

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 | 1493600017 | 事業の開始年月日 | 平成18年4月1日 |
| | | 指定年月日 | 平成24年4月1日 |
| 法人名 | 株式会社 ウイズネット | | |
| 事業所名 | みんなの家 横浜いずみ野 | | |
| 所在地 | (245-0016) 横浜市泉区和泉町7591-18 | | |
| 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 | 18名 |
| | | ユニット数 | 2 ユニット |
| 自己評価作成日 | 平成26年11月1日 | 評価結果 市町村受理日 | 平成27年4月14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 <http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wp/Details.aspx?IGNO=ST1493600017&SVCD=320&THNO=14100>

【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)】

事業所から見える富士山は絶景です。 天気の良い日はその景色を見ながら、また時々ホームに訪問していただくボランティアさんによる日本の伝統文化、和太鼓・獅子舞・舞踊等の楽しい時間を静かに感じていただきながら過ごしております。 事業所の理念「輝いている時・笑顔の毎日」を掲げ利用者が少しでもできることをやっていただき利用者・職員ともに「輝き笑顔になる」を目指していきたくて思っております。

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------------------|---------------|-----------|
| 評価機関名 | 株式会社フィールズ | | |
| 所在地 | 251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階 | | |
| 訪問調査日 | 平成26年12月4日 | 評価機関 評価決定日 | 平成27年3月3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)】

事業所は、相鉄線いずみ野駅からバスで約7分の「ひなた山第一」又は「阿久和坂上」のバス停から徒歩約10分の場所にあります。鉄骨造り2階建ての2ユニットで、開設して9年8か月になります。周囲は農地や緑が多く、近くにはカワセミの営巣が確認されているいずみ川があります。

<優れている点>

利用者が最後まで自分の力で食べ物を食べることができるように努めています。職員が嚥下、噛み合わせなどに不安を感じた利用者がある場合、内科医や歯科医、歯科衛生士、看護師等と一緒に健康状態や食事の形態、嚥下機能について話し合っています。利用者の状態によっておかゆや、おかゆをミキサーにかけ酵素入りゼリー食の素を加えたもの、主菜の切り方を細長く切ったものを提供し、むせ込みや誤嚥、喉頭残留物を防ぐよう努めています。入院中は摂食できなかった利用者も事業所での食事に対する細やかな支援から、自力で食事をとることができるようになっています。

<工夫点>

誤薬、服薬漏れを防ぐため服薬確認のルールを細かに定めています。2週間に1度、薬局から配達された薬は、薬剤師と共に職員が確認を行い、朝、昼、夜と色分けしたテープが張られた箱に詰めています。利用者一日分の薬を、利用者の写真を蓋に貼ったケースに入れ分けて、薬を確認するようにしています。服薬時には指さし確認を行うと共に、3秒ルールを定め確実に服薬したかどうかを確認しています。また薬が飲みやすいように利用者によってはゼリーを使用する場合があります。

【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 | みんなの家 横浜いずみ野 |
| ユニット名 | 1Fユニット |

| 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、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2, 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (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近づけている。 | 玄関やスタッフルームに貼っている。地域密着型サービスの意義を職員皆で認識しました 新入職員にはオリエンテーションの中で説明をしている。カンファレンスや職員会議では理念を把握し具体的な支援に繋げ方向性の統一を図っている。 | 利用者の状態の変化に伴い、「輝いている時、笑顔の毎日」に理念を変更し事業所内に掲示しています。一日一度は利用者の笑顔が見る事ができるように笑顔につながるケアプランを職員全員で考えています。理念の実践のため職員自身の笑顔も大切にしています。 | |
| 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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している。 | 子ども会のリサイクル活動の参加は継続されている。夏祭りにはホームの玄関先をこども神輿の休憩所として利用していただき、その際子供達におみやげを手渡したりして子供達との交流の場を作っています。夏祭りの際知り合った地域住民の方が自ら訪問してくださり交流が広がっている。 | 地域で生活をして地域に守ってもらう事を考えています。夏祭りには職員が神社の石拾いを行い来訪者がつまづかない様にしたり、利用者から近所の子ども達にお土産を手渡しています。自治会の新年会の出席を兼ね会館の清掃などの手伝いを行っています。 | |
| 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。 | 地域のマンション住人で構成されている高齢者グループの方・ボランティアの方に多く事業所に訪問していただいています。看護学生の実習生の受け入れも積極的に行っています。その際認知症高齢者の方の理解や関わり・取り組み等を伝えています。 | | |
| 4 | 3 | ○運営推進会議を活かした取り組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。 | 事業所の現状・具体的な取組について報告をしています。現状をよく理解していただき、利用者様がどう地域と関わっていただけるか等助言をいただいたりしています。地域の情報を提供していただき事業所との橋渡しをしていただいています。 | 2ヶ月に1回、運営推進会議を開催しています。会議では出席者から地域情報を得て、夏祭りに利用者と共に職員も参加してイベントを盛り上げています。出席者からは、課題として事業所が地域に出て行く工夫を求められています。 | |
| 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。 | 消防署にもGHの現状を伝え避難のアドバイスをいただいたり日頃より顔の見える関係が築けるようにしています。地域包括には毎月訪問し、主任ケアマネとはいつでも相談できる関係を作り、困難ケースの相談をしている。保護課・高齢支援課にもGHの現状等を伝えています。 | 利用者の看取りのケアプランや病状によるケアの仕方、困難ケースなど分からない事、悩むことが有る時には区担当者、主任ケアマネジャーを訪問し相談しています。行政からは糖尿病やその他勉強会の開催、紹介や施設の空き室状況確認などの支援を受けています。 | |

| 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。 | 家族様の希望もあり防犯のため玄関のみ施錠しています。日頃から玄関先や庭に出る機会を作り外に出ています。また希望時にはいつでも出られるようにしています。身体拘束廃止委員会を設置し、会議で「これって拘束？」の議題で話し合いをして身体拘束をしないケアに取り組んでいます。 | 防犯のため玄関は施錠をしています。月1回行われる定例職員会議では毎回身体拘束について話し合っています。職員の言葉による拘束や無意識のうちに行った拘束について、管理者は具体的な言葉や行為を挙げ、分かりやすい言葉で注意しています。 | |
| 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。 | 事業所では身体拘束・虐待ともに会議で話し合っている。また外傷確認表を記入し、全身の傷や異変の早期発見をして見過ごされることがないように努めています。「利用者様のタブー例」を貼り気がついた時点で職員皆で声を掛け合っ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。 | 青年後見制度を利用している入居者様もいます。包括支援センターでの勉強会に参加したり、必要なかたには情報提供をして支援しています。職員に関しては機会があるごとに説明を行っているが日常生活自立支援事業に関しての学びは不足している。 | | |
| 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。 | 契約書・重要事項説明書の内容は事前に読んでいただき契約日には疑問点等に関してお答えし、事業所のケアの方針や取組・重度化・看取り・医療連携体制等加算に関してまた状態の変化等により契約解除に至るまで家族様と相談し納得得られるように努めています。 | | |
| 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。 | 家族会ででた質問に関して返事が必要な際は電話や一言通信で返事をだすこともあります。出席できなかった家族様には面会時や電話等で連絡をします。意見箱も設置し家族様から忌憚のないご意見をいつでも頂けるようになっていきます。いただいたご意見は職員会議で話し合い反映させている。 | 1ヶ月に1回開催されていた家族会ですが、家族の希望により2ヶ月に1回の開催となっています。家族からの質問に対しては、行政の助成制度などの情報提供を行っています。 | |

| 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。 | 月1回職員会議、ユニット毎のカンファレンスを行いケアに関して話し合い、業務に関してはフロア長を中心に行い意見を言いやすい雰囲気になっている。日頃からコミュニケーションを図り日々出される意見にも耳を傾けている。 | 管理者は月に3回行われる各種会議や日々の業務中などに職員の意見を聞いています。職員からは重度の利用者が増えてきたこともあり、人員を増やして欲しいとの意見が出て居ます。管理者は法人本部と話し合い対応人員を増やしています。 | |
| 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。 | 資格取得に向けては法人内外の研修案内をして支援を行っている。年2回人事考課の際自己評価をし目標や振り返りを行ないまた管理者は個々の努力や実績を把握し、向上心を持って働けるように、また休憩時の工夫やシフト作成等職場環境・条件の整備に努めている。 | | |
| 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。 | 新人職員には法人内の新人6か月研修、また事業所内では6か月に渡り研修計画ツールを使用し継続的に支援・指導(OJT)している。他の職員に関しては経験や力量に応じ毎月、行政・法人内・GH連絡会等の研修案内をアナウンスし参加しやすい環境・シフト調整を行っている。 | | |
| 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。 | 市GH連絡会やブロック会等の研修参加や意見交換会を行っています。グループホーム間での交換研修等で他のホームをみることで参考になったり自ホームの気づきができ質の向上に繋がっています。地域包括主催の勉強会にも参加しネットワーク作りをしています。 | | |
| 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。 | 事前の面談でどのような生活を送られていたのかを自宅へ訪問しご本人様に会って状態を把握し少しでもご本人の思いに向き合い安心していただけるような関係作りに努めています。また直接ホームを見学して数時間でも過ごしていただく場合もあります。 | | |

| 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。 | 家族様の今までのご苦労や今後何を求めているのかそしてこれまでの経緯等事前に十分な話し合いができるようしていますそしてホームをみていただき、どのように皆様が過ごされているかを感じて頂き、ご本人様が過ごしたい所かを見極めて、安心していただける関係作りに努めています。 | | |
| 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。 | 利用者や家族様が今どんなことに困っており、どのようなことを望んでおられるのかを見極め、グループホームの選択がベストか等見極め、支援していくよう努めています。地域包括をご案内したり地域の包括に相談し対応が間違っていなかったか等の確認・相談を行っている。 | | |
| 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。 | まずご家族様が今一番困っていることや望まれていること等話をゆっくりにお聞きし事業所としてどのような支援ができるか事前に話し合い、またご本人が少しでも不安がなく安心できるような関係作りに努めています。 | | |
| 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。 | 利用者の様子や職員の思いは毎月送る一言通信で伝えていきます。また日常生活での出来事や様子は面会時・家族会・電話等機会があるごとにお伝えし家族様と職員がご利用者様に対して同じ思いになり本人を支えてい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。 | 娘・息子・孫家族等が家にいた時と同じ頻度でご本人に会いにきたり、定期的に面会をされ、おやつを持参して一緒に召し上がったり継続的な交流ができています。馴染みの場所への関係は現状はできていません。 | 家族との絆を大切にできるよう、家族会を頻繁に開いたり、訪問時には色々な話を聞いています。また開所以来8年経過しており、生け花ボランティアや歯科衛生士、シニアセラピーの方々との新しい馴染みの関係が育ってきています。 | |

| 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。 | 利用者同士が、季節の壁画作り等協同して作品を作りあげたり、また皆で達成感を感じたりの関わりがもて支え合えるような支援をするように努めています。利用者個々の状態や性格等職員同士で情報の共有をし支援に努めています。 | | | |
| 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。 | 契約が終了した方への訪問、またこちらから訪問する対象者がいません・・・が家族様とは手紙や電話のやりとりをしています。親戚や家族の介護の相談等があればその支援にも努めています。 | | | |
| 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。 | 日常会話や世間話の中からご本人の思いを汲み取るように努めています。また困難な場合は顔の表情等（笑顔、悲しい顔、つらい顔）を見落とさないように努めています。ご本人の思いや希望はケアプランに繋げ定期的に職員間で話し合いをしています | 利用者が嫌がる事は話題にしない様に気を付けながら思いの把握に努めています。「選挙に行きたい」との希望の利用者には、家族と協力して投票に行っています。また重度化に伴い言葉を発することが少ない利用者には、顔の表情や家族の情報を下に思いを把握しています。 | | |
| 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。 | 生活歴や馴染みの暮らし方は利用者のこれからの暮らしをひもとく大切なことなので面接時や暮らしが始まってからも丁寧に働きかけをして情報を得られるよう取り組みを継続しています。触れてほしくない時代がある利用者もおりますが今後のケアに活かす目的とご理解をいただいている。 | | | |
| 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。 | できることが徐々にできなくなってきた方が多くなり、利用者一人ひとりのその日の状態を把握し、できること等行動や動作で感じ取りながら現状の把握に努めています。夕方には状態を確認し申し送りをしたり記録をするようにしています。 | | | |

| 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。 | 訪問診療の医師からは医療面での注意意見を聞いています。最近では歯科医師・衛生士さんと食事形態等のアセスメントと一緒に食事を確認を行っている。ご家族には面会時や意向確認時等には話をして思いを聞ける雰囲気を作っています。カンファ・モニタリングは毎月実施している。 | 毎月行われるカンファレンスやモニタリングを通して利用者の状態を職員全員で共有しています。共有された情報は医師や歯科医師、訪問看護師とも共有し、それぞれの注意事項などが加えられ利用者にとってより良い新たな介護計画が作成されています。 | |
| 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。 | 様子や会話・特記等は生活記録に記録。また大きなエピソードは申し送りノートで職員間の情報共有をしている。介護計画の実践はナンバーリングをし記録をしています。実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。また食事形態、排泄対応等表を作成しています。 | | |
| 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。 | ご家族様の状況や要望により緊急外出や面会は臨機応変に対応しています。緊急訪問時でも利用者様と一緒に食事を楽しんでいただけるように昼食の提供などの声かけをしています。また一緒に食事をされています。 | | |
| 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。 | 運営推進会議の委員さんとも馴染みの関係ができて、民生委員さんや自治会の役員さん地域包括のケアマネさんから地域での行事・ボランティアさんの情報の提供等の意見交換の場があります。介護保険また介護保険以外の情報等も家族様にお伝えする支援をしています。 | | |
| 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。 | 必要時には、かかりつけ医の訪問日時の情報をご家族に伝え医師とご家族との間に入り連携をとるようにしています。基本的に受診は家族対応となっていますが職員と一緒に同行しています。また家族対応が不可能な時には職員が対応するよう支援しています。 | 家族の同意を得て全員がホームの協力医をかかりつけ医としています。眼科や皮膚科外来には職員の同行もあり、経過を通院報告書に記録しています。かかりつけ医は月2回の訪問で、訪問看護師は毎週の訪問しています。看護師は利用者とは各医療関係の仲立ちをしています。 | |

| 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。 | 訪問看護ステーションとの契約により看護師とは利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果等、連携看護師との記録に記入して連携をとっています。また協力医療機関の看護師とも連携がとれ利用者が適切な受診や看護が受けられるように支援している。 | | |
| 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。 | 入退院時には病院関係者との話し合いに同席、入院目的・期間を聞き早期退院できるように話し合いをしています。また介護サマリーや利用者の支援方法や特徴を提供しています。定期的な病床訪問も行い病状を把握し、家族様とも病状の情報交換をし退院支援に繋がっています。 | | |
| 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・家族会等で話し合いの場を作っています。事業所のできることで、ご家族の思いを常に話題にしています。利用者の状態によりご家族・事業所・医師と話し合い、随時意思を確認しながら取り組んでいます。 | 看取りの経験があります。病院から療養看護部長を招いた研修では、職員の精神的安定が得られています。入居時には看取りの基本方針を説明して家族の署名を受けています。重度化の時は医師と家族とホームの話し合いから重度化の同意書を作成しています。 | |
| 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。 | 事業所内には緊急時対応マニュアルが貼つてある。また応急手当等の初期対応の訓練は消防署の研修を毎年受け、事業所内での伝達研修を行っています。更に「既往歴表」を作成し緊急対応がスムーズにいくような工夫を行っている。 | | |
| 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。 | マニュアルを作成し、利用者・地域住民と避難訓練を行っています。消火器、避難経路等は法定設備点検、消防署からの指導を受けています。避難訓練の際には他事業所や消防署に立ち会っていただきその後の意見交換会で意見をいただき改善に繋がっている。 | 火災時の、「活動チェックシート」から活動ポイントとその流れを確認し、非常災害時の対応には「避難目標時間を把握する」チェックシートを作成しています。自主防災訓練には夜間を想定し、利用者のほか、近隣ホームの職員と管理者も加えた訓練を実施しています。 | 既存の離接対応マニュアルと非常持ち出しマニュアルの一本化を行い、緊急持ち出しマニュアルに再編されることが期待されます。また常用薬などを非常時持ち出し品に加えるなどの見直しも期待されます。 |

| 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。 | 日常的に職員同士の会話を利用者の前で大きな声で話したり、義歯装着、食事時のエプロン装着等に配慮。また気がついた時は都度管理者や職員同士注意しあっています。事務所の中には「利用者様に対するタブー例」を貼って言葉かけや対応に注意している。 | プライバシーの確保には会話時の声の大きさと発声する単語に職員は注意しています。15のタブー事例表（26年法人作成）を事務所に掲げて全員で注意を促しています。さらに支援を画一的にしないことや介助場所を考えて行動することも申し合わせています。 | |
| 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。 | 日常生活の中で小さなことでも自己決定できる場面を作っています。食事時等は醤油ソース・ドレッシング・マヨネーズ等調味料を選んでもらえるような環境を整備。一人ひとりの状態に合わせて曖昧な声かけでなく選びやすく答えやすいように気をつけている。 | | |
| 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し、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。 | 食事時間がゆっくりの方など一人一人のペースに合わせた生活リズムを大切にしています。基本的な1日の流れはありますが、見たいテレビの関係で体操を午後にしたり、また休息場面等利用者のサインや体調変化等を把握し個別に対応しています。 | | |
| 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。 | 毛染めやパーマの希望時には訪問美容等が利用できるよう日時の調整を行っています化粧品購入の希望時は、居室担当が購入したりの支援をしている。マニキュアを塗りたいとの希望があった際はおしゃれができるように支援しています。 | | |
| 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。 | 献立記入・片付け等をしています。食器拭きは水切りカゴを一人に一つ用意し座ったまま食器拭きをしています。食事介助の際ミキサー食であっても献立が何かがわかるように声をかけながら介助をしています。 | 重度の方が多い現在、しっかりと食事を摂ることに支援が移っています。歯科衛生士などの話し合いから、少しでも永くとの思いから普通食を続けています。おかゆに変えた時には、一般おかゆ食とミキサーにかけたおかゆ食の2種類に工夫調理し、支援しています。 | |

| 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。 | 食事量・水分量はチェック表をつけ把握している。食事形態はミキサー・スライス状等、歯科医師・かかりつけ医師の指示を仰ぎながら、また職員は食事形態の研修に何度も参加し、摂食・嚥下の低下がみられる利用者一人ひとりの状態に応じた支援をしている。 | | |
| 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に、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。 | 口腔ケアの重要性を職員は認識し研修に参加しています。歯科医・歯科衛生士と連携をとりながら、利用者の状態によって口腔ガーゼ・スポンジ・舌苔ブラシを使用し口腔ケアを行っています | | |
| 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。 | 排泄記録をつけ排泄のパターンを把握し、定時誘導またはサインを見逃さないようにしてトイレでの自立した排泄ができるように支援しています。紙パンツやパット類を使用しても定時誘導等を行ないトイレでの排泄ができるように支援しています。 | トイレでの排泄を支援の基本としています。トイレで排泄してもらう時、腹圧が無い人には、これから排泄するという意識を持たせることを2回ほど繰り返して排泄に繋げています。座位を永く保持できない人には、排泄チェック表からの的確時間を読み誘導しています。 | |
| 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。 | 排泄記録をつけ、排泄状況・パターンの把握をし、排泄サインを見逃さず不穏回避に努めています。牛乳やヨーグルト等取り入れ、また体を動かし体操をし、便秘の予防に取り組んでいます立位困難な方もなるべくトイレでの排便ができるよう支援しています。 | | |
| 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。 | 希望がある際はいつでも入浴できるように毎日準備をしています。また希望のない方は入浴表を参考にして間隔を空けず入浴をしていただけるように入浴の支援をしています。入浴が理解できない方は職員を交代したり工夫をしながら支援しています | 重度の方が多くなるにつれ、入浴の安全に一層配慮しています。車椅子の利用法について、リハビリセンターへ相談し、より安全な入浴法を理学療法士や作業療法士から直に助言を受けて実施しています。全介助には2名で対応し、リフトも有効に利用しています。 | |

| 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。 | ご本人の希望により寝具は薄めの物・厚めの物等好みを把握して安眠に繋げています。また日中の活動・レクの働きかけを行い夜間安眠できるよう支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。 | 薬の情報は、薬剤師・往診記録等で情報の共有をしています。薬情報は常にみられるように生活記録にファイルし副作用等の把握ができるようにしています。服薬時にはダブルチェックのマニュアルで実施しています。 | | |
| 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。 | 他の利用者が拭いた食器をまとめて一手に引き受け食器棚に収納できる方にはゆっくりと利用者のペースで役割をもっていただけるように支援しています。毎日のお茶の時間にはおやつによって飲み物を決めてもらう、またお祝いのケーキや和菓子を選び誕生日を楽しむように支援しています。 | | |
| 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。 | 重度になられた方が増えてきている為外出等が減っています。日常的には実施できませんが季節毎に花見や祭り近隣には車椅子で戸外に出る機会を作っています。ご本人の希望があり毎月家族様の協力を得ながら外食に出かけられるように支援している。 | 重度の方が多いため、日常外出は少なくなっています。利用者の体調を見極めながら五感刺激の外気浴でテラスに出たり、玄関脇でのお茶飲みや日光浴をできる限り支援しています。四季の計画外出では、地域との関係を保ちながら、近隣へ出向いています。 | |
| 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。 | 重度になられた方が増えあまり外出の機会もなくお金を使える場面がありません。 | | |

| 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。 | 利用者から家族を心配する言葉を聞いた際等は職員から「電話をかけてみますか」等の声かけをしている。手紙が届いた際はご本人に手渡した手紙を書いた際は代わりに投函する支援をしています。また利用者がご家族に一言通信のコメント書けるように支援しています。 | | |
| 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。 | 利用者と一緒に壁画を作成したり、飾り付けをして季節を感じていただけるように支援しています。また浴室・トイレの場所も分かりやすく工夫をしています。夏には懐かしさを感じていただけるようにすだれを使用しています。 | ホーム全体がほぼ無臭であり、清潔保持には十分な注意をしています。トイレの失敗ではさりげなく、すばやく片付けています。廃棄物をビニール袋に入れて固く結び、再処理をしています。安全管理面から動線通路などには余分な物を置いていません。 | |
| 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。 | 玄関の外には椅子とテーブルのセットを置いています。陽気の良い時には外でお茶を飲んだり外気浴をしたりする工夫をしています。ソファや玄関にも椅子を置き好きな時に座れるような環境作りをしている。 | | |
| 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。 | ご本人の思いのある品をひとつは持ってきていただけるようまた混乱されてしまう方は御家族様とも相談しながら居室作りをしています。ご自分でできる方は自由に部屋作りをし居心地良く過ごしていただけるように支援しています。 | ホームの設備はベッドやカーテン、エアコンに洋箆筒があります。居室内での転倒防止が最大のテーマです。各部屋にはクッションマットを敷き詰めたり、家具の角などにはクッション材を貼ったりして、万一の転倒時の衝撃緩和に備えています。 | |
| 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。 | ご本人の部屋には表札をつけ、トイレや浴室の表示をして場所がわかるようにしています。居間の椅子には一人ひとりの座布団を敷きご自分の場所がわかるようにまた夜間歩行困難な方が危険のないように歩行できるように動線の工夫をしています。 | | |

| | |
|-------|--------------|
| 事業所名 | みんなの家 横浜いずみ野 |
| ユニット名 | 2Fユニット |

| 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、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30, 31) | ○ | 1, ほぼ全ての利用者が |
| | | | 2, 利用者の2/3くらいが |
| | | | 3. 利用者の1/3くらいが |
| | | | 4. ほとんどいない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (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近づけている。 | 玄関やスタッフルームに貼っている。地域密着型サービスの意義を職員皆で認識しました。新入職員にはオリエンテーションの中で説明をしている。カンファレンスや職員会議では理念を把握し具体的な支援に繋げ方向性の統一を図っている。 | | |
| 2 | 2 | ○事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。 | 子ども会のリサイクル活動の参加は継続されている。夏祭りにはホームの玄関先をこども神輿の休憩所として利用していただき、その際子供達におみやげを手渡したりして子供達との交流の場を作っています。夏祭りの際知り合った地域住民の方が自ら訪問してくださり交流が広がっている。 | | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている。 | 地域のマンション住人で構成されている高齢者グループの方・ボランティアの方に多く事業所に訪問していただいています。看護学生の実習生の受け入れも積極的に行っています。その際認知症高齢者の方の理解や関わり・取り組み等を伝えています。 | | |
| 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。 | 事業所の現状・具体的な取組について報告をしています。現状をよく理解していただき、利用者様がどう地域と関わっていけるか等助言をいただいたりしています。地域の情報を提供していただき事業所との橋渡しをしています。 | | |
| 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。 | 消防署にもGHの現状を伝え避難のアドバイスをいただいたり日頃より顔の見える関係が築けるようにしています。地域包括には毎月訪問し、主任ケアマネとはいつでも相談できる関係を作り、困難ケースの相談をしている。保護課・高齢支援課にもGHの現状等を伝えています。 | | |

| 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。 | 家族様の希望もあり防犯のため玄関のみ施錠しています。日頃から玄関先や庭に出る機会を作り外に出ています。また希望時にはいつでも出られるようにしています。身体拘束廃止委員会を設置し、会議で「これって拘束？」の議題で話し合いをして身体拘束をしないケアに取り組んでいます。 | | |
| 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。 | 事業所では身体拘束・虐待ともに会議で話し合っている。また外傷確認表を記入し、全身の傷や異変の早期発見をして見過ごされることがないように努めています。「利用者様のタブー例」を貼り気がついた時点で職員皆で声を掛け合っ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。 | 青年後見制度を利用している入居者様もいます。包括支援センターでの勉強会に参加したり、必要な時には情報提供をして支援しています。職員に関しては機会があるごとに説明を行っているが日常生活自立支援事業に関しての学びは不足している。 | | |
| 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。 | 契約書・重要事項説明書の内容は事前に読んでいただき契約日には疑問点等に関してお答えし、事業所のケアの方針や取組・重度化・看取り・医療連携体制等加算に関してまた状態の変化等により契約解除に至るまで家族様と相談し納得得られるように努めています。 | | |
| 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。 | 家族会ででた質問に関して返事が必要な際は電話や一言通信で返事をだすこともあります。出席できなかった家族様には面会時や電話等で連絡をします。意見箱も設置し家族様から忌憚のないご意見をいつでも頂けるようになっています。いただいたご意見は職員会議で話し合い反映させている。 | | |

| 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 |
| 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。 | 月1回職員会議、ユニット毎のカンファレンスを行いケアに関して話し合い、業務に関してはフロア長を中心に行い意見を言いやすい雰囲気になっている。日頃からコミュニケーションを図り日々出される意見にも耳を傾けている。 | | |
| 12 | | ○就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている。 | 資格取得に向けては法人内外の研修案内をして支援を行っている。年2回人事考課の際自己評価をし目標や振り返りを行ないまた管理者は個々の努力や実績を把握し、向上心を持って働けるように、また休憩時の工夫やシフト作成等職場環境・条件の整備に努めている。 | | |
| 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。 | 新人職員には法人内の新人6か月研修、また事業所内では6か月に渡り研修計画ツールを使用し継続的に支援・指導(OJT)している。他の職員に関しては経験や力量に応じ毎月、行政・法人内・GH連絡会等の研修案内をアナウンスし参加しやすい環境・シフト調整を行っている。 | | |
| 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。 | 市GH連絡会やブロック会等の研修参加や意見交換会を行っています。グループホーム間での交換研修等で他のホームをみることで参考になったり自ホームの気づきができ質の向上に繋がっています。地域包括主催の勉強会にも参加しネットワーク作りをしています。 | | |
| 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。 | 事前の面談でどのような生活を送られていたのかを自宅へ訪問しご本人様に会って状態を把握し少しでもご本人の思いに向き合い安心していただけるような関係作りに努めています。また直接ホームを見学して数時間でも過ごしていただく場合もあります。 | | |

| 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。 | 家族様の今までのご苦労や今後何を求めているのかそしてこれまでの経緯等事前に十分な話し合いができるようしていますそしてホームをみていただき、どのように皆様が過ごされているかを感じて頂き、ご本人様が過ごしたい所かを見極めて、安心していただける関係作りに努めています。 | | |
| 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。 | 利用者や家族様が今どんなことに困っており、どのようなことを望んでおられるのかを見極め、グループホームの選択がベストか等見極め、支援していくよう努めています。地域包括をご案内したり地域の包括に相談し対応が間違っていなかったか等の確認・相談を行っている。 | | |
| 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。 | まずご家族様が今一番困っていることや望まれていること等話をゆっくりとお聞きし事業所としてどのような支援ができるか事前に話し合い、またご本人が少しでも不安がなく安心できるような関係作りに努めています。 | | |
| 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。 | 利用者の様子や職員の思いは毎月送る一言通信で伝えています。。また日常生活での出来事や様子は面会時・家族会・電話等機会があるごとにお伝えし家族様と職員がご利用者様に対して同じ思いになり本人を支えてい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。 | 娘・息子・孫家族等が家にいた時と同じ頻度でご本人に会いにきたり、定期的に面会をされ、おやつを持参して一緒に召し上がったり継続的な交流ができています。馴染みの場所への関係は現状はできていません。 | | |

| 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。 | 利用者同士が、季節の壁画作り等協同して作品を作りあげたり、また皆で達成感を感じたりの関わりがもて支え合えるような支援をするように努めています。利用者個々の状態や性格等職員同士で情報の共有をし支援に努めています。 | | |
| 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。 | 契約が終了した方への訪問、またこちらから訪問する対象者がいません・・・が家族様とは手紙や電話のやりとりをしています。親戚や家族の介護の相談等があればその支援にも努めています。 | | |
| 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。 | 日常会話や世間話の中らご本人の思いを汲み取るように努めています。また困難な場合は顔の表情等（笑顔、悲しい顔、つらい顔）を見落とさないように努めています。ご本人の思いや希望はケアプランに繋げ定期的に職員間で話し合いをしています | | |
| 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。 | 生活歴や馴染みの暮らし方は利用者のこれからの暮らしをひもとく大切なことなので面接時や暮らしが始まってからも丁寧に働きかけをして情報を得られるよう取り組みを継続しています。触れてほしくない時代がある利用者もおりますが今後のケアに活かす目的とご理解をいただいている。 | | |
| 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。 | できることが徐々にできなくなってきた方が多くなり、利用者一人ひとりのその日の状態を把握し、できること等行動や動作で感じ取りながら現状の把握に努めています。夕方には状態を確認し申し送りをしたり記録をするようにしています。 | | |

| 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。 | 訪問診療の医師からは医療面での注意意見を聞いています。最近では歯科医師・衛生士さんと食事形態等のアセスメント一緒に行かない食事形態の確認を行っている。ご家族には面会時や意向確認時等には話をして思いを聞ける雰囲気を作っています。カンファ・モニタリングは毎月実施している。 | | |
| 27 | | ○個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている。 | 様子や会話・特記等は生活記録に記録。また大きなエピソードは申し送りノートで職員間の情報共有をしている。介護計画の実践はナンバーリングをし記録をしています。実践した結果の記録がまだ十分ではなく課題です。また食事形態、排泄対応等表を作成しています。 | | |
| 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。 | ご家族様の状況や要望により緊急外出や面会には臨機応変に対応しています。緊急訪問時でも利用者様と一緒に食事を楽しんでいただけるように昼食の提供などの声かけをしています。また一緒に食事をされています。 | | |
| 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。 | 運営推進会議の委員さんとも馴染みの関係ができて、民生委員さんや自治会の役員さん地域包括のケアマネさんから地域での行事・ボランティアさんの情報の提供等の意見交換の場があります。介護保険また介護保険以外の情報等も家族様にお伝えする支援をしています。 | | |
| 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。 | 必要時には、かかりつけ医の訪問日時の情報をご家族に伝え医師とご家族との間に入り連携をとるようにしています。基本的に受診は家族対応となっていますが職員と一緒に同行しています。また家族対応が不可能な時には職員が対応するよう支援しています。 | | |

| 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。 | 訪問看護ステーションとの契約により看護師とは利用者の変化・訪問診療の結果・受診検査結果等、連携看護師との記録に記入して連携をとっています。また協力医療機関の看護師とも連携がとれ利用者が適切な受診や看護が受けられるように支援している。 | | |
| 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。 | 入退院時には病院関係者との話し合いに同席、入院目的・期間を聞き早期退院できるように話し合いをしています。また介護サマリーや利用者の支援方法や特徴を提供しています。定期的な病床訪問も行い病状を把握し、家族様とも病状の情報交換をし退院支援に繋がっています。 | | |
| 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・家族会等で話し合いの場を作っています。事業所のできることを、ご家族の思いを常に話題にしています。利用者の状態によりご家族・事業所・医師と話し合い、随時意思を確認しながら取り組んでいます。 | | |
| 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。 | 事業所内には緊急時対応マニュアルが貼ってある。また応急手当等の初期対応の訓練は消防署の研修を毎年受け、事業所内での伝達研修を行っています。更に「既往歴表」を作成し緊急対応がスムーズにいくような工夫を行っている。 | | |
| 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。 | マニュアルを作成し、利用者・地域住民と避難訓練を行っています。消火器、避難経路等は法定設備点検、消防署からの指導を受けています。避難訓練の際には他事業所や消防署に立ち会っていただきその後の意見交換会で意見をいただき改善に繋がっている。 | | |

| 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 |
| 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。 | 日常的に職員同士の会話を利用者の前で大きな声で話したり、義歯装着、食事時のエプロン装着等に配慮。また気がついた時は都度管理者や職員同士注意しあっています。事務所の中には「利用者様に対するタブー例」を貼って言葉かけや対応に注意している。 | | |
| 37 | | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている。 | 日常生活の中で小さなことでも自己決定できる場面を作っています。食事時等は醤油ソース・ドレッシング・マヨネーズ等調味料を選んでもらえるような環境を整備。一人ひとりの状態に合わせて曖昧な声かけでなく選びやすく答えやすいように気をつけている。 | | |
| 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。 | 食事時間がゆっくりの方など一人一人のペースに合わせた生活リズムを大切にしています。基本的な1日の流れはありますが、見たいテレビの関係で体操を午後にしたり、また休息場面等利用者のサインや体調変化等を把握し個別に対応しています。 | | |
| 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。 | 毛染めやパーマの希望時には訪問美容等が利用できるよう日時の調整を行っています化粧品購入の希望時は、居室担当が購入したりの支援をしている。マニキュアを塗りたいとの希望があった際はおしゃれができるように支援しています。 | | |
| 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。 | 献立記入・片付け等をしています。食器拭きは水切りカゴを一人に一つ用意し座ったまま食器拭きをしています。食事介助の際ミキサー食であっても献立が何かがわかるように声をかけながら介助をしています。 | | |

| 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。 | 食事量・水分量はチェック表をつけ把握している。食事形態はミキサー・スライス状等、歯科医師・かかりつけ医師の指示を仰ぎながら、また職員は食事形態の研修に何度も参加し、摂食・嚥下の低下がみられる利用者一人ひとりの状態に応じた支援をしている。 | | |
| 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に、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。 | 口腔ケアの重要性を職員は認識し研修に参加しています。歯科医・歯科衛生士と連携をとりながら、利用者の状態によって口腔ガーゼ・スポンジ・舌苔ブラシを使用し口腔ケアを行っています | | |
| 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。 | 排泄記録をつけ排泄のパターンを把握し、定時誘導またはサインを見逃さないようにしてトイレでの自立した排泄ができるように支援しています。紙パンツやパット類を使用しているも定時誘導等を行ないトイレでの排泄ができるように支援しています。 | | |
| 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。 | 排泄記録をつけ、排泄状況・パターンの把握をし、排泄サインを見逃さず不穏回避に努めています。牛乳やヨーグルト等取り入れ、また体を動かし体操をし、便秘の予防に取り組んでいます立位困難な方もなるべくトイレでの排便ができるよう支援しています。 | | |
| 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むように、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。 | 希望がある際はいつでも入浴できるように毎日準備をしています。また希望のない方は入浴表を参考にして間隔を空けず入浴をしていただけるように入浴の支援をしています。入浴が理解できない方は職員を交代したり工夫をしながら支援しています | | |

| 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。 | ご本人の希望により寝具は薄めの物・厚めの物等好みを把握して安眠に繋げています。また日中の活動・レクの働きかけを行い夜間安眠できるよう支援している。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている。 | 薬の情報は、薬剤師・往診記録等で情報の共有をしています。薬情報は常にみられるように生活記録にファイルし副作用等の把握ができるようにしています。服薬時にはダブルチェックのマニュアルで実施しています。 | | |
| 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。 | 他の利用者が拭いた食器をまとめて一手に引き受け食器棚に収納できる方にはゆっくりと利用者のペースで役割をもつていただけるように支援しています。毎日のお茶の時間にはおやつによって飲み物を決めてもらう、またお祝いのケーキや和菓子を選び誕生日を楽しむように支援しています。 | | |
| 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。 | 重度になられた方が増えてきている為外出等が減っています。日常的には実施できませんが季節毎に花見や祭り近隣には車椅子で戸外に出る機会を作っています。ご本人の希望があり毎月家族様の協力を得ながら外出に出かけられるように支援している。 | | |
| 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。 | 重度になられた方が増えあまり外出の機会もなくお金を使える場面がありません。 | | |

| 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。 | 利用者から家族を心配する言葉を聞いた際等は職員から「電話をかけてみますか」等の声かけをしている。手紙が届いた際はご本人に手渡しまた手紙を書いた際は代わりに投函する支援をしています。また利用者がご家族に一言通信のコメント書けるように支援しています。 | | |
| 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。 | 利用者と一緒に壁画を作成したり、飾り付けをして季節を感じていただけるように支援しています。また浴室・トイレの場所も分かりやすく工夫をしています。夏には懐かしさを感じていただけるようにすだれを使用しています。 | | |
| 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。 | 玄関の外には椅子とテーブルのセットを置いています。陽気の良い時には外でお茶を飲んだり外気浴をしたりする工夫をしています。ソファや玄関にも椅子を置き好きな時に座れるような環境作りをしている。 | | |
| 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。 | ご本人の思いのある品をひとつは持ってきていただけるようまた混乱されてしまう方は御家族様とも相談しながら居室作りをしています。ご自分でできる方は自由に部屋作りをし居心地良く過ごしていただけるように支援しています。 | | |
| 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。 | ご本人の部屋には表札をつけ、トイレや浴室の表示をして場所がわかるようにしています。居間の椅子には一人ひとりの座布団を敷きご自分の場所がわかるようにまた夜間歩行困難な方が危険のないように歩行できるように動線の工夫をしています。 | | |

平成26年度

目標達成計画

事業所名 グループホームみんなの家 横浜いずみ野

作成日： 平成27年3月20日

| 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 | 35 | 既存の離設対応マニュアルと非常持ち出しファイルが別々になっており、合理的ではないのでは・・・特に気持ちに余裕のない時なのでまちがえるリスクも高いのではないか。 | 離設対応ファイル、非常時（急変）ファイルを一体化し、「緊急持ち出しマニュアル」にファイルする。 | 利用者様の情報収集 写真（顔・全身）の整備 フォーマット作成 | 3ヶ月 |
| 2 | 35 | 非常時の備品は整備してあるが、常備薬が入っておらず、非常時用の薬が必要なのではないか。 | 本部、家族、病院、薬局等に話しをし、検討、連携をとり、非常時用の薬の整備を行う。 | 本部、家族、病院、薬局等と連携をとる。 すぐには改善、変更はむずかしいが少しずつ取り組む。 | 6ヶ月 ～12ヶ月 |
| 3 | | | | | ヶ月 |
| 4 | | | | | ヶ月 |
| 5 | | | | | ヶ月 |