

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

(株) 第三者評価機構 静岡評価調査室

②施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム大東苑	種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 長谷川薫	定員（利用人数）：50 名
所在地：〒437-1434 静岡県掛川市下土方 3584-1	
TEL：0537-74-5111	ホームページ：http://daitohukushikai.com
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 1995 年 4 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人大東福祉会	
職員数	常勤職員：15 名 非常勤職員：24 名
専門職員	介護職員：19 名 看護職員：4 名
	生活相談員：1 名 管理栄養士：1 名
	介護支援専門員：1 名（兼務） 機能訓練指導員：1 名（兼務）
施設・設備 の概要	（居室数） （設備等）
	従来型個室 50 室 入浴設備等

③理念・基本方針

【基本理念】

- ・利用者の尊厳を守り、その人らしい日常生活が送れるよう支援します。
- ・心身ともに健やかな子どもの育ちや親の子育てを支援するとともに、子どもの生きる力の基礎を培います。
- ・地域社会とともに、教育の振興、福祉の増進に努めます。

【経営理念】

- ・健全で活力ある経営に努めます。
- ・透明性を高め、公平・公正な経営に努めます。
- ・福祉サービスの質の向上に努めます。
- ・教育の振興、地域福祉の推進をし、社会に貢献します。
- ・地域の方々の幸福に寄与するため、法人職員の幸福を大切にします。

④施設・事業所の特徴的な取組

定期的な地域清掃（年 1 回）、地域の交通安全活動への参加（街頭指導/年 3 回）、職員の地域への講習活動（学校、地域行事）、地域行事での移送支援

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	2024 年 4 月 20 日（契約日） ～ 2024 年 10 月 31 日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1 回（ 2009 年度 ）

⑥総評

◇特に評価の高い点

(1) 向上していこうとの積極的な姿勢をもっています

経営の数字としては決して盤石とはいえないなか、それでも費用がかかる第三者評価受審を決め、「前進してゆく」姿勢を持ち続けていることに敬服します。また「令和6年度の事業所目標についてはシンプルに実現可能な内容とすることとし、年度中間の評価をおこないたい」「理念はお便りや重要事項説明書に載せ、現在おこなっていることに加えていくことで利用者家族への周知が可能ではないか」など具体的な意見が随所にあり、「自己評価に取組みながら、こういうことも必要だと感じた」とのコメントが評価途中に挙がっていたことも今後の飛躍に期待が膨らみます

(2) 働きやすい職場との思いを具体的に実現しています

毎年職員が作成する自己申告書に業務改善に関する項目が設けられ、実現可能な内容については速やかに反映しており、「トイレに窓がなく、空気がこもってしまい暑いので扇風機が欲しい」「食器が古くなっている」との要望に応えています。また虐待防止委員会が執りおこなったストレス改善アンケートに挙げた「他の職員のケアにストレスを感じる」という意見には、管理者（施設長兼務）がリーダーに投げかけ改善に取り組んだ結果、職員の表情も明るくなったとの成果につながっており、フォロワー型リーダーと目される管理者を主軸に働きやすい職場づくりに向けた速やかな対応が実現しています

(3) 業務分担により効率と職員の動機づけを高めています

会議体制としては「リーダー会議」と呼ぶ、主任、副主任、ブロックリーダー、及び各専門職員をメンバーとする会合と、4か所に分かれて住居が並んでいることからA B C Dとブロック分けして運営され、それぞれのケアサービスの共有が図られている「ブロック会議」があり、双方2つの会議の情報が共有される仕組みをつくる一方で、ブロックに分けたことは職員個人の把握力などが考慮され持ち場が適正となるよう図られているものです。業務そのものについても介護従事者の業務から清掃をメンテナンススタッフへ移行させ、ケアサービスに重点を置けるようにするサポートがあります

(4) 法人全体で地域の期待に応えた活動に尽力しています

職員は地元出身者で占められ、地域とは公私ともに接点があって情報交換も容易です。そのようなことも基盤となり、地域の要請に応える態勢にあります。大きな取組としては、法人の老人福祉部で設けた地域活動推進委員会が毎年周辺地域の清掃活動に取組み、また市主導ではあるものの「認知症カフェ」を立ち上げてもあります（現在は市社会福祉協議会に於いて運営）。小さな支援では、「区の福祉委員と地元高齢者との福祉交流会の移送支援」「小・中学校からの福祉分野の講話依頼」「高校生の職業体験の受入れ」「高齢者サロンの依頼で介護予防の講座などへ専門職を派遣」があり、いずれも好評を得ています

◇改善を求められる点

(1) 事業所の「意思を共有できる理念か」の考察を望みます

法人として「利用者が子ども（保育園）」という始まりだった為か、地域で暮らしてきた高齢者を受入れるという思いや態勢が理念には薄いように受け止めます。また現状、理念が置き去りになっている感も否めず、理念に基づく判断・行動が形成されていないことも確認されています。まずは「職員一丸となって目指すものは何か、それは理念として文言化されているのか（高齢者施設に合致しているのか）」見直し、一致していないのであれば法人理念に高齢者施設としての在り様が見える文

言を付け加えるか、または当事業所独自の理念策定が進むことを期待します

（２）組織としての判断が職員に浸透することを期待します

経営調整会議ではリーダーが集まり「目指すべき介護」が話し合われています。一方、理念と連動した基本方針はなく、職員の行動規範に関する内容は就業規則に散見されるも、理念に基づいた通常業務の具体的な姿勢、心構えを示したものではありません。以上のことから「現状の改善向上＝ある一定の質の向上」はあるものの、それがどこに位置付けられ、どの「ある一定のもの」と関連しているのかが見えにくいことから「個の判断」の領域が広がり、引いては「専門職としては優秀」でも「組織人としてはどうか」という人材を生むことになってはいないか、危惧されます

（３）複合型と独立単体どちらが有益か、検討が必要です

従来型のユニットである為、個室であっても５０人を一単位としていることから、食堂に集合して食事をとるなどサービスもユニット型ほど個別化への工数負担はありません。それでもユニット型ならば９６％の利用率で大幅な利益確保となりますが、従来型では９６％の場合赤字です。このことも影響すると推量されますが、他の事業と併せた複合施設の体制にあり、そのデメリットが随所に見られます。独立型は一見脆弱ですが、組織として一体となって推進できる、後進育成につながるなどメリットも多くあります。施設長が７つを統括することと当事業所に１名の施設長を置くことへの比較検討を一度試みることを提案します

（４）福祉、介護の原点回帰の芽生えと育ちを期待します

従来型のユニットであることから収益率が低く、ケアサービスの幅を拡げるのが困難な前提がある為、実現は無理であっても「視点をもつ」「受容する」「共感する」といった事はあって欲しく、現状利用者のケアサービスにおいて次の点が弱い状況にあると受けとめています。①利用者の要望の表出の把握や自己決定の支援（日常生活において本人が思いや希望を無理なく表したり、自己決定できるように働きかけているか）②日々のその人らしい暮らしへの支援（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、希望にそえるよう支援する）③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、気分転換の支援）

（５）利用者のＡＤＬ向上への取組を高めることを望みます

前項では姿勢のようなものを期待していますが、ここでは具体的に次の点が少しでも増えていくことを望みます。①小集団または個別のレクリエーションへの取組 →職員で時間をつくるのは困難なのでボランティアの支援を検討 →その為にはまずボランティア受入マニュアルの整備をおこなう ②心身の状況に合わせ機能訓練、介護予防活動の実施（デイサービスに専従の鍼灸師との連携を検討 →現在勤務の看護師が機能訓練指導員の資格を取得する事を支援 →機能訓練指導員の資格をもつ看護師募集を試みる）③ＢＰＳＤ（認知症の行動・心理症状）の対応をはじめとする認知症の状態に配慮したケアの共有（まずは費用をかけずに認知症のガイドブックの供覧を通じたレポート作成）

（６）励む人への評価を明確に示し、努力を称えてください

人員配置については現状の常勤換算比率や人件費比率のほか、安定した業務を進めるために必要な人員配置を数値的に把握して採用活動に取入れており、職員の就業率も安定しています。一方、経営方針をダイレクトに伝える、適した人材を育成する、待遇差の不平・不満を減らす、配置の指標となる等に効果を発揮することが期待される「人事基準制度」がありません。（４）、（５）の課題点

があるなかでも安定した運営であるのは、一人で二人分働く一部の職員によるフォローがあるのではないかと推量されます。人事基準の整備は費用と工数が求められるとともに福祉業務にはすぐわない面もあることから、賞与だけでも明瞭に評価をおこない、貢献度の高い人材の動機付けが早期に確立することを願います

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の評価に関わる取り組みを通して、自らのサービスを自ら言語化し自己評価することの必要性を痛感しました。また、評価機関の視点から客観的に捉えられることにより、事業を進める上で必要な視点、足りない点、考え方の方向性等について確認できたことを感謝します。これまで曖昧であったことが明瞭となり、やるべきこと、目指すべきことを自覚することができたのは、大きな収穫でした。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

- a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態
 b 評価…aに至らない状況、多くの施設・事業所の状態、「a」に向けた取組みの余地がある状態
 c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
①	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a・㊦・c
＜コメント＞ 平成31年4月より、理事会での協議を踏まえ、基本理念並びに経営理念が改訂されています。「地域の方々の幸福に寄与するため、法人職員の幸福を大切にします」の条文の追加が主な内容です。過去には単年度の「取組み目標」を策定していたこともありましたが、この追加された内容を含む現在の理念に基づいた事業所運営の検証、サービス内容や職員の行動に反映してゆくといった工夫や取組はみられません		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
②	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a・㊦・c
＜コメント＞ 経営に係る全国並びに静岡県内の社会福祉法人の経営指標等は法人本部が作成し、理事会等を通じて説明を受けています。同様に掛川市内の介護サービス事業所の利用状況も定期的に報告が挙がっていますが、「サービス形態に変更がない」といった理由から市の福祉計画を意識することは殆どありません。毎月の利用状況や新規契約などの数字は整備・把握され、年度の決算資料として集約されています		
③	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	㊦・b・c
＜コメント＞ 老人福祉部の経営会議が理事長や本部を交えて毎月開催され、各事業所の状況協議の中で当事業所もその一つとして経営状況を踏まえた課題を確認しています。老人福祉部における経営状況の課題対策は近年特に取り上げられており、先回の理事会では経営改善に向けた3か年計画が報告されるとともに、給与・賞与の見直しや新規の加算導入への検討が具体的に進められ、職員にも周知しています		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 少子高齢社会といった社会状況や運営上の課題を踏まえ、2020年から25年間の長期にわたる「大東福祉会中長期経営計画」を令和2年度に策定、経営ビジョンを「公正で品格のある中東遠地区の中核的な社会福祉法人を目指す」と定め、数値目標は積立資産積立計画、取崩計画に明示されています。一方、計画推進の項には「5年ごとの見直し」とありますが、事業計画と連動することが望まれますので毎年見直しがあるよう期待します		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・⑩
＜コメント＞ 中長期計画は経営の数値目標を示していますが、経営的改善に向けた方向性が確認できる数字は事業計画には示されておらず、中長期計画と単年度の事業計画が確実に連動していると言い難い状況にあります。ただそれらは「単年度の計画と中長期計画は別もの」と考えていることが原因であり、当事業所では「中長期は経営に関することが主」で「単年度はサービスに関するものが主となる」として計画を策定しています		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・⑩・c
＜コメント＞ 事業計画における各項目は担当職員がベースを作成しています。その後、施設長と副施設長が協議のうえ見直しを図り、事業所全体に関わる内容は経営調整会議の議題に挙げられ、更に精査されています。実施状況はQOL委員会においても把握していますが、体系立てられた評価・見直しの定めはなく、その点においては不十分です。事業計画は印刷されて事業所に在りますが、職員に向けた説明はあったり、なかったりで取組は定着できていません		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a・b・⑩
＜コメント＞ 事業計画の主な内容は、利用者や家族へ向けた掲示や配付はなく、説明の場についても設けられていません。それでも今回おこなった家族へのアンケートでは「満足」が伝わる言葉があり、特に職員の対応についての評価が高いことが確認されていて、ケアサービスにおける共有と信頼はあることが覗えますが、今後は家族会の設置を含み、年1回程度は家族が集う機会がつけられることを望みます		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・⑩・c
＜コメント＞		

評価ではないものの研修やミーティングを通じて見直しがおこなわれるとともにQOL委員会の活動が継続されており、質の向上を目指す姿勢は職員に定着していると事業所では考えています。一方、訪問時の見学ではサービスの標準化が十分ではない場面も確認され、更に職員のサービスの質への意識や考えも一貫性があるとは言えない例も散見されています。また第三者評価の受審は2回目ですが、自己評価の実施は定着していません		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a・b・c
＜コメント＞ 職員は自己申告書（目標も入れていてやや目標管理シートの要素を含む）の作成に取り組んでいますが、ここで問うている事業所全体の自己評価の実施はありません。個人目標は事業所目標に準拠している為、その集積が事業所の自己評価であるとみることもできなくはないと思われる一方で、「自己評価をもとに計画的な改善に取り組んでいるか」には及んではいけませんので、仕組みとしては未整備です		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a・b・c
＜コメント＞ 役割と責任の表明はありませんが、管理者は第三者評価受審への意欲を示し、限られた時間の中で職員に働きかけをおこなっていることは外部者にも汲み取れ、また本件のやりとりを通じてフォローワー型リーダーとしての力を発揮していることが確認されています。ただ、7事業所を束ねる施設長と法人理事を兼務する状況では指導が十分ではない、または片腕が育っていないことも現場の様子から見てとれます		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a・b・c
＜コメント＞ 法令遵守管理規程が定められ、迷う場合は法規的な確認とともに専門家の助言を仰ぐことも欠かさず、適切な判断となるよう図っていますが、管理者自身が外部研修で直接学ぶ機会はなく、自らも「幅広い分野における法令把握は十分でない」としています。職員には経営調整会議で留意すべき法規内容を説明することもあるほか、「介護保険さがせる net」との契約を以って最新の介護保険規定を確認することが出来る環境を用意しています		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a・b・c
＜コメント＞ 利用状況をはじめとする運営については定期的に把握されていますが、サービスの質の検証について評価・分析する組織的な仕組みは設けられていません。管理者は、事業報告及び事業計画の作成時期（年度末から年度当初）において、事業所の主任・副主任との会議及び個人面談を通じてサービス内容の課題を協議しています。また、昨年度は各種委員会による職員の意識調査をおこない、職員からの意見を把握する機会に実っています		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a・⑩・c
<コメント> 法定研修に定められた「虐待」の知識学習だけでなく、原因へのアプローチが自己覚知につながるのではとの管理者の発案でストレス改善アンケートを虐待防止委員会が推進した例や、夜間のオンコール体制を外部に委託して人員面での負担軽減を図るといった取組があります。業務の実効性を高めるための組織内の具体的な体制としては、経営調整会議や生産性向上委員会がありますが、管理者は兼務が多く積極的な参加とはなっていません		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a・b・⑩
<コメント> 老人福祉部全体で「今年度何名採用していくのか」を考えてはいますが、法人がホームページに挙げた求人は「応募があればありがたい」に留まるというものです。ただし、産休2名の補充も非常勤でまかなえていて、目指す介護に向けての人員として何名採用をしたらいいかを検討しているところ、という余裕があります。一方、必要な福祉人材に関する基本的な考え方や、その確保と育成に関する方針の確立といった事柄は未着手です		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・⑩・c
<コメント> 目指すべき職員像は示されておらず、明確な人事基準及びそれに連動した人事考課もありません。職員の処遇については業界の制度改正や社会情勢を契機に、施設長会議で協議される場合があります。昨年度法人全体において職員の意向調査に取組んだことから、キャリアアップや配置希望についての職員の思いや考えが確認され、人事上の課題並びに今後取組むべきことを掴むに至っていますが、キャリアアップの構築は未着手です		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	a・⑩・c
<コメント> 「長として担うべきもの」という自他の認識に基づき、管理者が就業状況や意向を把握するよう努めてはいますが、例えば有給休暇はデータでの定期確認には至っておらず、体制としてワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みもありません。衛生委員会が執りおこなう腰痛チェック、サポートスタッフとメンテナンススタッフ除く全ての職員の個人面談が毎年実施されるなど、総じて「働きやすさ」への尽力の足跡は確認できます		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a・⑩・c
<コメント> 組織として育成に係る「期待する職員像」を明確にしてはませんが、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みはおおむね整備されています。自己申告書を用いて、事業所の目標を踏まえた職員個人の取組内容を年度当初に設定、その後個人面談にて再確認しており、中間評価と年度末評価によるサポート体制もあります。ただし、目標設定は目標水準や達成期限などを定めてはい		

ません		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・c
<コメント> 事業計画を通じて事業所の研修計画が作成されていますが、個別ではなく「全体として必要なもの」という内容であり、期待する職員像の明示ありません。ただし、研修制度マニュアルには資格取得助成制度が定められ、勤務調整や費用の全額負担など法人としてのバックアップが示されていて、職員が研修に参加しやすい体制が構築されています		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・b・c
<コメント> 主要研修における受講状況や資格取得の把握があるものの、知識や技術水準を評価する基準がありません。新任職員には一定期間研修を実施されていますが、中途採用の職員に関してはおこなっておらず、習熟度の確認が不十分な状況にあります。研修については、老人福祉部の会議において、職種別・階層別の整備と事業所を横断した意見交換の場の必要性が協議され今後実施される予定となっています		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・c
<コメント> 実習生等福祉サービスに関わる専門職の研修・育成に関する基本姿勢として整備されたものではなく、マニュアルは作成されていません。ただし、受入れにあたっては事業所独自のプログラムはないものの、学校との連携により、事前の計画作成、期間途中のモニタリング、終了後の総括といった一連の流れが定着していて、円満に完遂しています。また指導担当として介護福祉士実習指導者講習会を受講した職員が位置づけられています		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・b・c
<コメント> 法人の広報誌は地域全戸にあたる5, 240世帯へ四半期毎の配付を重ね、活動状況等「大東福祉会を理解してもらえる」よう図られています。また地域には高齢者サロンが在り、「介護について説明して欲しい」「介護予防を目的とした運動を教えてもらいたい」「認知症について知りたい」といった声が入れば、専門性を発揮した地域貢献にも応えています。ホームページについては更新されていない内容もあり、定期更新が課題です		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・b・c
<コメント> 「経理規程」、「文書管理規程」等の法人各種規定はパソコン操作でいつでも誰でも閲覧できる環境にあり、法人所定の規程に基づいた業務処理が定めに従って実施されるよう図られています。法人の監事2名による決算監査及び期中監査が年2回あるほか、不明点は外部の専門家の助言を得ていますが、公認会計士、監査法人、税理士法人が実施する財務管理、経営管理に関する専門		

的な支援を受ける機会はありません

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 理念・方針の中には、地域に対する姿勢が盛り込まれています。利用者が個別に地域行事に参加することはありませんが、お祭りの屋台が立ち寄ってくださるときは皆で観覧して昔話に花が咲くこともあり、また地域のボランティア団体は清掃や花の植え替えといった奉仕活動で訪問くださるほか、年2回程ある外出行事には日赤奉仕団に外出支援を依頼することもあります。職員による支援をまず先に考える傾向が強いことは課題としています		
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	a・⑩・c
＜コメント＞ ボランティアの受入れや学校教育への協力に関しての基本姿勢を明確に示したものは現在ありませんが、今回の受審を通じて「職員各自がボランティアや職場体験の受入れを前向きに捉え、お互い協力者として相互的かつ効果的に関わるために必要な認識を確認するものとして作成したい」との意見が挙がっています。受入れマニュアルについても同様ですが、安全管理義務の視点からも作成が進むことを期待します		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 当事業所では社会資源を明示したリストや資料の整備はないものの、地域包括支援センターが所属する「ふくしあ」において把握されており、それは法人内の居宅介護支援事業所との間で情報共有が成されていて、事業所職員は「必要に応じて問い合わせる」という体制にあります。また関係機関とは「相談協力員懇話会」をはじめとする10余の会合の出席を以って連携が図られています		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 定期開催される民生委員児童委員協議会、介護保険事業所連絡会等、各種会合の出席を通じて福祉ニーズを掴んでいますが、情報を整備して職員に届く仕組みが確立していません。一方、議上では民生委員・児童委員からは地域の困難ケースへの連携状況が報告され、出席者からは見守りや移送といった支援メニューの提案が挙がるといった意見交換があり、有意義な場として成立しています		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 地域の福祉ニーズをはじめ情報把握はありますが、積極的に関わるということではなく、依頼や		

相談があれば尽力するという態勢です。例えば大東地域の地区ごと福祉委員の組織は日頃から地域の福祉活動を担ってくださることから、感謝の気持ちもあって交流会など催しに係る移送支援の依頼があるときは応じているほか、地域の清掃活動や体操教室への講師派遣にも取り組んでいます

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a・⑩・c
<コメント> 理念において「利用者の尊厳を守り、その人らしい日常生活が送れるよう支援します」を掲げ、基本方針「福祉サービスの質の向上に努めます」とともに運営規定第2条で尊重とADLの確保を謳い、一貫性のある姿勢を示しています。またそれらを実現する仕組みとしてQOL委員会を設置して目標管理に及んでいることから職員のモチベーション向上に実り、部署ごとの取組を知るよい機会になっていると考えています		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a・⑩・c
<コメント> 事業所には多床室や相部屋はなく、すべて個室が配備されています。「個人情報に関する基本方針」とともに職員の誓約書も備え、また押印を交わす重要事項説明書には守秘義務を盛り込んでいます。「食事介護マニュアル」「入浴介護マニュアル」「排泄介護マニュアル」にはケアサービスにおいてプライバシーや羞恥心に配慮すべき点が記載されていますが、利用者や家族に事業所のプライバシー保護への取組を周知することは課題です		
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a・⑩・c
<コメント> 事業所のパンフレットや法人の広報誌は今後利用者若しくは利用者家族となる市民の目に触れるよう、地域包括支援センター、近隣の病院、歯科医師などに置かれ、年4回法人が発行する広報誌には法人内の他事業所の紹介も入り、イラストや写真を多用して見やすいものとしています。入居希望者については情報を書面に落とし込むことで、入所希望時期や現在の状況が把握されていますが、葉書や電話による追跡確認はおこなわれていません		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・⑩・c
<コメント> 福祉サービス内容や料金が記載された重要事項説明書を備え、契約書では組織と利用者の権利義務関係を明確にしています。説明は生活相談員として概ね窓口を1本化させ、認知症の影響があったにしても、必ず一度は家族から本人へ入所について話してもらうことを旨としています。意思決定が困難な利用者への配慮と工夫に係るルール化には及んでいません。また体験の機会は設けられておらず、機能はショート利用を代替としています		
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福	a・⑩・c

	祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
<コメント> 福祉サービスの内容の変更については定期のモニタリングと施設サービス計画書の更新を以ってその品質を維持していますが、地域・家庭への移行にあたり、継続させるための留意点を含む手順、引継ぎが担当者レベルの認識で進められており、取決めが文書になっていないことから標準化に至っていません。また、サービス終了時に今後も相談に応じることは口頭ではなく、書面で渡すことを期待します		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・b・c
<コメント> サービス担当者会議や面会の場面で「要望や困っていることなどないか」確認しており、言いやすくなる雰囲気づくりを意識して対応していますが、利用者満足に関する調査や利用者会、家族会の運用はありません。QOL委員会が補足的な役割を担っていると思われませんが、大局の視点として「利用者本人が穏やかに暮らすためにはどうしたらいいか」が中心で、それ以上の満足を目指すという考察は不足しています		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a・c
<コメント> 苦情解決責任者は施設長、苦情受付担当者は介護主任とし、更に第三者委員を設け、それらの役割や連携を「苦情解決改善マニュアル」に明示していますが、ホームページでは苦情内容にたどり着くのが簡単ではなく、また職員も報告を受けるのみで、対応策や再発防止策の検討及び周知する場面がなく、総じて苦情解決が身近に置かれていないことは課題です		
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a・c
<コメント> サービス開始時には「入所式」をおこない、本人だけでなく家族とも親しみある関係づくりに努めています。また利用者への声掛けを毎日おこなうよう指導をおこない、おおむね定着しています。一方で「なぜおこなうか」について上位者は業務上の理由を明瞭に説明できますが、認識が曖昧な職員もいて、同一サービスが提供されている確証がもてませんでした		
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	a・c
<コメント> 「苦情解決に関する規程」には苦情の受付から公表の流れが明示され、これを基盤に「苦情解決改善マニュアル」が作成されています。苦情申出人の要望についても「話を聞いて欲しい」「調査して欲しい」と、状況を詳らかにするよう「福祉サービスに関する相談・苦情受付書」に項目設定されていて実直さが伝わりますが、利用者が意見を言いやすい条件を整備しているか（意見箱・アンケート等）という点は不十分です		
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a・c
<コメント>		

リスクマネージャーの選任及び配置は出来ていませんが、事故対策委員会に於いて毎月定例開催され、ヒヤリハットや事故報告における発生要因の分析や改善策の検討を励行していますが、記録は十分とは言えません。マニュアルは事務所に置かれているものの、周知を目的とした取組や研修はありません。事故の発生では、ブロック会議でマニュアルを再確認し「気をつけようね」と話題とするに留まっています		
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a・⑩・c
<コメント> 「感染対策マニュアル」を備え、感染管理体制として「施設内感染対策委員会」の設置を明示しています。令和6年4月の改訂内容については、現時点ではマニュアルには反映されておらず、研修や訓練の実施回数の定めはありません。ただし、今年度はガウンテクニックの研修・訓練を実施済みで、次回は感染対策を予定していて、実績はあります。また研修レポートの作成など教育を一過性にしない取組もみられます		
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a・⑩・c
<コメント> 災害時の対応が集積されたマニュアルに基づき毎月訓練をおこない、研修は年2回実施、参加できなかった職員にはブロック会議で共有させています。また警戒宣言時対応として自衛消防隊が編成され、毎月自主検査チェック表を記入しており、その結果が防災委員会で報告されるという仕組みもあります。ただしマニュアルの見直しは定期実施ではなく、職員が全容を確認のうえ理解しているかの習熟度は不明です		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a・⑩・c
<コメント> 食事、排泄、入浴のマニュアルはありますが、それらがケアの標準的な実施方法という認識が職員間になく、また研修会で「この箇所にある～」との説明で絡めるとか、「現状のサービスがよいか」との視点で見直すことはおこなってきてもおらず、その為標準的なサービスの共有化が不十分です。3年程前にマニュアルの見直しがあったものの修正票が残されておらず、どの箇所を改訂したのか不明です		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a・⑩・c
<コメント> 標準的なサービス方法についての見直し時期の定めはなく、リーダー会議やブロック会議で挙げた内容を都度現場に反映させていくのが習わしとなっています。施設サービス計画書の検証・見直しにあたっては職員や利用者、家族からの意見が反映される仕組みになっていますが、標準的な実施方法についてはありません。ただし、標準的な実施方法の変更は個別の施設サービス計画書にも必要に応じて反映されています		
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計	a・⑩・c

	画を適切に策定している。	
<コメント> 施設サービス計画書には利用者の要望が記載され、長短目標を目指した援助内容によってニーズも明瞭であり、多職種が関わっています。更にサービス担当者会議の要点に向かうまでに日課計画表、課題整理総括表、モニタリング総括表を加え、「アセスメント結果」を計画に反映させていることも視認しました。サービス担当者会議の要点にある「検討内容」には検討記載がなく結果のみの為、改善を期待します		
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a・⑩・c
見直しは半年毎とし、担当の介護職員がモニタリングを記入後、専門職の加筆もを経て、生活相談員が更にチェックしたうえで、施設サービス計画書の更新が肅々とおこなわれていますが、緊急の更新の場合も含み、仕組みや手順の文書化は成されていません。関係職員に周知する方法の定めありませんが、実際はケアカルテ（介護記録システム）に施設サービス計画書は保存され、誰もが閲覧可能な状況にあります		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	⑩・b・c
<コメント> 介護記録システムを活用したケアカルテには入浴や日々の排泄介助、バイタル測定等施設サービス計画書に基づいたケアサービスが記録されています。事務所には卓上パソコン、フロアにはiPad3台が置かれ、介護記録の入力と閲覧のほかバイタル推移も確認できます。また概ね選択方式なことから、統一した記録状況となり、重要事項は「要連絡」とすることで赤字表示され、出勤した職員は必ず確認しています		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・⑩・c
<コメント> 「保存文書分類表と保存期限」の文書を備え、保存期限を明確に示していますが、職員の認識は薄く、会議録は1年毎に段ボールに収めて保管するとか、その後は溶解といった手順を知るのみです。個人情報データ管理となっていて紙ベースはほとんどありません。職員は入職時に「個人情報に関する誓約書」に署名していますが、特段更新の仕組みはなく、また勤続年数の長い職員は手続きしていません		

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a・⑩・c
<コメント> その日の職員で利用者の状態を情報共有する「申し送りノート」があり、ケアカルテの変更に及ぶような事があった場合にはブロック会議（A～D）の議場にあげ、ブロック会議までに間に合わないものはウイークリー情報にて共有する仕組みと成っています。日中活動に参加出来ない人は休養に重きをおき、好きな食べ物で応えるといった個別対応はあるものの、「利用者の自立に配慮した援助」や「本人への動機づけが計画的な推進か」との点においては十分ではありません		

A②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
<コメント> 評価外		
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a・b・c
<コメント> 評価外		
A④	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a・⑩・c
<コメント> 食事や入浴といったケアサービスの場面で、リーダー職と管理栄養士が中心となって食べたいものや身体の調子を聞くよう努めています。職員には言葉遣いに課題がある人は2割ほどいるのですが、改善向上の糸口は未だ見つかっていません。難聴の場合には筆談やジェスチャーを交えるほか、発語が難しい場合にもクローズドクエッションをつかう工夫があります。日中の寛いでいる時間帯に利用者に寄り添ってゆっくり話せる機会が現状つくれていませんが、「つくりたい」想いは職員にはあります		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	a・⑩・c
<コメント> 権利擁護とは「高齢者をはじめとする支援が必要な人たちの権利や尊厳を守り、その人らしい生活を支えること」を指します。アドボカシーとも呼ばれ、本人の意思を尊重しながら、福祉サービスの利用や生活環境の改善などを通じて、自立した生活を送れるよう支援することが目的です。浅薄に「身体拘束をしない」「虐待をしない」と捉えている職員もいて、本件について理解と周知があるとは思えない節もありますが、身体拘束廃止未実施減算並びに本年から実施義務の虐待予防に係る取組は適切に遂行されています		

評価対象 A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a・⑩・c
<コメント> 各居室にエアコンと温度・湿度計が設置されています。例えば外気温が高くなり、蒸し暑くなる夏場は、室温25～28℃で湿度50～60%が理想的とされますが、そういった目安ではなく、利用者の体感を中心に職員の意向が加えられていてアナログ対応です。目に付きやすいスペースは大変清潔ですが、埃や虫の死骸が溜まっているところもあって、掃除専門者の掃除箇所が決まっているマイナス面も見受けられます。トイレは表示がわかりやすく、夏場はサーキュレーターを置くといった工夫があります		

評価対象 A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・⑩・c
<コメント> 機械浴を新たに導入しています。在宅から車いすでの入所は3割程あり、病院や介護老人保健施設からはほぼ車いすであることから、職員も負担を軽減することが叶って双方から歓迎されています。ズボンをおろすとき恥ずかしがる利用者には、2名の介助で「大丈夫ですか」「私の手を握ってください」と声をかけ安心できるよう支援するほか、入浴前にはバイタル測定をおこない、「食事を残していなかったか」といった日常とは異なる状態から入浴の可否を判断するものの、それらは看護師主導で標準化されてはいません		
A⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・⑩・c
<コメント> 自然な排せつを促すための工夫については、以前はおからパウダーを提供していたこともありましたが、現在は定時のトイレ誘導と、毎食3回と10時、14時半、合わせて5度の水分摂取を位置付けています。安易におむつにせず、手引き歩行でトイレまで付き添い、職員2名の介助が必要でも「できる限りトイレで」を励行しています。健康状態を把握するためにも、介護記録システム上のケアカルテに表記された「すいよう便」や「軟便」といった項目に印をつけ、色は手入力しています		
A⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・⑩・c
<コメント> 支援に長けた職員は、弱視の利用者の為に花のオブジェを扉に取り付け、「靴をしっかりと履いているか」に注視しています。「イチ、ニ」「イチ、ニ」と声をかけてリズムをとり、「今日も上手に歩けていますね」と声をかける職員もいれば、少しふらつくと勢いよく駆け寄ってきて利用者本人を驚かせてしまう職員もいて、移動支援についての認識や支援方法の共有は十分ではありません。一方で、利用者が移動介助を希望した際などに、できる限り早く対応できるようにインカムが導入されています		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・⑩・c
<コメント> 献立の立案と調理は外部業者に委託しています。業者とは給食会議が定期開催され、マンネリ化しないよう毎月特別食も盛り込まれています。例えば台風で職員が出勤できないときには柔軟な変更があるなどの理由を以って10年継続契約となっていますが、まずは本年義務付けの「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止対応」に係る「衛生管理マニュアル」は事業所と共有するよう申し入れることを期待します。所内では温冷蔵配膳車を使用し、喫食時間にも注視する態勢があります		
A⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・⑩・c
<コメント> 栄養ケア計画書の取組はありますが経口維持加算の算定はなく、必要に応じて口腔ケアやマッサージをおこなうに留まります。事故・急変時対応マニュアルは全員が持っており、研修でも使用していて、事故対策委員会（看護師、施設長、主任、管理栄養士、介護支援専門員）の設置もあり		

ますが、予防の一つとなる日々の嚥下体操や口腔ケアに関する研修は未実施です。ただし、食事席の配置は吟味したうえで介助に入る職員が担当エリアを把握できるよう図り、管理栄養士によるミールラウンドも実施されています		
A12	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 口腔ケアについては、利用者が自身でできない事であれば、職員が義歯や自歯の仕上げ磨きをおこなっています。状態チェックについては、月2回歯科医師・歯科衛生士による歯科往診があり、月1回職員と看護師が口腔状態の確認をするのがルーティーンとなっていて、今後は訪問の歯科衛生士に依頼してミニ研修会のような学習機会をつくる予定です。口腔ケアの方法や頻度は介護計画書にも組み込み、実施の有無はケアカルテに実施記録欄を設けています		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A13	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 「なるべく左に向けない」といった注意事項は居室に貼り出しています。あか剥けやポケット程度はできるものの、「パットやオムツは高品質のもの」「午前・午後1回ずつのほかにトイレでもワセリンを塗る」「陰部洗浄には保湿を保つ液を注入する」「低反発のマット・エアマットに変更」等「褥瘡がでにくい」予防対応があり、夜間は看護師不在となることから常にケアが必要な人は受け入れていません。それでも看護師以外は介護職であり、新人もいますので、マニュアルの整備や研修は最低限必要です		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a・b・⑩
＜コメント＞ 介護職員に向けた喀痰吸引・経管栄養に係る所定の養成研修には取組んでいません。看護師は4名いますが、常勤職員は1名で他3名は非常勤職員です。介護職とともに医療従事者の採用も不安材料の一つであり、夜間はドクターメイトというコールセンターと契約しています。必要であれば医師・看護師の指示は仰げますが、実務が必要となれば常勤看護師を呼び出すしかなく、その対応も難しい場合は救急搬送となっています。入所段階では無理なことを伝え、在所中に日常的な実施が求められる場合は移設としています		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 午後を体操の時間とし、ボール運動やユーチューブでの軽運動は日課ですが、利用者の「やりたくない」には気持ちを尊重して受入れ、施設サービス計画書に機能訓練が位置付けられた人にはなんとか取組みへの工夫、支援にあたっています。リハビリテーションの専門職がデイサービスにあり、質問や要請には応えてもらえる関係にはあるものの、業務上の連携はありません。隙間の時間を活用して看護師が肘の曲げ回しや指折り体操、首回しなどの指導をおこなっていますが、計画的な取組は課題です		
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・⑩・c
＜コメント＞ 各ブロック会議においてケース検討は毎月全利用者を対象として、モニタリングは半年に1度と		

いう仕組みの中で、施設サービス計画書の更新時を活用して介護支援専門員が長谷川式を使って認知症の進行状況を確認しています。これは入所時にもおこなわれており、定期の経過観察となっていますが、日常において職員が変化に気づいたときは随時医師へ進言しています。認知症対応に係る研修は十分ではなく、指示的・受容的な関わりが出来ている職員が一部に限られていることを課題としています		
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a・⑩・c
<コメント> 「事故・急変時対応マニュアル」を整備のうえ、体調変化があった利用者の対応手順が職員に周知されています。検温は毎日おこない、体調不良者は血中酸素の測定をはじめ看護師との連携を図っています。「眠りスキャン（入眠、呼吸、心拍数、在離床の状態をセンサーが端末機器へリアルタイムに送信する装置）」を導入しており、状態変化が心配されるときは体調の変化に即時に気づけるように配され、現在10台が稼働しています。服薬管理は看護師で一元化なものの、薬の効果や副作用に関する職員研修は未実施です		
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a・⑩・c
<コメント> 終末期対応の方針と手順は文書化されています。入所の折に一度家族の意向確認があり、その後飲み込みが不具合といった重度化への進行兆候が見られたとき、改めて家族と話し合っていて、担当者は生活相談員（介護支援専門員兼務）としています。年1回は終末期・看取りに係る研修が定期開催されていますが、職員に特段、精神的ケアをおこなってはいません。アンケートを使った振り返りの機会を設けており、皆上手に切り替えができていていると考えています		

評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A19	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	⑩・b・c
<コメント> 利用者の状態変化等報告すべき事柄が発生した場合は、主任・副主任・看護師・生活相談員若しくは担当職員かのいずれかが家族へ速やかに電話にて報告することが励行され、また毎月家族連絡票を通じて1か月の様子を報告しています。更に年1回は必ずサービス担当者会議を開催することで体調や生活状況の報告やサービス内容についての意向・要望を受け取るなど相互理解を深めていて、それは今回の利用者家族アンケートにおいても異口同音の感謝の言葉で確認できます		

評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 評価外		

