

<認知症対応型共同生活介護用>  
<小規模多機能型居宅介護用>

# 評価結果報告書

## 地域密着型サービスの外部評価項目構成

I. 理念に基づく運営	項目数	8
1. 理念の共有		1
2. 地域との支えあい		1
3. 理念を実践するための制度の理解と活用		3
4. 理念を実践するための体制		2
5. 人材の育成と支援		0
II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援		1
1. 相談から利用に至るまでの関係づくりとその対応		0
2. 新たな関係づくりとこれまでの関係継続への支援		1
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		5
1. 一人ひとりの把握		1
2. 本人がより良く暮らし続けるための介護計画の作成と見直し		1
3. 多機能性を活かした柔軟な支援		0
4. 本人がより良く暮らし続けるための地域資源との協働		3
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援		6
1. その人らしい暮らしの支援		4
2. その人らしい暮らしを支える生活環境づくり		2
合計		20

事業所番号	1475000947
法人名	株式会社 アイ・ディ・エス
事業所名	グループホーム 川崎大師バナナ園
訪問調査日	2014年11月11日
評価確定日	2015年2月27日
評価機関名	株式会社 R-CORPORATION

**○項目番号について**  
 外部評価は20項目です。  
 「外部」の列にある項目番号は、外部評価の通し番号です。  
 「自己」の列にある項目番号は、自己評価に該当する番号です。参考にしてください。

**○記入方法**  
 [取り組みの事実]  
 ヒアリングや観察などを通して確認できた事実を客観的に記入しています。  
 [次ステップに向けて期待したい内容]  
 次ステップに向けて期待したい内容について、具体的な改善課題や取り組みが期待される内容を記入しています。

**○用語の説明**  
 家族等 = 家族、家族に代わる本人をよく知る人、成年後見人などを含みます。  
 家族 = 家族に限定しています。  
 運営者 = 事業所の経営・運営の実際の決定権を持つ、管理者より上位の役職者(経営者と同義)を指します。経営者が管理者をかねる場合は、その人を指します。  
 職員 = 管理者および常勤職員、非常勤職員、パート等事業所で実務につくすべての人を含みます。  
 チーム = 管理者・職員はもとより、家族等、かかりつけ医、包括支援センターの職員等、事業所以外のメンバーも含めて利用者を支えている関係者を含みます。

平成26年度

## 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	1475000947	事業の開始年月日	平成15年9月1日
		指定年月日	平成17年5月1日
法人名	株式会社 アイ・ディ・エス		
事業所名	グループホーム 川崎大師バナナ園		
所在地	( 〒210-0828 ) 神奈川県川崎市川崎区四谷上町16-7 (電話 044-280-2386)		
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	通い定員	名
		宿泊定員	名
		定員計	9名
		ユニット数	1ユニット
自己評価作成日	平成26年10月1日	評価結果 市町村受理日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 R-CORPORATION		
所在地	〒221-0835 横浜市神奈川区鶴屋町3-30-8 SYビル2F		
訪問調査日	平成26年11月11日	評価機関 評価決定日	平成27年2月27日

## 【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)】

①このホームの経営は、株式会社アイ・ディ・エスです。この法人は、社会福祉法人ばなな会と共に、バナナ園グループを構成しています。バナナ園グループは、川崎市のグループホームの草分けとして最初の事業所を平成10年に開設以来、現在は、9事業所を運営しています。この事業所は、JR川崎駅からバスに乗り15分ほどの静かな住宅地に位置し、近くには川崎大師があります。一般住宅を2件連結させてグループホームに改造した建物であり、入居者は少人数となっており、利用者一人ひとりに寄り添ったケアが特徴です。

②法人の理念は、「明るく・楽しく・自由に、お客様の安全と尊厳、経営の安定、生活の向上を図る。そして我々のサービスを通じて地域社会に貢献する」です。事業所では法人の理念のもとに、日々のケアに馴染む独自の理念を設定しています。理念は、事務所や玄関に掲示して毎朝のミーティングやケア会議で確認して職員間の共有を図っています。各職員は、日々の介護に当たり「地域に触れ合いながらご利用者に楽しみを」の実践が出来るように心がけています。

③地域とは良好な関係を築いており、町内会に加入し、お祭り、敬老会など地域の行事に入居者と共に参加しています。日々の散歩・買い物や、外出時には地域の人と積極的に挨拶を交わし、戸外の清掃は地域住民との協働作業で行い、大雪の際には地域の方達と皆で雪かきをする等、地域と協力しながら快適な生活が送れるように環境の整備にも力を入れています。また、地域の方達が定期的に来所され、琴の演奏、手品などを披露してもらい、利用者の楽しみになっています。

④ケアについては、法人と事業所内の教育体制が整備され、職員の研修にも力を入れており、その成果を利用者一人ひとりに寄り添ったケアで実現しています。利用者には、庭園のある古民家で自然と季節を感じながら、生活リハビリによる自立支援が行われ、残存能力を活かすべく、昨年、キッチンアイランド型にリフォームしたことで利用者が調理に参加し易くなりました。料理は職員が作り、献立は利用者の意見を反映し、利用者は楽しみながら美味しく食べています。また、掃除・洗濯物たたみなど、それぞれ得意なことを活かしながら生き生きとした生活を送っています。

## 【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)】

- 1) 当社の理念に基づき 明るく、楽しく、自由に、個性を大切に日々の生活の支援をしています
- 2) 一人ひとりの人格を尊重し、本人の視点に立って支援しています
- 3) 古民家の家屋と庭園の自然と季節を感じながら家族的雰囲気の中で生活リハビリを実施し自立に向けて支援しています

## 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム 川崎大師バナナ園
ユニット名	

V アウトカム項目			
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
57	利用者と職員と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
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
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
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安な区過ごせている。 (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
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、安心して暮らせている。 (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

1. 48E+09

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9, 10, 19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3, 家族の1/3くらいと 4, ほとんどできていない
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 4, 全くいない
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
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
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, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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	当社の理念である、明るく・楽しく・自由に家庭的な環境の下、利用者の安全と尊厳を図り、地域住民と推進会、日々の散歩・買い物等外出支援でふれ合っている。当社の理念を玄関、事務所に掲示し職員と毎朝の申し送りケア会議を利用し確認、実践している。	法人の理念は「明るく・楽しく・自由に、お客様の安全と尊厳、経営の安定、生活の向上を図る。そして我々のサービスを通じて地域社会に貢献する」です。事業所では法人の理念の基に、日々のケアに馴染む独自の理念を設定しています。理念は、事務所や玄関に掲示して毎朝のミーティングやケア会議で確認し、職員間の共有を図っています。各職員は、日々の介護に当たり「地域に触れ合いながらご利用者に楽しさを」の実践が出来るように心がけています。	今後の継続
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	町内会行事、お祭りなどの招待、参加で自治会の仲間入りをしている。推進会など定期的に地域住民、地域婦人会、老人会の方々が来演され、琴の演奏・手品などをされ交流をしている。又、戸外の清掃、雪かきなど地域住民と協働で実施し利用者、職員が日常的に交流している。	町内会に加入し、お祭り、敬老会など地域の行事に入居者と共に参加をしています。日々の散歩・買い物や外出時には、地域の人に積極的に挨拶を交わしています。戸外の清掃は地域住民との協働作業で行い、特に今年の大雪の際は地域の方達と雪かきも行いました。また、地域の方達が定期的に来訪され、琴の演奏、手品などを披露してもらっています。	今後の継続
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	地域住民に事業所を開放して何時でも利用者と交流できる場を設けて会話を通じて認知症の実態を見て頂き訪問された方からアドバイスを頂き利用者の生活支援に生かしている。（琴演奏、手品、紙細工）		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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か月に1回包括支援センターの職員、自治会長、民生委員、災害緊急支援地域住民代表、利用者、ご家族が参加され活動報告・状況、行事予定などの報告をし、意見や要望助言など頂き、意見交換を行っている。利用者が安心して穏やかな生活が送れるよう意見を反映している。会議議事録にして報告している。	運営推進会議は、包括支援センターの職員、自治会長、民生委員、（災害緊急時支援）地域住民代表、家族、利用者、ホーム管理者、計画作成担当者、職員のメンバー構成で2ヶ月に1回実施しています。事業所の活動状況と今後の行事予定等を報告し、出席者から要望や意見、助言を頂きながらホームの考え方を話し合い、結果を会議録にして関係者と職員に報告しています。	今後の継続
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	地域包括センターに運営推進会議へ参加頂き質問、相談などに乗って頂いている。定期的にバナナニュースを届けている。川崎福祉事務所、区大師支所と連携しおむつの支給手続きの指導、事業所での不明点の相談、高齢者支援の情報提供など、利用者のサービス向上のため日常的に交流している。	包括支援センターとは事業所で発行しているバナナニュースを届けたり、運営推進会議に参加頂いた際に相談にのってもらっています。区大師支所、川崎福祉事務所とは、昨年11月より生活保護の方の受け入れをしており、入居状況、事故等の報告と併せ、事業所での困難事例について相談したり、オムツ支給手続きの指導を頂く等、連携を図っています。また、高齢者支援を行う現場の立場からの情報などの提供等も行い、日常的な連絡を取り合い、交流しています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	重要事項説明書、契約書の「利用者または他の利用者の生命及び身体保護の為やむを得ない場合を除き身体拘束は行わない」の条約に則り該当する行為、デメリットなどについて学び、理解と拘束を行わない努力をしている玄関の施錠は車道への飛び出し、事故防止のため家族の了解をへて施錠している。	身体拘束をしないケアについては、新任研修、法人研修、事業所内研修を通じて全職員に周知しています。身体拘束をしないケアの取り組みは、誘発する原因を探り除去することにより、試行錯誤しながら取り組んでいます。外出願望の人には、その「根もと」を理解し、見守りと寄り添いの支援をしています。玄関の施錠については、車道への飛び出し、事故防止の観点から家族の了解を得て施錠しています。	今後の継続
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	介護保険関連施設の身体拘束廃止に向けた基礎的報告書（厚生労働省）・高齢者虐待防止法（本部通達）など回覧し、管理者を含め全職員の理解を深め、勉強会をして防止に努めている。		
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	日常生活自立支援事業、安心センターご利用の利用者はおられないが、現在は成年後見人をご利用の利用者が二人おられ研修、後見人の方のお話を伺ったり、冊子などで職員で学習して必要性が出た時には活用し支援できる体制をとっている。		
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	契約時は解約に関して、十分な説明の下に行っており、地域密着サービスとしてご家族連携の意味、理解納得を図っている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	苦情の受付窓口、対応を重要事項説明書、運営規定で明記して説明している。面会記録簿に相談・苦情内容を記入したり文章、電話での日々のご様子、個人預かり金の使途をお伝えしている。来演時ご意見、ご要望を聞き、サービスの質の向上、運営に反映している。	重要事項説明書や運営規定、契約書に苦情の受付窓口とその対応を明記し、契約時に説明をしています。家族の来所時や運営推進会議時、あるいは家族会時に職員から気軽に声をかけ、事業所での暮らしぶりを話す中から意見、要望等を聞いています。頂いた意見、提案、苦情は職員会議で検討の上、運営に反映させたの後、家族にも伝えていきます。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	朝夕礼、ケア・業務会議、ミーティングなどで職員の意見、提案をだして利用者の生活の質の向上に努めている。管理者、職員は日々の会話を通じてチームとして何事も話し合える環境を築いている。運営に反映して職員の働く意欲、モチベーションアップに努めている。	毎日の朝夕礼やフロアーミーティング時に、職員間の気付きや意見を提案として出してもらい、運営に反映できるように努め、職員のモチベーションアップに繋がっています。管理者と職員間は日々の会話を通じて仲間として何事でも気軽に話し合える関係が築かれています。個人面談は、6月、12月の年2回実施しており、自己評価などの他、個別に意見を聞いています。費用を伴う内容案件は、代表者決済を得て反映させています。	今後の継続
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	人事考課制度により個々の職位、資格等級にあわせ、目標設定シートを作成し各職員が目標達成することにより代表者は成果を給与に反映し又資格取得者、勤務年数により表彰し慰労金が支給され、やり甲斐や向上心を持って働ける様に環境、条件が整備されている。		
13		○職員を育てる取組み 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	職員の社内研修、法人外部行政関係の研修、事例研修、介護情報の全職員への徹底、各職員の力量を把握し職員に応じた研修を行って就業しながらケアの向上に貢献できるよう職員の人材育成に取り組んでいる。		
14		○同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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組みをしている	代表者はNPO法人バナナ会などネットワークを作り勉強会、蕎麦打ち、節分行事、音楽演奏会など相互訪問し他者との交流する機会を作り地域と情報を共有し活動を通してサービスの質の向上に努めている。		
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 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	サービスの利用を開始する段階で、受容と傾聴の心で接し、ICFの理念により、家族、介護者、住宅、支援機器等の不安、困っている事を把握し、ご本人の安心を確保する為の関係づくりに努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	サービスの利用を開始する段階でご家族に対しても、受容と傾聴の心で接し、不安なこと困っている事、意見、要望などを把握し、安心した信頼関係づくりに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	お話だけでなく、サービスの利用を開始する段階でご自宅を訪問し今の暮らし、心身、家族状況などを実際にみて課題を分析し、職員、医療関係者、他事業所などと検討、幅広い支援が出来るように努めている。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	職員は、ご本人が出来ない事していない事を支援するだけでなく出来る事、職員より優れている事などを見極めて、人生の先輩として尊敬し手本にして、ご指導頂くなど生活を共にするパートナーとして関係を築いている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族に対し来園時又は電話や手紙でご本人の暮らしぶり、健康面、ホームでの様子などお伝えするとともにご家族は地域の方と同様、ご本人を支える重要な社会資源である事を説明しご協力いただく関係を築いている。		
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	本人のなじみの場所、人間関係など、サービスを開始する段階にご自宅を訪問して家族からの情報で把握している。ご家族、知人の来所面接はご本人、ご家族の意向を確かめ楽しい時間を過ごして頂ける様支援をおこなっている。手紙や電話の取り次ぎの支援、お墓参りなど家族の協力の下に支援を行っている。	これまでの本人の馴染みの場所や人間関係の把握は、日頃の会話やサービスを開始する段階に自宅を訪問し、家族からの情報等で把握しています。友人、家族に対する手紙や電話の取次ぎの支援、家族は勿論の事、知人の来所面接には本人や家族の意向を確認し、ゆっくり楽しい時間を過ごせるよう支援を行っています。また、法事、墓参り等、家族の協力の下に支援を行っています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	テーブルの座席の配置、散歩、レクリエーションの利用者間の組み合わせ等、工夫しながらお互いに自然に支え合う関係ができています。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	介護老人保健施設、家族の転居によるご本人の他グループホームへの転居等、契約終了についてもその後の暮らしぶりや近況、様子伺いの為訪問、電話連絡するなど関係を継続している。		
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。	意思表示が出来る利用者には一緒に生活する中で本人の意向をくみ取り、意思伝達が不可能な入居者に対しては本人の経歴、家族からの聞き取りで本人の主たる想いを職員のケア会議等で検討して本人本位の意向に合わせている	日々の支援の中で、心身の情報、本人の能力、本人からふと漏れる言葉、家族の発言、職員の対応、ケアのヒント・工夫などの出来事をありのままの言葉で時系列に個人記録に記入しています。また、医療に関する情報は、看護記録、医師受診記録に記載し、変化があった事象に関しては、業務日誌にまとめて記入し、申し送り事項として全職員で情報を共有しています。利用者のライフスタイルや生活の喜びがどこにあるのか、人間関係はどのような形成が本人にとって好ましいのか、常に把握するよう努めています。	今後の継続
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	スタッフ2名で直接入居前の本人の生活している場所に赴き、生活環境、状態、家族構成、入院中の場合は医療関係者から本人の生活、精神状態をアセスメントして多くの情報を全職員で共有し本人が違和感なくスムーズに入居生活ができるよう環境を整える努力をしている		
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	毎日個別にバイタル、食事、水分摂取摂取、排泄状況等身体状況を記録しその日の状態を観察し本人の精神、体調を把握し状態に応じた適切な支援を実施している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	本人の意向に沿うため毎日の申し送りと月に一回のケア会議で全職員と検討し、その都度介護計画を見直し、本人の意見、家族、医療関係者からアドバイスを頂きその人の持つ能力が発揮できるよう3ヶ月に一度モニタリングを実施し評価判定し現状に応じたケアプランを作成している	介護計画の作成については、これまでに得られているアセスメントにより暫定計画を作り、1カ月程度ケアしながら経過観察を行います。その中で新たに得られた情報をもとに再度アセスメントし、医療情報を含めた原案を作成し、カンファレンスで全スタッフで検討し、再度、本人や家族の意見を加味して最も適切と思われる介護計画を作成しています。	今後の継続
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	個々の入居者の体調、レクリエーション、生活リハビリ等を観察し結果を記録し情報を全職員で共有し自立に向けた支援とその人に最適なケアが提供できるように検討し介護計画の見直しに役立てている		
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	グループホーム固有の多機能性と本人、家族のその時の状態、要望に対し、はじめから無理と決めつけずに先ず実施してみるという全職員が「意識を共有」し個々の利用者に適した工夫と多機能化した柔軟な支援に取り組んでいる		
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	利用者が出来ることを職員で把握して無理のない程度に資源が活用できるよう、地域の商店、公園、お寺等又地域の住民と交流し本人の持ちうる能力を十分に発揮できるような環境を整え安全で楽しい日々が送れるよう個々の能力に応じた外出等の支援をしている		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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	本人、家族の希望する病院を受診している、外部の行きつけを4名の利用者が継続して受診し、結果は家族から必要情報を得てホームからも家族を通して提供している。協力医療機関は365日24時間対応の機能強化型在宅療養支援診療所のひろクリニックの往診と、るなりハビリテーションの看護師、緊急時の川崎幸病院と連携して協力医による治療や入院の手配等、適切な医療がスムーズに受けることが出来るよう支援している	本人、家族の意見を尊重し、希望の医療機関を決めています。現在、診療科目の関係で吸数名が入居前のかかりつけ医の継続受診をしています。受診にあたりホームでの生活状況などの必要情報を提供し、家族を通じて受診結果など必要情報を共有しています。協力医療機関（内科）の往診と訪問看護ステーションの看護師の協力で休日・夜間を含む24時間体制での緊急時対応体制を整え、協力医による治療や入院手配などの適切な医療支援が行われています。	今後の継続
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	職員は利用者の日々の生活から体調の管理、観察、気づきを訪問看護師へ報告、指示を受け、情報を共有し一人ひとりの利用者に適切な医療を受けることが出来るよう支援している		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、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。	訪問診療の医師、看護師と連携し重度化を事前に発見し早期に入院加療が出来るよう支援している、入院先から早期に退院できるよう医療関係者に指示を頂き、課題を共有している、又、職員は入院されている入居者と定期的に面会し状況の把握に努め家族、入院先のケースワーカー、医療関係者とカンファレンスを行い利用者が安心して退院できるよう医療関係者とホーム職員で情報を共有し連携している		
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	入居時に重度化したときの対応を説明している。医療関係者、家族、本人と「本人の意思」を尊重し繰り返し話し合いをし今後の方針を決め統一した支援が出来るよう関係者と連携し「ホームを終の棲家として最後の時間を大切にターミナルケア」を行うよう全職員で支援している	事業所として重度化した際の対応について、入居の際に説明をしています。主治医、看護師、家族を含め「その人の意思」を尊重し、話し合いを重ねた上で今後の方針を決め、統一した支援が出来るよう各関係者と連携し、「ホームを終の棲家として最後の時間を大切にターミナルケア」を行う思いを持っています。事業所では、平成22年以来現在までに7名の看取り実績があり、全職員が看取りの経験をしています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	事故、急変を想定しかかりつけの医療機関への連絡、職員間の連絡網を見やすい所に掲示し、全職員が介護技術の範囲内で初期の応急処置が対応できるよう、機会を作って訓練、話し合いをし実践可能な体制づくりに努めている		
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	地震、津波、火災を想定し臨港消防署の指導のもとで、地域住民、老人会役員等と合同で総合訓練を年2～3回実施している。事業所においても災害時緊急連絡網、行動手順、非常食、飲料、防災備品備蓄、ケア用品、薬剤の整備し点検確認を行っている。全職員がハザードマップで自然災害に対する利用者を安全に避難場所へ移動できる様シュミレーションを行っている	臨港消防署の指導の下、地震、津波、火災を想定した訓練を、地域住民、老人会役員、民生委員、地域支援者・婦人部長等と合同で年2回実施しています。その他に、防災設備の点検を含めて事業所内訓練を年2回行っていきます。災害時緊急連絡網、行動手順、非常食、飲料、防災備品備蓄、ケア用品、薬剤の整備を行ない、点検確認を行っています。全職員がハザードマップで自然災害に対して、利用者を安全に避難場所へ移動できるようシュミレーションを行っています。	今後の継続
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	○一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	バナナ園グループ運営規定で職員の責務としてサービスを通して入居者の人格を尊重し尊厳を維持すると謳っている。個人情報保護に関する方針をホーム内に掲示し全職員で厳守している。利用者の日々の介護の中ではプライバシーを確保し人格を尊重した支援を実施している	新任研修、法人研修、事業所内研修で、倫理、接遇などの研修を行っています。日々の会話やケアを通して全職員が利用者の人格尊重とプライバシー遵守を理解しています。人に聞かれたくない言葉は、本人だけに聞こえるように配慮して話をしています。人生経験の豊かな利用者の自尊心を大切にして、本人の本来ある姿を見出した接し方に努めています。	今後の継続
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	利用者が自分の思いや希望が意思表示できるよう「どちらがいいですか?」といった具体的に選択技を示し認知力に応じて自己決定できるよう援助する。		
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	その人を中心とした「パーソン・センタード・ケア」を取り入れ利用者の多様性と本人の個々のペースに合わせ意向や満足度を第一に考え柔軟に対応できるよう支援している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	利用者の個々の認知度により自由に好みの服を選択して着用していただく、理美容においても「馴染みの美容室」がある人は本人の意思を尊重しおしゃれが出来るよう支援している		
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	アイランドキッチンにリフォームして利用者の能力に合わせて調理の支度、食材の買い物を職員と一緒にいき、好みのレシピを提案していただきリクエストに応じた季節のメニュー、行事食を職員と作り食卓を囲んで会話をしながら食べることで一層の美味しさを感じていただけるよう支援している、利用者のADLに応じた食事の準備、片づけを行い手続き記憶の活用で認知症状の緩和に努めている	昨年、アイランドキッチンにリフォームを行ない、利用者が調理の手伝いをし易い環境になり、利用者の方には自分の能力に合わせて調理の支度等を手伝ってもらっています。食材の買い出しは職員と一緒にいき、好みのレシピを提案してもらった上でリクエストに応じた季節のメニュー、行事食を職員と作り、食卓を囲んで会話をしながら食べることで一層の美味しさを感じてもらえるよう、支援しています。また、利用者のADLに応じた食事の準備、片づけを行い、手続き記憶の活用で認知症状の緩和に努めています。	今後の継続
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	毎日水分、食事の摂取量、体重測定を個々に記録し主治医、看護師の指導を受けながら制約のある方、摂取量の少ない方等、各々に合わせた調理形態、献立、嗜好、ドリンク、習慣等、多様性を持たせて、本人に一番適切な摂取量、栄養バランス、水分量を確保するよう支援している		
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	口腔内の清潔保持は、とすると誤嚥性肺炎にも繋がりがねない重要なケアの一つとして個々の能力、身体、口腔内の状況に応じた支援を行っている。		
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向けた支援を行っている	個々の「体調管理表」「個人日誌」をもとに申し送り時、ケア会議で一人ひとりの排泄パターンを全職員で検討、把握してその人に合わせた時間を見計らってトイレに誘導し、自立排泄を促し、失敗の場合でも他の人に気付かれないよう下着交換などを行っている。夜間は睡眠時間を妨げないよう声掛けしてトイレ誘導するよう自立支援している	個々の「体調管理表」「個人日誌」を基に、スタッフ会議で一人ひとりの排泄パターンを全職員が把握しており、その人に合わせた時間を見計らってのトイレ誘導で自立排泄を促しています。失敗の場合でも他の人に気付かれないよう、さり気なく誘導して下着交換など、適切な支援を行っています。夜間帯においても睡眠時間を妨げない事を前提に、排泄支援が行われています。	今後の継続

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
44		○便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	個々に日中の食事摂取状況、排泄を記録し全職員で便秘の影響、問題点を検討し、水分、食物繊維、メニュー等の工夫したり、レクリエーションでは体を動かす運動を個別に取り入れている、尚且つ、便秘気味の利用者には、医師の指示で便秘薬を調整していただき排泄管理をしている		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている	入浴は清潔保持、身体観察、体調の変化の把握等、重要な役割です、本人の意向とバイタル計数を確認しながら、無理強いすることなくタイミングを見計らってゆったり入浴できるようにしている、嫌がる人には時間にとらわれず本人が気分が向いたとき入浴を実施している、季節に応じて「桜湯」「菖蒲湯」等、志向を変えて、入浴が楽しめるように工夫している	管理者は、入浴は清潔保持の他、身体観察、体調変化の把握等の重要な役割を認識し、週に2回以上の入浴をめぐり、無理強いすることなく、本人の意向とバイタルチェックをしながらタイミングを見計らった入浴支援が行われています。嫌がる人には、再度の声かけ等で入浴を促しています。また、季節には桜湯、菖蒲湯や柚子湯など、入浴剤も使用した支援で、楽しめる様に工夫しています。	今後の継続
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	日中、傾眠される人も一時の休息を大切に、個々の状態に合わせて出来るだけ日中の活動時間をとり夜間の安眠につなげたり時には、夜間の睡眠状態を主治医に報告して本人が気持ちよく眠れるよう医師の指示のもとで服薬調整をして対応している		
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	全職員が個々の利用者の「お薬情報」で薬の目的、副作用、用法、用量、効能等を理解して「投薬チェック表」「往診記録」「薬剤師より連絡ノート」「申し送り」などで医療関係者と情報を共有し、一人ひとりの症状を注意深く観察、確認しながら服薬の支援に努めている		
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	過去の生活を大切に、回想法、手続き記憶を活用して、調理、配膳、掃除、洗濯たみ等、職員と一緒に見守りながら生活リハビリで残された力を活用して「自分は社会に役にたってる」と思える自己の存在が認識できるよう支援している、又、本人の趣味、生活歴、故郷をアセスメントし回想法等を活用して毎日を楽しく気分転換できるよう支援している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	利用者の体調と天気を考慮して散歩が可能な方は近隣の公園を散策したり歩行困難な方は車椅子で外出している。入居以前が近隣の場合は希望を聞いて川崎大師へタクシーを利用し迷子にならないようお揃いのパピーを着用して参拝に行き甘酒、御饅頭を食べます、近隣住民と道中一緒にお祭り会場に出かけたりして会話を楽しんでいる、家族が面会にきて墓参、レストランで外食を楽しまれる	天気の良い日には近隣の公園などへの散歩を日課として楽しみにしている利用者もいます。年間行事予定の中で花見、つつじ観賞、納涼会、もみじ観賞などを計画して外出支援をしています。年間行事以外でも、利用者の希望でタクシーを利用し、川崎大師へ出かけることもあり、その際は考慮してお揃いのパピーを着用して参拝に行き、甘酒、御饅頭を食べる等、楽しんでいます。中には家族が来訪し、一緒に墓参りや、レストランで外食を楽しんでいる利用者もいます。	今後の継続
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	各々利用者の残された力に応じて預り金で嗜好品、必要な日用品などを選択しご自分でお支払されお店の方と会話を楽しまれる 外出を拒否される方は訪問理美容を利用されるときに預り金の袋から自身でお支払の手順をふまれ、お金の大切さを認識されている		
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	利用者本人がお便りが出来るようはがきやお手紙を用意しポストに入れるようにしている。電話も家族からの電話は取り次いで又、本人からも連絡が取れるよう支援している		
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	共用フロアも生活の場としてテーブルや椅子、テレビを置き、家庭的な雰囲気をだしている、快適に暮らせるよう共用部を清潔にして異臭、不快音や室温、湿度等空調管理をしている。庭には季節を五感で感じられるようにしている。壁には季節に応じた利用者のスナップ写真を貼り家族の来訪時には日々の生活状態が本人が家族に伝えコミュにケーションが取れるよう工夫している	共用フロアは「共有の生活の場」とし、ソファ、テーブルが配置され、家庭的な雰囲気を醸し、掃除は行き届き、異臭、不快音も無く、空調管理も施されています。以前利用していた家族から寄付された大画面のテレビも置かれ、利用者は好みの番組を楽しんでいます。リビングの前庭からは季節の草花が観賞でき、室内には利用者の季節に合わせた作品や、入居者のスナップ写真等が貼られ、五感で季節を感じる事が出来るようになっていきます。利用者の作品を通じて家族とのコミュニケーションにも繋がり、快適な空間となっています。	今後の継続
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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	テーブルや椅子の配置、カーテン等で一人になれる空間や他者と少々の距離をとりつつも完全な一人としない状態、又、個々の利用者を観察し、性格を把握し、気の合った同士で共感・会話が出来る居場所づくりを全職員と常に工夫している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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	居室には家具、カーテン、ぬいぐるみ、カセットラジオ等、使い慣れた思い出の品を持ち込まれ、穏やかに暮らせるよう家族と一緒にととのえられている。各々の居室はスプリンクラー、防災カーテン、空調設備があり適正な室温、湿度管理が職員によってなされ、安心、安全の生活空間が工夫されている	居室は、備え付けとしてスプリンクラー、防災カーテン、空調設備があり、空調の管理は職員によって適切な温度に設定され、安心かつ安全に過ごせる生活空間になっています。居室には鏡、椅子、ベット、と共にぬいぐるみ等、個々に使い慣れた物や思い出の品を持ち込んでもらい、家族と共にレイアウトを考え、利用者が思い思いに過ごせるように整えています。	今後の継続
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	利用者一人々々が理解できるよう矢印等で「便所」「〇〇様のお部屋」等表示したり、掲示する場所を工夫して迷いや失敗を防いでいる、個々の能力に合わせたベット、ポータブルトイレを設置して安心かつ自立した生活が送れるように環境づくりをしている		

目 標 達 成 計 画

事業所

グループホーム  
川崎大師バナナ園

作成日

平成26年11月11日

〔目標達成計画〕

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	40	認知症状の進行で食事の楽しみ、行動の失念、食欲等、人間としての本能、意欲が低下している	認知症であっても個々に応じた残された力を活用し目標を持った活動的な楽しい生活が出来る	<ul style="list-style-type: none"> <li>●壁付型キッチンをオープンキッチンにリフォームし厨房を広く利用者と職員と一緒に調理、後片付けが出来る（手続記憶活用）</li> <li>●調理に携わることで食事への味覚がよみがえり美味しさを認識できる（食欲本能喚起）</li> <li>●食材の調達で外出し社会に接点が出来活動的な生活が維持できる（社会参加）</li> <li>●下膳、配膳、後片付け等、役割を持つことで自身が役立っていることを認識する（生活リハビリ）</li> <li>●職員との協働作業により利用者との信頼関係が深くなりコミュニケーションが多くなり認知症状の改善、緩和につながる（精神薬の減量）</li> </ul>	6ヶ月～1年

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。