

### 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31年3月15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 [http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action\\_kouhyou\\_detail\\_2013\\_022\\_kani=true&JigyosyoCd=3370700456-00&PrefCd=33&VersionCd=](http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&JigyosyoCd=3370700456-00&PrefCd=33&VersionCd=)

**【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31年3月27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13年が経過し、入居者の高齢化・重度化、就業者の減少など、施設を取り巻く環境も開設当時とはずいぶん変わってきました。グループホーム井原ラーゴムでは、そうした状況下にあっても、今までともに生活を送ってきた、数多くの個性豊かな入居者・職員から得た、さらには、母体であるきのこエスポアール病院で積み上げてきた経験・知識を活かし、認知症高齢者の様々な周辺症状に適切なケアをおこなうことで、入居者の不安軽減、職員の介護負担の軽減につなげていくことで、お互いが笑顔で生活をおくる場所づくりを目指して、日々頑張っています。

**【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)】**

井原市の医療・福祉関係の事業所が、この地に集まったのかと思える一角でグループホーム井原ラーゴムは、重要な役割を担い続けてもう少しで15年の節目を迎えようとしている。利用者は個性豊かで、他施設や病院等ではお世話が難しいと言われた方でも受け入れようと努力している。管理者・職員は一人ひとりの受け入れの為に特別に学習したり、居室の改装にも努力を惜しまない。「介護とはその人に振り回されるのが仕事」と達観している。さらに、利用者それぞれの状態・病状に対するケアを確実な方法で学習している。医療法人きのこ会ならではの環境はもとより、井原市の地元の協力・応援があってこそ地域に密着した「GH井原ラーゴム」があると思う。さらにこの事業所の優れた点は、常に「開かれたホームでありたい」を念頭に置いている事だろう。「井の中の蛙」にならないよう、可能な限り視野を広げて、そこから「利用者の笑顔が自分達のやりがいにつながる事」を願っ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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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。	井原ラーゴムの想いとして「日常生活の延長・安心出来る居場所作り・個別のニーズに合わせたサービス・タイムスケジュールを優先しない、開かれたホームを」等が見られたが、管理者を中心としてこれらの方向に邁進しようと努力している。	
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員として日常的に交流している	地域の方々に事業所を訪れて頂くためのイベントの開催をすることにより、重度の入居者さんであっても交流できる機会を設けている。	住宅地の中にあるホームだけに地域との付き合いはとて多い。例えば老人会等との付き合いとしては長年花見や紙芝居を共に楽しんでいる。ホームの「ご祭り」にはボランティアの応援や近くの人の参加がある。	
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	認知症に対する理解を求め、また、地域とのつながりを深めていくために、運営推進会議をはじめ、認知症カフェ、介護関係者の研修会などでの講演、相談をおこなっている。		
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。	市の介護保険課・民生委員・地区の方々・数名の家族等の参加があり、ホーム内のリスク面についての報告や利用者の状況、災害や感染症に関する理解や学習等、利用者とのコミュニケーションその他豊富な内容について話し合っている。	
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、市と連携して地域福祉の発展・強化に協力している。介護・障害・保育でつながる「井原市おもいやりネットワーク」を立ち上げ、地域の様々な問題に取り組みをはじめている。	運営推進会議の時以外でも市の担当者それぞれ分野でよく連携を取っている。医療連携の場面や医師会・包括等からも声がかかり、施設入所が難しい方の受け入れも可能な限り対応するようにしている。この法人・このホームならでの取り組みだろう。	
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	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	禁止となる身体拘束の事例はないが、職員の勉強会では利用者に対する行動制限、例えば「さっき言った」「もう忘れたのか」等、言葉や会話、また職員の態度等について振り返りや、言い換えをする等、学習している。	前年度の目標達成計画として先ず掲げられているのが身体拘束に関する研修とあるが、現在具体的な事例はなく言葉等による拘束に取り組んでいる。この学習を深めていく事が、人としての尊厳や人格の尊重につながり、理念の実践ともなるのでさらにレベルアップさせて下さい。
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	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	成年後見人制度を適用している利用者がおられ、制度についての理解をしやすい状況にあるが、知識の徹底に至っていない。		
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(介護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。	運営推進会議へ家族の参加は多く、家族交流会も実施している。新聞やたよりで情報をよく伝えているし、面会時には個別な相談や話し合いをしている。管理者は職員に家族ともよくコミュニケーションを図るようにと、常に話している。	
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	「この仕事のやりがいとは何か?」「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。毎月全員参加のミーティングもおこなっている。	日頃から例えば「業務を完璧にこなすより利用者との時間をもっと」とか「ここで何を優先させるべきか」等、ホームの運営やケアにつながる話し合いをよくしている。職員の仕事量や働き方についても、思いのたけ話し合えるようにしている。	
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	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	認知症ケア上級専門士(管理者)による現場でのケア指導、各種研修への参加をおこなっている。		
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	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」の部分伝えていく。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。	毎日誰かが面会に来ているというくらい、家族が気軽に立ち寄れる環境である。今日も訪問中の家族に出会った。ターミナルだった人も生前、すぐ近くまでではあったが頑張って車中での墓参りが実現出来た。家族関係が良好な人が多く、外出・外泊の協力がよくあり馴染みの関係が継続出来ている。	
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。	介護記録等を見ても、その人の事をよく知ろうとする努力や心身の状態の把握をしている事が分かる。認知症の中にも様々な症状があるので、それぞれに合わせたコミュニケーションを取りながら、介助者としてではなく、“相談相手”として接するよう努めている。	介護記録の中にサブタイトルをつけ、ISOAの記号で記述してあるので、とても読みやすく共有しやすい。日頃の関わりの中での気づきや、特にO(状況・客観的感想)とA(職員の主観・考え方)の記述が素晴らしいと思う。
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。	きのこ式アセスメントを用いて、本人・家族の思いや願いを把握して、職員間で話し合いながらケアプランを作成している。日々のケア実施状況や個々の心身の状態の変化を見ながら3ヶ月毎にモニタリングをし、6ヶ月毎にケアプランを更新している。	
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	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	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。	母体病院の院長が主治医であり、同敷地内にある法人の診療所を受診している。緊急時にも即対応してもらえるので心強い。月1回の訪問歯科もあり、6名が口腔ケア等で利用している。また、母体病院の看護師が手伝いに来てくれているので、医療と介護の連携がよく出来ている。	
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	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。	今年度は1名の看取りを実施した。100歳を目前にして老衰で亡くなり、親族等に見守られて安らかに旅立った。現在はターミナルの人はいないが、これからも医療的処置が必要でなく、本人・家族の希望があれば、可能な限りホームでの生活をサポートしていこうと考えている。	
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。	7月の豪雨災害の時にはホーム裏手の稲木川が増水し、対岸は冠水したが、この建物には被害はなかった。今までは火災発生時の訓練だけだったが、垂直避難をする等、水害対策についても井原市の防災マップを使用して話し合っている。	

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。	ユマニチュードを職員間で勉強・共有しながら日々のケアに取り入れていると聞いた。接遇やコミュニケーションの取り方にも気配り・心配りをし、一人ひとりを尊重するようにしているが、職員同士で気になる事は注意喚起を促している。	
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	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	訪問美容を利用してもらったり、衣類の購入などは家族にお願いするなどして、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。可能な方には調理に参加してもらっている。	食事は三食職員が手作りし、調理の過程を五感で感じてもらっている。食事を大切にしており、1階は殆ど自力摂取、2階は介助の必要な人が数名と、状態の違いはあるものの、皆さん職員や利用者同士で楽しくおしゃべりしながら食べていた。	
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	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、転倒防止等安全対策として、トイレ入り口(上部)にセンサーライトを設置している部屋もある。排便を促す時は「けずんでください」と方言で言う方が通じる人もいるようだ。重度化していても職員が抱えて立位の取れる人は、トイレでの排泄を基本としている。	
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	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ず、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。	1階の浴室に設置されているリフトを使って6名が浴槽に入っており、残りの人は自分で跨いで入れるので、全員湯船に浸かってゆっくり入浴している。シャワー浴のみの人はいない。拒否を示す人もいるが、その人に合わせ、その人のペースで職員・利用者一対一で入ってもらっている。	
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	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もしている。		
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	散歩や買い物等の日常的な外出を促している。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。	外出支援に力を入れていると聞いたが、年間行事計画の花見や紅葉見学等はずもとより、ドライブ・買い物・墓参り等の不定期行事もよく行なっている。家族の協力も得られ、外食・外出・外泊等の個別外出支援もしており、気分転換をもらっている。	



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、同環境下でのマナーによる意欲低下を防ぐ工夫をしている。	レクや作業療法等を用いて何もしない時間を無くそうと職員間で話し合い、パズルや塗り絵等、その人の出来る事・得意な事・好きな事等をしてもらっている。利用者同士でよく会話が弾む場面もあり、笑顔や笑い声がよく聞こえる。掃除機でリビングの掃除をしている人もいて、清潔で明るい環境になっている。	
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	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。	重度化や状態の変化に伴い、家族と相談してベッドから畳に変更した居室や、ベッド周囲にクッションマットを敷いたり、手すりを設置する等、安全で過ごしやすい環境作りに努めている。加湿器・空気清浄器・ラジカセ・ラジオ等を家族が持ち込んでいる部屋もあった。	
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	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。		