

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   | 4091400087        |         |             |
| 法人名     | 株式会社 サポート         |         |             |
| 事業所名    | グループホーム ピアたぐま     |         |             |
| 所在地     | 福岡市早良区田隈2丁目21番31号 |         |             |
| 自己評価作成日 | 平成28年10月20日       | 評価結果確定日 | 平成28年12月24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。

|          |                                                                                                                                                                                             |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php?action=kouhyou_pref_search_keyword_search=true">http://www.kaigokensaku.jp/40/index.php?action=kouhyou_pref_search_keyword_search=true</a> |
|----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                   |                  |                                                             |
|-------|-------------------|------------------|-------------------------------------------------------------|
| 評価機関名 | 株式会社アール・ツーエス      |                  |                                                             |
| 所在地   | 福岡県福岡市博多区元町1-6-16 | TEL:092-589-5680 | HP: <a href="http://www.r2s.co.jp">http://www.r2s.co.jp</a> |
| 訪問調査日 | 平成28年10月25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)】(Altキー+enterで改行出来ます)

明るく温かな環境の中でお一人お一人が生き生きと楽しく暮らせるように日々努力しております。日々の生活の中で個々人の持つ能力を活用しながら、生活活動、体操やレクリエーションを通じて心身ともに機能の低下防止ができるケアを行っています。  
ご希望があれば出来る範囲内で看取りをご家族様と一緒にさせていただきます。  
ケアに必要な研修にも参加し介護者としての資質も向上するように努力しております。  
ご本人・ご家族様から、ピアたぐまに入居して良かったと思って頂けるようスタッフ皆で頑張っています。

【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)】

「ピアたぐま」は近隣に公園などもある閑静な住宅街の一角にある2ユニットグループホームである。母体法人は福岡、長崎で複数の介護施設を経営しており、近隣に系列のデイサービス、サービス付き高齢者住宅もある。3施設合同で夏祭り、餅つきなどの行事を行い、地域との交流に努めている。事業所は木のぬくもりに包まれ暖かな環境にあり、明るく、楽しく、アットホームな雰囲気を大事にしており、見学者から褒めの言葉を頂くことも多い。地域の事業所同士の情報交換を行い、相互協力により、サポートタウンとしての役割に力を入れている。2年前から看取りの対応を始め、希望があれば終末期には家族と一緒に泊まれるようにし、職員も勉強会をしており、体制が整っている。長く勤める職員も多く、介護福祉士の取得者も増えてきた。今後も地域の中で存在感を発揮して行く事が大いに期待される事業所である。

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1～57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<br>↓ 該当するものに○印 |                | 項 目 |                                                                     | 取 り 組 み の 成 果<br>↓ 該当するものに○印 |                |
|-----|------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|-----|---------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|
| 58  | 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<br>(参考項目:25,26,27)       |                              | 1. ほぼ全ての利用者の   | 65  | 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<br>(参考項目:9,10,21)   | ○                            | 1. ほぼ全ての家族と    |
|     |                                                      | ○                            | 2. 利用者の2/3くらいの |     |                                                                     |                              | 2. 家族の2/3くらいと  |
|     |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいの |     |                                                                     |                              | 3. 家族の1/3くらいと  |
|     |                                                      |                              | 4. ほとんど掴んでいない  |     |                                                                     |                              | 4. ほとんどできていない  |
| 59  | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:20,40)             | ○                            | 1. 毎日ある        | 66  | 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<br>(参考項目:2,22)                     | ○                            | 1. ほぼ毎日のように    |
|     |                                                      |                              | 2. 数日に1回程度ある   |     |                                                                     |                              | 2. 数日に1回程度     |
|     |                                                      |                              | 3. たまにある       |     |                                                                     |                              | 3. たまに         |
|     |                                                      |                              | 4. ほとんどない      |     |                                                                     |                              | 4. ほとんどない      |
| 60  | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:40)                   | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 67  | 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<br>(参考項目:4) | ○                            | 1. 大いに増えている    |
|     |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                              | 2. 少しずつ増えている   |
|     |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                              | 3. あまり増えていない   |
|     |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                              | 4. 全くいない       |
| 61  | 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<br>(参考項目:38,39)     | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 68  | 職員は、活き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                            | 1. ほぼ全ての職員が    |
|     |                                                      |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                              | 2. 職員の2/3くらいが  |
|     |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                              | 3. 職員の1/3くらいが  |
|     |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                              | 4. ほとんどいない     |
| 62  | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:51)                  |                              | 1. ほぼ全ての利用者が   | 69  | 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 |     |                                                                     |                              | 2. 利用者の2/3くらいが |
|     |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |
|     |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                              | 4. ほとんどいない     |
| 63  | 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<br>(参考項目:32,33)         | ○                            | 1. ほぼ全ての利用者が   | 70  | 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. 利用者の2/3くらいが |     |                                                                     |                              | 2. 家族等の2/3くらいが |
|     |                                                      |                              | 3. 利用者の1/3くらいが |     |                                                                     |                              | 3. 家族等の1/3くらいが |
|     |                                                      |                              | 4. ほとんどいない     |     |                                                                     |                              | 4. ほとんどできていない  |
| 64  | 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、安心して暮らせている<br>(参考項目:30) | ○                            | 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

| 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<br>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                                                          | 地域との関わりを持つ機会をなるべく作る努力をしている。                                                                                      | 開設当初からの理念があり、パンフレット掲載と玄関の掲示がされている。めざすことを理念としてあげているが、自然に取り組みの中で意識が生まれており、安心感をもってもらえるような関わりを家族や本人に提供している。毎日の目標リストがあり、その日の担当が選んで、特に取り組みたいものを掲げており、選ぶものにスタッフの心情が現れ業務改善に役立っている。一年の目標も定め、年末に振り返り、話し合っている。          |                                                                                             |  |
| 2          | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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                                                          | 施設行事や地域行事への参加、地域ボランティアの協力、デイサービス利用者との交流を行っている。                                                                   | 近隣の系列デイ、老人ホームと協力して3施設での合同行事や催しを開き、夏祭りや餅つきなどは開放しており、今年の運動会は地域の方にも参加してもらいボランティア協力もあった。近くの障害者施設のバザーも毎年恒例になっている。近隣デイに慰問が来る際は一緒に楽しむ。町内会にも加入し、地区総会にも参加し、地域情報が回覧板で回ってくる。地域の事業所同士のネットワークもあり、入居紹介、勉強会など相互協力して運営されている。 | 近隣施設を使って、地域包括と協力して地域の高齢者が参加される「たんぼぼ会」を月2回開いているが、そこへの参加、協力をしていくことが計画されている。                   |  |
| 3          |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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                                                        | 行事を通じて交流を図り認知症への理解を深めている。                                                                                        |                                                                                                                                                                                                              |                                                                                             |  |
| 4          | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 町内会長や民生委員、地域の方は忙しいとの理由から不参加状態。現在、ご家族、いきいきセンター、地域居宅のケアマネの方に参加頂き取り組みや事例報告等を行い意見交換を行っている。                           | 2ヶ月ごとに近隣施設を借りて開催し、町内会長や民生委員には毎回案内はしているが今のところ参加はない。家族には全員に案内し、4、5人が参加される。入居者は以前は来てもらっていたが不穏になり今はない。施設の報告、空き状況、事例報告などをしており、包括からのお知らせなども頂いている。今年は避難訓練と同日に行い、消防署員にも参加してもらってアドバイスも頂いた。議事録は閲覧用の掲示をしている。            | たんぼぼ会の参加者にも声掛けして、勉強会や研修のようにテーマを設けて、地域の参加者が増えるような取り組みの実現に期待したい。ご案内時には前回議事録を使って報告もされてはどうだろうか。 |  |
| 5          | (4) | ○市町村との連携<br>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                                               | 市の介護サービス係りへ連絡行い指導を受けながら運営を行っている。                                                                                 | 事故報告や相談事などがある際は区の担当課に連絡をして報告、指示を仰いでいる。わからないことやサービスの導入時には市のサービス係に相談しており、何かあった時の回答も親身でしやすい。生活保護の方の受け入れもあり、必要時にプラン報告なども行う。直近で指定更新の実地指導があり、相談しながら対応された。                                                          |                                                                                             |  |
| 6          | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 福岡市の研修に毎年参加する機会を作り、内部研修にて職員の身体拘束に対する意識を高め身体拘束をしないケアに取り組んでいる。緊急的に身体拘束が必要な場合は検討会議を開催し家族が十分理解した上で同意書を頂き実施するようにしている。 | 玄関は職員が管理して開閉しており自由には出られない。1,2Fの行き来は自由だが、基本的に見守りで対応している。以前は危険防止のため家族の要望で四角柵の利用があったが、いまは無く、センサーでの見守り対応をしている。毎年外部研修に参加し、参加した職員が内部での伝達講習も行っている。スピーチロックやドラッグロックに対しての理解も進めている。                                     |                                                                                             |  |

## H28自己・外部評価表(ピアたぐま)

| 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<br>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                                            | 福岡市の研修に毎年参加する機会を作り、内部研修に手職員の虐待防止に対する意識を高めている。       |                                                                                                                                                                 |                                                                                        |
| 8  | (6) | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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                                        | 成年後見制度についての研修に参加する機会を作り内部研修にて職員への周知を図っている。          | 成年後見の利用者が2名おり、外部の後見人を利用している。入居してから後見人利用された方もおり、情報提供、協力して制度利用につながった。外部研修にも参加し、内部での伝達も行う。実際の後見人とのやりとりや、研修によって基本的な理解はしている。制度資料などの準備もされている。必要時には外部の専門機関などに相談して対応する。 |                                                                                        |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                                                             | 入居前に契約書の内容を説明し不安なく入居生活が始められるように理解したうえで同意を頂くようにしている。 |                                                                                                                                                                 |                                                                                        |
| 10 | (7) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                                                         | 運営推進会議・家族会にて意見や要望を聞く機会を持ち運営に反映させるようにしている。           | 家族会が年2回あり、ひな祭りや敬老祭と同日に行って8割方が参加されている。ご意見や苦情など頂いたときは親身になって対応しており、家族会での意見から認知症の勉強会の実施にもつながった。日頃の要望は面会時に聞くことが多い。写真付きの事業所だよりが毎月発行されており、個別の状況は面会時や電話で随時報告を行っている。     |                                                                                        |
| 11 | (8) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                                                          | 毎月のミーティングにおいて職員間の意見交換を行い反映させるよう努力している。              | 事業所ミーティングは基本的にパート職員も含め全員参加で、欠席者も事前に申し送り意見で伝え、議事録で共有する。主に入居者の状況について話し合い、新しい職員からの提案にも積極的に話し合っ様々意見を取り入れる。日頃から管理者も現場に入っており個別の相談もしやすい。                               |                                                                                        |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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                                          | 毎年、キャリアアップ制度によりパート職員に対して正社員希望を募り昇給の機会を与えている。        |                                                                                                                                                                 |                                                                                        |
| 13 | (9) | ○人権の尊重<br>法人代表者及び管理者は、職員の募集・採用にあたっては性別や年齢等を理由に採用対象から排除しないようにしている。また事業所で働く職員についても、その能力を発揮して生き生きとして勤務し、社会参加や自己実現の権利が十分に保証されるよう配慮している | 採用に当たっては性別・年齢・経験問わないよう配慮している。                       | 職員の年代は20～60歳代まで幅広く、男女の割合もバランスよく配置されている。研修案内や参加の機会もあり、業務として参加も出来る。休憩時間や場所も確保され希望休暇もとられている。手先の器用な職員が飾りつけをしたりもするが、日々の業務の中で全員が同じようにケアを出来るような取り組みを優先している。            | 職員同士のコミュニケーションの機会として食事会や懇親会、事業所同士で横断するような機会を設けることで、職員のストレスケアや風通しのよい職場づくりの醸成も検討されてはどうか。 |

## H28自己・外部評価表(ピアたぐま)

| 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                  | (10) | ○人権教育・啓発活動<br>法人代表者及び管理者は、入居者に対する人権を尊重するために、職員等に対する人権教育、啓発活動に取り組んでいる                           | 外部研修や内部研修において人権教育・啓発に取り組んでいる。                                            | 市が主催する人権についての外部研修に毎年参加しており、内部での伝達講習も行っている。27年度は「介護と人権について考える」をテーマに受けたが、伝達研修はされなかった。それ以外でも虐待防止や認知症高齢者の理解に関して学習されている。 |                   |
| 15                  |      | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 外部研修・内部研修の機会を確保している。ケアに関してはミーティング内で職員同士でケアの方法を話し合ったり、現場での指導に基づき実践を行っている。 |                                                                                                                     |                   |
| 16                  |      | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 地域のグループホーム交流会に参加して研修や意見交換を行っている。                                         |                                                                                                                     |                   |
| Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援 |      |                                                                                                |                                                                          |                                                                                                                     |                   |
| 17                  |      | ○初期に築く本人との信頼関係<br>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           | アセスメントに基づき要望や困りごとなどプランに位置付け安心して生活できるように努めている。                            |                                                                                                                     |                   |
| 18                  |      | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                      | アセスメントに基づき要望や困りごとなどプランに位置付け安心して生活できるように努めている。                            |                                                                                                                     |                   |
| 19                  |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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                  | アセスメントに基づき要望や困りごとなどプランに位置付け安心して生活できるように努めている。                            |                                                                                                                     |                   |
| 20                  |      | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                                  | 本人の能力に応じ職員や利用者同士が助け合う関係性や役割を作る取り組みをしている。                                 |                                                                                                                     |                   |
| 21                  |      | ○本人と共に支えあう家族との関係<br>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                   | 日頃の状況などこまめに伝えたり、毎月のホーム通信を発行して日頃の様子をお伝えしている。行事参加等により本人を支える関係を築く努力をしている。   |                                                                                                                     |                   |

H28自己・外部評価表(ピアたぐま)

| 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                                 | (11) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                                       | なるべく家族や親族・友人が来やすい環境を作るよう支援している。                                                 | 面会に月1回以上来る家族も多く、疎遠な方は事業所から連絡とってきてもらうこともあり、知人や友人との関係を継続する方もいる。家族に連れ出してもらって自宅に帰ったり墓参りにいくこともあった。一時帰宅や外泊の際は必要事項を申し送っている。個人で携帯電話を持つ方は自由に連絡し、取り次ぐこともある。以前は年賀状発送の支援もした。                                 |                   |
| 23                                 |      | ○利用者同士の関係の支援<br>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                                   | 基本一人で居室で過ごすことなく利用者同士が活動出来るように支援している。                                            |                                                                                                                                                                                                  |                   |
| 24                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | 契約終了後も新たな相談あるときは相談に応じるようにしている。                                                  |                                                                                                                                                                                                  |                   |
| <b>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</b> |      |                                                                                                        |                                                                                 |                                                                                                                                                                                                  |                   |
| 25                                 | (12) | ○思いや意向の把握<br>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                                           | アセスメントを行い、本人・家族から必ず意向を聞き取りプランに反映している。聴取困難な方にはケア会議にて本人の現状を踏まえ職員間で毎回検討を行うようにしている。 | 各ユニットの計画作成担当者が担当し、アセスメントを行い、口頭で聞き取って記録しており、半年での見直しにもつなげている。「介護手順書」もアセスメント同時期に作成し、変化があった時には随時変更も行い、プラン作成に活かしている。意思疎通の難しい方は、ケア会議の中で意見を共有して、現場の意見を取り入れた以降の把握に努めている。                                 |                   |
| 26                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | アセスメントや情報を職員間で共有しケアプランに反映するようにしている。                                             |                                                                                                                                                                                                  |                   |
| 27                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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                                                     | アセスメントやモニタリング等の情報をケア会議にて話し合い現状の把握に努め職員間で共有できるようにしている。                           |                                                                                                                                                                                                  |                   |
| 28                                 | (13) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | アセスメントやモニタリング等の情報をケア会議にて話し合い職員間で意見を出し介護計画を作成している。                               | 毎月のケア会議の中で、当月見直しにあたる入居者の話し合いを行い、プラン作成は計画作成者が主に行っている。職員はプラン内容ごとのサービス実施記録をもとにしたモニタリングを行い、同チェック表によってプラン目標も共有されている。担当者会議は随時～半年程度プラン見直し時に開催し、主に計画作成、管理者、職員で話し合う。医師の指示は連携ノートに残し、必要時にはプランに入れ込んで変更につなげる。 |                   |

## H28自己・外部評価表(ピアたぐま)

| 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 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                                     | アセスメントやモニタリング等の情報をケア会議にて話し合い職員間で情報共有を図り意見を出し介護計画を見直し作成している。                                 |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 30 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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                            | アセスメントにより担当者会議を行いケアプランサービス内容に反映している。                                                        |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 31 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 地域の行事や地域の住民を招いての交流を図り、地域のボランティアの訪問・関連施設の利用者との交流をするようにしている。                                  |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 32 | (14) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 受診は希望する医療機関にて受診して頂き、かかりつけ医との連携が図れるようにしている。                                                  | 提携医は3病院から必要に応じて選んでもらい、往診もしており、整形外科など他科受診などの際には基本的には家族支援で、緊急時には事業所から支援も行う。「医師との連携ノート」を別途記録回覧し、情報共有しており、家族にはその都度報告もしている。訪問歯科との連携もされている。                                                           |                   |
| 33 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 異常があれば早期に連絡し相談を行い指示を受けるようにしている。                                                             |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 34 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院時には病院関係者へ情報の提供を行っている。その後も病状の経過や退院時期などの情報交換を行いながら早期に退院できるようにしている。                          |                                                                                                                                                                                                 |                   |
| 35 | (15) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 重度化した場合や終末期の状態が予測されたら早急に家族・医師・施設職員で話し合いを行い方針を共有するようにしている。看取り希望される場合は書面にて方針の共有を行い同意書を交わしている。 | 2年ほど前から要望もあって看取りの対応も始めており、徐々に職員の体制やスキルもあがってきて受け入れられるようになってきた。これまでに4名の方の看取りがあった。指針は入居時に説明し、重度化の際には改めて医師と同席のもと行っている。ターミナルや医療に関しての勉強会も行う。看取りプランも立てており、その方らしく過ごしてもらうよう働きかけている。ターミナル期には家族が泊まることもあった。 |                   |

## H28自己・外部評価表(ピアたぐま)

| 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                                               |
| 36                              |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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           | 福岡市消防局の普通救命講習を全ての職員が受けるようにし不測の事態に備えている。                    |                                                                                                                                                                      |                                                                 |
| 37                              | (16) | ○災害対策<br>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           | 年2回の避難訓練を実施し災害時の対応に取り組んでいる。                                | 年2回のうち1～2回は消防署の立会いで、うち1回は事業所単独で行っている。以前消防署員との合同訓練後に運営推進会議に参加してもらうこともあった。備蓄物にアルファ米、水と、ようかんもあり。3日分を確保している。訓練手順として、近隣施設への電話連絡と協力要請は入れこまれている。AED設置があり新人は救急救命訓練に必ず参加している。 | 地域との協力体制を築くために、参加の呼びかけ、参加されることが期待される。近隣の関連施設との合同訓練も企画検討されてはどうか。 |
| <b>Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |                                                                                  |                                                            |                                                                                                                                                                      |                                                                 |
| 38                              | (17) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>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                   | 外部研修への参加、内部研修でのフィードバックにより、職員間で話し合いをや振り返りを行いながら適切な対応に努めている。 | 市が主催するプライバシー保護などの研修に参加し、内部での伝達を行う。入居者の人格を尊重し、動きを制限せず、制止しないような働きかけを意識しており、排泄介助や入浴介助の際も羞恥心に配慮したケアを心がける。お便りなどの写真利用に関しても入居時に書面で個人情報利用の同意書を交わしている。                        | 職員一人一人がケアを振り返って、意識づけをしていくために、気になる言葉遣いや表現、行動などのセルフチェックをしてみてもどうか。 |
| 39                              |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 本人の体調や気分に合わせて日中の過ごし方ができるように心がけている。                         |                                                                                                                                                                      |                                                                 |
| 40                              |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 本人の体調や気分に合わせて日中の過ごし方ができるように心がけている。                         |                                                                                                                                                                      |                                                                 |
| 41                              |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 出来る方には自分の服を選んで頂いたり、化粧などの身だしなみができるように働きかけている。               |                                                                                                                                                                      |                                                                 |
| 42                              | (18) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 能力に応じて出来るお手伝いをお願いして準備や片づけができるように支援している。                    | 業者からのメニュー作成、食材配達があり、副菜、ご飯、汁物を事業所で調理している。状態によって個別対応もしている。調理や盛り付け、皿洗い、配下膳など出来る方には役割分担を決めて手伝ってもらう。おやつレクとして皆一緒にしたり、BBQを楽しむこともある。職員は別時間に個別の物を食べている。                       | 個別に聞き取った好みや食べたいものの反映として、個別での外食支援なども計画に入れ込んで実現されることが期待される。       |

## H28自己・外部評価表(ピアたぐま)

| 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 |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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                      | カロリー・塩分などが分かる献立を選んでい<br>る。病状に合わせた形態や分量で食事提<br>供をしている。また、食事量や水分量を記<br>録し摂取が十分にできているか把握でき<br>るようにしている。 |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 44 |      | ○口腔内の清潔保持<br>口の中の汚れや臭いが生じないよう、毎食後、一<br>人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケ<br>アをしている                       | 毎食後、口腔ケアを行うようにしている。必<br>要な方は訪問歯科により治療や定期健診、<br>メンテナンスを行うようにしている。                                     |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 45 | (19) | ○排泄の自立支援<br>排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひと<br>りの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレ<br>での排泄や排泄の自立にむけた支援を行っている       | 排泄のチェック表を活用しなるべく失禁や失<br>敗がないようにトイレでの排泄が行えるよ<br>うに支援している。                                             | 入居者それぞれの状態に合わせた支援を行い、自分<br>で出来る方には自分でしてもらい、支援の必要な方は<br>排泄チェック表を元にしてタイミングを見てトイレ誘導な<br>どをしている。拒まれた際は時間をおいたり、時間を変<br>えたりして対応する。排泄に関しても羞恥心に配慮し<br>て、入居者にわからないような言葉で共有している。                       |                   |
| 46 |      | ○便秘の予防と対応<br>便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工<br>夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に<br>取り組んでいる                       | 排泄のチェック表を活用し排便のパターン<br>を把握し水分摂取や運動、医師の指示によ<br>り適宜薬により快適に排便を促すようにし<br>ている。                            |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 47 | (20) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を<br>楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決<br>めてしまわずに、個々にそった支援をしている | 個々の体調や排便状況に応じて、2～3日<br>毎に入浴を行っている。便失禁が酷い場合<br>はその都度入浴をするように心がけてい<br>る。                               | 三方向介助が出来る配置に浴槽が置かれており二人<br>介助もしやすい。一人週2～3回、昼過ぎから夕方の<br>対応が主で、二人介助の場合には午前に入ることもあ<br>る。浴槽のお湯は汚れて来たら適宜溜め流して清潔を<br>保つ。拒まれた際も無理強いせず、タイミングをみて誘<br>導し、少なくとも週2回は入ってもらう。皮膚観察も行<br>い、異常時はすぐに医師に伝達している。 |                   |
| 48 |      | ○安眠や休息の支援<br>一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じ<br>て、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支<br>援している                        | 個々の状態に合わせ休息や睡眠をとって<br>頂いている。                                                                         |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 49 |      | ○服薬支援<br>一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用<br>法や用量について理解しており、服薬の支援と症<br>状の変化の確認に努めている                   | 医師との連携ノートを活用し主治医との連<br>携を図っている。また、薬剤師との連携をと<br>り適切な服薬と服薬方法を支援している。                                   |                                                                                                                                                                                              |                   |
| 50 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一<br>人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、<br>楽しみごと、気分転換等の支援をしている      | アセスメントにより担当者会議を行いケア<br>プランサービス内容に反映している。                                                             |                                                                                                                                                                                              |                   |

## H28自己・外部評価表(ピアたぐま)

| 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 |
| 51 | (21) | ○日常的な外出支援<br>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                      | 年間計画に沿って外出行事を行ったり、天気の良い日は散歩に出かけたりしている。                                | 年間を通して、季節折々の外出行事があり、毎月1回程度は近隣施設の催しや、行事の開催で行き来もしている。近くに公園があり、気候のいい時には気軽に散歩にも行っている。外出行事はデイサービスの大型車を借りて全員で参加するようにしており、家族にも呼び掛けて支援してもらうことも多い。                                                                  |                   |
| 52 |      | ○お金の所持や使うことの支援<br>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                                                  | ホームにて預かり金により必要な物を購入するようにしている。必要な方は自己管理でお金を所持しているが買い物の機会は作れていない。       |                                                                                                                                                                                                            |                   |
| 53 |      | ○電話や手紙の支援<br>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                                                                           | 要望があるときは、電話での取次を行っている。個人で携帯使用している方は自由に使用できるようにしている。                   |                                                                                                                                                                                                            |                   |
| 54 | (22) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | バリアフリーな環境と設備で快適に生活できている。適切な気温・湿度の心がけている。室内装飾を入居者と作成し季節感を感じられるようにしている。 | 基本的にはフロアで過ごしてもらうことが多く、リビングの室温は夏場と冬場で差をつけて気温を見ながら設定しており、季節の変化が体感できるようにしている。環境整備係を設け、季節感のあるものを考えて季節に応じた飾りつけをする。静かにしたいときも玄関横に椅子を設置して、気分に合わせて一人で休むこともできる。リビングは南向きの窓で明るく、カウンターキッチンを中心に回廊式にもなっており、簡単な歩行訓練も可能である。 |                   |
| 55 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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                                                      | 気の合った入居者同士が話が出来たり、食事が出来るようなテーブルセッティングとしている。                           |                                                                                                                                                                                                            |                   |
| 56 | (23) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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                                          | 自宅から馴染みの家具などを持ち込んで頂き居心地よく生活できるようにしている。                                | 居室のドアの飾りも季節ごとに入れ替えており、変化を持たせている。自分の誕生日がわかるように誕生会の時の飾りを部屋に見えるように飾っており居室内を飾り付ける。介護ベッド、クローゼットは事業所の備え付けで、たんすなど持ち込みは自由にできる。テレビや化粧台、机を持ち込む方もいた。                                                                  |                   |
| 57 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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                                             | 室内はバリアフリーで歩行範囲、トイレ・浴室に手すりを備え安全に生活できるようにしている。                          |                                                                                                                                                                                                            |                   |