

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	0272300948		
法人名	有限会社ファイブ・ワン		
事業所名	グループホームえびす		
所在地	〒036-3802 青森県南津軽郡藤崎町藤崎字西浅田20-2		
自己評価作成日	平成28年6月30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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益社団法人青森県老人福祉協会		
所在地	〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階		
訪問調査日	平成28年7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)】

グループホームより雄大な岩木山を眺め、周りには田畑があり津軽の自然に囲まれている。敷地内には畑とビニールハウスがあり年間を通し利用者と野菜作りを楽しんでいる。収穫した野菜は献立に取り入れ新鮮な旬の食事を提供している。行政主催の行事への参加、地域の少年少女合唱団やレクダンスの慰問の受け入れ、地元保育園児と共同で野菜作りに取り組むなど、積極的に地域との交流を図っている。

【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)】

農村地帯の地域性を活かし、通年農作業を活動の一環として行える体制が整っている。利用者は日頃から農作業を通じて役割をもって取り組んでいる。また、農作業を本格的に行えることで入居を希望する方も非常に多い。地域とのつながりについても、農作業を通じて良好な関係性が保たれており、特に近隣の保育園と連携することで、食育の活動も行い社会貢献となっている。その他、日頃のケアでは排泄を重要視し、自立支援に向けての取り組みも積極的に行っている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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ます (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りや深まりがあり、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
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	毎朝のミーティング時、理念である「認知症高齢者の方々と共同生活を通し環境と暮らしを支え、命を守ります。」を共有し業務に取り組んでいる。	毎朝のミーティング時に理念を意識する時間を設けている。また、毎月の目標を理念に関連付けて設定し、立ち返る場面としている他、経営者から職員会議等で理念が浸透するように話す機会が持たれている。	
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	地域の交流を図るべく、地域の青少年少女合唱団やレクダンスの慰問を受け入れている。また、近隣の農家の方々に野菜作りの指導を受ける等日常的な交流も図っている。	夏祭りに関係機関、近隣住民等に参加していただいている他、中学校の福祉体験の受け入れを毎年行っている。また、近隣保育園とは各行事に相互に参加したり、食育活動を通じて良好な関係が保たれている。近隣住民の方とは野菜の栽培を通じてアドバイスをいただいたり関係が構築されていることで緊急時の連携体制がとれている。	
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	基本理念を玄関に掲示し、運営推進会議にて報告を行っている。		
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	2カ月に1回開催し、日々の生活や活動状況の報告を行い、サービス向上に生かすために要望や意見交換しアドバイスを頂いている。	町役場の職員と民生委員の方は毎回参加していただいております。日頃の取り組みや体制、行事等を報告している他、地域の行事や情報をいただいたり、他事業所の情報提供もいただき、日頃の取り組みに活かしている。	
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取り組んでいる	3カ月に1回行政との積極的な意見交換や話し合いがなされている。行政担当とは相談しやすい環境であり連携がとれている。	運営推進会議終了後に個別に町役場の職員へ相談する機会を設けて、日頃のケアに対して助言等をいただいている。町役場からも職員や利用者の健康推進に対する取り組みの提案があり実施しているなど、相互に関係性が保たれている。	
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	日中は帰宅願望の利用者がいるため玄関の出入り時チャイムが鳴るように施錠しない工夫をしている。チャイムが鳴った時は職員同士声掛けと確認している。夜間は玄関のみ施錠している。	2か月に一度行われている内部研修において、年に一度は必ず身体拘束に対する研修を開催している。また、不適切なケアや発言に対してもその都度あるいはミーティング等で検討課題として話し合いが行われ、再発防止に努める体制がとられている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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	内部研修にて学ぶ機会を持ち、知識向上に努めている。また、虐待により入所している利用者がいるため、配慮している。		

グループホームえびす(1ユニット)

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	内部研修にて職員が学ぶ機会を持ち、知識向上に努めている。また、日常生活自立支援事業・成年後見制度を利用している利用者がある。		
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	契約時には、利用者や家族に不安のないよう十分な説明を行い理解、納得をして頂いている。		
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並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	家族へ請求書を送付する際に意見要望用紙を同封し、意見を出しやすい環境に配慮している。また、職員は家族来園時、意見や要望を聞く対応に努め、報告書を作成し改善された内容を運営に反映している。	家族との良好な関係性が構築されていることから、日頃の面会時等に直接意見が寄せられることが多い。利用者からは、各担当職員が日頃の意向を聞きだせるように職員が目標とし、意向の抽出に取り組んでいる。	
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	管理者は1カ月に1回開催している職員会議にて職員の意見や提案を聞き運営に活かしている。	月に一度の職員会議の場において、日常の利用者のケアに対する意見交換が行われている。その他、職員の業務改善に対しても話し合いが行われ、勤務時間等、業務の見直しを行っている。	
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	職員は、年2回職務調書を提出し、総括管理者との個人面接を行っている。		
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	2カ月に1回テーマを決めて内部研修を行い、班毎に発表し職員の知識向上に努めている。外部研修はテーマ毎に担当者を決め積極的に参加している。		
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	3カ月に1回開催している町内のグループホームとの意見交換会への参加で各ホームの管理者や職員がネットワークを作り、情報を共有しながらサービス向上に取り組んでいる。		

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 サービスの利用を開始する段階で、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	生活暦を知る事で利用者個人の不安や要望を傾聴・共感・受容し、安心した信頼関係を築いている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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	利用開始前に家族に不安のないよう十分な説明を行い、困ったことなどがあった場合はその都度対応し説明している。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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	生活暦やアセスメント、日常生活の様子を把握し家族の要望や個人に合わせたサービスを提供している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	野菜作り、郷土料理の調理法など年長者である利用者より学びながら暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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置かず、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	職員は、利用者本人の状態に合わせ、家族との絆が保てるよう共に支えていく関係を築いている。また、遠方者の面会時には同室での宿泊も希望により行っている。		
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	これまでと同様に友人・知人が気軽に面会できる事を家族には説明している。また、散髪などは地元的美容師さんが定期的に訪問している。	主に系列のデイサービスセンターや有料老人ホームを訪問し、馴染みの方へ会いに行くことが多い。また、馴染みの理髪店の方が訪問して散髪したり、馴染みの化粧品店の訪問販売などを積極的に受け入れ、関係性が継続されている。その他墓参り等の外出は家族の協力と職員が対応している。	
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	利用者同士の関係を観察し一人ひとりが孤立せず適切な関わり合いができるよう声掛けや誘導を行っている。また、ホールや食卓に自由に雑談できるスペースを確保している。		

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	やむを得ず退所となった場合でも面会を行い介護支援専門員・家族・他事業所との情報交換をし相談や支援に努めている。		
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	生活暦を把握することで一人ひとりにあった対応に努めている。困難時は担当が本人の意向を聞き対応している。	入居時に家族から生活歴を聞いたり、入居後は各担当職員が中心となり日頃の会話を通じて利用者本人から意向を聞きだし、意向の把握に努めている。聞き出したことはすぐに申し送りノートに記載するようにしている。	日頃から各担当者が積極的に利用者とは話する時間を設けるなど意向の把握に努めている。しかしその情報を申し送りノートに記載するのみであるため利用者の生活が今後、更に在宅から継続的なものになるよう情報を一元化できる体制作りを期待する。
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	入居前に担当介護支援専門員と家族から情報を得て本人に合わせた生活環境を工夫している。		
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	朝、夕と記録を書き日誌・ケース記録に記載している。個人別に心身状態を把握し現状維持できるように努めている。		
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	担当が本人・家族の意見を取り入れ日々の状態を観察し介護計画を作成し、ケアへと結びつけられるように取り組んでいる。	日常の会話などから確認された意向等を申し送りノートに書き留め、家族からの意向は担当者が確認しケアプランに落とし込んでいる。ケアプランの作成自体は担当職員、ケアマネジャー、管理者で作成をしている。	
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	3か月に1回ケアプランに沿って、モニタリングを行っている。定期的な見直しは6か月に1回、状態悪化時は随時見直しを行っている。		
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	帰宅願望のある利用者に対しては、その都度臨機応変に対応し、時には職員と共に外出など行っている。		

グループホームえびす(1ユニット)

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	地域主催の行事の見学や、ボランティアの受け入れなど地域資源を活用している。		
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	入所前のかかりつけ医の受診は継続され、報告・相談・指導を頂いている。協力医は4週間に1回定期的な往診に来園され医療的な助言・支援などを受けている。	かかりつけ医への受診は定期的なものは職員が付き添っている。その中で病状に変化等があり専門医への受診が必要と思われる場合は、家族と協議し、同行の協力を依頼する等して、適切な医療が受けられる体制をとっている。	
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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	2週間に1回定期的に訪問看護師が来園し利用者の状態を報告・相談し、状態の変化があった時にも報告し、適切な受診が受けられるよう支援している。また、施設の看護師にも報告・相談している。		
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、また、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。	入院した際、本人や家族と面接を行い病院関係者と退院後についての相談や情報交換をし、関係作りを努めている。		
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	重度化や終末期に向けては家族やかかりつけ医師、職員と方針を話し合い情報を共有している。また、家族の意向に沿った終末期ケアに取り組んでいる。	それぞれかかりつけ医が違うこともあるため、かかりつけ医が夜間や緊急時等、医療体制がとれる場合は、家族から同意を得て、それぞれの看取りマニュアルを作成して看取りケアを行っている。	
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	急変や事故発生に備えて全ての職員が、内部研修や訓練を定期的に行っている。		
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	災害時に備えて全ての職員が内部研修や訓練を行っている。日中・夜間を想定しそれぞれ計画を作成し利用者と共に避難訓練を行っている。	年6回夜間想定避難訓練を行っている。また、2階建てであり、車いすの利用者は1階に入居していただき対応している。系列の事業所の避難場所にもなっていることから備蓄品の管理も行っている。	近隣住民との関係性は密であるが、これまで近隣住民が避難訓練に参加することはなかったとのことであるため災害、緊急時等の連携体制確保から今後は地域住民が避難訓練に参加し更なる連携強化ができるよう期待する。

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)	○一人ひとりの人格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	入浴時はなるべく同姓介助としプライバシーに配慮している。居室前の個人の表札に関しては家族に同意を得ている。少しでも気になる言葉遣いがあれば、その都度、職員同士で確認し合うようにしている。	利用者の権利擁護に対しては管理者を中心にその都度職員間で注意し合う体制をとっている。また、月に一度の職員会議において不適切と思われる言動が確認された場合は、職員が再現して検討し、再発防止に努めている。	
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	個人の希望を尊重し、本人の意向に沿えるよう支援している。		
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し、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	利用者の気分やペースを大切にし、希望にそえるよう散歩やドライブなどの外出を支援している。		
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	散髪業者が定期的に来園し散髪を行っている。また、なじみの美容院で散髪している利用者もいる。男性の利用者は毎朝ひげそりも行っている。		
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	季節の野菜や行事に沿った食事を献立に取り入れ、野菜の下処理や食事の配膳、後片付けなども利用者と職員と一緒にやっている。	野菜の栽培が盛んであるため、旬の食材を使った献立を作成し、季節を感じていただけるように取り組み、食事を楽しんでいる。グループホーム内での提供が難しいものは外食をするようにしている。また、栄養面を考慮し、かかりつけ医へ日頃の食生活を報告し、助言をいただくようにしている。	
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	献立は職員がバランスを考え作成している。食事量や水分摂取量は職員が一人ひとり把握し、極端に少ない場合は記録に残し、一日の適切な摂取量が確保できるよう健康管理に努めている。		
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	毎食後利用者に声掛けし、個々に合わせた口腔ケアを行い清潔保持に努めている。また、必要に応じて歯科受診もしている。		

グループホームえびす(1ユニット)

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向けた支援を行っている	一人ひとりの排泄状態に合わせたトイレ誘導と排泄チェックを行い、自立に向けた支援を行っている。	日頃の排泄時間の他にも、それぞれの利用者の排泄前に見られる行動等を、日々観察し、排泄パターンの把握に努めている。また、本人の意向がトイレでの排泄を望んだ場合は、できる限り対応し、場合によっては職員二人介助で行う対応もしている。	
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	個々に合わせた運動や水分を取れる環境に努め便秘予防に努めている。また、個々に処方された下剤や整腸剤を服用している。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴日は週3回行っている。一日を通しゆっくり入浴できるよう支援している。また、本人の希望や失禁時はその都度シャワー浴を行っている。	週3回(火・木、土)の入浴日以外に随時希望があった場合も対応できる体制となっている。また、同法人のデイサービスセンターが温泉であることから利用しており、利用者の楽しみにつながっている。	
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	個人の生活習慣や状況にあわせて休息できるように支援している。また、身体状況に合わせてベッドと布団を使用している。		
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	利用者個人の薬の説明書をファイルで一覧できるように保存している。また、変更があった場合は個人記録に記載し確認している。特変時は服用について薬剤師に相談している。		
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	食材の下ごしらえ、洗濯たたみ、食器拭きなど個人の得意分野を活かし張り合いのある日々を送れるよう支援している。また、雑誌や新聞、DVD鑑賞などで気分転換に努めている。		
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。また、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	利用者と担当職員と戸外への外出など希望に沿うよう努めている。家族との外出や買物も支援している。	毎月2回はバスでの外出を企画し実施している。その他利用者から外出の希望があった場合には、その都度職員が対応する体制をとっている。主に受診後に外出することが多い。	

グループホームえびす(1ユニット)

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	外出時など一人ひとりの希望に応じ好みの物を職員見守りのもと購入できるよう努めている。利用者の状態に応じてお金を渡し、支払いをしている。		
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	本人より希望があった際は必要に応じて、電話での会話を楽しめるよう支援している。また、遠方の家族とは手紙のやり取りも行っている。		
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	ホールの窓からは岩木山を眺めることができ、自然を満喫できる環境である。また、夏季は日差しを抑えるためにすだれをかけたりしている。玄関には季節を感じる事が出来る花や植物を装飾している。	季節を通して快適に過ごせるように、空調には特に注意し健康面に留意している。また、利用者それぞれがくつろげる場所作りとして、リビングの他に階段下、廊下をうまく活用し、スペースを確保している。リビングには季節に合った壁画を飾ったり、土地柄から馴染み深いりんごの木を天井に飾るなど季節感を出す工夫をしている。	
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	ホールや食卓には自由に過ごせるスペースを確保し、一人ひとりが適切な関わり合いができるよう努めている。また、お気に入りの場所に個人のクッション等を置いている。		
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	利用者は使い慣れた家具や写真を持ち込み、思い思いに過ごせるように努めている。また、各居室には備え付けのクローゼットがあり収納のスペースは確保している。	入居前までに利用されていた家具、椅子や家族の位牌を持参していただいている。また、本人の意向を家族に伝えて、馴染みのものを持参していただけるよう積極的にアプローチしている。季節毎の衣替え、寝具交換も利用者と一緒に、居室に置ききれないものは保管庫を利用し、利用者の過ごすスペースに影響がないよう配慮している。	
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」や「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	建物内部はバリアフリーであり、トイレや浴室には手すりを設置している。ホールと居室には転倒・骨折予防のためタイルカーペットを敷いている。		