

## 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	3370700456		
法人名	医療法人社団 きのこ会		
事業所名	グループホーム 井原ラーゴム		
所在地	岡山県井原市西方町1425-1		
自己評価作成日	平成29年2月21日	評価結果市町村受理日	

※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.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3370700456-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd">http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=3370700456-00&amp;PrefCd=33&amp;VersionCd</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 ライフサポート
所在地	岡山県岡山市北区南方2丁目13-1 県総合福祉・ボランティア・NPO会館
訪問調査日	平成29年3月2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)】

グループホーム開設から12年、多くの入居者さん達との生活を通じて、様々なことを経験し、多くの事を学ばせていただきました。その中でも「その人らしさ」を守ること、「その人に合わせたケア」の必要性・重要性和実践の大変さ・難しさを経験することができ、グループホームとしての成長が出来ていると実感しています。現在2ユニット18名の方々が生活されており、要介護度も1から5と幅広いものの、それぞれに合わせたケアを実践していくことで皆さん元気に生活を送ってられます。職員も介護福祉士が12名(うち介護支援専門員3名)がケアをおこなっており、認知症ケア上級専門士(管理者)によるケアの指導もおこなわれています。入居者さんのために今何が必要なのか、早期対応、早期解決で不安の少ない明るい生活実現に向けた努力を絶えず続けていく、それが今のグループホーム井原ラーゴムで

### 【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)】

管理者(統括責任者)は母体病院で色々な精神疾患の多くの患者さんと関わってきた経験から、認知症の人を見る眼が違っている。認知症の病気を患う一人ひとり、時間・場所・相手等によって心理的な反応は異なり、それを理解しつつどのように対応していけば良いのか、それは職員一人ひとりが自分の眼で知り、それが何で起こっているのか考えねばならない。そして職員は全員で共有していけるマネージメントが必要であるということを、以前に聞かされたことを憶えていた。グループホームで利用者が安心して楽しく過ごしていくためには、職員はこのような気持ちで利用者に接していける集団であって欲しいと願って色々なホームを見せてもらってきた。このホームの職員は男性が増えてきた。その中に管理者と同じ道を辿ってきたイケメン風の職員が、このホームに来て2年余り、「利用者さんにして過ごせる良さをやっと知りました」と話してくれた。

## 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
<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	年間目標を決定する際、運営推進会議等を利用し、理念を職員、地域住民に伝え、理念に準じた目標の作成を住民と共に決定することで、双方にその周知をする取り組みを実施している。	理念は「安心できる居場所作り」「開かれた施設」「日常生活の延長」等であるが、1F・2Fそれぞれに特性があり、2Fは特に個別ケアを重視している。両ユニットの違いを活かしつつ今後は軽度の人を受け入れていく方向で考えていると聞いた。利用者の「笑顔」が職員のやりがいにっている。	
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	事業所を会場とする交流イベントを継続的に起こっており、重度化された方々でも楽しめる工夫を続けている。自治会に加入し、地元老人クラブと共同で地域行事に積極的に参加している。	毎年児童福祉施設の子供達との交流が定着しており、イベントやクリスマス会にホームに招待している。地域のボランティアの定期的な訪問もある。地域に開かれた施設として日頃から交流も幅広く、地域貢献にも一役かっている。	
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	認知症カフェや訪問調査員の勉強会などで講師を務め、地域の人々や専門職への認知症理解に協力している。		
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	運営推進会議の場に於いて情報を公開(倫理的配慮は行なっている)し、実施しているサービスよりも「想い」を伝えている。それにより施設の取り組みを深く関心を持って見守っていただいている。	運営推進会議はホームの行事に併せて開催する事もあり、市の担当者、民生委員、地域の人、家族等の参加がある。民生委員から地域住民の事を相談される等、会議は質問や相談の場にもなっている。「徘徊と周回」等のミニ研修会も併せて行なっている。	
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	井原市地域福祉活動計画策定委員として、市と連携し、地域福祉の発展・強化に協力している。社会福祉協議会と連携し、介護・障害・保育で地域問題に取り組む組織づくり(井原おもいやりネットワーク)をおこなっている。	井原市が4月から介護相談員派遣事業を開始した事により、5月から介護相談員が2ヶ月に1回、ホームに来所するようになった。認知症患者医療連携会議に参加したり、市社協の依頼で講師派遣する等、市の担当者とは日頃から連携を取り合っている。	
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	身体拘束の定義を学び、日常に拘束に値するものが無いが、常に気をつける習慣を身につける努力を実施している。言葉による拘束(speech lock)についても、同様に取り組んでいる	行動的な人の不意の外出があり、地域の人の協力を得て無事帰ってきた事例もあり、施設離脱への注意を怠らず安全対策にも気をつけている。外部からの侵入防止用に玄関センサーや居室センサーを取り付けている。	
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逃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	虐待の種類を学び、職員間で互いの行動が利用者に対しての虐待に値しないか、個人だけでなく全員での意識付けを実施し、虐待の発生を抑えている。		

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
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	現在制度を利用している入居者はいない。今後制度利用者受け入れに対して、備えておく。		
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	管理者が実施し、入居が必要な状態か(介助次第で自宅での生活が可能ではないか)をよく相談し、入居の際、その時出た問題点を当面の取り組み内容とすることで家族の理解とさらには協力を得ている。		
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	利用者を中心に据えた生活を目指すために要望を取り入れ、目標として表している。個々の家族からしか意見が聴取できない状況だが、その分密な話し合いをして要望を導いている。	行事に併せた運営推進会議には多数の家族の参加があり、毎年、恒例の「秋刀魚の日」もある。毎月担当者が状況報告等の手紙を書き、請求書に同封して家族に送付している。家族の面会時にはよく話し合っており、意見・要望を聞いている。	
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	「この仕事のやりがいは何か?」「自分自身が入居したいと思える施設か?」を命題として共有し、日頃から足りないもの職員間で話し合い、課題としている。毎月意見交換のミーティングもおこなっている。	法人内異動もあり、職員の半数は男性であり、年々、男性職員の割合が多くなってきている。若い女性職員の離職率が高い為、今後も子育て終了世代の女性や男性職員を増やす方針と聞いた。職員会議で情報共有や意見交換をしているが、職務にメリハリをつける為に休憩時間を設けることにした。	
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	職場環境の改善、より働き甲斐のある雰囲気作りへの取り組みを実施している。しかし、処遇面(資格手当など)において課題がある。		
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	法人内、外への研修参加を実施している。また、在宅部門以外の経験がある職員によりターミナルケアも視界に入れた実践的な職員教育をおこなっている。		
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	実践リーダー研修や管理者を通じ、県内・県外の多くの事業所と情報交換をおこなうようになった。2ヶ月に一回、グループ内のグループホーム部会を行い、情報を共有しサービスの向上を図っている。		

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
<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	本人の話(嗜好、趣味、歴史など)を家族の意見を踏まえながら聴取し、本人の潜在的ニーズまで充足できることを目標に関わりを深く取っている。		
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	本人の周辺症状などにより家族との関係が崩れかけているケースが多い。情報を聴取していく中で認知症に対する理解を深め、家族と本人の関係回復も視野に入れて実施している。		
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	周辺症状の原因究明を本人の言動、家族からの情報を基におこなっていき、原因の除去、軽減に必要なことと、その重要性を伝え、サービスに関する相談を実施している。		
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	職員の管理する施設を利用するというよりむしろ利用者個々の家庭生活の場に職員が参加させてもらっているという意識を持ち、家族のような関係構築に努めている。		
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	家族には主に本人の「気持ち」の部分を伝えている。言動のどういったことから「気持ち」を汲み取ったかを説明することで認知症と、何より本人の理解を求めている。		
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	人物錯誤など、記憶の混乱により家族や知人が大きなショックを受けやすい時期に差し掛かっている。本人の周りへの支援を重要視している。	元入所していたケアハウスの友人の訪問や娘達と外出・外食に出かける人、毎週家族が面会に来てくれる人もいる。いつも髪を綺麗に染めている人は娘と美容院に行ったり外泊するのを楽しみにしている。職員はそれぞれの馴染みの関係継続の支援をしている。	
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	「ひとはくすり」(聞いてもらう事、一緒にいる事で落ち着く・安らぐ)という言葉を念頭に、個々の性格や行動にあわせて孤立することが無いよう支援している。		

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
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	サービス終了後はいつでも本人と家族の相談窓口としての役割を実施している。		
<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	本人の希望を中心とした生活を送るため、日常の言動から本当の希望(ニーズ)を見出す努力をしている。	日々の関わりの中での気づき、エピソード、課題、発言等を「ISOAP」に分類し生活記録に記入して、その人の思いや状態の変化等を職員間で共有している。家族に協力をお願いして生活歴の作成に取り組んでおり、重度化して意思表示の難しい人とのコミュニケーションのツールにもしている。	課題や要点を抽出した素晴らしい記録になっているが、有効に活かす為に、生活記録を1ヶ月に一度は読み返して、利用者の本当の気持ちはどうか、振り返りをした方が良いと思う。問題解決の糸口になる素材があるかもしれない。
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	本人の生活に活かせるよう、できるだけ多くの情報把握に努めている。また身体能力に応じた色々な事にチャレンジしてもらっている。		
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	生活記録、毎日のバイタルチェック、医療機関との連携、カンファレンスなど、その人らしい生活を守るための記録や話し合いの場を設けている。		
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	介護計画にふくらみを持たせ、計画通りのみのケアにならないよう、日々の変化に柔軟に対応し、そのとき時でカンファレンスを実施している。	長期・短期目標を分かりやすく一つにまとめた新ケアプラン様式を6月から使用している。介護記録は簡潔に要点が記入しており、利用者の身体面・心理面をよく把握しており、支援目標も具体的な表現で共有しやすく、職員間で話し合っってプランを作成している。	法人の他GHと隔月でグループホーム部会を開催していると聞いているので、ケアプラン・アセスメント・介護支援記録等、ケアマネジメントについて話し合ってみてはどうかと思う。
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	アイソープ方式の記録を採用し、本人の行動だけでなく、そこから推測される本人の思い、スタッフの考えを記録に残し、実践、モニタリングにいかしている。		
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	1階と2階との協力体制により、利用者間の交流や外出等を行っている。ボランティアの受け入れなども行い、地域の新鮮な情報を仕入れる工夫をしている。		

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	地域のならわしや地域行事など、地域住民や利用者から情報を聴取したうえで、利用者のQOL向上のために協力を求めている。また、地域に対して介護知識の還元を望んでいる。		
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	同敷地内の診療所と医療連携をとっており、タイムリーな情報を共有していることから、本人、家族にとってそのとき最も有効な医療を受けてもらっている。	隣のきのこ診療所を受診している人が殆どで、必要に応じて往診もある。他科受診や急変時以外は原則家族に付き添いをお願いしている。診療所の非常勤看護師が不測の事態やトラブル対応してくれるので心強い。医療と介護の連携がよく取れているので安心である。	
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	施設内に看護師はいない。連携先の看護師に正確な申し送りが出来るよう記録等の徹底、毎日のバイタル報告を実施している。		
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	退院時、医療機関からの説明の理解を家族が納得いくまで求めている。再発の可能性や今後起こりうる項目に関して十分話し合い、それらを記録として残している。		
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	看取りの経験を通じて、重度化や終末期に至るまでに何か本人と家族と一緒に出来る事はないか(思い出作り)を提案している。終末期を迎える家族とは、互いの不安を出し合い、それらの解決プランを話し合っておくことで、終末期ケアの不安を軽減する努力をしている。	開設12年の間には4名の看取りの経験はあるが、ここ2年余り看取りの人はいない。ターミナル期の人も現在はない。母体が医療機関であり医療との連携もしっかり出来ているので、自然な形での最期(老衰)の場合はホームで看取りをしようと思っている。	
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	緊急時マニュアルを作成しており、病変時などは直接かかりつけの医師に連絡がとれるようになっている。		
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	半年毎に昼間、夜間を想定した避難訓練を消防署員立会いで実施し、近隣住民の参加もしていただき建物の構造や避難場所、利用者数など説明している。	他県のGH災害を教訓にして、運営推進会議を兼ねて水害に対する防災訓練を行なった。水害対策マニュアルも作成した。災害時には市から食料等の配給があるので、ホームでは照明や機材等の備蓄をしている。この周辺では隣の診療所が避難場所になっている	

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
<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	ホーム内での社会性を重視し、中核症状や周辺症状で本人が周囲から孤立しないようスタッフが関わっていくことで誇りとプライバシーを守っている。	排泄介助時には自尊心を傷つけないように、タイミングを計りながら定期的に紙パンツの交換をしたり、言葉にも気をつけている。入浴時には風呂場の戸を閉める等の配慮を欠かさない。男性利用者の中には、男性職員が増えたら元気になってきた人もいそうだ。	
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	言葉だけに捕われず、言動に隠された「本当の希望(ニーズ)」を見つけ出す関わりと、その希望の充足を図るための努力をしている。		
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	本人の気分や体調に合わせ、強制的なことはおこなっていない。本人のペースにあわせたケアを実施している。		
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	美容院や衣類の購入などは家族にお願いし、本人の好みの傾向を教えてもらい、それらを反映させた援助が出来るよう努力している。		
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	目に見える場所で調理をし、みな食事を楽しみにしている。献立表にメモ欄をつけ、好評・不評の記入をしていくことで嗜好の抽出をおこなっている。	開設以来、食事は「職員手作り」にこだわっており、1Fと2Fユニットの台所で副菜を分担し合い同じメニューの食事になっている。食事形態もそれぞれで全介助・一部介助、自分で食べる人等がある。殆どの人が完食であり、食事中も利用者と職員の会話が弾んで楽しそうだった。	
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	食事や水分補給に変調があれば記録に残し、主治医、看護師と相談しながら、時間をずらす、食材や量を工夫する援助を実施している。		
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	口腔ケアの研修に参加し、誤嚥、呼吸器系疾患などを防ぐ為の専門的な知識と技術の習得に努めている。訪問歯科診療も希望があれば受診可能である。		

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
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	手すりを増設するなど、一人ひとりに合わせた援助を実施しているが、寝たきりの方のトイレ誘導など、その援助方法に課題を抱えている。	各居室にトイレがあるので基本自室での排泄だが、失敗の後始末をしやすいようにビニールマットを敷いたり、トイレの近くにベッドを置き、足元にセンサーを付ける等、様々な工夫をして対応している。日中は紙オシメの人がいないという状態を維持できている。	
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	日常の排泄状況をチェックし、運動、飲食物の工夫、服薬等の対応をしている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	2, 3日毎とさらに希望時の入浴をおこなっている。利用時間に制限を設けていない為、いつでも好きな時に入れるようにしている。	1F浴室にリフトが設置されている。常時リフト使用は4名いるが、1・2Fともその日、体調の悪い人には使用している。ほぼ全員が湯船に入れるが、重度化した人の場合には男性職員は一人で女性職員は二人介助で対応している。入浴拒否の人でも、コミュニケーションの工夫をしながら徐々に改善してきた例もある。	
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	眠剤の使用を極力さけるために、日中の関わり方に重点をおいて援助している。常夜灯の色や明るさを工夫するなどしている。		
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	前日のスタッフ、夜勤者、提供するスタッフでのトリプルチェックをおこない、誤薬、服用忘れを未然に防いでいる。		
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	こちらから題材を提供するばかりではなく「スタッフに教えること」も楽しんでもらっている。(方言の意味、ものの名前、由来など、地域の年配の人しか知らないようなこと)		
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	初詣や花見や紅葉狩り等の非日常的な外出は、ミーティングで決定して計画的に実施している。1階と2階との協力体制(スタッフの確保)により、早朝、深夜を除いては、外出できる環境をつくっている(行きたい時に行きたいところへ)。	揃って出かける集団での外出支援の他に、ドライブ・買い物・老人クラブ・児童養護施設等、本人が希望する所、行きたい場所へ出かける個別支援もしている。天気の良い日はホーム周辺の散歩が日課になっている。	



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	金銭の管理はスタッフが一括しておこなっている。		
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	「ラーゴム新聞」を発行し、担当スタッフの手紙を添えて毎月家族に送っている。		
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	安全に配慮したうえで、ホール内の配置を時々変化させ、その時期の飾りや日当たりなどで季節感を出し、また、同環境下でのマンネリによる意欲低下を防ぐ工夫をしている。	テーブル・ソファ等の配置を考え、利用者同士の関係に配慮した工夫もしてある。1Fと2Fでは軽度と重度くらいの差があり、利用者同士の会話やリビングの雰囲気も異なるが、どちらも室内は季節感に溢れ、外のペランダに置いてあるテーブル・椅子で外気浴や日光浴を兼ねてお茶が飲める。	
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	ホールの備品配置に流動性をもたせている為、タイムリーに場所を作ったり、替えたりが可能である。寝たきりの方でも過ごせるようスペースを設けた。		
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	本人らしい部屋の実現が帰宅要求、物盗られ妄想などの不安の軽減につながることをスタッフ、家族が理解したうえで協力して居室環境作りを実施している。	和室と洋室があり、構造上リビングから見えにくい部屋は軽度の人で使用し、転倒への防止策としてベッドの位置を工夫する等、状態に応じて安全に配慮がしてある。テレビ・写真・使い慣れた家具等を持ち込み、落ち着いた居心地のよい居室になっている。	
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	テーブルや椅子、ソファなど個々の身体状況に合わせた工夫をほどこしている。		