

### 1 自己評価及び外部評価結果

**【事業所概要(事業所記入)】**

|         |                           |            |             |
|---------|---------------------------|------------|-------------|
| 事業所番号   | 2376600405                |            |             |
| 法人名     | 愛知県厚生農業協同組合連合会            |            |             |
| 事業所名    | JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム さざなみ |            |             |
| 所在地     | 愛知県田原市田原町築出35番地1          |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年 1月 5日               | 評価結果市町村受理日 | 平成23年 5月17日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.aichi-fukushi.or.jp/kai/gokouhyou/index.html">http://www.aichi-fukushi.or.jp/kai/gokouhyou/index.html</a> |
|----------|---|

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

|       |                             |  |  |
|-------|-----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター   |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市長区左京山104番地 加福ビル左京山1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年 2月 2日                 |  |  |

**【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】**

ご家族や地域の方、ボランティアの方に育てられ、開設10年が経過しています。ご本人・ご家族の意向や希望に沿った生活支援を中心に、地域交流の拡充、社会資源としての貢献が実現できるよう、これまで取り組んできた様々な活動を継続しています。心身共に活気に満ちた生活が送れるよう、現在の入居者様にふさわしい形の支援を、少しずつ確実に実践しています。  
 児童センターとの交流では、数年間かけて段階を踏み、気軽に訪問していただける体制を整え、「おばあちゃんと一緒に」と称した新しい取り組みが始まりました。早朝の朝市支援は、民生委員のメンバー変更があっても継続して受けられるように調整ができています。ゆっくりとした時間の流れの中にも、メリハリのある生活を心掛け、尊厳のある暮らしを大切にしています。

**【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】**

管理者、職員をはじめホームに係わる多くの人たちの努力が、ホームを一步一步完成の域に近づけている。特に地域との交流では、かつては地域に頼ったりお願いしてもなかなか解決の道筋が見えなかったことが、運営推進会議の効用もあって、様々な人たちの力添えで解決している。皆でホームを地域の社会資源として育てていこうとの熱い思いも見て取れる。関係されている行政、民生委員、中部市民館、地域包括支援センターの職員等々の尽力には、ただただ感謝。  
 上記のような周囲の援助を得て、利用者の思いや意向を取り入れた介護計画が作成され、実行へと移されている。利用者の希望する場所を訪問する「希望が叶う日」(誕生日)の取り組みも継続されている。当然のことではあるが、家族の積極的な協力があることも付け加えておく。

**V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します**

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 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)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらい<br>3. 利用者の1/3くらい<br>4. ほとんど掴んでいない | 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る<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者や職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                | 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:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 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が拡がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 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)  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない  |   |  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|--------------------|-----|---|--|---|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |   |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 地域と連携する内容の理念をつくり、採用時には全職員に教育を行い、職員休憩室等に掲げている。<br>職員としての心構え等を記載した「マイルストーン」を職員個々が携行し、常に確認・意識できるようにしている。                          | 「マイルストーン」をはじめISO9001の取り組みを通して、理念が方針から目標へと展開されている。                                       |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 日々の買い物には地域の商店街やスーパー・朝市を利用し、馴染みの関係ができあがっている。近隣で催される市のイベント等へ積極的に出掛けている他、市民館へ訪問することで地域の人々と交流し、市民の一員としての理解を深めている。                  | 積極的に地域に出ており、地域を対象とした認知症サポーター養成講座の開講等、地域への貢献度も高い。管理者は、地域福祉の拠点としての立場・役割を十分に自覚している。        |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 認知症の人の家族やその周囲の人や各団体(老人会・民生委員)に対して、キャラバンメイトである職員が認知症サポーター養成講座を開催し、認知症理解への啓蒙活動を行っている。  |   |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 外部評価、行事、取り組みについての報告等を行い、助言や意見を頂く機会とし、サービス向上に繋げている。実現が困難な案件は、地域包括支援センター等と協力して市に働きかけを継続している。                                     | 幅広い階層からメンバーを選び、ホーム関係者の出席も多い。「児童センターとの交流」等、かつては高いハードルとされていたことも、運営推進会議が機能することでクリアした経緯がある。 |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる  | 運営推進会議では、積極的にホームの実情を伝えている。入退居の報告、地域交流の進捗状況の報告、事故報告等を行うことで、日頃から連絡を密に取り、協力を得ている。継続している児童センターとの交流についても、新しい取り組みがスムーズになるよう、協力を得ている。 | 市の担当者は、運営推進会議へも毎回出席があり、ホームの実情を把握している。ホームからの相談や質問にも適切な回答がある。                             |                   |
| 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 | 言動についても抑制せず自由な行動をして頂く事を職員全員で心掛け、身体拘束しないケアを実践している。エレベーターのみ暗証番号を必要としているが、入居者の安全の確保のためであり、家族に理解を得ている。                             | 身体の拘束だけでなく、言葉による拘束についても意識的に取り組んでいる。職員は、若手、中堅、ベテランと、バランス良く配置されているが、皆適切、穏やかな話しぶりである。      |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃されることがないように注意を払い、防止に努めている                                      | 「虐待」の内容は多岐に渡っていることを認識し、言葉かけ一つにも尊厳ある対応に留意し、心身の虐待が起こることがないように努めている。  |   |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |  |
|----|-----|--|---|---|--|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 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    | 県GH協主催の研修会に参加し、日常生活支援事業や成年後見制度について学び、家族等より相談を受けた際には適切な窓口を紹介できるよう支援している。また、地域包括支援センター職員の助言をもらえる環境にある。                            |   |  |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 申し込み時にはホーム内の見学と、利用に際しての説明をしている。利用契約書、重要事項説明書、ホームの方針、緊急時の対応、金銭管理規定、個人情報の取り扱いについて書面で説明、不安、不明な点をその都度聞き、納得の上、同意を得ている。               |   |  |
| 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ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 日々の面会の中で普段の生活情報を伝え、家族との信頼関係を築き、家族の要望や心情をくみ取り運営への反映に努めている。ご意見箱の設置、家族アンケートを実施し、率直な意見を表出できる機会を作っている。また、運営推進会議にて家族からの意見を聞く場をも設けている。 | 家族アンケートの回答は、今回も非の打ちどころがない高評価であった。回答数も増えている。家族に呼びかけて運営推進会議とホームイベント(餅つき会)を併催した時には、多くの家族が参加した。 | 家族が参加できる様々な企画、イベントを用意し、家族同士が意見を交換したり、悩みを打ち明け合ったりすることができる環境づくりを工夫してほしい。 |
| 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                                      | 年2回の上司との面接、勉強会、カンファレンスの場を活用し意見を聞く機会を設けている。また、行事や取り組み等の企画立案を自由させ、運営に反映させている。   | 管理者との個人面談(年2回の目標面接等)時に、職員の意見を聞き出し、できるものは実行に移している。家庭的な理由から、「勤務形態の変更」の申し出があり、実現した。            |  |
| 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      | ホームの運営に伴う係りを各職員に任せ、やりがいと自信に繋がるように配慮し、勤務意欲向上に繋げている。また、取り組みを外部に発表する機会を設けている。  |   |  |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | ホームへ配属の際は認知症の理解・認知症ケアについての教育もなされている。一人ひとりの力量に合った外部の研修会へ参加できるよう計画調整している。また全職員を対象に多角的な内容の勉強会を毎月開催している。                            |   |  |
| 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作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 管理者がGH協会ブロック会議、地域ケア会議、他事業所の運営推進会議等へ参加している。県や市・GH協会主催の研修会に参加する事で、同業者との交流の機会を設け情報交換を行い、サービスの向上に繋げている。                             |   |  |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価  |   |
|----------------------------|-----|--|---|---|---|
|                            |     |  | 実践状況  | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容                                       |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |   |   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 申し込み時にホーム内の見学や説明を実施し、生活の場が変わることへの不安感を軽減できるよう努めている。面接を行う際には話しやすい雰囲気をつくり、趣向の会話、生活歴など伺いながら話を傾聴、信頼関係の構築に努めている。                  |   |   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 申し込み時にホーム内の見学や説明を実施し、生活の場が変わることへの不安感を軽減できるよう努めている。家族の思い、ホームへの要望や希望など話し合う機会を持ち、信頼関係が得られるよう努めている。                             |   |   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 本人の状態やニーズ、家族のニーズを踏まえ、ケアマネ、地域包括支援センター等と連携を図り活用できるサービスを提案し、本人、家族が希望するサービスが利用できるように努めている。また、本人の今までとこれからを継続的に支援できるよう努めている。      |   |   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 常に尊敬の念を持ちつつ寄り添う事で、家族のような関わりを心掛け、生活の知恵や文化・風習などの「おばあちゃんの知恵袋」を教わりながら、日常生活が送れるような関係作りに努めている。                                    |   |   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 年に2回家族との食事会を実施することで、入居者・家族・職員の3者の信頼関係を深めると共に、本人の日常生活・現状を伝えている。家族が気軽に支援内容についての相談ができるよう、関係作りに努めている。家族の面会や運営推進会議や行事への参加が増えている。 |   |   |
| 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よう、支援に努めている                     | 個別の外出にて行きつけの美容院、通いなれた商店等の馴染みの場所、初詣や墓参りなどに出掛けるなど、今までの生活の継続を大切にされた支援に努めている。家族や友人との繋がりを大切に、ハガキや電話のやりとりを継続している。                 | 地域の交流スペースである「中部市民館」への訪問を楽しみにしている利用者は多い。特に館長は人気の的で、不在の時は利用者の顔が曇るといふ。 | 健常であった頃の馴染みの関係だけでなく、左欄のようなホーム入居後に新たに培われた関係の継続支援にも期待したい。 |
| 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                 | 入居者同士が関わりを持って生活できるよう、行事の計画や介護計画を作成し支援に努めている。日々の生活の様子を申し送りなどで情報を共有し、メリハリのある生活を送れるよう配慮している。                                   |   |   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価   |  |
|------------------------------------|------|--|--|--|--|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | サービス終了後も本人及び家族からの希望に応じ、ケアの相談やホームへの来訪を歓迎し、不安のないよう支援できる体制を整えている。   |  |  |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |  |  |
| 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   | 生活の中での何気ない一言や行動に潜む思いをくみ取れるよう、担当者を中心に個別の関わりを密にし、コミュニケーションを図っている。誕生日は「希望が叶う日」とし、入居者、家族の希望をふまえた上で、家族の協力の中、実現を継続している。  | 「個別ケア」の推進のため、利用者との日々の係わりの中から思いや意向を聞き取るうとしている。何気ない一言に潜む小さなことでも、情報提供用紙を介して介護計画見直し時のヒントとなる。 |  |
| 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                                       | 入居前の面接時、本人や家族状況や生活歴等の必要な情報を集め、リロケーションダメージの軽減に努めている。入居後は本人・家族の了承を得て、「ライフレビューブック」を作成し、得た情報を介護計画に反映している。              |  |  |
| 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   | 日々の様子を詳細に記録に残し現状把握に努めている。申し送りでは、何気ない一言を本人の希望する支援に繋げるよう努めている。「できる事・できない事評価表」を作成し、ADLや認知症の症状等の現状把握に努めている。            |  |  |
| 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 | 日々のケアの中から本人と家族の思いや意向をくみ取ることができるよう努めている。全職員が情報提供用紙を作成、現状を把握した上でカンファレンスを開催し、介護計画を作成、ケアへ反映している。                       | 「二七市へ行きたい」、「中部市民館の館長とお茶を飲みたい」等々、利用者の具体的な希望が介護計画に盛り込まれるようになった。家族も目標達成のために協力的な姿勢で臨んでいる。    | 「やり残しのない人生」の支援のためには、家族の協力が不可欠。折に触れ、家族にも介護計画作成への積極的な参画を呼び掛けていただきたい。 |
| 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                        | 介護記録表には、日々の様子、ケア内容と対応、入居者の反応等を全職員が記録を残している。申し送りから得られた情報を職員連絡ノート等を活用して共有し、ケアへ反映している。それらを基に定期的、状況に応じ介護計画の見直しを実践している。 |  |  |
| 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               | 本人、家族の希望等をくみ取り、ホームのサービスだけでなく、音楽療法やおやつ講習会、行事やアニマルセラピーなどへ参加している。また、可能性を追求し、新しい事柄にもチャレンジできる機会を設け、楽しみを持てるよう支援している。     |  |  |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価   |                   |
|----|------|---|---|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 |      | ○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                                      | 1回/月ボランティアによる手芸、書道に加え、今年度からはちぎり絵教室を開催している。また新たな取り組みとして児童センターの親子さんに気軽にホームへ遊びに来てもらう日「おばあちゃんと一緒に」を始めた。朝市や市民館への訪問も継続している。                             |  |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 入居時、本人及び家族の希望により主治医の選択ができるような体制が整っている。1回/月協力病院の医師の往診があり、定期的な往診支援と緊急時の受診体制を整えている。これまでのかかりつけ医への受診時には情報提供を行い、円滑で適切な医療を受けることができるよう支援している。             | 提携医への変更は強制していないが、入居前からのかかりつけ医を使っている利用者は一名だけである。その場合でも、通院時は適切な情報提供を行って、円滑な受診ができるよう配慮している。                     |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 日々の様子や変化について細かな事も看護師に相談できる体制が整っており、助言を得ている。また必要であれば医療機関への受診ができるように支援している。また、入居者の心身の変化に気づき対応できるよう、認知症や高齢者に多い疾患等の勉強会を開催している。                        |  |                   |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 医師、病棟看護師、MSW、退院コーディネーターと定期的に情報交換を行い、入退院がスムーズに行えるように努めている。主治医とは1回/月往診時に日々の健康状態を報告し、相談し助言を得ている。   |  |                   |
| 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  | 現在ターミナルケアは行わない方針である。入居契約時に説明の上同意を得ている。日頃から家族と医療機関との連携協力体制づくりに努め、日常的に医療が必要となり終末期への移行の際は、家族へ状況の説明し、ホームの方針をふまえて話し合いを行い、納得の上でサービスを選択して頂けるような体制を整えている。 | 運営母体が地域の大病院であり、ホームと同じ建物内には老健施設やデイサービス、リハビリ施設等々、様々な介護施設が入っている。利用者の重度化に対しては、家族等との話し合いによって、最も適切な施設で支援することとしている。 |                   |
| 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  | 事業所が救急法の勉強会を定期的に開催している。緊急時の対応と連絡についてマニュアルを作成し、シュミレーションも行っている。AEDが設置してあり全員が実践できるように学習している。   |  |                   |
| 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  | 2回/年消防署の協力を得て災害時避難訓練、消火訓練を実施し、緊急連絡網を作成してある。災害時応援を得られるよう、運営推進会議等にて、地域への協力体制の構築に努めている。防火管理者講習を受講し、火災が起きないようにするため、ホームでできる事の周知を図っている。                 | 運営推進会議の中でも、「災害時の地域との協力体制」が盛んに論じられている。火災に関しては地域協力の目途がたっているが、大規模災害時の対応が課題として挙げられている。                           |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |   |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | コンプライアンスに係わる勉強会、個人情報の取り扱いについて周知徹底を図り、尊厳のある対応に心掛けている。居室やトイレの扉は閉める、呼称は「さん」付けにする等、自尊心やプライバシーへの細かい配慮に努めている。  | コンプライアンス委員会が設置されて機能している。毎年、訪問調査で様々な職員の支援風景を見せてもらうが、利用者への呼びかけや言葉遣い、気配り等が適切で、教育の浸透が見てとれる。           |                   |
| 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                     | なにげない会話の中から希望をくみ取り、可能性を探りながら、場合によっては「YES/NO」のみでも自身で選択できるように働きかけている。日常生活の中で希望が表出できるような環境作りに努めている。   |   |                   |
| 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 | 業務優先にならないよう、定期的に勉強会やカンファレンスの中で、ケアのあり方について話を出しながら、その人の生活リズムに合わせた支援に努めている。どのような場面でも無理強いくことなく、希望にそった支援ができるよう努めている。                                  |   |                   |
| 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                                  | 行きつけの美容院、化粧品購入等、おしゃれへの希望や気持ちが継続できるよう支援している。また外食や行楽等に出掛ける機会や来客(ボランティア等)を通し、身だしなみに関心が持てるよう働きかけている。   |   |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 季節感や地域性、好みを取り入れた献立をユニット毎に作成している。その日の希望に応じ献立を変更するなど柔軟に対応している。調理、準備、片付けの面で個々が能力を発揮できるように支援している。家族との食事会、バイキング、外食なども実施している。栄養バランスについては管理栄養士に助言を得ている。 | ユニットごとにメニューが違い、別々に調理している。職員も同じ食事を摂り、会話がはずんで笑いの絶えない昼食タイムとなった。要介護度の進行から、年々利用者の家事参加(調理、下膳等)が減ってきている。 |                   |
| 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          | 毎食の食事摂取量が把握できるようにチェックしている。生活習慣やその時の状況に応じ食べやすいように、おやつも含め摂取方法についても工夫している。定期的に体重測定を行い、増減の際は主治医に相談し助言を得、栄養過不足とならないよう留意している。定時及び、希望時・必要時に水分補給している。    |   |                   |
| 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                   | 食事中を含め日常生活の様子を観察し、義歯や口腔内に不具合がないか把握するよう努めている。毎食後の口腔ケアを実施している。   |   |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価   |                   |
|----|------|---|--|--|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (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むけた支援を行っている                              | できる限りトイレを使用し、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めている。自尊心に配慮した排泄の声掛けを定期的にし、排泄の失敗のないように支援している。オムツやパットはその人に合ったものを、状況に合わせて使用している。                          | ある程度要介護度に合わせて、利用者をユニットに分けて支援している。そのため、あるユニットではほとんどの利用者が排泄自立である。他方のユニットでは、排泄自立、排泄改善の取り組みが行われている。    |                   |
| 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  | 食事摂取量、水分摂取、運動量など把握し、日常的にできる運動や食品の工夫し、予防に努めている。便秘気味の方は、排便の間隔を把握し、主治医や家族と相談し、緩やかな便秘薬を使用している。   |  |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 個々の希望を尊重し夕食後の入浴にも対応している。体調に応じて入浴できるよう柔軟な対応に心掛けている。入浴剤の使用で「温泉気分」を楽しんで頂いている。また、端午節句には菖蒲湯、冬至には柚子湯を用意する等、日本の風習も取り入れている。                  | 意向を尊重し、可能な範囲で希望をかなえる入浴支援を行っている。入浴を好まない利用者にも無理強いせず、気長に声かけをしている。利用開始当初に拒否が強かった利用者も、現在は問題なく入浴している。    |                   |
| 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   | 使い慣れた寝具や寝巻きを自宅より持参し使っている。その日の活動の状況や体調に応じた休憩できるよう支援している。  |  |                   |
| 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  | 受診や往診の結果は受診票に記録し、全員が確認できる環境を整えてある。個人ファイルに薬の説明書がファイルしてあり、一人ひとりの使用している薬が把握できるようにしてある。副作用と思われる様子があれば記録に残し、臨時又は次回の受診時に、主治医に相談できるようにしている。 |  |                   |
| 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                             | 生活歴、生活習慣を把握するように努め、趣向に応じた活動へ参加できるよう支援している。日々の支援状況や反応を記録に残し、継続的なケアへの反映に繋げている。   |  |                   |
| 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。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 日常的な散歩、買い物、喫茶店など外出希望に柔軟に対応している。誕生日には家族と相談の上、本人希望のお墓参り、自宅や生まれ育った地域へのドライブ、行きたい店への外食等にも出掛けている。認知症サポーターの民生委員の方の協力で朝市への早朝の外出支援が実現している。    | 利用者の高齢化や要介護度の進行により、外出支援が難しくはなっているが、様々な工夫を加えて手厚い支援を行っている。利用者の希望する場所を訪問する「希望が叶う日」(誕生日)の取り組みも継続されている。 |                   |



| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|----|------|--|--|---|-------------------|
|    |      |  | 実践状況   | 実践状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 本人の希望・能力に応じ家族と相談の上、本人が財布を所持したり、事業所がお預かりしている。日々の買い物や夜店等、支払いできる場面を作り、金銭のやり取りの支援をしている。  |   |                   |
| 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   | 家族を心配されたり本人の心配事などある時は、希望に応じて電話をかけることができるよう支援している。また手作りのハガキや季節のハガキを送り家族との繋がりを大切にしている。家族からも返事が来ることで、喜びや安心に繋がっている。                      |   |                   |
| 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 | 玄関には、入居者が生けた季節の花や手作りの作品等を飾り、生活感のある玄関になるよう工夫している。廊下や居間には入居者の作品や写真を貼るなど、楽しみながらつるげる空間作りに努めている。音や光にはメリハリをつけ、心地よく生活できるよう配慮している。           | 共有空間は広く、仕切りはないが食堂と居間(ホール)が別々に配置されている。昼食後のひと時、短歌を趣味とする女性利用者(元看護師・婦長)が、調査員が即興で作った短歌二首を講評、指導してくれた。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 室内の観葉植物は一人の入居者が自主的に手入れをしている。随所にソファや椅子を点在させ、「井戸端会議」の場所として定着している。ユニット間の扉は常時開放し、その時々で自由に過ごせるよう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<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  | 生活習慣に合わせた馴染みの家具や布団を使用し、これまでの生活スタイルを大切にしている。家族の協力の中、生活感が出せるよう手作りの作品を飾ったり、棚を設置して居心地の良い空間作りに努めている。また家族写真を飾る事で、家族との繋がりを感じていただけるよう工夫している。 | これまで自宅で使用していた家具・調度を持ち込み、家族の写真を飾った部屋もある。クッションが大好きな利用者の居室には、綺麗なクッションがたくさん集められていた。                 |                   |
| 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」「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   | ホーム内各所に手摺りが設置されており、浴室、トイレ、各居室も分かり易いよう明示してある。個々の能力に応じて工夫し、安全かつできる限り自立した生活が送れるよう工夫している。歩行に補助が必要な方には、個々にあった杖や歩行器が使用しやすいよう、置く場所を考慮している。  |   |                   |

### 1 自己評価及び外部評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

|         |                           |            |             |
|---------|---------------------------|------------|-------------|
| 事業所番号   | 2376600405                |            |             |
| 法人名     | 愛知県厚生農業協同組合連合会            |            |             |
| 事業所名    | JA愛知厚生連 あつみの郷グループホーム せせらぎ |            |             |
| 所在地     | 愛知県田原市田原町築出35番地1          |            |             |
| 自己評価作成日 | 平成23年 1月 5日               | 評価結果市町村受理日 | 平成23年 5月17日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |   |
|----------|---|
| 基本情報リンク先 | <a href="http://www.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.htm">http://www.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.htm</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                            |  |  |
|-------|----------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 中部社会福祉第三者評価センター  |  |  |
| 所在地   | 愛知県名古屋市長左京山104番地 加福ビル左京山1F |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年 2月 2日                |  |  |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

ご家族や地域の方、ボランティアの方に育てられ、開設10年が経とうとしています。ご本人・ご家族の意向や希望に沿った生活支援を中心に、地域交流の拡充、社会資源としての貢献が実現できるよう、これまで取り組んできた様々な活動を継続しています。心身共に活気に満ちた生活が送れるよう、現在の入居者様にふさわしい形の支援を、少しずつ確実に実践しています。  
 児童センターとの交流では、数年間かけて段階を踏み、気軽に訪問していただける体制を整え、「おばあちゃんと一緒に」と称した新しい取り組みが始まりました。早朝の朝市支援は、民生委員のメンバー変更があっても継続して受けられるように調整ができています。  
 ゆっくりとした時間の流れの中にも、メリハリのある生活を心掛け、尊厳のある暮らしを大切にしてい

【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)】

|  |
|--|
|  |
|--|

V. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) ※項目No.1~55で日頃の取り組みを自己点検したうえで、成果について自己評価します

| 項目   | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 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)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんど掴んでいない | 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る<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 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)             | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 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:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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)                   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 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が広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くいない           |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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)                  | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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)         | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 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) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |   |  |

# 自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー) + (Enterキー)です。]

| 自己                 | 外部  | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|--------------------|-----|---|--|------|-------------------|
|                    |     |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>I. 理念に基づく運営</b> |     |   |  |      |                   |
| 1                  | (1) | ○理念の共有と実践<br>地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている  | 地域と連携する内容の理念をつくり、採用時には全職員に教育を行い、職員休憩室等に掲げている。<br>職員としての心構え等を記載した「マイルストーン」を職員個々が携行し、常に確認・意識できるようにしている。                          |      |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している  | 日々の買い物には地域の商店街やスーパー・朝市を利用し、馴染みの関係ができあがっている。近隣で催される市のイベント等へ積極的に出掛けている他、市民館へ訪問することで地域の人々と交流し、市民の一員としての理解を深めている。                  |      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている  | 認知症の人の家族やその周囲の人や各団体(老人会・民生委員)に対して、キャラバンメイトである職員が認知症サポーター養成講座を開催し、認知症理解への啓蒙活動を行っている。  |      |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている                                     | 外部評価、行事、取り組みについての報告等を行い、助言や意見を頂く機会とし、サービス向上に繋げている。実現が困難な案件は、地域包括支援センター等と協力して市に働きかけを継続している。                                     |      |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取り組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる  | 運営推進会議では、積極的にホームの実情を伝えている。入退居の報告、地域交流の進捗状況の報告、事故報告等を行うことで、日頃から連絡を密に取り、協力を得ている。継続している児童センターとの交流についても、新しい取り組みがスムーズになるよう、協力を得ている。 |      |                   |
| 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 | 言動についても抑制せず自由な行動をして頂く事を職員全員で心掛け、身体拘束しないケアを実践している。エレベーターのみ暗証番号を必要としているが、入居者の安全の確保のためであり、家族に理解を得ている。                             |      |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>管理者や職員は、高齢者虐待防止関連法について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている                                     | 「虐待」の内容は多岐に渡っていることを認識し、言葉かけ一つにも尊厳ある対応に留意し、心身の虐待が起こることがないように努めている。  |      |                   |

| 自己 | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|-----|--|---|------|-------------------|
|    |     |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 県GH協主催の研修会に参加し、日常生活支援事業や成年後見制度について学び、家族等より相談を受けた際には適切な窓口を紹介できるよう支援している。また、地域包括支援センター職員の助言をもらえる環境にある。                            |      |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>契約の締結、解約また改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている                         | 申し込み時にはホーム内の見学と、利用に際しての説明をしている。利用契約書、重要事項説明書、ホームの方針、緊急時の対応、金銭管理規定、個人情報の取り扱いについて書面で説明、不安、不明な点をその都度聞き、納得の上、同意を得ている。               |      |                   |
| 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ならびに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている                     | 日々の面会の中で普段の生活情報を伝え、家族との信頼関係を築き、家族の要望や心情をくみ取り運営への反映に努めている。ご意見箱の設置、家族アンケートを実施し、率直な意見を表出できる機会を作っている。また、運営推進会議にて家族からの意見を聞く場をも設けている。 |      |                   |
| 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                                      | 年2回の上司との面接、勉強会、カンファレンスの場を活用し意見を聞く機会を設けている。また、行事や取り組み等の企画立案を自由させ、運営に反映させている。   |      |                   |
| 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      | ホームの運営に伴う係りを各職員に任せ、やりがいと自信に繋がるように配慮し、勤務意欲向上に繋げている。また、取り組みを外部に発表する機会を設けている。  |      |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている         | ホームへ配属の際は認知症の理解・認知症ケアについての教育もなされている。一人ひとりの力量に合った外部の研修会へ参加できるよう計画調整している。また全職員を対象に多角的な内容の勉強会を毎月開催している。                            |      |                   |
| 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作り、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取り組みをしている | 管理者がGH協会ブロック会議、地域ケア会議、他事業所の運営推進会議等へ参加している。県や市・GH協会主催の研修会に参加する事で、同業者との交流の機会を設け情報交換を行い、サービスの向上に繋げている。                             |      |                   |

| 自己                         | 外部  | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----------------------------|-----|--|---|------|-------------------|
|                            |     |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b> |     |  |   |      |                   |
| 15                         |     | ○初期に築く本人との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている | 申し込み時にホーム内の見学や説明を実施し、生活の場が変わることへの不安感を軽減できるよう努めている。面接を行う際には話しやすい雰囲気をつくり、趣向の会話、生活歴など伺いながら話を傾聴、信頼関係の構築に努めている。                  |      |                   |
| 16                         |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>サービスを導入する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている            | 申し込み時にホーム内の見学や説明を実施し、生活の場が変わることへの不安感を軽減できるよう努めている。家族の思い、ホームへの要望や希望など話し合う機会を持ち、信頼関係が得られるよう努めている。                             |      |                   |
| 17                         |     | ○初期対応の見極めと支援<br>サービスを導入する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている        | 本人の状態やニーズ、家族のニーズを踏まえ、ケアマネ、地域包括支援センター等と連携を図り活用できるサービスを提案し、本人、家族が希望するサービスが利用できるように努めている。また、本人の今までとこれからの継続的に支援できるよう努めている。      |      |                   |
| 18                         |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>職員は、本人を介護される一方の立場におかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                        | 常に尊敬の念を持ちつつ寄り添う事で、家族のような関わりを心掛け、生活の知恵や文化・風習などの「おばあちゃんの知恵袋」を教わりながら、日常生活が送れるような関係作りに努めている。                                    |      |                   |
| 19                         |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>職員は、家族を支援される一方の立場におかず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている         | 年に2回家族との食事会を実施することで、入居者・家族・職員の3者の信頼関係を深めると共に、本人の日常生活・現状を伝えている。家族が気軽に支援内容についての相談ができるよう、関係作りに努めている。家族の面会や運営推進会議や行事への参加が増えている。 |      |                   |
| 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よう、支援に努めている                     | 個別の外出にて行きつけの美容院、通いなれた商店等の馴染みの場所、初詣や墓参りなどに出掛けるなど、今までの生活の継続を大切に支援に努めている。家族や友人との繋がりを大切に、ハガキや電話のやりとりを継続している。                    |      |                   |
| 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                 | 入居者同士が関わりを持って生活できるよう、行事の計画や介護計画を作成し支援に努めている。日々の生活の様子を申し送りなどで情報を共有し、メリハリのある生活を送れるよう配慮している。                                   |      |                   |

| 自己                                 | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|------------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                                    |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>サービス利用(契約)が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている                    | サービス終了後も本人及び家族からの希望に応じ、ケアの相談やホームへの来訪を歓迎し、不安のないよう支援できる体制を整えている。   |      |                   |
| <b>Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b> |      |  |  |      |                   |
| 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   | 生活の中での何気ない一言や行動に潜む思いをくみ取れるよう、担当者を中心に個別の関わりを密にし、コミュニケーションを図っている。誕生日は「希望が叶う日」とし、入居者、家族の希望をふまえた上で、家族の協力の中、実現を継続している。  |      |                   |
| 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                                       | 入居前の面接時、本人や家族状況や生活歴等の必要な情報を集め、リロケーションダメージの軽減に努めている。入居後は本人・家族の了承を得て、「ライフレビューブック」を作成し、得た情報を介護計画に反映している。              |      |                   |
| 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   | 日々の様子を詳細に記録に残し現状把握に努めている。申し送りでは、何気ない一言を本人の希望する支援に繋げるよう努めている。「できる事・できない事評価表」を作成し、ADLや認知症の症状等の現状把握に努めている。            |      |                   |
| 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 | 日々のケアの中から本人と家族の思いや意向をくみ取ることができるよう努めている。全職員が情報提供用紙を作成、現状を把握した上でカンファレンスを開催し、介護計画を作成、ケアへ反映している。                       |      |                   |
| 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                        | 介護記録表には、日々の様子、ケア内容と対応、入居者の反応等を全職員が記録を残している。申し送りから得られた情報を職員連絡ノート等を活用して共有し、ケアへ反映している。それらを基に定期的、状況に応じ介護計画の見直しを実践している。 |      |                   |
| 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               | 本人、家族の希望等をくみ取り、ホームのサービスだけでなく、音楽療法やおやつ講習会、行事やアニマルセラピーなどへ参加している。また、可能性を追求し、新しい事柄にもチャレンジできる機会を設け、楽しみを持てるよう支援している。     |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|---|---|------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 29 |      | ○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                                      | 1回/月ボランティアによる手芸、書道に加え、今年度からはちぎり絵教室を開催している。また新たな取り組みとして児童センターの親子さんに気軽にホームへ遊びに来てもらう日「おばあちゃんと一緒に」を始めた。朝市や市民館への訪問も継続している。                             |      |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している                                  | 入居時、本人及び家族の希望により主治医の選択ができるような体制が整っている。1回/月協力病院の医師の往診があり、定期的な往診支援と緊急時の受診体制を整えている。これまでのかかりつけ医への受診時には情報提供を行い、円滑で適切な医療を受けることができるよう支援している。             |      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>介護職は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している                          | 日々の様子や変化について細かな事も看護師に相談できる体制が整っており、助言を得ている。また必要であれば医療機関への受診ができるように支援している。また、入居者の心身の変化に気づき対応できるよう、認知症や高齢者に多い疾患等の勉強会を開催している。                        |      |                   |
| 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、又、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。あるいは、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。 | 医師、病棟看護師、MSW、退院コーディネーターと定期的に情報交換を行い、入退院がスムーズに行えるように努めている。主治医とは1回/月往診時に日々の健康状態を報告し、相談し助言を得ている。   |      |                   |
| 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  | 現在ターミナルケアは行わない方針である。入居契約時に説明の上同意を得ている。日頃から家族と医療機関との連携協力体制づくりに努め、日常的に医療が必要となり終末期への移行の際は、家族へ状況の説明し、ホームの方針をふまえて話し合いを行い、納得の上でサービスを選択して頂けるような体制を整えている。 |      |                   |
| 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  | 事業所が救急法の勉強会を定期的に開催している。緊急時の対応と連絡についてマニュアルを作成し、シュミレーションも行っている。AEDが設置してあり全員が実践できるように学習している。   |      |                   |
| 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  | 2回/年消防署の協力を得て災害時避難訓練、消火訓練を実施し、緊急連絡網を作成してある。災害時応援を得られるよう、運営推進会議等にて、地域への協力体制の構築に努めている。防火管理者講習を受講し、火災が起きないようにするため、ホームでできる事の周知を図っている。                 |      |                   |

| 自己                               | 外部   | 項目   | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----------------------------------|------|--|--|------|-------------------|
|                                  |      |  | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| <b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b> |      |  |  |      |                   |
| 36                               | (14) | ○一人ひとりの尊重とプライバシーの確保<br>一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている                   | コンプライアンスに係わる勉強会、個人情報の取り扱いについて周知徹底を図り、尊厳のある対応に心掛けている。居室やトイレの扉は閉める、呼称は「さん」付けにする等、自尊心やプライバシーへの細かい配慮に努めている。  |      |                   |
| 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                     | なにげない会話の中から希望をくみ取り、可能性を探りながら、場合によっては「YES/NO」のみでも自身で選択できるよう働きかけている。日常生活の中で希望が表出できるような環境作りに努めている。  |      |                   |
| 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 | 業務優先にならないよう、定期的に勉強会やカンファレンスの中で、ケアのあり方について話を出しながら、その人の生活リズムに合わせた支援に努めている。どのような場面でも無理強ひすることなく、希望にそった支援ができるよう努めている。                                 |      |                   |
| 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                                  | 行きつけの美容院、化粧品購入等、おしゃれへの希望や気持ちが継続できるよう支援している。また外食や行楽等に出掛ける機会や来客(ボランティア等)を通し、身だしなみに関心が持てるよう働きかけている。   |      |                   |
| 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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている     | 季節感や地域性、好みを取り入れた献立をユニット毎に作成している。その日の希望に応じ献立を変更するなど柔軟に対応している。調理、準備、片付けの面で個々が能力を発揮できるように支援している。家族との食事会、バイキング、外食なども実施している。栄養バランスについては管理栄養士に助言を得ている。 |      |                   |
| 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          | 毎食の食事摂取量が把握できるようにチェックしている。生活習慣やその時の状況に応じ食べやすいように、おやつも含め摂取方法についても工夫している。定期的に体重測定を行い、増減の際は主治医に相談し助言を得、栄養過不足とならないよう留意している。定時及び、希望時・必要時に水分補給している。    |      |                   |
| 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                   | 食事中を含め日常生活の様子を観察し、義歯や口腔内に不具合がないか把握するよう努めている。毎食後の口腔ケアを実施している。口腔ケアそのものが理解できず協力が得られない方への対応に試行錯誤している。  |      |                   |



| 自己 | 外部   | 項目  | 自己評価   | 外部評価 |                   |
|----|------|---|--|------|-------------------|
|    |      |   | 実践状況   | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 43 | (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むけた支援を行っている                              | できる限りトイレを使用し、一人ひとりの排泄パターンの把握に努めている。自尊心に配慮した排泄の声掛けを定期的にし、排泄の失敗のないように支援している。オムツやパットはその人に合ったものを、状況に合わせて使用している。                          |      |                   |
| 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  | 食事摂取量、水分摂取、運動量など把握し、日常的にできる運動や食品の工夫し、予防に努めている。便秘気味の方は、排便の間隔を把握し、主治医や家族と相談し、緩やかな便秘薬を使用している。   |      |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 個々の希望を尊重し夕食後の入浴にも対応している。体調に応じて入浴できるよう柔軟な対応に心掛けている。入浴剤の使用で「温泉気分」を楽しんで頂いている。また、端午節句には菖蒲湯、冬至には柚子湯を用意する等、日本の風習も取り入れている。                  |      |                   |
| 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   | 使い慣れた寝具や寝巻きを自宅より持参し使ってもらっている。その日の活動の状況や体調に応じた休憩できるように支援している。   |      |                   |
| 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  | 受診や往診の結果は受診票に記録し、全員が確認できる環境を整えてある。個人ファイルに薬の説明書がファイルしてあり、一人ひとりの使用している薬が把握できるようにしてある。副作用と思われる様子があれば記録に残し、臨時又は次回の受診時に、主治医に相談できるようにしている。 |      |                   |
| 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                             | 生活歴、生活習慣を把握するように努め、趣向に応じた活動へ参加できるよう支援している。日々の支援状況や反応を記録に残し、継続的なケアへの反映に繋げている。   |      |                   |
| 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。又、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している | 日常的な散歩、買い物、喫茶店など外出希望に柔軟に対応している。誕生日には家族と相談の上、本人希望のお墓参り、自宅や生まれ育った地域へのドライブ、行きたい店への外食等にも出掛けている。認知症サポーターの民生委員の方の協力で朝市への早朝の外出支援が実現している。    |      |                   |

| 自己 | 外部   | 項目   | 自己評価  | 外部評価 |                   |
|----|------|--|---|------|-------------------|
|    |      |  | 実践状況  | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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  | 本人の希望・能力に応じ家族と相談の上、本人が財布を所持したり、事業所がお預かりしている。日々の買い物や夜店等、支払いできる場面を作り、金銭のやり取りの支援をしている。   |      |                   |
| 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   | 家族を心配されたり本人の心配事などある時は、希望に応じて電話をかけることができるよう支援している。また手作りのハガキや季節のハガキを送り家族との繋がりを大切にしている。家族からも返事が来ることで、喜びや安心に繋がっている。                     |      |                   |
| 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 | 玄関には、入居者が生けた季節の花や手作りの作品等を飾り、生活感のある玄関になるよう工夫している。廊下や居間には入居者の作品や写真を貼るなど、楽しみながらくつろげる空間作りに努めている。音や光にはメリハリをつけ、心地よく生活できるよう配慮している。         |      |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている  | 室内の観葉植物は一人の入居者が自主的に手入れをしている。随所にソファや椅子を点在させ、「井戸端会議」の場所として定着している。ユニット間の扉は常時開放し、その時々で自由に過ごせるよう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<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  | 生活習慣に合わせた馴染みの家具や布団を使用し、今までの生活スタイルを大切にしている。家族の協力の中、生活感が出せるよう手作りの作品を飾ったり、棚を設置して居心地の良い空間作りに努めている。また家族写真を飾る事で、家族との繋がりを感じていただけるよう工夫している。 |      |                   |
| 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」「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   | ホーム内各所に手摺りが設置されており、浴室、トイレ、各居室も分かり易いよう明示してある。個々の能力に応じて工夫し、安全かつできる限り自立した生活が送れるよう工夫している。歩行に補助が必要な方には、個々にあった杖や歩行器が使用しやすいよう、置く場所を考慮している。 |      |                   |

## 目標達成計画

目標達成計画は、自己評価及び外部評価結果をもとに職員一同で次のステップへ向けて取り組む目標について話し合います。  
 目標が一つも無かったり、逆に目標をたくさん掲げすぎて課題が焦点化できなくならないよう、事業所の現在のレベルに合わせた目標水準を考えながら、優先して取り組む具体的な計画を記入します。

| 【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        | 26   | ・認知症の進行やADLの低下から、本人の意向をくみ取ることが困難になっている<br>・普段の面会の中だけでは、家族と介護サービスについて十分に話し合う時間が取れない | 家族の希望や意向を吸い上げる機会(家族面談)を設け、介護サービスの質の向上に繋げる                     | ①家族面談の趣旨説明の案内を送付する<br>②各家族と面談日の調整をする<br>③面接内容を記録し、介護サービス計画に反映し、支援を実施する<br>④支援実績を報告し、更なる希望や意向の表出に繋げる | 12ヶ月       |
| 2        | 6・7  | ・身体拘束や虐待防止について、職員間で話し合う機会が少ない  | 全職員が常に虐待防止や身体拘束しないことを意識し続けられるよう、虐待の防止や身体拘束しないケアについて話し合う機会を設ける | ①虐待・身体拘束についての勉強会を実施する<br>②定期的に虐待の防止や身体拘束しないケアについて、話し合う機会を設ける<br>③話し合った内容をふまえて、必要に応じてマニュアル等を整備する     | 12ヶ月       |
| 3        |      |  |   |   |            |
| 4        |      |  |   |   |            |

注)項目の欄については、自己評価項目のNo.を記入して下さい。項目数が足りない場合は、行を挿入してください。