

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	0873300933		
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 なか		
所在地	茨城県那珂市横堀2274-1		
自己評価作成日	平成25年1月12日	評価結果市町村受理日	平成25年5月7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.kaigokensaku.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosyoCd=0873300933-008&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25年3月18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に支援します。

【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)】

平成18年に設立された当ホームは、大正・昭和初期の造りをイメージした建物で、外観・内部ともに落ち着いた雰囲気であり、施錠されていない玄関は利用者の自由な生活や家族・地域との自然な交流が感じられ訪問しやすい雰囲気がある。職員の意見や要望を法人の代表に伝える仕組みづくりをして、全職員が意欲的にホームの運営に関わり、サービスの質の向上に取り組んでいる。管理者を含め勤続年数の長い職員が多く、継続的な研修等で認知症ケアについての専門性が高く、また豊富な経験により終末期ケアへの取り組みも充実しており、利用者がいつまでも安心して暮らせるようになっている。全職員は利用者がそれぞれのペースでゆったりと過ごせる環境づくりを目指しており、利用者はおやつ作りや趣味を楽しみ、親しい方々の訪問を受け、地域を身近に感じながら安定した生活をしている。

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)	○ 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	会社独自の理念があり、それを朝礼で復唱している。理念がケアに反映できるように職員全員が向上心を持ち取り組んでいる。	初任者研修において法人の成り立ちや運営理念について十分に学んでおり、全職員は地域密着型サービスの意義や事業所の役割を十分に理解している。毎朝のミーティングでは管理者が具体的な例を挙げながらコメントを添え、全職員が理念にそったケアを実践できるようにしている。	
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人として日常的に交流している	地域の方々との交流や密着が出来ており、地域活動や行事にも積極的に参加出来るように努めている。	ホーム自体が社会資源のひとつであることを意識しており、常に地域とのつながりを大切にしている。ホーム隣接地の畑を借りて野菜作りをしたり、消防訓練やプランターの草花作り等を地域の方々と一緒にしたりと日常的に交流を深めている。また夏休みにはホームの駐車場を地域子ども会に開放したり、夏祭りには多数の地域住民が参加し共に楽しんでいる。	
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	人材育成へ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の場を持ち、サービス向上に努めている。	利用者や民生委員、市の職員等が出席して2ヶ月に1回開催している。会議はホームの活動報告を中心にして進められているが、包括支援センターの職員が出席することで地域の様々な情報が頂けるようになり、日頃のサービス向上に活かすことが多くなった。また民生委員を通して地域との災害時の協力等が得やすくなっている。	
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	定期的に訪問して利用者の状況を伝えるなどし、協力関係を築けるように取り組んでいる。	運営推進会議などを通してホームの実情や利用者の生活ぶりを積極的に伝えており、市の担当職員や包括支援センターの職員からは様々な情報をいただいている。ホームの管理者が認定審査会の委員になる等、お互いに協力し合う関係が出来ている。	
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	職員は身体拘束を理解しており、玄関には鍵を掛けず、いつでも出入りが自由に出来るようにしており、外に出ていく利用者様がいらした時は気付いた職員がさりげなくついている。	「身体拘束ゼロの手引き」を備えたり、法人独自のマニュアルを作って毎年全員で勉強会をしたりして、常に身体拘束ゼロに向けた取り組みをしている。全職員は身体拘束による弊害についても十分に理解して拘束の無いケアを実施している。玄関も常に施錠せず自由に出入りできるようにしている。	

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
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ており、虐待防止に努めている。		
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	管理者や職員は権利擁護や成年後見人制度について話し合い、必要ならば活用できるように支援している。		
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	契約や解約時など利用者や家族に対し十分に説明している。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	運営推進会議に出席して頂き、意見や要望を自由に話すことが出来、運営に反映出来るようにしている。また、頻繁に面会が出来ない家族に対して電話で近況報告をしたり、毎月お手紙で様子を伝えている。	毎月の通信でホーム内の生活ぶりを知らせたり、面会時には利用者の日々の様子を伝えながら意見や要望が気兼ねなく言い出せるようにしている。運営推進会議には利用者や家族も出席しており、忌憚の無い意見や要望を聞く機会としており、利用者からは行事に関する意見、家族からは災害時の備蓄などに関する要望等を頂き運営に反映させている。	
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	定期的に全体会議を行い、意見や提案を話せる機会を設け、検討し、反映させている。	職員の意見や要望は管理者を通して法人本部に伝えられる仕組みが出来ている。月1回の会議や勉強会は、職員が司会や議事録の作成を行うなど職員中心の会にすることで率直な話し合いが出来るようにしている。法人の代表も頻繁にホームを訪れ、職員の勤務状況等を把握して夜勤専門の職員を増やす等、常に無理の無い状態で勤務できるようにしている。研修は年間計画を立てて職員の力量に合った研修受講が出来るようにしている。	
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に努めている。		
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	個人の能力に合わせ外部研修会にさせたり、月1回の全体会議は全員出席を原則としている。		

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
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	他事業所の管理者と情報交換しながらサービスの向上に向け努力している。		
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	事前面談で生活状況や身体状況を把握するように努めたり、状況によってはショートステイの利用も含め対応している。		
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、事業所としてどのような対応が出来るのか、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	ケアマネジャーと相談し、長期入所だけでなくショートステイ利用や居宅サービスの提案などの対応をしている。		
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	職員は昔からの風習や遊び、手作業などを会話の中で教えて頂き、行事や畑作業などで共に活かせるようにしている。		
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	行事などへの参加を呼び掛け、一緒に過ごせる時間を多くとれるように努め、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することが出来る。また、家族と共に馴染みの場所や思い出の場所へも外出できるようにしている。公衆電話の利用の支援もしている。	利用開始時に、本人や家族から元気な頃に地域とどのように関わってきたか等、職員が聴き取り把握している。ホーム内の公衆電話や携帯電話で家族や友人と自由に話をしたりして馴染みの関係を大切にしながら生活が出来るよう支援している。友人・知人が気兼ねなく訪問できる雰囲気づくりを心がけたり、行きつけの美容院を利用する等、家族の協力も得ながら馴染みの人や場所との関係が途切れないようにしている。	

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
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	利用者一人ひとり出来ることを行いながら、皆で支え合えるように努めている。		
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	退所後においても、気軽に話や相談が出来る関係を築いている。		
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	一人ひとりの希望や思いを会話の中から聞き、家族とも相談しながら検討している。	日々の会話の中で何気なく話されたことを丁寧に聴き取り、それぞれの希望や意向を把握している。言葉で伝えにくい利用者の場合は、表情や行動を注意深く観察して各職員の気づき等を随時経過記録に残している。この記録を基に月1回の会議で本人本位の検討をしながら本人の思いや暮らし方への希望を把握するようにしている。	
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	事前の調査をもとに、本人や家族、担当ケアマネジャーより情報を頂き、把握している。		
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態、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	職員全員でカンファレンスやモニタリング、意見交換を行い、本人、家族の要望を反映させている。	丁寧なアセスメントを基に本人や家族の意向を聞きながら介護計画が作成されている。全職員が関わってカンファレンス・モニタリングを実施して、定期的な見直しや状態に応じた随時の見直しも実施されている。	利用者一人ひとりの思いや意向を全職員が把握・共有していることを計画作成時のアセスメントに具体的に反映されることを期待したい。そのアセスメントを基に本人の思いをイメージして日々の暮らしに反映できるように介護計画作成にしていこうことを期待したい。
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	申し送りや生活記録を記入し、情報を共有し、見直しに活かせるようにしている。		

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
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	本人や家族の要望に応じて行事などを行っている。また、希望によって、入所前の体験入所や家族との宿泊の支援をしている。		
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の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。		
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	入居時にかかりつけ医や希望の病院を聞き、利用者や家族が納得される病院へ受診出来るように支援している。また、体調の変化時に連絡して指示を頂けるようにしている。	かかりつけ医への受診は家族が対応しており、協力病院への受診はホームで対応している。家族対応の受診結果はその都度連絡を受け利用者各人の「生活記録」に記載して職員間での共有を図っている。緊急時の対応については協力病院を利用し、それぞれのかかりつけ医へ連絡することとしている。日々の生活の中での体調の変化に対しては看護師の支持の基で何時でも適切な医療が受けられるようにしている。	各利用者の受診記録や薬剤の情報等が一目で分かるようにし、緊急時にも早急に対応できるような方法(例:受診記録として一括する)を全職員で検討されることを期待したい。
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。変化等に気付いた時には看護師に報告し、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、入院後も医師や看護師、相談員と話したり、家族と連絡を取り合い、早期退院出来るように努めている。		
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、事業所で行え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	家族にも十分な説明を行い、同意を得ている。また、事業所としての「出来る事・出来ない事」を見極めて、かかりつけ医や看護師と相談しながら支援する体制が出来ている。	終末期医療に関わる医師と24時間何時でも連絡が取れるようになっており「看取り指針」に基づいた終末期ケアを行っている。職員は看護師の指導を受けながら「看取り指針」に基づいた内部研修を実施したり、利用者の状態に応じたケアの勉強会を実施して、一人ひとりに応じた終末期ケアが出来るようにしている。	
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	マニュアルがあり日頃の業務の中で話し、説明しながら応急手当の指導を行っている。		

茨城県 ケアホームテンダーの杜なか

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	避難訓練を定期的実施しており、地域の方々にも日頃から協力して頂けるようお願いしている。	消防署の協力の下で、夜間想定も含めて定期的な避難訓練を実施しており、消防署への緊急連絡方法等の整備も充実しており、職員間での緊急連絡網も整備している。具体的な協力方法は依頼していないが、近隣の住民との関係も良く、協力は快く引き受けてくれている。	
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	人生の先輩として利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーに配慮しながらさりげなく対応している。	職員は常に利用者一人ひとりを人生の先輩として受け止め、日頃から言葉づかいに気をつけている。職員の声かけは静かでゆったりとしていた。利用者同士はリラックスした雰囲気の中で、それぞれが思い思いの言葉で率直な話をしていた。排泄は各居室で介助する等プライバシーや羞恥心への配慮も充分にされている。退職後も含めて各職員と誓約書を交わす等、守秘義務への対応も充実している。	
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	その場面と状況を利用者に伝え、なるべく自分で選んで頂けるように声掛けを行っている。		
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	食事やお茶の時間はある程度決めてあるが、その他の事は利用者一人ひとりの意思を尊重し、利用者のペースに合わせて支援している。		
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	その方の希望に合わせてその日の衣類と一緒に選んだり、お化粧をしたりしている。また、利用者の希望に合わせて、本社からの月1~2回の無料訪問散髪を利用したり、本人の行きつけの理美容院へ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、おしぼりや洗濯物たたも等を一緒に行っている。また、おやつや行事食作りでは、本人の能力を活用しながら一緒に行っている。	毎日の食事はホーム内で調理していないが、温かいものは温かくいただけるような工夫をしており、食器は瀬戸物を使い家庭的な雰囲気になっている。利用者同士は「味付けがとても良い」などの感想を言いながら食卓を囲んで会話が弾んでいた。また月1回のガーデンパーティなどの行事食を計画したり、おやつ作りをしたりして利用者・職員と一緒に楽しんでいる。	
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毎食後に記入している。また、水分摂取量の少ない方には、水分チェック表を用いて支援している。		

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
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	毎食後に口腔ケアを行い、一人ひとりの口腔状態や力に応じた支援をしている。義歯の方には毎日洗浄を行っている。		
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	一人ひとり排泄チェック表をつけ、排泄の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。	各人の排泄パターンを把握しており、それぞれに応じて声かけ等の支援をしている。介助は各居室のトイレで行っている。失敗が多く見られるようになった場合にはチェック表で確認し、声かけ・誘導を頻回にしたり、医師と相談したりして改善を図っている。またトイレに手すりを取り付けたりして自立を支援している。	
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	水分チェックや個別に牛乳等の乳酸飲料を摂って頂いたり、レクリエーションや体操、散歩等で身体を動かすように取り組んでいる。		
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	入浴時間はある程度決めているが、本人の希望に合わせて時間帯等を考慮し、入浴時間外にも入浴出来るように支援している。	ヒノキ風呂にしてやわらかい肌触りを楽しみながら週3~4回入浴している。入浴を拒否される場合には全職員で話し合いをして、それぞれの生活習慣に合わせて週2回を目安として誘導・声かけ等の工夫をして無理なく入浴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量が増えるように促し、生活のリズムを整えながら、個々の睡眠のパターンに合わせた支援を行っている。		
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	職員は薬についての重要性を理解しており、症状の変化時には主治医に相談して指示を仰いでいる。また、薬の情報についてもいつでも相談できる薬剤師がいる。		
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、朝礼に参加して頂いて挨拶を頂いたり、自室にてじっくり話を聞いたりして気持ちよくなる支援を行っている。		

茨城県 ケアホームテンダーの杜なか

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、散歩に出掛けたり、外庭でレクリエーションをしたり近所の商店などへ一緒に買い物に出掛けたりしている。また、一人ひとりに行ってみたい場所を伺い、お花見等は利用者と一緒に相談して場所を決め、出掛けられるように支援している。	天気の良い日には外での体操・畑の作業・散歩等外気浴を毎日のように楽しみ、さらに近くの商店やスーパーへの買い物等、頻繁に外出の機会を設けている。行事としての外出は利用者の要望等を聞きながら花見(梅・八重桜)や遠足など年5~6回計画している。また家族と一緒に外出や外泊、地域の行事等を楽しんでいる。	
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	職員は、お金を持つことを理解しており、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。		
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	自由に電話が出来るように施設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、家族と話が出来るように支援している。		
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。玄関先には草花を飾り季節感を採り入れている。	大正・昭和初期の造りをイメージさせる平屋のゆったりとした建物は、居室、居間、浴室等移動に無理の無い造りになっており、各ユニットには昔懐かしいタンスや大きな振り子の時計等を置いてほっとできる空間になっている。浴室は檜の浴槽で肌触りや香りが楽しめるようにゆったりとしており、共用のトイレも手すり等を備えて機能低下も意識したつくりになっている。それぞれのユニットには充実した日々の暮らしを連想させるような、職員と利用者の共同制作の見事な飾り物が訪問者の目を楽しませている。	
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	囲炉裏のある談話室があり、利用者それぞれが自由に過ごせる空間となっている。		
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	安心して過ごせるように利用者やその家族と相談し、馴染みの品や仏壇、写真等を持ち込んで頂けるようにお願いしているが、利用者の状況により対応している。	各居室にはトイレ、洗面台がついており、タンスや物入れが作り付けになっている。畳を敷いた部屋は広々と落ち着いた雰囲気があり、それぞれの利用者は思い思いにテーブルや椅子を置き、趣味を楽しんでいる様子がうかがえた。また多くのぬいぐるみが飾られた居室では日頃から家族が訪れて一緒に居室作りをしている雰囲気があった。	
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 なか

目標達成計画

作成日: 平成 25 年 4 月 30 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	26	利用者一人ひとりの思いや意向が介護計画に具体的に反映されておらず、全職員が把握・共有する事が不十分である。	利用者一人ひとりの思いや意向を全職員が把握し、本人の思いや意向に寄り添い、イメージしながら介護計画を作成する。	日々利用者一人ひとりと関わる中で、本人の思いや意向を聞き取り、また、家族の意向も考慮しながらアセスメントを行う。	6ヶ月
2	30	受診結果がひと目で把握できるような記録が整備されておらず、病院受診の際には日々の生活記録や申し送りノートを読み返している為、緊急時の対応が迅速に行えない可能性がある。	過去の受診結果がひと目で把握できる記録を整備し、緊急時にも迅速に対応出来るようにする。	全体会議等で全職員で検討し、受診結果や処方薬、次回受診日等を記載する適切な記録の整備を行う。	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。