

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	2923000092		
法人名	株式会社さちコーポレーション		
事業所名	グループホームさち さくら		
所在地	愛知県豊田市栄生町3丁目58番地		
自己評価作成日	2009年12月24日	評価結果市町村受理日	平成22年3月2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.aichi-fukushi.or.jp/kaigokouhyou/index.html
----------	---

【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『サークル・福寿草』		
所在地	愛知県名古屋市中村区松原町一丁目24番地 S101号室		
訪問調査日	平成22年1月13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)】

集団生活・集団行動にならないよう、利用者の方それぞれの思いや願いを聞き取り、出来る限り実現できるような寄り添う介護を目指し、日々取り組んでいる。利用者の方に出る事はなるべく一緒に参加し、日常生活においても“お互い様”の気持ちで協力し合って生活している。

【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)】

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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)
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)
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)
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)
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
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
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		

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	入社時のオリエンテーションや職員会議等でグループホームの意義やホームの理念などを話し合っている。		
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	地域の盆踊りの参加や近所の喫茶店を利用したり、散歩時に畑仕事をしている方や近所のかたと出会った時など、あいさつや会話をしている。		
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	運営推進会議での認知症理解についての話程度しか実践できていない。		
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か月に1回、利用者、家族、地域の方々、包括担当者等に活動状況や今後の予定、取り組んでいきたいこと、地域行事の予定等の話し合いや意見交換を行ってきている。		
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	普段から包括だけでなく市役所の担当職員と連絡を取り合い、不明点や改善点などのやり取りを行っている。今年は特に立ち上げ間もないことや加算の関係での連絡・相談をしていた。		
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	夜間等、やむを得ず居間と玄関との間の入口を施錠することはあるが、極力日頃から施錠せず、利用者さんが外へ出れるよう取り組んでいる。身体拘束についてはまだ十分に勉強会が実施出来ていないが、身体拘束はしていない		
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	管理者・計画作成担当者までは学習済みだが、介護職員にはまだ学習の機会を作っていない。その時の状況に応じたの虐待や拘束についての説明を計画作成担当者が介護職員にしている		

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
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	権利擁護等について、事業所での学習の機会は未だ設けていない。個々人でセミナー等参加して学習している職員はいる		
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	行っている		
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	日頃の面会時やケアプラン更新時などで利用者の方やご家族からご意見・要望などを聴いている。月に1度市からの介護相談員がみえ、意見などを言われている。そこから上がったことを職員会議で検討・改善につなげている。		
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	月に2度の職員会議で改善案などが上げられ、その都度役員会で検討し改善等につなげている。会議の場だけでなく、面談や普段の現場の中でも意見交換など行っている		
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	年2回必ず面談を行い、現状の悩みや状況の聞き取りを行っている。パートに関しては、労働時間等も働きやすい時間に設定しているものもある。22年1月からは期間限定ではあるが介護職員処遇改善交付金も手当として出していく。		
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	入社3か月後には協力連携している他のGHIにお願いして外部研修を実施、普段から研修やセミナーの案内をしている。月1回は学習会を行い、認知症やケア、医療について等の勉強も行っている。		
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	月2度のサービス連絡調整会議への参加や利用者の方の他施設へのハーモニカ演奏会などを通じて、他の施設との交流の機会を設けている。		

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
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	入居前に体験入居等をしていただき、そこで出来る限りご本人のニーズを把握したり、一対一でお話しをするなどして安心できるような環境作りに努めている		
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	見学や入居面談等で出来るだけ悩みなどの状況を聞きとったり、担当ケアマネ等から情報提供を頂くなどして要望などに対応できるような関係づくりに努めている		
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	行っている。例えば、明らかに糖尿病と思われる症状がみられる方に対して、入居後に治療に対応できるように受診を行い、ホームにて治療を行っている事例もある。		
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	家事等を職員で全て行わずに利用者の方と一緒にしたり、食事職員・利用者同じテーブルで同じ食事をとったりと、共同生活を共にしている事を忘れないよう関係を築く努力をしている。		
19		○本人と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	外出や外泊、ご本人からの電話、日帰り旅行の参加など、家族と利用者の方との関わり・関係が途切れないように努めている。毎月の便りの他に、利用者の方の月間サマリーも送り、現状をご家族にも理解していただけるよう努めている。		
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	慣れ親しんだ行事や祭りへの参加、友人知人の面会や外出など、可能な限り協力している。		
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	共有スペースでお話しされたり、個々の居室で親しい利用者同士で談笑やTVを見たりしてみえる。一人での行動を好まれる方でも、レク等で声掛けし一緒に参加を促したり、職員と1対1でお話しをしたりして、孤立し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
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	転居先の施設や病院との情報交換を行ったり、定期的に様子をうかがったり、亡くなられた方の場合は葬儀に参加したりと、サービスの終了によって関係性が断ち切れてしまう事のないように努めている。		
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	個々の希望、意向を把握するよう努めている。困難な事由については会議等でよく話し合い、検討に努めている。		
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	入居前にセンター方式シートを活用するなどして、事前に今までの生活についての聞き取りを行っている。		
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	日常変化について日々の申し送りや会議などで状況の把握に努めている		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	家族からの意向、ご本人からの聞き取り、ケース会議で所属するユニットの介護職員全員での検討等を実施し、現状に即した介護計画を作成するよう努めている		
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	日々の記録に様子だけでなく職員の気づき等を記入し、毎日の申し送りや会議で共有して日々のケアに反映している		
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	利用者のニーズに合わせて、外部施設への訪問活動等を行って、既成概念にとらわれない対応を行うよう努めている		

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
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	公的な資源については行政から情報を得たりし、活用できるものを活用している。地域資源に於いては運営推進会議などを通じてボランティアをお願いしたり、他の施設とも情報提供を行い、協力し合て生活が豊かになるよう努めている		
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	医療連携体制を行っているかかりつけ医に2週間に1度往診に来ていただき、緊急時がある時は速やかに病院へ受診するように体制を整えている。必要に応じてご本人、ご家族と主治医が今後の医療方針についての話し合いを行うケースもある		
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	職員に常勤看護師を配置しており、24時間対応できるような体制を整えている		
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、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。	行っている。入院先の担当医・MSWと連絡を取り、入院状況や退院後のリハビリや必要なケア等についての情報交換・相談をしている。		
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	入居契約の段階で終末期等に関する説明と同意書をとっている。		
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	救命救急講座を年1回行っている。また普段から急変対応等についての学習会も開催している。		
35	(13)	○災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	避難訓練を行っている。管轄の消防署とは連携がとれているが、地域住民等との協力体制は整っていない。		

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	言葉づかいに注意して、利用者の方と職員それぞれの関係に合わせた声掛けや対応をするよう努めている。		
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	職員が決めるのではなく、ご本人に聞いたり表情などを読み取って、思いや希望を決定できるよう努めている		
38		○日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	出来る限り、それぞれのペースに合わせてその日の過ごし方を利用者の方と一緒に決めるよう努めている		
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	出来る限りご自身で身だしなみやおしゃれをしていただいているが、ゼロからの選択が難しい場合は、職員が支援して、好みの洋服や髪形を選べるよう努めている		
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	魚が嫌い、堅いものが食べれない等、個々のニーズに合わせて食事形態を準備している。調理から片付けも、出来る限り利用者の方と一緒にいき、場合によってはメニュー決めも行う事もある。		
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	肝硬変や糖尿病等、病状に合わせて気を付けることはできる限り行っている。食事量もご本人に確認しながら、その方にあつた量を決めている		
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、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	行っている。異常があればすぐに歯科受診をさせる。		

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 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	行っている。失敗の多い方に関しては、水分摂取量や時間を見ながら声掛けをしたり、失敗の状況に合わせて使用パットの使い分けやなるべく布パンツへの移行に努めている。		
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	行っている。		
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、個々にそった支援をしている	必ず希望に合わせて入浴して頂く事は出来ていないが、出来るだけ利用者の方の入りたい時間を聞いてその時に入浴できるように対応している。利用者さん同士で入浴したいという要望にも対応している。温泉に行く場合もある。		
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	なるべく安眠できるよう支援している		
47		○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	症状等に応じて常勤看護師と協力医とで見直しを行ったりしている。		
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	日常生活での役割分担ははっきりと決めていない。その時々利用者の方の気分や状況に合わせてその都度役割や楽しみなどを相談しながら決め、支援している。		
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。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	行っている。希望に合わせて散歩や買い物をしたり、悩み事があって市役所に行きたいという要望があれば、1時間歩いて市役所に行ったりなど、行政や地域の方々の協力を得ながら支援している。		

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
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	ご家族利用者それぞれの意見を聞きながら、個人管理している方もみえれば、事務所管理で外出や必要に応じて財布を出すなど、対応している。		
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	している。ご家族によっては毎回電話の対応が出来ないという事情から、ホームから電話がかかると自動的に留守電になる御家族もあるが、基本的にご家族や友人の電話・手紙のやり取りを支援している。		
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	利用者の方と相談しながら、共有スペース作りを取り組んでいる。		
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	している。リビングの他に、玄関先にあるコーナーでゆったりくつろいだりと、自由にホーム内を利用いただいている。		
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	利用者の方やご家族と相談して今まで使い慣れていた家具などを持ち込んでいただき、居心地のよい空間になるよう配慮している。		
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」「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	トイレや風呂場、居室などに名称や名前を貼り、自立して生活を送れるように工夫している。		

目標達成計画

作成日: 平成 22 年 2 月 22 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	重度化した場合や終末期における職員の研修や勉強が十分に行われていない。各利用者への終末期支援の方向性と、職員の支援方法があいまいである。	重度化や終末期において十分な対応がとれる体制を整える	緊急時対応マニュアルの作成と実施。重度化や終末期に関するケアの研修の受講。定期的に本人・家族との終末期支援の話し合いと確認の実施。医療機関との連携体制の確認。終末期の本人・家族への身体的・心理的苦痛への支援	10ヶ月
2	35	緊急時対応のマニュアルや訓練が十分に実施されていない。また、地域住民を交えての防災活動も行っていないので、いざという時の応援態勢が確立されていない。	災害時に安全に行動できるよう、地域住民と一緒に災害訓練を行い、日頃から防災意識を持つ	年2回の避難訓練の実施及びマニュアル作成し、避難場所・手順の確認をして安全な避難方法を身につける。また、非常時の必要物品の確保と定期的に点検を行う。運営推進会議の場を使って、地域との連携を強化、地域の自主防災訓練の参加やGHの防災訓練に地域の人の参加を呼び掛ける	8ヶ月
3	23	センター方式シートを利用しているが、職員全員がシートをうまく活用できていない。日々の様子や思いなどは個人記録や送りで伝わっているものの、それをまとめて整理しきれていない	職員全員が利用者の思いや意向を共通認識できるようになる	利用者のニーズ、思い等を定期的にシートにまとめ、職員会議等で話し合い、全員が共通認識できるようにする。学習会などで定期的にナラティブ辞令を作成・発表し、利用者の思いを考える機会を設けていく	5ヶ月
4	26	半年ごとに本人・家族・職員から聞き取りをして介護計画の見直しを行っている。しかし、作成後の計画を職員が日常的に確認していないことが多い	日々のケア内容と今あるニーズを職員全員が把握し、計画した目標に向けて支援できる体制を作る	日々の気づき、ニーズ、目標、援助計画を把握しやすい記録を作成する。また、介護計画の作成についても、計画作成担当者だけでなく、介護職員も一緒に計画を立てる	6ヶ月
5	4	2カ月に1度のペースで運営推進会を開催しているが、事業所側からの報告、意見交換とパターン化している。参加者も毎回同じ人が参加されている。参加しやすい内容に工夫する必要がある。	運営推進会議の構成メンバーや参加呼びかけ方法の見直し、会議内容の工夫を行い、より関係者や地域に開かれた会議にしていく	イベントや行事・講習などを交えて、参加しやすい会議を計画する。会議内容も、家族や関係者が把握できるよう情報発信する。	12ヶ月