

平成25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	1492200389	事業の開始年月日	平成23年4月1日
		指定年月日	平成23年4月1日
法人名	メディカルケアサービス株式会社		
事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後		
所在地	(252-0801) 神奈川県藤沢市長後1346-4		
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1月10日	評価結果 市町村受理日	平成26年3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/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1492200389&SVCD=320&THNO=14205>

【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)】

常に入居者様の声を聞き、心に寄り添うケアを実践し「安心・安全」環境を提供しております。自立度も高い入居者様が多いので、お花見、紅葉散策等外出レクリエーションも盛んに行っており、折ります。地域交流も取り組んでおり、夏祭りやバーベキューにもお声掛けをさせて頂いてます。また、地域の老人会の方にご協力を頂き入居者様が毎週ゲートボールにも参加させて頂いてます。地域に根差したホーム、入居者様 スタッフが元気に笑顔で居られるホームを目標に、スタッフ仲良く日々薫陶してます。

【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1月17日	評価機関 評価決定日	平成26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)】

ホームは小田急線高座渋谷駅から長後駅方面に徒歩15分、高層マンションや一般住宅の一角にあります。開設後3年で、建物はまだ真新しくゆったりとした敷地の中にある2ユニットのホームです。玄関前には築山を思わせる庭園があり長椅子が数脚備えてあり、季節によっては外気に触れながら草花を眺め、くつろぐことができます。周囲には高い建物もなく、終日陽光が射す明るい住環境となっています。

<優れている点>

開設後間もなくフレッシュな職員が多く、認知症高齢者などの既成概念にとらわれることなく、普通の人、普通の暮らしが出来るよう支援に取り組んでいます。日頃から職員は支援業務を通してユニット間の交流をしていて利用者一人ひとりの状況を共有しています。職員が積極的にアイデアを出し、近くの公園への散歩はもとより、花見や紅葉見学などの外出、ホームの庭での夏祭りやバーベキュー、さんま祭りなど活動機会を多く設けており、利用者も積極的に係っており、年齢を感じさせない元気で明るいホームです。

<工夫点>

屋外のコーナーには菜園があり季節の野菜作り、収穫の楽しみや土の感触を利用者は楽しんでいます。また、ホームでのイベントには地域の方の参加を呼びかけ、地域交流の機会としています。

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
III その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後
ユニット名	たいよう

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つなげている。	朝礼で職員で確認し、地域との関係性を大切にしている。	法人の共通理念を掲げ、入職時に研修をしています。理念は毎週月曜日の朝礼時全員で唱和し共有を図っています。職員は利用者一人ひとりのその人らしさを追求し、常に快適で穏やかな生活が送れるように理念の実践に努めています。	
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、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している。	日常的に散歩に出掛け、挨拶や話をしたりしている。	町内会に加入していますが、現在のところ、会との交流はまだ限られています。ホームで行う夏祭りやバーベキュー、さんま祭り、敬老会などには10名以上の地域の人達が参加して、利用者とのふれあいの場となっています。	
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。	管理者は事業所での実践を踏まえて地域の様々な研修、会合に関わりながら認知症ケアの啓発に努めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	運営推進会議で取り上げられた検討事項などについて、経過報告し合い、一つ一つ積み上げて行うようにしている。	運営推進会議は2ヶ月ごとに開催しています。メンバーは家族、利用者が主で町内会長や民生委員、行政、地域包括支援センターにも案内は出しますが、都合でほとんど出席していません。家族からの要望や意見が出ていて運営に活かしています。	運営推進会議には行政担当や民生委員、地域包括支援センター、地域の各分野の代表の参画をより積極的に求め、会議の充実を図り、サービスの向上、地域交流の拡大につなげられるよう期待します。
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に取り組んでいる。	認定更新の機会等に市長村担当者へ利用者の暮らしぶりやニーズを具体的に伝え連携を深めている。	介護認定更新や事故報告、消防計画書などの提出の際情報交換しています。ホームでは、行政が出席し2ヶ月ごとに開催しているグループホーム連絡会に出席し、研修や各ホームの空き情報の共有などホームの運営に活かしています。	

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
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。	日々の申し送り等で、その日のケアを振り返り言葉を遮ったり気持ちを押しさえつけていないかを確認する。	身体拘束廃止のマニュアルを備え、法人や内部の研修を実施し、拘束のないケアに努めています。玄関は外からは入れませんが安全上施錠しています。1階と2階のユニット間の行き来は自由です。不適切な言動があればホーム長が指導しています。	
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。	ミーティング等を実地し、高齢者虐待防止保に関する理解浸透や遵守に向けた取り組みをおこなっている。		
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。	機会あるごとに職員への説明を行っている。対応が必要と思われる利用者がある場合は職員に説明・アドバイスを行っている。		
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。	時間をとり丁寧に説明している。特に料金や起こり得るリスク、重度化などについての対応方針、医療連携体制の実際など詳しく説明している。		
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。	家族には手紙や訪問時、家族会などで常に問いかけ、何でも言ってもらえる雰囲気作りに留意している。	家族が面会に来た時や、運営推進会議の場でも意見や要望を聞いています。居室内の衛生管理の徹底、洗剤の改善など家族の意見、要望はホームの運営に反映した事例があります。毎年家族へのアンケート調査も実施しサービスの向上に努めています。	

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。	定期的に面談を行っている。	ユニット会議や合同会議で要望や意見、提案を聞く機会を作っています。管理者は、日常から職員が自由に意見や要望が言える雰囲気を作っています。利用者の食事テーブル下の補助足場台などは、職員の提案事例の一つです。	
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。	一部出来ている。		
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。	ホーム内外研修を行っている。		
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。	しているとは言えない。		
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。	努めているが出来ているとは言えない。		

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
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。	一部出来ている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	一部出来ている。		
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。	全入居者には出来ていない。		
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。	全入居者には出来ていない。		
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。	気をつけている。	利用者によっては、家族の協力により、お盆や正月に自宅に帰れるよう継続支援しています。毎週馴染みのスーパーに買い物に行ったり、友人、知人の訪問や電話、手紙などの交信の支援で、これまでの関係を継続しています。	

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
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。	個別で話しを聞いたり気の合う入居者さんでゲームなど、レクをしたりみんなで作れるレクを考えている。		
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。	サービス利用を終了した入居者様はいない		
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。	会話が出来る方とは思いなど、話をきいている	日常の会話の中で思いや意向を把握しています。職員全員の話し合いの場で、利用者一人ひとりの意向や思いを討議し把握に努めています。意思表示の困難な利用者には、態度や表情で汲み取ったり、家族の協力を得ることもあります。	
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。	日常生活の中で入居者様と昔の話しをしたり、ご家族様に話を聞いたりし、把握している。		
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。	一人ひとりの生活リズムはしっかり把握できている。体の少しの変化なども常に注意している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
26	10	○チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している。	ご本人・ご家族・スタッフとしっかり話し合いをしてケアプランを作成している。	モニタリングは1週間ごとに全利用者を対象に実施しています。介護計画の見直しは原則3ヶ月に1回行い、状況によってはその都度見直しをしています。見直しの際は、家族が参加することや、計画書を家族に送り確認の上実施しています。	
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。	日々の様子をしっかりと記入しスタッフ間で共有出来ている。		
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。	訪問マッサージなど、必要な方に、必要なサービスを提供している。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	地域のボランティアの方などがホームに来られ入居者と触れ合っている。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	ご本人やご家族の希望を大切にしている。	全員がかかりつけ医をホームの協力医としています。隔週土曜日に往診があり、個別の専門医への受診提案もあります。受診内容の一部は往診記録としてまとめられています。看護師は毎週月曜日に訪問し記録を付けています。	多種類の記録があります。かかりつけ医の往診記録、看護記録、外来医の意見書や注意事項、介護職員のバイタルチェックなどを一元化し緊急時対応にも活用されることが期待されます。

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
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。	訪問看護師とは相談しており、利用者様が適切な受診を受けられている。		
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。	病院関係者との関係作りは出来ているとはわかりませんが、早期退院出来るように病院関係者との情報交換は出来ていると思う。		
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、事業所の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。	わかりません	法人作成の重度化ガイドラインを使用して、家族に基本方針を初期に伝えていきます。現状は自立度も高く、看取りの実施はありません。研修をはじめ、三者（家族・医師・職員）での重度化における合意形成の進め方を検討しています。	職員は重度化における経験者が少なく、研修が期待されます。ビデオ研修、法人での実地研修などから、実施時における職員の精神的安心感を醸成されることなども今後に期待されます。
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。	利用者様の急変・事故発生時の応急手当など、個人的には身につけていると思うが、全ての職員が身につけているかは分からない。		
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。	地域の皆様との協力体制を築いているかは分かりませんが、利用者様が避難出来る方法を全職員、身につけていないと思う。	スプリンクラーは設置され、防災用品の備蓄もあります。年2回の防災訓練の内1回は消防署の立会いで、消火訓練・避難訓練を実施しています。訓練には地域住民の利用者見守りを期待し、実施方法や説明内容などをホーム内で検討しています。	

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
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。	利用者様、一人ひとり損ねない言葉かけなど、対応をしている。	一人ひとりの人格尊重から利用者を名前で呼ぶことを基本としています。日常支援の中で、状況から判断した、愛称での呼びかけもありますが、相手の気持ちをいつも優先しています。個人情報の管理では計画書など鍵付きケースで保管しています。	
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。	利用者様を個別援助に積極的に参加して頂いていると思う。		
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。	利用者様、一人ひとり損ねない言葉かけなど、対応をしている。一人ひとりのペースを大切に、極力希望ににそって支援している。		
39		○身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している。	自立の方が多いため、ご本人の身だしなみはご本人で行っている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	利用者様と一緒に食事作りなど、利用者様達がお口に合わなそうな食事の時は職員がうまくメニューの調整をしている。	職員と共に調理、配膳をしています。基本メニューを中心に、利用者個々に合わせた内容変更もあります。味噌汁の具材を変えたり、調味料の加減をしたり、トロミ食・刻み食の対応もしています。オムライス、揚げ物、天ぷらは好評で楽しみとなっています。	

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
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。	1日の摂取量、水分量を記録し把握している。 個別に食事形態を変え、食べ易いようにしている。 租借・嚥下機能が低下しないよう嚥下体操を取り入れている。		
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。	利用者の状態に合わせて食後声掛けを行っている。 訪問歯科との連携を図り口の中の状態、手入れの仕方についてアドバイスを受けている。		
43	16	○排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている。	排泄チェック表を使用し時間を見計らって誘導を行い、トイレで排泄できるようにしている。 自尊心に配慮しながら支援をしている	トイレでの排泄を基本としています。 計画に記入されたトイレ時間も、目的外誘導などにより「ちょっとこれを見てください」などとさりげなく誘導しています。自宅では紙パンツだった利用者がホームで布パンツへと改善された事例もあります。	
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。	排泄チェック表にて記録し、バナナ・ヨーグルト等で繊維質の多い食材を提供している。 毎日のラジオ体操、水分補給の徹底をおこなっている。		
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。	入浴したい日、時間に合わせて入浴して頂いている。職員は入居者の希望にそえるよう口頭で伝えたり申し送り送っている。	入浴の希望があれば朝夕の対応も可能としています。平均週2～3回入浴しています。風呂嫌いな方には自宅での入浴習慣を家族から聞き、「今日は火曜日、お風呂の日ですよ」と入浴に誘うなど工夫しています。	

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。	生活リズムを整えるよう努めている。また安心して眠れるように環境にも考慮している。寝付かれない方にはゆっくりとおしゃべりしながら、安心して頂ける様配慮している。		
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。	個別健康チェック表ファイルに服薬情報も一緒にファイリングしていつでも確認出来るようにしている。処方の変更があった場合は連絡ノート及び往診ファイルに記載し、特に状態変化の観察に努めている。		
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。	一人ひとりが築いてきた馴染みの暮らしを継続出来るように暮らしの情報シートを活用している。		
49	18	○日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している。	地域の人々と協力しゲートボールに参加出来るよう支援している。個別の外出レクも積極的に行き、ご本人の希望に合わせ	気分転換の外出時に、ゲートボールに興味を持っている入居者が一緒にゲームを楽しめるよう、家族とクラブ会長の了解を取り付け支援しています。日常ではコンビニへ買物にも出かけています。計画外出では、家族の協力も得てスカイツリーまで小旅行に出かけています。	
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。	家族からお金を預り事業所で管理している。外出時はお金を渡し、自分で払ってお釣りを頂きながら地域の方とのコミュニケーションが図れるように工夫している。小額を手元に持っていないと不安の方は家族と相談し本人の安心感を優先している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		○電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている。	出来ている。		
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。	掃除や空調に気をつけている。	リビングルームの清掃を職員と一緒に手伝う方もいます。南は広面のガラス戸により開放的です。日差しが明るく、眩しいとする利用者の声で職員はレースカーテンで明るさを調整しています。室温を一定に保つよう温度管理にも配慮しています。	
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。	席替えや訪室による会話をしている		
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。	出来ている。	ベッド使用の方、ベッドマットを床に直置きする方など自由です。小机、イス、チェスト、炬燵、柱時計など自分の好みの品を配置し、壁には昔の華やかな写真、家族の写真を飾って自身の部屋を整え暮らしやすく工夫しています。	
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。	工夫されている		

事業所名	愛の家グループホーム 藤沢長後
ユニット名	すまいる

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

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。	理念の唱和を行い、意識付けを行っている。		
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。	利用者が参加しているレクリエーションの会の方と、行事を通して交流している。		
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。	地域の研修に参加し、知識の習得に努めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている。	定期的に運営推進会議を開催し、出された意見はサービスに反映している。		
5	4	○市町村との連携 市町村担当者とは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。	市の担当部署と連絡をとりあっている。		

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
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。	施設内での身体拘束はないが、玄関の施錠は常時行っている。		
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。	ホーム内の研修において虐待防止の勉強会を開催する予定。		
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。	研修の機会を見つけて、参加するよう努めている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている。	契約時にご家族の意見などを聞き丁寧に説明している。		
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。	ご家族からのアンケート結果を公表しスタッフに周知を行いサービス向上に努めている。		

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。	ホーム会議、ユニット会議をそれぞれ月一回行い職員の意見要望を聞いたりしている。		
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。	管理者も頻繁に現場に来ており利用者とのコミュニケーションを行っている。また、職員一人ひとりの悩みや状況を把握し勤務出来るようにしている。		
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。	色々な研修に職員が受講できるようにしている。		
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。	職員が地域の同業者と交流機会がないのでわからない。		
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。	利用者ご本人が求めている事や不安を理解しようと努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている。	ご家族が困っていること、心配な事など要望に応じアドバイス等を行っている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている。	本人やご家族の思いに可能な限り柔軟な対応を行っている。		
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。	利用者と共に、楽しい時には一緒に笑い、昔の苦勞を教えて頂いたり、夜勤の時など「頑張ってね」など励ましの言葉を頂いている。		
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。	本人の日頃の状態を月に一度お手紙にて報告し、家族と同じような思いで支援している事を伝えている。		
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。	以前住んでいた家に娘さんに会いに行ったり、親戚の人に会いに行ったり、一人ひとりの生活習慣を尊重している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	散歩・レクなどでコミュニケーションを取り合い、関わりあいをつくる。		
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。			
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。	本人の日頃の状態を月に一度お手紙にて報告し、家族と同じような思いで支援している事を伝えている。考えや判断が出来るよう把握を行う。		
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。	細かな気付きの判断が出来るよう把握を行う。		
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。	残存能力を引き出せるよう日頃の様子を把握。		

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。	入居者・ご家族との会話から介護計画へ反映出来るもの、していきたいものを探す。		
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。	思った事、考え、相談は常にスタッフ間で話をするようにする。		
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。	個々に捉われず、柔軟な対応が出来るように心がける。		
29		○地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している。	ホームの環境から出来る地域資源を多に使うよう心がける。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 受診は、本人及び家族等の希望を大切にし、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している。	不安・心配な事があれば連絡し対応してもらおう。		

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。	体調に変化に気付けるようにし、気付いた事は訪看等に相談し対応する。		
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。	対応可能な段階で、早期に退院できるようにする。		
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。	本人・家族と話し合い、随時意志を確認する。		
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。	急変の時など、スタッフ・病院などに連絡し対応。		
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。	定期的に避難訓練を行っている。		

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。	利用者の情報の守秘義務を理解し、管理を行う。		
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。	利用者に合わせた声掛けを行う。		
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。	入浴や行事などスタッフが決めてしまっている。		
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。	服は本人の意向で決めている。		
40	15	○食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている。	調理、盛り付けなど利用者と一緒にやっている。		

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
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。	一人ひとりの体調と一日の摂取量を把握している。嗜好品や好きな物食べやすいものを出すようにしています。		
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。	自分で出来る方は、声掛け見守りし、出来ない方は毎食後のケアをスタッフが行います。		
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。	利用者の様子からサインを察知したらさりげなく誘導する。紙パンツ・パッド類も本人に合わせて検討しています。		
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。	便秘の方には「えのき氷」などで十分な水分補給を繊維質の多い食材を提供しています。下剤や浣腸等も個々の状態に合わせて使用しています。		
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。	入浴したい日、時間に合わせて入浴しています。ゆっくり浸かりたい人には午後とか順番を後に回す工夫とかもしています。		

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。	一人ひとりの疲れ具合に合わせて個別に休息を取り入れています。		
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。	ダブルチェックし服薬時は本人に手渡しし、きちんと服用出来ているか確認をしています。		
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。	食事作りやお掃除とかお願い出来るような仕事を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしています。		
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。	歩行困難でも車や車椅子等を利用して喫茶店や外食・理美容に出掛けます。		
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。	ご本人の希望があれば、スタッフが同行しお金を使うことの支援をしています。		

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
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。	要望があった場合、ご本人に電話で話しができるよう取り次いでいる。		
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。	毎月季節感のある飾り付けを行っているが、十分ではない。		
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。	食席の配置を検討し努力している。		
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。	ご家族と相談し使い慣れたものを置いたり、思いで深い写真を飾ったりしている。		
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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。	ご自分で出来る事を奪わないよう配慮している。		

(別紙4(2))

事業所名 愛の家グループホーム 藤沢長後

目標達成計画

作成日： 平成 26年 3月 11日

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	33	1、終末期になった利用者様に対して、家族様への意思確認が曖昧である。 2、看取りは行いたいと思うっているが、スタッフに知識が少なく不安を抱えている。 3、家族様への理解も浅いと思われる。	1、利用者様の終末期になった時に、家族様の意思とホームの意向が共有できる。 2、重度化した時、又看取りについて十分な知識がある。 3、重度化、看取りについて家族様が十分に理解している。	1、家族様の面会時等に管理者、ケアマネ同席のもと意思確認を行う。 2、毎月行っているホーム内研修で勉強会を開く。 3、運営推進会議等を活用して、家族様にも理解を深めて頂く。	3ヶ月～ 12ヶ月
2	30	1、介護記録、往診記録他利用者様の状況は把握出来ているが、数種類のファイルがあり一元化されていない。	1、一つのファイルで1利用者様の情報が全て分かるようにまとめ、緊急時等に活用できるようにする。	1、スタッフと検討しながら、見やすいファイルを作成する 第1段階…今のファイリングが活用しにくい事にきずいもらう。 第2段階…1利用者様の情報を一つのファイルにまとめる事を考えてもらう。	6ヶ月
3	4	運営推進会議に行政や地域包括他、地域住民の参加がほとんどない。	・行政、地域包括や地域住民の意見を活かせる運営推進会議にしていく。	・行政、地域包括にはお知らせ等をお持ちして、積極的に参加の声掛けを行う。 ・地域住民には、ホーム内で行うレクリエーション等にお誘いしながらGHの事を知って頂きながら、運営推進会議の参加を促す。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月