意見を組み込んでいます。

【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	アースサポート グループホーム厚木
ユニット名	1F

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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3. たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3. 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3. たまに
	<input type="radio"/>	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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3. あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	すべての人々が、住み慣れた街で、自分らしく生きがいをもって暮らし続けることができる社会を創造します。を理念に掲げ、職員と共有して実践しています。	毎年各フロアごとに理念の見直しをしています。職員がそれぞれ出しあった意見から選出し、新しい理念としています。毎年見直すことで、利用者本位の理念の意識付けをしています。どうしたら良いのか、どうしたら良い状態になるのかを常に考え支援に努めています。	作成した理念を支援の判断基準とし、浸透することが期待されます。
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	散歩や地域の行事を通し、地域の方とは顔馴染みの関係が築けている。	近隣との付き合いがあり、季節の果物の差し入れや、毎日の散歩時に庭に咲いている季節の花を貰うなどしています。今後、近隣の保育園や幼稚園との交流を検討しています。厚木市内の他法人と管理者の意見交換も行っています。	豊富な地域資源との交流を期待します。
3		○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。	夏祭りの中止などにより地域とのつながり、交流があまりできていない。		
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ヶ月一度開催し、ホームの現状報告や活動報告すると共に意見をいただき、サービスの向上に活かしている。	自治会長、地域包括支援センター職員、家族などが参加し、開催しています。認知症についての質問を多く受け、説明しています。管理者だけでなくケアマネジャーや、職員の参加も促し、運営推進会議の重要性を認識してもらう機会にもしています。	
5	4	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取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。	認定更新の際や入居相談時には、市の担当者へ連絡及び相談を行い連携を行っている。	厚木市とは生活保護費受給者の成年後見人申請などで相談しています。地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加しています。ケアマネジャーは、知識の向上を目的に厚木市主催の研修や勉強会などに積極的に参加しています。	

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施している。また、スピーチロック撲滅ポスターを貼り出し資格面でも意識づけしていけるように取り組んでいる。	3ヶ月に1度行う身体拘束適正化委員会は、ホーム長、ケアマネジャー、複数の職員で開催しています。家族からの要望のある転倒による骨折防止のためのベッドの4点柵の依頼にも職員で話し合い、慎重に検討しています。きつい印象の「やって、座って、食べて」など「て」で終わる言葉遣いの注意を徹底しています。	
7	6	○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止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。	研修や資料配布にて職員の意識統一を図っている。日頃から利用者を注意深く観察し、ミーティング時に日々のケアについての見直しを行い、ケアの統一を図り虐待防止に努めている。	認知症状についてのスキル不足が虐待に繋がると、法人による虐待防止の研修を行っています。動画視聴後は研修内容、感想などを管理者が集計して法人に提出するなど、法人全体で虐待防止に取り組んでいます。言葉がけや、「介護の慣れ」にも注意しています。	
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。	研修や資料配布にて職員の意識統一を図っている。また、地域福祉権利擁護事業や、成年後見制度を活用できないか検討し、支援するよう努めている。		
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。	契約時や契約解除の際は、十分な説明を行っています。改定をする場合には、事前に説明を行い理解・納得を得た上で改定を行っている。その際に疑問や不明な点が無いか確認をしている。		
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。	家族の意見や要望は、来所時や利用者の状態報告の時に把握している。また、家族の要望に対しては支援に反映させている。	外出や外食、旅行などの要望を受けています。旅行の際は利用者の日頃の排泄状況や体調などを説明し、安心して旅行ができるようにサポートしています。家族へ発送する便りでは「親戚にも配布した」などの反響から「もっと読みやすいものを作りたい」など職員のやりがいにもつながっています。	

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
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。	職員会議や申し送りの時、職員より意見を聞く機会を設けている。全職員が情報を共有できるように連絡ノートを設けて活用している。	職員は各担当係があります。事業所全体のシフト作成、毎月の壁画、家族便り、帳票など得意な分野で力を発揮できる仕組みになっています。支援の提案は必ず利用者と一緒にを行う事を念頭に、多岐にわたる提案を出し合っています。月1度のフロア会議でも意見を汲み取っています。	
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。	勤務状況を把握し、向上心を持って働けるよう職場環境・整備に努めている。	職員が主体的に意見を言い合える環境に努めています。産休や急な子どもの病欠なども全体でサポートしています。年一度の人事考課の面談では、不満や不安、悩みを聞いています。面談以上に日々の対話が大事と考え、職員一人ひとりの個性を踏まえてコミュニケーションを図っています。	
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。	職員が誰でも参加できる社内研修（WEB研修）を定期的に行っている。また、研修動画配信を活用している。	法人によるオンライン動画で各研修を受講しています。職員個々の端末でQRコードから視聴でき、受講しやすい工夫をしています。職員それぞれが多様な働き方の中、一人ひとりの求めているもの、向き合っているものを大事に育成計画を立てています。	
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。	同業者と交流する機会を設け、サービスの向上に繋げるよう努力しています。		
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。	入居相談時などに困りごとや希望を聞き必要なサービスの把握に努め、必要時は他のサービス利用の案内も含めて相談を行っている。		

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
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。	入居相談時などに困りごとや希望を聞き必要なサービスの把握に努め、必要時は他のサービス利用の案内も含めて相談を行っている。		
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。	入居相談時などに困りごとや希望を聞き必要なサービスの把握に努め、必要時は他のサービス利用の案内も含めて相談を行っている。		
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。	日常の家事を一緒に行うなど共に暮らす姿勢をもって日々のケアを行うようにしている。		
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。	毎月の書面での近況報告の他、面会時に近況を伝え、施設での様子が分かるように努めている。また、家族と相談しながら一緒に利用者を支えていく関係を築いている。		
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。	利用者様の生活歴や本人の希望に沿って外出支援を行っている。また、親しい人との関係が途切れないよう支援に努めている。	利用者にとって一番大事な家族との関係が継続できるように支援に努めています。面会や外出、外食、旅行への要望も反映しています。家族への便りを送る際に、利用者の手書きのメッセージを載せる時もあります。墓参りに行く利用者もいます。	

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。	月に一度、調理レクリエーションを設けたり、孤立しないように定期的に席替えをしている。		
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。	サービス利用終了後も、連絡や相談を随時受け付けている。		
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。	日常的に会話の機会を持ち、本人の希望や思いを聞き取り、プランに反映させるようにしている。ご家族からもしままでの生活ぶりなどを伺い本人本位な生活が送れるように支援を行っている。	職員と密になる入浴など、日々の生活や入居前の生活歴などから利用者の意向の把握に努めています。遠慮がちで意向を表さない人には声掛けの頻度を増すなど工夫をして把握します。毎日化粧をすることや、ぬり絵、畑仕事、針仕事をしたいなどの希望を把握し支援しています。	
24		○これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている。	アセスメントにて今までの生活歴や暮らし方、周りの環境などをご家族や本人に聞き取り、書面に残し職員一同把握できるようにしている。		
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。	定期的にあセスメントを行い、本人の現状の把握に努め、使用者個々のプランにいかすようにしている。また、疑問点等はカンファレンスで検討している。		

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。	1年ごとに介護計画を作成しています。作成の都度、利用者と家族の意見を聞き取り、意向そった計画書になるように努めています。	月2回カンファレンスを行っています。普段からの気づきや課題をモニタリングし、概ね1年で介護計画を見直しています。状態に変化がみられた時は、随時介護計画を見直しています。「歌をうたったりして楽しく過ごしたい」などの本人の思いや家族、医師などの意見を反映した介護計画となっています。	
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別記録に、日勤者、夜勤者で日々様子を記録で残している。連絡ノートや業務日誌などにも特変事項などを記入し情報を共有し、実践や介護計画に活かせるようにしている。		
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。	ご本人やご家族の希望に応じ、ホームにて理美容や訪問歯科などをうけている。病状や服薬内容など、家族と職員間の情報の共有に努めている。		
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。	地域の警察や消防、協力医療機関との連絡は取れており協力は得られるようになっている。定期的なボランティア活用などには至っていないが、今後活用できるように調整を行っていきたい。		
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。	本人及び家族の希望があれば往診の依頼をしている。往診は月2回と、その他個別往診を行っています。ご家族には、往診や訪問看護、看取りなどの医療連携形態についてせつめいし、本人や家族が納得の上、決定しています。	現在は、利用者全員が協力医（内科）の訪問診療を月2回受診しています。訪問看護師は毎週来訪し健康観察をしています。歯科は個別契約となります。毎月家族が同行して定期受診をする人や、訪問マッサージを依頼するなどして個々の希望に合わせて支援しています。	

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
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。	週一回の看護師による訪問看護を実施している。医療面を主に日常生活全般についても相談を行い、意見を聞き健康面の配慮を心掛けている。		
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。	ケアマネ・管理者が家族と病院関係者との間に入り情報交換を行っている。病院側より退院の許可が出た場合は、家族と相談し迅速に入居生活が再開できるように努めている。		
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。	かかりつけ医や訪問看護師と相談を行い、かかりつけ医を含めてご家族や本人へ終末期のあり方についての話し合いを行っています。	契約時に「重度化した場合における対応指針」をもとに家族に説明しています。医師が終末期と判断した際は、医師の説明のもと家族等と事業所の三者で話し合い、事業所の出来ることや出来ない事を伝えていきます。看取り時期には、寂しくないように皆の声が聞こえる居間にいてもらうようにしています。食べやすいアイスクリームなど、好みの物を提供し支援しています。	
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急マニュアル等は各階のフロアに備えている。また、定期的に		
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。	定期的に様々な状況を想定した避難訓練は行っている。地域の訓練はコロナ禍にて参加できていない。	年2回火災などを想定した避難訓練を実施しています。3日分の食料品などを確保し、災害時に利用者が使用するポータブルトイレでの排泄に慣れる事が大事な課題と受け止めています。「自然災害時における業務継続計画」を作成しています。	災害時に協力してもらえよう、引き続き、近隣との交流を進める働きかけを行うことが期待されます。転倒防止対策の再確認を期待します。

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。	利用者の言葉かけは、入職時のオリエンテーションやカンファレンスを通じて話し合っている。	「認知症ケアについて」などの研修で理解を深め、申し送りは氏名ではなく部屋番号で行い、入浴時などの声掛けは利用者の自尊心やプライバシーを損ねることのないよう配慮しています。管理者は職員に動作の前に「車いすを押しますね」「お湯を掛けますね」などの言葉を添えることを指導しています。	
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。	ケアを行う前は、声掛けを行いご本人の意思を確認するようにしている。普段より会話の機会を持ち思いを聞き取っている。		
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し、その目をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している。	ご本人の意思を確認し、必要時は可能な範囲で時間を遅らせたりして臨機応変にご本人のペースに合った支援を行うよう努めている。		
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。	訪問理美容を2ヶ月に1回実施している。希望に添って髪染めやパーマを行ったりもできる。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の準備から片付けまで利用者と一緒にやっている。食事形態は、一人ひとりの変化や状況で細かく対応している。	利用者一番の楽しみである「食」の充実に努め、毎月「調理レク」を実施し、好みの餃子やちらし寿司、たこ焼きなどを皆で作って楽しんでいます。台所のカウンターまで配膳のお盆を取りに行く人やテーブル拭き、盛付などを行って食事に関わっています。主食はご飯のため、パンは催しの際に提供することとしています。	

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
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。	食事は業者依頼で栄養バランスの取れた食事を提供している。水分量は、一人ひとりの状態や習慣に応じた支援を行っている。		
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。	毎食後口腔ケアを行い、口腔状態のチェックを行うと共にご自分でできる所はやっていただく支援を行っている。定期的に訪問歯科にて無料検診を行っている。		
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。	利用者個々の排泄パターンの記録を行い、時間を見計らい利用者の尊厳に配慮しながらトイレ誘導を実施し、失禁を減らすよう努めている。	排泄の記録に沿った誘導や、利用者が落ち着かないなどの様子を捉えて誘導し、トイレでの排泄に繋げています。立位を保てるよう毎日の散歩や訪問マッサージを利用して、下肢筋力の保持に努めています。誘導の声掛けや失禁時の対応は利用者の尊厳に配慮しています。	
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。	トイレに座っていただく時間を作って排便を促したり、適度な水分摂取量や食事量の提供、かかりつけ医への状況報告など行ってコントロールを図っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	曜日や順番を決めず、その日の気分や体調に応じて入浴介助を行うようにしている。	入浴の楽しみは、利用者が「湯舟につかると気持ちいい」と感じてもらえることと捉えています。以前は入浴を拒まなかった人が拒否をするようになった理由が、髭をそりたくない等の本人のこだわりなのか、職員の関わり方なのかを見極め、個々に応じた支援をしています。	

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
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。	おおよその消灯時間は決まっているが、その時々状況に応じて、休んでいただいている。		
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。	処方された薬の説明書はひとつにまとめ閲覧ができるようにしている。アレルギーや副作用については、医師や薬剤師に相談を行っている。		
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。	洗濯たたみ、食器拭き、食器洗い等の家事の役割を持っていただくようにしている。散歩や季節の行事にも参加を促している。		
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。	日常的に職員と散歩へでかけたり、本人の希望を把握し、家族と協力しながら出かけられるよう支援を行っている。	日常的に近隣の神社などへ散歩に出かけています。外出を好まない人には、ポストまで郵便物を取りに行く役を担ってもらい、下肢筋力が保持できるようにしています。コロナ5類移行後は家族との外出も可能とし、外食や子どもの家に出かけたり、家族旅行などもしています。その際には家族に排泄状況などを伝え、安心して出かけられるようにサポートしています。	
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。	お金は施設にて管理を行っている。物品の購入や病院受診費や薬代は施設で立替えしている。		

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
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。	本人自ら電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援している。		
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。	危険なく移動できるように動線を考え、配置している。壁には利用者の作品や季節感をとり入れた壁画作りをしている。	リビングの壁制作は、利用者が制作する事を前提に、毎月テーマを設定し取り組んでいます。役割を持ち、利用者皆で共同制作しています。「わ飾り」を何重にも重ね立体的に表現した枝垂桜など、自身で作った作品を見ながら「綺麗ね」などの感想の声も出ています。加湿器を設置し、水分保持機能の低下による乾燥を防いでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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あり、気の合った利用者同士で過ごされたり、テレビを見て過ごしている		
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。	居室には、馴染みの写真や家具、位牌等が置かれ、居心地よく過ごせる工夫をしている。	契約時に愛用の馴染みのものを持参してもらうように家族に伝えていきます。以前住んでいた居室をそのまま再現している利用者もいます。居室で裁縫をし、持参した洋服のリメイクをする人もいます。転倒防止のための動線を確保した居室もあります。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」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。	利用者個々の状況に応じた環境を作るように工夫している。居室も間違えないようドアに名前を表示している。		

事業所名	アースサポート グループホーム厚木
ユニット名	2F

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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者の
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいの
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいの
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, 毎日ある
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3. たまにある
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族と
	<input type="radio"/>	2, 家族の2/3くらいと
	<input type="radio"/>	3. 家族の1/3くらいと
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ毎日のように
	<input type="radio"/>	2, 数日に1回程度ある
	<input type="radio"/>	3. たまに
	<input type="radio"/>	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ます。 (参考項目：4)	<input type="radio"/>	1, 大いに増えている
	<input type="radio"/>	2, 少しずつ増えている
	<input type="radio"/>	3. あまり増えていない
	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての職員が
	<input type="radio"/>	2, 職員の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 職員の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての利用者が
	<input type="radio"/>	2, 利用者の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 利用者の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	1, ほぼ全ての家族等が
	<input type="radio"/>	2, 家族等の2/3くらいが
	<input type="radio"/>	3. 家族等の1/3くらいが
	<input type="radio"/>	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。	すべての人々が、住み慣れた街で、自分らしく生きがいをもって暮らし続けることができる社会を創造します。を理念に掲げ、職員と共有して実践しています。		
2	2	○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	散歩や地域の行事を通し、地域の方とは顔馴染みの関係が築けている。		
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。	夏祭りの中止などにより地域とのつながり、交流があまりできていない。		
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ヶ月一度開催し、ホームの現状報告や活動報告すると共に意見をいただき、サービスの向上に活かしている。		
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。	認定更新の際や入居相談時には、市の担当者へ連絡及び相談を行い連携を行っている。		

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
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、身体的拘束等の対象となる具体的な行為を正しく理解するとともに、身体的拘束等の適正化のための指針の整備、定期的な委員会の開催及び従業者への研修を実施し、緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束等をしないケアに取り組んでいる。	身体的拘束等の適正化のための研修を定期的実施している。また、スピーチロック撲滅ポスターを貼り出し資格面でも意識づけしていきけるよう取り組んでいる。		
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。	研修や資料配布にて職員の意識統一を図っている。日頃から利用者を注意深く観察し、ミーティング時に日々のケアについての見直しを行い、ケアの統一を図り虐待防止に努めている。		
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。	研修や資料配布にて職員の意識統一を図っている。また、地域福祉権利擁護事業や、成年後見制度を活用できないか検討し、支援するよう努めている。		
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。	契約時や契約解除の際は、十分な説明を行っています。改定をする場合には、事前に説明を行い理解・納得を得た上で改定を行っている。その際に疑問や不明な点が無いか確認をしている。		
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。	家族の意見や要望は、来所時や利用者の状態報告の時に把握している。また、家族の要望に対しては支援に反映させている。		

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。	職員会議や申し送りの時、職員より意見を聞く機会を設けている。全職員が情報を共有できるように連絡ノートを設けて活用している。		
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。	勤務状況を把握し、向上心を持って働けるよう職場環境・整備に努めている。		
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。	職員が誰でも参加できる社内研修（WEB研修）を定期的に行っている。また、研修動画配信を活用している。		
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。	同業者と交流する機会を設け、サービスの向上に繋げるよう努力しています。		
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。	入居相談時などに困りごとや希望を聞き必要なサービスの把握に努め、必要時は他のサービス利用の案内も含めて相談を行っている。		

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
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。	入居相談時などに困りごとや希望を聞き必要なサービスの把握に努め、必要時は他のサービス利用の案内も含めて相談を行っている。		
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。	入居相談時などに困りごとや希望を聞き必要なサービスの把握に努め、必要時は他のサービス利用の案内も含めて相談を行っている。		
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。	日常の家事を一緒に行うなど共に暮らす姿勢をもって日々のケアを行うようにしている。		
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。	毎月の書面での近況報告の他、面会時に近況を伝え、施設での様子が分かるように努めている。また、家族と相談しながら一緒に利用者を支えていく関係を築いている。		
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。	利用者様の生活歴や本人の希望に沿って外出支援を行っている。また、親しい人との関係が途切れないよう支援に努めている。		

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
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。	月に一度、調理レクリエーションを設けたり、孤立しないように定期的に席替えをしている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている。	サービス利用終了後も、連絡や相談を随時受け付けている。		
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。	日常的に会話の機会を持ち、本人の希望や思いを聞き取り、プランに反映させるようにしている。ご家族からもいままでの生活ぶりなどを伺い本人本位な生活が送れるように支援を行っている。		
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。	アセスメントにて今までの生活歴や暮らし方、周りの環境などをご家族や本人に聞き取り、書面に残し職員一同把握できるようにしている。		
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。	定期的にあセスメントを行い、本人の現状の把握に努め、使用者個々のプランにいかすようにしている。また、疑問点等はカンファレンスで検討している。		

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。	1年ごとに介護計画を作成しています。作成の都度、利用者と家族の意見を聞き取り、意向そった計画書になるように努めています。		
27		○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。	個別記録に、日勤者、夜勤者で日々様子を記録で残している。連絡ノートや業務日誌などにも特変事項などを記入し情報を共有し、実践や介護計画に活かせるようにしている。		
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。	ご本人やご家族の希望に応じ、ホームにて理美容や訪問歯科などをうけている。病状や服薬内容など、家族と職員間の情報の共有に努めている。		
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。	地域の警察や消防、協力医療機関との連絡は取れており協力は得られるようになっている。定期的なボランティア活用などには至っていないが、今後活用できるように調整を行っていきたい。		
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。	本人及び家族の希望があれば往診の依頼をしている。往診は月2回と、その他個別往診を行っています。ご家族には、往診や訪問看護、看取りなどの医療連携形態についてせつめいし、本人や家族が納得の上、決定しています。		

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
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。	週一回の看護師による訪問看護を実施している。医療面を主に日常生活全般についても相談を行い、意見を聞き健康面の配慮を心掛けている。		
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。	ケアマネ・管理者が家族と病院関係者との間に入り情報交換を行っている。病院側より退院の許可が出た場合は、家族と相談し迅速に入居生活が再開できるように努めている。		
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。	かかりつけ医や訪問看護師と相談を行い、かかりつけ医を含めてご家族や本人へ終末期のあり方についての話し合いを行っています。		
34		○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている。	緊急マニュアル等は各階のフロアに備えている。また、定期的に		
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。	定期的に様々な状況を想定した避難訓練を行っている。地域の訓練はコロナ禍にて参加できていない。		

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
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。	利用者の言葉かけは、入職時のオリエンテーションやカンファレンスを通じて話し合っている。		
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。	ケアを行う前は、声掛けを行いご本人の意思を確認するようにしている。普段より会話の機会を持ち思いを聞き取っている。		
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。	ご本人の意思を確認し、必要時は可能な範囲で時間を遅らせたりして臨機応変にご本人のペースに合った支援を行うよう努めている。		
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。	訪問理美容を2ヶ月に1回実施している。希望に添って髪染めやパーマを行ったりもできる。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の準備から片付けまで利用者と一緒にやっている。食事形態は、一人ひとりの変化や状況で細かく対応している。		

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
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。	食事は業者依頼で栄養バランスの取れた食事を提供している。水分量は、一人ひとりの状態や習慣に応じた支援を行っている。		
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。	毎食後口腔ケアを行い、口腔状態のチェックを行うと共にご自分でできる所はやっていただく支援を行っている。定期的に訪問歯科にて無料検診を行っている。		
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。	利用者個々の排泄パターンの記録を行い、時間を見計らい利用者の尊厳に配慮しながらトイレ誘導を実施し、失禁を減らすよう努めている。		
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。	トイレに座っていただく時間を作って排便を促したり、適度な水分摂取量や食事量の提供、かかりつけ医への状況報告など行ってコントロールを図っている。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	曜日や順番を決めず、その日の気分や体調に応じて入浴介助を行うようにしている。		

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
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。	おおよその消灯時間は決まっているが、その時々状況に応じて、休んでいただいている。		
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。	処方された薬の説明書はひとつにまとめ閲覧ができるようにしている。アレルギーや副作用については、医師や薬剤師に相談を行っている。		
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。	洗濯たたみ、食器拭き、食器洗い等の家事の役割を持っていただくようにしている。散歩や季節の行事にも参加を促している。		
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。	日常的に職員と散歩へでかけたり、本人の希望を把握し、家族と協力しながら出かけられるよう支援を行っている。		
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。	お金は施設にて管理を行っている。物品の購入や病院受診費や薬代は施設で立替えている。		

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。	本人自ら電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援している。		
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。	危険なく移動できるように動線を考え、配置している。壁には利用者の作品や季節感をとり入れた壁画作りをしている。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所 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あり、気の合った利用者同士で過ごされたり、テレビを見て過ごしている		
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。	居室には、馴染みの写真や家具、位牌等が置かれ、居心地よく過ごせる工夫をしている。		
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。	利用者個々の状況に応じた環境を作るように工夫している。居室も間違えないようドアに名前を表示している。		

2023年度

事業所名 アースサポートグループホーム厚木
作成日： 2024年 5月 23日

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	18	入居者との関わりが少なくなった。利用者ができることをスタッフがしてしまっている。	入居者ができることをスタッフと一緒に行う。	出来ることシートを作成し取り組む。	6ヶ月
2	2	コロナ前より地域との交流が少なくなった。	地域の関わりを増やす。	近隣の保育園や幼稚園との交流を図る	6ヶ月
3	35	災害時、緊急時のマニュアルはあるが、職員への周知が不十分である。	緊急時の対応についての勉強会を定期的に実施する。	定期的な勉強会	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月