

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	2373001128		
法人名	医療法人 豊成会		
事業所名	どんぐりの家		
所在地	愛知県豊田市青木町5-8		
自己評価作成日	平成25年11月 5日	評価結果市町村受理日	平成26年 3月31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/23/index.php?action=kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=2373001128-00&PrefCd=23&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
所在地	愛知県名古屋市中区左京山104番地 加福ビル左京山1F		
訪問調査日	平成25年11月19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)】

地域の方々とは、運営推進会議、災害時の避難の応援、さまざまな地域活動への参加、ボランティア訪問など、年々支援の輪を深めていただいています。また、利用者さんの入れかわりがほとんどみられないこの数年は長期入居化に伴い、身体面の重度化につながる方もおられ、ご家族の方々の支援もさらに増えています。さらに行政の方々にもお力添えいただきながら、何よりも職員は利用者の方一人一人の尊厳を大切に、又、人と人とのつながりを大切にしようといつも前向きに頑張っています。一人一人の方の気持ちを知る方法として、当ホームの特色でもあるバリデーション、グループバリデーションが大いに役立っています。1つの事を職員全員で考えられるチームワークの良さを大切にした愛一杯のホームです。

【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)】

訪問当日、運営推進会議に参加させてもらった。当日は全国大会の報告(『大きく地域に支えられ』のテーマ)があり、歴代区長の参加もあった。運営推進会議の議事録から、参加者のホームを思う心温まる雰囲気を理解していたものの、実際は予想をはるかに上回る内容の濃さであった。区長から『ホームは地域・子供にとって良い教育になる』、前区長から『関係者は知っているが、一般の人に理解してもらうためにもっと地域へ出て来なさい』、初代区長(現老人会副会長)から『あの頃は管理者に色々難題を言ったネ。老人会は認知症予備軍が多く色々勉強して行きたい』、家族から『地域の人の支えの言葉に感激』等の発言があった。あつという間の1時間半であったが、前区長の交代の際には、利用者から花束贈呈と感謝の言葉のあった事を議事録で知る事も出来た。

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広がったり深まり、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、生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	ふれあい、ぬくもり、なごみをさらに深められた一年でした。どの利用者さんも地域の方々のお力添えが多く、職員と共に喜び多い時間をいっぱい作っていただけました。	「人格尊重」を理念とし、認知症が進行し、意思表示ができない利用者も、うれしい、悲しい、楽しい、辛いと感情があることを念頭において日常の支援を行っている。	
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	日常的交流の他に、この一年で3名の方の個人ボランティアさんの増加や、地域クラブ活動への定期的参加、他色々と支援の輪が広がりました。事業所のスタッフも顔なじみになってきており、一つ一つのふれあいを大切にすることが、それを深めてくれているように思います。	町内会はホームを一般家庭と同じ一軒の家庭と捉え、近所づきあいをするように交流している。ホームが支えられるばかりでなく、車椅子操作のレクチャーを行ったり、公園の清掃をしたり、住民が相談に訪れたり、地域に貢献する活動も行なっている。	
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	このことでは、運営推進会議がとても大きな役割をはたしてくれています。会議参加時、利用者さんを目の当たりにすること、話し合いの積み重ねが生かされています。		
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	会議では各参加者の方々から様々な意見、質問がでています。又、更なる支援の声もたくさんいただいたり、それらを実際に取り入れるようにしていく中で、サービス向上につながっています。	幅広い方面の幹部が会議に出席し、地域密着の原動力となっている。現職だけでなく歴代区長が参加し、区長が交代しても交流が継続していく仕組みがある。訪問当日も、初代・3代・4代の区長がみえていた。	
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	協力関係の重要性を認識しており、市町村とは(相談員さんも含め)密な連絡をとりあい、取り組みもオープンにさせていただいている。時には助言もいただき、大変助けられています。	地域包括支援センター職員が運営推進会議に出席し、介護相談員の受け入れもあることから、ホームの状況は役所窓口で充分理解されている。管理者は、市の福祉行政支援活動に積極的に協力している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	スタッフ全員が充分理解できている。場所的に車に対する危険性も高く、玄関の施錠はやむを得ない時の最小限にとどめている。	職員全員が身体拘束の弊害を充分に理解しており、拘束のないケアが実践されている。危険を感じる場面、安全確保をしなければならぬ場面では、利用者寄り添う事に対応している。職員の手薄な時間帯の、やむを得ない時に限って施錠する事はある。	
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	スタッフ一同が寄り添うケアの重要性を理解している。虐待の意味の無さ、逆効果スタッフ全員充分理解しており、虐待などは一切行なわれていない。		

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	職員が研修で学んだ事を勉強会で報告。皆で学ぶ機会を設けた。ホーム内には、すでに制度を取り込んでいる利用者さんもおられ、そこでも学んでいます。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	機会をきちんととらえ、疑問点、不安に対することにはその都度きちんと答えています。又、改定時にもきちんと話し合える仕組みとなっています。		
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	重要事項等については、家族会等で直接話し合いを行ったり、ご本人の思いは職員全員が把握できるようになっています。それらをご家族とも話し合い、支援に生かしています。	アンケートに全家族が回答し、『地域にどんぐりの家がすっかり馴染み、受け入れられている』とのコメントがあった。運営推進会議では、『利用者の家族として地域に貢献したい』等、家族を含めて地域に融和している。	
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	法人の理事長は毎月訪問してくれ話し合いの時間を十分とってくれています。又、事務長は運営推進会議に出席したり、管理者は職員会議、その他個々のスタッフとの交流で意見や提案を聴く機会を設け、反映させています。	日頃から管理者と職員はコミュニケーションを密にしており、いつでも意見が言える環境が作られている。勉強会で、『ごはんの日を実施している』との話しが出たら、やって見ようと具体化された事例もある。	
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	代表者は事務長と共に、職員がより働きやすい環境でいられるように、職場の環境・条件整備をよりよくするためによく話を聞いてくれ、改善点は早急な対応をしてくれています。		
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	代表者は常に職員をねぎらってくれています。そのような環境にあって職員も学ぶ意欲、仕事への姿勢がさらにアップしています。		
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	この点は代表者は管理者に一任。管理者が自ら学ぶ勉強を通じ、同業者とは定期的な交流があります。現在も月に1回、2名の方がホームに勉強のため訪問下さっています。今年度は他のグループホームと運動会も実施できました。		

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
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	一番不安なこの時期、家族からの情報も大切にし、その時々本人の身体、精神的状況を見逃さないように、細かな視点にスタッフ全員が立っている。それらが申し送りに生かされ日々の支援へとつなげています。		
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	家族と本人のこれまで築いてきた関係性は様々。それまでの家族の思いを知ること、現在の思い、これからの不安に対して対応をしています。入居後も、起きてくる細かい点での連携を常にとっています。		
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	本人が安心して生活していくには、本当に細やかな支援がとても重要だと思います。そのためには今、その人に必要である他のサービスもご家族と協力しあいながら取り込んでいます。		
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	施設の利用者と職員という立場だけでなく、共に暮らす場と考え、本人ができることは時間がかかってもスタッフと一緒にいることができるような支援をしています。その結果、1名の方の入れ代わりを除いては、どなたも入れ代わりがありません。		
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	本人が一番大切な家族。現状を家族に伝えること。そこから家族も本人の“今”をしっかりとキャッチして下さり、協力が大きいです。何年経っても、とてもこまめに支援して下さり、今年度さらにご協力が増しました。		
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	昨年に引き続き、利用者さんの知人の方の継続した来訪。20年ぶりに会った兄弟の方の毎月の来訪等、関わりは途切れることなく増えています。	知人が来訪した時は居室で昔話をしたり、自宅付近をドライブしたりと馴染みの関係を継続している。手芸が得意な利用者は、手芸クラブに参加して趣味を継続している。	
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	週1回行なうグループバリエーションでは、個人の身体重度化に伴い参加出来なくなった方もいますが、この方々には別の機会に関わり合いを大切にしています。継続した参加メンバーからはスタッフを含め“皆仲間”という意識は変わらず、安気に生活されており、その安心した心の力は大きいです。		

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
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	退居された方の家族が、8年以上の継続して月/1回のボランティアさんで来てくれています。別の方は毎年庭の夏みかんを届けて下さり、今年度も訪問下さいました。人のぬくもりに支えられています。		
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	希望を言える方はそれをもとに支援。重度化した方については、ケアプランの作成時、ご家族への要望をお聞きし、スタッフ全員が話し合いを行い、本人の様子をよく把握して、より本人の望む支援を行なえるよう努力しています。	日常の会話や利用者の表情、仕草から思いをくみ取る様努めている。家族からの聞き取りや生活歴を参考に、利用者ごとの担当職員を中心に全職員が利用者一人ひとりの思いを理解しようとしている。	聴き取った呟きから、利用者の叶えて欲しい真の思い(馴染みの人・場所・食べ物)を把握して、誕生日プレゼントとして思いを叶える事を期待したい。
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	できる限りの情報をいただいているが、家族によってはあまり知らない方もおられる。利用者さんの入れ代わりも1名以外ない1年でしたが、利用するアセスメントシートを変更したことにより、新しい方はより細かい情報をいただきました。		
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	申し送りがしっかりとなされており、職員会議も毎回全員参加している。したがって職員は現状把握できています。		
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	使用するアセスメントシートを変更し、より細かな本人のニーズが抽出できるようになりました。結果、地域の手芸に参加したり、リハビリに通えるようになった方等を通し、ご本人から喜びの言葉がきかれたり、生き生きする姿が増えました。	アセスメントシートの見直しをし、本人のニーズのより細かな抽出が可能となった。本人・家族・職員間で話し合いを持ち、本人・家族の意向『手芸に参加する』、『喫茶店に行く』等をケアプランで取り上げている。	前項(52項)で把握した叶えて欲しい思いを叶える介護計画の作成を期待したい。
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	常にスタッフがカルテに細かく記載している。特に重要な点は、申し送りノートにも記載し、スタッフ全員で情報を共有している。そんな中から、次への展開につなげていけています。		
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	入居者さんそれぞれの要望に合わせ、できないと決め付けることなく、要望にそったサービスが行なえるようスタッフが模索する姿勢ができています。ご家族の思いにも耳を傾け、それを次につなげる努力もしています。		

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
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	ホームはとてもよい環境にあり、地域活動へは全員参加できる機会も多いです。昔なじみの方が声かけをして下さったりと、とにかく地域の方の支援が大きく、ホーム外へ出かけられる機会が盛りだくさんあります。		
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	かかりつけ医、認知症専門医、法人のDrの定期的支援と3ヶ所の医師の協力の下、その時々必要な医療を受けられています。その結果、皆さんの長期入所につながっています。	かかりつけ医、認知症専門医、法人医師の3名が常に連携・協力体制にあり、利用者、家族共に何の心配もなく過ごしている。ホームの協力医や専門医への通院はホームで対応しており、家族が同行することもある。	
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	看護職はホームにいないものの、上記のようにDr3名が常に協力下さり、何も問題なく過ごせています。		
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。	この一年間に2名の方の入院がありましたが、入院中も病院、ご家族とはきめ細かな連絡を取り合いました。		
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	現状、重度化してきている。医療面ではDrと細かく話し合い、助言をいただいたり、家族にも細かい連絡を取って支援させていただいています。それら皆の力が合わせられ、今は重度化された方でも、再び活力ができています。	食事が経口摂取でき、医療行為が発生しない限り、最期までホームで対応する方針である。最近緊急入院した利用者も、『食べられればホームで看れる』と戻って来て、法人医師の助言で元気になり、特養入所の手続きをせずに至っている。	
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	救急救命法を事業所内でほぼ毎年実施してありますが、今年度は未実施となりました。来年度は是非とり込み、スキルアップをはかりたい。		
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	防災の日を月に1回設け、訓練等を定期的に実施しています。ここには地域の方も参加して下さることもあります。10月の実施時には、地域の方々11名もご参加いただけ、活発なご意見もいただきました。	毎月防災訓練を実施しており、地域の参加もある。訓練の終了後には地域の方からの意見も頂き、次回実施時のための改善につながっている。	

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
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	スタッフ全員が理念である「人格尊重」の重要性を理解しており、何よりもご本人、そしてその時々のお思いを大切にした対応を心掛けています。	職員は丁寧な言葉使いで利用者に話しかけ、利用者の言葉を傾聴するよう心がけている。『利用者の言葉はできる限り叶えられるように』と考えながら日常のケアにあたっている。	
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	入居期間の長期化により、思いを伝えられない方も多量中、普段より視点を細かくすることにより、重度の方にも自己決定により近いように支援しています。(ご本人の表情を大切にしています)		
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	時々業務に追われて職員の都合になることもありますが、年々入居者さんのペースで一日が送れるよう支援がすすんでいます。		
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	毎日パシッとおしゃれにというには行き届かないですが、思いを伝えられる方は、そのことを尊重し、言えない方には、過去のその人らしさで支援させていただいています。		
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	準備と片付けはずっと行なっていますが、昨年からは週に1回ごはん作りの日を設け、利用者さん主体の日ができて、皆さん喜んでいきます。今年度も皆さんの能力低下もなく、生き生きとやって下さっています。	利用者の残存能力に合わせて、下準備から片付けまで様々な場面で活躍している。週1回の『ごはんの日』にはメニューも利用者が決め、楽しみながら食事作りをしている。	
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	食事摂取量はすべての方について把握できており、その方、その時々のお支援の方法も、ちゃんとその方のその時の状況を判断した上で対応するよう全職員がやれ、経験の積み重ねで職員はスキルアップしています。		
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	歯科往診はこれからやっていただきます。お昼は完璧ではありませんが、ほとんどの方が本人の力に応じた口腔ケアができるようになりました。		

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
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	1名の方を除き、他はオムツの方でも時間によりトイレ誘導を実施しています。そのことが大きなレベルダウンにも繋がっていないと思っています。	個々のリズムを掴み声かけ誘導しているが、必要以上に介入しないことでレベルダウンしないよう心がけている。失禁時には、「私が水をこぼしました」と職員の責任と伝え、利用者を悲しませないように配慮している。	
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	便秘での悪影響は職員の理解はできています。残存能力に差が大きいですが、個々の方に合わせた予防の支援にスタッフ全員で常に話し合っています。又、それらを次に生かしています。		
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	全員がバランス良く入浴できるように、入浴日や時間は決められているが、順番はできる限り希望を取り入れています。	一日おきの入浴を原則としおり、拒否のある利用者には無理強いせず、会話や音楽を楽しみながら誘導したり清拭にしたりと、柔軟に対応している。入浴剤の使用や、ゆず湯、菖蒲湯と入浴が楽しめる工夫をしている。	
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	個々の生活のリズムを乱さないように支援。又、その日の体調を全職員がしっかりと把握。個々のパターンを知っていることも含め、充分できています。		
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	薬による症状の変化については、全職員での話し合いが多いので把握できています。理解については、非常勤職員のみまだ不十分な職員もいます。		
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	入所の長期化に伴い、残存能力の差は大きいものの、入居者さんの好きなものなどを理解し、細かい個の支援を大切にしている。その結果、全ての利用者さんがコミュニケーションがとれ、コミュニケーションのレベルは今年度もアップしています。		
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	その方の能力にあった散歩やドライブ、買い物などの支援を行なっている。行事など多人数のスタッフを必要とする時は、家族や地域のボランティアさんなどに協力をいただき、寄り添うケアに努めています。ご家族の協力はこの一年で増えています。	ホームの隣には公園があり、散歩に花見に日光浴にと、日常的に出かけている。毎月ドライブを兼ねて神社にお参りに出かける利用者もおり、喫茶、外食と個々の希望に合った外出支援が行なわれている。地域住民や家族の協力も大きな支援となっている。	

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
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	自分でお金を管理できる方がいない為、全て事務所預かりとなっておりますが、入居者さんが何か欲しい等の訴えがあった時には、スタッフ付き添いの下、使用できるよう支援しています。		
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	家に電話したいとの訴えあれば、スタッフ支援の下かけています。手紙は日常的に行ってはいませんが、年賀状は書ける方はスタッフ支援の下、書いて出されている。		
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	混乱のある方には貼り紙をしたり、テーブルクロスは無地に替えるなど、混乱しないよう配慮している。又、季節のお花は常に絶やさず、季節の果物も飾ったりしています。	大きなガラス戸や天窓があり、採光が良く暖かなリビングの真ん中にカウンター式キッチンがあり、全体が見渡せるようになっている。多くの写真が貼られており、職員、ボランティアの紹介や日常の様子が紹介されている。	
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	ゆったりとした思いで、一人一人が自分の好きな時間を過ごせるようソファを用意したり、又、皆で楽しめる時間も定期的に用意しています。		
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	入居者さんが希望する私物があれば、家族と相談し、できる限り設置しています。どんぐりの家の都合で一方的に断ったことは一度もありません。	各居室にはベッド、机、クローゼットが作りつけになっており、2部屋のつなぎに1箇所のトイレが設けられている。仏壇やテレビ、趣味の手芸の本と、一人ひとりの思いの詰まった居室作りがなされている。	
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	マットレス使用、手すりの追加、リクライニング車椅子の購入、カレンダーの見直し等々、他にも入居者さんの認知レベルに合わせた居室空間、フロアの整備に努めています。		

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	総評	平成26年1月19日の運営推進会議では歴代の区長さんを交えた会議を実施。その席で前区長さんから地域でまだどんぐりの家を知らない人もいるから、もっともっと外に出てきなさいと助言あり。	地域の方々にもっともっとどんぐりの家を知っていただき、相互の交流を自然に増やしていきながら、ホームが地域にあることでの役割を広めたい。	どんぐりの家の旗を作り、行事には掲げる。年に何回かどんぐりの家からの便りを地域に発信する。地域の方でどんぐりの家を訪問して下さる方がいるので、ホームに上がっていただき皆さんと交流を持っていただく。	12ヶ月
2	26	入居者さんの重度化により、ケアプランでの本人のニーズでは重度化している方のプランがどうしても偏りが見られる。また他の方でももう少しご本人のニーズをつかみ取れるのかもしれない。	しっかりと本人と支えて下さる家族や周りの人達のお力を借りながら、より多くの笑顔が見られるようなプランも取り入れてみたい。	アセスメントシートを昨年センター方式に変えたが、このシートをさらに上手く使っていけるように職員皆で勉強できる時間を作る。	12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。