

<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	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	1495500140
法人名	(株)アイ・ディ・エス
事業所名	バナナ園 生田の泉
訪問調査日	2015年12月21日
評価確定日	2016年3月24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27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	1495500140	事業の開始年月日	平成22年12月1日	
		指定年月日	平成22年11月1日	
法人名	(株)アイ・ディ・エス			
事業所名	バナナ園 生田の泉			
所在地	(〒216-0015) 川崎市宮前区菅生2-20-3 バナナ園ビル3F			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <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27年11月14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	
----------	--

## 【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ユニット9名というグループホームの強みをいかして、各利用者のニーズを深く探求し実行できる。利用者の介護度はさまざまであるが、その人にあった食事提供や介助方法を職員一同で検討・共有することにより、認知機能の維持を目指している。また、事業所内外の勉強会に積極的に参加して、得た知識を日常ケアにいかし、職員の知識の向上に力を入れている。開設5年を向かえ、見取りなど利用者の難しい状況にも対応できる施設となっている。

## 【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3-30-8SYビル2F		
訪問調査日	平成27年12月21日	評価機関 評価決定日	平成28年3月24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)】

●この事業所の経営は、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。そして、平成28年4月にグループホーム横浜山手を開設します。この事業所は、小田急線・向ヶ丘遊園駅より聖マリアンナ医大行きバスで聖マリアンナ医大グランド前で下車、徒歩2分、路線バスの本数も多く、交通の便が良いところにあります。すぐ近くに聖マリアンナ病院があります。

●理念は、「明るく、楽しく、自由に」です。職員は、自分の身内が入っても安心して生活できるホームづくりを目指しています。毎日の挨拶から次第にコミュニケーション・信頼関係を深めていくことで、利用者の「ニーズ」や「できること」の把握に努めています。あなた誰！と言われても笑顔で応える。何でもしてあげることが本当の優しさではない、本人の残存機能を生かして成し遂げるお手伝いをする事です。その達成感を利用者と職員が共感することによって、楽しく過ごして頂けるように日々努力をしています。

●自立支援は、本人の出来ることを見つけてやって頂くことが基本です。見守り・リハビリが基本ですから多少のリスクもあります。本人と家族とケアする職員とが十分にコミュニケーションを取って、伴うリスクとその結果も共有できるようにしています。

## 【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	バナナ園 生田の泉
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	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18, 38)	○	1, 毎日ある
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまにある
			4. ほとんどない
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

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	「明るく、楽しく、自由に」の理念の下、人格の尊重、人権の擁護を基本とし、地域の一員として活動していく。	理念は、「明るく、楽しく、自由に」です。職員は、自分の身内が入っても安心して生活できるホームづくりを目指しています。毎日の挨拶から次第にコミュニケーション・信頼関係を深めていくことで、利用者の「ニーズ」や「できること」の把握に努めています。自立支援は、本人の残存機能を生かして成し遂げられるように手伝いをすることであり、その達成感を利用者と職員が共有できるように、日々努力をしています。		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	地域の行事には積極的に参加し交流を深めている。また、運営推進会議にも参加していただき、地域の情報や介護についての意見交換等も行っている。	自治会に加入し、諸行事にも参加することで、積極的に交流を深めています。地域の方が月2回音楽療法で来訪し、近くの集会場の駐車場を好意的に利用させてもらう等、良好な関係が維持されています。自治会役員には運営推進会議にも毎回出席してもらっています。管理者は今後、ホームから地域に対してお手伝いできることを検討していきたいと考えています。		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	運営推進会議にて「バナナ園情報」を作成し配布している。医療（季節の病気や予防・対策、高齢者がかかりやすい病気等）、介護情報等をテーマにし、発表している。また、質疑応答の際には、介護についての疑問や不安、問題解決に向け、参加者で話し合いを行っている。			
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	運営推進会議は2ヶ月に1回（奇数月）のペースで行っており、宮前区役所高齢者支援課、地域包括センター、自治会会長、入居者家族等の皆様からの指摘や要望をすぐできるものから順次、改善を進めている。	自治会役員、民生委員、宮前区高齢者支援課担当者、地域包括センター職員、利用者のご家族の出席のもと、2ヶ月毎に開催し、ホームの現状報告後、地域の行事予定説明を受けています。直近では、看護師から感染症についての話をしてもらいました。		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取り組んでいる	運営推進会議の場において事業所の実状やケアサービスの取り組みや資料の作り方、高齢者用の食事メニュー等の相談や意見・アドバイスを頂いている。	運営推進会議の場で、事業所の実状やケアサービスの取り組みや資料の作成、高齢者用メニュー等の相談や意見・アドバイスをもらっています。市主催の介護事業指導講習会等の際にも質問や相談しています。また、地域包括センターの職員には運営推進会議にも出席してもらっており、種々の情報提供も受けています。		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	入居者様・ご家族・外部の方が分かりやすいよう、玄関入り口に掲示している。	身体拘束について、採用時研修、法人研修、事業所内研修を実施しており、身体拘束による弊害等についての理解を深めています。玄関前の道路は交通量が多いので、安全上施錠しています。階段出入り口はキッチン前を通る動線になっており、スタッフが気づき、声掛けを行うことにしています。外に下りれる非常口は、センサーを付けて見守りで対応しています。	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	川崎市高齢者虐待対応マニュアルによる勉強会を行い、理解と共通認識を図っている。集団指導講習に参加し虐待への理解を深め、職員間で情報の共有をし意識を高めている。		
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	川崎市社会福祉協議会の「あんしんセンター」や「成年後見人制度」について、研修会や会議の中で紹介・説明をしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	契約時に時間を掛け説明をし納得して頂いております。また、いつでも質疑には応じてる。		
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	運営推進会議を中心として入居者様やご家族の意見・要望は報告し、区・包括・近隣の方々に意見やアドバイス、提案等を頂きながらサービスの向上に努めている。	意見の反映等については、運営推進会議を中心とし、ご家族の意見を伺い、区、包括支援センター、近隣の方々に意見やアドバイス、提案を頂いてサービスの向上につなげています。ホームでは自由に何でも書き込めるような用紙を予め準備し、来訪時などにお渡し、要望や意見を記入してもらっています。	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
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	業務会議・フロア会議・ケア会議・毎日の申し送りにおいて、常に意見交換をし改善を図るようにしている。	ホームの職員の意見は職員会議や日々のケアの中で非常に意見交換を行っています。また、個人的な話しなどについては、適宜個人面談の機会を設け行っています。ホームの職員の意見は本部での毎月の定例会議で報告し、本部の会議の内容はホームの職員会議で報告しています。	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	人事考課評価制度等を活用し、ハード・ソフト共に向上心を維持できるように柔軟な対応を心がけている。		
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	法人内外の研修には積極的に出席するように指導している。研修費は法人負担。		
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	まだ実績はありませんが、麻生区の同業者との交流の話を進めている。		
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	信頼関係の確立には2年3年と時間が掛かると思いますが、入居当日より安心を確保すべく、お話やスキンシップ等コミュニケーションを図り、早く馴染みの顔（存在）になれるよう努力している。		

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
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	入居前のアセスメントを取る段階から、ご家族の不安や要望等を伺うようにしている。必要時は電話でお話をして関係作りを行っている。また、毎月入居者様の様子を文書でお知らせしている。		
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	アセスメント情報や診療情報提供書、看護・介護サマリー等を基本とし、入居時点の入居者のご様子を見て、当面必要と思われるサービスを提供している。		
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	「一緒に行く」を基本とし、出来る範囲の事を入居者様と一緒に言うようにしている。		
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	我々のご家族に代わることは出来ない。共に支えていく為の協力をしていただけるよう契約時や面接時にご家族にお話をしている。ご家族も快く応じて頂いている。		
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	居室内の家具や品物は出来るだけ自宅で使用していたものを持ち込んで頂く様にしている。また、ご家族やお友達の来園や外出・外泊を薦めている。	会話の中などで出てきた事柄等は報告書に記入して、スタッフ間で情報を共有し、ドライブの際の思い出の場所に立ち寄りしたりしています。思い出の桜を見たいと希望されたので花見に行くことや、思い出の駅に似ている風景を見に行くなどをしました。制作した作品や塗り絵の写真、行事の際のスナップ写真等を1冊のアルバムに編集して全員にプレゼントする等、話題作りにも寄与しています。	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	
21		○利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	他人の集まりですから、各入居者様が孤立しないように職員が間に入ってコミュニケーションがとれるようにしている。 (アクティビティーや会話等) また、お誕生日会やイベントも行い、時間の共有や話題作りにも努めている。			
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退去後も訪問やお見舞いを行い、ご家族からの相談や支援に努めている。			
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。	それぞれの生活歴や入居前の生活ぶりを把握し、また心身の状況に合わせた生活サイクルを状況に合わせて行っている。	ホームにおけ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、職員の気づきなどを個人日誌に記入しています。医療情報や生活の様子などで、特に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、申し送り事項にして職員間で情報共有します。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、常に把握する努力をしています。		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	ご本人やご家族に話を聞いて把握に努め対応している。 特に生活歴を重要視している。			
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	毎日のバイタルチェックや朝夕の申し送りにおいて現状を把握し、柔軟な対応を行っている。 異常があれば訪問看護や訪問医に指示をもらい対応している。			

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	毎日の申し送り・フロア会議・ケア会議等で話し合い、必要に応じて看護師や主治医の意見を仰ぎ、ご家族様と相談・説明後、承認を頂く。また、意思疎通が取れる方は、ご本人の意思を尊重するようにしている。	介護計画作成については、入所時の面談で得られた情報を基に暫定の介護計画を作り、1カ月程度ケアしながら経過観察します。その結果得られたモニタリング評価、職員の意見、医療情報を基に見直し介護計画を作成します。再度、本人やご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	個人日誌は入居者様の様子や気づきを中心に記入し、介護計画の更新に活かしている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々にも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	状況の変化に伴い、日々細かな対応を行っている。大きな変更を伴う様な時はケア会議を行い介護計画の変更・更新を行う。柔軟な支援・サービスを実施している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	ご本人の体調によりますが、地域の四季のイベント等（初詣、盆踊り、秋のお祭り、お花見）には、積極的に参加している。		
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	基本は主治医の受診ですが、当然他の医療機関の受診が必要な事態も起こる。その際ご家族からの指定医がある場合は、主治医に紹介状の作成を依頼し、ご家族または職員が受診対応を行っている。	2週間に1回の内科医の往診と毎月の歯科医の往診を受け、看護師の巡回は毎週水曜日にあり、利用者の健康管理を行っています。以前からのかかりつけ医の受診を希望される方も居り、その場合は家族で対応をお願いしていますが、職員が対応する場合があります。	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
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	訪問看護は週1回。その都度、申し送り打ち合わせを行い適切な支援が行えるようにしている。		
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。	入院時、必ず職員が同行し医師、看護師等に状況を説明し、その後も連絡を取るようになっている。また、担当のソーシャルワーカーとの連絡を密に取るようになっている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	本人やご家族の希望に沿えることの出来る範囲で方法・体制（医療、看護、介護）を検討し、主治医・薬剤師・職員で話し合いの場を設けている。また、ご家族の協力なくして看取りは出来ない事も説明し、理解を得るようにしている。	重度化した場合や終末期のあり方について、入居時に本人・ご家族に説明しています。重度化した場合は、医師とご家族、職員で話し合い、方向性を決めています。看取りに対する研修は、法人本部でも研修を実施しています。このホームでは、平成26年に1名と今年6月に1名の看取り実績があります。	今後の継続
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	応急手当や初期対応は緊急時連絡網表に従い連絡を取る。また、薬の研修を薬局にお願いして実施している。応急対応や初期対応は看護師の指示に従う。実践力を付けるための訓練は、これからの課題。		
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	年2回の消防防災総合訓練を消防署の指導の下で実施している。	春と秋に年2回、防災訓練をしています。そのうちの1回は、消防署の指導の下、消防防災総合訓練を実施しています。この他、年2回の設備業者による点検の際もホームの訓練も合わせて行います。備蓄は、水、缶詰、米等を3、4日分は用意しています。運営会議で包括支援センターの指摘をもらい、今後の事業所の避難訓練では、地域との連携の協力を自治会にお願いしています。	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	
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	入居者様の心（プライド）は健常者の方々と同じとし、人格の尊重やプライド、プライバシーの確保・保護は基本としてサービスを提供している。	採用時研修、法人研修、事業所内研修で、倫理、接遇などの研修をしています。日々の会話やケアを通して全職員がご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。「自分が言われたり、されたりしたら嫌なこと」はしないと、ごく普通のことを徹底するように日頃から職員に周知徹底しています。	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	日常的に入居者様の意思（自己決定）を尊重し、日常生活のあらゆることに関して、自己決定出来るよう努めている。	/		/
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	許される限り入居者様の希望に添えるように支援している。			
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	入居者様の個性・好みを大切にした支援を行うように努めている。			
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	時々、皆さんに好みの出前やお弁当等を取ったり、お祭りでは焼き鳥やノンアルコールビール等を購入したりして、変化を付けるようにしている。 また、調理・盛り付け・下膳・テーブル拭き等も職員と一緒にしている。	食事が楽しめるよう時々、好みの出前やお弁当等を取ったり、お祭りでは焼き鳥やノンアルコールビール等を購入したりして、変化を付けて楽しむ機会を設けています。食事では盛り付けや下膳、テーブル拭き等も職員と一緒にしています。行事食にはネットスーパーを利用する等、メニューを工夫して楽しんでもらっています。食事のバランスを考えて夕食は、配食業者の食事を取っています。	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	
41		○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	食事や水分の摂取量の記録をとり補給等が必要な場合は申し送りで連絡し、24時間記録管理で支援をしている。			
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	出来るだけご本人に口腔ケアはしていただく。尚、毎週訪問歯科で口腔ケア及び指導をして頂き、歯ブラシ等もその方が使いやすい物に変えたり工夫をしている。			
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	声掛けにてトイレ誘導をし排泄していただく事を心がけている。 ポータブルトイレは出来るだけ使わないように支援している。	排泄表で個々の排泄パターンを把握し、声掛けや誘導をでトイレでの排泄を促しています。パットやリハパンを使用していますが、ほとんどの方が自立排泄が可能な為、必要以上に介助を行わずトイレでの自立排泄を目指しています。		今後の継続
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	看護師・主治医・薬剤師とも相談して個々に応じた予防や対応をしている。			
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てしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	週2回以上を基本とし、必ず事前に声掛けを行っている。また、どうしても入浴したくない場合は他の方と入浴日を変ってもらい入浴を行っている。	入浴は週2回のサイクルを基本として支援しています。入浴を嫌がる人には、「○○さんのためにお風呂を沸かししましたよ」や「清潔のためにお風呂に入ろうよ」と声掛けを工夫して誘っている他、脱衣所並びに浴室の温度にも気をつけています。季節に応じたゆず湯や入浴剤も使用して、楽しめるように考慮しています。		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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	体調や体力や気分にあわせ、お昼寝をしたり、時には少し夜更かしをしたりと、自由に出来ようにしている。		
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	毎日の事なので薬の効能、副作用、用法等の理解に努めている。随時、薬剤師による薬の勉強会も実施している。		
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	役割については、食事の盛り付けや、配膳、下膳、テーブル拭き等。 楽しみ・気分転換では、カラオケ、トランプ、折り紙、昔の映画や動物のビデオ等の支援をしている。		
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	ご家族にもお願いして外出や外食、外泊を積極的にすすめ、事業所でも森林公園や近くのお寺、コンビニ・スーパーへの買い物等を行っている。また、お花見・外食・ピクニック等も実施している。	近くの森林公園やお寺への散歩や近くのコンビニ買い物に出かけたり、また、便利な路線バスを利用したの外出も計画して外出を支援しています。地域の祭り際は御輿がホーム前の広い道路を通るので、外に出て楽しんでます。今年の遠足は、本部の車を利用して読売ランドに行きました。利用者の買い物や外出希望がある場合は、随時、職員の車でドライブに行きます。	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	お買い物では好きなものを預かり金から買って頂いている。 また、本人が買い物に出かけない場合は、職員が本人に変わり購入し支援している。その際は、ご本人にどのような物が欲しいのかを必ず確認している。		

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 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	午前9時から午後9時の範囲でいつでも電話は使用して頂いている。入居者様の中には、携帯電話を使用し、他施設に入所中のご主人とお話されている方もいる。		
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	各フロア入り口には季節の花を飾り、リビングには季節感のあるタペストリーや装飾品を飾り、季節を感じてもらえるようにしている。	室内は換気と清掃が行き届いており、シンプルなインテリアを採用することで、高級感ある共有空間を演出しています。そして、明るいスペースが確保され、飾り付けにも季節感あふれる工夫が施されています。窓からはテニスコートで運動を楽しむ人や、春には聖マリアンナ病院の桜並木を眺めることができ、それぞれが寛いだ時間を過ごしています。屋上には広いスペースがとられ、そこからの眺望は素晴らしく、気分転換ができる空間として納涼祭などに活用しています。	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	特に工夫でも無いのですが、仲が良くなかったり、相性が良くない人同士は座る場所を少しずつ離す等は行っている。 また、気の合った人同士、ソファに座りテレビを見たり居室で談笑し過ごされている。		
54	20	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	居室内は基本的には入居者様とご家族に家具等の配置はお願いしている。（住み慣れた空間を作っていただく為）	居室の備え付け品は、エアコン、洋服ダンス、照明、スプリンクラーです。その他は、利用者が自由に持ち込むようになっていきます。そのために、これまでの使い慣れた調度品を持ちこみ、住み慣れた家族的な雰囲気を整えて、本人が寛げる部屋に工夫しています。天気の悪い日には室内で洗濯物も干せるような用具も備え付けてあります。	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	基本は入居者様の動線を確認し、出来るだけ自由に移動して頂く。必要な時以外は手を出さず見守るようにしているが、すぐに対応出来るよう適度な距離を保ち、観察・見守りを常に考え行っている。		

目 標 達 成 計 画

事業所

バナナ園 生田の泉

作成日

平成27年12月21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	36 40 43 45	介護度の違う利用者へのケアの仕方	1人1人のご利用者に則した介護方法の確立	<ul style="list-style-type: none"> <li>外部内部の講習会や研修、勉強会に参加</li> <li>情報の共有化</li> </ul>	3ヶ月～6ヶ月
2	23 26 49 54	利用者のニーズの把握	レクリエーションの充実化	<ul style="list-style-type: none"> <li>ボランティアの利用</li> <li>音楽レクへの参加</li> <li>行事やイベントの充実化</li> </ul>	6ヶ月～1年
3	1 2 3 10	地域との交流を深める	地域の社会資源のひとつとして認知され、頼られる存在となる	<ul style="list-style-type: none"> <li>地域の催しごとへの参加</li> <li>介護の相談会の実施</li> <li>運営推進会議の積極的な活用</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。