

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22年10月31日	評価結果市町村受理日	平成23年3月7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.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4790700019&SCD=320
----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

【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 クレクト西205
訪問調査日	平成22年12月17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)】

<ul style="list-style-type: none"> 地域で生活している実感を味わってもらえるよう工夫している。(日頃から地域とのつながりをもつ、行事への積極的参加など) あかゆら農園で作物作りを通し土に触れる機会を多くもっている。

【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)】

<p>管理者は認知症介護指導者として、職員養成が充実している。センター方式を使用して利用者のアセスメントにとどまらず、利用者の状態変化にもタイムレコードを実施し利用者への対応方法を確認するなど、1人ひとりを大切に支援がされている。食事については、冷凍食品を使用せず、すべて手作りにこだわり、下ごしらえだけでなく、食事の盛り付け、配下膳、食器洗いまで利用者と職員がお互いに支えあって共同生活をしているようである。また、事業所として、農園を持ち利用者からも教えてもらいながら、野菜類を植えたり、草取り等を一緒に行っている。平成22年の4月はサトウキビを収穫し利用者と、地域の方も一緒に黒糖づくりをする等、利用者の能力を活かした介護を展開している。さらに、地域に支持される事業所として、各種行事への参加呼びかけや消防訓練への協力等、意図的に取り組んでいる。</p>

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

確定日：平成23年3月2日

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況
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	個別ケアの徹底を基本理念としている(内容)「その人らしさ」を中心に置き住み慣れた地域で暮らし続けることができる様個別ケアを実践している。又、オリエンテーション他、勉強会、ミーティングを通し管理者と職員は日頃から理念の共有・OJTを通し実践に結びつける様努力をしている。	事業所独自の理念は「その人らしく」「ともに手を取り合って」と地域密着型サービスの意義を表示し、採用時、勉強会、日々のミーティング等で共有、実践している。職員は出勤時に必ず掲示された理念を確認するなど、常に立ち戻る基本であることを理解している。
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人として日常的に交流している	利用者は地域各種祭事へ積極的に参加。地域の方々が不定期に食材の差入、慰問、美容ボランティア等が事業所を訪問。利用者と共に楽しい一時を過ごす。又、自施設の催す行事に地域の方が参加して下さり、日頃の買物やドライブ、利用者がよく出かけた場所等で知り合いが声をかけてくれたり、本人の以前の話を聞くことができたり、近所づきあいも出来ている。	地域の自治会はないが、事業所のソーメン流しや避難訓練等各種行事への参加について、近隣への案内は必ず顔を合わせてお願いする等つながりを大切にしている。3年目の現在は、食材等の差し入れがあり地域の一人として受け入れられ、地域の繋がりの要としての役割を事業所が果たしつつある事を実感する。
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、与那国町の地域包括支援センターより介護予防、講座及び実演、認知症サポーター養成講座等を依頼され引き受けている。他事業所から認知症ケアの講義を依頼され出前講座も行っている。認知症を抱える家族からの相談に対しても直接出向き相談に応じている。	
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	運営推進会議は年6回活発に開催されている。事業報告、意見交換等事業所の気づかない所への助言、進言しにくい行政への橋渡し役になってもらう等、質のよいケアを提供できるようサービスの向上に繋がっている。	運営推進会議は定期的に6回開催され、利用者、家族、地域住民、行政職員等が参加し、事業所の取り組み状況やサービス評価も報告され、議事録も整備されている。前回の会議で問題提起された事項についても、その改善結果が報告されている。推進会議の実効性は評価できる。
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	定期の運営推進会議以外にも各種行事への案内等により、参加交流を図っている。市は地域密着型サービスの指定・指導監督権者としてもっと関わって欲しい。	運営推進会議に行政担当が参加すると共に他の委員による仲介もあり、利用者及び地域の高齢者についても情報交換が出来るようになっている。事業開始から3年が経過するので認知症の方のショートステイの実施について、今後行政と調整していく方向性を持っている。
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	「基本的に身体拘束は行っていない」「外に行きたい」「家に帰りたい」と希望がある時は利用者の気持ちに寄り添い一緒に外出をする等無理に外に出ることを拘束せず、本人に不快な気持ちにならない様対応(ケア)をしている。勉強会やミーティングにて身体拘束における禁止の対象となる具体的な行為を理解、浸透を図っている。	身体拘束をしない方針やマニュアルが整備され、職員研修も実施し、2階階段口や玄関の施錠もなく、日中は解放している。職員は身体拘束が必要な場合は、必ず原因がありそれを見極め拘束をしない工夫をすることが大切であることを理解している。開始時には、リスクが伴うことについても家族等に説明している。

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
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	ミーティングや勉強会にて虐待の防止法への理解、浸透を図り、職員による虐待防止は徹底して取り組んでいる。スタッフ自信が解決困難な問題については管理者・他職員と相談できる体制にある為問題はない。		
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	管理者が認知症介護指導者の為、日頃より業務中でもOJTで学んでいる。又、オリエンテーション、認知症の学習会、認知症実践者研修への参加等で制度の活用法等を学び生かしている。		
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	契約の際は項目毎に丁寧に説明し事業所の方針を理解してもらい契約している。又、更新の際にはその都度、家族と連絡を取り合い詳細に説明し行っている。特に事業所変更や苦情窓口の相談については気を配り説明している。		
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	利用者とのコミュニケーションの中で不安や要求、困っている事等相談に応じ要求や思い等を取り入れた活動、行事を催す等工夫している。事業所新聞発行や家族参加の行事を通して日々の生活の様子や活動を報告。又、家族面会時にも日頃の様子を伝え家族と情報交換している。要望、意見も直接寄せられて実行する等運営に反映している。	利用者の意向、要望が言い易いように職員との信頼関係を大切に、意思表示が困難な利用者については、一日の生活パターンを24時間シートを使用して把握するようにしている。家族に対しては、意見箱の設置や訪問時、行事参加時、さらに家族アンケートの実施等で機会作りを行い、家族から衣装タンスの整理や掃除についての意見があり、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	ミーティングや朝礼時、月・週始めに月間・週間予定を報告し各事業所にてスタッフミーティングを行い内容を共有し目的達成に向け取り組んでいる。又、ミーティングノートや連絡ノートを活用し情報共有している。意見を出し合い何でも話し合える雰囲気があり管理者・職員間のコミュニケーションもスムーズに行われている。	職員の意見等は毎朝のミーティング、毎週、毎月、の職員会議で話し合い運営に反映している。例えば、布パンツへの切り替えや両手引きから片手引き、4点杖への移行等、介護計画の変更に反映している。人事異動についても利用者とのなじみの関係を大切に、基本的には異動はさせないよう配慮に行われている。	
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	スタッフの就業職場環境はM.B.Oを取り入れ、スタッフ・管理者双方で目標を話し合い実践・評価を共に行い待遇改善や仕事へのモチベーションの維持向上に努めている。働きがいのある職場環境作りを目指し毎年無記名アンケートを実施して生かしている。		
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	職員1人1人の目標管理を行っている。法人内外の研修も積極的に参加を促し、認知症実践者研修、認知症ケア学会での発表・認知症ケア専門士資格取得等の支援を行っている。		

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
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	沖縄県グループホーム連絡会へ入会しており、情報交換研修会を得ている。 又、地域3グループホーム間で交流、研修等を行い質の向上へ進んで取り組んでいる。		
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	入所時の面談等で家族の意見だけを考慮するのではなく本人の不安・悩み・希望を受けとめるよう努めている。又、サービス利用の相談に来られた本人やご家族の思いや要望、心身の状況を受けとめ、相談に応じ信頼関係作りを努めている。		
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	サービス導入前の信頼関係づくりに努め、その延長でサービス導入に至るため、家族の思いや不安等に対して事業所ができること、家族にして頂けること等詳細に相談を受けながら関係づくりを行っている。ホームの紹介時にはできるだけ現場のスタッフが説明対応し顔馴染みの関係作りを心がけている。		
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	本人・家族との初期面談時はケアマネジャーが同席しているためニーズの見極め、他サービスの併用や利用についても情報を提供し、共有し家族と共に検討している。		
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	利用者は人生の先輩であり、オリエンテーションでも徹底して意識付けている。支援する側、支援される側という考え方を持たなければならない事を強調している。お互い支え合いながら利用者が主体的な生活を営める様支援を行っている。ゆったりとした時間の中で利用者に寄り添い喜怒哀楽を共にしており日々の生活の中にむしろ様々な学びを得ている。		
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	利用者だけでなく家族に対しても寄り添い、悩みや不安を傾聴する様努力している。家族の一員としての心理的なサポートは職員では代役は勤まらない事・職員と家族の役割がそれぞれにあり共に1人の利用者を支えている事を理解してもらえる様関係作りをしている。面会が難しい家族へはこちらから情報を提供したり利用者と一緒に自宅訪問をし近況報告をしている。		
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	ご家族へも協力を依頼し、本人のこれまで築いてきた人間関係を継続できるよう面会に来て頂いたり、外出の機会に馴染みの美容室や集会所(教会)へ連れて行ったり、又家に帰ったときに交流を持ってもらったりしている。	美容室や教会への外出、出身地域の行事への参加及びグランドゴルフ場での知人友人との交流等、関係性の継続支援がされている。また、生活暦等をセンター方式でチェック後、家族に確認したり、若い時の知人等から情報の聴取と手段を駆使して把握し、以前「神司」をしていた利用者の情報も得て、現在では事業所の安全祈願をする事を役割にしている事例もある。	

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
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	利用者同士の関係が上手くいく様に席の配置を工夫したり、個々の障害に合わせ職員が仲介に入りスムーズなコミュニケーションが行える様心がけている。茶碗洗いや外出時等、利用者同士お互いを気遣い、いたわり、支え合うとても良い関係が出来ている。又、居室の行き来や面会時他利用者も居室へ誘い交流している。		
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	他施設へ移動した利用者への面会、家族との交流も継続している。家族からの相談がある場合等必要に応じて出向いて支援している。		
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	本人の気持ち、行動が示している思いは何なのか、職員全体で常に情報交換をし話し合いを重ねている。家族や本人から馴染みの暮らし方、生活歴を踏まえ、24時間生活変化シート等を利用し、本人本位のケア計画が出来、日々のケアに活かしている。	利用開始時のアセスメントにとどまらず、利用者の思いや意向をセンター方式の24時間生活変化シートを利用し把握に努めている。ある利用者の状態に変化があり、センター方式のタイムレコードを実施した結果、職員と他利用者との関わりの関係であることが分かり、本人へ言葉かけを多くすることで改善した事例がある。	
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	サービス利用開始時はご本人やご家族からの聴き取った情報に加え、日々の生活の中で会話等から本人の馴染みの暮らし方・生活歴を把握する様努めている。又、神司を長年つとめていた方に利用者の健康願いや家数願いや等してもらおう等その人が主役になれる場面等を日々の生活の中に取り入れられる様に努力している。		
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	利用者を尊重し、その日の表情や体調の変化に配慮しながら個別ケアを行っている。出来る事、出来ない事も支援の仕方によって出来るかもしれないと職員同士考え、一人ひとりが希望の持てるケアに努めている。本人が発した言葉の裏側に何かがあるのか？何を伝えたいのか？を考え、引き出す声かけ等対応している。		
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	日常的に発生する様々なニーズに対し、スタッフ同士で話し合いながら月に1回モニタリングをし、変化を見極めケアプラン作成に関与している。又、必要に応じて家族との話し合いを持ち、意見等をケアプランに反映させている。	職員は利用者の担当制をとっており、職員同士で話し合い毎月モニタリングされ、必要に応じて家族と話し合われ介護計画に反映されている。介護計画は6か月ごとに定期的に見直されている。	介護計画の見直しの際、ケース担当者会議に利用者及び家族の参加が望まれる。
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	利用者1人1人の生活リズムに沿って1日の状態変化やケアの実践・結果・気づきを個別記録や24時間シートの活用等で、スタッフ全員で情報を共有し介護計画の見直しに活かしている。又、排泄チェックもD4シートを活用し排泄パターンを把握しやすく声かけ誘導のタイミングも確認できる。		

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
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	買い物、農園、散歩、美容室、教会等本人・家族の要望、その日の本人の体調や天気に応じ、柔軟に対応している。家族で生年祝をやるということで本土から帰ってきた孫が居室に泊り生活を共にして頂く等本人家族のニーズに柔軟に対応している。		
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	開放した施設であるが、徘徊者はほとんどいない。施設サービス等についての説明や公民館、民生委員、警察の方々に理解や協力が得られる様働きかけて積極的に行っている。		
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し、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	利用前から本人・家族の希望でのかかりつけ医が継続されている。定期検診には家族同伴が基本であるが、不可能な場合職員が同行する。その際、医療情報として受診時メモを持参する。主治医からの返信も時折記入され戻ってくる。	医療機関は事業所から5分以内で、馴染みのかかりつけ医が継続されている。家族は毎月面会がてら受診対応も行い、結果報告を受けている。家族が県外在住の場合は職員で対応し、その都度家族へ報告している。また、利用者の受診状況から家族を交えてカンファレンスを実施し、訪問診療導入の事例もある。	
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、日々の利用者の健康管理を行っている。又、看護・介護の連携が密に取れる体制が確保されている。状態の変化や異常時は病院への受診に同行し、医療との連携を取っている。		
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。	事業所内で対応可能な段階でなるべく早く退院出来る様アプローチし、退院時調整のカンファレンスへの参加等、退院してからの対応も退院前にケアの仕方を職員同士話し合い速やかな退院支援に結び付いている。又、入院した際は職員や仲の良い利用者と一緒に見舞いに行き本人の意欲を落とさない様、いつでも帰ってこられる様な環境作りをしている。		
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、事業所です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	利用契約時に日常の健康管理、急変時等詳しく説明し、マニュアルも作成し家族との取り決めも交わしている。又、本人の意志も生活の中から読み取れる様コミュニケーションを図っていく。ターミナルの看取りを希望する方がいれば積極的に対応していきたい。	「終末期症状及びケア方針決定手続き」を作成し、事業所としての重度化や終末期に向けた受け入れ方針を持っており、勉強会も行っている。方針決定にあたり、利用者や家族、訪問診療の主治医を交えて話し合いを持ち、終末期におけるケアの方向性を関係者全員で確認し支援に取り組んでいる。	
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	利用者の身体状況の急変や事故発生時慌てずに適切な行為が出来る様全ての職員に応急手当の勉強会が実施でき、体験体持、習得できている。特に夜間等の緊急時対応にはマニュアルの周知徹底を図っている。		

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
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	避難訓練のマニュアルを作成している。定期的に避難訓練を行う際、近隣の方も参加協力してもらい、一緒に行っている。日常的に火災が起こりやすい場所（コンセント周りやガス周り）の他にもベランダや外階段等避難通路の整備、利用者へ避難経路の周知を事ある毎に確認し実践している。	事業所開所時に消防署を交えた訓練を実施しており、今年はそのアドバイスをもとに、独自で避難訓練を2回実施している。訓練は夜間想定で、地域の参加、協力を得て、実際に警報も使用し、利用者全員を職員一人で2階のベランダへ3分以内で避難誘導できた。また、シュータで脱出も体験してもらう等、実践的な訓練が継続されている。	
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	1人の人間として尊重することは当事業所の理念でもあり入職時オリエンテーション、就業規則の服務規程に位置づけ個人情報保護、秘密保持の徹底に努めている。日々の実践の中では入浴や排泄、外出等誘導や声かけにも本人のプライバシーを損ねない様対応している。	利用者は全員女性で、同性介助を基本にし、利用者意向一覧表で確認しながら対応している。男性職員の場合は、さらに利用者に配慮している。排せつ等の介助時は、耳元や向きを変えて声かけし、居室や居間から離れた台所カウンターへ誘導して、周りの利用者に悟られないよう対応している。	
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	言葉はゆっくり聞き取れる声ではっきりと相手の理解度に合わせて説明を行う。又、利用者が本人の意思を伝えたい時は、せかさない、ゆっくり待つなどし傾聴する。物事の決定に関しても本人の意志を尊重し、本人が自己決定できる様支援している。		
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、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	利用者を尊重し、その日の体調に配慮し、その日その日の本人の気持ちを確認しながら個別ケアを行っている。外出、散歩、利用者の希望や意志を尊重し又、起床、就寝、入浴等これまでの生活スタイルを変えることなく自分のペースで1日1日を過ごしている。		
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	個々の生活習慣に合わせる様に支援。美容室でのカット（髪型やカラーリング等）は馴染みの所に行っている。利用者が化粧等で意志表示した際にはおしゃれできたことを一緒に喜んで楽しんでしている。外出時や行事、就寝時等職員と一緒に衣類選びもしている。		
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	メニュー作りや食事作り（味付けや調理方法等）利用者と一緒にいき、本人の希望を取り入れている。家庭的な雰囲気の中で献立に嫌いなものがある際は別途一品加える等食べる楽しみを味わえる様工夫している。配膳、下膳時はお互い助け合い、茶碗洗いも利用者が行っている。	食事は事業所で作り、職員も同じものを一緒に食べ、冷凍食品は一切使わない方針を持っている。献立はおやつ時間に利用者が食べたい希望を聞き、3日分を作成し、利用者と一緒に買物に出かけている。旬の野菜等がある場合は、随時メニューの変更も行い、下ごしらえだけでなく、味付け、盛り付け、配下膳、食器洗い等、食事づくりを利用者主体で職員との共同作業で行っている。また、本人の嗜好により、カレーを野菜いため、刺身を煮付けに変更する等、一人ひとりが美味しく楽しめるよう工夫している。	
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	材料の配分が一覧できる献立表で栄養バランスのとれた食事が提供され、苦手なものがあつた場合、一品追加する工夫を行っている。朝・昼・夕食スタッフが共に食事をしながら食欲や量、食べ方を確認している。又、障害に合わせての食器選び等それぞれのお茶碗で水分補給の目安にしている。		

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
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	3度の食後に口腔ケアを行っている(その都度チェック)。磨き残し等チェックし、できていないところのケアを実施し、指導している。義歯の装着や不具合がないかチェックも行い、不具合がある場合は家族へ歯科受診をすすめている。		
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	3ヶ所にトイレがあり、明示している。又、利用者の表情や行動・排泄パターンから声かけ誘導を行っていることで、オムツ外しに成功した例もある。日中・夜間できるだけ排泄はトイレを利用してもらい、オムツへ頼らない様にしている。夜間は室内のポータブルトイレを利用する方もいる。	排せつチェック表により一人ひとりの排せつパターンを把握し、トイレでの排せつを支援している。自立支援として、リハビリパンツから尿パット使用になり、トイレ排せつに移行した事例もある。夜間は、利用者の状態に合わせて、ポータブルトイレやオムツ使用の利用者もいる。	
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	日常生活に体操や散歩等を取り入れ、自力排便ができるよう支援している。又、毎日の食事にヨーグルトや食物繊維の多い食材をメニューに取り入れる等工夫して便秘の予防をしている。内服はできるだけ最終手段にしている。		
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	利用者のその日の一人一人の希望を確認しながらいつでも入浴が出来る様に支援している。入浴を拒む利用者には無理なく言葉かけや安心して入浴できる様工夫して、チームプレーにより対応している。一人一人の入浴方法(時間、方法等)一覧にして個別対応できるようにしている。	入浴は1日おきの個浴で、同性介助を基本とし、利用者一人ひとりの意向をもとに、「入浴希望一覧表」が作成され、洗髪を嫌がる利用者は最後に髪を洗う等、職員全員が把握して支援している。入浴を拒否する利用者には、時間をおいて声かけ促し、汚れているから替えましょう等、タイミングや言葉かけを工夫して対応している。	
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	体調や希望も考慮して1日の生活リズムが作れるようアプローチをし、居室以外にも本人がくつろげるスペースでゆっくりと休息がとれるように支援している。寝付けない利用者に対しては温かい飲み物を提供したり、おしゃべりしたり楽しむ等配慮している。		
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	主治医の処方スタッフが理解しており、内服管理はできている。受診時には「受診時メモ」を用い、情報交換し対応している。又、必要時は主治医へ連絡・相談をする等の支援は出来ている。看護師やケアマネと相談を行い受診、内服薬の相談もでき現場で安心して対応ができている。		
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	1人1人の役割については日常において台所に立ち、お茶碗洗い、廊下の手摺り拭き、居室の清掃等、主体的に行える様支援している。テレビ鑑賞や畑作業、散歩、運動等それぞれが楽しみにしている事を取り入れ、地域の行事(豊年祭、結願祭等)にも積極的に参加している。買い物での嗜好品探し等、日々の生活の張り気分転換をし、リハビリのある生活支援を行っている。		

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
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	本人の希望を最大限取り入れ、マクドナルドへでかけることもある。日常的には散歩、買い物、畑、ドライブ等外出する機会が多い。地域行事(祭りやハーリ、季節の花展示会等)新聞紙上で紹介された情報を得てでかけている。自施設行事(ピクニックや浜下り等)は多くの家族や地域の方々と一緒に参加・協力して利用者共に楽しんでいる。	毎朝、掃除を行った後、利用者の一人が新聞を読み、近くの市民会館の情報を確認し出かけることもある。買物やドライブ、天気の良い日は近くの公園等へ出かけている。また、事業所の畑にも出かけ、大根やカボチャ、芋等の野菜を利用者に教わりながら作り、草取りや収穫も一緒に行っている。畑で採れたサトウキビで、黒糖作りを地域やボランティア参加のもと実施している。	
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	普段、利用者と買い物へ出かけて、本人の食べたいお菓子やその他飲み物、嗜好品等を買ひ、自分で金銭の収受ができる様支援している。		
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	電話をいつでも使える状態で、本人の訴えがあればいつでも連絡できるようにしている。又、「グループホームあかゆら新聞」を発行し家族へ近況報告をしている。遠方の家族からも手紙や電話などもあり、その都度本人へ伝えやり取りを支援している。		
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	共用の居間は明るくバリアフリーで移動がスムーズに行える。空気清浄機を携え、温度湿度調整が程よくされている。日中・夜間安心してもらう為に食堂・居間は明るくし、職員がいつでも近くにいる様努めている。夏場や冬場はエアコンに頼りすぎず窓を開け肌で季節を感じられるように努めている。	2階の共用空間の居間は明るく、ソファセットや食堂セットがあり、それぞれ好きな場所で過ごしている。近くの台所・カウンターの椅子に座り、調理の準備を職員と一緒にしている。トイレや浴室も利用者が分かりやすいよう表示している。また、3階にはリハビリ室があり、歩行訓練やレク活動、行事等の交流の場となっている。	
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	共用空間にもソファ等を設置。又、台所前にもカウンター席があり、自由に移動出来る様に居場所を工夫している。同建物内に置間やレクリエーションスペースが設置してあり、洗濯物干しやくつろぎスペースとしていつでも利用できる。		
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	家族と相談の上、出来るだけ本人の好みものを使い、馴染んだタンスや棚、その他家具を持ち込んでいる。居室には洗面所が設置され、食後の口腔ケア・洗面などできるだけ自立した生活が送れる様工夫している。又、居室前や居室内に本人や家族の写真等を飾ったりと本人の落ち着いた場所となっているため、家族との思い出話をきくこともできている。	事業所の居室は洗面台だけを設置し、ベッドやタンス等の生活用品は、利用者の馴染みの品を持ち込むことで、落ち着いた空間となっている。希望により、位牌を持ち込んでいる事例もある。利用者が居室の場所に慣れるまでは、入口に名前を貼ることもあったが、現在は入口のレイアウトコーナーに、本人の思い出の作品や写真等が置かれ、自室を知らせる工夫をしている。	
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」「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	できること、できないこと、やっていること、やっていないことシートを活用し、本人のできる能力をアセスメントしている。残された機能を失わないようできるけれどやっていなかった事等を声かけしながら本人のペースに合わせて無理なく行い、できるように支援している。食事の準備、下膳、茶碗洗い、トイレへ行く等が自立してできるようになってきた。		