

(別紙4)

1 自己評価及び外部評価結果

30年 3月 1日

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	3370104915		
法人名	株式会社メディカメント		
事業所名	グループホームいやしの家福吉町		
所在地	岡山市南区福吉町23-26		
自己評価作成日	平成29年12月20日	評価結果市町村受理日	平成30年3月16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URL	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/
-------------	---

【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あしすと
所在地	広島県福山市平成台31-34
訪問調査日	平成30年1月27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）】

医師、看護師、歯科医師、薬剤師等との医療的連携により、健康面をしっかりとフォローした上で、精神面に寄り添う介護をしたいと考えている。
--

【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）】

事業所は住宅街の一角にあり、散歩中に近隣の住民と挨拶をしたり、会話をしたりという事が日常的にみられる。公園や集会所が隣接しており、公園で開催される夏の盆踊りに毎年招待され、参加している。経営母体が薬局という強みを生かし、訪問看護、訪問歯科、訪問薬剤師、かかりつけ医といった他業種連携がなされ、情報共有を円滑にする事で、医療体制が充実している。管理者を中心に長く働いている職員も多く、職員体制の基盤がしっかりしている。また、意見を言いやすい雰囲気づくりで多様な意見を引き出し、必要とあれば変えて行く等柔軟さも併せ持つ。3つの対策委員会（虐待身体拘束・感染症・防災消防）を中心に定期的に業務の質、ケアの充実を図っていく為に月目標を掲げ、実行へと繋げている。
--

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
I 理念に基づく運営					
1	1	○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	スタッフ全員が目につくところに、掲示してある。	「基本的人権の尊重・生きがいのある生活・家庭的な生活」という理念を基本とし、共有を図り実践に繋げている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	公園に隣接しており、盆踊りには毎年招待していただき、今年も参加させてもらった。	町内会に加入し、地域の情報は回覧板で得ている。ボランティア団体がイベント時に来て下さる。元利用者の家族の方が畑の世話をしてくださっている。	
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	支えあいの地域づくりを目指している町内なので、今後、力になれることがあれば、協力したい。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	開催時には、報告や話し合いを心がけ、理解を深めてもらえるようにしている。開催は3回あった。	運営推進会議の中で、消防訓練を一緒に行った。また、岡山市危機管理室の職員より「防災講習」を行った。家族の方等を含め、事業所内見学も行った。	会議の開催を増やし、意見交換や関係づくりに励むことで、利用者や家族、地域との交流の場として発展していく事を期待したい。
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に取り組んでいる	岡山市の生活保護担当者や、地域包括支援センターとは、協力的な関係性にあると思われる。	生活保護受給者も数名おり、対応困難なケース等、市の職員と連携して対応している。今後の生活を見通した選択肢が提示できるように支援している。	

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	対策委員会の開催を継続し、業務の振り返りにつなげている。	「一時性・切迫性・非代替性」を満たす条件で家族の承諾の下、身体拘束を行うケースがあったが、定期的に会議を開く等、必要性を常に検討し、現在は身体拘束を外すことが出来ている。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見逃ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	上記の対策委員会にて、同じように振り返り、虐待防止への意識が持てるようにしている。		
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	後見人を検討するケースがあり、その必要性等については、職員間でも話をするようにしている。		
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	図っている。改定内容があった時は、文書を送付し疑問点があれば答えている。		
10	6	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	意見箱を設置したり、会話がしやすい関係作りに努めている。ホームでの生活ぶりを発信できるよう、お便りの作成を開始できた。	介護計画を作成する際には必ず家族、利用者に希望を聞いている。お便りのほかに、生活の様子も手紙にして報告している。	
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	職員からでた意見や要望は、月に一回ある、介護業務委員会にて報告している。	ホワイトボードを設置し利用者が献立を記載したり、ハンバーガーを食べる等、職員の見解を反映している。日頃から意見を言いやすい雰囲気づくりを管理者がしている。	

12	<p>○就業環境の整備</p> <p>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</p>	<p>職員の個性も尊重しつつ、できる限り働きやすく、且つ、やりがいを感じられる職場作りに努めている。</p>		
13	<p>○職員を育てる取組み</p> <p>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</p>	<p>資格へのチャレンジは勧められている。研修等のお知らせがあれば行い、希望があれば、できる限り調整している。</p>		
14	<p>○同業者との交流を通じた向上</p> <p>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</p>	<p>機会があれば、交流の場を増やしたい。</p>		
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援				
15	<p>○初期に築く本人との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>ご家族からご本人の生活歴や性格等を聞き取り、コミュニケーション作りに活かしている。</p>		
16	<p>○初期に築く家族等との信頼関係</p> <p>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</p>	<p>面談や見学の段階から困っていることや要望は、親身になって聞き、信頼関係の構築に努めている。</p>		
17	<p>○初期対応の見極めと支援</p> <p>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</p>	<p>ご本人やご家族の要望を踏まえ、暫定ケアプランを立案している。</p>		

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	スタッフからご利用者に対して、感謝の言葉かけや、気遣う声かけを心がけている。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	入居後も情報交換は欠かさず、よりよい介護サービスの提供ができるよう、関係を深めるようにしている。		
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	親族、知人との交流がある場合は、その機会を大切にしている。面会しやすい雰囲気にも心がけている。	馴染みの散髪屋にパーマをかけに行く利用者が居たり、通夜に顔を出す利用者もおり、関係継続の支援が出来ている。	
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	コミュニケーションがとれる環境作りに努め、必要な時には、スタッフが支援することも見極めて行っている。		
22		○関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	退居時には、必要であれば今後も相談窓口として活用してもらえよう、声掛けをしている。		
Ⅲ その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	○思いや意向の把握 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。	入居時に生活歴や性格、こだわりについても聞き取るように心がけ、希望をくみ取れるよう努力している。	利用者に希望を聴いたり、出来る事はないかと考えを巡らせ、ケアを提案してみる等、思いや意向を引き出せるよう努めている。	

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	入居の際には、アセスメントにより、できるだけ把握するようにしている。		
25	○暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	体力や体調、気分に合わせて、生活リズムは個々に合わせるようにしている。		
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	ご本人、ご家族の要望を踏まえ、スタッフ間のカンファレンス・アセスメントを経て、ケアプランを作成するようにしている。	日々の申し送りや、カンファレンス時に、利用者の状態を話し合う機会を設け、ケアプラン更新時や必要時に、変更するように実践されている。	
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	介護記録、日報、申し送りノートの記入により、情報共有している。		
28	○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々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	取り組んでいるとはいえない。希望があれば、対応を検討したい。		
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	取り組んでいるとはいえない。		

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	週一回のかかりつけ医の訪問診療がある。必要であれば、他科受診の対応もしている。	かかりつけ医の訪問診療と訪問看護や薬剤師が毎週来訪しているため、必要時に連携が取りやすい。受診に同行した際は、家族と職員への情報の共有に努めている。必要時、歯科の往診も受ける事ができる。	
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	看護師との情報交換は細やかにできており、報告・連絡もスムーズである。		
32		○入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	入院中も面会し、その都度状態の把握に努めている。ケアの注意点を含め、退院時に活かせるよう、情報交換をしている。		
33	12	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居時に、グループホームとしてできないことを説明している。重度化が予測され始めたら、再度、話をしていく。	看取りには対応していない。利用者が、安心・安全に暮らせるようにと、家族に、重度化した場合など前もって説明し、意向を確認するとともに今後の方針を共有し、選択肢を用意できるように努めている。	
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	救急隊員による、救急法の講習会を開催した。		
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	対策委員の開催月には、マニュアルの再読をしてもらっている。防災講習もおこなった。	年に2回、夜間と昼間を想定した通報・避難訓練を実施している。防災対策委員会にて、備品・備蓄品の定数管理等も定期的実施している。	

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	個々のバックグラウンドや、性格を十分に把握した上で、対応に配慮している。 利用者一人ひとりの尊厳を考え、排泄誘導時等は、さりげない声掛けや、声量に配慮し、プライバシーを損ねない工夫をしている。職員に気が得られるよう、アンケート等で働きかけている。
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	信頼関係を構築し、話しやすい雰囲気を作れるように努力している。
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	生活リズムを崩さないようにしつつ、ご本人の希望される暮らし方やペースを大事にしている。
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	ホームに来られる美容ボランティアだけでなく、ご家族の付き添いにて、行きつけの散髪屋に行かれている方もいる。
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	献立作りには、ご利用者の希望や、季節のものを取り入れるようにしている。 春恒例で、お弁当を持参しての公園でのピクニックや、新年会では、ユニット合同で食事会を楽しんだ。畑で作った野菜を収穫し、写生を楽しみ、味わう事ができた。誕生日ではケーキや赤飯が振る舞われ喜ばれている。
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	個々に合わせた食事提供ができるよう、専門職の意見も反映し、介護に活かしている。

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	食後の口腔ケアは習慣となっている。週一回、歯科の居宅療養管理指導があり、丁寧なケアができています。		
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	排泄チェック表をつけ、タイミングを把握して誘導できている。	利用者の言葉や行動を注意深く見守り、誘導を行っている。そのため、パットの利用が減少した利用者もいる。夜間は、一人ひとりの様子にあわせて対応している。	
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	食物繊維の多い食材を使用したり、ヨーグルトの摂取は習慣となっている。		
45	17	○入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	基本的には、隔日であるが、希望があらかじめ、身体的な負担がなければ、毎日行うこともできる。	利用者の希望や体調・タイミングに合わせて入浴の支援をしている。困難な場合は、無理強いをせず声掛けや対応を工夫している。必要時、清拭・足浴や更衣もおこなっている。	
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	眠前薬を使用されている方もおり、個人に合わせた対応をしている。		
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	薬剤師による管理体制があり、薬における支援体制は整っている。		

48		○役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	行事の開催や、個別のやりたい事等、ご利用者の気持ちをくみ取り、内容を考えている。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	気候の良い時は、散歩に出かけたり、日光浴をしている。	日々の散歩やウッドデッキでの日光浴、行事では、夏祭りの参加、季節ごとの花見やデパートの散策・買い物など外出の支援に努めている。家族の協力を得て、でかける利用者もいる。	
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	ご家族と相談の上、基本的には個人の所持は勧めていない。希望のある方については個別に対応する。		
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	希望があれば、その都度対応している。		
52	19	○居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	場所の掲示をしたり、大型カレンダーを使用している。不快感のない生活空間を維持できるように努めている。	共用空間は、全体的に落ち着いた色調で、開放的なウッドデッキやゆったりとしたリビングがあり、一人ひとりが思いのまま過ごせる空間があり、居心地良く過ごせるような工夫がある。	
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	一人一人の様子やご利用者の関係性に合わせつつ、自由に過ごしている。		

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	持ち込み品については、ご家族と相談の上決めており、私物の持ち込みもある。	居室は利用者の気に入ったものや飾りを置き、居心地良く過ごせる工夫をしている。清掃が行き届いており、清潔で明るく落ち着いている。夫婦で過ごせるよう配慮した居室もある。	
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	一人一人のできることを活かしながら、できないことのみ支援するように心がけている。		

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
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

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、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
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

2 目 標 達 成 計 画

いやしの家 福吉町

作成日 平成30年 3月15日

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取り組み内容	目標達成に要する期間
1	27	日常の様子だけでなく、ケアプラン項目に添った日々の記録ができるよう工夫する	ケアプラン項目と日々の介護が記録上もつながるようにしていく。	日々の記録にケアプラン項目が反映されている事がわかるよう書き方を工夫する。	6ヶ月
2	4	運営推進会議の開催を増やし、関係作りを深める。	運営推進会議の開催を増やす。	会議の内容も充実させ、参加しやすいものにし、回数の増加につなげていきたい。	6ヶ月
3					
4					
5					

注1) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。

注2) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。