茨城県　グループホームテンダーの杜なか
（別紙4）　　平成　21　年度

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22年　2月18日	評価結果市町村受理日	平成23年1月13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=0873300933&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3月24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）】

木のぬくもりのなかで、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）】

和風の平屋造りに、松の木をはじめ緑の樹木と広々とした敷地が印象的である。ホーム内には、利用者が昔なじんだ品々が置かれている。談話室になっている囲炉裏は昔ながらの作りで、昭和の良き時代を思わせるラジオ、扇風機、家具などが置いてある。居室も畳になったおり、ヒノキ風呂など「和」にこだわり落ち着いた雰囲気である。職員は、近隣との交流を持ちながら日々良好な関係が保てるよう努めている。法人全体での職員教育を行い、技術の向上やモチベーションを高めるような取組みをしながら、質の高いサービスを目指しているホームである。

Ｖ．サービスの成果に関する項目（アウトカム項目）　※項目№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	
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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
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
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
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
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
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
62	利用者は、その時々の状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている（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

	項　目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印	
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
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
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
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
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
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

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 実践状況	外部評価 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、職員全員が向上心をもち取り組んでいる。	共有のための工夫として、事務所の見やすい場所に掲げている。利用者と家族には契約時に説明する。	
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	地域の方々との、交流や密着が出来ており、地域活動や行事にも参加出来るように努めている。	月1回地区の掃除に参加し、散歩時は積極的に近所の家に立ち寄る。近所の子供を連れて来たり、近くの住民との付き合いはある。漬物野菜をもらったり、流しそうめんでは竹の準備を手伝ってくれる。利用者の友人も時には来て、畑作りを手伝うなどの交流がある。	
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、職員同士話し合い、サービス向上に努めている。	事業所の利用状況の報告をしながら、質問に答えていく。会議では情報を提供してもらえる。食事作りしながらの花見は好評で、今後もという要望があった。また、落ち葉の整理について会議を通じてホームから要望を出す。	
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、協力関係を築けるように取り組んでいる。	市の担当課を訪問してホームの様子を伝えている。認定審査員を受任していた事があり、協力体制はできている。ケアマネの研修会ではホームの紹介があった。地域密着型の協議会を作る話も出ている。	
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しており、気付いた職員がさりげなくついている。	マニュアルを整備して常に話している。職員は具体的な拘束行為を理解していて、行動の制限にも気を配っている。外に出たい人の場合は職員も一緒に歩くようにしている。また、近所の方の見守りの協力が得られる。	
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、防止に努めている。		

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
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制度について話し合い、必要ならば活用出来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いている。また、意見や要望を自由に話す事ができ、運営に反映できるようにしている。	運営推進会議での意見や要望は、日々のケアに反映している。例として、冬場の運動量不足の解消のため、天気の良い日は散歩、室内での体操などを実施して対応した。家族からの苦情に対するマニュアルを作っている。	
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	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。	月一回会議の内容は事前に知らせる。ケースについての話し合い、勉強会、業務の流れ等改善に向けた話し合いも行う。早番・日勤・遅番について見直し、流れを見ながら職員が動けるようになった。感染症のある方の入居に際しては看護師を講師にして勉強会を行った。	
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、外部研修会に参加させたり、月1回の全体会議は全員出席を原則としている。		
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	市内にあるグループホームの管理者が集まり、連絡協議会の発足等を話し合ったり、情報を交換しながら、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
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、ショートスティ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、ショートスティ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、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、行事や畑仕事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かけ、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事が出来る。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。	行きつけの床屋、美容室に行く利用者もいる。(家族が同伴して外出)地域での暮らしぶりを聞き出すことで、生活歴を把握している。盆、正月、墓参りなど親族の集まりに参加し、関係が途切れないような配慮をしている。	
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	利用者が一人ひとり出来る事を行ないながら、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	退所後においても、気軽に話の出来る関係を築いている。		

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
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。	利用開始時のアセスメントで生活歴とともに、趣味等も把握している。思いを伝えられない人の場合は家族や日ごろの表情等で把握。施設からの利用者が多いことから、日々の生活の把握は困難なこともある。入居前からの知り合いがいたことから、安定した利用者もいる。	
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	事前の調査を基に、本人や家族、担当ケアマネー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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人や家族などから話や意見、要望を聞き、話し合いながら介護計画を作成している。	担当者が書式を作り、モニタリングしながら職員と一緒に作成する。家族との連絡記録簿を作成し、家族の意向も共有されている。モニタリング、カンファレンス等丁寧に実施されている。	介護計画を更に深め、暮らしを反映したもので、家族も一緒にケアに取り組めるプランを検討していただきたい。
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に記入し、情報を共有し、見直しに活かせるようにしている。		
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、その時々に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、入所前の体験入居や、家族との宿泊などの支援をしている。		

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 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。		
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し、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でき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。	かかりつけ医の受診の支援では、家族が対応できない場合は職員が付き添う。急変時にも対応してくれる。協力医院にはいつでも相談ができ、薬についても話しができる。受診の様子は電話で家族に伝え、記録に残している。	
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、早期退院でき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	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。	重度化については、本人の状態を見ながら対応を考えている。看取りの方針で対応。終末期の対応については医師も含めて今後の方針について話し合う。在宅、病院、ホームそれぞれの選択肢から家族が選び、看取りについての指針ができており、同意書もある。	
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。		
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	避難訓練を定期的に実施しており、地域の方々にも日頃から火災や地震などの時には協力して頂けるようにお願いしている。	消防署との連携で避難訓練では、職員が利用者になって夜間想定も実施した。避難経路、集まる場所も決めている。消防署員から具体的な指導も受けていて、地域住民との協力関係はできている。広域の避難場所を確認し、緊急時の対応は法人全員で行う。	

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	人生の先輩として、利用者一人ひとりの人格を尊重し、プライバシーに十分配慮しながら、さりげなく対応している。	面会簿はひとりひとり個別に記入。お便りは個別に写真をそえて送付。写真の公開については了解をいただいている。個別に言葉かけの工夫をしている。誕生会、外出時には好きな洋服に着替えてもらい、外出時の化粧など自己決定を基本としている。	
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、声かけを行っている。		
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し、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	お食事やお茶の時間は、ある程度決めてあるが、その他のこと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、その日の衣類を一緒に選んだり、お化粧をしたりしている。また、利用者の希望に合わせ、月に1～2回の無料散髪（訪問）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、利用者と職員が一緒に準備や食事、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行っている。また、おやつや行事食作りでは、本人の力を活用しながら一緒に行っている。	職員と利用者が触れ合う時間を多くするため、食事は外注し、状態に合わせて盛り付ける。行事食は焼きそば、カレー、お好み焼きが人気あり、みんなで作る。畑で採れた野菜でおやつ作りを楽しみ、弁当を持って外出も。ゆずの蜂蜜浸けを作って楽しむ。	
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。		
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行っている。また、義歯の方には、毎日、入れ歯洗浄を行っている。		

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
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。	トイレでの排泄を促している。オムツ使用から自立になった人もいる。排泄チェック表で傾向を把握し、トイレでの排泄支援をしている。パット等を工夫して自立に向けた支援をしている。夜間も誘導、オムツ対応者はいない。	
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飲食物を摂って頂いたり、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、ある程度決めているが、本人の希望に合わせ、時間帯などを考慮し入浴時間以外でも入浴出来るように支援している。	ゆず湯、菖蒲湯等季節を楽しんだ。リンゴ風呂も楽しんだ。午後の時間帯はいつでも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の状況に応じて、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、症状の変化の時には、主治医に相談し指示を仰いでいる。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、朝礼に参加して頂き、挨拶を頂いたり、自室にてじっくり話を聞いたりし、気晴らしの支援を行っている。		
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、散歩に出掛けたり、外庭でレクリェーションをしたり、近所の商店などへ一緒に買物に出掛けたりしている。、また、一人ひとりに行って見たい場所を伺い、お花見等は、利用者と相談しながら場所を決め、出かけられるように支援している。	弁当持参の外出は、花見に年に2～3回ある。個別に家族と食事に出かけることもある。近くの商店に買い物に行く、手紙をだしに行くなどの外出支援を行っている。ホームの敷地内には散歩コースがあり、一周で400m位、農道をゆっくり歩き、周りの農家の花畑も一緒に楽しむ。曲がり屋の見学実行、那珂市の民族博物館への外出計画もある。	

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		○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、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、職員が電話をかけてあげ、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。また、玄関先には、草花を飾り季節感を取り入れている。	カレンダー、時計それぞれ見やすい位置にある。季節を感じさせる飾り物あり、全体的に落ち着いた雰囲気。囲炉裏のある談話室（和室）テレビ等を備えてくつろげる場になっている。昔懐かしいラジオ、タンス等をおいて落ち着いた雰囲気を醸し出している。	
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、入居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、馴染みの品やお仏壇、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。	和室。近所の子供が持ってきてくれたお花を飾ったりしている。仏壇、コタツ、衣装かけ等それぞれこだわりのの品々が置かれ、一人ひとりの個性が活かされている居室となっている。	
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。		

（別紙4（2））

事業所名　ケアホーム　テンダーの杜　なか

作成日：　平成　22年　9月　　20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	26	家族も一緒にケアに取り組めるプランになっていない。	家族と密に連携をとり、ケアに活かせるプランにしていく。	家族と密に連携をとり、相談しながら、家族の役割も入れた介護計画を作成して実践していく。	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№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。