

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	0891900011		
法人名	社会福祉法人 若竹会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 牛久コスモス園		
所在地	茨城県牛久市小坂町3388-1		
自己評価作成日	平成28年7月9日	評価結果市町村受理日	平成30年11月5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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JizyosyoCd=0891900011-00&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8月30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)】

<p>利用者様が落ち着いた環境の元、安心して暮らせるよう施設全体で支援している。地域交流も盛んに行い、又、馴染みの支援により地域にも積極的に出て行きかわりを持つよう努めている。医療面では訪問診療が受けられる体制があり、日常の健康管理を行っている。</p>

【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)】

<p>団地の入り口に位置し、保育園が隣接している。区民会館が真向かいにあり、地域との交流も盛んに行われている。運営母体が病院で小規模多機能型居宅介護や有料老人ホームが併設され、常勤の看護師がおり、安心して利用できる体制が整えられている。5s運動で施設内は清潔に保たれ、整理整頓されており、気持ちよく過ごすことができた。</p>

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	法人理念を中心として、職員全員で作らあげた理念がある。理念はステーション内、ホールに掲示し周知している。又、人事考課制度において各職員が目標を立て理念の実践に向け取り組みを行っている。	法人の理念の他にホームの理念やホームの介護理念があり、玄関に掲示し、入職時の職員研修でも説明している。職員は仕事をするうえで理念を意識しており、人事考課時の目標は理念を基本として設定している。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	自治会に加入し、区の行事に参加している。定期清掃、区民会館での催し物、自治会会議に参加。保育園とも交流などを行い、地域とのつながりを日常的に持っている。	今年の地域の夏祭りは酷暑で参加を控えたが、区民会館のイベント等には参加している。小学生の体験学習や保育園児との交流に利用者が喜んでいる。前の道路が通学路であり、子ども110番の看板も設置している。区長の訪問が頻回にあり、情報提供をしてくれ、地域と良好な関係が構築されている。	
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	運営推進会議で民生委員の方を招いて認知症の方への理解を深められるよう事故報告などを通じて情報交換を行っている。又、介護教室やイベントなどの開催も行っている。地域の支援の会に参加している。		
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	二ヶ月に一度、家族代表者、区長、民生委員、市職員、施設関係者が参加し開催している。会議内容は記録して家族、職員へ周知している。会議で出た意見は、その後検討しサービス向上に活かしている。	運営推進会議ではホームの行事や利用者の状況の説明や事故報告を行っている。民生委員の参加が多く、活発な意見交換がある。他地区の民生委員から参加希望が出ていることもあり、検討していきたいと考えている。	
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り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	高齢福祉課、地域包括支援センターなどに事業所状況やサービスの取り組みについて情報提供をしたり、市の介護相談員が来園時に情報交換を行っている。社会福祉協議会主催の研修会に参加している。	運営推進会議には市職員が2名で参加され、適宜情報提供もしてくれる。相談等は市役所に出向いており、連携体制が整っている。毎月2名の介護相談員訪問があり、利用者の様子を報告している。	
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	身体拘束をしないで生活できるよう検討し取り組みを行っている。やむを得ず行う場合は家族の同意をもらう事としている。玄関等は通常安全面を考慮し施錠しているが利用者が出たい時は出られる環境を作っている。	身体拘束等適正化のための指針を整備して職員に周知、6月に第1回委員会を開催した。現在、身体拘束を行っている方はいない。『アメーバ経営』を取り入れ、スピーチロックについて話し合い「ダメ！と言わない」ケア目標を立てて実施中である。拘束に関する研修は、年1～2回行っている。	

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
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	県主催の管理者研修会などに参加し高齢者虐待防止対策について学ぶ機会を作っている。利用者に関しては、日頃より虐待に関する事項について職員に話をして自宅、事業所内で起きないように防止に努めている。		
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	管理者、ケアマネジャーが権利擁護事業や成年後見制度に対する勉強会に参加し、理解をしている。成年後見制度を活用したいという要望があれば社会福祉協議会に繋げていけるように日頃より情報交換している。		
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	契約時は相談員が重要事項説明書、契約書の十分な説明を行い、その都度不安、疑問点の確認を行った上で、署名、捺印をもらっている。制度改定時には新たに説明を行い、理解を得るようにしている。		
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	重要事項説明書に施設の苦情担当窓口、外部の担当窓口を明記している。施設内で苦情報告書を作り、改善を行っている。日常、カンファレンス等で意見、要望、苦情を言いやすい環境を作っている。	糖尿病でおやつを制限されていた方について、家族が医師と相談し、他の入居者と同じおやつを食べることができるようになった例がある。土曜日に外泊、外出させたいとの家族の要望に、職員が送迎を行い支援している。外出傾向にある利用者には、中庭を散歩するなどし対応している。	
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	月に一度全体で行なう会議、各部署で行う会議を開き、意見、提案を聞く機会を設けている。又、年に2回、管理者等と面談があり、そこで個々に意見や提案を聞く場としている。	月1回のケア会議では、他の職員の考え方に視点の違いなどを学ぶことができると感じるほど、活発な意見交換がされている。日常的にも上司と話せる関係はできているが、人事考課面接では直接管理者に希望を伝えることができる。希望休や資格取得支援、研修希望など職員の思いを受けとめてもらうことができている。	
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	人事考課制度に基づき個人目標、スキルアップ目標、勤務態度等の個々の努力、実績を半年ごとに面談を行い確認している。その評価を賞与に反映している。目標においては、個々のやりたいことに取り組めるようにしている。時間外勤務がなくなるように、業務改善等を行っている。		
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	法人で各職員に研修費が割り当てられている。研修終了後には、研修報告を作成し会議等で報告を行っている。法人内でもセミナーなどが随時開催され、勉強会を年間で定めて個々の能力向上に努めている。		

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
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	社会福祉協議会主催のボランティア研修会があり、市内グループホーム間の情報交換会に参加している。又、法人内で月に1回介護職員の事例検討会議や他のグループホームへ研修に行きサービスの質の向上に努めている。		
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	利用するまでの間に本人との面談、家族からの情報を基に本人の状況を確認している。また、本人が安心して利用できるよう見学や体験利用ができる機会を設けている。		
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	利用までに相談員と十分な面談を行い不明な点、心配事について確認しながら相談を進めている。		
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	本人、家族が悩んでいる事を聞き、その必要性に応じて他のサービスを含め情報提供や助言等を行っている。		
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	日中、清掃や洗濯物をたたみながら一緒に会話を楽しんだり、貼り絵やおやつ作り、花の水やりを共同で行っている。認知症の方同士が喜怒哀楽を出せるような環境作りを、職員が間に入り行っている。		
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	本人が家族に会いたいなどの要望があった時には、本人の状態や家族間の状況を踏まえ、会えるような環境を作っている。又、施設では家族と楽しいひと時をすごせるよう催し物などを行なっている。自宅に外出等の希望があれば支援している。		
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	家族等の面会の支援、地域のボランティアなど積極的に受け入れ、地域へ外出する機会を作っている。家族、地域の方が施設に来やすいような雰囲気作り、案内をしている。毎週外食される方や月1回自宅に外出される方の支援をしている。	家族以外の面会や地域の方の訪問が多く、散歩中に顔見知りの方と会ってあいさつすることもある。同敷地内の小規模多機能型居宅介護施設や有料老人ホームの方との交流がある方もいる。美容室は訪問美容を利用。髪形などの希望を聞いて本人の思いに寄り添っている。以前はお墓参りに行く方がいたが、お墓の場所が遠方の方が多く、希望されることがなくなった。	

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
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利用者が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	認知症の症状や相性などにより、座席の配置を考慮し、皆で作業や娯楽を楽しめるよう支援している。その時の、利用者の調子や機嫌等を伺いながら、関わり合いが持てるよう行っている。		
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	他事業所に入所、病院への入院等、サービスが終了しても、その後の状況や経過を確認するようにしている。必要があれば、随時相談を受けるよう関わりを保っている。		
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	本人の話をよく聞き、又、日常の会話の中から希望や意向を確認している。支援した内容については、表情、言動、行動の中からその希望が満たされているか検討をしている。	思いを伝えることができる方が多いが、本音とは限らないので、本当の思いがくみ取れるよう、申し送りノートで職員間の情報共有を図っている。家族とは半年に1回面談を行っており、家族から情報をいただくこともある。	
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	初めの相談時に経歴書において出身地などの生活歴や趣味、特技、嗜好など家族に記入してもらい、把握できるように努めている。入居前に介護士が家族と面談をして本人の生活環境などの確認を行っている。		
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	介護日誌を付け、一日の様子や状態の把握に努めている。又、気になる点は個々の申し送りに記入し把握できるようにしている。本人の状態に応じて書き取りやロコモ体操(施設考案の体操)などを行っている。		
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	利用者、家族に意見、要望を確認しアセスメントを行っている。また、家族、ケアマネジャー、介護職員、看護職員によりカンファレンスを行い、介護計画を作成している。定期的にモニタリングを行っている。	半年毎にケアチェック表でアセスメントを行い、スタッフ会議や家族との面談を経てケアプランを作成。歯の磨き残しが多く、個人で毎週歯科衛生士のサービスを組み込むなど緻密な個別計画が立てられている。ケース記録の書式を改良し、職員は毎日ケアプランに沿ったケアと記録を行い、計画作成者が3月毎にモニタリングを実施して、次の計画に繋げている。	
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	日中の様子を個別にケース記録に記入している。ケアの実践についても介護計画に基づき、記録を行っている。又、気づき、工夫については職員間で共有できるように個々の申し送りノートへ記載している。		

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
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	医療的な事について、施設内にいる看護師に相談することができる。又、利用者の希望によっては、他の事業所の利用者や交流を持つことができる。作業療法士、歯科医師、歯科衛生士、摂食・嚥下障害看護認定看護師などの外部の専門職の関わりがある。		
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	定期的なボランティアの慰問を受け入れている。前にある区民会館の利用をさせてもらっている。団地内にある公園やバス停のベンチなどは散歩の時の休憩場所として活用をさせてもらっている。金曜日に区民会館で行うニコニコカフェに行くことができる。		
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	入所時に主治医の確認を行い、利用者、家族の希望に沿うようにしている。受診時に必要に応じ、日頃の経過がわかるよう情報提供を行っている。又、協力医療機関より訪問診療を受けられる体制が出来ている。	協力医療機関から月2回訪問診療を受け、変化があった時は看護師から家族に連絡をし、記録に残している。専門医の受診は家族介助が基本だが、車いすの方は職員が送迎等の支援を行っている。年2回の健康診断も画像撮影以外は訪問により受けることができる。歯科も訪問で対応できており、利用者の負担が軽減できている。	
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	看護師によりバイタル測定、体重の管理、排便の指示等の日常の健康管理を行っている。又、家族が受診する際には、日頃からの状態を伝え、適切に受診できるよう努めている。		
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。	入院時にも病院の医療相談室と連携を取り、状態の確認を行っている。又、状態の把握や本人が元気になるよう面会に行っている。その他、病院の相談員とも日頃より情報交換を行っている。		
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、事業所の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	重度化については看取りの指針を事前に説明し、入居後本人、家族等と終末期について話し合う機会を設けている。看取りについての勉強会を開き、終末期について事業所に対応できることを看護師、介護士を含めて検討し方針を決めている。	看取りについては契約時に家族に説明し、重篤化したときには医師からの説明を受けて再度家族と話し合い、方針を決定する。看取りの理念を作成し、デスクカンファレンスを実施。お食い閉めにも取り組んでいる。急変時は施設内の看護師が24時間対応しており、職員の安心にも繋がっている。	
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	急変時や事故発生時の対応マニュアルを作成している。又、緊急時の連絡体制や心肺蘇生法、意識レベルについての勉強会を行っている。		

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
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	定期的な施設内部での避難訓練を実施し、年に1回、消防署の協力を得ての避難訓練を行なっている。区長、民生委員にも協力体制についてもお願いをしている。	同建物3事業合同、または単独で年2回避難訓練を実施。夜間想定で行うことが多い。消防署に直結する非常ベルは各施設に設置し、火災・地震対応マニュアルを整備。広域避難所・福祉避難所も把握している。火災予防のため、コンセントや電気器具を定期的に点検・掃除している。非常用備蓄や持ち出しグッズの用意がある。	災害時の避難経路や誘導方法について、職員間で話し合う機会や小さな訓練機会を増やし、利用者・職員のよりスムーズな避難に繋げていただきたい。運営推進会議の日に合わせて行うなど、実情を地域の方に知っていただくことも検討されたい。
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	人生の先輩という事を常に忘れずに、プライドを傷つけないような言葉かけを心がけている。排泄の確認も他の方に聞こえないようにご本人の耳元で声かけを行うようにしている。	食事の時間では、落ち着いた声で丁寧に、一口ずつ言葉をかけながら介助する職員の姿があった。排泄誘導は、耳の遠い方には大きい声になりがちなので、気を付けるようにしているとのこと。面会簿は個人毎の連記式になっている。	
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	職員の押し付けにならないように配慮して、ご本人の希望を伺っている。ご本人が決定しやすいようレクリエーションなど、具体例をあげて選んでいただいている。		
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	日々の状態を把握し、ご本人の希望を伺っている。ご本人のペースで家事を手伝っていただいたり、体調の良くない時はゆっくり過ごしていただいている。		
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	入浴の時の着替えの衣類選びなどご本人と一緒に確認しながら行っている。希望者には理美容のサービスが利用できる。		
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	入居前に嗜好や食事形態の確認をして、その方に合った食事を提供している。月に一度、検討会議を行っている。好きなものを食べられるように家族に持参してもらうなど、協力をお願いしている。	食材は業者を利用。食事づくりは他事業所も含め、配膳まで食堂で行っている。咀嚼嚥下認定看護師の指導により、多様な食事形態に対応しており、パン食希望者には別メニューを用意するなど、個別な対応がなされている。おやつはホーム独自で作ることもある。検討会議は最近2ヶ月に1回になっているが、現場の声を届けている。	
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	食分量、水分量は記録をして一日通しての摂取量を把握している。不足している方には、嗜好や状態を考え必要量摂取できるよう支援している。飲み物は数種類の物を用意して、好きな物を飲んで頂いている。		

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
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、洗面所にて自分自身で行えるよう支援しており、出来ない箇所を介助している。ポリドントなどを用いて義歯の衛生に努めている。必要性や要望に応じて訪問歯科や歯科衛生士の受診等を行っている。		
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	排泄チェック表にて排泄パターンを確認している。行きたいときに行けるように出しているサインを見逃さないよう、又、めんどうだと我慢してしまうことがないように声かけのタイミングを工夫している。	排泄の誘導は個人のパターンに合わせて行う。夜間、ポータブルトイレを使用されている方には、L字柵等で安定を図っている。体操や水分チェック、腹部マッサージなど行い、自然排便に努めている。便秘気味の方は看護師が把握し、支援している。	
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	毎日、健康体操を行って体を動かしたり、水分を多めに摂って頂いている。排便状況をみてセンナ茶の飲用や腹部のマッサージ、看護師に相談し便秘薬の調整をしている。又、日頃より便の状態をよく観察している。		
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	ご本人の希望を伺い、入りたくない時には無理強いせず日にちを変更して行っている。お湯の温度は個々に合わせ、入浴剤などを用いてゆっくり入って頂けるようにしている。	入浴拒否傾向の方にも、基本的に週2回の入浴を支援している。重度の方は同建物内の小規模多機能型居宅介護事業所の機械浴利用で安全に入浴できるようにしている。脱衣所にもエアコンが整備され、足拭きマットは個人毎に交換している。ゆず湯などの季節の湯を楽しんだり、看取りの時にバラ湯を実施したことがある。	
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	前日の睡眠状況を見ながら支援している。空調などにより寝やすいよう温度調整を行っている。夜間、不安等で起きてくる方には安心していただけるよう声かけしている。安眠できるよう日光浴等取り組みを行っている。		
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	薬情報として、薬の説明書きをファイルしている。薬の変化があった時には、申し送りにてきちんと把握できるようにしている。		
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	日常的に行っている掃除や洗濯物干し、洗濯物たたみなどを行っている。天気の良い日は団体内を散歩したり、中庭で草木の水やりなどを行っている。		

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
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	希望者には区民会館での催し物、保育園との交流会、外食、ドライブなど戸外に出る機会を作っている。又、家族と一緒に花見、団地内のお祭りなどに行けるよう支援している。外出の際には団地のボランティアさんに協力してもらっている。	今年の夏は本当に暑く、施設外の散歩には行けなかったが、中庭には出ることがあった。区民会館の行事に参加する時や自宅に帰宅する時、必要であれば送迎を行うなど、個別に支援している。民俗資料館や水郷公園、花見などに出かけている。	
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	希望があれば、自動販売機等でお金を使えるよう支援をしている。また、外出する機会があれば、買い物などの支援を行っている。		
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	電話や手紙を書きたいと言う希望があれば、やり取りができるようにしている。公衆電話を施設の二階に設置している。携帯電話が所持できる方は、自由にかけていただいている。		
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	畳やソファを置き、横になれるスペースを作っている。又、利用者様が作成したものを掲示したり、季節にあったものを飾るようにしている。掲示物はきれいに整理して飾るようにしている。5S活動を行い居心地よく過ごせるようにしている。	常に5S(整理・整頓・清掃・清潔・しつけ)のルールに則って活動を実施、心地よく過ごしながら安全対策、事故予防に繋げている。食堂からは桜の大木が見え「今は百日紅が満開」と利用者が教えてくれた。居ながらにして季節を見ることができる環境である。廊下には塗り絵などが飾られ、居室の名札もきれいな折り紙で装飾されていた。	
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	廊下に利用者がよく日向ぼっこする場所があり、そこに椅子を置き、その場所が独りで過ごせる場所となっている。気の合った方同士は、食堂や畳の空間で過ごすことができる。中庭にも出て過ごせるようにしている。		
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	ベッド以外の家具類は使い慣れたものを使用して頂いたり、昔撮った写真や好きな物などを掲示する等の支援をしている。又、認知症の方が、安全で混乱しないような居室空間作りに努めている。	ベッドと洗面所が各室に整備され、口腔ケアなどを居室で行うことができる。鏡台やタンス、チェストを置いたり、自作の塗り絵や家族の写真が飾られるなど、個別の居室づくりがされていた。	
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	建物内はバリアフリーになっており、トイレ、廊下、浴室にも手すりが設置されており、自立した生活が送れるようにしている。		

(別紙4(2))

事業所名: 認知症対応型共同生活介護 牛久コスモス園

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 11 月 1 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	35	災害時の避難経路や誘導方法について、職員間で話し合う機会を増やしたい。地域の方にも施設における避難の在り方を理解して欲しい。	・職員への避難訓練の理解を深める。 ・地域の方との避難訓練の企画、実施。	・職員への避難訓練の実施回数を増やして理解を深めていく。 ・運営推進会議等を利用して地域の方、市役所の方にも参加を促していけるように企画、実施をする。 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。