

### 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	2019年10月	評価結果市町村受理日	2020年4月14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	<a href="http://www.kaijokensaku_mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0875100018-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaijokensaku_mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhou_detail_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0875100018-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

**【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4637-2		
訪問調査日	2019年12月13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。生きている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こうな、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)】**

市内の主要道路沿いに立地し、周辺にはショッピングセンターやガソリンスタンド、食堂などがあり、日常的に買い物や外出に出掛けやすい便利な環境である。地域に向けた取り組みとして、認知症サポーター養成講座の開催や認知症についての相談を受け入れるなど、地域に根ざした関わりをもつ、活気ある施設である。

**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る (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	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			

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	hou	
			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
<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	事業所の理念があり、その理念を大切に運営している。理念は入社時に必ず説明し、朝に理念の復唱を行う。	法人理念をもとに、施設独自の理念を作成しているほか、月間目標を掲げて支援に繋がっている。自宅の延長として、利用者一人一人が自由に過ごせるように支援している。	
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	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。	自治会に加入しており、ひな祭り等に出掛けている。学生の職業体験など、依頼があれば受け入れたいと考えている。定期的なボランティアの介入は少ない。	
3		○事業所を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、定期的に関係施設との取組みを報告している。意見をサービス向上に活かせるよう努力している。	奇数月の第3火曜日に行っている。行政、区長、民生委員、利用者家族が参加している。参加されないご家族には、議事録を玄関に置いて、訪問時に確認できるようにしている。	運営推進会議のあり方について検討して頂き、サービス向上に繋がるような取り組みとなるよう期待する。
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り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	主に介護保険課、地域包括センター、社会福祉課と、入居者や入居者になる方についての情報交換、相談をして協力関係をとっている。	行政からの紹介で利用に繋がった方もいる。また行政からは、身元保障等の代行をしてくれる制度や団体を紹介された。定期的にケアマネジャーの連絡協議会に参加している。	
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、社内研修や身体拘束廃止委員会などを通じて理解を深めている。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。	委員会を立上げ、身体拘束を行わないケアについて話し合っている。指針は、行政に確認をする予定。ベッド柵、スピーチロックなどについて、今後検討していく。	
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	不適切な介護が行われないよう、また段階的に増大しないよう努めている。		

自己	外部	項目	自己評価	hou	
			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	日常生活自立支援制度や青年後見制度は、必要があれば紹介できるようにしている。		
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、不明な点や疑問がないか尋ねる。		
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、家族の面会時に出来事をお伝えしたり、利用者と会話したりする中から、意見・要望を見つけ、できることは応えるようにしている。	身近な要望にはその都度対応している。訪問理容を利用した方の家族から苦情があり、髪型の希望を具体的に依頼するよう変更した。 利用者からは、日々の支援を通して意見を聞いている。	
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	定期的な面談や勉強会を代表者・管理者が職員の意見や提案をきく機会としている。不定期で職員にアンケートをとることがある。	月1回職員会議を開催している。研修報告、業務に関わる情報共有や意見交換を行っている。定期的に年2回の面談を行っている。	
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	職員の評価基準を定め、処遇に反映している。入社時や面談時に労働環境や勤務形態の希望があればできるかぎり叶えるよう努めている。		
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	職員は法人内外の研修に業務として参加する機会があるほか、本人の希望によっても参加している。インターネット配信の動画研修も受講できるようにしている。		
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	市内で開催されるケアマネ会や認知症介護サポーター養成講座に参加している。		

自己	外部	項目	自己評価	hou	
			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
<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	相談や契約、入居のときに要望や意見をきき、要望や不安に応えられるよう努めている。		
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	介護サービスの利用を希望される本人と家族の事情や相談を聞き取っている。居宅サービスや市外の事業所、介護保険の認定を紹介したことがある。		
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	理念に定めて利用者の立場を尊重している。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	お互い助け合いながら関係を築いている。		
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。	定期的に関係と買い物や外食に出掛けたり、家族の協力のもと、身内の七五三や法事などに出席する利用者がある。地元の名物を希望し、食する方もいる。	
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	hou	
			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。		
<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	日々の生活の中で意向や希望を聞き把握に努めている。	失語症の利用者からは、筆談や表情などから意向を汲み取っている。また、利用者一人一人に合わせた支援を行っている。	
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、関係者から、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。計画を見返し、再プランにつなげている。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。	3~6か月、または随時介護計画を見直している。モニタリングを行っているが、プランに沿った評価方法についても見直して頂く。面会時に家族に説明してサインを頂いている。	
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	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	hou	
			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	事業所が連携体制をとっている医師は決まっているものの、家族の意向をよく聞き、希望する医療を受けられるよう支援している。	月2回の往診がある。突発時は主治医に相談して受診している。通院サービスの利用については同意をとっている。受診後は家族に連絡し、支援記録、介護記録に記入している。薬剤師が介入し、追加処方薬の準備をする。	
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	看護職員がいるため、職員間で随時情報を共有している。医療連携の医院とも情報のやりとりをし、適切な処置や看護、受診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を受けられるよう、また早期に退院できるよう、情報交換や相談を行っている。		
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	重度化した場合や終末期のあり方については、入居時や変化があったときに利用者本人や家族と話し合い、意思表示の書類や同意書をもとに方針を共有している。終末期は医師からの説明の場を設けたうえで判断していただくようにしている。	要望に合わせて、重度化や終末期に向けた支援を行っている。指針をもとに医師が家族に説明している。今後、指針の内容の見直しを検討して頂く。	
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に備えて、職員はマニュアルや指針に沿って行動できるよう努めている。		
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	夜間を想定した避難訓練を行い、迅速かつ安全に避難ができるように努めている。行政区長らに事業所の状況を説明し、地域の理解を得て、災害時の配慮を得られるようにしている。井戸を備えている。	日中夜間想定で避難訓練を行っている。避難誘導時間の短縮を検討していく。福祉避難場所の確認を行う。備品、備蓄はされており、井戸水を近隣に分けられるように準備はしている。	

自己	外部	項目	自己評価	hou	
			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
<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。	入職時には、個人情報の取り扱いについて説明している。排泄時などの声掛けについて、プライバシー確保に努めている。	
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	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	美味しく食べることができることを重視している。食事の準備や片付けができる方にはその能力を発揮できる環境を整えるよう努めている。	1週間毎に調理職員が献立を考えている。お肉やお魚をバランスよく提供をしている。誕生日にはケーキを用意し、弁当を作って出掛けるなど、食事を楽しんでいる。利用者と共に、季節のおはぎやぼた餅を作っている。	
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は体重の推移や検査値、生活歴、医師の所見を踏まえて必要量の確保に努めている。水分量は一日の目標値を定めて確保するようにしている。		
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	毎食後、一人ひとりに合ったかたちで口腔ケアができるよう支援している。		

自己	外部	項目	自己評価	hou	
			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	無理のない範囲で、トイレで排泄ができ、オムツの使用を減らせるよう支援している。	利用者一人一人の排泄パターンを把握して支援している。排泄パターンの把握が難しい利用者についても、スタッフ間で情報の共有を行い、日々の支援に繋げている。	
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	排泄の記録をとり、周期を把握している。水分量を把握し、運動を働きかけて便秘の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ず、個々にそった支援をしている	ある程度入浴の日時は決めさせていただいていますが、利用者の希望を考慮して柔軟にタイミングを変更している。	週2~3回の入浴支援をしている。季節の入浴剤は皮膚の炎症を考慮して使用していない。同性介護士の希望がある場合は、対応している。	
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努めている。		
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	看護職員を中心に職員は服薬の支援と症状の変化を確認している。服薬に変更があれば、ノートや会議で情報を得る体制をとっている。		
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	一人ひとりの趣味や楽しみ、できることを把握し、役割や楽しみの機会を持て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支援している	月に一度外出日を設けて、希望者は外出している。行先を決めるのに利用者の希望をきくことがある。	関連施設の福祉車両を使用して、四季に合わせた外出を楽しんでいる。日常的に近所のスーパーや外食に出掛けている。要望に合わせて、飲酒や喫煙の支援を行っている。	

自己	外部	項目	自己評価	hou	
			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	利用者と家族の関係性にもよるが、手紙や電話でのやり取り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ないよう明るさや温度、配色、配置等に気を付けて支援している。	明るい共有空間になっている。季節の飾りや手作りの作品、イベントの写真が掲示され、落ち着いたある共有空間になっている。	
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	居室へは馴染みのものを持ち込むことができる。	馴染みの家具、椅子などがある。家族写真や趣味の絵、手作り品などが飾られている。仏壇を置いている方もおり、その人らしい居室作りがされていた。	
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: 2020年3月3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	4(3)	運営推進会議の内容や開催方法が固定化されているため、あり方を検討し、サービス向上に繋がるような取り組みを行う必要がある。	会議形式やメンバーなど、現行の開催のあり方に拘らず、事業所の取り組みに新しい角度で意見や指導を頂くことができるような形式で運営推進会議を開催する。	参加されたことがない利用者家族の方や、利用者本人、地域包括支援センターなどにも参加していただけるような回を設けるよう企画を行う。	12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。