

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	4790700019		
法人名	有限会社 福祉ネットワーク・やえやま		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 あかゆら		
所在地	沖縄県石垣市浜崎町2丁目2番地10号		
自己評価作成日	平成24年11月21日	評価結果市町村受理日	平成25年2月20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.kairokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosvCd=4790700019-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【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 介護と福祉の調査機関おきなわ
所在地	沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレスト西205
訪問調査日	平成24年12月18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)】

○今年度の課題であった家族会(認知症の人を支える市民の会)を発足し、家族、事業所スタッフ、包括支援センタースタッフ、他施設、医療機関へ働きかけ、家族間の共通の悩みや情報交換の場を持つことができています。
 ○認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を活用し、本人の意思やできること、できないこと等を積極的にアセスメントし一人一人の力を引き出し生活意欲を高めることができています。また、入居者はBPSDを発症することもなくフロアで過ごす時間が長く、入居者同士の会話や笑顔が多く見られ、穏やかに日常生活を過ごしている。
 ○昨年5月より始めた「ムスウリ会」は現在迄継続しており、隔月定例で開催している。他施設、関係機関の多様な方々と意見交換を通し認知症ケアの質向上のため学びを深めている。

【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)】

事業所は、認知症のためのケアマネジメントセンター方式を活用し、利用者本位、利用者の自己決定を基本としたケアが行われ、利用者は起床、就寝、食事時間等これまでの生活の継続や個性を尊重するケアに努めている。また、管理者は昨年からの委託事業の「転倒骨折予防教室」の継続講師を行い、今年度は地域包括支援センターとの共同により、市全域を対象とした「認知症の人を支える市民の会」を企画実践し、当事業所が事務局を担っている。さらに、当事業所が中心となり、4年前から市地域密着型事業所合同で「認知症ケア実践知交換会」を定期的に開催する等、地域の高齢者福祉の啓発活動のリーダー的役割を担い実践活躍しており、地域から期待されている。

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 利用者や職員が、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

確定日：平成25年2月12日

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	理念はホーム内、研修室の最も目につく場所に掲示している。理念を実現できるよう月目標を立て、カンファレンス、ミーティングでスタッフ全員で日々のケアを振り返り評価している。困難事例時には理念とてらし合わせ管理者と相談し助言をもらい実践に繋げている。	開設当時の理念を継続し、「理念は実現するもの」との基本姿勢で、職員間で月目標を設定し実現に努めている。会議等では、ケアの振り返りの礎とすることを職員間で確認合っている。	
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	買い物や散歩など日課の中に地域との交流を大切にしている。自施設の行事には入居者とスタッフが直接案内状を持参し近隣地域と交流を図っている。地域行事には、入居者の希望を聞きながら積極的に参加できるよう支援している。	夕涼み会等の事業所内行事には地域住民も参加している。利用者は職員と一緒に散歩や買い物等を通し、地域との交流が日常的に行われている。管理者は、市委託事業の「転倒骨折予防教室」で毎月講演をする等、地域住民の啓発活動に積極的に努めている。	
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	石垣市より委託を受け市民に向けて転倒骨折予防教室を開講し認知症予防や啓発を行っている。昨年の課題であった家族会を1月に結成し関係機関との調整や連携を図り、情報交換の場を持つことができています。		
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ヶ月に1回、定期的に会議を開催している。日々の活動、取り組み状況について報告し意見交換を行っている。会議であがった意見や助言はサービス向上に活かしている。(例：事業所の行事に推進委員参加したいや年間スケジュールを提供してほしい等。)	会議は、小規模多機能型施設と合同で年6回定期に開催され、状況報告や意見交換がされている。委員には包括支援センター職員や地域代表等が毎回参加しているが、当事業所の利用者の参加やヒヤリハット等の報告が議事録で確認できない。	事故報告や外部評価等を報告し委員から、幅広い意見や助言を求めケアに寄与することを期待すると共に、2事業所合同の会議の場合は、各々の利用者や家族もメンバーとして参加し、意見交換等を期待したい。
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に取り組んでいる	家族会（認知症の人を支える市民の会）では、事業所と地域包括支援センターが共同で事務局を担っている。石垣市より2年目の転倒骨折予防教室委託事業を受けている。認知症ケアの実践知交換会（ムウシリ会）は定期的に継続して開催し交流を図り市町村と連携し協力合っている。	今年「認知症の人を支える市民の会」を包括支援センターと共同で企画実践している。また、4年前から市内地域密着型事業所合同で情報交換や勉強会等を行うと共に、2年前から「認知症ケア実践知交換会」を当事業所が主体になり継続的に開催し、内容を行政に報告する等、日頃から協力体制を構築している。	
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「介護保険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	身体拘束について勉強会やミーティングで理解を深め身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関のカギは日中は開放し、転倒リスクの高い入居者はラウンドの回数を増やしたり、記録を居室前で記入したりし工夫している。	身体拘束をしない方針でケアが実践されている。「ちょっと待って」「あとで」等の行動を制止する表現等は職員間で注意し合い、共有している。転倒予防の理由で寝具に鈴をつけている利用者もいるが、家族にリスクについて説明し、事業所の方針の理解と協力を求めている。	

沖縄県（認知症対応型共同生活介護事業所あかゆら）

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
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	勉強会やミーティングの中で高齢者虐待防止について学び、理解浸透を図っている。日々のケアの中で言葉づかいや行動を抑止しないようお互いが注意を促すなど虐待防止に向けて取り組んでいる。		
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	勉強会で権利擁護に関する制度について学びを深め、必要時は関係者と話し合い活用できるよう支援している。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約の際は、重要事項説明書、契約書、個人情報に関する同意書を項目ごとに口頭で説明し、事業所の方針を理解、納得して頂き、契約を行っている。苦情相談窓口についても説明している。		
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	毎年、事業所独自のアンケート調査を行い、家族からの意見や要望を事業所運営に反映している。また、今年度は家族会の結成ができ、家族の要望や意見を直接情報交換する場があり、勉強会や市民への啓発活動も共に行うことができている。	毎月の家族参加の行事や面会時、年1回のアンケートで意見を聞く機会があり、家族の満足度は高い。家族から「行事を休日に開催して欲しい」「散歩を増やして欲しい」等の意見があり、日課に取り入れたり、行事開催日の変更等、運営に反映されている。	
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	定例ミーティングや行事反省会等でスタッフからあげられた意見や提案は審議されるシステムになっている。スタッフからの意見は、利用者のケアの質の改善、事業所運営へ環境整備等に反映されている。	職員は、会議で自由に意見を述べており、これまで応接セットで食事をしていただいていた利用者があり、職員からの提案でテーブルを購入する等、改善された事例がある。また、年1回個別に職員の意向調査がある。馴染みの関係を重視し法人内異動は極力さける方針である。	
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	スタッフ一人一人が年間目標を立て、目標達成に向けての取り組みへのアドバイスや支援評価を行い、給料や職位へ反映されている。認知症予防学会や認知症実践者研修など外部研修へ積極的に参加させる等の支援があり、スタッフは向上心を持って働ける環境にある。		
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	代表者はスタッフの力量を把握し、日常業務の中で積極的なOJTを行っている。認知症ケア学会、認知症予防学会、実践者研修、リーダー研修など外部研修を受ける機会が確保されている。また、学会への発表支援があり、毎年3学会に口頭発表することができている。		

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
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1回、認知症ケアの実践知交換会（ムヌウシリ会）を事業所が主催し開催している。他事業所へ呼びかけを行い、毎回他施設から参加があり自施設のスタッフや他施設のスタッフの相互交流により活発な意見交換ができています。		
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	入所申し込みがあった時からスタッフは本人を訪問し入所前から顔なじみの関係づくりを行っていたため、入所した際は帰宅願望等のBPSDも早期に消失することができた。		
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	入居時に家族へ認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を記入していただき、家族との情報共有をしている。入居後は面会時に日々の情報提供をし、また、家族の不安なことや要望等を聞き出せるよう配慮している。		
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	入所前の事前訪問では、本人、家族の意向を確認し、本人に合ったサービスの情報提供や必要時には他施設への紹介を行っている。		
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	日頃より介護する側、される側という見方をしてはいけないということを実践目標にしている為、生活の主体者であることをオリエンテーションや日々の業務の中でOJTを受け徹底している。利用者との関係は、共に暮らす仲間、共同生活としての位置づけであり、むしろ人生の先輩から学ばせてもらっているという姿勢を貫いている。		
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	家族面会時には日々の生活の様子や身体状況等の報告を行っている。遠方の家族へは電話や手紙、あかゆらだより等を活用し家族と本人との絆を途絶えないよう配慮している。		
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	定期的に入居者の友人が訪ねてきて、居室やリビングで一緒に過ごしている。また、親戚宅やグランドゴルフ場など馴染みの場所へ本人の希望に合わせ、買い物やドライブに出かけた時は立ち寄る等の支援をしている。	親戚宅や出身地の行事（豊年祭等）を把握し、ドライブを兼ね外出する機会に努めている。また、神事の司をしていた利用者に事業所の拝みを依頼する等、生活の継続性に努めている。来訪の知人や親戚等から、生活史を把握することも多い。	

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
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	日常生活の中で利用者一人一人が役割分担しながら、利用者の負担にならないよう職員はサポートに入り、お互い支え合いながら家事活動、手工芸、散歩等を行っている。入居者同士の会話からも、体調を気づかう言葉が聞かれる。		
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	サービス終了後も、移動された施設や病院へ入居者と一緒に行き、交流している。必要に応じ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	定期的、または必要時に随時、認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式を取り入れ、入居者の状態の変化や本人の思いを把握に努めている。スタッフ間で情報交換し、話し合いを行い利用者本位のケアプランを作成し日々のケアに活かしている。	センター方式を活用し、利用者の状況に応じて定期や随時にアセスメントを実施し、意向の把握に努めている。現在、全員が意思表示可能であるが、職員は、パーソン・センタード・ケアの学習を行い、意思表示の困難な利用者の場合の理解に努めるようにしている。	
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	家族や知人からの情報や本人との会話の中から生活史やなじみの暮らしの把握に努めている。また、入所前に介護サービスの利用があった方は関係者から情報収集を行っている。		
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	起床、就寝時間など、一日の過ごし方を本人のペースに合わせている。本人の持っている能力や日々の細かい情報をカンファレンスで共有、D-1シートを活用し本人の能力を引き出せるよう継続して状態把握に努めている。		
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	新しい情報や意見をセンター方式のアセスメントへ追加している。ミーティングとは別に、心身の変化、ADL等、モニタリングを毎月行い、些細なサインを見逃さないように情報共有している。参加できない家族には意見を聞きプランに反映させている。	毎月のモニタリングは介護支援専門員と職員で実施し、担当者会議には利用者や家族が参加し具体的な意志確認がされている。介護計画は半年に1回の定期と状況変化に伴い随時の見直しが行われている。	
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	日々の個別記録でケアプランを確認し実践状況や状態の変化を見逃さないようにし、ケアプランの見直しに役立っている。		

沖縄県（認知症対応型共同生活介護事業所あかゆら）

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
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	病院受診や美容室へは家族支援を基本としているが、家族の都合上やむをえない時は、送迎や受診支援を行っている。結果は家族へその都度連絡し報告している。		
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	地域の青年会、婦人会、知人の慰問の機会も多く、交流を一つのきっかけとし地域の方との繋がりを大切にしている。また、市民会館や図書館で催される行事へも参加している。実践知意見交流会（ムヌウシリ会）へは運営推進委員、家族、同業者の参加もあり、一緒に認知症について学びを深めている。		
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	定期的にかかりつけ医の受診を受けている。家族の付き添いができない時や緊急時はスタッフが同行し受診支援を行っている。本人や家族の希望で往診へ移った方もいる。受診時や往診時にはケアマネジャーや看護師から情報提供し適切な医療が受けられるよう支援している。	かかりつけ医の受診は家族対応を原則としている。受診時の情報は「受診時確認メモ」を様式化し、最近の身体状況や服薬についての記載、医師からの返信内容が記入されており、医師や家族、事業所間で情報が共有され支援に繋げている。	
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	管理者が看護師であり、日々の入居者の状態や気づきはいつでも相談でき報告できる体制にある。往診時には立ち合い、日頃の健康状態への情報提供を行い医療と連携を取っている。		
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。	入院した際は安心して治療できるよう情報提供書を提出している。面会時には情報交換や相談を行い、医療との連携を密に取るよう努めている。		
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、事業所の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	終末期についてマニュアル作成しスタッフ間で情報共有している。重度化やターミナルについては入居者家族と話し合いができていく。遠方にいる家族は帰省時にターミナルの話し合いをし意識確認できている。医療機関（主治医）との協力体制はできているが現在ターミナルの支援者はいない。	看取りの指針及びマニュアルが作成され、医療機関や職員間のチームで意志の統一され、事業所内での看取りを実施する体制が確立している。家族へは状態に応じて説明し、意向確認を行っているが、現在対象者はいない。	
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	年間研修計画に取り入れ12月に事故発生時緊急時の対応についての勉強会を予定している。		

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
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	毎月のミーティングで災害対策について話し合い確認している。(防災グッズの確認や誘導方法についてマニュアルの読み合わせ等を行っている。)年に3回は利用者を含めた避難訓練を実施している。	4月、10月に夜間想定を含め2回の災害避難自主訓練(地域住民も参加)と県主催の台風17号の情報収集が実施されている。各種災害のマニュアルの作成、緊急一斉通報装置の完備、さらに、災害時備品チェックリストも毎月定期的に確認している。	消防署の協力を得た訓練を実施し、自主訓練時の課題等の解決に取り組むよう努められたい。
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	利用者が不在時には居室に立ち入らない。在室時にはロック、声かけをして入室する。人生の先輩であることを念頭にできるだけ敬語を用い、本人のプライドを傷つけないよう配慮している。	本人の生活史を理解し、起床や就寝、食事時間、その他の活動等、本人本位に過ごせる支援が行われている。居室等のプライベート空間には、職員は無断で立ち入らないように努め、言葉使い等、敬意を持って話すよう気遣っている。	
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	声かけ誘導時には本人の意思を確認し、自己決定ができるよう急がせたりしないで、待つケアを心がけている。		
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	起床、就寝、活動への参加は本人のペースを大切に本人の希望や意思にそって支援している。		
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	本人の好みを聞きながら衣類や化粧品選びを入居者と一緒に行っている。馴染みの美容院へ通われたり入居者一人一人に合ったオシャレや身だしなみができるように支援している。		
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	入居者より希望を聞きメニュー作りを行っている。また、嗜好調査を毎年行い食事形態や好みの変化など把握しメニュー作りに役立てている。買物、食事の下ごしらえ、盛り付け、配膳、食器の片付けや食器洗いなど入居者一人一人がしたいこと、できることを生かすスタッフと一緒にしている。弁当を作り近くの公園で食事をしたり、外食に出かけたりと食事を楽しむ工夫をしている。	毎食、事業所内で調理し、食材の購入や配膳、食器洗い等、利用者が積極的に担っている。主食はパンや粥等を自由に選び、昼は6品、夜は5品と豊富なメニューが提供され、食事を重視した取り組みが行われ、職員も一緒に同じ食事を摂っている。	
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	献立表に使用する材料を記入し栄養バランスが確認でき、苦手な食材や食べきれない食材は代替えしたり工夫している。毎食スタッフは食事を共にし食事摂取量、食べ方を確認し記録している。水分量は本人が使用するお茶碗や湯飲みで摂取量の目安にし、水分量のチェックが必要な方はその都度、水分チェック表を使用し確認している。		

沖縄県（認知症対応型共同生活介護事業所あかゆら）

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
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	個人記録に口腔ケアチェック欄を作り、毎食後の歯みがき、うがいを声かけし行っている。その際、口腔状態をチェックし、本人が出来ない所はサポートし清潔を保っている。		
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	新規入居者(92才)の排泄パターンを把握し本人の能力を確かめながら、オムツ外しにむけて取り組んでいる。現在、リハビリパンツから布パンツとパット使用まで変更できた。	排せつパターンをチェック表で把握し、日中は全員トイレでの排せつを支援している。夜間は、ポータブルトイレを使う利用者もいる。また、男性職員の介助の場合は、本人に同意を得て介助している。介護計画に沿って排せつ支援を実施し、改善した事例もある。	
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	食物繊維の多い食品や乳製品を毎日の食事に取り入れている。日々の活動(散歩や体操)を日課として取り入れる等、できるだけ薬に頼ることなく自然に排便ができるよう生活リズム調整を積極的に行っている。		
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	入浴介助は一人一人の希望に合わせて入浴介助できている。最近、男性スタッフが就職したが、異性介助が可能かどうか利用者本人と男性職員の信頼関係が築けるまでは入浴介助はさせない等業務優先にならないよう配慮をしている。	入浴希望一覧表で個別の入浴回数や時間、入浴手順のマニュアルが作成されている。また、浮腫や膝痛のある利用者には、適宜足浴や清拭が行われ、男性職員の介助の場合は、本人に同意を得て介助が行われている。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人一人の生活習慣を把握し、その日の本人の体調や希望を考慮しながら日中の活動へ参加を促し、生活リズム調整を行っている。居室以外でも自分のペースで休息できる場で休息できるよう支援している。		
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	内服薬一覧や入居者一人一人のカルテへ内服薬説明書をファイルしスタッフがいつでも確認できるようにしている。また、内服薬についての相談も看護師や往診時の主治医と相談ができている。		
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	個々に合った役割や楽しみごとをみつけ支援している。日々の生活の中で食器洗いや掃除、散歩、買物、ドライブ、手工芸など、それぞれが楽しみながら入居者の持っている力を引き出し、張り合いや喜びを感じ過ごせるよう支援している。		

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
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	日々の生活の中で買物、ドライブ、散歩、地域行事（結願祭、豊年祭など）など、利用者の希望で外出する機会が多い。事業所内でサービスが完結しないよう積極的に支援している。事業所行事（浜下り、敬老会など）では、家族や地域の方々にも参加してもらっている。	日常的な散歩では、事業所周辺の海岸や公園を散策している。ドライブで外食等も取り入れ、外出の機会を多く持ち、気分転換を図っている。出身地の浜下り行事等に参加し、精神的な安定を図る目的での個別支援に努めている。	
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	お金を自己管理している方、少額の小遣いをホームで管理している方に対し買い物や外出時にはスタッフと一緒に嗜好品や欲しい物を購入するなど、一人一人の希望や力に応じ支援している。		
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	本人の希望やその時々の様子に応じていつでも電話をかけられるよう支援している。遠方の家族へは手紙や写真を送り近況報告したりしている。		
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	トイレ、台所、浴室など共同スペースには表示をしている。フロアや台所は毎日、入居者と一緒に清掃している。フロア、浴室には温度計を設置し温度、湿度管理を行っている。エアコンに頼りすぎないよう窓を開け換気するとともに、肌で季節を感じられるように心がけている。テレビ、ラジオ、CDの音量やその時々合った音楽を流したり、散歩の帰りに花を摘み活けたりと気持ちよく過ごせる環境づくりを工夫している。	食堂等共用場所は利用者と共に毎日掃除が行われ、清潔保持に努めている。玄関や脱衣場には椅子が設置され、行動に支障のないよう配慮されている。食堂のカウンターは配膳台、個別の食事、くつろぎの場となり、多目的に使用され重宝されている。	
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	共有スペースや玄関にソファを配置し台所にはカウンター席があり、一人で過ごしたり気のあった入所者同士と一緒にくつろいだりし過ごされている。		
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	居室は洗面台やエアコン以外は本人や家族と相談した上で、使い慣れたものや馴染みの物を持ち込んでいただき、居心地良く過ごせるように工夫している。居室内は家族写真や家族からもらったプレゼントや花を飾ったりされ個に合った空間となっている。	ベッドを始め家具、寝具は私物の持ち込みで、各居室が利用者の好みでレイアウトされている。6居室がベッド脇に2畳程の畳間があり、和室的で落ち着いた雰囲気工夫がされている。	
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	本人の内在する能力を引き出し維持できるよう認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式のアセスメントツールを使用し、ADL、QOL状態の確認を行っている。できるけどやっていたことができなかったことを声かけしながら無理強いすることなく自立した生活が送れるよう工夫している。		