

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 テイサービ`スコスモス

評価実施期間 平成29年4月17日～平成 29年8月31日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成29年4月30日現在]

事業所名称： (施設名)	テイサービ`スコスモス	サービス種別：(介護予防) 通所介護事業所
開設年月日：平成15年6月30日	管理者名：田知行 誠	
設置主体：有限会社ケアサービス研究所	代表者職・氏名：代表取締役 柳川 ケイ子	
経営主体：有限会社ケアサービス研究所	代表者職・氏名：取締役 柳川 ケイ子	
所在地：〒899-5544 鹿児島県始良市大山300番1		
連絡先電話番号：0995-66-3210	FAX番号：0995-66-3210	
ホームページアドレス	Eメールアドレス	
	sp398bd9@galaxy.ne.jp	

理念・基本方針

理念

「やさしく あたたく あなたの気持ちに寄り添います。」加齢や疾病により自立した生活が困難になった利用者に対して、その人らしい生活を継続させるため、食事・入浴・排泄・レクリエーションなどの日常生活の世話及び心身の機能訓練を行うことにより、安心と尊厳のある生活を本人の意向を踏まえ、その有する機能に応じ可能な限り自立して営むことができるよう支援し、社会福祉の推進に寄与することを目的とする。

運営方針

1. 当事業所において提供する通所介護は、介護保険法及び関係する厚生労働省令、告示の主旨及び内容に沿ったものとする。
2. 利用者の人格を尊重し常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めるとともに、利用者及びその家族のニーズを的確にとらえ、個別に通所介護計画を作成することにより、利用者又はその家族に対し、サービス内容及び提供方法についてわかりやすく説明する。
3. 適切な介護技術をもってサービスを提供する。
4. 常に提供したサービスの質を管理、評価する。
5. 居宅サービスが作成されている場合は、当該計画に沿った通所介護を提供する。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

利用者様は要支援から要介護1～5、必要とされている介護は様々である、経験豊富なスタッフと介護・医療スタッフの関わりの中で、心身両面での健康と自立、安寧を目指している。悪性腫瘍や糖尿病、脳梗塞、狭心症などの既往歴や基礎疾患を有する方も多く、認知症の症状をお持ちの方もいらっしゃるが、医療・介護スタッフの連携の下に、利用者の生活背景や人生史をふまえて、利用者が居心地よく、その人らしく安心して過ごせるよう対応している。

[利用者の状況]

定員	25 人	利用者数	40 人
----	------	------	------

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	0	9	14	13	4

要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	0	1	0	10	9
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	6	7	7		

[職員の状況]

職種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
生活相談員	1	5		1	1.39	※1以上
看護職員			2	4	1.02	
機能訓練指導員			2	4	0.35	
介護職員			11	2	11	※3以上
前年度の採用・退職状況	採用	常勤	3人	採用	非常勤	6人
	退職	常勤	5人	退職	非常勤	1人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					4.8年	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					4.8年	
○常勤職員の平均年齢					51歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					51歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年4月17日(契約日)～平成29年8月31日 (評価結果確定日平成29年8月31日)
受審回数(前回の受審時期)	2回(平成26年度)

4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は法人が実施している認知症対応型共同生活介護事業、通所介護事業、認知症対応型通所介護事業、居宅介護支援事業(1ヶ所)、訪問看護事業、住宅型有料老人ホーム(2ヶ所)の1事業所で、法人理念に「やさしく、あなたの気持ちに寄り添います。」「地域の中でその人らしく暮らし続けていけることを支え、その人の人生が継続していけるよう支援します」を掲げ、地域に根差した社会福祉の推進に貢献している。 ・「パーソン・センタード・ケア」の考え方を基本とした運営方針があり、理念・運営方針に沿った中長期計画が策定されている。中長期計画に基づいた単年度基本方針と具体的に重要実践テーマが明示され、上半期、下半期で評価・見直しが行われ職員全員で計画的に取り組まれている。 ・法人代表者は看護師として訪問看護師、メディカルハウス・老人保健施設での看護部長、介護支援専門員、訪問介護養成講座の主任講師等の経験と知識を活かした運営を行いサービスの向上と職員の資質の向上に努めている。地域、医療、看護、介護が連携、協働して、人生の最終章まで安心して過ごせるようターミナルケアまで念頭にいった取り組みを行っている。 ・利用者に対する職員の言動は、利用者のプライバシーや人権の尊重に沿ったものであるかなど、職員同士の相互点検により、率直に話し合う風土が認められ、より質の高い福祉サービスを提供し、基本理念である「やさしく あたたかく あなたの気持ちに寄り添います。」の実現に努めている。 ・職員は日常のサービス提供場面で利用者の表情や言動を観察して、不満足サインを見逃さず、管理者は利用者及び家族の訪問時には不満足の有無を聞き取り、不満や苦情を事業所の質を高める財産と捉え、積極的に改善に取り組んでいる。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・基本理念、提供する福祉サービスの内容、日課、利用料金について分かり易く記載されたパンフレットを郵便局、地域の特産品売り場、医療機関の地域連携室、居宅介護支援事業所に配布し、多くの人の手に届くよう配慮すると共に、生活サポート鹿児島を介してインターネット上で情報を公開している。今後、利用者及び家族が更に分かり易い具体的な情報をインターネット上で検索できるよう期待したい。
--

- 5 第三者評価結果（共通項目） 別紙
- 6 利用者調査結果（別紙）
- 7 事業者の自己評価結果（別紙）
- 8 第三者評価結果に対する事業者のコメント（別紙）

当事業所の利用者の医療・看護・介護のニーズの詳細を理解頂き、個々の利用者の人生史や社会背景・心身の状況を踏まえたサービスの提供の努力を評価頂いた。利用者本位のサービスが根付くように日々の小さな課題や利用者・家族からの要望に対し、真摯に向き合い、組織的にサービスの質の向上に取り組んでいることを評価頂いた。

日頃より、家族や介護職員との連携を図り、バイタルサインや食事摂取状況、排泄状況等水分出入バランスの詳細を記録し、利用者の24時間の生活の中での心身の状況を捉えていることを評価頂いた。

また、悪性腫瘍や糖尿病、脳梗塞、狭心症など様々な基礎疾患や合併症を持つ利用者に対して、家族や主治医、看護職、薬剤師、介護支援専門員、関連医療機関、行政等と連携を図り、その人らしい時間を過ごし方ができるよう、支援していることを評価頂き、今後も「利用者の心に寄り添うケア」の提供に尽力を注ぎたい。

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

H27年4月1日改定

(様式2)

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
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)・b・c
<p>評価概要 「やさしく・あたたかく・あなたの気持ちに寄り添います」を理念に掲げ、理念に沿った基本方針を定め重要事項説明書やパンフレットに記載すると共に事業所内に掲示している。ネームプレートでの所持、毎朝のミーティングでの唱和、毎月の職員会議における振り返りなど周知徹底と再確認が行われ、理念の行動化がなされている。職員は毎年度末に理念に沿ったケアの実践について自己評価を行っている。また、家族会や運営推進会議、地域サロン等での紹介など家族、地域への周知が図られている。</p>		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価
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)・b・c
<p>評価概要 代表者は国や県の動向とともに始良市介護保険事業計画を把握し、地域では民間福祉事業連絡協議会の理事を務め商工会に加入、高齢者・保育・障害者福祉等全般の情報、情勢を把握、市の介護保険事業計画を基に事業所のサービスの需要を検討し経営課題を明らかにしている。地域ケア会議、運営推進会議、自治会総会等で地域情勢やニーズの把握に努めている。各事業所合同の経営会議において事業所の収入、利用者数、稼働状況、コスト分析等の報告があり課題の把握と改善へ向けての話し合いが行われている。</p>		
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。	(a)・b・c
<p>評価概要 毎月の経営会議において実績資料を基に解決・改善策の検討が行われている。 経営課題として、スタッフ職員の確保、職員の資質向上・キャリアアップ対策、利用者の確保、地域機関との連携強化・医療ニーズの高い利用者対策などの取り組みを進めている。 職員確保については、地域住民との日常的な交流の中で人材発掘・育成を図るなど地道な努力がなされている。働きやすい職場づくり対策や事業所内外の研修も重ねている。具体的には看護職員の配置増、主治医、訪問看護ステーションとの連携強化、職員に対する看護や疾病に対する研修会や講師を招いての勉強会などや繁忙期の人件費や業務内容の検討と有給取得時期の検討、消耗機材等のコスト削減へ具体的な取り組みが行われている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価
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・c
<p>評価概要 理念・ビジョン、情勢の変化や課題克服への対応や実現に向けた取り組みを明記した中長期計画が策定されている。ケアの質の向上、職員の資質の向上、資格取得に向けてキャリアアップ制度の検討、ライフスタイルや能力を踏まえた働きやすい職場環境づくり、地域交流活動、社会資源開拓への取り組みなど具体的な内容となっている。実施状況は具体的数値を用いて結果が分かりやすいよう工夫されている。また、計画は半年毎の見直しと適宜修正が行なわれている。</p>		
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・c
<p>評価概要 中長期計画を踏まえた単年度計画が策定されている。半期毎、必要時には随時、利用者・家族、地域の方々、職員からの意見を収集して評価、見直しが行われ、次年度の計画に反映させている。計画は重度化や医療ニーズの高い利用者への対応、職場環境の整備など具体的な取り組み内容、数値目標が掲げられ達成度の分析・評価ができるようになっている。</p>		
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・c
<p>評価概要 事業計画は事業所毎に前年度の事業計画評価、現状把握を行い職員全員で話し合いが持たれ、経営会議を経て策定されている。毎月の職員会議において実施状況の分析、検討、進捗状況の確認が行われ、また、半期毎、必要時には随時評価・見直しが行われている。事業計画は家族会や運営推進会議において家族、地域住民への周知が行われ、自由閲覧できる環境となっている。</p>		
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・c
<p>評価概要 事業計画は利用者・家族にも解りやすい資料を基に家族会、運営推進会議、面会時において説明して周知されている。また、自由に閲覧可能な状況となっている。行事計画については毎月の行事案内、行事報告等で周知、必要時には個別に連絡し参加しやすい環境づくりに努めている。</p>		

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
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・c
<p>評価概要 利用者・家族への満足度調査やアンケート調査を実施、自己評価と合わせ確認と改善に向けた取り組みが行われている。毎年情報公表システムによる確認と3年毎に第三者評価を受審、職員全員での自己評価と客観的な評価を基に管理者・経営者がまとめ、各委員会が中心となり確認と改善に向けた取り組みが行われている。</p>		

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
<p>評価概要 外部評価、自己評価、アンケート調査を基に取り組むべき課題を明文化し職員全員で共有、アンケート結果は集計され家族会で報告している。各職員はそれぞれ委員会に所属し改善に向けた話し合いでインターネットでの広報の工夫、記録のわかりやすさ、防災対策等、改善につなげている。3年毎の第三者評価や自己評価における気づきに基づく改善計画の策定と随時の見直しが組織的に行われている。</p>		

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
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
<p>評価概要 管理者としての役割と責務について運営規定、業務分担表や組織図、緊急連絡網等に明示されている。また、非常災害時や相談苦情解決責任者としての役割、不在時の権限委任を明確にしている。経営会議、運営会議、職員会議、研修会等で職員に表明し指揮命令を行い指導している。</p>		
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
<p>評価概要 管理者は施設運営上の法令（介護保険法・労働基準法等）十分に理解し、他事業所の管理者との連携・学習会、経営者会議等で情報の共有と連携を図っている。法人内において、倫理規定・法令遵守・個人情報保護規定等を作成し、年間の研修計画の中で定期的に職員への周知、各委員会において具体的な取り組みが行われている。</p>		
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
<p>評価概要 サービスの現状について利用者・家族へのアンケート調査、自己評価を定期的に行うことにより評価、分析を行うとともに介護サービス情報公表の管理、第三者評価受審を積極的に行っている。また、外部研修・内部研修を計画的に実施、職員会議や各委員会においてサービスの質の向上に向けた記録様式の改定など指導力を発揮し、具体的な取り組みが行われている。職員一人ひとりの能力、適性の把握を行い、個人面談を通しての個人指導、業務配分、シフトの調整などを行い、サービスの質の向上に関する管理者としての指導力を発揮している。</p>		
13	Ⅱ-1-(2)-② 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。	(a)・b・c
<p>評価概要 毎月の経営会議において稼働率や収支、職員の勤務状況など経営状況の推移を数値で把握し、人員配置や業務内容の見直しなど改善に向けた取り組みを積極的に行っている。個人面談を通して職員一人ひとりの能力や適性の把握を行い、職員が働きやすい環境、体制作りに取り組んでいる。</p>		

Ⅱ－２ 福祉人材の確保・育成

		第三者評価
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・c
<p>評価概要</p> <p>法人内事業所間での異動や協力体制の可能性や人件費と対比しながら、常勤・非常勤の採用計画が立てられ、職業安定所、人材センター、関連協議会からの情報、人脈、広告等新規職員の採用に向けての活動を行い福祉人材の確保に努めている。職員一人ひとりのライフスタイルや健康状態、能力を踏まえて働き方の相談に応じ、働きやすい職場づくりを行っている。職員の資格取得への支援も積極的に行い人材確保への取り組みを進めている。</p>		
15	Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a○b・c
<p>評価概要</p> <p>人事規定が定められ職員へ周知されている。理念・基本方針に基づき、職員に期待される像として「組織・個人のスキルアップを図り、地域や利用者様の多様なニーズに対応し、安心して信頼あるサービスを提供する」が掲げられている。職員はそれぞれ年間目標を立て評価、見直しを行っている。管理者は人事考課・個人面接で進捗状況を確認、今後の業務内容の検討、役割、職位、人事異動の検討などにつなげている。</p>		
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り組んでいる。	○a・b・c
<p>評価概要：</p> <p>中長期計画に「働きやすい職場作りの検討、勤務体制・業務内容の見直し」を掲げ、処遇や職員評価基準の見直し等を実施、常勤職員から非常勤職員、非常勤職員から常勤職員へ、介護休暇の検討など職員のライフスタイルや能力を踏まえた働きやすい職場作りに取り組んでいる。また、法人の衛生推進者（看護職員）により、定期健康診断の受診状況や二次検診対象者のフォロー、インフルエンザ予防接種の確認等、職員の健康管理を管理者との連携のもと実施している。管理者は職員の有給休暇の取得や時間外労働時間を定期的に確認、ジョイフル会議や焼き肉親睦会、食事会、忘年会等でコミュニケーションを図っている。</p>		
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・b・c
<p>評価概要</p> <p>職員に期待される像として「組織・個人のスキルアップを図り、地域や利用者様の多様なニーズに対応し、安心して信頼あるサービスを提供する」が掲げられており、職員はそれぞれの年間目標を立て、管理者は人事考課・面談で進捗状況を確認するとともに資質向上・資格取得等への励ましをしている。今後の業務内容の検討、役割、職位、人事異動の検討などにつなげている。内外研修を充実させ個々のスキルアップを図るとともに中長期計画において資格取得に向けた支援を行っている。また、精神面や健康面について定期・随時の個人面談や健康診断後のフォローなど配慮されている。</p>		
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
<p>評価概要</p> <p>事業計画書に職員の資質、技術向上対策として「積極的な各種関連研修受講（外部研修）・外部研修後の伝達講習・関連協議会への出席、積極的な事例発表」を明示、基本方針に目標として「組織・個人のスキルアップをはかり、地域や利用者様の多様なニーズに対応し、安心して信頼あるサービスを提供する」と期待する職員像を明示、年間研修計画に沿って外部研修、月2回の研修会や講師を招いての勉強会を計画的に行っている。</p>		

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・c
<p>評価概要 入職時に保有資格及び研修修了証や専門資格の取得状況を確認している。新任職員にはマンツーマンで直接的な業務や技術指導を行い、新任研修記録で確認把握を行っている。月2回の担当者による内部研修、外部講師を招いての研修会が実施されている。外部研修においては、案内が届き次第、情報提供を行い、経験や技術に応じての外部研修へ参加を推奨している。中長期計画に目標を掲げ資格取得に向けた支援を行っている。</p>		
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。	a・Ⓑ・c
<p>評価概要 実習生受け入れ、教育・育成についての基本姿勢が明文化され、実習目的によりそれぞれマニュアル化されている。事前打ち合わせ時に目的や学びたいこと等確認し限られた時間内で効果的に修得できるような体制が組まれている。実習担当職員を配置し、利用者の安全の確保と事故防止に努め、実習生に対しては休憩や実習記録の記載時間を設けるなど、無理のない実習スケジュールを組み、実習生の成長と利用者との潤沢な交流に配慮している。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価
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・c
<p>評価概要 法人・事業所の理念や基本方針、提供するサービスの内容などパンフレットや重要事項説明書に記載、パンフレットは医療機関や公共施設等へ配布している。事業計画、事業報告、予算、決算情報は家族会や運営推進会議等で報告、いつでも閲覧できる環境にある。毎月発行のコスモス便りや地域校区コミュニティ協議会の機関紙「いきいき山田」を利用し情報を発信している。また、情報公表システムでワムネット上での登録と3年毎の第三者評価受審と結果の公表など運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営に向けて公務分掌規程、権限規定、経理規定が整備され職員会議や各委員会を通して職員への周知が図られている。また、毎月の経営会議においてサービスのコスト分析、稼働率の報告が行われ対策が講じられている。必要物品購入については小口現金取り扱い規定が設けられ記録簿の残金額と現金を複数人で毎日確認する体制がある。税理士による内部監査が毎月実施され財務管理等の指摘やアドバイスに基づき経営改善に向けた取組が行われている。</p>		

Ⅱ－４ 地域との交流、地域貢献

		第三者評価
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・c
<p>評価概要</p> <p>職員が自治会や子供育成会の役員として参加するなど地域住民との良好な関係が築かれている。かかし祭りや自治会鬼火焚き、中学校文化祭や運動会への参加、季節行事の花見や鯉のぼり見学、法人行事への地域住民の参加やボランティア受け入れなど積極的に交流が図られている。また、地域交流センター開設に向けて計画的に取り組んでいる。</p>		
24	Ⅱ－４－（１）－② ボランティア等の受け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・c
<p>評価概要</p> <p>ボランティア受け入れマニュアルが整備され基本姿勢や接遇のポイントや個人情報についての事前説明の実施など具体的受け入れ手順など明文化されている。中学生の体験学習への協力、始良市や社会福祉協議会登録ボランティアの受け入れや高校生・教職員実習の受け入れなど行っている。</p>		
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・c
<p>評価概要</p> <p>市内福祉事業関係機関についてのリストが作成されており職員会議等で職員との情報の共有が図られている。また、地域包括支援センター、社会福祉協議会、キャラバンメイト連絡会等との連携、地域ケア会議や運営推進会議等で高齢者をめぐる課題や地域で活用できる介護保険サービスやインフォーマルサービスについても話し合う機会があり他事業所との連携がとれている。</p>		
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・c
<p>評価概要</p> <p>法人は職員に地区防災組織に加入し、避難誘導、救護活動、停電時の炊き出し支援など災害時の地域貢献の役割を担うように推奨している。地域小学校区俳諧模擬訓練への参加、職員が自治会・子供育成会の役員を担うなど地域貢献に努めている。テラス・駐車場を利用して焼き芋会やキビナゴ会開催など地域住民との交流の場となっており、運営推進会議において情報提供や認知症、健康管理等についての勉強会開催や地域サロンに出向いて高齢者の嚥下障害、骨粗鬆症予防、終活についての講話、脳活性化のレクリエーションの紹介、キャラバンメイト養成などを実施している。</p>		
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・c
<p>評価概要</p> <p>運営推進会議や地域ケア会議、自治会総会出席において周辺地域や市内の福祉ニーズの把握と地域住民への情報発信・相談窓口として良好な関係が築かれている。また、地域公民館での活動、自警消防団参加、台風時等米やおかずの配布、地域包括支援センターや社会福祉協議会等と連携しながら認知症サポーター養成講座開催や徘徊模擬訓練参加など計画的な活動が行われている。</p>		

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
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。	(a)・b・c
<p>評価概要： 基本理念に「やさしく、あたたかく、あなたの気持ちに寄り添います」を掲げ、事業所入口に掲示すると共に、職員のネームの裏にも記載されている。法人内部研修が毎月2回開催され、倫理規定、法令遵守、虐待防止、身体拘束防止のマニュアルに沿った学習が行われている。また、毎日のカンファレンスの中で職員同士で利用者を尊重していないと考えられる言動について率直に話し合う風土が認められる。月に1回開催される職員会議で、自分の介護について振り返りを行い、より利用者の尊厳を守るために必要な業務改善についてグループワークを行い、共有化が図られている。</p>		
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。	(a)・b・c
<p>評価概要： プライバシー保護マニュアルを策定すると共に、マニュアル毎にプライバシー保護に関する留意点を記載している。特に排泄・入浴等の肌の露出する場面では、衝立等を使用して他者の視野から保護している。職員同士で利用者のプライバシーが保護されるよう、排泄誘導時のより良い声の掛け方について検討する機会を作っている。新入職員については毎日のカンファレンスの中で教育が行われている。人権や権利擁護については、職員一人ひとりの接遇姿勢まで細かに取り組みを進めている。</p>		
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 利用者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)・b・c
<p>評価概要： 基本理念、提供する福祉サービスの内容、日課、利用料金について分かり易く記載されたパンフレットを作成し、郵便局、地域の特産品売り場、医療機関の地域連携室、居宅事業所に配布している。見学、体験希望に対しては希望者のニーズに合わせて随時対応している。利用開始前に重要事項説明書を用いて丁寧に説明を行い、同意を得て契約を交わしている。また、制度改定や利用者からの意見を参考にパンフレットの見直しを行っている。</p>		
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。	(a)・b・c
<p>評価概要： 利用開始に当っては、重要事項説明書を用いて、利用者及び家族に応じた分かり易い説明を行うと共に、利用料金表、介護支援専門員の計画に基づく通所サービス計画書を提示し、同意を得ている。また、福祉サービス内容の変更時には、変更内容の根拠を分かり易く説明し、同意を得ている。利用者の状態が自己決定に困難が認められる場合には、契約時の代理人、後見人からの同意を得ている。</p>		
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。	(a)・b・c
<p>評価概要： 利用者の病状の悪化による医療機関への移行時は、個別のケアが継続されるように対面での引き継ぎや申し送りを行っている。特に詳細な内容の利用者に対しては、事業所の手順書を活用している。福祉サービスが終了した場合も継続して相談できるよう担当者を配置し、対応が行われている。また、日常的に、利用者の観察を細やかにを行い、他施設への移行の必要性を早期に情報収集し、施設との連携を図っている。</p>		

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
<p>評価概要： 職員は日常のサービス提供場面で、利用者の表情や言動を観察し、不満足の有無を確認し、そのサインを見逃さないよう対応している。また、年2回満足度及び嗜好調査を行い、法人内の満足度調査委員会で分析・検討し、職員会議及び家族会で報告している。また、管理者が利用者及び家族と顔を合わせ、満足の有無を確認している。その結果、収集した内容は意向意見簿に記載すると共に、具体的な改善に繋げている。また、ご意見・ご要望の解決のための仕組みを、フローチャート形式で分かり易い書類を作成している。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要： 法人内で利用者の相談・苦情解決実施要領を策定し、苦情解決の体制と仕組みについて記載すると共に、事業所内に掲示されている。苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を定めると共に、苦情対策委員会を設置し、随時、苦情処理台帳及び苦情対応記録に記載すると共に直ちに取組が行われている。苦情内容及び解決結果については利用者の了解を得た場合には、職員会議及び家族会で報告している。また、苦情内容に取り組みることにより利用者へ寄り添い、自立支援に繋がる支援の検討が行われている。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要： 重要事項説明書に相談・苦情の複数の窓口を説明し、事業所内に掲示されている。また、利用者及び家族に対して、日常的に相談・意見について話しあう機会を積極的に設けている。個別に対応が必要な場合には、事業所内に設置してある相談室を活用している。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要： 利用者からの苦情を処理するために講ずる措置の概要及び利用者の相談・苦情解決実施要領を策定し、施設内研修を年に2回開催し、共有化を図っている。苦情対策委員会ではマニュアルの見直しを行うと共に、他のマニュアルの見直しの必要性についても検討し、日常業務の改善に繋がっている。また、玄関入口に意見箱を設置すると共に、日常的に相談・意見を傾聴する機会を作っている。その結果、意見箱よりも対面による相談・意見が多く認められる。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要： 法人内で事故対策委員会を設置し、責任者を定め、事故発生時の手順書と共にフローチャート形式の緊急事態発生時の仕組みを分かり易く作成している。事故対策委員会は3ヶ月毎及び緊急時に開催し、ヒヤリ・ハット報告書及び事故報告書の事例から要因の分析、改善策、再発防止策を検討すると共に、研修会を開催し、職員への周知を図っている。また、事故防止のために施設内で使用する機器や器具の不具合の有無の点検を週4回実施し、備品点検ノートに記載している。日常業務の中で気になることを気づき報告書に記載し、毎日のカンファレンスで共有化することで事故防止の仕組みが作られている。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要： 感染症対策委員会を設置し看護師を責任者に定め、感染症対策マニュアルを策定すると共に、年6回の研修を行っている。特に感染症の発生が流行する時期には利用者及び職員の予防接種や手洗い・嗽の予防策を徹底している。また、日進月歩の感染症対策に合わせて外部研修を受講すると共に、厚労省の感染症ガイドラインを活用し、マニュアルの見直しを行っている。家族の感染防止のために自宅における環境整備や食中毒予防のための助言を行っている。</p>		

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)・b・c
<p>評価概要： 立地条件から豪雨、土砂災害、地震災害、大雪、火災を想定した防災マニュアルを策定すると共に、法人防災対策委員会を設置し、年2回の防災訓練を行っている。訓練の際は自警消防団、近隣の住民、地元消防団と協力して実施している。職員は法人の緊急連絡網で役割分担し、利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、職員に周知されている。非常時の食料品、水、備品は責任者を定めて事業所内に備蓄されており、毎月9日に消費期限を点検している。事業所入口には消火器を、室内にはスプリンクラーと自動火災通報装置を設置し、火災時の安全に備えている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価
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)・b・c
<p>評価概要： サービスの種類毎にマニュアルが作成されると共に、事務所内に整備され、職員が活用し易くなっている。マニュアルには利用者尊重、プライバシー保護及び権利擁護に関して配慮する姿勢が明記されている。職場内での職員間の相互点検の風土が定着しているため、マニュアルに沿っていないサービスの提供が行われている場合には職員同士で注意し合うと共に、毎日開催しているカンファレンスで討議を行っている。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要： マニュアルの見直し及び改訂はマニュアル用紙を活用して随時行われている。特に厚労省のガイドラインの改定時や外部研修での新たな技術を導入する場合にはマニュアルに反映している。また、利用者や職員からの意見や提案から、より質の高いサービスを提供する為の検討は、主任会議で行われている。マニュアルの見直し、改訂の経過及び概要が各マニュアルの表紙に記載され、分かり易くなっている。</p>		
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。	(a)・b・c
<p>評価概要： 福祉サービス実施計画策定の責任者に管理者を定め、全国社会福祉協議会のアセスメント様式を採用して、適切なアセスメントを行っている。全職種参加のサービス担当者会議を開催し、計画の作成、実施、評価、見直しを行っている。新たに策定された計画書はカンファレンスでの発表及び申し送りノートに記載し回覧するなど共有化に努めている。特に実施計画書は独自の様式の手順書を作成し、実施内容の共通理解を深めている。</p>		
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)・b・c
<p>評価概要： 毎日のサービス提供場面でモニタリングしており、福祉サービス実施計画の見直しは定期的及び随時行われている。特に利用者の意向や健康状態の変化を早期に捉え、介護支援専門員へ情報を提供することで、計画の早期の変更に繋げている。定期的な見直しの際は全職種参加による担当者会議を開催すると共に、職員によるカンファレンスでの意見を活かしている。緊急に変更となった福祉サービス実施計画書はカンファレンス及び申し送りノートを活用して共有化を図っている。</p>		

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・c
評価概要： 福祉サービス実施状況の記録は独自の様式を作成して記録が行われている。実施の有無が分かり易く記載される形式と、個別の記載を行う形式を採用している。職員間の記録内容が統一化されるよう記録方法のマニュアルを作成すると共に、利用者の状況に関する情報は事例検討会、カンファレンス、申し送りノートで共有化を図っている。パソコンは介護システムを導入し、基本情報、福祉サービスの実績管理が行われ、法人内で共有化されている。		
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・c
評価概要： 個人情報保護規定及び記録物管理規定を策定し、利用者の記録の保管、保存、廃棄、情報の開示について定めている。利用者及び家族に対して個人情報保護について説明し、個人情報使用に関する契約を交わしている。職員に対しては個人情報保護規定及びプライバシー保護マニュアルの研修を年に5回実施すると共に、規定を遵守する誓約書を交わしている。パソコンを使用する職員には個別にパスワードを設定し、文書類の管理は鍵の掛かる書庫に管理し、情報漏えい防止に努めている。		

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

H29.5.1改訂

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
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 ・ b ・ c
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 ・ b ・ c
<p>評価概要： ①アセスメントから得られた利用者一人ひとりの心身の状態、ADL、生活習慣、趣味、興味、意向を確認し、今の状態に応じた一日の過ごし方を検討し、支援が行われている。標準の日課を定めているが、当日の心身の状態に合わせて柔軟な対応が行われている。また、利用者の得意な趣味を発揮できるよう発表の機会を作ることで生活意欲の向上に繋げている。近所での田植え、稲刈り風景や神社詣り、案山子祭り、小学校の運動会等への外出や事業所内での季節毎の行事が数多く計画・実施されている。 ②基本理念「やさしく あたたかく あなたの気持ちに寄り添います」を掲げ、利用者一人ひとりに寄り添うための接遇教育は内部・外部研修で行うと共に、職員同士で自己点検、他己点検を行い、切磋琢磨する風土が認められる。特に意思表示の困難な利用者にはアイコンタクト、タッチング等の技法を用いて心に寄り添っている。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		第三者評価結果
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 ・ b ・ c
<p>評価概要： 平成29年度の基本方針に「利用者の人格を尊重し、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める」ことを掲げ、権利擁護・虐待防止・身体拘束の委員会を設置している。外部研修、内部研修を行うと共に、実際に職員同士でオムツを装着し、利用者体験をすることで、より利用者の立場に立つことができると考えて、デモンストレーション教育を重要視して取り組んでいる。また、「身体拘束ゼロ宣言」を掲げ、身体拘束のない介護に取り組んでいる。しかし、緊急やむを得ない場合の規定を作成し、緊急時、一時的、他に代替の無い場合の、開始と解除時に契約を交わすと共に、経過観察及び再検討の記録を行っている。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果
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 ・ b ・ c
<p>評価概要： 事業所は田んぼや畑に囲まれた豊かな自然の中に設置されているが、玄関の外側及びウッドデッキにも季節の花や野菜が植えられ、室内でも自然を感じることができるよう配慮されている。室内は冷暖房機2台及び扇風機が設置され室温・湿度を快適に保つと共に、清潔な環境に保っている。また、利用者の意向に応じて好みの音楽を流すと共に、有線放送を活用した音楽の提供を行い、心地よい環境となっている。また、利用者の座席は、馴染みの関係を保持しながらも新たな出会いの機会を作る等の配慮をしている。利用者の心身の状態や病状に応じてリクライニング方式のソファや静養スペースが確保されている。</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
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 ・ b ・ c
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 ・ b ・ c
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 ・ b ・ c
<p>評価概要： ①利用者一人ひとりの入浴に対するニーズをアセスメントし、利用者の状況に応じた入浴方法を検討し、実施している。また、安心・安全な入浴を行うためにマニュアルを作成すると共に、利用者の尊厳・プライバシーの保護に配慮している。入浴を拒否する利用者に対しては、利用者の意向に沿いながら、工夫をした入浴が行われている。 ②アセスメントから得られた利用者の排泄行動を確認しながら、利用者のできない動作を支援している。排泄マニュアルを作成し、安心・安全な排泄及び利用者の尊厳・プライバシーの保護に配慮している。排泄表を作成し、排泄の点検を行っているが、必要があれば24時間点検も行っている。特に排便困難等が認められる利用者に対しては、水分・食事摂取に配慮し、必要があれば主治医と連携し、問題解決に繋げている。 ③利用者一人ひとりの移動能力をアセスメントし、利用者の状態に応じた移動計画を作成し支援している。必要な杖、シルバーカー、車椅子を準備すると共に、整備点検を行い、安心安全な移動に配慮している。室内はバリアフリーとなっており、廊下、トイレ等移動空間が広く、利用者が移動しやすい環境となっている。</p>		

A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
	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 · b · c
	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 · b · c
	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 · b · c
評価概要： ①利用開始前にアレルギーの有無及び嗜好調査を行い、利用者の希望や好みを聞き取ると共に、年に2回嗜好調査を行い、献立に反映している。また、旬の食材や季節の行事を献立に取り入れると共に、器や盛り付けに工夫が認められる。食堂からウッドデッキの花や野菜を見て季節を感じると共に、座席や利用者の意向や利用者同士の交流ができるよう配慮し、心地よい食環境を整えている。 ②アセスメントから得られた利用者の摂食・嚥下能力に応じた食事形態を選択し、支援を行っている。疾患により水分・カロリー・カリウム・塩分等の制限がある利用者に対しては、指示を守ると共に、美味しく食べる工夫を行っている。また、利用者の体調に変化が認められた場合には、柔軟に対応し、食べやすい内容に変更が行われている。食事の事故防止のために、食事の観察を行うと共に、緊急時の対応について研修を行い、共有化が図られている。 ③利用開始前に口腔内清掃の自立度を観察し、利用者一人ひとりの口腔ケア手順書を作成し、実施、評価・見直しを行っている。食事の前に口腔体操を行い、口腔機能の維持・改善に取り組むと共に、食後の義歯洗浄を含む口腔内保清を行っている。歯科医による歯科検診を行い、口腔内の異常の早期発見・早期治療を行うと共に、介護支援専門員及び家族に対して情報提供を行っている。職員は法人内部及び外部の研修を受講し、口腔ケアの方法について周知している。		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	○ a · b · c
評価概要： 職員は介護に必要な観察として入浴・排泄介助時の皮膚の観察が褥瘡予防に重要であることを周知し、実践している。カンファレンスで褥瘡発生の恐れがあると考えられる利用者には、体位変換、エアーマットレス、クッション等を導入し、予防に努めている。事業所内での褥瘡発生は認めないが、他施設より褥瘡発生した利用者に対して、皮膚科医師と連携し、褥瘡が早期に改善した事例が認められた。		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		第三者評価結果
	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 · c
評価概要： 平成24年度より介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の研修を受講し、4名の介護職員が県に登録しており、看護職員6名と共に利用者への喀痰吸引・経管栄養の体制を整備している。介護職員による喀痰吸引・経管栄養の手順書を整備すると共に、法人内部及び外部の研修を受講している。法人内の喀痰吸引・経管栄養の指導看護師及び研修修了者、管理者、看護職、医師と連携して安全対策委員会を設置し、検討・研修を継続している。		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
	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 · b · c
評価概要： 利用者一人ひとりの心身の状態に応じた個別の機能訓練プログラムを作成し、実施・評価・見直しを定期的に行っている。午前中は集団の機能訓練を、午後からは個別の機能訓練を日課としているが、利用者の状態に応じて柔軟に対応している。楽しく機能訓練及び介護予防活動を行うために事前にレクリエーション計画を作成し、多くのメニューを準備している。また、利用者の得意としている活動は他の利用者の先生役を果たすことで、更に意欲の向上に繋げている。更にレクリエーションのメニューを豊かにするために職員を研修に派遣している。利用者に認知症状と考えられる言動が認められる場合には、家族及び介護支援専門員へ情報を提供し、早期の受診と治療に繋げている。		
A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	○ a · b · c
評価概要： 全国社会福祉協議会様式のアセスメント及び、パーソン・センタード・ケアによるその人らしさを理解し、利用者の尊厳を尊重して支援が行なわれている。そのために、認知症及び認知症ケアマニュアルを策定し、職員は法人内部で年5回の研修を受けると共に、外部の研修に出席し、共有化が図られている。また、管理者が認知症の講師で、キャラバンメイトとして地域貢献しており、職員に対しても認知症ケア専門士及び認知症サポーターの資格取得を年度の事業計画に位置付けている。その結果、認知症によるBPSDに対して、受容的な態度で行動を受け止め、支持的な支援が行われている。また、利用者の得意とする趣味を計画し、先生役を果たすことで自尊感情の向上に繋がっている。		

A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
	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 ・ b ・ c
評価概要： 健康観察のマニュアルを作成し、介護に必要な観察及びバイタルサインの測定、介護場面の気付きの方法について研修を行い、職員に周知すると共に、AEDの使用方法等のデモンストレーション学習を行っている。また、緊急時マニュアルを作成すると共に、フローチャート方式でリーダーの動きと職員の動きを分かり易く表示している。到着時と帰宅前のバイタルサインの測定及び健康観察を行うと共に、利用者一人ひとりの病態や内服管理及び前日の健康状態を把握し、異常の早期発見に努めている。異常を認める場合には早期に主治医及び家族、介護支援専門員、訪問看護師に情報を提供している。個人別の緊急時持ち出しファイルを作成し、早期に連絡を取れるように準備が行われている。		
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携終末期の対応		第三者評価結果
	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。	○ a ・ b ・ c
評価概要： 利用開始前に家族状況及び緊急時の連絡方法を確認すると共に、その後の変化の有無を確認している。利用者の少しの変化についても家族への連絡を随時行うと共に、広報誌「コスモス」を毎月発行し、日常生活の周知に努めている。また、連絡帳の活用及び家族の訪問時に会話の中から家族の意向、要望を確認すると共に、介護に関する助言を行っている。家族会を年に1回開催し、意見交換を行うと共に、家族の健康観察を行い助言を行っている。		