

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23年10月27日 | 評価結果市町村受理日 | 平成24年2月28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.kai gokouhyou.jp/kai gos ip/ infomationPublic.do?JGD=4790700019&SCD=320&PGD=47 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|--------------------|--|--|
| 評価機関名 | 株式会社 沖縄タイム・エージェント | | |
| 所在地 | 沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F | | |
| 訪問調査日 | 平成23年11月21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)】

○日頃行っている手工芸をその場限りで終わらせない為の工夫として、オープン当初から作品をカレンダー作成に取り入れ活かしている。完成したカレンダーは家族や地域の方へ利用者自ら手渡し好評を得ている。カレンダーは販売していますかの問い合わせが来る程である。
 ○毎朝の散歩はほとんどの利用者が毎日の日課の1つとなっている。買い物では近くのJA迄歩いて買い物に行き産地直送の品を購入し、野菜の下ごしらえをする等利用者と職員と一緒に調理の準備をしている。
 ○サービスを事業所内で完結しないをモットーに外出の機会を多彩に入れている。又、あかゆら農園にて作物を育て収穫する。等のプロセスを園芸療法として取り入れていることは強調したい。
 ○利用者間の思いやりや助け合いを実感し共に支え合いながら人と人のつながりを大切に支援している。
 ○法人内で5月より定例で「ムヌシリ会(認知症ケアの実践知交換)」を主催し、日頃のケアで困っている事や認知症について、多様な職種や他事業所が参加し、学び合いお互いのケアの質を高める機会を持っている。

【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)】

事業所の入居者の平均年齢は90歳で、農園で野菜を育て、食材の下ごしらえから片づけまでの一連の作業や、部屋の掃除等、一人ひとりが力を発揮できるよう支援している。入居者の情報等はセンター方式を活用し入居者の表面的な行動に捉われず、背景や理由を考え、入居者が「何をしたいのか」「今をどう過ごしたいのか」を常に確認しながらケアを実践している。運営推進会議委員は、会議のみでなく、事業所の行事にボランティアとして参加する等の協力も得ている。「転倒骨折予防のモデル事業」としての「いきがい創生塾」を市から委託を受け、市と協働し、専門性を活かして地域貢献へも取り組んでいる。

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. 全くない |
| 59 利用者は、職員が支援することで生き生き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 | 理念は事業所スタートメンバーと共に作成し、職員、利用者、外来者が一番目につく所に掲示してある。又、研修室にも掲示し職員の意識を啓発している。石垣市全体を地域と捉え、利用者1人の人を尊重し、その人らしく生活していける支援を具現化している。パーソンセンタードケアは事業所の理念と出発点と同じであり、事業所内研修で毎年パーソンセンタードケアについて学んでいる。ミーティングやケアカンファレンスで事例を通し、管理者と職員は理念を共有し実践している。 | 開設当初に「理念は実現するもの」との信念で作成している。入居者の立場に立ち「手を取り合っ」て生活の支援ができるよう、職員採用時や勉強会、ミーティング等で理念への理解を深めている。職員は日々のケアの中で、困ったり悩んだ時に理念に立ち戻って確認したり、職員間の申し送りやミーティングで理念を共有し実践に繋げている。 | |
| 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 | 石垣市全体の地域行事など積極的に参加している。利用者本人が育った地域の行事にも参加を通し家族も含め地域との付き合いを行っている。日常生活の中に散歩に出かけ近隣の商店や市場に買い物へ出かけたりするなど、近隣、地域との触れ合いを大切にしている。 | 事業所の各種行事を近隣住民の自宅に入居者と職員と一緒に訪問し、直接案内書を手渡して、顔が見える付き合いを継続している。事業所で毎月2回実施している「ユンタ会」のメンバーに市の文化協会主催の行事に出演依頼があり、入居者が行事に参加している。 | |
| 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 | 石垣市民を対象にした認知症相談会等を開催し、認知症の予防や啓発を行っている。 | | |
| 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 | 会議は2ヶ月に1度開催している。提供実施報告や行事報告、意見交換を行い取り込みへの評価やアドバイス等を頂いている。検討内容も事業所内で話し合いを持ち、次へのステップとつなげていく事ができている。 | 運営推進会議は定期的に年6回開催し、市の担当者も毎回参加している。会議では事業所の運営への取り組みや活動状況、外部評価等を報告している。また、行事に委員の参加を促し、「流しそうめんの台の高さが入居者には高いのでは」等の意見交換をして、サービスの向上に活かしている。 | |
| 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に取り組んでいる | 運営推進会議に地域包括支援センターの職員へ、生活の場を見てもらいながら、ホームのサービスの提供状況や活動報告を行っている。又自事業所が定期的に主催する、認知症ケアの実践知交流の場へご案内し、事業所へ来て頂き職員と交流している。 | 市内6事業所が自主的に開催する地域密着型連絡会は今年3年目を迎え、毎回市担当者には取り組み内容を報告し、今回は市担当者の参加を実現している。また、市から委託を受け11月29日から住民を対象に介護予防事業「いきがい創生塾」を企画の段階から関わり協働で取り組んでいる。 | |
| 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。施設内は施錠は行わず開放されている。「外に行きたい」「家に帰りたい」と希望があるときは一緒に外出している。 | 「身体拘束をしない」を事業所の方針とし、職員は身体拘束をしない介護を実践している。入居者への「少し待ってください」の言葉かけにも、必ず待ってもらう為の説明が必要等、「言葉の拘束」についても、職員は研修会等に参加し理解している。日中施錠をせず過ごすこと等も家族に説明している。 | |
| 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 | 定例の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習し理解できている。又、細やかな情報も密に情報交換でき、管理者や他職員といつでも相談できる環境が整っている。 | | |

沖縄県(認知症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 |
| 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 | 定例の勉強会で権利擁護に関する制度について学んでいる。入所したケースに家族が通帳の管理が出来ず、成年後見制度についての情報提供を行い、関係機関との連携調整したことで、家族も活用したい意向を指している。 | | |
| 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 | 事前に何度も訪問し、情報提供したうえで契約をしている。契約の際には、本人の自宅に伺って、重要事項説明書・契約書・個人情報に関する同意書を項目毎に丁寧に説明しご家族に説明不足がないか確認し同意を得ている。 | | |
| 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 | 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させている。集計された結果は家族にも報告している。又、家族から日々の生活の様子を報告した際「散歩はいいことなので続けて下さい」と家族の声もあり、日常ケアに活かしている。 | 入居者や家族は運営推進会議に参加し意見や要望を述べている。家族アンケートを今年2回実施し、「できることは本人にさせて欲しい」等の要望を把握している。また、昨年目標達成計画では家族会の結成を掲げ、今年第1回目の家族会の開催に取り組んだが、家族からは「毎月でも開催して欲しい」と要望している。 | 家族の意見や要望をさらに引き出すため、また、家族間の共通の悩みや情報交換の場として、家族会の継続に期待したい。 |
| 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 | 週1回の定例ミーティングや定例管理者会議で、職員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。職員からの意見は、利用者のケアの質の改善、事業所運営への環境整備等に活かされている。 | 管理者は、毎日の申し送りや週1回のミーティング等で職員の意見を聞く機会としている。職員から、ミーティングやカンファレンスの時間短縮の要望があり、時間の設定を見直している。入居者との馴染みの関係を大切に、人事異動は極力行わないように配慮している。 | |
| 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 | 職員の就業環境の整備には、人事システムのMBOを取り入れ特に力を入れている。職員1人1人が目標を設定し実践し双方で評価を行い、給与や職位へ反映させている。又、学会への発表支援、資格取得支援など、やりがいや自己の向上心を持って働けるよう条件整備に努めている。 | | |
| 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 | 日頃より職場のOJTを行い、職員1人1人に合った研修の機会を確保している。法人外の研修へも勤務として派遣している。さらに、学会への参加も法人の支援で毎年演題を発表している。今年認知症予防学会で、事業所で取り組んでいるケアの成果を口頭発表する事ができた。 | | |
| 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回地域密着型連絡会や、月1回認知症ケアの実践知の交流会(ムヌウシリ会)を事業所が主催となって開催し、他事業所へ呼びかけ参加を促し、活発な意見交換ができています。 | | |

沖縄県(認知症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 |
| 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 | 入所時には家族だけではなく、利用者にも事業所を見学してもらうなどしている。家族だけでなく本人の要望や困っていること、思いに耳を傾け家族との連絡を密に行っている。 | | |
| 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 | 入所申込時、入所時には面接を行い、家族の不安や要望等を傾聴し、利用者が入所して不安なく安心した生活が送れるよう、入所後にもまめに連絡を入れる等、家族への配慮を欠かさず関係作りを丁寧に行っている。 | | |
| 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 | 本人や家族の意向を面談の中から確認し、本人に合ったサービス、本人が必要としているサービスの情報提供や、必要時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 | 生活の主体者は利用者である事をオリエンテーションや日頃の業務の中でOJTを受け徹底して意識付けしている。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、ということケアの実践目標にしている。利用者との関係はあくまでも共に暮らす仲間、共同生活者としての位置づけである。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、家族を支えら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 | 遠方の家族へあかゆら新聞や手紙等にて、生活の状況等を行っている。又、本人との対話ができるよう電話等で声を聞いてもらい本人の状態報告なども行っている。家族の絆を途切れることがないように情報提供にも心掛けている。 | | |
| 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 | 友人が訪ねてきたり、関係を途切れることなく繋がっている。思い出の場所や馴染みの場所も普段の会話等から把握しドライブや買い物時に立ち寄り、知人に会えた時にはゆっくり話ができるよう時間を設けたりしている。又、入所前から利用している教会・美容室・商店等へも本人と共に足を運んでいる。 | 入居者や家族との日頃の会話の中から、馴染みの人や場所を把握するよう努めている。入居者個々の出身地の行事を把握し、家族の協力を得ながら行事(結願際、豊年祭)等に参加できるよう支援している。また、月に1、2回入居者の友人が事業所を訪れ、居室やリビングで一緒に過ごす等の支援にも取り組んでいる。 | |
| 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 | 新しい入居者しも利用者自ら話しかけるなど、共同生活の中で役割分担しながら、利用者にも負担なく生活できるよう、職員が仲介に入る事により助け合いながら家事活動や散歩等、楽しく生活行っている。 | | |

沖縄県(認知症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 |
| 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(特養)に移動された利用者への面会を、利用者と共に行き交流を継続している | | |
| 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 | 認知症の人の為のケアマネジメント、センター方式を取り入れ利用者の思いや、家族の思いをC-1-2シートを利用し、本人のありのままの姿の把握に努めている。随時、職員同士で情報交換し話し合いを重ね、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入居者一人ひとりの思いの把握に努めている。入居者が「食後少し休んでからお茶碗洗いをしたい」との希望に、職員は入居者が起きてくるのを待ってお願いしている。思いの表出が困難な入居者には入眠前等に居室で話を聞き、表情や態度から汲み取り、職員間で話し合って支援に繋げている。 | |
| 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 | 家族からの情報や本人との会話の中から生活歴や馴染みの暮らし方の把握に努めている。 | | |
| 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 | 本人の状態によって1人で過ごす時間も大切に(自室での読書)状況確認しながら見守り行っている。出来る事、出来ないシートを活用し本人の能力を引き出せるようにQOL状態の把握に努めている。 | | |
| 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 | センター方式のアセスメントから得た情報や利用者がどのような生活をしたいか、日々の生活の中から本人のその時々を思いを聞き取りながらカンファレンスを行い、家族も含めたチームで様々な意見やアイデアを取り入れプラン作りをしている。 | 介護計画は、入居者や家族の意向に沿って作成している。モニタリングは毎月職員とケアマネが実施し、計画の見直しには半年ごとに取り組んでいる。家族から「昔おしゃれな人だったので、毎日の服選びができるのではないか」との意見があり、入居者の計画に取り入れている。 | |
| 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 | いつでもケアプランが確認できるような書式へ変更し、職員間でプランを共有する事によって、いち早く状態の変化を知る事によって介護計画の見直しも行っている。 | | |
| 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 | 定期受診は基本的に家族にお願いしているが、急変時には事業所が行う事もある。受診後には家族へ報告し、今後の対応についても話し合いを行っている。訪問診療に関しては結果を家族へ報告している。 | | |

沖縄県(認知症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 |
| 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 | 地域のプロパーの意見や助言を受けたり、認知症についての勉強等にも参加して頂いている。又、プロパーの協力を得て地域住民を対象とした予防事業の誘いなど、チラシやパンフレットを配って頂き地域の方が参加して頂くこともある。 | | |
| 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 | 入所前から利用しているかかりつけ医の受診支援を行っている。本人のADLの状況や家族の希望により、訪問診療へ移行した人もいるが、いずれも定期的な受診と、必要時はその都度適切な医療が受けられるよう、積極的に支援している。 | 受診は家族対応を基本に、全入居者が定期に通院や往診を受けている。緊急時や家族の対応が困難な場合は職員が受診を支援している。「受診時確認メモ」に入居者の心身の状況を記録し、担当医へ情報を提供している。家族とは口頭で、職員は申し送りノートの記録で情報を共有している。 | |
| 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、日常生活の中での気づきやちょっとした変化など、いつでも相談し報告できる環境にある。往診時などには立ち合い、今後の対応など共有できている。 | | |
| 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、受け入れができるように医療との連携を密に取り、入院中には面会に行くなどしている。治療後の受け入れ体制に関しては職員同士で、2例の受け入れ事例があり、生活リハビリにて現在入院前の状態まで回復した事例がある。 | | |
| 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 | 終末期についての勉強会やマニュアルの作成を行い職員間で情報は共有できている。ターミナルについて家族・本人・主治医・事業所との話し合いができている。事業所での受け入れ体制はできているが、現在対象者はいない。 | 事業所は看取りケア方針を明文化している。医療機関と看取りケアの連携を図り、利用者及び家族の意向にそって看取りケアを実施する方針である。「終末期症状及びケア方針決定手続き」記録に、医療機関及び事業所の説明、意向確認、方針決定、介護計画へと繋げている。入居時及び随時に意思を確認している。 | |
| 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 | 緊急時の対応について勉強会を行い、蘇生法や応急手当の訓練を行っている。現在は早めの対応にて受診に繋げている。 | | |
| 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 | 事業所での防災訓練を行っており、事業所だけでなく地域の方の協力を得て行っている。誤報ではあったが、夜間非常ベルの音に気づき、いち早く地域の方が駆けつけてくれた事がある。9月には市主催の合同災害避難訓練に参加した。 | 避難訓練は5月に夜間を想定し、地域住民も協力して実施している。また、9月には、市が主体で地震津波を想定した避難訓練に参加している。訓練後に反省会を持ち、職員から今後の課題が挙げられ話し合っている。 | 避難訓練を様々な災害を想定して、入居者を安全に避難誘導できるように、前回の訓練の課題を検討し取り組んでほしい。 |

沖縄県(認知症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 |
| 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 | 利用者が自室にいない時には勝手に入らない事、在室時には必ず声かけて入室する。トイレや入浴の誘導時は他利用者への配慮を行う事などを徹底して行っている。日々のケア時の言葉かけは、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。又、入職時オリエンテーションにて、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。 | 職員は入居者本位のケアを心がけている。食事の際は、入居者が好きなお箸を選ぶ等自己決定の機会を大切にしている。神事を取り仕切る「司」をしていた入居者に、事業所の「屋敷御願」の役割を担ってもらおう等、これまでの生き方を継続できるよう支援している。個人記録は鍵の付いた棚で管理する等個人情報保護に努めている。 | |
| 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 | 外出や入浴、活動への参加等、本人の意思を確認しゆっくり待ち傾聴している。お化粧や身だしなみ等出来るように、本人が気持ちよく外出出来るように支援している。 | | |
| 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 | 起床時間も1人1人違い、朝食時間も様々である為、本人の生活リズムに合わせて食事提供している。外出や手工芸、入浴など、利用者の希望や意志を尊重し、自分のペースで過ごしている。 | | |
| 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 | 外出時には化粧されたり、衣類を一緒に選ぶ等、身だしなみやおしゃれの支援をしている。美容室は馴染みのところに行っている。 | | |
| 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 | 利用者の意向を聞きメニュー作りを行い、食事作り、食事の盛り付け、配膳、食器の片付け、食器洗い等、利用者が主になり行い、職員は感謝の気持ちを伝えながら支援している。お天気の良い日には、皆でおにぎりを作り外出したり、時にはレストランやホテルで外食したりと食事を楽しむ事ができる工夫をしている。 | 事業所は農園があり野菜を育てて収穫し、食材の下ごしらえや調理、配下膳、食器洗い等、入居者は職員と一連の作業に関わっている(収穫したカンダバーでジュシー作りも)。食材の買い物にも入居者は同行し、食べたい物やメニューも決めている。食事は入居者と職員も一緒に、会話をしながら摂っている。 | |
| 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 | 食事をスタッフが共に食事をしながら、摂取量や食べ方を確認し食事量を毎食後記録している。水分量はそれぞれの湯のみや茶碗で水分補給の目安にしている。 | | |
| 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 | 毎食後声かけし行っている。又、磨き残しがないか義歯のケアの状態、口腔内の状態を確認し、できていないところはフォローして口腔内清潔を維持している。 | | |

沖縄県(認知症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 |
| 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 | 入院中オムツ使用していた利用者を退院後に受け入れ、本人の能力を確かめながらトイレ誘導を行い、自力での排泄を促しオムツ外しに成功した。日中はもとより夜間の排泄もできるよう付き添い排泄の自立を支援している。 | 観察一覧表に記録した排泄状況で入居者個別のパターンを把握し、排泄の自立に向けてトイレへの誘導を実施している。骨折で入院し、おむつ使用で退院した入居者を受け入れ、「トイレで排泄したい」との意思を大切に、介護計画に反映しておむつ外しに取り組み、入居者の思いを実現している。 | |
| 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 | 日々の日課の中にホーム周辺の散歩や体操を取り入れ、毎日の食事に乳製品や食物繊維を多く取り入れ薬にたよらないよう便秘予防を工夫している。 | | |
| 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 | 希望があれば毎日でも入浴できるようにしている。基本的には利用者の希望に添って又時間も本人の希望を取り入れた時間帯に入浴支援することができている。必要時(尿臭や皮膚トラブルがある時)は本人へ必要性を伝え、入浴や足浴、陰洗等清潔保持に努めている。 | 入居者と職員は全員女性なので同性介助となり、入浴日や時間は設定せず、一人ひとりの希望に合わせて対応している。入浴前の準備や洋服選びは入居者自身で行う等、自立支援の機会としている。入浴を拒む場合は、外出後の気分のよい時間帯に声をかけたり、職員を変える等で促し、清潔保持に繋げている。 | |
| 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 | 個々の生活習慣に合わせて、入眠時間や休息時間は特に決めていない。本人の体調や希望も考慮して居室以外でも本人がくつろげる場所で話をしたり、休息が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 | 職員がいつでも確認できるように、内服一覧やカルテに内服説明書をファイルしている。又、訪問診療時に主治医や看護師と相談することができる。受診、内服薬の相談も看護師やケアマネと行い、安心して対応する事ができている。 | | |
| 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 | 主体的に役割を担えるようにスタッフが付き添い声かけしている。その人らしさを念頭に置き、日々の生活の中にそれぞれが楽しめる活動、散歩・買い物・畑作業などを取り入れることにより、利用者同士がそれぞれお互いができることで相手をかばうなど、助け合う状態にまでなってきた。 | | |
| 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 | 買い物・ドライブ・散歩・祭りなど外出機会はかなり多い面会に来られない家族(病気等)には日程を調整して自宅訪問し、自宅でくつろいでもらっている。事業所の行事(夕涼み会・敬老会等)は多くの家族や地域の方にも参加してもらい一緒に楽しんでいる。今年は地域の方から声がかかり、農園を開放してもらい、普段機会のないみかん狩り(シークワサー)を楽しんだ。 | 毎朝の散歩は、入居者の希望「海が見たい」等を聞いてルートを決めている。毎年実施の「浜下り」について、職員ミーティングで行事の意味や原点を話し合い、地域で年中行事が継続することへの理解を重ねている。入居者の外出の機会には、家族や運営推進会議委員、地域の協力を得ている。 | |

沖縄県(認知症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 |
| 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 | お金を自分で管理し、買い物や散歩に出かけ自分の好きな食べ物を購入される方や、お金はホームで管理し、買い物はスタッフと一緒に行う方など、本人の力量に応じて支援している。中には値段を気かけながら品物を選ばれる方もいる。 | | |
| 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 | いつでも電話をかけられるように支援している。本人が電話をかけたいと訴えがある時には、家族へ電話をいつでもかけている。遠方の家族へは電話だけでなく、手紙を送り状況を報告する等行っている。又、3ヶ月に1回あかゆら新聞を発行し家族へ近況報告している。 | | |
| 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 | 共用の空間の清掃は、朝それぞれが行う居室清掃時の延長に毎日日課として一緒に行っている。浴室は入浴終了後に職員が毎日清掃を行っている。フロアには温度計を設置し、室温・湿度管理を行っている。TVは必要時にスイッチを入れ、雑音をたれ流ししない。食事の時はオルゴールや民謡など適切なBGMを用いる。季節の花を飾るなど、気持ちよく過ごせる環境整備を心がけている。 | 事業所玄関や浴室の脱衣所に椅子を配置し、入居者が靴の履き替えや衣服の着脱がたやすいよう配慮している。居間には食卓テーブルとソファがあり、テレビ前のソファは入居者のお気に入り場所となっている。テーブルには入居者が散歩で見つけ持ち帰った花を飾り季節感を表している。 | |
| 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 | 3階には図書室や畳間や、洗濯物干し等の休憩スペースもあり、利用者同士、又職員とゆっくり話しをしたりくつろぐ事ができる。 | | |
| 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 | 本人の私物を出来るだけ取り入れ、使い慣れたものや馴染みの物を持ち込み(タンス・ベッド等)本人の動線を配慮した配置等、できるだけ自宅の自室に近い環境の再現の工夫をしている。居室や廊下には本人の飾りたい写真を飾ったりしている。 | 居室内にはベッドや筆筒、寝具、時計、カレンダー、姿見等、自宅で使い慣れた物を持ち込んでいる。居室内の環境整備は主に入居者自身が行い、衣替えや家具の配置換えの時には家族が協力している。居室で入居者は、教育勸語のテープを聞いたり社交ダンスの音楽を楽しんでいる。 | |
| 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 | 入所当初より半月に1回アセスメント(センター方式)をチェックし、ADL、QOL状態を確認し、出来るだけ残っている機能を引き出し、自立した生活が送れるように支援している。 | | |