

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26年2月28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_kanji=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26年3月16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)】

井原ラーゴムは今年で9年目を迎えました。入居者の皆さんも穏やかな生活を送られる一方で、高齢化・重度化も進んできており、その過程で看取りを経験することもありました。ケアの大変さもさることながら、職員に大切なことがケアの知識・技術だけではなく、心構えであったり、本人・家族・職員同士の信頼関係が不可欠であることを身を持って学ばせて頂きました。入居から看取りまで、グループホームの果たす役割全てを経験したことで、日常の関わり、気づき、取り組みなど、様々な場面で職員の意識の成長がみられ、施設全体がより結束を強く、遅くなりました。H26年の4月から、併設の通所介護を終了し、新たに1ユニット9名、グループホームを増床することになり、新しい入居者、職員が加わります。経験を活かし、地域とも連携しながら新しい井原ラーゴムを目指していきます。

【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)】

「おおえグループホーム」が老朽化に伴いH26. 3. 31をもって閉鎖され、このホームを2ユニット化し、利用者9名のうち7名がそのままスライドして「井原ラーゴム」へ移動する事になった。「おおえ」の利用者が不安がらないようにという配慮で、計画作成担当者も一緒に「井原ラーゴム」の新ユニットへ異動になった。現在の1階のデイの職員は新ユニットへスライドして勤務する事になっている。就任して6年目になる管理者は専門知識も豊富であり、広範囲への探究心を持ち、人材育成の面では若い職員のやる気を引き出すことに重点を置いている。ホームが日頃から目指している「地域に開放された施設作り」の一環として、きのこ診療所の休診日に前の広場を開放して、地域の人とふれあう計画も着々と進められており、地域交流の輪が更に広がろうとしている。

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 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. 全くいない
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
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	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。	今年度の方針として「より地域に開放された施設として積極的に地域交流を図り、レクを充実させ、利用者満足度の向上を図る」を掲げている。「陶芸」を導入して1階の工房で利用者と箸置きを作る等の活動をしている。職員にとっても、利用者の笑顔がやりがいとなっている。	
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	交流会や勉強会の実施、地域行事の会場としての施設開放を行い、多くの方々に、まず施設へ足を運んでいただける工夫からはじめている。	2ヶ月に1回、市主催の「ふれあいサロン」をホームで開き、地域の高齢者と利用者との交流がある。祭りの子供神輿の立ち寄りや地域行事の草刈り等にも参加している。今後はきのこ診療所の休診日に前の広場を開放する計画もあり、更に地域交流を広げようとしている。	「地域に開放された施設作り」の言葉通り、近所の人が野菜等を持ち寄る“ふれあい市場”のような計画があると聞き、様々な企画で地域交流の輪が広がりがつつあるのが窺え、利用者にとっても楽しみが増えることを期待している。
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	どういった行事をしているか、利用者がどういったことを喜ばれるかを毎月発行している新聞、イベントの際に紹介するなどして発信し、理解と協力を得ると同時に地域のニーズを求めている。		
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。	市の担当者、民生委員、地域住民等の参加があり、2ヶ月に1回開催している。活動報告、情報交換の他、参加者から地域のサロン行事について「ホームに更なる積極的な参加をお願いしたい」との要望が出る等、運営に反映する活発な意見交換をしている。	会議での家族の発言はホーム運営にも有意義な効果があると思うので、目標達成計画に掲げている家族の参加を引き続き呼び掛けて欲しい。
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	井原市地域福祉活動計画に地域密着型施設の代表として参加を依頼され、市と連携して地域福祉の発展・強化に協力していくことになった。	運営推進会議には市の担当者の毎回の出席があり、指導や情報提供を受けている。市の活動計画の高齢者部門代表としてホームが任命される等、行政からの信頼も厚く、地域活性化推進に向けて連携を取りながら良い協力関係を結んでいる。	
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。	行動的な人には夜間の安全対策の為、スリッパに鈴をつけている人もいるが、家族には理由を説明し了解を得ている。職員が法人の身体拘束委員会のメンバーであり、職員全員参加の勉強会もある。来年度は認知症専門ケア加算をつける予定にしている。	
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。	面会の時や月々の利用料持参の時に利用者の状況報告や情報交換を行い、家族とは日頃からよく話し合っている。遠方の家族には日々の様子や健康面等、手紙に書き、毎月発行の「井原ラゴム新聞」に添えて送付している。	
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。	毎月ミーティングを行い、管理者は「自分はアイデア係、職員が実行係」と言い、広く職員からの意見や提案を聞き入れ、お互いにその場で話し合っている。H26. 4月から2ユニットになり、職員も異動や増員があり、今後は更に職員間の連携を強めていこうとしている。	
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	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。またその事業所への体験入所も実施している。		

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	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。	毎月1回、自宅に帰り外泊する〇〇さんは、娘さんと馴染みの美容院へ行き、定期的に綺麗な薄紫のヘアカラーにしている。家族が利用者の居室に泊まる人もおり、この日も昨夜から泊まっているという娘さんに会った。職員はこれまでの馴染みの関係を大切に支援している。	
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。		
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	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。	家族には入居を考える時点から「本人の納得できる理由を考えて欲しい」と伝え、職員も特に新規利用者の気持ちを大切にしている。日常的にも一人ひとりの思いを日々の言動から汲み取り、職員が出来ることは何かを模索しながら可能な限りの支援に努めている。	
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	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。	利用者の担当制があり、生活記録の中にプランに関する「P:」マークがある。日々の経過からプランに上げる必要があると判断した事柄を記入している。そしてこの「P:」マークを拾い上げ、職員間でカンファレンス、モニタリングをしながらプランに反映させている。	管理者は記録や計画など机上で行なう仕事と現場で実際に職員が行っている仕事のギャップがないようにしていかなければならないと認識しているが、介護の現場では常に確認と原因・要因を考え、次のステップに移ることの重要性を植え付けていって欲しい。
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	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	デイサービスとの協力体制により、利用者間の交流の幅を拡げている。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。	利用者全員、法人病院の院長が主治医であり、同敷地内の診療所で受診している。急変時、夜間等24時間いつでも院長と電話が通じ、即、看護師派遣等対応してもらえる。院長不在の時は他科の医師の往診もあり、医療連携の体制が整っており、いつでも安心して生活できる。	
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が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。	今年開設以来初めての看取りを経験した。遠方の家族、主治医の強い希望もあり、職員が家族の代わりとなり最期を看取った。「一人の人の入居から看取りまでの経験を積み、勉強させて頂いて感謝の気持ちを持つ事が出来た」という職員の言葉もあった。今後も医療面で特別な問題がなければ医療と介護の連携の下、終末期ケアをしていく方針にしている。	
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。	年2回、グループホーム・デイサービス合同で昼・夜を想定した防災訓練を実施している。ホームは2階にあり、自力で避難可能な人3名、歩行介助4名等、近隣の住民の協力を得ながら外の非常階段を使って避難誘導訓練をした。訓練に参加した住民からの具体的な意見や感想は今後活かしていこうと思っている。	

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	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。	入浴やトイレの介助は優しく声を掛けながら、同性による介助で安心してもらっている。止むを得ず男性職員が介助する場合は、声かけを最小限に時間をかけないで素早く対応する等、羞恥心やプライバシーに配慮している。	
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	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ください、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。	1階のデイサービスが昼、ホームが毎日朝・夕と分担、協力して調理をしている。男性職員も当番の日は調理する。職員も同じものを食べ、利用者にも味付けを聞いたり好き嫌いや摂取量の観察をしながら、嗜好の把握をし献立の参考にしている。その人の身体状況に合わせ食べやすい食器を使用し、自立支援をしている。	
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。	各居室にトイレが設置しており、排泄は自室のトイレを使用している。居室内にトイレまでの移動の為に工夫をし、歩行のリハビリを兼ねて平行棒を設置してある部屋もある。1年かけて排泄が改善した人もいます。	
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。	基本は2日に1回、午前、午後好きな時間に入浴できる。男性職員の介助を嫌がる人には女性同士で安心して入ってもらっている。重度化した人は1階のデイサービスのリフト式浴槽で入浴している。	
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	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	デイサービスとの協体制(スタッフの確保)により、早朝、深夜を除いては、いつでも外出できる環境をつくっている。	花見、ひまわり見学、紅葉狩り等、季節ごとにドライブを兼ねた外出支援をしている。近くの田んぼへ案山子祭りを見に行ったり、天気の良い日は散歩に出かけることもあり、家族にも協力をお願いしている。1階のデイサービスのウッドデッキで日光浴・外気浴を楽しむこともある。	

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	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。	リビングにある2つのテーブル、ソファ等で本を読んだり、音楽を聴いたり、利用者同士で話が弾んだり好きな事をして自由に過ごしている。ベランダの外に広がる景色は区画整理された広い田んぼと奥に連なる山々。天気の良い日はベランダにあるウッドベンチに座り日光浴が出来る。	
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。	フローリングにベッドの部屋、畳に敷き布団の和式の部屋、それぞれ家庭での生活スタイルを継続している。自分で掃除用のモップを置いている人、大きな仏壇を置いている人もいる。部屋に置かれたテーブルや椅子の配置にも安全な工夫や配慮が随所にされている。	
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	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。		