

<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 | 平成22年9月2日          |
| 評価確定日 | 平成22年10月25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 22 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 )<br>川崎市川崎区四谷上町16-7<br>(電話) 044-280-2386  |                |             |  |
| サービス種別<br>定員等 | <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護<br><br><input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 | 登録定員           | 名           |  |
|               |  | 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22年7月31日   | 評価結果<br>市町村受理日 | 平成22年12月17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 | 神奈川県介護サービス情報公表センター |
|----------|--------------------|

## 【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している。<br>2、一人々々、の人格を尊重し、本人の視点に立って支援してる。<br>3、家族的雰囲気の中で自立に向けた支援をしている。 |
|--|

## 【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 S Yビル2F |               |             |
| 訪問調査日 | 平成22年9月2日                         | 評価機関<br>評価決定日 | 平成22年10月25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)】

|  |
|--|
| <p>このホームの特徴</p> <p>①経営母体は株式会社アイ・ディ・エスで、バナナ園生田の杜を新たに加えて、法人グループに7つのグループホームを持っている。オーナーはグループホーム経営に大きな理想を持ち、その保有するノウハウを生かしてホーム運営を進めている。施設の長にその運営の自由を与えているため施設長のポリシーが反映されて特色あるホーム展開が為されている。このホームは川崎市の東部で京急大師線東門前駅から徒歩で20分位の住宅地にある。ホームは民家を改良した1ユニットの構造で庭が純和風の趣ある落ち着いたホームである。この度赴任した新管理者は明るい人柄で、職員のチームワークを大切に、職員間の明るい空気作りを心がけている。ホームには職員の明るい雰囲気が醸成されていた。</p> <p>②ケア計画はICF方式を基本とし、それに蓄積したデータを加味して、次回のケア計画に反映し推進している。アイ・ディ・エスグループではパーソンセンタードケアの考え方に基づいて、全体としてICF方式を基本にして行くことをケアマネジャー会議で確認しており、このホームはその先端を行った形となっている。ケアマネジャーはカンファレンスで職員の気付きのコメントを取り上げケア計画に組み込んでいる。このホームのご家族は最低1ヶ月に1回は訪問頂いている。その他、毎月、月次報告と近況をバナナニュースと一緒にお届けしている。ご近隣からの入居されたケースの関連で、福祉センターや社協の安心センターとの関係も深まり、成年後見人などについても相談できる良い関係が生まれ、ご家族へも良いアドバイスが出来る体制も整い喜ばれている。</p> <p>③昨年の総務省消防庁のモデルケースとしてグループホームの夜の火災を想定した訓練の副次効果として、町内の緊急時連絡体制が動き出し、防災訓練に「婦人部長」「民生委員」等の協働参画頂き、緊急時連絡先マニュアルを作成し、地域消防署にも提出し、近隣住民との交流状況の一助として活かされた。外部からの実習生の受け入れでは、当ホームの職員の卒業校であるYMCA専門学校及びニチイ学館から受け入れている。</p> |
|--|

## 【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<br>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：23, 24, 25)     | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者の   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいの |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんど掴んでいない  |
| 57<br>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：18, 38)             | <input type="radio"/> 1, 毎日ある        |
|   | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|   | <input type="radio"/> 3, たまにある       |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 58<br>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：38)                   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 59<br>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。<br>(参考項目：36, 37)   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 60<br>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：49)                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 61<br>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：30, 31)        | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 62<br>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：28) | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|   | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|   | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| 63<br>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。<br>(参考項目：9, 10, 19)  | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族と    |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族の2/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族の1/3くらいと  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどできていない  |
| 64<br>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：9, 10, 19)                  | <input type="radio"/> 1, ほぼ毎日のように    |
|  | <input type="radio"/> 2, 数日に1回程度ある   |
|  | <input type="radio"/> 3, たまに         |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどない      |
| 65<br>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。<br>(参考項目：4) | <input type="radio"/> 1, 大いに増えている    |
|  | <input type="radio"/> 2, 少しずつ増えている   |
|  | <input type="radio"/> 3, あまり増えていない   |
|  | <input type="radio"/> 4, 全くいない       |
| 66<br>職員は、活き活きと働いている。<br>(参考項目：11, 12)                                       | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての職員が    |
|  | <input type="radio"/> 2, 職員の2/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 3, 職員の1/3くらいが  |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 67<br>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。   | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての利用者が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 利用者の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 利用者の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 4, ほとんどいない     |
| 68<br>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。                                     | <input type="radio"/> 1, ほぼ全ての家族等が   |
|  | <input type="radio"/> 2, 家族等の2/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 3, 家族等の1/3くらいが |
|  | <input type="radio"/> 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<br>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                     | 日常生活に於いて、施設は明るく、自由に、楽しくをモットーに地域の方々と共に、職員、利用者の3者が共に生活がエンジョイ出来るよう、管理者、職員はケア会議等を等して統一した方向で情報を共有し行動している。          | 理念の「明るく、自由に、楽しく」をモットーに、日常生活に於いて、地域の方々と共に、職員、利用者の三者が共に生活がエンジョイ出来るよう、管理者、職員はケア会議等を通じて、統一した方向性を持ち、情報を共有を図り行動の具現化に努めている。                               | 今後の継続             |
| 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                     | 町内会長、民生委員、地域商店の方と常に交流の場を持ったり、道路掃除、利用者や近隣の方と気軽に挨拶が出来るように散歩、買い物に職員と利用者が一緒に外出の機会をもつよう心掛けをして近隣と利用者が顔見知りになっている。    | 新管理者は地域との交流を大切に、町内会長、民生委員、地域商店の方と常に交流を深めるよう努め、道路掃除を行ったり、近隣の方と気軽に挨拶が出来るように散歩、買い物に利用者と一緒に外出の機会を持つよう心掛ける等、近隣と利用者が顔見知りになっている。地域との交流はかなり深まっている。         | 今後の継続             |
| 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                   | 消防訓練、推進会議、施設見学、お手伝いに近隣が参加され開かれた施設で利用者も認知症とすることなく一般の方の訪問に対しても快く受け入れ、広い庭を地域の方と散策したり、レクレーションをしてお互いに楽しいひと時をすごされる。 | /  | /                 |
| 4          | 3    | ○運営推進会議を活かした取組み<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 | 活動報告だけでなく、地域住民の方々のご意見や、家族会のご意見を頂きサービスの向上、地域に愛される施設を目指して意見交換を行い、利用者様の安心した穏やかな生活が送れるようご意見を利用者へ反映している。           | 運営推進会議は2ヶ月に1回のペースで開催している。活動報告及び地域住民の方々や家族会のご意見を抽出し、サービスの向上、地域に愛される施設を目指し意見交換を行っている。また、薬剤師による薬の知識などの研修も行い、利用者が安心して、穏やかに生活が送れるよう頂いた意見を利用者のケアに活かしている。 | 今後の継続             |
| 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           | 22年度より地域包括支援センター大師支所が台町に出来バナナニュースを届けたり、運営推進会議へ川崎市高齢者推進課担当者の参加された時にご意見を承り利用者のサービス向上に生かしている。                    | 今年度開所された地域包括支援センター大師支所へ、「バナナニュース」を届けたり、運営推進会議に川崎市高齢者推進課担当者に参加頂き、その際の意見をサービス向上に反映させている。生活保護の方もいるので川崎市生活保護担当の方との連携も出来ている。                            | 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<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 | 契約書第6条「身体不拘束」「重要事項説明書」の入居者等の生命又は身体を保護する為等緊急やむを得ない場合を除き、身体拘束その他利用者の行動を制限しません」に沿った、バナナ園グループの『ガイドライン』に基づく、又、玄関の施錠も自由に出入り出来るのを望んでいるが車道に飛び出す危険防止等最低限の策を配慮し家族に説明している。 | 重要事項説明書の「身体不拘束」の契約に基づき、法人グループの『ガイドライン』沿い、職員は、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠は危険防止等最低限を配慮し、ご家族に説明の上、ベランダの開放など閉塞感の無いケアを実施している。    | 今後の継続             |
| 7    |      | ○虐待の防止の徹底<br>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逃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）を回覧し、管理者含む全スタッフの理解度を深め、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<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                                 | 現在の利用者様は家族、親族がおられ成年後見制度を必要とする対象者は居られないが、福祉事務所・安心センター等の方、冊子等で学び、必要な知識を職員間で学習している。  |  |                   |
| 9    |      | ○契約に関する説明と納得<br>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  | 十分な説明のもとに行っており、地域密着サービスとして、ご家族との連携の意味、理解納得をはかっている。  |  |                   |
| 10   | 6    | ○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   | ご来園、又は電話、お手紙とうで日々の暮らしぶり、変化、金銭等お伝えし、運営推進会議、家族会でご意見を徴収し、利用者からの意見もサービスの質の向上に反映するべき事柄あればつなげている。   | ご家族へは、来訪時や電話、お手紙等で日々の暮らしぶり、変化、金銭出納等お伝えし、運営推進会議や家族会でも意見を頂く機会を設けている。利用者からの意見も、日々の会話や生活の様子からモニタリングするように心掛け、サービスの質の向上に努めている。 | 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<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                                      | ボトムアップを旨とし朝夕礼、ケア会議、臨時ミーティング等を通して利用者を知る職員の意見や提案を充分に聞き運営に反映して職員の働く意欲の向上に努めている。  | 朝・夕礼、ケア会議、臨時ミーティング等を通し、個々の利用者を職員を通して知る事柄の把握や、利用者に関する意見や提案を吸い上げ、運営に反映するよう努めている。管理者は職員の働く意欲の向上に努め、職員には利用者の側に立つように指導している。 | 今後の継続             |
| 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      | 今年度より人事考課制度を取り入れ、個々の職位、資格等級に合わせ、目標設定シートを取り入れ目標達成に向かい、自己啓発を促し、問題意識を常に持ち介護に携わるよう、環境条件の整備に努めている。                         |  |                   |
| 13                   |      | ○職員を育てる取組み<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          | 毎月「常勤若手研修」「管理者研修」「新入職員研修」「外部行政関係研修」が実施され、知識情報の提供、事例研究をおこなっている。又、「グッド&ニュー」による強いチームワーク作り等、積極的なトレーニングを行っている。             |  |                   |
| 14                   |      | ○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 | グループの福祉振興会が主催する「認知症講座」や認知症地域ネットワーク作りなど、他事業所との連携、知識の共有を図りサービスの質の向上に取り組んでいる。  |  |                   |
| 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<br>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、ご本人の視点で心身、活動、社会参加面の制約、家族・介護者、住宅、支援機器などの不安、困っていることを把握し、ご本人の安心を確保するため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<br>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、困っていること、意見、要望などを把握し、関係づくりに努めている。  |   |                   |
| 17   |      | ○初期対応の見極めと支援<br>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 | サービスの利用を開始する段階で、お話しだけでなく、ご自宅を訪問し、今までの暮らし、心身、家族状況など直に見て、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努めている。                                    |   |                   |
| 18   |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<br>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、ご本人ができないこと、してないことを支援するだけでなく、できること、職員より優れていることなどを見極め、人生の先輩として、尊敬し、見習い、ご指導いただくなど、生活を共にするパートナーとして支えあう関係を築いている。                       |   |                   |
| 19   |      | ○本人と共に支え合う家族との関係<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     | ご家族に対し、来園時、電話やお手紙で、ご本人の暮らしぶり、健康面、ホームの様子など、お伝えするとともに、ご家族は、地域の方々等と同様、ご本人を支える重要な社会資源であることをご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<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う、支援に努めている                  | サービスの利用を開始する段階で、ご自宅を訪問し馴染みの物品については、できるだけ持参していただいている。またご家族へは、お友達や好きな場所について自由に行き来できる旨説明し、ご本人が、友人、馴染みな場所、物との関係が途切らさないよう、安心した暮らしを支援努めている。 | 利用者のお友達や好きな場所について自由に行き来できるように支援し、友人、馴染みの場所、物との関係が途切らさないよう、安心した暮らしを支援している。認知症やADLの低下が進む中で、このホームが自分の住まいと思える体制も併せて進めている。 | 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<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                 | テーブル座席の配置、散歩、レクリエーションの組み合わせなどを工夫しながら自然に互い支えあう関係ができています。   |   |                   |
| 22                         |      | ○関係を断ち切らない取り組み<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 | 介護老人保健施設、特養への転居、転院され契約終了後についても、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<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。                        | ご入居者様の言葉・表情・動作などによる訴え、入居者様同士の会話、ご家族様のお話から思い、暮らし方や意向を把握している。把握が困難な場合は、ケア会議などで把握に努め、ご本人本位の、ICFの理念によるケアプランへつなげている。 | 日常の利用者の言葉や表情・所作による訴えを感じ取り、また、ご家族から本人の背景や意向を把握するように努めている。把握が困難な場合は、ケア会議などで話し合い、本人本位のICFの理念によるケアプランへつなげている。 | 今後の継続             |
| 24                         |      | ○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                     | サービスの利用を開始する段階から、ご自宅へ訪問し観察したり、ご家族、今まで担当したケアマネジャー、サービス提供の担当者などからお話を聴いたりして、生活歴等を把握している。その後も積み重ねで把握に努めている。         |   |                   |
| 25                         |      | ○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                                   | 毎日、バイタル、食事・水分摂取、排泄状況、生活面、医療面、面会、レク参加、外出、入浴、通院など記録、定期的にモニタリングを実施、「何ができないか」ではなく「何ができるか」「何をしているか」の捉え方で総合的に把握している。  |   |                   |

| 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<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 | ケア会議、毎日の記録、医師や地域の方の意見、本人・家族のお話しなどから、課題、ケアのあり方など整理分析、介護計画を作成。介護計画は、定期的実施状況、満足度、今後の対応を点検する。要介護度の更新、変更、心身に著しい変化があった場合は、課題を再分析し、介護計画を再作成している。 | 課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者や会議で話し合い、各々の意見を反映し、ICFの理念に基づき、現状に即した介護計画を作成している。介護計画は、定期的点検している。課題が生じた場合は、再分析を行い介護計画を再作成している。 | 今後の継続             |
| 27   |      | ○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                        | 毎日、バイタル、食事・水分摂取、排泄状況、生活面・医療面、レク参加、外出、入浴、通院などの記録や、客観的なエピソードも交え記入、その内容を職員全員が把握できるようにしている。、特に朝夕の職員引継ぎで、その日の重要部分が読上げられ確認し、介護計画の見直しに活かしている。    |   |                   |
| 28   |      | ○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               | グループホーム固有の多機能性のうえに、ご本人、ご家族様のその時々状態、要望に対して、初めから無理と決め付けず、先ず実施してみるという「意識を共有」し、工夫し、柔軟な支援が出来るよう取り組んでいる。  |   |                   |
| 29   |      | ○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                         | ご本人の残存能力を十分に使い、更に、町内会の会長・役員の方、民生委員、近隣の方々、役所、消防署の職員などのお力、公共施設・場をお借りして、生活を通して、支え合い協力し合い、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。                        |   |                   |
| 30   | 11   | ○かかりつけ医の受診診断<br>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                    | 訪問診療の医師と連携し『居宅療養管理指導（日常健康管理）』により、入居者様の日頃の健康管理や緊急時に対応している。状況に応じ、専門医への紹介受診支援を行っている。   | 訪問診療の医師と連携を図り『居宅療養管理指導（日常健康管理）』により、日々健康管理や緊急時対応を行っている。状況に応じ、適切な受診支援を行っている。  | 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 |
| 31   |      | ○看護職員との協働<br>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                      | 訪問診療・訪問看護ステーションチームと連携し『居宅療養管理指導（日常健康管理）』により、相談、健康管理、処置、緊急時対応を受けられるよう支援している。   |  |                   |
| 32   |      | ○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、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。入院先の担当医とも情報交換し退院に向けた医療ケアを職員で共有している。又、職員は入院されてる利用者様を定期的に訪問し状況把握、家族、看護師、ケースワーカーと連携し退院後の関係づくりに努めている。 |  |                   |
| 33   | 12   | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<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、事業所ですることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる | 重度化に関する指針については、契約時にご家族様と読み合わせ確認し、その趣旨について理解を頂いている。また、そうすべき時に対応出来る様、医師、看護師とも協議のうえ医療連携の同意を交わしている。   | 入所契約時にご家族と読み合わせ確認を行い、趣旨への理解を頂いている。医師、看護師と協議を持ち医療連携の同意を交わしている。重度化した場合や終末期の場合は、ご家族、医師、ホームの三者で話し合いを持ち、方向性を決めるようにしている。             | 今後の継続             |
| 34   |      | ○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   | 事故・急変を想定しかかりつけの医療機関への連絡、職員間の連絡等を見やすい個所に掲示し、全ての職員が介護技術の範囲内で初期の応急手当処置が対応出来る様、機会を作って訓練、話し合いをし実践可能な体制作りを努めている。                                  |  |                   |
| 35   | 13   | ○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   | 消防訓練（避難誘導）を通じ、地域住民（婦人部長、民生委員、町内会長）と共に緊急避難場所（裏の駐車場空き地）等地域の人々との連携や協力が得られる様は働きかけている。職員全員が消化器の設置場所の把握、食材・備品等災害時に対応出来る様備蓄している。                   | 消防訓練を通じ、地域住民と共に緊急避難場所の確認・連携や協力が得られるよう体制を築いている。職員全員が消化器設置場所の把握、食材・備品等災害時の備蓄を確認している。昨年の総務省消防庁のモデルケースとしてグループホームの夜の火災を想定した訓練を実施した。 | 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 |
| 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<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                | 個々の人格を尊重した声かけ・利用者様の空間等プライバシーを大切に、職員で話し合い徹底している。個人情報に於いても毎月守秘項目を設けてチェックし職員全員で個人情報保護について再認識する様こころがけている。          | 一人ひとりの人格を尊重した声かけ、利用者の空間等、プライバシーを大切にした対応を心掛け、周知徹底を図っている。個人情報については、毎月、守秘項目にチェックを行う等、個人情報保護について再認識するよう努めている。                            | 今後の継続             |
| 37                       |      | ○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                     | その人の自己決定を促し、理解出来る選択技を示しながら「どちらがいいですか？」といった具体的な見本を示すなどして、その人の認知力にお応じて判断出来る様に援助する。                               |  |                   |
| 38                       |      | ○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 | その人「中心のケア」へ、人間の多様性と本人の意向や満足を第一に考え、食事、入浴、レクリエーション等ご本人の意思を尊重、無理をさせず、柔軟に対応できるよう心がけている。                            |  |                   |
| 39                       |      | ○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                                  | 日々の中で、それを意識出来る方は、自由に好みの服を選び、着用して頂き、理美容についても、ご家族と外出されながら「馴染みの美容室」へ、おしゃれを楽しんで頂け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<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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 配食を中止して、利用者の好み、嗜好、希望に合わせて、職員と一緒にメニューを考え、調理も出来る範囲で生活リハビリ、手続き記憶を活用し、介助されるだけでなく、一連の作業で力を発揮され美味しいものを楽しく召し上がっておられる。 | 配食を中止し、利用者の好み、嗜好、希望に合わせて一緒にメニューを考え、利用者が調理出来る範囲で、生活リハビリ・手続き記憶を活用し、残存機能への援護をしている。また、美味しく楽しい食事を支援している。多忙の中で自前のメニューによる食事に再挑戦した努力に敬意を表する。 | 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 |
| 41   |      | ○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                 | 毎日水分・食事の摂取量、体重測定を個々に集計記録し主治医・訪問看護の指導を受けながら制約のある方、摂取が少ない方等、一人一人の体調に合わせてながら調理方法、献立、嗜好、ドリンク、習慣等に多様性をもたせて、本人に一番適切な食べる量、栄養バランス、水分量を確保する様支援している。 |   |                   |
| 42   |      | ○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、ともすると誤嚥性肺炎にもつながりかねない重要なケアの一つとして、個々の能力、心身状況に応じた支援を行っている。  |   |                   |
| 43   | 16   | ○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          | 一人一人の排泄パターン習慣により、時間声かけ（自尊心を傷つけぬ配慮）や一部介助及び排泄状況によって服薬調整行う等、可能な限りトイレでの排泄をしてオムツをしない、排泄へ自立できて快適な生活が送れるよう支援している。                                 | 一人ひとりの排泄パターンの習慣に沿い、適宜、声かけや自尊心を傷つけぬ配慮を行い、一部介助及び排泄状況によって服薬調整行う等、可能な限りトイレでの排泄を促し、オムツをしない、排泄が自立できる快適な生活が送れるように支援している。 | 今後の継続             |
| 44   |      | ○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                          | 日中の排泄の全記録をして全員で個々の入居者様の排泄状況を把握して便秘の予防と対応の為水分、食物繊維の摂取を工夫し連携医の協力のもと、服薬調整をし、レクレーションでは身体を動かすよう便秘の予防に取り組んでいる。                                   |   |                   |
| 45   | 17   | ○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、個々に応じた入浴の支援をしている | その日の体調等、入浴に支障がない上で、季節に合わせた入浴の頻度、好み希望（時間帯、曜日）を調整をできるだけ聞き柔軟に対応し好みの入浴剤等で温泉気分楽しんでいただいている。入居者様は「バナナ温泉」といってる。                                    | 利用者のその日の体調等、入浴に支障がないよう考慮し、季節に応じた入浴の頻度、好みや希望（時間帯、曜日）を聞き、極力柔軟に対応し、好みの入浴剤等を利用し温泉気分楽しんで頂いている。利用者は「バナナ温泉」といってる。        | 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 |
| 46   |      | ○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  | その人に合わせながら、出来るだけ日中の活動時間を多くし、夜間の安眠へつなげ、また、主治医へその時々への様子を報告、時には服薬調整が必要な状況であればDr指示のもとで対応支援している。                                |  |                   |
| 47   |      | ○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   | 職員全員が一人一人の入居者に対し「投薬チェック表」による確認と服薬内容の変更には「連絡ノート」を通じて用法、用量を理解し服薬の支援に努めている。   |  |                   |
| 48   |      | ○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                            | 調理家事のお手伝い（インゲンの筋取り、食器洗い、配膳）庭、室内のお掃除、洗濯物たたみ等、生活リハビリ、「自分は何らかの役にたっている」自己存在感を大切に、幾つになっても人生の素晴らしさを感じていただけるよう、向かい合ってお話して支援している。  |  |                   |
| 49   | 18   | ○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。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るように支援している | 天気が良い時、入居者様にストレスがたまらないように出来るだけ散歩をしたり、買い物に職員と行ったり、希望する場所へ障害度に合わせ車椅子、杖等で、出かけている。又、家族と一緒に車で外食されたり美容室に行かれたりと戸外に出かけられるよう支援している。 | 天気が良い日は出来るだけ散歩に出かけ、買い物に職員と行く等、利用者が希望する場所へ出かけるよう利用者にストレスがたまらぬ配慮をしている。また、家族と一緒に車で外食や美容室に行かれる等、戸外に出かけられるよう支援している。 | 今後の継続             |
| 50   |      | ○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                            | 散歩しながらご本人の預かり金のお財布を自分で持参され好みの嗜好品や化粧品を自分で選択されお支払いされる。職員は個々の力にお応じて支援している。  |  |                   |

| 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 |
| 51   |      | ○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   | 中には疎遠な方もいらっしゃるが、可能な範囲で希望に添える様、取次等、支援している。   |  |                   |
| 52   | 19   | ○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 | 施設ではなく、ご本人が主体的に生きるため共有部分も「生活の場」として、季節感のある掲示物や折り紙等貼り、空間もプライバシーを配慮してカーテン等を設け消臭、芳香剤、生花、思い出の品等、又、外部の方からの意見も取り入れながら、適切な温度、湿度の空調管理をして安らぎの環境を作り、居心地よく過ごせるよう工夫している。 | 施設の共有部分は、主体的に生きる為の「生活の場」と考え、季節感ある掲示物や折り紙、生花、思い出の品等で飾り、カーテン等を設け居心地良い安らぎの環境づくりをしている。プライバシー空間は配慮し、消臭に気を配り、適切な空調管理を行い、外部の意見も取り入れ、心地よく過ごせるよう工夫に努めている。 | 今後の継続             |
| 53   |      | ○共用空間における一人ひとりの居場<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  | 一人になれる空間や、他者と若干の距離をとりつつも完全な一人でない状態、又、他者と会話し、共感できる居場所作りにテーブルの配置等工夫している。  |  |                   |
| 54   | 20   | ○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  | 入居の際には、「馴染みの物」茶碗からお箸、お部屋内の飾り物等好きな物を持参して頂き、ご本人の居ごち良く過ごせるような工夫をしている。  | サービスの利用を開始する段階で、ご自宅を訪問し馴染みの物品については、できるだけ持参して頂くよう促し、入居の際に茶碗からお箸、お部屋内の飾り物等、好きな物を持参し、本人が居心地良く過ごせるようにしている。   | 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<br>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  | 入居者様がわかるように矢印で「便所」と表示したり掲示する場所を工夫し迷いや失敗を防いでいる。個々の機能に合わせベット、ポータブルトイレの配置を安全かつ自立した生活が送れるようにしている。状態により庭の手入れ、ベランダへ洗濯干し等職員と共に生活リハビリが出来る様に支援している。                  |  |                   |

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22年9月2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    | 4    | 運営推進会への住民入居者様のご家族の参加はあるが川崎市高齢者福祉の方の参加が得られない。          | 川崎市の職員の参加をお願いし福祉へのご意見、質問への、指導を頂きたい。                       | 推進会への参加頂けるよう、計画実行にあたり市職員のスケジュールにあわせたり、早期にご案内状を届ける。     | 2ヶ月        |
| 2    | 20   | 入居以前から独居で馴染みの人がおられない方、家族も疎遠の入居者様もおられ寂しい思いをされている。      | 他の入居者様同様、外部からの面会者と出会える機会を設けホーム以外の人との接点の場を設けて、豊かな生活を送って頂く。 | ボランティア・川崎市生活相談員の協力を呼びかけ、支援をお願いする。                      | 2ヶ月        |
| 3    | 30   | 訪問医の往診以外の受診を希望された時ご家族の対応が得られない、バックアップ出来るかたが居られない方の支援。 | ホーム以外での医療機関への入院・受診を対応して頂ける、人脈の確保。                         | ご本人が認知が進んだ段階で安心センター市の福祉での支援を受ける。                       | 6ヶ月<br>～1年 |
| 4    | 33   | 重度化した場合医療的行為は出来ないが本人が希望した場合支援する体制が出来ていない。             | 予後が悪いとの判断で本人が安らかに安心して、住み慣れた家で人生を全うする。                     | 看護職員を常駐する介護技術の範囲ないで訓練し実践出来る力を身につける。家族の協力をえる。           | 1年         |
| 5    | 35   | 火災等に対し、木造2階建という住環境のなかで、認知症で足元がご不自由な方の安全確保の推進。         | 消防署、地域、近隣との協力連携の強化。自衛消防隊の質的向上、設備面などの改善。                   | 消防署と対策協議、町内会と連携し防災訓練定期実施。国の防火補助拡大による火災報知機、スプリンクラー早期設置。 | 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。