

2021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	1494200080	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海老名		
所在地	( 243-0425 ) 神奈川県海老名市中野1-20-1		
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4年2月10日	評価結果 市町村受理日	令和4年5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 <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）】

認知症になっても人間としての尊厳を重んじ、普通に生活出来るように支援すると共に社会性を保てるように心配りをし、家庭の延長線上に施設があるとの考え方で日々の支援をしています。日常動作が難しい方でも、その人の状態を見て「できること」は何かを皆で考え、たとえ少しの事でも本人が「役に立っている」と感じてもらえるようにスタッフ一同努力しています。当ホームは昔ながらの地域性のある場所に位置しているため、地域のお祭り等に参加し、地域との交流を深め、入居者に楽しいひと時を提供できればと考えています。

### 【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 神奈川県藤沢市鵜沼橋1-2-7 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和4年3月24日	評価機関 評価決定日	令和4年5月16日

事業所は、JR相模線「社家」駅または「門沢橋」駅から徒歩15分程の閑静な住宅地にあります。木造2階建て2ユニットのグループホームです。運営法人は、全国、沖縄を抜かした46都道府県に拠点を開設し、訪問系サービスを中心とした業界最多の25種目の介護事業を通して、生きがいある暮らしのサポートを展開しています。

<優れている点>

日々の暮らしの中で、食事準備を始めとして、利用者それぞれが本人が出来る範囲で役割を持ち、出来ることは自分でやる、張り合いのある生活を送れるよう支援しています。近隣で買い物をしたり、また家族と図書館で本を借り読書をしたりして過ごす利用者もいます。天気の良い日は、近所の公園や相模川堤防沿いまで散歩に出かけ、丹沢山の景色を楽しんだり、近隣の人々と挨拶を交わして馴染みの関係を作っています。職員を増員して、レクリエーション活動や散歩ができるよう体制を強化して利用者支援に努めています。介護経験のない新入職員が業務に慣れるまで概ね1ヶ月間、経験豊富な先輩職員がマンツーマンのOJT体制をとり、利用者との関わり方や介護技術面など、支援について丁寧な指導を行っています。

<工夫点>

コロナ禍で面会ができず、利用者へ直接会えない期間が続く中、家族からリモートでの面会要望が寄せられ、意向に沿いパソコンを使用した、リモート面会を支援・実現して喜ばれています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

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

事業所名	アースサポートグループホーム海老名
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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	各フロアで職員の目に付く場所に掲示されている。意識の共有は図れている。理念についてはケアに反映されているかを含め職員会議及び日々の申し送りで行っている。	事業所の理念は職員と話しあって作成しています。「喜びを感じる生活を！」を理念とし、利用者に「アクティブで艶のある豊かな生活環境」の提供を目指しています。ホーム内の各所に理念を掲示し、毎月の職員会議などで再認識し、行動指針として支援に活かしています。	
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。	天気の良い日はほぼ毎日近所に散歩に出かけ、近隣の人達と顔なじみになっている。又、買い物は地域のお店を利用するようにしている。自治会にも加入しており、活動には積極的に参加している。	自治会に参加し地域の一員として交流して来ましたが、コロナ禍で諸行事が中止になっています。これまでは美化デーなどのイベントに参加しています。散歩などを通じて近隣の店の店員や住民と顔なじみになり、挨拶しあう関係を築いています。	コロナ終息後は事業所の会議室などを開放して「認知症講習」や「認知症サポーター養成講座」を開くなど地域とのつながりをより深めることが期待されます。
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。	入居者が施設周りを散歩する事がほぼ日課になっているので、声をかけられ相談される事がある。		
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。	運営推進会議を実施した事により、民生委員の方がボランティアに来て下さる事に繋がる。また、地域の活動にも誘って下さるようになりました。	コロナ感染予防の観点で対面式会議を中止し、隔月に書面会議で実施しています。家族代表や地域包括支援センター職員、民生委員などの参加協力を得ています。報告書では事業所の活動内容の報告と共に、参加者からのコロナ対策などへの質問の報告も実施しています。	
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。	認定調査や更新の際及び入居相談時には市の担当者へ連絡・相談を行い連携を図っている。	海老名市介護保険課と連携を図り、認定調査や更新・入居相談を行っています。介護保険課の事業者支援係とは新型コロナウイルス感染症予防対策や、ワクチン接種、コロナ抗原検査キットなどの相談をしています。生活保護受給者の入居相談を通じて入居につながった事例など、協力関係を築いています。	

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
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。	身体拘束をしないケアの理解は職員全員に周知できている。研修も行い実施もできている。フロア内に拘束に関する書面を掲示しており、いつでも確認できるようになっている。玄関は施錠せず、出入りは自由になっている。	マニュアルを完備し「身体拘束適正化委員会」を2ヶ月ごとに実施しています。職員は入社時に身体拘束について学び、その後も2ヶ月ごとに研修を受講し理解を深めています。法人作成の「虐待・身体拘束チェックシート」により、毎年、自身の理解度を検証し身体拘束をしないケアに取り組んでいます。	
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。フロアに虐待に関する書面を掲示しており、いつでも確認できるようになっている。	「身体拘束適正化委員会」と同時に「虐待防止委員会」を実施しています。常勤職員と契約社員は全員参加し、議事録を活用し全職員に内容を周知しています。研修では「虐待の種類」「実は虐待です」などの内容を法人講師が実施し、不適切なケアについて学んでいます。	
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。	施設内研修でパンフレット等を活用し理解を深めている。		
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。	入居時に十分に説明を行い理解して頂くようにしている。事前説明も行っている。改定時等、疑問や不明な点がないか確認し、理解、納得を得たうえで行っている。		
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。	面会時にお話しをうかがうようにしている。職員会議や内容によっては適宜ミーティングを設け改善に努めている。	コロナ禍の現在は家族の要望や意見を聞く機会は電話かメールが主体となっています。毎月それぞれの利用者ごとに、生活の様子や連絡事項を記入した「家族だより」を送付してホームでの生活の様子を伝えていきます。家族からの要望によりリモートでの面会を実現し支援しています。	

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
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。	月1回、職員会議を実施している。職員の意見や要望を聞くようにしているが、出来る限り反映されるようにしている。	毎月の「ユニット会議」では常勤職員・契約社員・当日勤務の非常勤職員が参加できるよう配慮しています。職員の意見により、日中の職員2人体制を見直し、時短のパート職員を増員し、レクリエーション活動や散歩ができるよう体制を強化して、提案を運営に反映しています。	
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。	管理者を通して施設内の現状を把握し問題があれば対応している。各資格取得後はその資格が活かされるように給料の改定及び人事について考慮している。	管理者は日頃から職員とのコミュニケーションに気を配り、都度相談を受けています。残業のない職場環境づくりに向けグループホームマニュアルを全職員に配布し、仕事内容を周知し効率的な運営に努めています。	
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。	採用初日にはオリエンテーションを行っている。慣れるまで1週間～2週間程先輩職員がOJTしている。又、介護の経験に応じた内容の施設内研修を行っている。外部研修は個々に任せていることが多く、参加出来ていないのが現状。	職員研修には今年度は初任者研修者1名と、認知症実践者研修者2名が参加しています。講師はホーム長と法人講師が担当しています。全職員を対象とした事業所内の研修は実施に至っていませんが、職員一人ひとりの経験に応じたOJTを実施して育成に取り組んでいます。	
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。	市内やグループホーム協会主催の研修会に参加し地域・他市町村の方々と交流・意見交換ができるように努めている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、入居後においてもアセスメントを行いカンファレンスにて検討している。ご本人のニーズに沿ったプランを作成し職員全員で共有してケアを行っている。		

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。	入居前、入居後においてもご家族より希望や要望等聞き取る機会を設けている。初期段階は、ケアマネジャーが連絡を頻回にとり信頼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。	当該施設のサービスがご本人にとって今必要かどうかの把握に努め、場合によっては他のサービスを利用する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持って日々のケアを行っている。役割を持ってもらい、役に立っていると感じて頂くようにしている。		
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。	書面での近況報告の他、来所時や電話連絡などでも近況を伝え、ホームでの様子がわかるように努めている。		
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。	ご家族やそれ以外での馴染みの方の面会も歓迎しており、ご家族の協力を得ながら外出や外泊をされている。	入居時には居宅などに出向いて聞き取りを実施しています。人生の歩みの履歴情報などにより馴染みの人・もの・場所などを把握しています。友人や親戚などの面会は家族の了解のもと、予約制で実施しています。外食支援も行っていますがコロナ禍の今は自粛しています。	

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
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。	日常生活上の家事に役割を持って頂き、利用者同士で一緒に作業に取り組んでもらうなどの環境を作っている。職員が間に入ってコミュニケーションが円滑になるように援助している。		
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。	契約が終了しても、ご家族に連絡を取り、相談も随時受けている。		
<b>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</b>					
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。	常に会話する事を心がけており、ご本人の希望や思いを聞き取りケアプランに反映させている。ご家族からも今までの生活ぶりなどを伺い、ひもときシートをスタッフ全員が活用し本人本位な生活が送れるように支援している。	入居前に得られた情報と入居後の日常生活散歩時などの何気ない会話で把握できた情報を理解しながら、本人の気持ちに寄り添うように努力しています。夫の法事に出たいという思いを実現するため、事前に家族と打ち合わせをし、下見をして付き添いをした事例も有ります。	
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等、ご家族やご本人に伺い、記録し職員全員が把握出来るようにしている。		
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ケアプランに活かしている。		

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。	ご本人やご家族には日頃よりご意見要望等を聞き取るようにしている。その意見や要望を踏まえ、カンファレンスを通して現状に即したケアプランを作成している。	利用者からは毎日の暮らしの中で実現したい事やどのように過ごしたいかなどの要望を確認しています。家族の意見や要望は家族便りや電話や面会時に聞き取りをしています。職員からの情報や意見も踏まえアセスメントしています。月1回または状態変化時に担当者会議をし、計画書を作成しています。	
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。	ケース記録に日々の様子やプランに反映したケアを行った事等記録している。業務日誌にも特変事項等を記録し情報の共有をし、実践やケアプラン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、施設にて散髪や訪問歯科等を受けたり、受診、買い物等の付き添いを行っている。又、介護タクシーの手配を行ったりしている。		
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を取れており協力体制は整っている。ご近所の協力も得られている。		
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。	往診は月2回、ホームに嘱託医が往診している。場合によっては、家族が立ち会い相談をする事もある。入居前のかかりつけ医にも受診をお願いしている。	嘱託医の往診や馴染みのかかりつけ医の受診を受けています。希望者は訪問歯科も受診しています。専門の検査や継続治療、転倒時などの他科も家族か職員が付き添い受診しています。診察結果は、診療情報提供書や連絡ノートと業務日誌に記載し情報を共有しています。	



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1回訪問看護を実施している。医療面を主に、そして、日常生活全般についても相談し、指示を頂いている。情報を嘱託医に繋いでもらっている。処置等も行っている。		
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。	ケアマネ・管理者がご家族・医師・看護師との間に入り情報交換を行っている。退院の許可がでた場合は迅速に入居生活が再開出来るように対応している。		
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。	嘱託医や訪問看護師と相談し、重度化の見立てや終末期の状態等を嘱託医からご家族に説明し、施設として現状の介護力でどこまで可能かを説明している。	契約書で重度化した場合における対応指針の説明をしています。現在は職員の研修などが行えていないため、看取り介護は実施していません。看取り対応が必要と判断した場合は主治医や家族、ホーム職員で話し合い、急変時や終末時には病院に搬送しています。	
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事務所内に掲示してして。又、定期的に事業所内で研修を実施している。		
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。	避難場所の確認や対応策の検討等は行っている。避難訓練は実施している。地域の消防団とも馴染みの関係を保たれている。	年2回、全利用者、職員で避難訓練や消火器の使い方、通報の仕方、搬送方法などを実施し、災害時の対応策や連絡手順を職員に周知しています。地域の消防団と出初式などで交流を築き、民生委員や自治会長にも協力依頼をしています。備蓄品の管理も毎月行っています。	事業所は海老名市防災マップで相模川洪水浸水想定地域（3m未満）に指定されています。緊急時に備えて、高所避難場所の確保及び避難方法の策定、避難訓練などの実施が期待されます。

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者への言葉かけは、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。問題があればその都度改善に努めている。	管理者は、言葉かけについて必ず相手に敬意をもって接するように指導しています。会議でも普段の言葉かけが子どもに接するような口調になってしまう事についてなど、声掛け改善の指導や、虐待や身体拘束の研修時に人権、尊厳、プライバシー保護などについても指導を行っています。	
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。	ケアを行う前には、声か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。ケアプランについてご本人と話し合う機会を設けている。		
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、臨機応変にご本人のペースに合った支援を行うようにしている。		
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。	自分で着る服を選んでもらえるよう声かけをしたり、化粧品等をご家族に用意して頂いたりしている。理美容は定期的に訪問サービスを利用し、希望に沿って白髪染めやパーマをかけたたりもしている。		
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。	食事の準備から片付けまで、出来る範囲で利用者と職員で行っている。味見や盛り付け、食器拭き等お手伝いして頂いている。	生鮮食材を使用し利用者は職員と一緒に調理や盛り付け、テーブル拭きなどを行っています。恵方巻作りなどの調理レクリエーションや外食レクリエーションをも実施しています。食事の配席はその都度、座りたい席や一緒に食事をしたい人など利用者の希望に配慮しています。	

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。	食材は業者依頼で栄養バランスの取れた食事を提供しており、水分摂取量は記録し調整している。好みの飲み物を提供したり、場合によってはトロミ対応もしている。		
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出来る所はやって頂くように支援している。定期的に訪問歯科の診療を受けている。		
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を知り、定時誘導だけではなく仕草や表情等で尿意・便意を見分けトイレ誘導している。オムツ対応の方でも出来る限りトイレでの排泄を行っている。	立位ができる人、2人介助の人など個々の状態や体調に合わせて、トイレでの排泄対応をしています。適時な排泄誘導により失禁の回数が減っています。トイレ内の手すりの設置や、交換用パッドのセッティング、夜間のポータブルトイレの使用、センサーの設置で安全な昼夜の自立排泄の工夫をしています。	
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。	トイレに座って頂く時間を作って排便を促したり、適度な水分摂取や食事内容の工夫をし対応している。囑託医に排便状況を報告しコントロールをしている。		
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。	その日の気分や体調に応じて入浴して頂いている。個々の好みに合わせて入浴時間やお湯の温度を調整している。	利用者の体調や気分に合わせて週2回入浴をしています。入浴介助のいない人は好きな時間の入浴や、毎日夕方入浴を希望する人、疾患・冷え性の人で入浴日以外も足浴を行っている人など、一人ひとりの要望に合わせた入浴支援を行っています。ゆず湯、しょうぶ湯、入浴剤などの使用や、希望があれば同性介助もを行っています。	

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
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、無理強いせず好きの事をしていただいでから休んで頂いたり、個々に決まてもらっている。		
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。	処方されている薬の説明書は個々にまとめてあり、いつでも確認が出来るようにしている。副作用や症状の変化等については、都度嘱託医や薬剤師に相談している。		
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。	洗濯たたみ、テーブル拭き、食器拭き、居室の整理等の家事の役割を持って頂くようにしている。特に男性の方にはモップがけや草取り等を手伝って頂いている。散歩や季節の行事ごと等の参加も促している。		
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。	お天気の良い日は職員と一緒に散歩に出かけ、コンビニなどに寄ってくるなどしている。ご家族の協力を得て外出・外泊をしている。定期的に外出や外泊をされている方もいる。	新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言や、新型コロナウイルス感染症まん延防止等重点措置が緩和された時期には、混み合う時間をさけ、感染症予防対策の徹底を図り、外出や外泊も実施しています。家族と図書館の本の貸し出しや、正月の外泊などを行っています。自身で外出可能な人は金銭を管理し近くのコンビニエンスストアなどで買い物もしています。	
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。	原則、金銭は施設にて管理を行っている。物品の購入等必要に応じて職員が代行している。一緒に買い物に行く事もある。本人の管理能力に応じて、自身で管理し、買い物に出かけることも出来る。		

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。	ご家族より電話があった時は本人に取り次ぎ、又本人が電話する事を希望される時には対応している。ご家族や親戚、友人からの手紙も受付ており、ご本人が手紙を出す事も可能である。年賀状のやり取りもしている。		
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。	日中はカーテンを開け、自然な陽の光を入れたり、エアコンを使用しているが、適宜換気を行うなど快適に過ごせるようにしている。カレンダーや季節の飾り物等をして、季節感を感じられる空間作りをしている。	リビングはテレビ、ソファ、テーブル、いすを設置し、映像や音楽、体操、レクリエーションなどを楽しむ場となっています。座席は固定せず好きな場所に好きな人と一緒に過ごせるように配慮しています。エアコンや空気清浄機、加湿器で湿温も管理しています。通路には物を置かず、掃除や消毒も徹底し、日々快適な環境になるよう努めています。	
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。	リビングにはテーブルと椅子、ソファがあり、気の合う利用者同士との会話の場になったり、ソファでひとりで休んだり出来るようになっている。		
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。	入居時には、ご本人の馴染みの物を持ってきて頂けるようお願いしている。自宅で使用されていた物を引き続き使用している。お位牌や仏壇を持っていらっしゃる入居者も数名いる。	照明、エアコン、クローゼットを設置しています。生活空間を維持できる範囲で冷蔵庫以外、自宅で使い慣れた家具や好みの物などを持ち込んでいます。居室は定期的に清掃と衣類整理を行っています。居室で読書やテレビ観賞などをして過ごし、就寝・起床時間は自由としています。	
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。	トイレやお風呂場までの目印を付けて一人でも行けるようにしたり、居室に表札等を付けるなどして、個々の状況に応じた環境を作るように工夫している。		

事業所名	アースサポートグループホーム海老名
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 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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。	<input type="radio"/>	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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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。	各フロアで職員の目に付く場所に掲示されている。意識の共有は図れている。理念についてはケアに反映されているかを含め職員会議及び日々の申し送りです話している。		
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。	天気の良い日はほぼ毎日近所に散歩に出かけ、近隣の人達と顔なじみになっている。又、買い物は地域のお店を利用するようにしている。自治会にも加入しており、活動には積極的に参加している。		
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。	入居者が施設周りを散歩する事がほぼ日課になっているので、声をかけられ相談される事がある。		
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。	運営推進会議を実施した事により、民生委員の方がボランティアに来て下さる事に繋がる。また、地域の活動にも誘って下さるようになりました。		
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。	認定調査や更新の際及び入居相談時には市の担当者へ連絡・相談を行い連携を図っている。		

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。	身体拘束をしないケアの理解は職員全員に周知できている。研修も行い実施もできている。フロア内に拘束に関する書面を掲示しており、いつでも確認できるようになっている。玄関は施錠せず、出入りは自由になっている。		
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。	研修や資料配布にて職員の意識統一を図っている。フロアに虐待に関する書面を掲示しており、いつでも確認できるようになっている。		
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。	施設内研修でパンフレット等を活用し理解を深めている。		
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。	入居時に十分に説明を行い理解して頂くようにしている。事前説明も行っている。改定時等、疑問や不明な点がないか確認し、理解、納得を得たうえで行っている。		
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。	面会時にお話しをうかがうようにしている。職員会議や内容によっては適宜ミーティングを設け改善に努めている。		



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
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。	月1回、職員会議を実施している。職員の意見や要望を聞くようにしているが、出来る限り反映されるようにしている。		
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。	管理者を通して施設内の現状を把握し問題があれば対応している。各資格取得後はその資格が活かされるように給料の改定及び人事について考慮している。		
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。	採用初日にはオリエンテーションを行っている。慣れるまで1週間～2週間程先輩職員がOJTしている。又、介護経験に応じた内容の施設内研修を行っている。外部研修は個々に任せていることが多く、参加出来ていないのが現状。		
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。	市内やグループホーム協会主催の研修会に参加し地域・他市町村の方々と交流・意見交換ができるように努めている。		
<b>II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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、入居後においてもアセスメントを行いカンファレンスにて検討している。ご本人のニーズに沿ったプランを作成し職員全員で共有してケアを行っている。		

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		○初期に楽し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。	入居前、入居後においてもご家族より希望や要望等聞き取る機会を設けている。初期段階は、ケアマネジャーが連絡を頻回にとり信頼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。	当該施設のサービスがご本人にとって今必要かどうかの把握に努め、場合によっては他のサービスを利用する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持って日々のケアを行っている。役割を持ってもらい、役に立っていると感じて頂くようにしている。		
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。	書面での近況報告の他、来所時や電話連絡などでも近況を伝え、ホームでの様子がわかるように努めている。		
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う、支援に努めている。	ご家族やそれ以外での馴染みの方の面会も歓迎しており、ご家族の協力を得ながら外出や外泊をされている。		

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。	日常生活上の家事に役割を持って頂き、利用者同士で一緒に作業に取り組んでもらうなどの環境を作っている。職員が間に入ってコミュニケーションが円滑になるように援助している。		
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。	契約が終了しても、ご家族に連絡を取り、相談も随時受けている。		
<b>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</b>					
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。	常に会話する事を心がけており、ご本人の希望や思いを聞き取りケアプランに反映させている。ご家族からも今までの生活ぶりなどを伺い、ひもときシートをスタッフ全員が活用し本人本位な生活が送れるように支援している。		
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。	アセスメントにて今までの生活歴や暮らし方等、ご家族やご本人に伺い、記録し職員全員が把握出来るようにしている。		
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。	定期的にアセスメントを行い、本人の現状の把握に努めケアプランに活かしている。		

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。	ご本人やご家族には日頃よりご意見要望等を聞き取るようにしている。その意見や要望を踏まえ、カンファレンスを通して現状に即したケアプランを作成している。		
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。	ケース記録に日々の様子やプランに反映したケアを行った事等記録している。業務日誌にも特変事項等を記録し情報の共有をし、実践やケアプラン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、施設にて散髪や訪問歯科等を受けたり、受診、買い物等の付き添いを行っている。又、介護タクシーの手配を行ったりしている。		
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を取っており協力体制は整っている。ご近所の協力も得られている。		
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。	往診は月2回、ホームに嘱託医が往診している。場合によっては、家族が立ち会い相談をする事もある。入居前のかかりつけ医にも受診をお願いしている。		

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
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1回訪問看護を実施している。医療面を主に、そして、日常生活全般についても相談し、指示を頂いている。情報を嘱託医に繋いでもらっている。処置等も行っている。		
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。	ケアマネ・管理者がご家族・医師・看護師との間に入り情報交換を行っている。退院の許可がでた場合は迅速に入居生活が再開出来るように対応している。		
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。	嘱託医や訪問看護師と相談し、重度化の見立てや終末期の状態等を嘱託医からご家族に説明し、施設として現状の介護力でどこまで可能かを説明している。		
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。	緊急マニュアル等は事務所内に掲示してして。又、定期的に事業所内で研修を実施している。		
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。	避難場所の確認や対応策の検討等を行っている。避難訓練は実施している。地域の消防団とも馴染みの関係を保たれている。		

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
<b>IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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。	利用者への言葉かけは、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。問題があればその都度改善に努めている。		
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。	ケアを行う前には、声か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。ケアプランについてご本人と話し合う機会を設けている。		
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、臨機応変にご本人のペースに合った支援を行うようにしている。		
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。	自分で着る服を選んでもらえるよう声かけをしたり、化粧品等をご家族に用意して頂いたりしている。理美容は定期的に訪問サービスを利用し、希望に沿って白髪染めやパーマをかけたたりもしている。		
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、出来る範囲で利用者と職員で行っている。味見や盛り付け、食器拭き等お手伝いして頂いている。		

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。	食材は業者依頼で栄養バランスの取れた食事を提供しており、水分摂取量は記録し調整している。好みの飲み物を提供したり、場合によってはトロミ対応もしている。		
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出来る所はやって頂くように支援している。定期的に訪問歯科の診療を受けている。		
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を知り、定時誘導だけではなく仕草や表情等で尿意・便意を見分けトイレ誘導している。オムツ対応の方でも出来る限りトイレでの排泄を行っている。		
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。	トイレに座って頂く時間を作って排便を促したり、適度な水分摂取や食事内容の工夫をし対応している。嘱託医に排便状況を報告しコントロールをしている。		
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。	その日の気分や体調に応じて入浴して頂いている。個々の好みに合わせて入浴時間やお湯の温度を調整している。		

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の状況に応じて、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、無理強いせず好きの事をしていただいてから休んで頂いたり、個々に決まてもらっている。		
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。	処方されている薬の説明書は個々にまとめてあり、いつでも確認が出来るようにしている。副作用や症状の変化等については、都度嘱託医や薬剤師に相談している。		
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。	洗濯たたみ、テーブル拭き、食器拭き、居室の整理等の家事の役割を持って頂くようにしている。特に男性の方にはモップがけや草取り等を手伝って頂いている。散歩や季節の行事ごと等の参加も促している。		
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。	お天気の良い日は職員と一緒に散歩に出かけ、コンビニなどに寄ってくるなどしている。ご家族の協力を得て外出・外泊をしている。定期的な外出や外泊をされている方もいる。		
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。	原則、金銭は施設にて管理を行っている。物品の購入等必要に応じて職員が代行している。一緒に買い物に行く事もある。本人の管理能力に応じて、自身で管理し、買い物に出かけることも出来る。		



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。	ご家族より電話があった時は本人に取り次ぎ、又本人が電話する事を希望される時には対応している。ご家族や親戚、友人からの手紙も受付ており、ご本人が手紙を出す事も可能である。年賀状のやり取りもしている。		
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。	日中はカーテンを開け、自然な陽の光を入れたり、エアコンを使用しているが、適宜換気を行うなど快適に過ごせるようにしている。カレンダーや季節の飾り物等をして、季節感を感じられる空間作りをしている。		
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。	リビングにはテーブルと椅子、ソファがあり、気の合う利用者同士との会話の場になったり、ソファでひとりで休んだり出来るようになっている。		
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。	入居時には、ご本人の馴染みの物を持ってきて頂けるようお願いしている。自宅で使用されていた物を引き続き使用している。お位牌や仏壇を持っていらっしゃる入居者も数名いる。		
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。	トイレやお風呂場までの目印を付けて一人でも行けるようにしたり、居室に表札等を付けるなどして、個々の状況に応じた環境を作るように工夫している。		

2021年度

事業所名 アースサポートグループホーム海老名  
作成日： 2022 年 5 月 20 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	23	重度の認知症の方が多く、ご本人様から意向や思いを聞き取ることが困難。	本人の意思や意向を十分に把握して、反映する。	本人の会話や言葉だけでなく、表情や動作からも本人の思いを察知する。介護職員とケアマネジャー等が情報を共有してケアプランに反映する。	3ヶ月
2	33	重度化における看取りケアは職員の研修を行えていない為、実施していない。	定期的に職員の研修を行い、看取り対応が必要と判断した時に対応できるようにする。	本社施設指導部に講師を要請し、年に2回【看取りケア研修】を実施する。急変時や終末期の対応について早い段階で家族と話し合い、ケア方針を共有し、支援に取り組む。	6～12ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月