

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	2395700111		
法人名	医療法人あやめ会		
事業所名	グループホームかえで (Aユニット)		
所在地	愛知県知多郡東浦町大字石浜字笹原28番地1		
自己評価作成日	平成24年 8月10日	評価結果市町村受理日	平成24年10月24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	http://www.kaigokensaku.jp/23/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
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24年 8月30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)】

私達はチームケア・気付き・利用者の喜びを力に変えて満足することなく感動あるケアを提供するを理念に掲げ取り組んでいます。力を入れている点は施設向上委員会を有志で設け教育・現場での問題点を把握し改善を図るチームを設立しました。10時14時とレクも設けていますが、いかに利用者様がボーとしている時間を少なくしていくかを頑張っており取り組んでいます。たとえば生活をレクととらえて掃除も一緒に行い、料理も行っています。利用者同士をつなげるかかわりも意識して取り組んでいます。外出も月に1~2回喫茶店・スーパーマーケット等にもレク委員を中心として取り組んでいます。私達施設は接遇マナー委員会もあり利用者様・家族・職員同士の会話、接し方も日頃から意識して私達の言葉もサービスの質として注意しています。

【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)】

地域に事業展開する医療法人を母体とした新設のグループホームである。若い管理者の下で、利用者「このグループホームとめぐり会えてよかった」と思ってもらえるケアを展開しようとしている。職員の中には、これまでに介護・福祉分野に従事経験のない者もいることから、管理者は教育・研修によって一定レベルの知識・技術等を身に付けさせ、提供するサービスの質を担保しようとしている。さらに、理念の実現にはチームケアの充実が必須であるとして、ユニットの壁を越えて施策を打ち出し、5つの委員会を立ち上げて毎月定例会議を開いている。利用者は自由に暮らしている。気の合った利用者同士が居室を訪問し、「お菓子パーティー」を開いている。整理ダンスの引き出しの中には、パーティー用であるう袋詰めのお菓子があった。

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 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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る (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
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	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:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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 (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
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	66 職員は、生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
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	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
61 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごしている (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	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. ほとんどできていない
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、安心して暮らしている (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		

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
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	出来ていない事もあるが職員は把握している	「このグループホームに来てよかった」と、利用者に思ってもらえるホームを目指している。そのために職員教育を重視し、チームワークの醸成を目的としてユニットの垣根を越えた支援を行っている。	
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	町内自治会に加入しています。	旧調整区域内に立地しており、周囲は古い集落の中に新興住宅地が入り込んでいるといった環境である。開設1年目であるが、自治会区長が理解を示し、夏休みには小・中学生が訪れる等、活発な動きがある。	
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	夏祭りや消防訓練で地域の方にパンフレットを配り声掛けしています。		
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	2ヶ月に1回定期的に実施しています。	2ヶ月に1回、奇数月に運営推進会議を開催している。ホームからの報告事項が中心ではあるが、詳細な議事録が取られており、会議の様子が手に取るように理解できる。	
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	運営推進会議で日頃の取り組みは報告しています。	行政代表として、地域包括支援センター職員が運営推進会議に参加しており、ホームの状況は行政(広域連合)に伝達されている。	
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	身体拘束は一切していません。	新規採用者の中には、介護や福祉の分野の未経験者も多く、教育を通して質の向上を担保しようとしている。中でも、「接遇」、「身体拘束」、「高齢者虐待」、「プライバシー」等は重要課題としてとらえている。	
7		○虐待の防止の徹底 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	努めています。勉強会も行っています。		

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
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	勉強会に参加はしましたが対象となる利用者様がいないので活用はしていません。		
9		○契約に関する説明と納得 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	図っています。		
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	常に意識して反映させています。	初めての外部評価ということもあってか、家族アンケートには率直な意見が目立った。写真を多用した「かえで通信」が、1～2ヶ月に1度発行されており、利用者の様子を克明に家族に伝えている。	一部家族に、グループホームの「目的」や「役割」を正しく理解していない方もいるように感じられる。折につけ、制度やホームの方針・役割等を説明し、相互の理解を深めてほしい。
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	1か月1回開催される会議で各委員会や業務改善の話し合いで必ず取り入れています。	ホームの活性化、チームワークの醸成を狙って、5つの委員会が組織されている。「ケアマネジメント」、「食事・行事・レク」、「接遇マナー」、「リスクマネジメント」、「環境・感染防止」の委員会が毎月開かれている。	
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	努めています。		
13		○職員を育てる取り組み 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	進めています。		
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	同法人の交換研修など努めています。他の小規模多機能の方や有料老人ホームの方とも定期的に意見交換しています。		

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
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	入居前には家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	入居前には家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	入居前には家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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	家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。不眠で寝れないときなど無理に寝かせず和室などで温かいお茶等提供しています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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	面会時には必ず管理者から毎日の状態を報告していただいています。職員からは必ずあった事たとえば寝れたのか？レクの参加状況・お風呂に入ってどうだったのか等報告しています。		
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	友人などの面会も積極的に促しています。	毎月1回、店主が協力的な喫茶店に出向き、コーヒータイムを楽しんでいる。喫茶店では、懐かしい友人に出会うこともある。ホーム内の畳の部屋には、回想法に使用する古道具が揃っていた。	
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	日頃から利用者同士をつなげる声掛けや生活援助を努力しています。		

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
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	まだ開設してから1名しか退居がおりませんがその後、定期的に家族に電話連絡しています。		
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	入居前に情報をいただいたり3か月の計画作成時に本人並びに家族様に必ず何か入れてほしいプランはないか希望を聞いています。	利用開始時に詳細なアセスメントをとっているが、その後も「自分シート」を使用して、職員が新たな気づきを書き足している。	
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	入居前等家族前のケアマネに情報を集めたり家族に何か生活の癖など用紙を用いて情報を収集する努力はしています。		
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	努めています。モニタリングも1か月1回行っています。		
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	1か月に1回モニタリングを実施し状況を把握し家族に報告し計画作成を作成しています。	3ヶ月毎の定期的な見直し、状態変化による見直しの他、意向の変化にも着目して見直しを行っている。家族の意向が変わったことによって、介護計画を変更した例もあった。	
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	毎日記録は実施しています。モニタリング時に介護職に実施確認や状況を聞いて実践や見直しをしています。		
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	1か月に1回モニタリングを実施し状況を把握し家族に報告し計画作成を作成しています。		

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
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	地域の子供支援センターを活用したり、地域の喫茶店の活用、スーパーマーケットの活用、1か月に一回外出し地域に出ています。ボランティアの方の訪問も積極的に月に5～6件来ていただいています。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	365日24時間ややまもとクリニックと連携しています。	医療連携加算の申請はしていないが、運営母体の医療機関が隣接地にあり、緊密な連携体制が構築されている。利用者・家族だけでなく、職員にとっても安心感は強い。	
31		○看護職との協働 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	隣接の有料老人ホームつくしから毎日来ていただいて連携、処置を行っていただいています。		
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、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。	当ホームから入院した場合、入院した翌日にお見舞いに行き状況定期的に出向き担当者からの情報提供や家族との連携をしています。		
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	実績は今現在ないですが、隣の有料老人ホームの住み替え等、家族には話しています。	現在の職員の介護力量を客観的に評価して、管理者はホームでできる終末期のケアに、一定の限度を設けている。その時にトラブルとならないよう、利用開始時に家族に説明し、同意を取っている。	
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	全員普通救急救命講習に参加させて連絡体制の整備、物品のありか等教育しています。		
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4回の避難訓練の実施しています。残念ながら地域住民の協力を声かけていますがなかなか参加の方はいません。	地域住民の参加はないものの、避難訓練を年間4回実施し、その内の2回は夜間を想定して行っている。スプリンクラーも完備しており、火災に対する備えにも万全を期している。	隣接地には同法人の運営する他の事業所がある。それらの施設と連携訓練や、合同訓練を実施し、有事の対応力をさらに強固なものにしてほしい。

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
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	当ホームは接遇マナー委員会があり職員の言葉使いや家族に対してのあいさつ、スピーチロック、ベッドメイキング、整理整頓を心がけて実施しています。	食事が終わった後に、利用者をトイレに誘導するための職員の大きな声が何度も聞こえた。	「教育・研修」では理解できていても、実際の支援の現場では実践できないことは多い。さらなる教育の充実を願いたい。
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	必要とされていることが必要といても管理者が言っています。掃除、料理、皿拭き等いつも巻き込んで行っています。		
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	当ホームは1日のプログラムに沿って運営を行っていますが、無理やりや体調不良、性格で1人で居たいときなど個人に任せて過ごしています。		
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	入浴時に通常は職員が全部用意すると思いますが当ホームは入浴担当者と部屋に行き入浴する事を伝え一緒に服を選ぶようにしています。		
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	行っています。食事提供時には音楽を流したりも配慮しています。	昼食時に男性利用者の奥様が来所され、食事介助されている微笑ましい光景があった。利用者は各々の力量に合わせて手伝っており、食器棚には食器の名札を付け、利用者が間違えないための配慮をしている。	
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	栄養のバランスは有料老人ホームの管理栄養士が作成したものを使用しています。水分は主治医が指示を出してそれを守っています。電解質にも配慮し必要時その人に合った薬も使用しています。		
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	毎食3回、実施しています。		

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
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むけた支援を行っている	行っています。1か月1回モニタリングを通して評価行っています。	看護師の提案があって、バルーン使用者が普通のトイレで排泄できるように、定期的な誘導で効果が出ないか試行している。	
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	排便管理は全職員しており看護師中心で3日になると下剤を服用していただいたり、GEしたりして対応しています。		
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、個々にそった支援をしている	曜日、時間は決めています。1対1の入浴援助、見守りを実施しています。	個浴を原則として、利用者は週に2回入浴支援を受けている。失禁があったときには、シャワー浴で清潔を保持している。	
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	家族に生活習慣を入居前に聞きそれに合わせて行っています。不眠等で再度寝かせたりはしていません。和室など利用しお茶等提供しようとしてところで再度入眠を促しています。		
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	毎週金曜日に主治医の往診があり生活から考えられる薬の作用など申し送りを通じて情報の共有を心がけています。		
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	役割など掃除・料理が好きな人のできることを見つけ出し援助しています。あと1人でボーとしている時間をなくすため雑誌・テーブルゲーム・音楽・DVDの作成を楽しんでもらっています。		
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。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	出かける場所は、職員が決めています。	天候が良ければ、利用者は職員と共にホームの周辺に出て、散歩や外気浴を楽しんでいる。	家族アンケートの回答を見る限り、ホームの外出支援の取り組み(努力・苦勞)が、家族には伝わっていない。利用者の日常を家族に知ってもらうためには、「かえで通信」での「日常の紹介」も一考か。

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 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	大金は管理できない事を契約時に家族に説明していますが小銭を財布に入れて外出時に持って行って支援しています。あと自動販売機で自分で買われている方もいます。		
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	利用者様から希望があれば対応はしていますが手紙等のやり取りの支援はしていません。		
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	レク委員が中心となり季節感を味わっていただくために飾り付けや行事を展開しています。	南向きの窓からは陽光が射し込み、天窓のあるホールは広くて明るい。空調(冷房)の風が直接利用者に当たらないよう、食卓テーブルの配置にも配慮がみられる。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	利用者様同士会話をつなげるかわりを心がけています。一人になりたいときや不穏状態時は1対1で対応し和室や自室で落ち着かせるようにしています。		
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	全て家族に飾り付けや配置をお願いしています。	女性利用者が居室を案内してくれた。整理ダンスの引き出しの中には、袋詰めのお菓子があった。気が合った利用者同士が集まって、「お菓子パーティー」がしばしば開かれているという。	
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」「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	ケアマネジメント委員会が中心となりかわれることや個人的にできることをリストアップし援助しています。		

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	2395700111		
法人名	医療法人あやめ会		
事業所名	グループホームかえで (Bユニット)		
所在地	愛知県知多郡東浦町大字石浜字笹原28番地1		
自己評価作成日	平成24年 8月10日	評価結果市町村受理日	平成24年10月24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	http://www.kai.gokensaku.jp/23/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 中部評価センター		
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24年 8月30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)】

私達はチームケア・気付き・利用者の喜びを力に変えて満足することなく感動あるケアを提供するを理念に掲げ取り組んでいます。力を入れている点は施設向上委員会を有志で設け教育・現場での問題点を把握し改善を図るチームを設立しました。10時14時とレクも設けていますが、いかに利用者様がボーとしている時間を少なくしていくかを頑張っており取り組んでいます。たとえば生活をレクととらえて掃除も一緒に行い、料理も行っています。利用者同士をつなげるかかわりも意識して取り組んでいます。外出も月に1~2回喫茶店・スーパーマーケット等にもレク委員を中心として取り組んでいます。私達施設は接遇マナー委員会もあり利用者様・家族・職員同士の会話、接し方も日頃から意識して私達の言葉もサービスの質として注意しています。

【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)】

地域に事業展開する医療法人を母体とした新設のグループホームである。若い管理者の下で、利用者により「このグループホームとめぐり会えてよかった」と思ってもらえるケアを展開しようとしている。職員の中には、これまでに介護・福祉分野に従事経験のない者もいることから、管理者は教育・研修によって一定レベルの知識・技術等を身に付けさせ、提供するサービスの質を担保しようとしている。さらに、理念の実現にはチームケアの充実が必須であるとして、ユニットの壁を越えて施策を打ち出し、5つの委員会を立ち上げて毎月定例会議を開いている。利用者は自由に暮らしている。気の合った利用者同士が居室を訪問し、「お菓子パーティー」を開いている。整理ダンスの引き出しの中には、パーティー用であろう袋詰めのお菓子があった。

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 ↓該当するものに○印	項目	取り組みの成果 ↓該当するものに○印
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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんど掴んでいない	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る (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
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	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:2,20)	○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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	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 (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	66 職員は、生き活きと働けている (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
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	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
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	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. ほとんどできていない
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、安心して暮らしている (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		

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
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	出来ていない事もあるが職員は把握している		
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	町内自治会に加入しています。		
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	夏祭りや消防訓練で地域の方にパンフレットを配り声掛けしています。		
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	2ヶ月に1回定期的を実施しています。		
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	運営推進会議で日頃の取り組みは報告しています。		
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	身体拘束は一切していません。		
7		○虐待の防止の徹底 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	努めています。勉強会も行っています。		

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
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	勉強会に参加はしましたが対象となる利用者様がないので活用はしていません。		
9		○契約に関する説明と納得 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	図っています。		
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	常に意識して反映させています。		
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	1か月1回開催される会議で各委員会や業務改善の話し合いで必ず取り入れています。		
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	努めています。		
13		○職員を育てる取り組み 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	進めています。		
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	同法人の交換研修など努めています。他の小規模多機能の方や有料老人ホームの方とも定期的に意見交換しています。		

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
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	入居前には家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	入居前には家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	入居前には家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。		
18		○本人と共に過ごし支えあう関係 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	家族様・ケアマネさんに情報や面談してカルテとは別に皆が共有できるように身体状況・生活歴等を提示して努めています。不眠で寝れないときなど無理に寝かせず和室などで温かいお茶等提供しています。		
19		○本人を共に支えあう家族との関係 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	面会時には必ず管理者から毎日の状態を報告していただいています。職員からは必ずあった事たとえば寝れたのか？レクの参加状況・お風呂に入ってどうだったのか等報告しています。		
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	友人などの面会も積極的に促しています。		
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	日頃から利用者同士をつなげる声掛けや生活援助を努力しています。		

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
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	まだ開設してから1名しか退居がありませんがその後、定期的に家族に電話連絡しています。		
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	入居前に情報をいただいたり3か月の計画作成時に本人並びに家族様に必ず何か入れてほしいプランはないか希望を聞いています。		
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	入居前等家族前のケアマネに情報を集めたり家族に何か生活の癖など用紙を用いて情報を収集する努力はしています。		
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	努めています。モニタリングも1か月1回行っています。		
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	1か月に1回モニタリングを実施し状況を把握し家族に報告し計画作成を作成しています。		
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	毎日記録は実施しています。モニタリング時に介護職に実施確認や状況を聞いて実践や見直しをしています。		
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	1か月に1回モニタリングを実施し状況を把握し家族に報告し計画作成を作成しています。		

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
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	地域の子供支援センターを活用したり、地域の喫茶店の活用、スーパーマーケットの活用、1か月に一回外出し地域に出ています。ボランティアの方の訪問も積極的に月に5~6件来ていただいています。		
30	(11)	○かかりつけ医の受診支援 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	365日24時間ややまもとクリニックと連携しています。		
31		○看護職との協働 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	隣接の有料老人ホームつくしから毎日来ていただいて連携、処置を行っていただいています。		
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、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。	当ホームから入院した場合、入院した翌日にお見舞いに行き状況定期的に出向き担当者からの情報提供や家族との連携をしています。		
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	実績は今現在ないですが、隣の有料老人ホームの住み替え等、家族には話しています。		
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	全員普通救急救命講習に参加させて連絡体制の整備、物品のありか等教育しています。		
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4回の避難訓練の実施しています。残念ながら地域住民の協力を声かけていますがなかなか参加の方はいません。		

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
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	当ホームは接遇マナー委員会があり職員の言葉使いや家族に対してのあいさつ、スピーチロック、ベッドメーカーキング、整理整頓を心がけて実施しています。		
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	必要とされていることが必要といても管理者が言っています。掃除、料理、皿拭き等いつも巻き込んで行っています。		
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	当ホームは1日のプログラムに沿って運営を行っていますが、無理やりや体調不良、性格で1人で居たいときなど個人に任せて過ごしています。		
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	入浴時に通常は職員が全部用意すると思いますが当ホームは入浴担当者と部屋に行き入浴する事を伝え一緒に服を選ぶようにしています。		
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	行っています。食事提供時には音楽を流したりも配慮しています。		
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	栄養のバランスは有料老人ホームの管理栄養士が作成したものを使用しています。水分は主治医が指示を出してそれを守っています。電解質にも配慮し必要時その人に合った薬も使用しています。		
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	毎食3回、実施しています。		

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
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むけた支援を行っている	行っています。1か月1回モニタリングを通して評価行っています。		
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	排便管理は全職員しており看護師中心で3日になると下剤を服用していただいたり、GEしたりして対応しています。		
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、個々にそった支援をしている	曜日、時間は決めています。1対1の入浴援助、見守りを実施しています。		
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	家族に生活習慣を入居前に聞きそれに合わせて行っています。不眠等で再度寝かせたりはしていません。和室など利用しお茶等提供しようとしてところで再度入眠を促しています。		
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	毎週金曜日に主治医の往診があり生活から考えられる薬の作用など申し送りを通じて情報の共有を心がけています。		
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	役割など掃除・料理が好きな人のできることを見つけ出し援助しています。あと1人でボーとしている時間をなくすため雑誌・テーブルゲーム・音楽・DVDの作成を楽しんでもらっています。		
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。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支援している	出かける場所は、職員が決めています。		

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
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	大金は管理できない事を契約時に家族に説明していますが小銭を財布に入れて外出時に持って行って支援しています。あと自動販売機で自分で買われている方もいます。		
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	利用者様から希望があれば対応はしていますが手紙等のやり取りの支援はしていません。		
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	レク委員が中心となり季節感を味わっていただくために飾り付けや行事を展開しています。		
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	利用者様同士会話をつなげるかわりを心がけています。一人になりたいときや不穏状態時は1対1で対応し和室や自室で落ち着かせるようにしています。		
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	全て家族に飾り付けや配置をお願いしています。		
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」「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	ケアマネジメント委員会が中心となりかわれることや個人的にできることをリストアップし援助しています。		

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	10	一部家族に、グループホームの「目的」や「役割」を正しく理解していない方もいるので制度やホームの方針・役割・活動の取り組みの理解をされていない家族がいる	具体的ホーム内でどんな理念をあげてどんな活動をしているか等を家族会設立や家族との対話を増やし相互の理解を深める。	<ul style="list-style-type: none"> ・家族会の設立 ・面会時の相談や活動報告 ・かえで通信の毎月の発行 ・理念掲示 	6ヶ月
2	26	現在、介護支援専門員が計画作成を作成しているがプランの中には介護職の意見は取り入れられていないのが現状である。	介護職員の意見もプランに落とし込む	<ul style="list-style-type: none"> ・定例会議でも意見聴取 ・モニタリング時に意見を聞く ・いつでもケアプランが見れるようにファイル作成 	8ヶ月
3		地域との交流やボランティアさんとの交流も数少ない	地域との交流を今以上に増やし自治会長さんや社会福祉協議会と連携を図り地域を意識した活動や取組を目指す	<ul style="list-style-type: none"> ・自治会長さんに町内の活動の取り組みや声をかけていただくようにする。 ・社会福祉協議会にボラの依頼をする。 ・地域の方々に向けて介護教室や勉強会等のイベント開催 	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

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。