

平成28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	1492300155	事業の開始年月日	平成25年9月1日	
		指定年月日	平成25年9月1日	
法人名	長谷川介護サービス株式会社			
事業所名	イリーゼグループホーム小田原鴨宮			
所在地	( 250-0875 ) 神奈川県小田原市南鴨宮2-8-29			
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	平成29年2月28日	評価結果 市町村受理日	平成29年7月12日	

基本情報リンク先 <http://www.wam.go.jp/wamappl/hyoka/003hyoka/hyokanri.nsf/pSearch3?Open>

### 【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)】

当グループホームでは、小田原市内の認知症高齢者様が9名ずつの2ユニット（18名）で生活しております。認知症というご病気により、だんだん一人で出来る事が少なくなってしまった方々が、家庭的な雰囲気の中で自立支援に取り組み、認知症の進行を予防することが目的です。家事などの日課を職員と一緒にすることで「自分の居場所はここだ」と感じて頂けるように、スタッフ一同支援させていただきます。

### 【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 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成29年3月30日	評価機関 評価決定日	平成29年5月16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、JR東海道線「鴨宮駅」から徒歩10分、静かな住宅街に溶け込む形で、洒落た洋館風の木造2階建てのグループホームです。  
 <優れている点>  
 外回りには建物のオーナーの手入れによる花木の植栽・ベンチがあり、水連の茎の間に金魚が泳ぎ、季節の花が目を楽しませてくれます。居間には季節の作品の壁飾りが可愛らしく仕上がり、部屋全体を明るくしています。居間の一角には畳コーナーがあり、利用者は畳に座って洗濯物をたたんだりしています。転倒が懸念される利用者の自室の床には家族の意見を反映して、衝撃吸収用にウレタンフォームを素材にしたマットを敷いています。2階フロアの床材は木製の床材の底に緩衝材が付帯しており、歩行時の反発力を吸収する効果を実感できます。小田原市内のグループホーム連絡会で実施している「RUN伴」（らんととも）のイベントに参加して、地域の人々に認知症のことを知ってもらう機会となっています。  
 <工夫点>  
 ホーム全体の事故防止に役立つ「ヒヤリハット」を職員に沢山出してもらうために、簡単に書けるような記入様式を縮小版（A5サイズ）で作成しています。これにより、職員からの提出が多くなり、その効果が出ています。

### 【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	1～7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15～22	8
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	9～13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36～55	14～20
V アウトカム項目	56～68	

事業所名	イリーゼグループホーム小田原鴨宮
ユニット名	1ユニット

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ます。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている
			2, 少しずつ増えている
		○	3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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。	小田原市の地域密着型サービスで認知症対応型共同生活介護を運営しています。認知症と診断された方が、安心して生活が送れるように、管理者と職員はイリーゼの介護理念を共有して入居者様の生活支援に努めています。	毎朝の朝礼で法人の介護理念を唱和しています。法人が実施している新任研修及びフォローアップ研修では、研修に先立ち利用者の意思・人格を尊重を唱えた法人の介護理念について、詳しく説明をしています。	
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。	地域の時治会、民生委員、ボランティア等の方々と連携をとりながら地域のお祭り等に参加をします。また、施設内での催しに来て頂いています。ボランティアの方が、昔の懐かしい音楽を演奏して楽しませて頂いています。	地元で開催される新明神社の大祭には利用者のほとんどが参加しています。その際、配られる「お守り」を貰っています。ボランティアの人が来て、南京すだれの芸を披露してくれたり、節分には近くの子供たちが来てくれ、一緒に楽しんだりしています。	
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。	市内のグループホームでネットワークを構築しており、地域の方々に、イベントを開催して、認知症の人の理解を伝えている。		
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。	定期的(2ヶ月)ごとに、運営推進会議を開催しています。利用者様、家族様、地域の役員様、オーナー様が出席されて、日常の取り組みについてお話しをしています。サービスの質の向上のために、色々な意見を傾聴しながら改善に努めています。	2ヶ月に一回、運営推進会議を実施し、自治会会長、ホームのオーナー、複数の家族の参加を得ています。この会を通して、祭りの日程などの地域情報や、空室があった場合の利用者紹介など話し合っています。	
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。	保険者からの研修等は必ず出席して情報の共有を図っています。介護保険の改正等は担当職員にお話を聞いて対応しております。事故報告は速やかに書面と口頭で伝えております。	市開催の衛生推進研修に参加しています。転倒や誤薬など、同じ人で複数回の事故があった場合は、市に報告しています。小田原グループホーム連絡会に毎回参加しています。前回は看取りに関する研修があり、経験談を報告しています。	

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「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。	身体拘束ゼロの実践に取り組んでいます。徘徊等には寄り添いの介護で安心して生活して頂いています。	身体拘束禁止の宣言をしています。身体拘束について、対策マニュアルに沿って年に一回、研修を実施しています。研修に参加できなかった職員はマニュアルと共に研修内容についての記録を回覧し、全職員の周知を図っています。	
7		○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。	長谷川介護サービスの本社で定期的に研修があり、介護者の待遇など研修で学んでいます。現場ではユニットリーダー中心に虐待の防止を事例を通じて行っています。		
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。	長谷川介護サービスの本社研修で、管理者に伝えられています。現場の職員には管理者より事例を通じて、全体会議等で報告され、情報の共有をはかります。		
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。	契約時は管理者が丁寧に契約書、重要事項説明書、運営規定、サービス一覧を説明し、同意を得ています。また、介護保険利用のサービスを説明し、暫定ケアプランを説明・同意を頂きます。		
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。	家族が面会に来られた時や、お話を傾聴しています。運営推進会議等で、意見を聞いて、施設運営に反映しています。	転倒の多い利用者において、家族の提案で、転倒しても衝撃が軽くできるように床に敷くウレタンフォームの材料を検討し、採用しています。外出機会を増やしてほしいという家族の声を反映して、週に2～3回の外出を実施しています。	

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	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。	長谷川介護サービスでは各施設に職員の意見を聞いてもらえる窓口があり、本社の人事部に直接連絡ができる。各施設を統括するグループ長がおり、職員の意見や提案を受け入れてもらえる。	ホーム内で困ったことや問題があった場合は個々に面談し、意見調整をしています。職員同士の協調性がとても良く、互いに助け合いの精神で業務に努めています。職員から出たヒヤリハットは、職員休憩室に張り出して共有しています。	
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。	長谷川介護サービス本社で就業の改善や、定期的な研修で職場環境の改善等を話し合っています。		
13		○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。	長谷川介護サービス本社で、定期的に職員研修があり、スキルアップ研修を実施しています。各種の資格取得ができるシステムができています。		
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。	グループホームのネットワークがあり、イベントを通じて職員間の交流があります。勉強会もありサービスの向上につながります。		
<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。	入居後、しばらくは不安がありますが、職員がお話を傾聴してなじみの関係を時間をかけて構築します。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居時の契約の中で、暫定ケアプランを作成し、施設生活を説明する。介護保険を利用することの説明と同意を得ます。医療的な支援がある時は、居宅管理指導で往診医の説明をします。		
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。	利用者様の生活歴をアセスメントし、職員が情報共有をしておきます。本人が不安でいる時は、お話を傾聴して寄り添う介護をします。		
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。	自立支援の一つとして、お食事の盛り付けなど職員と利用者様が一緒に行うことで、暮らしを共にしていると感でもらえる。		
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。	入居後、家族にも定期的に来て頂き利用者様の生活状況を見て頂き、職員とご家族で不安なく生活が送れるよう情報の共有を図っていきます。		
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。	生活歴を大切にして、毎日の生活の中で、利用者様が出来る事を支援する。	昔馴染みの友人が訪ねて来たり、入居前から行き慣れた美容院に今でも通ったりしています。また、華道・茶道をたしなんだ人が、かつて使用していた器や道具を家族が持参し、継続の支援がされています。	

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。	食事やレクリエーションを通じて一人一人が仲間作りができる環境を作ります。		
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。	サービス利用が終了しても、本人、ご家族の相談・支援に努めます。		
<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 か</b>					
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。	本人の生活に対する希望、思いなどお話を通じて把握していく。	月に一度ケアカンファレンスを実施しています。利用者のそれぞれの生活歴に照らし合わせ、個々に質問の仕方を変えて、その人の言葉を拾うようにしています。気に留まったことは日誌に記録し、職員間で共有を図っています。	
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。	アセスメントで、生活歴や趣味等をお話の中で把握して、生活支援に活かして行く。		
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。	毎日の生活支援で気が付いた事を支援記録に書き入れています。その内容を職員同士、情報の共有を図ります。		

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	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。	ケアカンファレンスを開催して、介護計画の進捗と改善等を職員同士話合います。本人の生活支援が出来ているかモニタリングで確認します。	介護記録は（2）表を仮まとめしたうえで、職員が持ち合わせている情報を加味して再度見てもらっています。モニタリングは月に一度、計画作成担当者が状況の評価をしています。	職員には、介護計画と連動した日々の処遇対応を図り、その結果としてモニタリングとしてまとめていくことが求められます。日々の処遇の実施・記録を積み上げ、評価していくことが期待されます。
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。	個別の記録で実践しています。必要な情報は職員間で共有しています。		
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。	家族に現状のサービス以外に必要なサービスは説明し同意を得て実施する		
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。	社会福祉協議会の資源を利用して、イベントに活かしています。		
30	11	○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。	居宅管理指導の医師の訪問診療で、利用者様の健康維持を図っている。	家族の意向により、協力医療機関や近隣のかかりつけ医を選択しています。内科、歯科、皮膚科の医師が訪問し、週1回訪問看護により健康管理が行われています。他科への受診は家族が通院に同行しています。職員は、回覧と連絡ノートで診察内容を共有しています。	



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。	訪問看護師による定期的な健康管理をしている。主治医へ訪問看護より情報を提供している。		
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。	主治医の指示で医療機関と協働して利用者様が安心して治療できるように病院関係者と連携を図っている。		
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。	主治医の先生とご家族、管理者で話し合い、終末期に向けた方針を共有する。事業所は終末期の介護計画を作成し、主治医、家族、訪問看護師等と情報の共有を図る。	身体状況変化の都度、ケアカンファレンスを開き、家族の意向を確認しています。医療との連携のもと、職員が不安なく看取りケアを遂行できる態勢を整えています。複数の看取りが重なった場合にも、家族の意向を尊重し、その人らしい終末期支援をしています。	
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。	急変や事故発生時の職員の対応マニュアルを作成しておく。		
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。	日中、夜間の避難訓練を年2回実施する。利用者様の安全に努める。	法人一斉の避難訓練を含め、年1回ずつ昼夜想定訓練の実施を予定しています。消防署員の参加を受けて、アドバイスを活用し、津波を想定した避難方法も検討しています。1階倉庫に3日分の備蓄があり、チェックリストにより消費期限を管理しています。	

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
<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	14	○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。	研修等で実施している。	「利用者の意向に沿う・無理強いしない・急かさない」を念頭においています。言葉遣いや声掛けは、その場その場での注意喚起を促しています。排泄介助や入浴介助の際は、羞恥心への配慮をしています。内部研修の充実を図り、マニュアルを整備しています。	
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。	自立支援で本人がしたい事を傾聴して自己決定できるように働きかけている。		
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、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。	介護計画で利用者様の生活支援をしています。お一人、お一人お話を傾聴して支援していきます。		
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。	更衣介助時、本人の希望を聞いています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の楽しさを感じてもらえるように支援しています。盛り付けなど出来る事は職員と一緒にします。食器の片付け等一緒にしています。	食前の嚥下体操や談話により、和やかな雰囲気作りをしています。盛り付けや食器拭きなど、利用者ができる事を続けています。ご飯と味噌汁は職員の手作り、副菜はレトルトを湯煎して効率を図っています。食事中はテレビを消して、BGMを流しています。	

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。	利用者様に必要な栄養や水分量を決めて実施しています。		
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、本人に洗面所で口腔ケアを実施しています。訪問歯科で治療している方もおります。		
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向けた支援を行っている。	居室内にはトイレが設置していないので、共有のトイレに誘導しています。一人、一人の排泄サイクルを記録で確認して声掛けをしています。	排泄チェック表で確認し、タイミングを見計らって声掛けをしています。医師と連絡を取り合い、微調整を重ねて、薬のコントロールは安定しています。夜間の声掛けも習慣化しているので、利用者の対応はスムーズです。ポータブルトイレは使用していません。	
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。	食事形態や、お薬で改善できるように支援しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は清潔を維持するため、ゆったり入浴をして頂けるようにしています。	週2回、午後に入浴しています。個浴で、毎回湯を換えています。シャンプーは肌質に合わせて選択できます。浴室を暖め、温度差を抑えています。しょうぶ湯やゆず湯により季節感を取り入れています。体重測定や傷の有無など身体状況のチェックも行っています。	

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。	安眠がとれるように、日中の生活を大事にして、夜間、安眠できるように支援しています。		
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。	薬事情報で一人、一人の服薬内容を把握しています。症状の変化が見られる時は主治医に連絡し、指示を受けます。ご家族に報告します。		
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。	生活の中で、楽しみを見つけられるように支援します。生け花を楽しんでいます。		
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。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。	外気が温かい日は散歩等をします。気分転換になります。	寒い季節は外出も減りますが、短時間でも戸外で過ごせるようにと、玄関先のベンチで外気浴を楽しんでいます。職員が同行し、馴染みの美容院へ行く人もいます。訪問リハビリのケア時に、近隣を歩行トレーニングする人もいます。	戸外へ出ることは、利用者と職員双方にとって、気分転換・気持ちの安定・視野の広がりにつながります。ボランティアの活用も含め、外出支援への更なる取り組みが期待されます。
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。	認知症の方なので、ご家族の同意を得て、決めていきます。		

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。	本人への手紙は渡します。手紙が書ける支援をします。		
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。	共用部分は清潔に維持しています。	玄関先の花壇では花々や植木、盆栽が季節ごとの風景を作り出し、小型の池には金魚が泳ぐ姿も楽しめます。廊下には行事に集う利用者の写真が貼られています。食堂脇には畳コーナーが設けられ、和の空間でのんびりと塗り絵をしたり、洗濯物をたたんだり、利用者はそれぞれの時間を過ごしています。	
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。	畳みの部屋で利用者同士、お話が出来るように支援しています。		
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。	入居前、自宅でお気に入りの道具は持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるよう支援します。	馴染みの家具や仏壇、冷蔵庫が持ち込まれ、家族写真や観葉植物が飾られています。テレビや音楽も楽しめます。転倒防止策を家族と話し合い、居室にウレタン製ジョイントマットを敷き詰めている人もいます。居室の洗面台で、自分で身だしなみを整えています。	
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。	好きなことができる場所として食堂のテーブルを利用してレクリエーションを支援しています。		

事業所名	イリーゼグループホーム小田原鴨宮
ユニット名	2ユニット

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
			○
		○	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ます。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている
			○
		○	3. あまり増えていない
			4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11, 12)	○	1, ほぼ全ての職員が
			2, 職員の2/3くらいが
			3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が
			2, 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が
			2, 家族等の2/3くらいが
			3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
<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。	小田原市の地域密着型サービスで認知症対応型共同生活介護を運営しています。認知症と診断された方が、安心して生活が送れるように、管理者と職員はイリーゼの介護理念を共有して入居者様の生活支援に努めています。		
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。	地域の時治会、民生委員、ボランティア等の方々と連携をとりながら地域のお祭り等に参加をします。また、施設内での催しに来て頂いています。ボランティアの方が、昔の懐かしい音楽を演奏して楽しませて頂いています。		
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。	市内のグループホームでネットワークを構築しており、地域の方々に、イベントを開催して、認知症の人の理解を伝えている。		
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。	定期的(2ヶ月)ごとに、運営推進会議を開催しています。利用者様、家族様、地域の役員様、オーナー様が出席されて、日常の取り組みについてお話しをしています。サービスの質の向上のために、色々な意見を傾聴しながら改善に努めています。		
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。	保険者からの研修等は必ず出席して情報の共有を図っています。介護保険の改正等は担当職員にお話を聞いて対応しております。事故報告は速やかに書面と口頭で伝えております。		

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。	身体拘束ゼロの実践に取り組んでいます。徘徊等には寄り添いの介護で安心して生活して頂いています。		
7		○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。	長谷川介護サービスの本社で定期的に研修があり、介護者の待遇など研修で学んでいます。現場ではユニットリーダー中心に虐待の防止を事例を通じて行っています。		
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。	長谷川介護サービスの本社研修で、管理者に伝えられています。現場の職員には管理者より事例を通じて、全体会議等で報告され、情報の共有をはかります。		
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。	契約時は管理者が丁寧に契約書、重要事項説明書、運営規定、サービス一覧を説明し、同意を得ています。また、介護保険利用のサービスを説明し、暫定ケアプランを説明・同意を頂きます。		
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。	家族が面会に来られた時や、お話を傾聴しています。運営推進会議等で、意見を聞いて、施設運営に反映しています。		



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	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。	長谷川介護サービスでは各施設に職員の意見を聞いてもらえる窓口があり、本社の人事部に直接連絡ができる。各施設を統括するグループ長がおり、職員の意見や提案を受け入れてもらえる。		
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。	長谷川介護サービス本社で就業の改善や、定期的な研修で職場環境の改善等を話し合っています。		
13		○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。	長谷川介護サービス本社で、定期的に職員研修があり、スキルアップ研修を実施しています。各種の資格取得ができるシステムができています。		
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。	グループホームのネットワークがあり、イベントを通じて職員間の交流があります。勉強会もありサービスの向上につながります。		
<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。	入居後、しばらくは不安がありますが、職員がお話を傾聴してなじみの関係を時間をかけて構築します。		

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
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	入居時の契約の中で、暫定ケアプランを作成し、施設生活を説明する。介護保険を利用することの説明と同意を得ます。医療的な支援がある時は、居宅管理指導で往診医の説明をします。		
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。	利用者様の生活歴をアセスメントし、職員が情報共有をしておきます。本人が不安でいる時は、お話を傾聴して寄り添う介護をします。		
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。	自立支援の一つとして、お食事の盛り付けなど職員と利用者様が一緒に行くことで、暮らしを共にしていると感じてもらえる。		
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。	入居後、家族にも定期的に来て頂き利用者様の生活状況を見て頂き、職員とご家族で不安なく生活が送れるよう情報の共有を図っていきます。		
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。	生活歴を大切にして、毎日の生活の中で、利用者様が出来る事を支援する。		

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。	食事やレクリエーションを通じて一人一人が仲間作りができる環境を作ります。		
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。	サービス利用が終了しても、本人、ご家族の相談・支援に努めます。		
<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か</b>					
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。	本人の生活に対する希望、思いなどお話を通じて把握していく。		
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。	アセスメントで、生活歴や趣味等をお話の中で把握して、生活支援に活かして行く。		
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。	毎日の生活支援で気が付いた事を支援記録に書き入れています。その内容を職員同士、情報の共有を図ります。		

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	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。	ケアカンファレンスを開催して、介護計画の進捗と改善等を職員同士話合います。本人の生活支援が出来ているかモニタリングで確認します。		
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。	個別の記録で実践しています。必要な情報は職員間で共有しています。		
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。	家族に現状のサービス以外に必要なサービスは説明し同意を得て実施する		
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。	社会福祉協議会の資源を利用して、イベントに活かしています。		
30	11	○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。	居宅管理指導の医師の訪問診療で、利用者様の健康維持を図っている。		

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
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。	訪問看護師による定期的な健康管理をしている。主治医へ訪問看護より情報を提供している。		
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。	主治医の指示で医療機関と協働して利用者様が安心して治療できるように病院関係者と連携を図っている。		
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。	主治医の先生とご家族、管理者で話し合い、終末期に向けた方針を共有する。事業所は終末期の介護計画を作成し、主治医、家族、訪問看護師等と情報の共有を図る。		
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。	急変や事故発生時の職員の対応マニュアルを作成しておく。		
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。	日中、夜間の避難訓練を年2回実施する。利用者様の安全に努める。		

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	14	○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。	研修等で実施している。		
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。	自立支援で本人がしたい事を傾聴して自己決定できるように働きかけている。		
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、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。	介護計画で利用者様の生活支援をしています。お一人、お一人お話を傾聴して支援していきます。		
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。	更衣介助時、本人の希望を聞いています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている。	食事の楽しさを感じてもらえるように支援しています。盛り付けなど出来る事は職員と一緒にします。食器の片付け等一緒にしています。		

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。	利用者様に必要な栄養や水分量を決めて実施しています。		
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、本人に洗面所で口腔ケアを実施しています。訪問歯科で治療している方もおります。		
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向けた支援を行っている。	居室内にはトイレが設置していないので、共有のトイレに誘導しています。一人、一人の排泄サイクルを記録で確認して声掛けをしています。		
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。	食事形態や、お薬で改善できるように支援しています。		
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴は清潔を維持するため、ゆったり入浴をして頂けるようにしています。		

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。	安眠がとれるように、日中の生活を大事にして、夜間、安眠できるように支援しています。		
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。	薬事情報で一人、一人の服薬内容を把握しています。症状の変化が見られる時は主治医に連絡し、指示を受けます。ご家族に報告します。		
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。	生活の中で、楽しみを見つけられるように支援します。生け花を楽しんでいます。		
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。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。	外気が温かい日は散歩等をします。気分転換になります。		
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。	認知症の方なので、ご家族の同意を得て、決めていきます。		



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。	本人への手紙は渡します。手紙が書ける支援をします。		
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。	共用部分は清潔に維持しています。		
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。	畳みの部屋で利用者同士、お話ができるように支援しています。		
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。	入居前、自宅でお気に入りの道具は持ち込んでもらい、居心地よく過ごせるよう支援します。		
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。	好きなことができる場所として食堂のテーブルを利用してレクリエーションを支援しています。		

平成28年度

## 目標達成計画

事業所名 イリーゼGH小田原鴨宮

作成日： 平成29年6月25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		レクリエーションの不足	定期的に食事を楽しめる内容のレクを行う。できれば外出レクも定期的に行いたい現状では綿密な計画を立てた上で季節ごとに行う程度が良いと思われる。	フロア会議や全体会議においていつどんなレクを行うのか周知の上で担当者が企画する。	1ヶ月
2		夜間帯における業務の統一	各夜勤職員で業務に多少のばらつきがあるのでリーダー監修の下で見直しを行う。	7月以降の夜勤帯に介護リーダーも指導役として各夜勤に入ってもらい業務の統一を図る	2ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月