

### 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31年1月5日	評価結果市町村受理日	平成31年4月12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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0873300933-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/08/index.php?action_kouhyou_detail_2018_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0873300933-00&amp;PrefCd=08&amp;VersionCd=022</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31年3月22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で、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)】**

幼少期を過ごした家を思い浮かべるような空間づくりの為、古民家風の趣にこだわった建物になっている。ホーム内は自然採光を活かし、落ち着いた雰囲気である。リビングには小上がりの畳スペースがあり、昔ながらの囲炉裏やタンスなどが置いてある。看取りの時には、このスペースにベッドを移動して、みんなと一緒に過ごしてもらった。縁台や段差もそのままにして注意しながら使っている。スタッフの定着率や利用者の高齢化などいろいろ悩みはあるが、管理者を中心に職員みんなが利用者の為に知恵を絞りながらケアに当たっている。現状に甘んずることなく、ひとつでも新しい何かをと考えている様子が窺えた。

**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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	事業所理念がある。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。	毎朝、利用者も一緒に唱和している。人として、感謝の気持ちを大切にしている。特に理念の中にある『ありがとう』の気持ちを伝えられるようにしている。実践に繋がりがやすい、分かりやすい理念になっている。	
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	地域の方々との交流が出来ており、秋祭り等にも参加して頂けるように案内している。市内のボランティア団体にも来設頂いている。	年1回公民館のイベントに参加。外出しての交流は難しいので、ボランティアに来てもらっている。傾聴ボランティアが定期的に来訪し、傾聴だけでなく、みんなと一緒に歌を歌って楽しんでいる。ホームでは年1回秋祭り開催。地域の方など、100人以上の参加があり、阿波踊りとよさこいが好評だった。	
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	報告書を閲覧し、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。	民生委員・自治会長・利用者代表・市職員などで偶数月に行っている。地域の方や家族も年々高齢となり参加が難しくなっている現状がある。メンバー以外も自由に参加できると声掛けしている。ホームの活動の紹介や報告を行っている。	
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取り組んでいる	運営推進会議時等に市役所担当者に実情、取組み内容を伝えている。必要によって、訪問して伝えている。	生活保護受給者が利用している。利用や各種相談も受けている。事業所空き状況は市にFAXで知らせ、ホームページに掲載してらっている。待機者数は変動があり、現在は1~2名。	
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来るようになっている。外に出て行く利用者がいる時は、職員がさりげなくついて行く。	月1回全体会議があり、その会議で年間計画をもとに研修会が開催される。他者の部屋へ入室、放尿やトイレトペーパーの異食など、行動障害のある方の対応に、行動制限かなと思う事がある。その都度話し合いながら対応を考えている。	

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、虐待につい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。		
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	面会時等に意見、要望があったら話して頂く。頻繁に面会に来られない家族には、電話にて近況報告をしたり、毎月のお手紙で様子を伝えている。	面会が多く、意見も率直に言ってくれる関係が出来ている。時々衣類の間違いやシーツの汚れなど職員が気付けなかった点を教えてくれる。	
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。	日常の中で話してくれるので、特別に面接の時間は設けていないが、提案された内容は家族も含めて話し合いを進める。紙パンプの経費負担が話題となったことがあり、すぐに結論を出さず、時間をかけて検討していく方向に持っていった。	
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、現場に顔を診せ、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	個人の能力にあわせ、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	グループホームの管理者や同業者と情報交換しながら、サービスの質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 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	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に対応出来るのか、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たり、ショートステイ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、行事や日常生活等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	行事等への参加を呼びかけたり、病院受診同行など依頼し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、誰でも自由に行うことが出来る。友人が来設し、懐かしい時間を過ごす利用者もいる。家族も承知している。また家族と共に馴染みの場所に外出する利用者もいる。	友人の訪問は家族と違う刺激もあり喜ばれている。学生さんの面会はインフルエンザの時期で実現せず。家族とドライブや外食へ出かけたり、毎週プリンを持って息子さんが面会に来る方もいる。車いす利用者が増えて、外出計画から訪問してもらう計画を検討中。	
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	利用者が、一人1人出来る事を行いながら、皆で支え合えるように努めている。		

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
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。		
<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 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	一人一人の希望や思いを、会話の中から聞き、家族とも相談しながら検討している。	自発的に思いが伝えられない方が多い。面会にきた家族に聞いたり、月1回の会議の中で職員同士の情報から思いをくみ取る工夫をしている。	
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	一人一人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	担当者は常に本人、家族、職員からの情報収集に努め反映するようにしている。	職員からの情報は、月1回の職員会議の中で出してもらっている。同時にモニタリングも行う。家族の捉え方もさまざま、情報量が少ない方でも、何か特徴を見つけて、その方らしいプラン作成をしたいと考えている。	
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	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、その時々にも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。		

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、家族や利用者が納得される病院へ受診できるように支援している。希望者は、訪問診療も利用。体調変化時は、連絡し指示を頂けるようにしている。	月2回の訪問診療がある。精密検査や入院が必要なときは他の病院へ紹介。24時間対応で指示がもらえるほか、薬局との連携も出来ている。	
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	体調や様子の変化を見逃さないよう早期発見に努めている。法人の看護師が週1回来設し、体調観察している。変化時は、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、本人の支援方法に関する情報を医療機関にサマリー、口頭にて提供している。入院後も医師、看護師、相談員、家族等と連絡をとり、早期退院できるよう努めている。		
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、事業所です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	家族に十分な説明を行い、同意を得ている。また事業所として「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。	契約時に確認して同意書をもらうが、状態の変化があればその都度話し合う。看取りに対する指針あり、看取りの経験もある。研修は月1回のミーティングの中で行い、日々の情報は朝礼で共有する。職員も夜間は不安あるが、管理者への連絡もスムーズで、バックアップ体制は整っている。	
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。		
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。	地震からの火災を想定して実施。利用者の3分の2に介助が必要で、避難時は車いすでの移動となる。台所はIH仕様で点検も行っている。年2回、消防署の力の下で、夜間想定も含めて実施。東日本大震災の後に備蓄を見直し、定期的に入れ替えている。	

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 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、利用者一人一人の人格を尊重し、プライバシーに配慮しながら、さりげなく対応している。	職員のストレスが利用者への態度に影響しないようにする為には普段からの心がけが必要と思われる。ストレスを消化できるような配慮もする。年数を重ねる程初心にもどる、利用者との間に上下関係を作らないなど気を付けている。	
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、利用者一人一人の意思を尊重し、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している。また本社から、月1回の訪問無料散髪を利用して頂いている。		
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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食事前には、おしぼりをまとめて頂いたり、食後には、洗った食器やお盆を拭いて頂いたりしている。食事は、一人一人に合わせた食形態にしている。	おしぼりをたたんで巻いたり、手の消毒を手伝う。食器洗いを手伝う事も有る。季節食は配食業者である程度組み込まれている。おはぎ作りやお祭りのイベント食は手作り。刺身の希望があり、外食で対応。チラシの食べ物を見て楽しんでいる方もいる。	
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	一人一人の食事摂取量を毎食後に記録している。水分摂取の少ない利用者は、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、一人一人の口腔状態や力に応じた支援をしている。義歯の利用者には、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	一人一人の排泄チェック表をつけ、排泄パターンや習慣を把握し、それぞれの利用者に合わせ支援している。	紙おむつは家族の負担も多いので、なるべく使わずに対応したい。用心のために紙パンツを使用している方もいる。トイレでの排泄が基本。夜間は、3時間ごとに声掛け、各人のパターンを把握しながら支援している。	
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飲食物を摂って頂いたり、体操等で体を動かすように支援している。		
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、ある程度決めているが、できるだけ本人の希望やタイミングに合わせている。	基本、午後からの二人介助で入浴支援をしている。ヒノキ風呂で個浴もできる。拒否される方はいない。着替えはほぼ職員が準備している。できる方は一緒に行っている。	
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、症状の変化の時には、主治医に報告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	利用者一人一人に合わせ、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	1月には、初詣外出、春には、お花見外出を行う。家族にも外出依頼を行っている。	広い庭があるので、敷地内を交代で散歩する。桜の花見もできる。お隣の庭にも花がたくさん咲いていて、写真を撮らせてもらうこともある。遠方まで出かけなくても、ホーム周辺での外出が十分楽しめる。	



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
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	希望があれば、携帯電話の持ち込みをして頂き、自由に家族と話ができるようにしている。		
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取り入れている。	共用のトイレで鉢合わせたり、汚れたりすると利用者から苦情あり、不快な思いをさせてしまう事があるので注意している。食事の席はその時の様子で変えている。食べ物のトラブルは多い。リビングに3種類の新聞あるが、個人で購読している方もいる。	
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お願いしているが、利用者の状況により対応している。	畳にベットを置いて利用。タンスやクローゼットも備えつけたので、居室も広く使っている。地震でも倒れる心配がない。その他、トイレや洗面所、靴箱が設置されている。	
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

## 目標達成計画

作成日: 平成 31 年 4 月 12 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	4	現在、市職員・民生委員・自治会長・地域包括支援センター・家族代表・利用者代表・管理者にて運営推進会議開催している。仕事の都合でなかなか家族代表が出席出来ず。	家族にも出来る限り参加頂き、面会時・お便りだけではなく、施設の活動状況など報告の機会を設けたい。	2ヶ月に1度の運営推進会議案内を今後は、全家族に送付し参加者が増えるように取り組みたい。	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、行を挿入してください。