

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26年9月22日	評価結果市町村受理日	平成27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	http://www.kaiigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0872100482-00&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26年11月17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に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)】

平成15年設立のホームは法人の代表も参加しての職員会議を開催しており、ホームの特色を活かしながらも法人の理念が事業所にしっかりと伝わり利用者を中心としたケアが実施されている。玄関は常に施錠されており利用者が出入りしており、その都度職員が付き添っている様子は利用者の安全を守りながらも利用者本位の自由な暮らしを支えている職員の仕事ぶりが見られた。長年の地域との付き合いが災害時における地域の協力や高齢者クラブへの参加となって利用者の日々の暮らしを豊かにし安全・安心を支える仕組みを作っている。管理者は職員一人ひとりの長所を大切に励ましの声かけ等を行い和やかな職場作りを目指しており、ホーム全体にゆったりとした雰囲気があり、利用者に居心地のよい環境になっている。家族や友人・知人が訪れ易い雰囲気もあり、利用者は様々な人達と接しながら趣味や外出等を楽しみ、医師・看護師と24時間何時でも連絡できる仕組みや看取りの体制も整っている中で安心した暮らしをしている。
--

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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 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、その時々々の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)	<input type="radio"/> 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、地域に根ざしたホーム作りを目指している。	開設当初からの法人の理念を全職員が共有し、常に利用者を中心としたサービスの提供に努めている。毎月実施する職員会議には法人の代表も出席して理念にそったケアの実践を確認する等、日々理念にそったケアができるよう取り組んでいる。	認知症ケアについての地域住民の意識変化等も考慮し、法人の理念を大切にしながら地域密着型サービスの意義や事業所の役割などを意識し、ホーム独自の年間目標などの作成を全職員で話し合われることに期待したい。
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	地域の夏祭りに招待されたり、特別支援学校や保育所と交流している。また、散歩や買い物などを行うことで地域と交流をしている。	近くの保育園・特別支援学校などは運動会に招待されたり、ホームに招待したりしての付き合いを長く続けており、公民館の行事等にも参加するなど地域の住民と日常的に親しく交流をしている。最近では地域の高齢者クラブからの誘いもありホームの利用者は地域の一員として受け入れられ地域との交流はより深いものとなっている。	
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	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 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開催し、議事録を職員全員に回覧している。	利用者・家族・自治会代表・民生委員などの出席を得て2ヶ月に1回に開催している。ホームの活動状況等を丁寧に知らせると共に、質疑応答の時間を設け出席者から様々な意見を頂き、率直な疑問にも応え、地域の催し等の情報を頂くなど運営推進会議をとおして地元との協力関係をより密接なものとする取り組みをしている。	
5	(4)	○市町村との連携 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出席し、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。	運営推進会議ではホームの実情を丁寧に知らせ、毎月1回ホームを訪れる介護相談員には利用者の日頃の暮らしぶりをつぶさに見ていただいております。包括支援センター主催のグループホーム懇親会などに参加するなど積極的に協力関係作りを進めている。市の担当者とは必要に応じて何時でも相談できる良い関係ができています。	
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	身体拘束をしない取り組みとして職員全員で勉強会を行っている。また、玄関は施錠せずいつでも出入りが自由にしており、気付いた職員がさり気なく付いている。	全職員が定期的に研修を受講して身体拘束についての正しい知識を身につけ、常に拘束のないケアを実施している。玄関のドアには施錠がなく、利用者は何時でも自由に外に出られるようになっており、頻りに外に出て行く利用者には職員が付き添い気分が落ち着くまで外歩きに付き合うなど利用者の気持ちにそった丁寧なケアが実施されている。	
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	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。		

茨城県 ケアホームテンダーの杜つだ

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	今後に向けての課題としている。		
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、常に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 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、家族には運営推進会議にも出席して頂いている。	家族へのお便りは個別に作成しており、それぞれの近況を丁寧に知らせ訪問の少ない家族へも利用者の日々の様子がわかるようにしている。訪問時には会話の中で家族への気遣いを示したりしながらゆっくり話のできる時間をつくり、それぞれの意見や要望を話して頂けるようにしている。利用者・家族からの意見・要望等は毎月1回の法人全体会議で検討し運営に反映させる仕組みを作っている。	
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	ミーティング等で出された意見は検討し反映している。	毎月の会議や日々の会話の中で常に職員の気づきや意見を聴いている。年2回は個別に面談をしてそれぞれの思いを聴く機会を設けている。管理者は常に職員の長所の発見に努めており、良い点を認め積極的に評価する事でリラックスした環境をつくり職員それぞれが伸び伸びと意見や要望・提案などを言い易くしている。職員からの要望などは職員会議で検討したり、場合によっては管理者による会議で検討し運営に反映させている。	
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	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 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 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	地区ではグループホーム懇親会があり、定期的に情報交換し、サービスの向上に向けて努力している。		

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
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	入所前にケアマネジャーから情報を頂いたり、本人・家族との事前面談で自宅での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 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 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	ケアマネジャーや病院のソーシャルワーカー、利用中の他事業所と相談し、必要としていることは何かを理解するよう努めている。		
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	職員は、食器の片付けや洗濯物をたたみなどを利用者と一緒に取り組み、会話を楽しんでいる。		
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	病院受診や日用品の持参を家族に依頼したりし、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 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、家族や職員と共に馴染みの場所へも外出できるようにしている。	ホーム内に公衆電話が設置してあり、何時でも好きな時間に親しい方々に連絡できるようにしている。また中には携帯電話を所持し自宅に居た時と同じように自由に近況を知らせあっている利用者もいる。家族や友人の訪問が頻繁にあり、デイサービスに来る知人等も面会に訪れている。家族と一緒に馴染みの場所への外出したり、行き付けの美容院等へも楽しみに出かけたりにしている。	
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 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	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。		
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	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。	利用開始時に本人や家族から暮らし方の希望等を聴き、起床時間や声かけのタイミング、散歩などの外出等それぞれの要望に合わせた対応をしている。また日々の生活の中で変化する思いや意向の把握についてはセンター方式の一部を活用したり、申し送りノートに職員の気づき等を記し、全職員で本人本位の検討をしながら利用者のその時々を把握している。	
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	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 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 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。	丁寧なアセスメントを基に本人・家族の希望を取り入れながら介護計画を作成している。生活記録や担当者会議での話し合いを基に計画担当者によるモニタリングが実施され、定期的な見直しや利用者一人ひとりの状態に応じた随時の見直しも丁寧に行われている。	本人の健康状態や身体機能に合わせた介護計画を大切にしながらも、職員のアイデアや家族の協力等も含めて、生活の中に本人の楽しみ事なども取り入れた暮らしぶりに反映できる計画の作成について検討される事を期待したい。
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	毎日各利用者の生活記録に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 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、通院や送迎など、必要な支援は柔軟に対応し、個々の満足度を高めるよう対応している。		

茨城県 ケアホームテンダーの杜つた

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
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員が参加して下さり、周辺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 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。状況変化時にはかかりつけ医と連携している。	従来からのかかりつけ医への受診を家族付き添いで継続しており、定期的な受診以外の専門医などへの受診に際しては職員も同行しホームでの状況を伝えている。半数以上の利用者は毎月2回の往診を実施して常に健康状態を把握し状態に応じた適切な医療が受けられるようになっている。家族同行の受診も含めてそれぞれの受診結果は受診記録に丁寧に記載し本人・家族・医療機関・職員が共有できるようにしており、また緊急の場合にも対応できるようにしている。	
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	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士、薬剤師に報告、相談している。		
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。	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 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。	重度化した場合や看取りについては利用開始時に同意書をもって確認しているが、本人の状態に応じて随時話し合いをして意思の確認を行っている。看取りについては医師・看護師が24時間何時でも対応できる体制を整え、「看取りに関する指針」を基に医師の指示の下で適切なケアができるようになっている。職員は日頃から重度化した利用者へのケアについても研修を実施して終末期ケアの充実に備えている。	
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	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、外部の救命救急の研修に参加したり、AED講習なども行っている。		
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	夜間を想定した消防訓練を定期的に行っている。また、運営推進会議では災害時の協力をお願いしている。	消防署との連携の下での避難訓練を実施すると共に、24時間営業している近くのコンビニや運送会社へ利用者の見守り等の役割を明確にした協力依頼等を行い、夜間の災害についても協力を得られる体制を作っている。地震マニュアル等も新しく作成し、様々な場合を想定した避難訓練を実施して常に利用者の安全確保に努めている。	

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
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	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。	利用者それぞれのこれまでの生活ぶり等を大切にしながら対応を心がけており、常に丁寧語で会話をするようにしている。また趣味などを続けながらその人らしさを失わない生活や掃除や洗濯物たたみ等の出来る事を楽しみながら誇りある生活ができるよう支援している。	
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	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、できるだけ自己決定できるように支援している。		
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	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ながらその時の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 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	毎朝利用者に希望を聞きながら着たい衣類と一緒に選んだり、無料散髪では好きな髪型にできるように支援している。また、入所前からの理美容院へ行けるように支援もしている。		
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	食前にはおしぼりやお茶を配って頂いたり、食後は食器洗いやお盆洗いを手伝って頂いている。食事作りではその方の能力に合わせた調理をお願いしている。	ホーム内で調理はしていないが、利用者個人の飯・汁碗や湯のみ、箸などを揃え、小鉢を使い見た目にもおいしそうな盛り付けをして食事を楽しめるよう工夫している。利用者の状態に合わせて小さめに刻むなどの工夫も丁寧にされており、食事介助も急がせることなくゆったりと行われていた。	
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	利用者一人ひとりの食事摂取量を把握し、本人の好きなものを食べやすいように提供している。		
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	利用者の状態に合わせて歯磨きの声掛けをしたり、ガーゼなどで口腔ケアを行っている。義歯は毎日洗浄をし、月1回歯科往診も行っている。		

茨城県 ケアホームテンダーの杜つだ

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	排泄チェック表をつけ、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。下痢や便秘がある方は適宜下剤を調整したり、医師に相談したりしている。	支援の必要な利用者についてはそれぞれのパターンに応じた声かけをしながらトイレでの排泄を実施している。自立の利用者の場合でも回数はそれとなくチェックしており、失敗が見られるようになった場合には往診の医師に相談し原因を把握したり、声かけの工夫をしたりしてオムツを使用しない支援に努めている。	
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	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 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	入浴時間はある程度決まっているが、できるだけその方の希望やタイミングに合わせている。	利用者一人ひとり週に2~3回の入浴としているが、湯は毎日沸かしており、利用者の希望によっては毎日でも入れるようにしている。拒否のある利用者については「お風呂」の言葉を使わずにさりげなく浴室に誘ったりし、足湯から入浴に至るような工夫をして抵抗なく入浴が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	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、畳の談話スペースや自室で休息できるよう支援している。		
47		○服薬支援 一人ひとり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 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、軽作業をして頂いたり、入所前の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 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かけたり、テラスで体操や歌を行っている。また、お花見やお祭り、希望の場所への外出の支援をしている。	広いテラスや庭を利用して外気浴や体操を日常的に行っており、時には花火・合唱を楽しんだりして常に戸外に出るようにしている。ホームの行事として花見や菊祭、道の駅の物産展など少し遠出の外出も楽しんでいる。家族の協力を得ての墓参りや夏祭り・文化祭など地域の行事に参加する機会も多く設けている。	

茨城県 ケアホームテンダーの杜つた

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
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	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。		
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	いつでも電話が出来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。		
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	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。	ユニットの中央にある居間は天窓からの光がほど良い明るさを保ち、直射日光による眩しさを避けるタペスタリー調ののれんや季節の花などで明るい雰囲気になっている。それぞれのユニットには利用者と一緒に制作した飾り物が壁面を飾り日頃から手作業等を楽しんでいる様子が見られた。	
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	畳の談話室、屋外のウッドデッキにはテーブル、椅子、ベンチがあり、利用者一人ひとりが思い思いに過ごせるようになっている。		
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に配慮している。	各居室にはトイレ・洗面台、靴入れ等も備えてあり、利用者は機能に応じて自立した生活ができるようになっている。各居室は畳の部分それぞれの機能に合わせて利用したり、趣味の切り絵やはり絵、手芸品、家族の写真等に囲まれて安心して過ごせるようにしてあった。それぞれの居室は家族の思いのこもったカレンダーでシンプルな居室に彩を添えてある等家族と一緒に居室作りに関わっている様子が見られた。	
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	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。		

(別紙4(2))

事業所名: ケアホーム テンダーの杜 つだ

作成日: 平成27年1月18日

目標達成計画

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	法人の理念は定められているが、ホーム独自の理念や年間目標が定められておらず、ホームの個性が出せていない。	毎年、年間目標を立て、職員全員がその目標を意識しながら業務にあたり、目標達成に向けて取り組んでいく。	毎年12月の職員会議で職員全員で話し合いを持ち、ホームの目標を立てる。目標達成に向けての取り組みが出来ているかの話し合いを定期的を持ち、目標の見直しなども行っていく。(平成27年の目標は平成26年12月の職員会議で立案済み)	12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・嗜好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・嗜好、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取りしながら、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。その際、ご家族の協力も得られるような働きかけをしていく。	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。