

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22年10月31日	評価結果市町村受理日	平成23年4月22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://ibaraki-kouhyou.as.wakwak.ne.jp/kouhyou/infomationPublic.do?JCD=0872100482&SCD=320
----------	---

【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22年12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、利用者の自己決定権を最優先に考え、落ち着いた雰囲気の中、安心して生活が送れるよう支援します。

【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)】

当ホームは新しく開発された地域の広い道路に面した場所に建てられている。外観的にホームをさえぎるものもなく、ホームから見られる景色も広々として開放感を実感できる。周辺道路の清掃活動に参加したり、地域との交流を常に意識している。特別支援学級の生徒との交流は、自然な形で行われていて好感を持てた。職員の教育も熱心に行われ、管理者と職員が共に質の向上を目指している様子がうかがわれた。入居者の笑顔と穏やかな表情がゆったりとした暮らしぶりを表している。

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)	○ 1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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、活き活きと働けている (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	事業所独自の理念があり、地域に根ざしたホームづくりを目指している。	理念は職員と話し合っ決めて。お客様第一に考えるという基本に立ちかえる意識付けをするために、掲示、毎日の朝礼でも意識付けしている。	
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	地域の行事に招待されたり、特別支援学校の運動会に招待されたり、また、散歩や買い物等行うことにより交流している。	保育所とは、夏祭り、クリスマス会の出し物を発表することなどで交流を深め、園児たち、入居者ともに良い刺激になっている。特別支援学級の生徒との定期的な交流で、生徒の生活にも変化があったとの報告も受け、今後も継続していきたいと考えている。障害者デいの散歩コースになっていて、カレンダーを持って挨拶に来るなどの工夫がある	
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	人材の育成の貢献として、実習生を受け入れている。		
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	報告書を回覧し、職員同士で話し合い、サービス向上に努めている。	2ヶ月に1回開催が定着。包括支援センター、家族代表、自治会長民生委員、管理者、職員が出席。入居状況、活動状況の報告と要望や質問に答える。季節にあわせた議題、情報提供など会議の内容についても工夫している。	
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取り組んでいる	月に一度を目安に市役所に行き、意見交換をしている。	市町村との関係はお互いに苦情を言い合える良好な関係で、毎月生保の支給日に立ち寄る。また、地域密着型事業所の説明会(法令、問題、設備等基本的な事)を市で行ってくれるので、情報を得やすい。市の担当者も時々訪れる。	
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	身体拘束はいけないことを理解し、玄関は鍵を掛けず、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ついている。	玄関は施錠がなく自由に出入りできる。身体拘束委員会があるが、開催したことがない。マニュアルもあり、意識を持つために研修会等で徹底している。職員の意識の中でも拘束ゼロは当たり前のことになっている。	

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
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。		
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、利用者や家族に対して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、運営推進会議にも出席して頂いている。	運営推進会議で出せなかった意見を面会時に聞いたり、電話で状況について問い合わせがあるときに詳しく聞くこともある。意見箱にははまらない。	
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、検討して反映している。	月1回全体会議で職員の意見をすいあげ、反映させる。申し送りノートで利用者、職員間の情報の共有を図っている。社内技能検定を1年に1回行い、質の向上、職員のレベルアップ、1年間の振り返りに努めている。勉強のチャンスと前向きに捉えている。	
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、現場に顔を見せ、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	個人の能力に合せ、外部研修会に参加させたり、月に1回の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	地区にグループホーム連絡会があり、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	事前面談で、生活状況を把握するよう努めたり、状況によっては、ディサービスやショートステイの利用も含めた対応をしている。		
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	ご家族が求めているものを理解し、事業所としては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	ケアマネージャーと相談したり、ショートステイやディサービスの利用も含め対応している。		
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	職員は、ホームの主人公は利用者である事を理解しており、普段の会話や生活の中から昔のしきたり等を教えて頂いている。		
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	誕生会は、家族が参加できる日に行うようにしている。また、行事等に来て頂けるように声を掛けたり、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来所する事ができる。また、家人と共に馴染みの場所へも外出できるようにしている。	開設からの入居者は2名、長く利用しているひとにとってホームは馴染みの場所になっている。帰宅願望の強い人は、毎週娘さんが自宅へ連れて行って家を見て帰ってくることで落ち着き、家族の協力を得ながら対応している。	
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	職員は、利用者同士の関係を把握しており、支えあえるように支援している。		

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
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、何か困った事があれば、いつでも相談にのれることを説明している。		
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	自宅でも生活状況や今の思いを把握し、本人と話し合いながら支援している。意思疎通が困難な方には、家族や関係者から情報を得るようにしている。	面会時に「私をこんな所へ入れて」という思いをご主人にぶつける一面を見て、ご本人の思いの新しい発見になった例がある。入居者の半数の方が自分の意思を伝えられるが、我慢している一面もうかがわれ、機嫌の良し悪しで判断することもある。	
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	事前調査を行い、担当のケアマネージャーや、本人、家族より情報を頂いている。		
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	一人ひとりの過ごし方や、心身の状況を把握しており、残存機能を活かしている。		
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	担当者は、常に、本人や家族、職員から情報収集に努め、反映するようにしている。	担当制で2名位受け持っている。アセスメント表、モニタリング表など整備しながら進めている段階。細かな観察で活用しやすい介護計画作成を考え、いろいろな方法を試しながら工夫を重ねている。	現在努力している記録の仕方について継続して検討することで、職員のモチベーションの高揚に繋がることを期待する。
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	各個人の生活記録に記入したり、申し送りノートに記入して、情報を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対応している。		
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	運営推進会議に地域包括支援センター職員が参加するようになり、周辺情報や支援に関する情報を頂き、参考にしている。		

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
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	入居時に、本人のかかりつけ医を確認しており、かかりつけ医の病院を受診できるようにしている。また、状況変化がある時は、連絡をとり、指示を頂けるようにしている。	入居時に選択、月1回往診があり、24時間対応可能である。受診は家族が付き添う等希望に応じて対応。結果については家族、職員、かかりつけ医と連携を図っている。不安時はいつでも連絡してよいと医師より了解あり。早い気付きが重要と考え、観察は十分に行う。相談できる看護師がおり、スタッフは医療的な面での不安が解消されている。	
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。変化などに気付いた時は、すぐに看護師に報告し、指示を頂いている。		
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、入院後も、家族や医療機関と連携を図り、速やかな早期退院に向けて努力している。		
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	本人や家族の意向を踏まえ、医師、職員が連携をとり、安心して納得した最後が迎えられるように、随時意思を確認しながら取り組んでいる。	昨年11月末頃より、食事摂れず、家族医師管理者で話し合い、家族の希望、協力得て看取りを経験した。日々の関わりあいの重要性やこころの準備の必要性を感じた。話し合いのタイミングは医師が判断し説明している。マニュアルも作成されているが、経験が職員のいい学びとなった。	
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	看護師に、利用者一人ひとりの留意点を聞いたり、確認している。また、消防署の救命救急講習会に参加している。		
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	消防訓練を実施したり、運営推進会議等でお願している。	地震、火災訓練。夜間想定で行い、避難に20分かかった。IH調理器使用で火災予防。洗濯室にガス乾燥器あり出火元になる可能性がある。消防車は3分以内に到着するので、出火場所によっては居室で待機し窓から救出も考えられる。近隣からも協力するとの声もあり、事業所の近くのコンビニから物資の供給体制を市役所で整えている。	

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
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、利用者を把握し、プライバシーに十分配慮し、さり気なく対応している。	個人情報保護については守られている。写真公表は口頭で確認し了解を得ている。集合写真の取り方にも配慮している。トイレ介助、入浴介助について実習生がいるときは、入居者の了解を貰うなどの配慮をしている。	
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	利用者に合せて声を掛け、意思表示が困難な方には、表情を読み取ったり、筆談を活用して些細なことでも、本人が決める場面を作っている。		
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1日の流れはあるが、一人ひとりの体調に合せながら、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	その日の衣類を本人と一緒に選んだり、行事の時に化粧したり、一人月1回の施設内の無料散髪のサービスもあるが、本人の希望する理美容院へも行けるように努めている。		
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	おしぼりやお茶を配って頂いたり、下膳や洗い物、お盆拭き、おしぼりたたみ等を一緒にやっている。	管理栄養士と連携を図り、糖尿病、刻み食等利用者の状態に合わせて対応している。誕生会には本人の好みに合わせて、おはぎを作ったりする。デイセンターと一緒に昼食を作って食べることもあり。行事食でノンアルコールビールを楽しむことができた。おやつは手作りクッキングを意識している。行事は職員2人1組で担当、計画実施している。	
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	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易いようにして提供している。		
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、歯がない方には、ガーゼ等で拭いている。入れ歯の方には、毎日、入歯洗浄を行っている。		

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	一人ひとりの排泄チェック表をつけ、排泄パターンや習慣を把握し、その方に合わせた支援を行っている。	トイレでの排泄を原則としている。各居室にトイレがあり、トイレ介助は自室へ誘導、排泄表に記入。おむつ使用者はなしで、夜間ポータブルトイレ、尿器の使用者もいる。排泄の確認はペーパーの三角折りが目印。居室を職員がまめに見回り、掃除をしたり、使用後の確認を五感を使って行っている。	
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	水分量チェックや個別に牛乳やヨーグルトを摂取して頂いたり、体操や散歩等を行っている。		
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ず、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、その方の希望やタイミングに合せ、入浴時間以外でも入浴できるように支援している。	ヒノキ湯で、庭園風景の庭が見える。ご本人と相談して着替えを準備し浴室へ行く。嫌がるときは着替えにさそったり、時間を変えて対応していく。菖蒲湯とう季節を楽しむ工夫。毎日希望する方も精神状態を見ながら対応している。	
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	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。一人ひとりの体調や気分に合わせて、畳の談話室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、薬についての重要性を理解しており、症状の変化の時は、看護師に相談したり、主治医に相談して指示を頂いている。		
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、軽作業をして頂いたり、朝礼に参加して頂き、挨拶を頂いたり、自室でゆっくりと話を聞いたりして、気晴らしの支援をしている。		

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
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、散歩に出掛けたり、テラスでお茶を飲んだり、買物と一緒に出掛けたり支援している。	散歩したり、テラスで外気浴が自由に行ける。誕生日にはその人の希望の場所へ職員と二人で出かけるという外出プレゼントがあり、とても好評である。道を挟んで向かい側のコンビニへおやつ等の買い物は日常的にある。	
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	職員は、お金を持つ事の大切さを理解しており、受診の帰りの買い物や、おやつを買いに行った時は、本人の財布から支払いをして頂いている。		
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	いつでも電話することができるように、ホーム内に公衆電話を設置しており、希望があれば、職員が電話を掛けてあげ、家族と話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	自然の優しい光が入るように配慮している。また、玄関先には草花を飾り、季節感を取り入れている。	L字型の2ユニットで、ユニットに関係なく自由に行き来している。高い天井に排煙窓が明りとりにもなっており、明るく開放的である。共有スペースの片隅では洗濯物を畳む姿が見られた。みんなが競い合って畳んでいるという。	
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、屋外のウッドテラスには、テーブル、イス、ベンチがあり、自由に過ごせる場所があり、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	居室には各個人の思い出の品物や、写真等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。	写真、仏壇、衣類、家族や保育園児からの贈り物など、個人の好みや馴染みの物が置いてある。それぞれ思い思いの居室を自由に使っている。遺影に手を合わせることから一日の日課が始まる人、植木鉢や観葉植物の世話をする人もいる。	
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	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。		

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	26	アセスメント表、モニタリング表などを整備しながら進めている段階。細かな観察で活用しやすい介護計画作成を考え、いろいろ工夫を重ねている。	アセスメント表、モニタリング表を整備し、細かな観察で活用しやすい介護計画作成する。	現在の問題点を洗い出し、記録について統一を図る。	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、行を挿入して下さい。