

1 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	0875100018		
法人名	株式会社 グッドライフ		
事業所名	グループホーム グッドライフまかべ(本館)		
所在地	茨城県桜川市真壁町飯塚1017		
自己評価作成日	平成29年11月	評価結果市町村受理日	平成30年4月9日

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

基本情報リンク先	http://www.kaiokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0875100018-00&PrefCd=08&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成30年1月25日

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者本位の介護をしている。認知症になっても一人ひとりの人間を大切にしたいケアサービスの提供。日課や規則に縛られない普通の生活を実現し、安らぎの場を提供するケアサービスの提供。生きていくことの実感と希望を持つことができるようなケアサービスの提供。家族や地域とのつながりを深めていくような、地域密着ケアサービスの提供。

【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)】

平成17年に、利用者一人ひとりが大切にされ、生きていくことの実感と希望を持つことのできるようなサービス提供を目指し設立された2ユニットのホームである。代表者はキャラバンメイトとしての活動など地域貢献に力を注いでいる。災害時にはホーム近くの事業所や地区の役員、民生委員などからの協力体制が整っており、市や地域とお互いに助け合う良い関係が構築されている。職員は可能な限り利用者や家族の要望に応え、利用者一人ひとりを大切にしたい対応に力を入れており、月に1回は気分転換を図った外出を計画し、落ち着いた暮らしの中にも緩やかな変化をつけている。ホームドクターの往診や看護師の配置により、日々の健康管理に努め、必要に応じて医師の紹介状で精密検査を実施する等、常に適切な医療が受けられ、さらに本人や家族の希望に沿った看取り体制を充実させている。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印		項目		取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんど掴んでいない	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
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	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:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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が拡がったり深まり、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
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	66	職員は、活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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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				

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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ふ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	事業所独自の理念があり、その理念を大切に運営している。	地域密着型サービスの意義や事業所の役割を意識しながら利用者一人ひとりが生きていることの実感と希望を感じられるようなサービスの提供を目指した理念を掲げ、全職員が日々の申し送り時や勉強会で確認しケアにあたっている。	
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	従来より地域のお祭りなど、イベントには積極的に参加している。ボランティアを受け入れた。	地域のひな祭りや祇園祭りには地区内を散策したり、参加するなど地域の一員として祭りを楽しむ。日々の散歩では地域の方々と挨拶を交わし、保育園児の訪問を受ける等、日常的に親しく交流している。	
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	市の行事などに参加し、また社会福祉協議会などへ行き、認知症についても理解してもらえるよう努力している。		
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	運営推進会議に、利用者家族、区長、市、民生委員が参加し、定期的開催している。施設の取組みを説明・報告している。さまざまな意見をサービス向上に活かせるよう努力している。	家族や区長、民生委員、市の職員などの出席を得て2ヶ月に1回開催している。会議では利用者の状況や行事予定などの報告をしている。出席者から介護保険に関わる質問などもあり、運営推進会議をきっかけに保育園の園児がホームへ訪問するようになる等、会議はホームと地域を結び良い機会になっている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	市町村へは、たびたび足を運び話し合っている。	運営推進会議を通してホームの実情を丁寧に伝えると共に、認知症について地域の包括支援センターから相談を受けたり、キャラバンメイトとして老人会や高校での講師役を引き受ける等、認知症に関する啓発活動しながら、より良い協力関係の構築に取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介指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	身体拘束については、ミーティングなどを通じて理解を深めており、身体拘束をしないで安全を保てる方法を考えるようにし、拘束をしないケアを心がけている。	身体拘束についての勉強会を実施して正しい知識を身につけると共に、拘束をしないで安全を保つための話し合いを機会あるごとに行っている。現在外に出たい若年性認知症の利用者への対応として、玄関ドアの施錠を時間を決めて実施しているが、全職員が協力して拘束のないケアに日々取り組んでいる。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法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	高齢者虐待については、ミーティングなどを通じて理解を深めており、言葉の虐待を含め注意している。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	福祉事務所と成年後見制度について話す機会があり、理解を深めるようにしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時には、重要事項の説明を必ず行い、不明な点や疑問があれば答えている。		
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なら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	意見箱などを設けたりして、家族等の意見があれば聞くようにしている。	利用者からは日々の会話の中から意見を吸い上げる。家族には毎月写真を添えて利用者の近況を報告したり、面会時には利用者の様子を伝えながら話しやすい雰囲気づくりを心掛け「何かありますか？」等の声かけしながら率直な意見や要望をもらい運営に反映している。	
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	毎日の申し送り時に意見交換を行い、運営に反映させている。ミーティングを行い情報を共有している。	毎月の職員会議は全員が参加しやすい夕方の5時から1時間ほどかけて開催している。日々のミーティングなどもあり、常に意見の言いやすい環境になっている。看取りを引き受ける際には職員の意見・提案を聴く等、大切な場面では職員の意見・提案がホームの運営に反映されている。	
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	職員が日々やりがいや向上心を持って働けるよう努力したい。		
13		○職員を育てる取り組み 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	研修を受ける機会を増やし、また日々の労働の中で能力開発できるよう努力したい。		
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作り、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り組みをしている	3か月に1回、同業者と情報交換する機会を持っている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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 サービスを導入する段階で、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	サービスを受ける前に不安なことや要望などがあれば耳を傾け本人が安心できるようにしている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスを導入する段階で、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	サービスを受ける前に、家族等の要望があれば耳を傾け不安等があれば聞くようにしている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスを導入する段階で、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	サービスを受ける前に、その人が必要としている支援を見極め対応している。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	お互い助け合いながら関係を築いている。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場におかず、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	家族とも密に連絡をし本人を支えるようにしている。		
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	本人の友人や知り合いなどにも積極的に施設に来てもらえるようにしている。家族や友人が面会に来ている。	友人や家族の訪問など、馴染みの方々が頻繁にホームを訪れており、職員はお茶を出して馴染みの人達が何時でも気持ちよく訪問できる雰囲気づくりに努めている。距離など考慮しながら、毎月の外出は利用者の行きたい所や馴染みの場所を聴き職員が決定している。近くのセブンイレブンは頻繁に買い物に出かける事で利用者の馴染みの場所として親しまれている。	
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	利用者同士支えあい助け合いながら生活できるよう支援に努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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相談事があれば、いつでも対応している。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	(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	日々の生活の中で意向や希望を聞き把握に努めている。	「仏壇に花やお供え物をして日々供養して暮らしたい」や「自由に買い物をしたい」等、利用者の希望を把握している。言葉で表現できない利用者の中には生活歴の中から畑仕事や花を育てたりすることを通して生き生きとする表情をみて、暮らし方への希望や意向を把握している。	
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	入所時に本人や家族から、これまでの生活歴や生活環境を聞き把握に努めている。		
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	日々の申し送り等で把握に努めている。		
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	本人や家族の意見をよく聞き介護計画を作成している。また勉強会を実施し、スタッフが介護計画について理解が深まるよう努力している。	本人や家族の意向を聴きながら丁寧な介護計画を作成している。経過記録(ケース記録)を基にモニタリングをし、職員会議時や申し送り時にカンファレンスを実施して定期的な見直しを行っている。必要に応じて看護師を含めたカンファレンスを行い、利用者の状況に応じた随時の見直しも実施している。	丁寧に行われている思いや意向の把握に基づき、一人ひとりの暮らしに反映できるようなプランの作成を職員のアイデア等も取り入れながら作成されることを期待したい。職員と一緒にプランを作成する事で、モニタリングの根拠としても活用されるような日々の記録になる事を合わせて期待したい。
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	日々の様子を記録し、申し送り時に職員間で情報を共有し実践に生かしている。		
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	本人や家族の状況を把握し必要なサービスがあれば対応する。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	地域資源を活用し楽しめるよう支援したい。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	家族の意向をよく聞き、適切な医療が受けられるよう支援している。	利用者・家族の希望するこれまでのかかりつけ医(総合病院)への受診は継続しており、ホームドクター(協力医療機関)による往診を2週間に1回実施して利用者の健康状態を把握している。必要に応じて歯科受診やホームドクターの紹介状で精密検査などを受け、常に適切な医療が受けられるよう支援している。	
31		○看護職との協働 介護職は、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	日々の申し送りの中で情報を共有し適切な受診看護を受けられるようにしている。		
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、又、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。あるいは、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	利用者が安心して治療が受けられるよう、また早期に退院できるよう病院との関係を築いている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方については、利用者本人や家族と話し合い、同意書をもとに方針を共有している。医師から病状等の説明を聞いて頂いたうえで決定するようにしている。	『重度化対応・終末期ケア対応方針』を契約時に示し、看取りに関する説明をして同意書を交わしている。看取りの受け入れに当たっては医師からの説明を基に家族・職員間で話し合い、方針を決定し、再度同意書を取り交わすこととしている。医師や看護師の指示を受け、家族や職員の話し合いを経てケアプランを作成し、看取りの体制を整えている。職員は看護師から丁寧な指導を受けながら利用者の病状・状態に合ったケアができるようにしている。	
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	利用者の急変や事故発生時の対応について、全職員がマニュアルに沿って行動できるよう話し合っている。		
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	夜間を想定した訓練を行い、迅速かつ安全に避難ができるように努めている。運営推進会議のメンバーに参加していただき、地域の理解を得るようにしている。井戸を備え災害時に水が使用できる。	年2回の避難訓練を消防署の協力を得て実施している。夜間想定避難訓練も実施しており、近所のガソリンスタンドや寿司店など地域の方々への協力依頼をして、夜勤職員の不安を少なくし利用者への安全対策を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	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	(14)	○一人ひとり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	言葉遣いには十分気を付けるようにしている。	年長者であることを意識し、命令口調にならないよう、さらに、否定的な言葉を使用しない等、言葉遣いには気を付けている。食器洗いや畑仕事など役割のある暮らしを支援してその人らしい誇りある暮らしが続けられるようにしている。写真の掲示なども含めて個人のプライバシー保護に対する丁寧な対応が見られた。	
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	本人の思いや希望があれば積極的に聞くようにしている。		
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	職員の都合が優先されるのではなく、その人のペースを大事にするよう心掛けている。		
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	その人の身だしなみ、おしゃれを尊重している。		
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	食事の準備や片付けができる人にはやっもらっている。	調理専門の職員が当日冷蔵庫の食材を確かめて献立を考え、スーパーに買い物に行き、食事の用意をしており、常に季節の食材を使った食卓にしている。食事はそれぞれのユニットの台所で1週間交代で作っており、料理好きな利用者は他のユニットでの食事作りを手伝いに行く事もある等、作ることも楽しんでいる。食事の際には介助を必要とする利用者への丁寧な介助や周りの利用者への言葉かけ等、気を配りながら和やかな雰囲気であった。	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事の量や栄養のバランスを考えた支援をしている。		
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、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	口腔ケアのできる人には毎食後してもらっている。		

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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むけた支援を行っている	できる限りオムツの使用を減らせるよう支援している。	立位が取れる場合はリハビリパンツやパットを利用し、オムツを使用しないケアを実施している。それぞれのパターンに応じて声掛け・誘導をして夜間も含めてトイレでの排泄を支援している。車椅子で排泄に時間のかかる利用者の中には居室にポータブルトイレを置いて個人のペースでゆっくりと排泄できるような工夫をしている。	
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	水分量を把握し、また運動へ働きかけ予防に取り組んでいる。		
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、個々にそった支援をしている	一人ひとりの希望を尊重し楽しめるよう支援している。	午後1時30分頃から入浴を開始して、各利用者は概ね週3回を目安に入浴しているが、毎日入浴している利用者もいる。足ふきマットやタオルなどは一人ひとり交換して感染症予防を図っている。拒否がある場合には朝から入浴日であることを知らせたり、入浴日を決める等の工夫をしてスムーズな入浴を促している。入浴剤で温泉気分を味わってもらったり、誰かと一緒に入浴する事などで楽しんで入浴できるようにしている。	
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	一人ひとりの習慣を把握し安心して過ごせるよう支援している。		
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	ミーティング時などに薬の勉強会をし把握に努めている。薬剤師と連携をとり、わかりやすい処方薬		
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	一人ひとりの趣味や楽しみを把握し楽しく過ごせるよう支援している。		
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。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	日常的に散歩する機会を取り入れ希望に沿って外出できるよう支援している。	菜園の手入れや花の世話など外気浴の機会を多くし、近くのコンビニへの買い物、散歩など気分転換の外出は頻繁に行っている。ひな祭りや花見等の行事としての外出は月1回計画して日頃なかなか行けない場所や毎年恒例になっている場所へ出かけている。外食をしたり、墓参りや法事、七五三のお祝いなど家族の協力を得ての外出も多い。	

自己	外部	項目	自己評価	外部評価	
			実践状況	実践状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	外出時などに買い物を自分でできるよう支援している。		
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	本人の希望があればいつでも電話することができるよう支援している。		
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	共用空間で不快や混乱をまねかぬよう明るさや温度等に気を付けて支援している。	居間のテーブルにはそれぞれに花が活けてあり、窓際のソファや見やすい時計、大きな文字のカレンダー等、利用者が寛ぎ、ゆっくりと過ごせるようにとの配慮が随所に見られた。壁に飾られている利用者の作品などからは利用者が楽しく充実した日々を過ごされている様子がうかがえた。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	一人になれる空間や気の合った利用者同士が過ごせる空間を確保している。		
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	居室等は馴染みのものをできる限り持ってきてもらうようにしている。	各居室はクローゼット等の収納部分が大きくあり、物置台にはそれぞれが仏壇やテレビなどを置いたり、家族の写真などを飾り、それぞれに個性的な居室づくりをしている。家族が頻繁に訪問されている利用者の部屋には家族用の椅子を置いたり、ポータブルトイレを置いたり等、一人ひとりの状況や状態に合わせた居室づくりをしてそれぞれが居心地良く過ごせるように工夫している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」「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	建物内部はできる限り安全に生活してもらえるよう努力している。		

(別紙4(2))

事業所名: グループホーム グッドライフまかべ

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 4 月 6 日

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。
目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

【目標達成計画】					
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	26	利用者の思いや意向の把握とそれに応じるケアの実践を心掛けているが、その一連の過程がケアプランに記載されないことが多い。一方で、誰もが行う日課の記載が多くを占めている。それにより利用者の生活を良くする介護職員のアイデアがケアプランに記載されにくい。介護記録(ケース記録)にも記録されていない。	利用者や家族の思いや意向はこれまで通り職員が日々把握し、カンファレンスの場で利用者の生活を良くするアイデアを出す。それを踏まえて明解にケアプランに記載する。	計画作成担当者は、介護職員が掴んだ利用者の思いや意向を取り入れ、ケアプランを作成する。職員は、カンファレンスやモニタリングで気づきや意見を発信し、ケアプランに対応する記録をとる。3か月後、または6か月後に記録を活用したモニタリングを行う。	6ヶ月
2					ヶ月
3					ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。