

## 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	873800767		
法人名	医療法人 盈科会		
事業所名	グループホーム阿見		
所在地	茨城県稲敷郡阿見町字山田2957番5		
自己評価作成日	平成22年9月11日	評価結果市町村受理日	平成23年2月23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://ibaraki-kouhvu.as.wakwak.ne.jp/kouhvu/infomationPublic.do?JCD=0873800767&amp;SCD=370">http://ibaraki-kouhvu.as.wakwak.ne.jp/kouhvu/infomationPublic.do?JCD=0873800767&amp;SCD=370</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認知症ケア研究所
所在地	茨城県水戸市酒門町字千束4637-2
訪問調査日	平成22年11月3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)】

家族と一緒に参加のできる行事や外部へ出掛けることを、念頭に行事を計画している。畑を利用し入居者と活動して季節感を感じて頂いている。行事などの活動の様子を家族へ知って頂くように、写真を郵送している。

## 【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)】

最寄りのインターから車で約5分とアクセスしやすい場所にあり、大型ショッピングモールが近くにあることもあり、賑わいを見せている。しかも、周囲は緑に囲まれ、近くの公園に散歩に出かけたりとても生活しやすい環境である。働く職員も一人一人の入居者に親切に対応し、家族とのコミュニケーション作りにも積極的に力を入れている。

## 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)	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)	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)	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 (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)	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)	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)	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)		

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 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	ゆったりとした環境で過ごして頂けるよう、入居者に合わせて動くように指導している。	理念は1F入口に掲げられているが、他の掲示物に紛れて掲示されており目につきにくい。文面も堅い言葉で並べられており浸透しにくい。職員は「その人らしい生活を」という意識でケアに取り組んでいる。	理念については、誰でも共有しやすいわかりやすい言葉で作られるのが望ましいことから、職員同士で話し合い、その理念に自信を持って取り組めるよう期待する。
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	買い物や外食を行い、地域へ触れあえるように実施している。	自治会長が交代してから関係づくりに困難している。周りに住宅が少ないため、買い物や外食に出かけた際に地域の方と触れ合うよう努力している。	
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	外部へ出掛ける場合は、事前に職員が出掛ける場所へ説明を行い、協力を頂いている。		
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	家族から行事の改善点や反省点の意見を頂き、活動を決定していく事でサービスの向上に努めている。	2か月に一度開催している。家族の参加が以前よりも増えてきており、家族から意見が積極的になるようになり関係づくりもうまくいくようになった。	
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に取り組んでいる	運営会議で施設での今後の方針や取り組みについて、報告を行っている。	市の介護保険課の職員に毎回運営推進会議に参加してもらい、相談や意見交換をしている。また、必要に応じてこちらから市に出向いて相談ののってもらっている。	
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	玄関へ開閉時に音が鳴るようにチャイムを置くことで、施錠をしない取り組みをしている。	夜間は防犯上施錠をしているが、それ以外は自由に出入りできる。家族からの要望で安全の為ベッド上方に柵を設置している人もいる。また、身体拘束をしない取り組みとしての掲示物を入りに掲示している。	
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	マニュアルを作成し、常備、閲覧できるようにしている。入浴やオムツ交換時に職員は外傷等がないか確認をする。		

茨城県 グループホーム阿見

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	対象者がいる場合は家族を含め相談をすることとしている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	契約を自動更新から変更する予定である。更新時に説明を行い、更新時に家族から疑問点等の意見を頂く、予定である。		
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	運営会議での結果を参加のできなかった家族も含め、郵便にて周知している。	家族の面会が頻繁にあり、面会時に意見交換している。また、運営推進会議に参加できなかった家族にも議事録を郵送している。さらに、定期的に発行している便りの中に家族からの意見を記載できる欄を設けている。	
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	毎月、法人全体で運営推進会議を開き、話し合われている。その際に助言をいただいている、改善を行うように話し合われている。	職員の全体会議は、シフトの関係やパート職員、主婦の方が多いため家庭の事情により行っていない。出勤した際に直接意見や提案を聞き入れている。また、職員のスキルアップのための勉強会も行われているが、充実までに至っていない	会議については、開催する必要性を再認識し、他のGHを参考にするなどして定期的に実施できる事を期待する。また、職員の更なる質の向上の為、研修の機会が増える事を期待する。
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	職員の勤務態度や実績については年2回評価している。職員に休暇の希望をとり、支障がない限り、希望に添えるように勤務を作成している。		
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	施設内での研修を実施すると共に、職員同士で疑問点を話し合い、業務の流れ等をその都度、変更している。		
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	毎年、研修旅行や食事会、勉強会を実施している。職員が交流できるように実施されている。		

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
<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 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	入居時に聞くと共に、入所後にも入居者へ不安や疑問等がないか、傾聴するようにしている。		
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	入居後に本人の様子を報告すると共に、利用者の要望があるときには、家族へ確認する。また、面会時などに要望等がないか傾聴している。		
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	当施設でのサービスでは、実施できない場合には、家族の要望により他の施設を紹介している。		
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	入居者の得意分野(畑や食事の準備など)を見つけ、職員と一緒にやっている。		
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	家族の参加できる行事を計画し、入居者と一緒に活動できるように支援している。		
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	入居時に馴染みの私物を持参して頂くことと、希望時に外出を行っている。	入居者のほとんどが市内在住だが、遠方の家族とも手紙のやり取りもしている。友人が面会に来る事もあり、面会に来ると一緒に出かけたりもしている。	
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	利用者の意見を取り入れ、食堂の席順を変更し仲がよい利用者同士を一緒にしている。		

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
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	入院や他施設へ移動した方へ面会をして、様子を伺うようにしている。		
<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 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	利用者の希望がある場合は可能な限り行っているが、家族へ相談して決定している。	食事はその時の本人の希望に合わせて変更したり、内容によっては家族にも相談の上、出来るだけ希望に沿うように対応している。意思疎通が困難な方には、表情や態度から汲み取るよう努力している。	
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	個々の趣味や経験を活かして頂くように、支援している。畑の手伝いや家事の手伝いを行っている。		
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	日常に変化や訴えがある場合に記入して、申し送り時に報告している。		
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	面会時に家族へ、様子を報告すると共に意見を頂いている。	介護計画にもとづくサービスの提供がなされていない。モニタリング実施状況も確認できず。家族の意向は反映されているが、本人の意向が必ずしも反映されているとは言い難い。職員もケアプランの意識が薄く、日々の生活の中で必要なケアを行っている	介護計画が利用者本位のものである事を理解し、生活の維持・向上を目指してほしい。また、必要な書類を整備し、日々の記録との繋がりを持たせ、充実したケアプランになることを期待する
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	普段と違う様子、訴えが見られるときには記録に記載するように指示している。		
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	事業所で解決できない場合は、隣接施設へ相談し、ケアに取り組んでいる。		

茨城県 グループホーム阿見

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	利用者の希望がある場合は買い物へ一緒に出掛ける等、可能な限り行っているが、家族へ相談して決定している。		
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	入居や家族の希望や体調を考え、かかりつけ医を決定している。	往診は月2回近医にて実施。また、併設の老人保健施設Dr.と往診医とのやり取りも密に行われている。希望により今までのかかりつけ医の受診も可能。	
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	担当看護師、医師との相談の上、その病状により受診している。		
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。	病院へ面会して情報を聞くと共に、医師や家族との相談の上、今後の方針を決定している。		
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	家族の要望を聞きながら、医師や関係者と相談している。	入居時に必ず家族に説明するようにしている。入居後も、医学的な管理が必要になったり、GHでの共同生活が困難になった時、その都度家族と相談し、今後の対応を検討している。	
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	緊急時に関係者へ連絡をとり、実施するように話しているが、訓練等は行っていない。		
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	避難訓練時に職員の人数が少ない銃拳を想定して実施している。	年2回実施。夜間を想定しての訓練も行っている。緊急連絡網は整備されており災害時に協力できるよう話し合いをしている。併設している老人保健施設とは別々に行われており、実際には協力要請が必要。	訓練は実施されているが、実際の災害を想定し様々な訓練に取り組むことを期待する。現実には災害が起きた場合、併設している老人保健施設の協力も不可欠のことから、合同での訓練を実施することが望ましい。

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
<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 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	利用者の希望がある場合は可能な限り行っているが、家族へ相談して決定している。	入居者一人一人の生活歴、家族関係を把握したうえで、個人を尊重し接している。入浴に際し同性の職員が介助にあたり羞恥心に対しても十分に配慮されている。	
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	日頃の会話から利用者の希望を聞いて、職員が対応している。また、自己決定が出来るよう質問して、声かけを行うようにしている。		
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、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	全体的な行事以外は、入居者の了解を得て、生活をして頂いている。		
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	理容、美容を本人や家族に希望を聞き、移動美容室を利用されている。外出して、買い物や美容を行っている方もいる。		
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	入居者の嗜好に合わせて、食事を変更している。	職員も一緒にテーブルを囲んで食事をしている。庭に菜園があり、季節の野菜を調理している。定期的に行事食も作っており、食事の準備や後片付けも手伝ってもらっている。その方の状態に合わせ、食事形態も変更している。	
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	1日の食事量や水分量を確認している。また、希望により食事量を本人へ合わせている。		
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	自立している方は、見守りを行い、介助が必要な方は、入床前に一度ではあるが、口腔ケアを実施している。		

茨城県 グループホーム阿見

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	定期的なトイレ・おむつ交換と共に、訴えがあるときや行動が落ち着かないときには、誘導をしている。	排泄パターンを把握し、その方の行動や表情などを観察し、さりげなくトイレ誘導したり、おむつ交換をしている。	
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	便秘時に水分量が低下していないか確認すると共に、食物繊維の多い野菜などを食べて頂く。場合により内服薬を使用している。		
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	入浴前に利用者に了解を得て、入浴している。	その人の入りたい順番や時間帯を考慮して入浴している。体調不良等がない限り、週3回は入浴をしている。	
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	無理に離床する事を進めず、本人の体調を観察しつつ、声かけを行っている。		
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	内服薬を確認できるようにファイルにまとめ、閲覧できるようにしている。		
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	趣味を聞き、援助できるように支援している。		
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	希望により外出もしているが、訴えられない方を外出し、地域との交流を持つようになっている。	外出の機会は非常に多く、家族の面会時にも買い物に出かけたり、外食したりしている。また、職員とも周辺を散策したり、近所の公園に出かけたりしている入居者も、散歩から帰ってくると、「ただいまー」と声掛けていた。	



茨城県 グループホーム阿見

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	事務所へお小遣いとして、家族へ準備して頂き、いつでも使えるように支援している。		
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	本人の希望により実施している。		
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	食堂にいつでもお茶が飲める状況をつくり、季節により飾り付けをしている。	室温は季節に応じて管理されていた。排泄物などの尿集は全くなく、清潔な空間が提供されている。季節に応じて装飾品や入居者の作品も掲示されていた。	
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	知人や仲が良い、利用者同士を同席できるように支援している。		
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	面接時に説明している。また、希望や必要時に家族へ連絡して購入を依頼している。	入居前からの馴染みの物や、入居後にご自分で手掛けた作品などが居室に飾られており、“その人らしさ”が感じられた。入居後、隣人と相性が合わなかった場合でも、すぐに家族と相談し、部屋を変更するなどの配慮がされている。	
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	建物内での行動を出来るだけ、1人で行って頂き、危険がある外部では車椅子を使用するようにしている。		

## 目標達成計画

作成日: 平成 23年 2月 23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	1	理念が目につきにくい所があり、文面も堅い言葉で浸透しにくい。	誰もが共有しやすい言葉に変更して、より浸透していくようにする。	理念の文面を変更し、文字を大きく印刷する。	1ヶ月
2	26	介護計画書が本人の意向が必ず反映されていない。職員のケアプランに対する意識が薄い。	介護計画書に本人の意向を必ず、記載する。職員が、話し合える場を提供し作成する。	少人数であるが、職員同士で話し合いが持たれてきている。話し合いの内容を他の職員に反映していけるように、今後も課題が残っている。	6ヶ月
3					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、行を挿入して下さい。