

令和 2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30年9月1日	
法人名	HITOWAケアサービス株式会社			
事業所名	イリーゼグループホーム小田原鳴宮			
所在地	( 250-0875 )			
	神奈川県小田原市南鳴宮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	登録定員	名	
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	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2年11月13日	評価結果 市町村受理日	令和3年4月14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やって行うことで「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 トーセイビル3階		
訪問調査日	令和3年1月25日	評価機関 評価決定日	令和3年4月5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線「二ノ宮」駅、徒歩9分のところ。湘南の陽光に終日映える、2階建て2ユニットの事業所です。近くには病院や図書館、神社、マーケット、小学校などの社会資源があり、四季を通して酒匂川が流れている静かな住環境です。開設は平成25年、地域に密着した事業所です。法人の母体は傘下に認知症対応型共同生活介護の他、訪問介護や訪問看護、通所介護、特定施設など幅広く福祉事業を展開しています。

<優れている点>  
例年、事業所は地元の祭りやイベントに参加し、節分には地域の子供たちが豆まきに訪れるなど、地域との交流に積極的に取り組んでいますが、コロナ禍の現況ではやむなく自粛しています。事業所のスローガンのもと職員は、利用者一人ひとりの趣味や得意なことなど「その人らしさ」を大切に、自由な暮らしの中から「一人ひとりの居場所」を見出し、その支援に取り組んでいます。職員は利用者を自分の家族に置き換え、して欲しいケア、されたいケアを目指し、その実践に努めています。事業所では終末期のケアにも積極的に取り組み、今日までに家族の要望に応え感謝されています。

<工夫点>  
事業所では職員の「サンキューカード」を作り、サービスについての話し合いや振り返りをして職員の英知を共有し、資質の向上とサービスの質の向上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 ~ 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	ユニット1

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している。 (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

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、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。	法人の理念の基に、事業所のスローガン「笑顔」と「ありがとうを大切に」を掲げ、チームが一丸となって利用者の支援に努めています。職員の休憩室や事務所に掲げ確認し、共有しています。	
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。	地元自治会に加入しています。地域の行事やイベントに参加交流をしています。事業所の豆まきには地域の子供たちも参加、触れ合いがあります。歌やフラダンスのボランティアの来訪が定期的にありましたが、コロナ禍の現況では外部との交流は自粛となっています。	
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。	コロナ禍前は2ヶ月ごと、年6回開催しています。内容は活動状況や運営状況の報告や意見交換、課題の討議が主です。コロナ禍では内部での会議と議事録に留めています。	
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。	コロナ禍前は運営推進会議などの報告をしています。グループホーム連絡会はオンラインで参加しています。市の防災研修に参加し運営に活かしています。市の訪問介護相談制度を活用していますが、現況では自粛しています。	

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
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。	年2回の研修と定期的開催する身体拘束適正化委員会を実施しています。職員は身体拘束の弊害について理解しています。不適切な言葉の事例があれば、個別指導やユニットカンファレンスで取り上げ、啓発に努めています。職員は自己点検シートで確認し、拘束のないケアの実践に努めています。	
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逃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、介護者の接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。	家族の面会やアセスメントの際、意見や要望を聞いています。家族から日頃の活動状況を知りたいとの意見があり、毎月「便り」を発行し要望に応じています。「便り」には利用者一人ひとりの様子も報告し、コミュニケーションを図っています。尚、家族の面会など外部との接触は自粛しています。	

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
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。	各ユニットのカンファレンスや全体会議、個人面談の機会に要望や意見を聞いています。管理者は日頃から職員が自由に意見や要望、提案などが言える職場環境を作っています。事業所の行事やイベントの企画、提案などは、職員のモチベーションの向上と運営に反映しています。	
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		○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。	馴染みの人や場との関係継続の大切さは理解しています。友人の来訪は歓迎しています。家族の協力で外食や外出、馴染みの美容院などの継続支援をしています。コロナ禍では外部との交流は自粛しています。ぬり絵や歌、新聞などの趣味、梅干しや佃煮などの嗜好は医師との相談で対応しています。	

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。	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</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、想いなどお話を通じて把握していく。	日常の会話から把握しています。アセスメントや毎月のモニタリングの際把握しています。意思表示の困難な利用者はリラックスしている時、表情や態度などの観察で汲み取るようにしています。把握した内容はカンファレンスや申し送りで共有しています。	
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。	モニタリングやカンファレンスは毎月実施しています。ケアプランの見直しは3ヶ月又は6ヶ月ごとに行っています。ケアプランの見直しはユニット会議を経て計画担当や管理者の参加で作成しています。利用者や家族の意見、医療情報はケアプランに反映しています。	
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。	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。	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。	かかりつけ医は、人居前からのかかりつけでも事業所協力医の往診でも希望により選択できます。事業所協力医は月2回の内科、月4回の歯科の往診があります。毎週の訪問看護もあり、適切な医療を受けられる体制を整えています。必要に応じて通院支援も行っています。	



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
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。	重度化した際の指針、終末期のケアプランを説明し同意を得ています。必要になった段階で本人や家族の希望を確認しながら支援しています。職員は年2回研修を受け、ケアカンファレンスを行っています。振り返りのカンファレンスも行い、職員の燃え尽き症候群も解消し、今後の支援に活かしています。	
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。	年2回、昼と夜間の火災想定で避難訓練を行っています。今年度はコロナ禍のため、消防署の立ち合い、近隣の人の参加、地域の防災訓練への参加など、実施できない状況となっています。近隣に住んでいるオーナーとの協力体制があります。災害備蓄品をリスト化して用意して備えています。	

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。	職員は接遇マナーや気づきの研修を受け、人事考課の際に振り返りを行っています。管理者は「その時にわかり易いように、適度な距離で、柔らかな聞き取りやすいトーンで声掛けをするように」と職員へ伝えていきます。不適切な対応があった場合には、理由を聞き繰り返さないように伝えていきます。	
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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。	献立と食材は配食サービスを利用していますが、週に何回かはカレー、パスタ、シチューなどを提供し、コロナ禍で今年度はできませんが、今までは寿司や喫茶店で外食をしたりして食事を楽しめるように努めています。入居者はおかずを取り分けたり、湯茶の準備、片付けなどの手伝いをしています。	

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
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、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。	排泄サイクルのチェック記録を活用すると共に、入居者の意思表示や仕草などから声掛けをして、トイレ誘導をしています。排泄の自立支援の結果、車椅子利用だった人が歩行器で動けるようになった事例もあります。	
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ず、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。	入浴は、週2回を基本としています。入浴拒否の人には、時間や声掛けを工夫して細やかに対応します。季節の菖蒲湯や柚子湯も楽しんでもらっています。湯船の湯は一人ひとり入れ替えています。シャンプーは好みのものを持参して使用できます。毎日の入浴を希望する場合は、別途自費での相談としています。	

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
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。ご家族に報告しません。		
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。	近隣への散歩や事業所の庭で外気浴をして気分転換をしています。コロナ禍の対応により、買い物、ドライブ、地域の行事への参加、季節ごとの外出などは控えている状況です。	
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。	手すり、床、ドアノブなどを消毒し、換気に気をつけ、加湿空気清浄機や湿度計などを活用し、清潔で気持ちよく過ごせるように共用空間を整えています。装飾や掲示物を季節ごとに換え、季節が感じられるようにしています。自由に寛げるようにソファを置いています。	
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。	危険物と火気以外は持ち込み自由で、入居者はテレビや写真、椅子など好みや馴染みの品々に囲まれて暮らしています。居室には洗面台、ベッド、防災カーテン、エアコン、クローゼットが備わっています。職員は、清掃、換気、不足品の確認や衣替えをして、居心地よく過ごせるように配慮しています。	
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。	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レ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	ユニット2

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している。 (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

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、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逃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、介護者の接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出来ています。		
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。本人が不安である時は、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		○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、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</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、想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。	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、利用者と職員と一緒に準備や食事、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ず、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。		
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。		

2020年度

## 目標達成計画

事業所名 イリーゼグループホーム小田原鴨宮

作成日： 令和 3年 4月 11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		○運営推進会議を活かした取り組み	運営推進会議のさらなる活性化の為、地域の人々や地域包括支援センター職員、市の職員の方への参加を周知していき、交流を図り地域に根差していく。(安全確保の観点から新型コロナウイルス感染症対策を行いながら状況に応じて対応していきます。)	運営推進会議の案内を配布させていただき、地域の人々や地域包括支援センター職員、市の職員の方へ参加していただけるようお伝えさせていただく。参加しやすい日時も検討していく。(感染状況や緊急事態宣言の解除等を考慮して行う。)	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月