

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020年8月31日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 060-0002

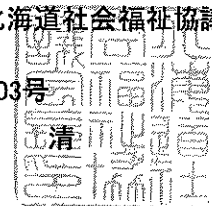
住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地
かでの2.7 3階

電話番号 011-241-3982

評価機関名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第18-003号

代表者氏名 会長 長瀬



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	小野寺 さゆみ	総合	第0116号
	(2)	高橋 修一	総合	第0156号
	(3)	神内 秀之介	総合	第0068号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	養護老人ホーム			
事業所名称	養護老人ホーム永楽荘			
設置者名称	社会福祉法人 函館厚生院			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2019年6月20日	～	2020年8月31日	
利用者調査実施時期	2019年7月1日	～	2019年8月30日	
訪問調査日	2020年2月18日	～	2020年2月19日	
評価合議日	2020年3月16日			
評価結果報告日	2020年8月31日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

社会福祉法人 函館厚生院

代表者氏名：高田 竹人

所在地：〒040-0011 北海道函館市本町34番8-1号

TEL 0138-51-9588

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

1. 適切なサービス開始のための工夫

養護老人ホームでの生活をわかりやすく伝えられるよう、施設内部の動画を法人ホームページで公開し、見学を疑似体験できるコーナーを開設しています。この取り組みは、サービス選択を円滑にする情報提供の場として、地域の介護支援専門員等から好評を得ています。また、法人のデイサービスのパンフレットには施設ホームページのQRコードを掲載し、利用希望者等が閲覧しやすいように配慮しています。地域住民に対しては、近隣自治会の回覧板に施設の広報誌をつけ、施設を幅広く知ってもらうための定期的な取り組みを継続して行っています。施設の存在やサービス内容を周知し、適切なサービス開始、選択を可能にするための積極的な取り組みを行っていることは評価されます。

2. 計画的なファシリティマネジメント

施設の老朽化に対して、時代のニーズや利用者の日々の生活環境に着目し、計画的に整備を進めています。居室環境(居室内・入口)や談話スペース環境は、利用者の視点を取り入れ、明るさや広さなどに配慮した変更を行っています。また、空調や暖房設備を新たに整備し、運用面においても利用者にとって快適な環境を優先的に検討しています。温度・湿度などの環境要因や、利用者の体調等を職員が総合的に判断して温度管理を実施するなど、利用者の住まいとしての住み心地に配慮した上で、計画的な環境整備に取り組んでいることが評価できます。

◇改善を求められる点

1. 施設サービスの方向性を踏まえた情報共有の充実

現在、施設の入所者には介護保険(特定施設入居者生活介護や短期入所生活介護)の利用者が含まれています。利用者により受けられるサービスが異なることから、利用者及び職員に対して、対象となるサービスの内容や今後の方向性を示していくことが必要です。その際、介護や支援の必要な利用者の処遇が中心となってしまいがちですが、利用者が希望し、必要とする自立支援の視点も打ち出すことが求められます。

介護を必要としない利用者への支援には、自主性を尊重するだけではなく、自己決定支援の面でも施設の専門性が必要とされます。また、施設として取り組んでいるアウトリーチは、利用者の個別性に配慮した支援や権利擁護の取り組み、職員の意識向上のための視点を共有することが期待されます。今後、運営やサービス提供に必要な内容を網羅した事業所の計画を策定し、職員や利用者、家族等にわかりやすく説明し理解を得ていくことを期待します。

2. 標準的なサービス提供のためのマニュアル見直し

施設全体として、基本的な介護技術や相談援助技術などを駆使し、利用者本位の安心・安全なサービス提供の実践を目指しています。しかし、こうした取り組みは、担当職員が個々に実践を積み重ねるだけでなく、権利擁護の姿勢を前提とし、継続的かつ安定的なサービス提供が可能となる組織全体の基盤や仕組みづくりが必要です。介護業務マニュアルなど各種マニュアルの内容は、具体的な介護技術や手順の記載に力点が置かれていますが、権利擁護の姿勢や標準的なサービス提供を可能にするための留意点等の記載が十分ではない面もあります。これらの内容について、日々工夫しながら取り組んでいる種々の実践を基に、定期的に見直す仕組みを構築することを期待します。

3. 地域ニーズ並びに利用者本位の住まい在り方の提供

法人全体のスケールメリットを活かし、重度化した場合は特別養護老人ホームや老人保健施設等への住み替えを行っています。今後、施設には、地域包括ケアシステムの構築やレジデンシャルケアの中核施設としての役割が期待されます。そのためには、口腔ケアや褥瘡発生予防のケアの充実など、支援の専門性をさらに向上させることが求められます。中軽度の利用者のみならず、永楽荘での看取りまでを希望する利用者のニーズに応えられるような支援体制の構築が検討されることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、初めて第三者評価を受審し、客観的かつ専門的な立場から評価を頂けたことは、普段の自分達の取り組みの振り返りと視点を見直す良い機会となりました。

評価結果は、日常的な取り組みにおいて評価された点、改善を要する点が明確に示され、取り組むべき方向性や役割、介護観の醸成等、自分達のサービスの“気づき”となり、職員の“やりがい”にも繋がったと感じています。

今後、評価頂いた点は継続して取り組みを深め、改善点については評価結果を1つの指針として活用し、よりきめ細やかで質の高いサービスが提供できる施設を目指し、改善に取り組んで参ります。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 元 年 12 月 17 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 函館厚生院		
事業所名 (施設名)	養護老人ホーム永楽荘	事業 種別	養護老人ホーム
所在地	〒 042-0955 北海道函館市高丘町3番1号		
電 話	0138-57-1366		
F A X	0138-57-1338		
E-mail	eiraku@koseiin.or.jp		
U R L	http://www.koseiin.or.jp		
施設長氏名	水沢 宜史		
調査対応ご担当者	田中 耕司 (所属、職名：庶務係長)		
利用定員	150 名	開設年	昭和 38 年 10 月 1 日
<p>理念・基本方針： 社会福祉法人 函館厚生院 基本理念：わたしたちは、法人創立の精神である「慈しみのこころ」を基（もと）とし、社会福祉の増進に貢献します。 五つの基本 ①保健・医療・福祉の分野で、地域の中心的存在としての自覚を持って行動します。 ②利用者の安心・満足を得られるよう努力を怠りません。 ③高度の技術の錬磨に努めます。 ④現実の認識を厳しく、未来を見据えて計画を立て実行するように致します。 ⑤合理的で堅実な運営・経営がそれらを支えることを確信しております。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：ご利用者の自立と個人の尊厳を重んじ、安心して楽しい生活をおくることができるように職員が取組んでいます。趣味活動に多くのボランティアの方のご協力を得て、大正琴、書道、生け花、押し花、カラオケ、手芸、園芸、唄と俳句のクラブ・教室を開催し、皆様の交流が図られる行事、レク行動を行っております。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		回（平成 年度）	
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

特定施設入居者生活介護、短期入所生活介護 (定員9名)、通所介護 (定員30名)

【利用者の状況に関する事項】（令和元年12月17日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	5 名	6 名	17 名	41 名	44 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
25 名	8 名	1 名	147 名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2 歳児	3 歳児	4 歳児
名	名	名	名	名	名
5 歳児	6 歳児	合 計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級
視覚障害	名	1名	名	名	1名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1名	名	2名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	4名	6名	4名	名	1名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	3名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	1名	6名	6名	9名	1名	1名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	1名	4名	名
そううつ病	名	2名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	1名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	1名	7名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
5名	10名	21名	16名	18名	13名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
14名	10名	6名	9名	8名	2名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	3名	2名	2名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
3名	名	1名	2名		

(平均利用期間： 5年5か月)

【職員の状況に関する事項】 (令和元年12月17日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	支援相談員	介護支援専門員
常勤	38名	1名	3名	4名	1名
非常勤	21名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	23名	名	4名	名
非常勤	名	18名	名	2名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	2名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	1名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	1名 (名)
介護福祉士	21名 (9名)
保育士	名 (名)
	名 (名)
	名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は () に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	5,240.7㎡		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	平成	5年	
(4) 改築年	平成	29年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡		
(2) 園庭面積	㎡		
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行つて外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年	
(5) 改築年	平成	年	

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別(該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制	<input type="checkbox"/> ・中舎制	<input type="checkbox"/> ・小舎制
(2) 建物面積	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成30年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

66 人

・ボランティアの業務

- (1) 趣味、レクリエーション等の指導及び補助
- (2) 施設行事等の補助
- (3) 施設利用者の話し相手等
- (4) 施設、設備、備品等の清掃等
- (5) その他、ボランティアと永楽荘の要望、ニーズが合致した内容

【実習生の受け入れ】

・平成30年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士	0 人
介護福祉士	0 人
その他	4 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

意見箱を設置して、自由に意見を投函できるようにしている。
毎月、利用者への全体懇談会を実施し、サービス・行事等へのお知らせ及び意見等を聞いている。
アウトリーチにより、利用者の潜在的ニーズを表に出すよう支援している。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果

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	コメント
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。	b	法人の理念があり、5項目からなる基本方針、モットーをポスターにして、事業所内に多数掲示している。100年以上の歴史がある施設であり、開設時からの使命と志を受け継いだ3つの理念をホームページとパンフレットに掲載している。職員に対しては、新人オリエンテーションと年度当初に行う事業計画の説明時に、改めて周知を行っている。利用者や家族等に対しては、施設内の掲示で周知するほか、年2回発行する広報誌にも掲載している。利用者が参加する全体懇談会でも周知を図っているが、参加者が限定的であるため、周知の機会や方法の工夫に期待したい。

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
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	利用者は行政からの措置による受け入れとなっており、函館市内の養護老人ホームの稼働率等を含め情報交換を行っている。利用者の高齢化への対応のため、介護保険の特定施設の指定を受け、事業環境の変化に対応している。利用率等、毎月の収支の状況をまとめ、法人の運営会議で法人役員等に伝えている。
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a	もともとの福祉サービスである養護老人ホームでの受け入れに加え、平成18年からは外部サービス利用型の特定施設の指定を受けている。さらに利用者の介護ニーズの充足と経営基盤の向上のため、平成28年には一般型の特定施設へと転換し、安定的な経営に取り組んでいる。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
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。	b	中・長期的な経営課題が記載されているが、施設更新以外は、課題を解決するためのタイムスケジュールや方策までは記載されていない。職員が事業所として何を目指し、どのような取り組みの途上にあるのかなどを共有し、同じ目標に向かっていくためにも、課題の解決に向けて必要な内容を備えた具体的な計画としていくことを期待したい。
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。	b	重点目標を定め、実施する項目を記載しているが、いつ、どのように取り組むかなどの具体的な内容が記載されていない。また、中・長期計画で定めた内容が年次計画に反映されておらず、利用者の稼働率など一部の数値目標に限られている。計画が実施項目の記載にとどまっているため、目標に対する客観的な成果の検証が可能な内容とすることを期待したい。

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。	b	事業計画には実施項目が記載されているものの、達成度を図るための指標となる数値等がない。課題への取り組みの理解や実践において、評価や見直しの仕組みはあるが、状況や担当者により実践が異なっている。数値化することにより、計画通りとならない場合にも客観的に判断できるよう、数値や達成時期の設定を行い、さらに精度の高い見直しに繋げていくことを期待したい。
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。	b	運営方針と重点目標を広報誌に掲載し、事業所内に設置しているが、事業計画自体は閲覧に供していない。行事の予定などは掲示するとともに、利用者の3割ほどが参加する毎月の全体懇談会でも周知している。全体懇談会に参加しない利用者への周知や、利用者ごとに理解しやすい工夫を行うとともに、全体懇談会などを活用して利用者の意見を反映した計画となるよう取り組んでいくことを期待したい。

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	コメント
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。	b	役職者による自己評価を2年間実施し、平成30年度は全職員の個別評価を集計している。今年度は職域や経験年数などを考慮したグループを作り、個別評価を多数決でまとめており、評価方法の工夫を重ね段階的に精度の向上を図っている。しかし、見出された課題について、合議や取りまとめを行い文章化するまでは至っていない。すでに改善に取り組んでいるものもあるため、課題の把握と改善策の策定、実施などのプロセスを職員に見える形にしていくことを期待したい。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	b	平成30年度に実施した職員の自己評価結果を事業所内に掲示している。自己評価の実施方法と検討方法、改善策の実施方法など、一連の流れについて仕組みを整え、組織的に取り組むことが期待される。また、評価から見出した課題のうち事業計画に反映したものについても、まずは着手するだけなのか、どの程度重点的に取り組むのかやその方法が明記されていないため、明確化し計画的に取り組んでいくことを期待したい。

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	コメント
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	施設長は、職員に目指す方向性を伝え意識を統一していくため、事業計画を説明する重要性を認識している。職員との意思疎通を円滑に行えるよう、現場の状況の確認を頻繁に行っている。施設更新や、利用者の介護ニーズへの対応の質を向上させることを目指し、年度初めに職員向け会議を複数回実施し、全職員に対して直接伝える機会を持っている。
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。	b	施設長は、法人本部や老人福祉施設協議会等からの情報を受け、法令の確認を行っている。また、法人内の管理者会議などで、高齢者福祉に限らず、広く福祉に関連する法令等について情報を得ている。コンプライアンスは法人全体で取り組んでおり、職員の労働環境の整備や、虐待、身体拘束などに対する適切な職員教育を行っている。利用者の特性などから、虐待、身体拘束などの権利侵害だけでなく、利用者の権利擁護の観点からも職員への法令等への幅広い教育を進めていくことを期待したい。

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 職員の働き方改革として、多数の委員会を5つに集約しスリム化を図り、現場からもスピード感を持った運営を感じられるように変更している。制度改革に対応し、効率的な運用を行うため各委員会の開催時には事前にアドバイスし、議事録により確認を行っている。また、苦情解決機関としてWRM委員会を設置し、必要な場合は第三者委員を交えて協議するなど、質の向上に取り組んでいる。
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 業務の効率化とチームケアの実現に向けた取り組みを行っている。パソコンを活用した記録等の推進や、業務の知識や技術に職員間の差が生じている点を解消するため、情報共有の時間にパート職員が参加できるようにシフトを固定するなど、工夫を行っている。また、経営についても法人から毎月助言を受け、職員と共有し取り組んでいる。

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
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。	b	法人に対して新卒の配置を希望しているが、3年ほど実績がない。この状況を受けて、中・長期計画でも外国人や中途採用の人材活用について示唆しているが、具体的な人材確保の計画は策定していない。また、事業計画にも採用や育成についての具体的な人数や必要な資格、技能者数、方策までは記載していない。現在、配置基準は満たしているものの、必要な人員や資格者の雇用や育成についての具体的な計画を策定することを期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	職員定着率の数値目標等は定めていない。期待する職員像、自らの職業人としての将来像は、キャリアパスフレームで示している。人事考課者10名に対し考課者研修を実施し、基準に則った考課ができるようにしている。衛生委員会では職員の労働環境や、ストレス、健康診断等について所管している。しかし、人事考課は正職員と常勤契約職員が対象であり、非常勤等の職員は対象となっていない。施設長が年1回契約更新の際に面談を行っているが、面談記録は作成していないなど、全職員に対して必要な人事管理が行われていないため、今後仕組みを整えていくことを期待したい。
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。	b	セクハラ相談窓口の設置や、育休・介護休暇の活用は行っているが、職員の満足度等の調査は実施していない。有給休暇の消化率は、部署によりばらつきがあり、30~40%に留まっている。職員面談は年3回の人事考課の際に行っている。その際、職務達成課題等について記録しているが、面談時の意向の把握の手順や内容は定めていない。面談時の内容や、職員からの希望が考課者から担当者に伝わるよう記録と報告の仕組みを整えていくことを期待したい。
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。	b	正職員と常勤契約職員については個人目標を作成しているが、人事考課の対象とならない職員がいるなど、すべての職員に対する仕組みとはなっていない。また、施設として個別の育成計画は作成していない。施設の育成計画を踏まえ職員一人ひとりが資格や知識・技能を獲得できるよう、取り組むことが望まれる。今後は、チームケアを推進するためにも、パート職員に対しても業務に合わせて必要な知識や技能を計画的に取得していけるよう取り組むことを期待したい。

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。	b	中・長期計画において研修計画が策定されているが、見直しは行っておらず、案内が届いた外部研修へ職員を派遣している。施設としての職員像は中・長期計画に記載しているが、職員が閲覧しているキャリアパスフレームは法人として求める職員像のため、整合性を図っていく必要がある。施設として必要な内容を共有するため、中・長期計画に掲げる人材育成の教育の3本柱（OJT、OFF-JT、自己啓発）の実践に向けた具体的な方針を定めることを期待する。また、今後予定される外国人労働者の受け入れについても同様の取り組みを期待したい。
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。	b	外部研修の案内を職員に開示し、施設として参加を促す場合もある。また、内部研修については職員が参加しやすいシフトの配慮を行うとともに、複数回開催することで全職員が参加できるようにしている。しかし、研修の効果の分析までには至っていない。予定される外国人や中途採用者などへの教育研修などについては、職員への浸透度や実践状況を勘案し、理解度に応じて一人ひとりに対して適切な方法で機会を提供できるよう取り組みを期待したい。
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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	栄養士や教職員免許取得のための介護等体験の受け入れを行っている。実習生ごとに実習の目的や実習課題について事前に打ち合わせ、内容を調整している。しかし、実習生の受け入れ担当者は決まっているがマニュアルは整備していないため、施設にとっての実習生受け入れの意義と、実習生に対しての組織的な対応などについて明文化し、職員と実習生双方で確認していくことを期待したい。

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
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。	b	広報誌を地域にも配布し、SNSの活用についても検討を始めている。ホームページがあり、施設での生活やサービスが具体的にイメージできるよう、施設内部を仮想見学できるバーチャルツアーを提供している。しかし、法人理念の表示はなく、パンフレットや広報誌をダウンロードすることで確認できる。また、法人本部のホームページで入札公告や決算情報の公開を一括して行っているが、現況報告や貸借対照表、収支計算書は更新されていない。事業所としてホームページ担当を設置していることから、広報誌や行事報告の更新だけではなく、事業計画や決算等、事業所の透明性を図る内容が網羅されているかなども確認し、発信する情報について検討して、情報公開を適切に行っていくことを期待したい。
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	外部監査を年2回実施している。施設での料金等の管理などは、代金収納代行を導入し事務負担軽減につなげている。施設内の事務経理規程を定め、法人内で運用状況を確認するとともに、預かり金監査を含めた法人内部監査を年4回受けている。また、年度当初に決算管理監査を受け、適正な運営を確認している。

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	コメント
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。	b	通院に利用できる無料バスの運行を週2回行っている。また、施設内に近隣の商店の売店を常設し、年4回スーパーの訪問販売も行っている。法人の他施設と合同での夏祭りや、町内会の行事を敷地内で開催し、利用者も参加している。個別対応では、有償ボランティアの紹介なども行っているが、入所前の地域とのつながりの支援など、今後さらに取り組んでいくことを期待したい。
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。	b	職員向けのボランティア受け入れマニュアルを作成している。目的を明示し、担当者と受け入れ手順等については定めているものの、目的の達成のための具体的な内容は示していない。また、ボランティアに交付する文書には、受け入れ目的や方針の共有を促す内容は記載していない。様々なバックボーンを持つボランティアに対して、わかりやすく必要な内容を伝えるための文書なども含めて整備し、趣味活動の促進や支援の充実につなげる取り組みに期待したい。
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。	b	外部資源の一覧表は函館市社会福祉協議会の趣味ボランティアや高齢者向け大学などの記載にとどまっている。今後、利用者の個別ニーズの把握や精神的支援などの充実に向け、多職種での利用者に対するアウトリーチ活動を充実していくことを予定しているため、職員が共有できる社会資源の一覧表等の整備に期待したい。
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	隣接する町内会に、祭りの会場として施設の敷地を開放している。また、災害時の住民向けの備蓄の整備に取り組んでいる。しかし、地域貢献については事業計画等にも記載がなく、事業所の方針を読み取ることができないため、知識と経験豊かな職員が持つ専門性を活かした講演会など、地域で求められる活動について検討することを期待したい。
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b	函館の高齢化率は高水準で推移し生活保護率も高いものの、フードバンク等の社会資源が不足している。地域包括支援センターが地域の生活困窮者の食事支援に奔走している状況を踏まえて、施設として食事支援の事業を行っている。平成30年度から、高丘、湯の川の地域包括支援センターが担当する圏域の65歳以上を対象に、初年度30万円の予算で「食料緊急支援サービス」を開始している。地域支援事業の第一歩として開始したサービスであるが、今後はさらに養護老人ホームの使命でもあるセーフティネットの役割を反映した活動として発展させていくことを期待したい。

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	コメント
Ⅲ-1-1 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-1-1-① 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。	b 施設理念をまとめた表示物を詰所など複数のわかりやすい場所に掲示し、利用者を尊重したサービス提供の姿勢の意識づけに努めている。また、全職員が受講する内部研修や、各種外部研修で得た知見を日々の実践に活かしている。介護部門では、毎日利用者との関わりの留意点を唱和し、適切に行動できるよう意識する習慣を促している。しかし、個々の職員が研修を受講した効果を図る仕組みは十分とは言えない。現在行っている、役職者やリーダー職員による毎月の職員会議での口頭確認などの慣行を土台にして、一層の具体的な取り組みを期待したい。
29	Ⅲ-1-1-1-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b 委員会を設置し、利用者のプライバシー保護や規程・マニュアル等に関する研修を実施して、それに即したサービス提供を行えるよう体制を整えている。また、統一の研修プログラムだけでは職員間の対応が標準化しない場合は、個別のフォロー研修を行う工夫をしている。ハード面では、浴室にプライバシーカーテンが設置されるなどの配慮がなされているが、トイレは廊下とトイレ入り口を隔てるカーテンが無い。また、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護について周知するには至っていないため、今後の取り組みに期待したい。
Ⅲ-1-1 (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-1-1-2-① 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 養護老人ホームをわかりやすく伝えることを目的に、平成30年から施設内部の動画をホームページで公開し、見学の疑似体験ができるコーナーとして、地域の介護支援専門員等から好評を得ている。法人のデイサービスのパンフレットには、施設のホームページのQRコードを掲載し、利用希望者等の閲覧しやすさに配慮している。また、施設近隣の自治会の回覧板に広報誌を添付し、地域住民への周知を定期的に継続して実施するなど、施設を知ってもらうための積極的な取り組みを行っている。
31	Ⅲ-1-1-2-② 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。	b 介護保険の特定施設の利用者に対しては、ケアプランを用いて説明を行っているものの、施設として期待される対応について標準的な水準が文書で明文化されていない。このため、利用者の判断能力などに応じた対応は、担当職員の力量に左右される面もあり、意思決定が困難な利用者に対しての配慮も当該事案が起こった際の個別対応に終始している。今後は、標準的なサービス提供マニュアルを整備する中で、明文化の取り組みに期待したい。
32	Ⅲ-1-1-2-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b 法人内で、施設間の引き継ぎすべき事項や申し送りの様式を定め、住み替え時の連携を行っている。また、本人や家族への説明を行い、サービスの継続性に配慮した適切な引き継ぎや申し送りの実践に努めている。しかし、家庭などへの移行や在宅対応、退所後のフォローについては、標準的な対応方法の仕組みは十分に構築できていない。今後は、当該事例発生時の個別対応だけでなく、標準的なサービス提供マニュアルを整備する中で明文化し、仕組みづくりに取り組むことを期待したい。

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。	b 利用者参加型の全体懇談会を毎月1回開催し、利用者からの意見を聴取するほか、意見箱を設置し、運営会議にて意見の確認や反映方法の検討を行っている。参加人数は50名程度で推移し、出席した利用者からは、ほぼ毎回意見が出されている。介護職員が居室を訪問し直接的な聞き取りを行っていることもあり、意見箱の投函頻度は年間1・2件にとどまっている。部門ごとに利用者満足度調査を不定期に実施し、一部の部門ではサービス提供内容に活かす取組が行われているものの、十分な分析が継続的に行われていない部門もあるため、今後の取組みに期待したい。
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。	b 法令で定められた苦情解決の仕組みが整備され、一般的な相談や苦情に対応するマニュアルも策定されている。苦情をきっかけに、サービス内容や質の向上につなげた具体的な案件もあり、仕組みを機能させるよう取組んでいる。しかし、これらの仕組みが存在していることは、特定施設の利用者への契約時の重要事項説明と、施設内掲示板での周知に終始している。今後は、すべての利用者や家族に実際に活用してもらえることを視野に入れ、仕組みを再検討する取組みに期待したい。
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 利用者や家族からの相談や要望は、希望する職員にすぐに申し出できるようになっている。ハード面では、居室とは別にプライバシーが確保された環境を用意し、他の利用者に知られることなく安心して相談できる取組みが実践されている。また、これまで相談員が行ってきた、居室を個別に訪問して困りごとなどを聞き取る取組みを、昨年度からは介護職が主に担当するよう転換している。そのことにより、相談内容で多いケアに関するものに即応でき、その他の生活全般の内容時に相談員につなぐことで、効率化と役割分担が図られ円滑な対応が可能になっている。
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。	b 利用者からの相談や意見には随時対応しており、関係部署間において速やかに協議・検討し、ミーティングや申し送りにより職員間で共有されている。現行するマニュアルは、苦情発生時の処理事項の記載に比重が偏っている実情もあり、相談への対応に関する手法が、標準化されているとは言えない。今後は、基本的なソーシャルワークの視点を基調としたマニュアル改訂に期待したい。
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。	b リスクマネジメントマニュアルを整備し、マニュアルに基づき定期的に委員会を開催している。委員会では、事故の発生内容の傾向と要因に関する分析、今後の再発防止策の検討、防止策実施後の検証と一連のサイクルを組織的に実施している。委員会では分析や量的な評価も行っているものの、確立した客観的な分析手法を用いているわけではないため、マニュアルに定められている分析手法の導入に向けた取組みに期待したい。

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。	b	感染対策委員会を設置し、地域の感知情報の発信、全体懇談会での周知、ポスターの掲示、感染対策物品の管理など感染症予防に取り組んでいる。また、感染対策マニュアルを策定し、職員に対応を周知している。自力での衛生管理が難しい特定施設の利用者には、歯ブラシを殺菌する機械に毎回保管することで、感染症の罹患数を大幅に下げているなどの効果を上げている。また、協力医療機関と連携し、職員と利用者を対象にした勉強会を開催している。今後は、こうした優れた取り組みに基づく実践が、施設全体で可能となるような仕組みづくりに期待したい。
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。	b	防災対策委員会を設置し、避難訓練や防災に関する情報発信、施設設備の管理、防災マニュアルの管理を行っている。また、定期的な避難訓練に加えて、役職員への自動通報システムと職員連絡網の電話による実地訓練も行っており、初動体制が円滑に機能するか確認している。しかし、食糧備蓄については、利用者分は発災から3日分を用意しているが、職員分は備蓄されていない。今後、こうした点にも対応し事業継続計画（BCP）を策定することを期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。	b	介護業務など支援場面ごとのマニュアルを整備している。マニュアルは介護職以外も含めた全職種に配布されており、内容を各委員会や会議で周知徹底する仕組みができています。しかし、マニュアルに定められた内容は具体的な介護技術や手順の記載に力点を置いており、権利擁護に留意する姿勢、標準的なサービス提供を可能にするための留意点などの記載が十分ではない面もあるため、今後の見直しに期待したい。
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。	c	マニュアルの見直しについて、定期的な検証を行う組織的な仕組みは確立できていない。日常的には、マニュアルの見直しも含めて検討する場があるため、今後はそうした機会を活用し、必要な見直しを行うための仕組みとして発展させる工夫が望まれる。
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画を適切に策定している。	b	ケアプランは、包括的自立支援システムによるアセスメント手法を用いながら、利用者のニーズをアセスメントして担当ケアマネジャーが作成し、入院時や退院後にはその都度アセスメントを行っている。また、必要に応じて関係機関・団体とも連携している。今後、連携する職種にリハビリ関係の専門職を加えるなど、より総合的に検討する取り組みに期待したい。
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。	b	定期的にプランを見直し、サービス担当者会議にて関係職員が評価や見直しを実施している。見直しの流れとして、日々の生活記録からニーズを把握するようにしているものの、そうした内容を十分に取り入れる仕組みが確立していない。今後は、見直しにあたって、家族や利用者本人の意向が十分に取り入れられるよう、意向を反映することが可能な仕組みを構築することを期待したい。

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。	b サービス提供に関する記録データは、パソコンシステムにより、非常勤職員を含む全ての職員間で容易に共有できる仕組みが構築されている。記録内容の標準化に向けて、マニュアルに沿って上司が個別に指導し添削しているが、そもそも記録すべき事象の取捨選択が個々の職員に委ねられていることもあり、指導内容が十分に浸透しているとは言えない。今後は、マニュアルの改訂も含めた一層の取り組みを期待したい。
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。	b 文書管理に関する規定、個人情報保護に関する規定は整備されている。また、多くの重要文書類は鍵付きロッカーにて保存されている。しかし、管理体制について十分に浸透していない面もあるため、今後は各種規定で定められた内容を、運用面で強化する取り組みに期待したい。

評価対象 養護 付加基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本		
A ^㉓	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。	b 相談員や介護支援専門員が、それぞれの利用者の日常的な相談や行政などの手続きの支援を実施している。また介護職員も含めた全職員が、個別訪問にて利用者の意見や要望なども含め相談支援を実施している。今後、その相談支援を平準化するためのマニュアル整備や研修などが計画的・組織的に実行されることを期待したい。
A ^㉔	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 アウトリーチを積極的に行うことで、利用者一人ひとりの障害や性格などの特性を踏まえ、個人に合わせたコミュニケーション方法を用いて対応している。また、必要時にはそれぞれの支援計画書に記載して統一を図っている。
A-1-(2) 権利擁護		
A ^㉕	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/cのみ選択	a 委員会を中心に権利擁護や身体拘束防止の研修や勉強会を実施している。年に1度は講義形式のみならず、グループワークを用いて共通理解を深めている。議事録などは、施設内のグループウェアにて情報を共有している。

A-2 環境の整備

	第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A ^㉖	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 夏場の暑さ対策や冬場の寒さ対策に対し、計画的に空調や暖房設備を整備し、運用についても利用者の利益を優先して検討し、オンオフの管理を実施している。また、エレベーターの使い方など、事故が発生しそうな箇所などには、リスクマネジメント委員会が中心となって事故防止の講習会や啓発を行っている。

A-3 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
A [Ⓐ]	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	夜間浴や振替浴、シャワー浴など既定の入浴日以外にも必要時に浴場を解放し対応している。また、介護や支援が必要な利用者へは、担当者会議などで情報を共有した上で、必要な支援・介助を実施している。
A [Ⓐ]	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	排泄支援にもつなげる水分補給量については、夕方までに目標量に達するように情報を共有し、その後のトイレ誘導やおむつ交換などの支援や介助に活かしている。また、日中のおむつ外しにも取り組み、可能な限り自立した排泄ができるよう支援している。
A [Ⓐ]	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。	b	日常生活の観察から担当者会議などで検討され、移動支援が実施されている。今後は、自立支援や健康延伸の視点も踏まえて、移動のための福祉用具活用について検討し、利用者にとって自立的な活用が促進される使用方法となるよう期待したい。
A-3-(2) 食生活 *食事の提供を行っていない場合は「非該当」とすることができます。			
A [Ⓐ]	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	毎年1回定期的に実施する喫食アンケートや毎月の懇談会などを活用し、希望や要望を把握して、給食会議などで委託業者と連携しメニューに反映させている。月1回の行事食や季節に合わせたメニュー構成を取り入れている。食堂での食事時には、音楽を流したりや風の吹き込みを行うなど喫食環境にも配慮している。
A [Ⓐ]	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	利用者の嚥下状況やその時の心身状況に合わせて、主食、副食などの形状や量、メニューなどを工夫している。栄養士が毎日のミールラウンドと月に1度の体重測定で健康状況を把握している。自立している利用者には、ピュッフエスタイルの配膳として自立を支援している。
A [Ⓐ]	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	必要な利用者に対しては、各支援計画に基づき口腔ケアを実施しているが、支援の対象となっていない自立度の高い利用者は、本人任せになっている。今後は、全ての利用者に対して定期的なモニタリングや職員への研修会の開催など積極的な口腔ケアの取り組みを期待したい。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア *利用者の状況により「非該当」とすることができます。			
A [Ⓐ]	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b	現在は、褥瘡が発生した利用者には医師や看護師の指示により適切な措置を行っている。今後は、指針やマニュアルなどを整備し職員に対する定期的な研修を実施した上で、定期的にスケールを用いたアセスメントを実施するなどし、発生の予防が促進されることを期待したい。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 *利用者の状況により「非該当」とすることができます。			
A [Ⓐ]	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。		非該当
A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
A [Ⓐ]	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。	b	施設サービス計画書が立案されている利用者や要支援の利用者には、それぞれ生活リハビリや運動機能向上のための支援が実施されている。今後は、現在自立している利用者を含め全ての利用者に対し、それぞれの心身の状況に合わせた自立支援に繋がるリハビリ評価や機能訓練が実施できる体制が整備されることを期待したい。
A-3-(6) 認知症ケア			
A [Ⓐ]	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	認知症症状がある利用者に対する支援は、各支援計画や担当者会議などで情報が共有され、各々実施されている。今後は、認知症の早期発見・早期予防ができるよう、認知症ケアに対する職員の支援の方向性を確立し、介入や支援方法の平準化ができるような育成や研修の実施などの体制が整備されることを期待したい。

A-3-(7) 急変時の対応		
A-3-(7)-①	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。	b マニュアルやフローを整備し、年2回定期的に職員向け研修や普通救命救急研修、AED使用法、心肺蘇生などの一般的な訓練を実施している。今後は、利用者の体調確認の方法や判断の力量などに職員によるばらつきが無いよう、対応訓練なども含めたより実践的な内容の研修を実施するなど工夫し、急変時などに対応できる体制が整備されることを期待したい。
A-3-(8) 終末期の対応 *（訪問介護、軽費）取組の状況により「非該当」とすることができます。		
A-3-(8)-①	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。	c 基本的な運用として、重度化した場合などは特別養護老人ホームや老人保健施設などへの住み替えを行っている。今後は利用者の希望・要望や受け入れ施設などがない場合も想定されることから、利用者と家族が安心して終末期を迎えられるような態勢などの整備について検討されることが望まれる。

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携			
A-4-(1)-①	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。	b	現在、家族などとの連絡は、必要時に適切に行われている。今後は、施設からの必要時の連絡のみだけでなく、定期的な連携やサービス担当者会議の参加などが推進されることを期待したい。