

### 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   | 0872100482        |            |            |
| 法人名     | 株式会社 テンダーケアジャパン   |            |            |
| 事業所名    | ケアホーム テンダーの杜 つだ   |            |            |
| 所在地     | 茨城県ひたちなか市津田1953-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成28年 8月 30日      | 評価結果市町村受理日 | 平成29年1月27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.kaisokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=0872100482-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=02">http://www.kaisokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&amp;JigyosvoCd=0872100482-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=02</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字千束4637-2 |
| 訪問調査日 | 平成28年10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)】**

木のぬくもりの中で、利用者様の自己決定を最優先に考え、落ち着いた雰囲気の中で安心した生活が送れるよう支援させて頂いております。

**【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)】**

木のぬくもりを感じさせる木造平屋建てのホームは広い道路に面したところにある。道を挟んだ向かい側にはコンビニエンスストアがあり、利用者の外出の場にもなっている。管理者をはじめ職員は、利用者を第一に考え、感謝の気持ちを持ち、個性を大切に、それぞれのニーズに応じた個別のケアに取り組んでいる。職員からは少人数ならではの取り組みができ、働き甲斐を感じるという話が聞けた。理念に掲げられている「職場の和を大切に、互いに助け合い自己研さんに努めます」の文字通り、チームワークの良さが感じられた。また、県の介護職員養成機関の実習生の受け入れも行っており、ホームの職員と共に広く介護教育にも携わっている。

**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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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<br>(参考項目:36,37)  | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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 |
| <b>I 理念に基づく運営</b> |     |  |  |   |                   |
| 1                 | (1) | ○理念の共有と実践<br>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、地域に根ざしたホーム作りを目指している。                           | 法人全体の理念を基本とし、玄関や事務所など目につきやすい所に「お客様を第一に考え、常に感謝の気持ちで接し、最高のサービスを提供します。」と掲示してみんなで共有している。ホーム独自の理念について話し合っているが、完成に至っていない。   |                   |
| 2                 | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                           | 地域の夏祭りに招待されたり、近所の保育所とも交流している。また、散歩や買い物・外食を行うことで地域と交流している。  | 夏祭りや津田の保育所との交流会にデイサービス利用者と一緒に参加する。大きなイベントは行っていないが、ボランティアの人に来て貰っている。散歩は、歩道を職員と一緒に歩いたり、道を挟んだコンビニへ買い物に行きながら出会った人と挨拶を交わす。 |                   |
| 3                 |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                         | 人材育成の貢献として実習生や学生の介護体験を積極的に受け入れている。                         |   |                   |
| 4                 | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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      | 運営推進会議を定期的に行い、議事録を全職員に回覧している。                              | 奇数月に実施。参加者にはいろいろな意見を出してもらっている。利用状況、活動状況の報告が主な議題となっている。自治会長、家族代表、利用者代表が参加。デイサービスと合同で実施している。                            |                   |
| 5                 | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                | グループホーム懇親会には毎回参加し、意見交換をしている。高齢福祉課の担当者には疑問などを質問、相談している。     | 市の介護保険課から介護相談員を受け入れ、利用者の話をじっくり聞いてもらい、市とのパイプ役にもなっている。ひたちなか市内のグループホームで、高齢福祉課参加のもと懇親会を行っている。お互いの情報交換ができる。                |                   |
| 6                 | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指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 | 身体拘束はいけないことを理解し、玄関は鍵をかけず、いつでも出入りが自由にしており、さり気なく付き添い見守りしている。 | 身体拘束にあたる行為について、国のガイドラインは理解している。行動をとめることのないような介護を目指している。形として見えにくい、言葉での行動抑制についても気を付けている。                                |                   |

| 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<br>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        | 管理者や職員は、虐待に対しての重要性を理解し、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<br>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    | 今後の課題としている。  |  |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約又はや改定等の際は、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                        | 契約や解約時等には利用者や家族に対し十分な説明をしている。また、不安や疑問がないか尋ね、声を掛けている。 |  |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 意見箱を設置したり、運営推進会議にも出席して頂いている。                         | 日常生活の様子は、それぞれの家族にお便りを通してお知らせし、面会時に意見を出していただけるよう配慮している。   |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | ミーティング等で出された意見は検討し反映している。                            | 月1回のミーティングは言いやすい雰囲気である。異動は職員の希望が取り入れられている。管理者は会議で出された意見以外でも、日頃の会話の中で職員の気づきを逃さないようにし、会議で話し合ったうえで反映している。 |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 代表者は時間を作り、現場に顔を出し、利用者や職員の言動を把握するよう努め、時には個人面談を行っている。  |  |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 個人の能力に合わせ、外部研修に参加させたり、毎月行われる全体会議は全員出席を原則としている。       |  |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | グループホーム懇親会に参加し、定期的に情報交換を行い、サービスの向上に向け努力している。         |  |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | ケアマネージャーから情報を頂いたり、本人・家族との事前面談で生活状況や入所後の意向を把握するように努めている。   |  |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 家族が望んでいることを理解し、事業所としてどのような対応が出来るか、事前に話し合いをしている。           |  |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | ケアマネージャーやソーシャルワーカー、利用中の他事業所と相談し、必要としているのは何かを理解するよう努力している。 |  |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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楽しんでいる                       | 職員は、食事の盛り付けや片付け、洗濯物を畳む等、利用者と一緒に話し合いを楽しんでいる。               |  |                   |
| 19                         |     | ○本人と共に支えあう家族との関係<br>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         | 病院受診や日用品の持参、外食を楽しまれる等、利用者を一緒に支えていく関係を築いている。               |  |                   |
| 20                         | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 面会は誰でも自由にでき、家族や職員と一緒に馴染みの場所へも外出できるようにしている。                | 馴染みの場所は自宅と考えているが、実際の外出は難しいと思う。デイサービスに夫が来ている利用者は、お互いに交流している。(デイに出向く、ホームに来る)ホームでは、職員を家族と同じように感じるほど馴染みの関係が出来上がっている。家族と墓参りに行く人もいる。 |                   |
| 21                         |     | ○利用者同士の関係の支援<br>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず、利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている                 | 職員は利用者同士の関係を理解しており、支え合えるように支援している。                        |  |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、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                     | 移転先への情報提供を行い、何か困ったことがあればいつでも相談にのれることを伝えている。                           |   |                   |
| <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<br>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   | 自宅での生活状況や現在の思いを把握し、本人と話し合いながら支援している。意思疎通の困難な方には、家族や関係者から情報を得るようにしている。 | 利用開始時、自宅に行き家族から話を聞き、生活習慣などの情報を集める。入院から利用の時は病院で聞く。趣味の記録が実態調査票にある。話をきける家族がいない場合は、利用後の情報収集となり、その時々利用者の思いを把握していく。           |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 事前訪問を行い、本人や家族、担当ケアマネジャーから情報を得ている。                                     |   |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | 日々の関わりの中で一人ひとりの過ごし方を把握したり、全体会議で職員全員で確認している。                           |   |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 管理者や担当者は本人や家族、職員から情報収集に努め、介護計画に反映している。                                | 介護支援経過表、モニタリングシート、アセスメントシート(基本情報)等、丁寧に記録されている。ケアプランは本人の状態を良く見て作成し、状態変化があれば随時見直す。日々の状況を記録した生活記録、業務日誌、申し送りノートからの転記となっている。 |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 毎日各利用者の生活記録や申し送りノートに記入し、情報共有して支援している。                                 |   |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 本人や家族の状況に応じて、通院や送迎等、必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるようにしている。                   |   |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 運営推進会議に民生委員や地域包括支援センターの職員が参加して下さり、近隣の情報や支援に関する情報を頂いている。  |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 入所時に本人のかかりつけ医を確認し入所後も継続してかかりつけ医を受診できるようにしている。また、希望に応じて協力医に変更できるように支援している。状況の変化時はかかりつけ医と連携している。 | 訪問診療で日常生活の健康管理はされている。かかりつけ医への受診は家族が付き添うが、ホームでの様子を伝えるために職員が付き添うこともある。診療記録には一人ひとりに受診日、受診内容等が記されている。                         |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 体調や些細な表情の変化を見逃さないよう早期発見に努めている。変化が見られた時は主治医や看護師に相談し支持を頂いている。                                    |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には本人への支援方法に関する情報を医療機関に提供している。入院後も家族や医療機関と連携を図り、早期退院に向けて支援している。                              |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 入所時には本人や家族の意向を確認している。医師、看護師と連携を図り、安心して納得した最期を迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。                      | 看取りの実績はないが、急変により搬送、病院で死亡の例はある。本人のレベルに合わせて随時話し合いを行い、意思の再確認をしている。急変時の対応についての希望も聞いている。本人の体調の変化と、重度化に向けて話し合う時期についての勉強会を行っている。 |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | かかりつけ医や看護師に利用者の体調に関する留意点を確認している。また、消防の救命救急の研修に参加したり、AED講習もやっている。                               |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 夜間を想定した消防訓練を定期的に行っている。また、近所のコンビニや運送会社へ協力をお願いしている。  | 消防署立ち合いのもと避難訓練を行っている。夜間想定もやっている。火災予防のため厨房はIH対応になっている。自然災害はあまり考えられないが、いろいろな場面を想定した訓練を行っている。                                |                   |

| 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 |
| <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<br>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                   | 職員一人ひとりが利用者の人格を尊重した対応を心掛けている。また、プライバシーにも十分配慮している。                           | 個人情報の取り扱いについて家族への説明を行っている。気を付けていることは、馴染みの言葉を使っても相手の立場を考えた言い方をすること。  |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 利用者一人ひとりの状態に合わせた声掛けをし、意思疎通が困難な方には表情を読み取ったり、家族に思いを聞き、出来るだけ自己決定できるよう支援している。   |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 基本的な一日の流れはあるが、利用者一人ひとりのその日の体調に合わせて本人の気持ちを尊重して対応している。                        |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 毎朝利用者にその日に着たい服を選んで頂いている。また、無料散髪では好きな髪型にできるよう支援している。入所前からの理美容室へ家族と出掛けられる。    |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 家庭菜園で採れた野菜を切ったり味付けし盛り付けたり職員と一緒にしている。その方の能力に合わせておしぼりを用意したり食器洗いやお盆拭きをお願いしている。 | 食材は業者委託、イベント食も献立に入っている。体調に合わせた個々の調整も行っている。季節によってはホームの畑で採れた野菜で一品作ることもある。誕生日の人を連れて外食したり、外来受診時に家族と外食を楽しむ人もいる。おやつにはおはぎを作ることもあり、常にコーヒー、紅茶の用意がある。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 利用者一人ひとりの食事摂取量を把握し、本人の好きな物を食べやすいように提供している。                                  |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                  | 利用者の状態に合わせて歯磨きの声掛けを行っている。利用者の状態によってはガーゼで口腔ケアを行っている。月1回歯科往診も行っている。           |   |                   |

| 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 |
| 43 | (16) | ○排泄の自立支援<br>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                              | 排泄チェック表を付け、利用者一人ひとりの排泄パターンを把握しその方に合わせた支援を行っている。下痢や便秘時は適宜、医師に相談している。    | 排泄チェック表でパターンを把握、必要に応じて声掛けする。各部屋のトイレを使用し、車いすの人はズボンの上げ下ろしの手伝いをする。居室が遠い場合、共用のトイレ使用する。夜間は巡回のときに介助、気になる人はこまめに訪室している。 |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 体操や散歩などを行い活動量を維持できるように支援している。また、個別に牛乳やヨーグルトなどの乳製品を摂取して頂いている。           |   |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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                        | 入浴時間はだいたい決まっているが、出来るだけその方の希望やタイミングに合わせている。希望時にはデイサービスで入浴を楽しまれている。      | 午後の時間帯に入浴している。デイサービスの広い浴室での入浴を希望する人や行ってみたいという人もいるので、開いている時間帯に利用することもある。感染予防のために足拭きマットは一人ひとり変えている。               |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | なるべく日中の活動を促し、生活リズムを整えるようにしている。利用者一人ひとりの体調や気分に合わせて、和室や自室で休息できるよう支援している。 |   |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 職員は薬の重要性を理解しており、症状の変化時には医師や看護師、薬剤師に相談している。                             |   |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 利用者一人ひとりに合わせて、軽作業をお願いしている。趣味を継続できるよう家族にも協力して頂いている。                     |   |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | その日の天気や状況に合わせて散歩に出掛けたりしている。また、お花見や希望の場所へ外出の支援を行っている。                   | 菖蒲園、さくらや菊などの花見に行く。グループ外出希望の人、個人対応希望、それぞれに合わせた対応をしている。特別な誕生日外出や日常的な散歩、コンビニでの買い物、洋服等の買い物などいろいろ外出の機会はある。           |                   |



| 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 |
| 50 |      | <p>○お金の所持や使うことの支援</p> <p>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</p>  | <p>受診や買い物に行った時は、本人の財布から支払いをして頂いている。お金は本人もしくは施設管理を入所時に確認している。</p>                            |   |                   |
| 51 |      | <p>○電話や手紙の支援</p> <p>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</p>   | <p>いつでも電話ができるようにホーム内に公衆電話を設置しており、希望があれば職員が電話を掛け、家族と話ができるように支援している。また、携帯電話を使用している利用者もいる。</p> |   |                   |
| 52 | (19) | <p>○居心地のよい共用空間づくり</p> <p>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</p> | <p>自然の優しい日差しが入るように配慮している。また、玄関先には草花を飾り季節感を感じて頂けるようにしている。</p>                                | <p>職員の顔写真があり、家族が訪問した時にわかりやすくなっている。共有スペースの壁には、一人ひとりが書いた色紙が飾ってある。天窓からの直射日光を避けるためのタペストリーが食堂にかけてある。大きな文字の見やすいカレンダーがあったり、イベントの写真もある。</p> |                   |
| 53 |      | <p>○共用空間における一人ひとりの居場所づくり</p> <p>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</p>  | <p>和室、屋外のウッドデッキにはテーブル、椅子があり、利用者一人ひとりが思い思いに過ごしている。気の合う利用者同士、居室で談話する姿もある。</p>                 |   |                   |
| 54 | (20) | <p>○居心地よく過ごせる居室の配慮</p> <p>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</p>  | <p>居室には各利用者の思い出の品物や写真などを持ち込んで頂いており、安心して生活して頂けるよう配慮している。</p>                                 | <p>各部屋に洗面台、トイレ、靴箱がある。ベッドを持ち込む人、畳を利用して布団を敷いている人も。趣味の手芸で飾られている部屋、壁面に塗り絵やカレンダーを貼ったり、家族の写真を飾ったり、思い思いのレイアウトになっている。靴箱の上に花を飾っている部屋もある。</p> |                   |
| 55 |      | <p>○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり</p> <p>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</p>   | <p>利用者の身体状況に合わせ、必要な目印を付けたり物の配置に配慮している。</p>  |   |                   |

(別紙4(2))

事業所名: ケアホーム テンダーの杜 つだ

## 目標達成計画

作成日: 平成29年1月20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        | 1    | 事業所独自の年間目標は、定めるようになったが理念が定められていない。事業所の個性を出せていない。           | 事業所の個性が出せるように独自の理念を定め、その理念を共有し業務に取り組んでいく。 | 職員会議の際に職員全員で話し合いをし理念を検討する。管理者、リーダーが検討した内容をまとめる。  | 6ヶ月        |
| 2        | 26   | ご本人、ご家族からのアセスメントを基に介護計画を作成しているが、ご本人の趣味やご家族の要望などの反映が不足している。 | 介護計画にご本人の趣味、ご家族の要望などを今まで以上に反映させる。         | ご本人との普段の何気ない会話の中で趣味や楽しみ事などを情報収集すると共に、ご家族には面会時などに要望を聞きながら、ご本人の生活の中に楽しみが増すような介護計画の作成をしていく。 | 6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。