

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24年2月13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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=3370700456&SCD=320&PCD=33
----------	---

【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24年2月28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)】

井原ラーゴムは開設7年目を迎え、当初より入居されている方々の高齢化・重度化も徐々に進行してきています。従来の認知症ケアのみならず、ターミナルケアへの取り組みも本格化してきました。この状況に対し、私たちは主治医・看護師・家族・現場スタッフが協力しながら利用者を支援していく体制を整えています。地域との交流はかなり定着してきました。併設のデイサービスとともに、様々なイベントや祭りの開催、会場の提供、自治会行事への参加をするなど、年を増すごとに参加者や機会が増え、利用者・家族共に喜んでもらっています。スタッフも元気とやる気を持ちつつけており、認知症ケア専門士・認知症ケア上級専門士などの資格を習得して利用者さんの生活に役立つ情報を提供しています。井原ラーゴムは、明るい家庭を目指し、これからも努力をし続けていく事業所です。

【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)】

井原市木之子というこの地域は、母体の認知症専門病院を創設した院長の出発点であり、ゆかりの大きい地域に6年前、このグループホームとデイサービスの施設が設立された。この法人の作るグループホームでも最後に出来たホームであり、4年前に現在の管理者が4代目として就任した。まだ年齢的には若いと言えるが、病院に入院する患者と一つのユニットでその人の出現している認知症の症状や重度の行動を見極めてどのユニットに入院するのが適切かを判断するリーダーを含めて、8年の経験を経てこのホームの管理者となった。認知症のケアの本当の実践をして自分の考え方を現場に当てているので、認知症の理解、ケアに対する様々な見解を持っている。今回で2回目この管理者と話をすると話が尽きない数少ない人であり、楽しく話の出来る人がこのグループホームとデイサービスの統括責任者として活躍している。

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、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
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。	4年前、管理者がこのホームに就任した後、運営推進委員会のメンバーにアンケートをもらい、このホームのあるべき方向を理念として定めた。その言葉を大切に、機会ある毎に職員とも話し合っている。	
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。	“地域に開放された施設作り”の言葉通り、下階のデイサービスと共同して地域の住民にこのホームの存在感を持って信頼を得るために民生委員を通して色々と相談している。診療所や介護保険外で利用できるショートステイもある。	
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	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。	以前は市から運営推進会議は年3回で良いと指導を受け実施していたが、県の方針で年6回開催が必要となったので、今年度は実現でき、市や包括支援センター職員も出席して地域の人や利用者・家族と共にしっかり意見交換出来るようになった。	この会議の活性化に努めているが、家族の意向や意見は大切だと思うので、多くの家族の参加をもっと増やす事を考えてもらいたい。
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	介護サービス事業者連絡協議会、運営推進会議などの場で介護保険課職員と互いの情報交換を密におこなうようになった。	運営推進会議に市介護保険課が出席し、日曜日や時間外の開催日でも市担当者が交代で出席してくれている。市や色々な立場の人も相談事を持ってきたり、指導も得ている。行政や包括支援センター共良い関係作りが出来ている。	
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。	身体拘束や虐待しない事は言葉であろうが行動であろうが職員は当然の事と理解している。しかし、ホームでの生活においては利用者の安全と健康が最優先であり、場面によっては回避できないこともある。その時は直ぐに謝りの意志表示をする。	
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。 (22・目標計画継続)	“何でも言える関係づくり”もこのホームの大切な言葉である。家族の集まるイベントでも家族の希望を聞いたり、運営推進会議でも発言をもらえるようにしている。家族が訪問してくれた機会にもよく話をする。	
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(自由参加だが全員が参加している)。	管理者は「私はワンマンにならないよう心掛けている」という姿勢で、先ず職員の考えや意見を聞くようにしているようだ。職員6人の配置で入浴は大変な労力の1つで、デイの風呂にリフトをつけるようになった。	
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	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	認知症のため関係が悪化し、親交のなくなった馴染みの人や兄弟に対し家族の協力の下、認知症と現状の理解、職員のバックアップを説明して面会を勧めている。	このホームに入ってきた時や皆一緒に生活する時に利用者同士がお互いに馴染めることが一番大切である。利用者の中での気持の変化も考えて、多人数の集団で安心できる時と、小集団で行動した方が良い時、その時々でホーム内での交わり方をよく考えている。		
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」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。	“皆が喜べる「ひなた」のようなホーム作り”がこのホームの究極の言葉である。利用者の気持が一番安心して満足な気持になってくれる環境作りがあってこそ、利用者同士の心を見る事ができるだろう。人の心の交わりを大切にしている。	認知症の人が一番安心して満足する事は、自分の本当の気持を知ってくれる事にあるところが大きい。一人ひとりの真の心に辿る努力をしてもらいたい。職員の感性度を高める必要がある。
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。	毎日の生活記録で重要な事に◎マークが入る。これが“今の情報”であり、これから利用者の生活力を評価するアセスメント、利用者の機能改良又は、維持で希望を育てるサービスプランです。このプロセスが具体的なケアマネジメントを実現している。	
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。	利用者の殆んどは法人病院の院長が主治医になっており、何か異常が生じたら管理者と院長は携帯電話で相談及び指示を受ける事が出来る。医療措置をどのようにするか、その指針によって手配する事が出来る。	
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	方針としてはターミナルケアを目標としているが、医療面での問題などで入居の継続が困難なケースを契約時に説明し、理解を求めている。また、そうしたケースが実際に起こったときのために特養などの申し込みもお願いしている。 (22・目標計画達成)	ずっと以前から入居している利用者の中には、咀嚼や嚥下が難しい人も居て、これからどれだけ生命維持が出来るか心配のある人もこのホームで生活している。どんどん重症化していく人にどうするか、その都度院長、家族、そして職員との連携によって一番適切なターミナルのケアの方法を決めていくのだろう。	
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。	これからの災害は火災だけでなく、地震や洪水、山崩れなどの災害が予測できるが、この地域での避難場所は遠くの公民館になっているので、この法人の敷地内施設も地域の避難場所になり得ると考えている。	

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
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。	トイレや入浴の介助は原則として同性の職員が当る事になっている。いずれにしても下着を下げる行為については、その対応する人の相手に対する気持と態度そして謝意を持って対処しなければならない。	
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。	食事は職員の勤務体系で調理当番が決まっています、それぞれが献立を考えて調理をする。ベテランもおればまだ経験未熟な職員も居るが、職員は料理雑誌を見たり、利用者の希望も聞いて真剣に取り組んでおり、毎食美味しい食事が提供される。デイサービスとの協調もしている。	
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に、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。	排泄は各居室にマイトイレがあるので、一人ひとりの納得のいく排泄が可能である。誘導及び介助する人も便座に座って排泄する事が基本であるが、ウオッシュレットも装備されているので清潔が保たれる。	
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。	入浴時間を決めていない。皆さんの希望で毎日でも調理時間以外であればいつでも入浴出来る。寝たきりの人はデイサービスにあるリフト式浴槽も利用できる。	
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。	1グループ3~4人で散歩や外出する事をしている。病院のデイケアの自動車を借りて行く事もある。お花見、紅葉狩り、初詣等季節の外出もある。2ヶ月に1回位は歌声サロンに行って楽しく歌も歌う。	

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。	今回訪問したリビングルームは大変すっきりとした感じがした。大型テレビも撤去し、小さなテレビに代えて全体の空間も広がった。リビングルームはこのホームに住む人本位の利用の仕方となっている。	
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。	居室のハード面では、一室毎に造作を変え、フローリング床や畳敷きの部屋としてバリエーションに富んでいるが、現状の利用者にとっては安全・健康第一の使用の仕方となっている。トイレが各室にあるのは便利である。	
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。		