

評価結果表（特別養護老人ホーム大地）

I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。

1	I-1-(1)-①	評価
理念、基本方針が明文化され周知が図られている。		b
評価コメント	社会福祉法人ひまわり会の経営理念として、「Motto（心構え）夢を志にぞして使命に」、「Mission（事業目的）生活に新しい価値を創造する」、「Value（大切にしていること）信頼」を柱にして、サービスやプロセスの質の向上、地域社会への貢献、社会的責任を重視した社会福祉法人経営、組織・個人の学習と成長の4つの行動指針が明文化されています。職員には採用時に周知されていますが、利用者や家族への周知が望まれます。	

I-2 経営状況の把握

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	評価
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。		b
評価コメント	社会福祉事業全体の動向や門川町の福祉計画などは把握されていますが、分析までには至っていません。利用者の推移、利用率等や利用希望の待機者については把握し、分析を行っています。	

3	I-2-(1)-②	評価
経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。		b
評価コメント	主な経営課題として求人の際に応募が少なく介護職員の確保が難しいことや採用後の人材育成、利用者へ欠員が生じた際の新規利用者の早急な確保などの課題を把握しています。役員（理事・監事等）間での課題の共有については理事会等を通して共有が図られています。	

I-3 事業計画の策定

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	評価
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。		C
評価コメント	過去には法人内の各事業所で中・長期的なビジョンを作成していましたが、現在は中・長期的なビジョンは作成されていません。法人役員間では中・長期的なビジョンについての意見交換が行われています。	

5	I-3-(1)-②	評価
中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。		C
評価コメント	単年度ごとの事業計画は年度末に評価・見直しが行われ、次年度の事業計画策定へとつながっていますが、中・長期の事業計画を策定した上で、単年度ごとの事業計画に反映することが望まれます。	

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。	評価 a
評価コメント	事業計画は年度末に各部署において評価・見直しが行われ、役職員による点検・確認後に次年度の計画策定へとつながっています。職員には年度当初の各種会議等で周知が図られています。		

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。	評価 c
評価コメント	事業所開設当時から家族会がないとのことで、家族会での事業計画の周知はできていません。事業計画の内容を分かりやすく説明した資料の利用者や家族への配布や施設内の見やすい場所への掲示などが望まれます。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。	評価 c
評価コメント	各部署ごとに会議を通して、質の向上に向けての事業計画の評価・見直しと事業計画作成が年度末に行われていますが、PDCAサイクルにもとづく組織的な評価と取組が望まれます。		

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。	評価 c
評価コメント	過去には福祉サービス向上に向けて、利用者支援時の職員の言葉遣いや虐待防止等のアンケートを実施し、意識高揚を図っていましたが、現在は特に評価等は実施されていません。第三者評価受審を通して明らかになった課題等に対する改善策への取組が今後望まれます。		

II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ

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。	評価 b
評価コメント	職員会や部内研修会等を通して施設長としての役割・責任を表明しています。また管理者の分掌事項や管理者不在時の対応等についても文書化されています。		

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。	評価 a
評価コメント	各種研修会等に参加し、遵守すべき法令等の理解に向けた取組を行っています。		

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	評価
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。		b
評価コメント	学校訪問を通じた介護職員確保のための取組やOJT等を通じた人材育成の取組を行っています。サービスの質の向上に向け職員の教育・研修に取り組むとともに各部署における意見の聞き取りを行っています。また、利用者の事故防止のための取組としてリスクマネージャー養成に力を入れ、初級・上級の資格取得につながっています。	

13	II-1-(2)-②	評価
経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。		b
評価コメント	施設長として法人・施設経営の安定化に取り組むとともに、各部署の意見の聞き取りが行われています。女性の多い職場でもあり結婚・出産後も継続して働ける職場づくりに取り組んでいます。	

II-2 福祉人材の確保・育成

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	評価
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
評価コメント	年間計画の重点目標として中途採用者の増加と無資格者のキャリアアップ体制構築を掲げ、新規採用職員に対してはOJTを活用し介護職員としての育成に取り組んでいます。福祉人材確保に向けて学校訪問等を実施していますが、採用に至るケースが少ないため効果的な福祉人材確保についての検討が望まれます。	

15	II-2-(1)-②	評価
総合的な人事管理が行われている。		a
評価コメント	法人として各事業所の職員に、サービスの基本原則をはじめとして17項目にわたる「期待する職員像」が明示されています。人事異動については、職員の希望を聞き取り異動リスクが生じないように取り組んでいます。また法人として役割資格等級レンジ表を作成し、勤務年数、資格取得、給与面での将来の姿を見通せる仕組みが明示されています。	

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	評価
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り組んでいる。		b
評価コメント	労務管理は施設長を責任者とし事務課長が補佐として職務分掌に体制が明確にされています。職員からの相談は都度受けていますが定期的な面談は実施されていません。メンタルヘルスに関する相談の実績はありませんが、相談があれば法人の産業医を紹介し対応する体制は整えています。	

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	評価
職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		c
評価コメント	以前は職員一人ひとりの目標を設定し育成に取り組んでいましたが、担当職員の業務増により実施困難となり現在は実施されていません。「期待する職員像」は既に作成されており、現在、職員一人ひとりの育成に向けた取組についてコンサルタントと相談中ですので、今後の取組に期待します。	

18	Ⅱ-2-(3)-②	評価
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
評価コメント	就業規則に研修会等への参加が明記され、事業計画にも福祉サービスの質の向上のための外部研修・内部研修が明記され計画的に実施されています。また年度末や研修終了後には役職員による評価と見直しが行われています。	

19	Ⅱ-2-(3)-③	評価
職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。		a
評価コメント	施設長が職員一人ひとりの研修履歴を把握し、職員の経験や習熟度に応じて階層別、職種別、テーマ別研修参加に生かしています。外部研修に参加できなかった職員には部内で復命研修を実施しています。	

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	評価
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。		b
評価コメント	実習生等の受け入れは担当職員を配置し介護実習、看護実習、中学生の職場体験実習等が行われています。しかし、実習生等の受け入れに関する基本姿勢と受入れマニュアルが整備されていないため作成が望まれます。	

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

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	評価
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
評価コメント	法人のホームページを活用し福祉サービスの内容、事業報告、財務等に関する情報が公開されていますが、地域に向けて法人理念や基本方針を説明した印刷物や広報誌等は配布されていません。施設の広報を充実させることは運営の透明性を確保することはもとより、地域の福祉ニーズに応じていくことにもつながるため、広報誌やホームページ等を活用して事業所の取組を地域に発信していくことが望まれます。	

22	Ⅱ-3-(1)-②	評価
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。		b
評価コメント	就業規則や経理規程等が整備され、権限・責任は職務分掌に明示し事務室に備えています。管理職以外の職員が目を通す機会が少なく、また、内部監査も実施されていません。	

II-4 地域との交流、地域貢献

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	評価
利用者との交流を広げるための取組を行っている。		a
評価コメント	門川町の福祉ゾーンとして整備され、事業所としても地域との結びつきを重視した方針を文書化し運営に取り組んでいます。利用者が地域の行事へ参加したり地域住民が施設行事に来園するなど地域との交流を定期的に行い、交流が図られています。	

24	II-4-(1)-②	評価
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。		c
評価コメント	ボランティアとして、唄・舞踊・三味線演奏などの受け入れがみられますが、ボランティア受け入れに関する基本姿勢やマニュアル等が整備されていません。なお、地元の中学校、高校に職員を派遣し福祉人材の養成学習等への協力を行っています。	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

25	II-4-(2)-①	評価
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
評価コメント	高齢利用者に対応できる病院、町社会福祉協議会、町の担当課等のリストが作成され、関係機関・団体との連絡会等にも管理職が参加し情報交換・収集を行っています。また、地域のネットワーク担当職員を配置し地域との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	評価
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。		b
評価コメント	門川町や町社会福祉協議会等の各種会合に参加し、地域の様々な機関との連携を図り、福祉ニーズの把握に取り組んでいます。さらに福祉ニーズの把握に努めることが望まれます。	

27	II-4-(3)-②	評価
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。		b
評価コメント	みやざき安心セーフティネット事業への協力、福祉避難所としての整備、災害ボランティアの派遣等の取組を行っています。また、町社会福祉協議会の機能向上訓練教室事業にパワーリハビリテーション器具を貸し出しています。	

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

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	評価
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
評価コメント	求められる職員像に利用者尊重の姿勢が明示され、身体拘束排除の取組や虐待防止、利用者の権利擁護について研修会を通し周知が図られています。今後は、利用者の尊厳に配慮したサービスのより一層の充実を図るため、共通の基礎的な支援マニュアルの整備と見直しや、利用者や家族が意見を述べやすい環境を整備するなど、利用者満足の向上に向けた仕組みを整備することが望まれます。	

29	Ⅲ-1-(1)-②	評価
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。		b
評価コメント	就業規則、個人情報保護規程、利用契約書等に利用者のプライバシー保護を明記し、研修等で周知が図られています。一人用の居室においては個人のプライバシーは保たれていますが、4人用居室ではプライバシーを守るための工夫がまだ不十分であり、利用者、家族へのプライバシー保護についての周知が十分には行われていません。	

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	評価
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。		b
評価コメント	施設利用希望者に対して担当職員を配置し、情報等を求められたときは都度個別にサービス内容に関する情報を提供していますが、ホームページの内容と利用希望者への情報提供の内容をさらに充実することが望まれます。	

31	Ⅲ-1-(2)-②	評価
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
評価コメント	サービス開始時には利用者、家族に契約書・重要事項説明書を分かりやすく説明をしていますが、わかりやすいように工夫した資料はありません。平成30年度から居室担当者の業務を明確にし、利用者、家族のニーズにきめ細かく対応できるよう取り組んでいますので、いろいろな機会を利用し、支援体制変更について周知することが望まれます。	

32	Ⅲ-1-(2)-③	評価
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。		a
評価コメント	施設変更や家庭への移行の例は少ないが、サービスの変更、終了については重要事項説明書等の中に窓口の記載など円滑な対応のための配慮をしています。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

33	Ⅲ-1-(3)-①	評価
利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。		C
評価コメント	利用者への満足度調査は不定期に聞き取りを行っていますが、利用者会、懇談会は行われておらず、家族会はありません。調査はサービス改善、満足度向上につながるものであり今後の取組が望まれます。	

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	評価
苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。		b
評価コメント	「苦情（要望）解決体制整備要綱」を策定しており、制度について掲示しています。また第三者委員も設置され意見箱も設置しています。苦情事案はほとんどありませんが公表はされていません。	

35	Ⅲ-1-(4)-②	評価
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。		b
評価コメント	重要事項説明書の中に相談、意見のことを記載しています。苦情についても「苦情（要望）解決体制整備要綱」、同マニュアルを定めています。苦情制度については玄関に掲示しています。	

36	Ⅲ-1-(4)-③	評価
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
評価コメント	苦情以外の通常の見解等に対する手順などを定めたマニュアルはありませんが、担当者、生活相談員は業務の中で利用者の相談、意見に対して傾聴、対応に努めています。	

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	評価
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
評価コメント	リスクマネジメントに関連の「事故防止マニュアル」を定め、リスクマネジメント委員会を設置し、リスクマネージャーも複数（正・副）設置する他、別途事故防止委員会も置かれています。リスクマネージャー養成研修へも派遣していますが、対策の定期的な評価・見直しが望まれます。	

38	Ⅲ-1-(5)-②	評価
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
評価コメント	「感染症対策マニュアル」を策定し、衛生委員会も置かれています。内部の勉強会、研修派遣も行われ保健所との連携も図られ、日頃の予防対策の取組も行われています。	

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。	評価 b
評価コメント	「防災計画」「防災マニュアル」が策定され、訓練は毎月行われ総合防災訓練も年2回実施しています。「事業継続計画（BCP）」については作成作業中です。災害対策備蓄品、発電機なども備わっています。	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。	評価 b
評価コメント	サービス実施手法には各職種の業務手順、ケアマニュアルや新人のチェック表などが用いられ指導の際にも利用されています。実施状況のチェックは主に新人を対象に行われています。	

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。	評価 c
評価コメント	標準的な実施方法の見直しは随時行われていますが、見直しをする仕組みは確立されていません。	

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。	評価 b
評価コメント	アセスメントによる個別的な福祉サービス実施計画は生活相談員やケアマネジャーを中心に策定されていますが、現場においてサービス提供状況を確認する仕組みが整っていません。チェック体制の充実が望まれます。	

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。	評価 b
評価コメント	福祉サービス実施計画の見直しは組織全体で実施されています。変更内容の周知は個別に行われているものの組織的に職員に周知する手順が確立されていません。同様に体調変化など緊急な変更についても仕組みの整備が望まれます。	

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。	評価 b
評価コメント	利用者の記録は統一した様式等によって行われ記録されています。介護記録の研修なども行われています。朝会や各職種の会議においても適時情報の共有が図られています。パソコン等による情報共有化も進められています。	

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。	評価
			b
評価コメント	「個人情報保護規程」が策定され、玄関に制度の掲示も行っています。また就業規則でも義務付けがされており、新人研修でも教育に取り組んでいます。パソコンやUSBの取扱いについても厳格にし個人情報保護の徹底を期しています。		

A-1 生活支援の基本と権利擁護

A-1-(1) 生活支援の基本

46	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。	評価
			b
評価コメント	一人ひとりの身体状況や意向が違うため、支援の内容も多岐にわたっていることから種々の工夫が行われています。利用者の趣味や介護程度から手芸の勧めや外出などが適宜行われています。		

47	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。	評価
			評価外
評価コメント	評価の対象外		

48	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。	評価
			評価外
評価コメント	評価の対象外		

49	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。	評価
			b
評価コメント	利用者とのコミュニケーションを進めることで支援内容の改善に努めています。現場では思いや希望の聴取、コミュニケーションの機会づくりなどを行っています。言葉遣いについては親密過ぎて乱暴な言葉にならないよう留意するような指導も行っています。		

A-1-(2) 権利擁護

50	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。	評価
			c
評価コメント	身体拘束については「身体拘束廃止に関するマニュアル」を定め委員会も設置しています。施設内でも年2～3回の研修を開催しています。問題があれば第三者委員に連絡、審議することになりますが施設として防止への取組徹底を推進しています。		

A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮

51	A-2-(1)-①	評価
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
評価コメント	最近のハード対策では部屋ごとのエアコン整備を行い、部屋照明のLED化を進めています。施設は立地環境、眺望などに優れており、居室環境においても利用者の馴染みやすい備品や写真などを配置し、同室者の配置にも配慮しています。	

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

52	A-3-(1)-①	評価
入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。		b
評価コメント	利用者の心身の状況に合わせて入浴時間や温度を調整し、入浴日や時間帯にも配慮した支援を行っています。	

53	A-3-(1)-②	評価
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。		b
評価コメント	尿や便を観察し心身の状況に応じた支援対応をしています。服薬中や骨折の恐れのある利用者もありますが、自然排せつや自立のための働きかけに努めていくことが望まれます。	

54	A-3-(1)-③	評価
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
評価コメント	全体的に介護度の高い利用者が多いものの自力移動支援を行っています。介助スキルの向上を図るとともに、移乗介助用の機器を導入することにより、利用者のみならず介助職員の負担軽減に努めています。	

A-3-(2) 食生活

55	A-3-(2)-①	評価
食事をおいしく食べられるよう工夫している。		b
評価コメント	適時、嗜好調査も行われ、施設内に「食事サービス向上委員会」も置かれています。旬の食材や行事食も取り入れ、屋外での焼き魚など環境面での工夫も行われています。今後はメニュー選択の機会を取り入れるなどの工夫が望まれます。	

56	A-3-(2)-②	評価
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。		b
評価コメント	アレルギー食など利用者の心身の状況に合わせた食事作りや提供を行うなど、状況の変化にも対応した支援に努めています。管理栄養士、介護職員、看護職員の連携のもと、経口摂取継続のための取組が望まれます。	

57	A-3-(2)-③	評価
利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。		b
評価コメント	歯科衛生士資格を有する介護職員が主となって口腔ケアを実施しています。内部研修も行われ、職種間の連携も図られており、必要時に歯科医師の診察も行われています。	

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア

58	A-3-(3)-①	評価
褥瘡の発生予防・ケアを行っている。		a
評価コメント	「褥瘡マニュアル」を策定し、褥瘡対策委員会を置き標準的実施方法によりケアを行っています。毎朝の朝会時に確認と指示を行うなど常に連携を図っており、年2回、関係職員の褥瘡研修を実施しています。	

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養

59	A-3-(4)-①	評価
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
評価コメント	介護職員による喀痰吸引・経管栄養は行われていません。	

A-3-(5) 機能訓練、介護予防

60	A-3-(5)-①	評価
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
評価コメント	理学療法士などの専門職は配置されていませんが、機能訓練指導員（看護職員兼務）による機能訓練は実施しています。	

A-3-(6) 認知症ケア

61	A-3-(6)-①	評価
認知症の状態に配慮したケアを行っている。		b
評価コメント	認知症利用者への対応は嘱託医師の指示のもと状態に応じたケアを実施しています。認知症に係る外部研修に職員を派遣しています。認知症利用者が落ち着けるよう居室内に馴染みの備品を置いたりなるべく変化を感じさせないよう配慮をしています。	

A-3-(7) 急変時の対応

62	A-3-(7)-①	評価
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
評価コメント	夜間を含め急変時の対応のためのマニュアルを作成しています。また夜間から朝への引継ぎにも確認などがなされています。医師・医療機関との連絡はメールによって随時行われており、急変時の対応について相談、指示がされています。新人職員については、夜間勤務体制に編入される前に特別に研修を実施しています。	

A-3-(8) 終末期の対応

63	A-3-(8)-①	評価
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。		b
評価コメント	看取りの指針を策定しており終末期に係る方針、手順を定めています。嘱託医師による状態不良者への診察は随時行われ、看取りの相談なども行われています。施設内に看取りの専用室も設置し、家族も立ち会えるようにしています。担当職員の精神的ケアについては同僚によるフォローに努めています。	

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

64	A-4-(1)-①	評価
利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。		b
評価コメント	家族への連絡、報告は随時行われており、また定期的ではありませんが家族からの相談、要望に対しては伺う機会を設けています。それらの記録も取られています。施設の各種行事についても家族に案内を行っています。	

A-5 サービス提供体制

A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制

65	A-5-(1)-①	評価
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。		評価外
評価コメント	評価の対象外	