

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	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	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	■ 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3年10月16日	評価結果 市町村受理日	令和4年2月7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）】

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 藤沢トーセイビル3階		
訪問調査日	令和3年12月9日	評価機関 評価決定日	令和4年1月25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）】

J R東海道線「鴨宮」駅から徒歩9分、瀟洒な住宅が建ち並ぶ一角にあり、周りの環境にマッチした外観の2ユニットのホームです。

<優れている点>

企業グループ内で編集・作成した資料を使って、年間計画に従った内部研修を実施しています。今年度よりP D C Aサイクルの推進とケアの質の向上を図る取り組みを図るため、科学的介護（L I F E）の手法を導入し、バーセルインデックス（食事や着替えなどの日常生活の能力を評価する検査方法）の作成や各利用者の機能訓練メニューを揃えて随時、実施しています。ホームは、見通しの良い中廊下型の間取りで動線を単純にし、安心安全に生活が送れるよう環境整備に配慮しています。

<工夫点>

コロナ禍により、家族との面会の機会が難しいなか、希望に応えられるようオンラインによる面会を実施しています。また、小田原市内のグループホーム連絡会ではS N Sを活用した研修企画を計画し、各社持ち回りで運営企画に参加しています。利用者に対して、全職員が「お客様」と呼ぶことで、接遇に対する意識の向上につながるようにしています。

【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	イリーゼグループホーム小田原鴨宮
ユニット名	1階

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
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。	事業理念、事業スローガン、サービス指針は事務所に掲示してある。事業所スローガンについては階段踊り場に掲示してあります。	運営理念、サービス指針10訓、スローガンについて、週一回実施している朝礼で唱和しています。また訪問客や家族にわかるように、階段室の踊り場にも掲示しています。新しく入社した職員には、2日間のオンラインライブ配信研修の際、最初に理念について説明しています。	
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。	以前は地域のふれあいサロンに毎月参加していました。コロナウイルス流行に伴いサロンが中止しているため最近では実施できていません。	これまで実施してきた「ふれあいサロン」やボランティア交流については、新型コロナウイルス感染防止のために中止しています。近隣のコーヒーショップには出かけたり、買い物支援も継続しています。	
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。	見学に来た方が介護上の悩みを話される時は今までの経験から分かる範囲で理解の方法や対処法をお話しています。		
4	3	○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	運営推進会議はコロナウイルス流行に伴い実施を取りやめております。資料のみご家族に配布しております。	2ヶ月に一回、ホームの暮らしぶりの報告を家族に郵送しています。運営状況、職員の入職・異動、ホームの運営取り組みなどについても報告しています。今後は資料送付を行政などにも広げることも検討しています。	
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。	小田原市役所よりメールにてお知らせや指示がきます。可能な限り即日対応しております。分からない事がある時等は高齢介護課にお電話しております。	3ヶ月に一回市内のグループホームと小規模多機能ホームが集まる連絡会に参加しています。研修動画を制作し、SNSで発信しています。各ホーム持ち回りで実施しており、事業所間交流の場にもなっています。	

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
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。	3か月に1度身体拘束廃止委員会を開催し理解を深めています。現在まで身体拘束は行っておりません。	身体拘束廃止の研修を実施しています。研修に参加できなかった職員は研修資料を回覧し、読後レポートを作成し理解度を確認しています。禁止項目は全職員が理解し、日常のケアで守っています。	
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。	法定研修に虐待に関する研修も含まれており毎年実施しております。	管理者は「心の余裕がないと、良いケアに結びつかない」ことを実感しており、心に余裕がない職員を見かけたら、積極的に声掛けをして話を聞いています。そして仕事を離れたら、仕事のことを忘れてスイッチの切り替えができることの大事さを伝えていきます。	
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。	特段研修など行っておりません。また関係者と話し合う場などありません。		
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。	御納得頂ける迄説明しております。		
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。	特に機会を設けてはおりませんが面会の際などにご意見有れば可能な限りは対応させて頂いております。	現在、新型コロナウイルスワクチン接種を2回済んでいる人には各個室で面会を再開しています。また、家族からの「離れた所にいる夫と夫婦で会話をしたい」という希望があり、オンライン面会が実現した事例もあります。	

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
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。	職員と顔を合わせるたびに困ったことがないか聞くようにしています。そうすることで相談事をしやすい空気を作っております。	半期ごとに、目標に対する自己評価を作成し、個人的な意見や提案などを話せる機会を作っています。管理者は日頃から気軽に意見が言える職場環境を大事にしています。各職員と月に1, 2回は意見交換ができるようにしています。	
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。	してくれていると思います。年間2回評価がありそれにより給与が微増していく形になっております。	職員同士が仕事をしやすい雰囲気になるよう心掛けています。休憩が時間どおりに取れることなど、働きやすい環境に配慮しています。	
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。	法人外の研修はないが法人内研修はあります。外部の研修に行くときは公休になる為結果的に休みが削れます。また交通費も含めた稟議申請をしないと交通費が出なかったりするのでそのあたりは改善するべきと思います。	法人による、人材育成研修カリキュラム研修の「イリーゼ スリースター研修」を行っています。職員を育成し、給与に反映できるようなシステムにもなっています。また、職員が希望する認知症実践者研修や管理者研修受講に関しても、法人に相談し、受講できるように手配しています。	
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。	特段そういった取組みはありません。		
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1週間は御家族へ毎日ご様子をお電話で報告しているため現場スタッフはもちろんホーム長や計画作成担当者もこまめにご様子をお伺いしております。		

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
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1週間は毎日ご家族へご様子をお電話でお伝えしております。		
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。	上記の電話連絡の際に問題点や必要な物品のご相談をさせて頂いております。		
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。	共同生活の場なので可能な事はお客様にもやって頂いております。あくまでもお客様ではありますが洗濯物たたみや食器吹き、お料理の盛り付け、自室の掃除など見守りの上で実施して頂いております。		
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。	受診の付き添い等ご家族に係る事ができると思われる事柄については御家族が可能な範囲でお願いしています。		
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。	コロナ流行中の為面会制限はしておりますがお手紙や郵送物はお客様宛にご家族やご友人から届いております。	読書が趣味の利用者には、好きな本を持ち込み、好きな場所でいつでも読めるように支援しています。茶道・華道を嗜む人にも、場を提供し好きな事が継続できるよう支援しています。	

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
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。	人間なので合う合わないは必ずあるので無理に関わらせようとする事はありません。会話されている中で意味が通じない等のミスマッチがあった際は間に入り通訳の様な役割を果たすことはあります。		
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。	こちらから積極的に関わる事はないがお客様側からご相談などがあれば必ず対応しております。『昔母がお世話になっていたので今度は父を』というようなご相談は稀にあります。		
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。	1日2回程度は全てのお客様と会話しにお伺いしています。そこで得られた情報は可能な限り反映させるようにしております。	管理者は毎日、利用者と挨拶を交すとき、すべての人の、その日の体調や、思い、意向の把握に努めています。そこで得られた情報は他の職員にもすぐ伝えて、ケアの共有、向上に役立てています。本人の行いたいことや要望は、できるだけ実現するように工夫しています。	
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。	日常の会話の中でお聞きできたことはサービスにお役立てさせて頂いております。『北海道出身』というお話をお聞きしたら『1階にも北海道出身の方がいるので今度一緒に2階に遊びに来ます。』等。		
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。	通常3か月に1度のモニタリングを毎月行っております。		

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
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。	状態の変化があった時は必ずご家族に報告しております。その際に介護職交え相談し福祉用具の必要性や食形態の変化に伴う費用の変化など詳しく話し合っております。	「ケアサービス」は職員間で共有しています。日々の介護現場において介護計画に沿って実施したのか確認することは、今後の検討となっています。	短期目標を具体的に日々のケア内容（処遇）に落とし込み、その項目が実施されたかどうかを日々チェックすることで、介護計画のP→D→C→Aを順次、より効果的に回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。	毎日経過記録を行っております。特に変わったことは必ず報告と管理日誌へのトピック記載しております。報告受けた計画作成担当が次回計画に活用しております。		
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。	グループホームという形態で可能な範囲ですが対応しております。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域でのふれあいサロンへの参加や近隣にあるコメダ珈琲店への外出等行っておりましたがコロナ流行後は中止しております。		
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。	従来のかかりつけ医への受診は基本的にご家族にお願いしております。	内科および皮膚科の協力医が月に2回来訪して、利用者全員を診察しています。従前からの掛かり付け医への診察は、家族の同行としています。協力歯科医は月に4回、訪問看護ステーションからの看護師は毎週来訪しています。医師および看護師とは常時連絡が可能です。	

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。	グループホームなので看護職員は在籍していません。		
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。	入院時には必ずサマリーをお渡しし途中で様子の変化などお電話でお聞きしております。		
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、事業所です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。	入居時に必ずお話ししております。その上で実際にそういった状態に近いと感じた時は医師交えご家族と相談させて頂いております。	入居時に重度化した場合の方針を説明し、同意を得ています。終末期が近づいた時には、協力医も交えて、本人、家族と相談し、方針を決めています。看取りの実績は毎年あります。「ターミナルケアの研修」は職員の受講も義務となっています。	
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。	研修は定期で行っているものの実践力となると不明です。		
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。	日中、夜間の避難訓練を年2回実施し。利用者様の安全に努めています。	避難訓練は年に2回実施しています。利用者も参加し、火災の際には1階に、水害の際には2階に避難する訓練をしています。消防署は2回に1回の割合で参加し、消火器の使用方法などを指導しています。備蓄品は、目録を作成し、必要量を保管しています。	

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
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。	研修を定期的に行い、日々不適切な声掛けなどがあれば気づき次第フォローに入るようにしております。	職員は「人格の尊重とプライバシーの確保」についての研修を毎年受講しています。利用者に対する呼び掛けは、基本的に名字に「さん」付けで行い、発言には常に注意しています。個人に関する書類は、事務室のカギの掛かるロッカーに保管しています。	
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おります。		
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	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。	パック入りの食材が毎日業者から届き、これを湯せんしたり、きざみ食にしたりして提供しています。調理の得意な職員が、手作りの食事を作ることがあり、利用者のリクエストにも応じています。毎食のご飯とみそ汁は職員が用意し、おやつは手作りです。	

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	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。	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。	排泄チェック表の活用とともに、一人ひとりの表情や動作から尿意、便意を把握して、トイレに誘導しています。オムツを使用している利用者に対しては、常に清潔で、気持ちのよい状態でいられるように、適切な時間におむつ交換をするように心がけています。	
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	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。	週に2日入浴しています。ゆったりと入浴するために、1日3名としています。通常1対1での介助ですが、個々に対応し、2人介助で入浴することもあります。1回ごとに、湯の交換と清掃をし清潔に保っています。季節を感じられるように、ゆず湯やしょうぶ湯にすることもあります。	

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
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	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。	外気が温かい日は散歩等をします。気分転換になります。コロナウイルス流行中の為外出時はマスクをして頂きできるだけ敷地内の散歩にとどめております。	遠出が困難な現在、敷地内の散歩やプランターの水やりなどで、外気に触れる機会を作っています。屋内では輪投げやボール遊びなど体を動かす工夫をしています。コロナ終息後には、地域の「ふれあいサロン」への参加や、喫茶店での飲食なども考えています。	
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。	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	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。	共用部分は清潔に維持しています。共用部分は毎日清掃しております。	リビングには、手作りの大きなカレンダー、貼り絵やクリスマスツリーなど、季節を感じられる品々を飾っています。利用者が日中の大半を過ごす大切な場所で、少人数でくつろげる畳敷きのコーナーも設置してあります。共用空間の清掃と消毒は職員が毎日実施し、トイレは朝夕2回の掃除を清潔に保っています。	
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	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。	備品はベッド、ベッドマット、防災カーテン、エアコン、照明器具が用意しています。利用者はそれぞれ使い慣れた寝具、日用品、着替え、化粧品、家具などを持ち込んでいます。居室は週に2回の割合で、職員が清掃しています。	
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階

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
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。	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、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	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。	法定研修にて年間研修スケジュールを組み研修しております。		
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。	年間研修スケジュールを立て研修を行っております、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	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	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。	管理者は各職員にほぼ毎日『困っている事はないか』声掛けを行っております。直接本社に伝えたいことがある時も連絡先を伝え自由に連絡を取って頂いております。グループ長やエリア長等各地域を統括する人間が定期的に訪問し各職員と情報交換しております。		
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。	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	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。	年間研修スケジュールを立て毎月研修を行っております。また本社でも資格取得やスキルアップ研修を行っておりそちらは申込制になっております。		
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。		
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	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。	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。		
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。	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	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。	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	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。	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	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。	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	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。	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
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。	研修等で実施している。年間研修スケジュールにてプライバシーの研修は含まれています。		
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	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	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。	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	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。	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。	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	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。	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	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。	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	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。		

2021年度

事業所名 イリーゼグループホーム小田原鴨宮
作成日：2022年2月7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		業務上役割分担がしっかり決まっていない部分がある。それにより非効率となりレクや機能訓練に当てる時間が少なくなっている。	委員会や発注, 買い物など効率的に行うことができる。時間を効率的に使う事によりレクの時間をしっかり確保したりケアプランに則ったケアが可能となる。	ユニット会議にて各職員の役割や委員会の分担を決定する。業務フローも都度見直し必須業務と陳腐化した事柄をしっかりと取捨選択していく。	12ヶ月
2		1階職員の管理者への依存が強い。2階は各職員が自発的に物事を決めていく体制ができているが1階はすべて管理者に決めてもらいたいといった風潮がある。自分たちで意思決定する体制構築が必要。	義務的に会議を行うのではなく自分たちでどのようにしたら簡潔に業務を回せるか考えるようになる。その上でお客様のQOL向上について議論する事ができる。	毎月職員主導でユニット会議を開催する。日時などの設定も各階職員で行う。	6ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月