

福祉サービス第三者評価基準

【 共 通 版 】

H27年4月1日改定

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

		自己評価
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・ ③
<p>評価概要：理念は毎朝唱和し、新人研修や全体会を通じ定期的に勉強している。 基本方針の周知が徹底されていない。 理念や基本方針についてパンフやホームページに掲載されているが利用者、家族、地域への周知が不十分である。</p>		

I-2 経営状況の把握

		自己評価
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・ ② ・c
<p>評価概要：幹部職員の会議では経営状況を分析、報告、把握、共有、対策が行われている。 年1回のご利用者満足度調査にてニーズや特徴の把握に努めている。 地域ケア会議やサービス事業所連絡会等で福祉計画の動向や内容についての把握している。</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・ ② ・c
<p>評価概要：幹部会議で現状分析、課題、問題等話し、改善に向けて具体的に取り組んでいる。 全体会議等を通じ、職員全体で共有できている。 幹部職員だけの検討で終わり、一般職員の参加が不十分である。</p>		

I-3 事業計画の策定

		自己評価
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。	a・b・ ③
<p>評価概要：理念に沿い、職員の希望や目標を取り入れた中・長期計画を作成している。 周知が不十分である。収支計画や財務分析については経営者のみで行われている。 目標が具体性に欠けている。</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。	a・b・ ③
<p>評価概要：各委員会や幹部会議で目標を設定、随時検討改善を行っている。 具体性に欠ける事案もあり、全職員へ周知が不十分。</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。	a・b・c
<p>評価概要：職員参加による事業計画がある。 職員への周知が不十分である。 実施状況の把握や評価、見直しがされていない。</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。	a・b・c
<p>評価概要：利用者や家族に周知されていない。 周知すべき家族会が無い。</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

		自己評価
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。	a・b・c
<p>評価概要：入所手続き、カンファ、担当者会議等の内容が全職員に周知され、質の向上につながっている。 教育・サービス向上等の各委員会にてサービスの質の評価・検討が行われている。 第三者評価をしていない。</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：改善の取り組みを各委員会で検討・改善計画を作成し取り組んでいる。 評価結果を分析し、職員への周知が図られている。 実施計画状況の評価や改善計画の定期的な見直しがされていない。</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

		自己評価
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：会議等を通じ伝えられている。 職責表等で役割と責任が明示されている。 一般職員やご利用者様・家族への周知が不十分である。</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：全体会議等で定期的な研修があり、理解・実行できる取り組みがなされている。 法令の他に法人内でのルールについて勉強会を実施し、具体的な計画や指導を行っている。 外部への透明性が不十分である。</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：サービス向上委員会を中心に評価や目標設定、指導を積極的に実施している。 ご利用者様や家族に対し定期的なアンケートを実施、問題点の把握や改善に繋げている。 職員に対し、資格の取り易い体制や研修の充実に意欲的である。</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：外部専門職の意見も取り入れつつ、経営の現状や課題について管理職と検討し、改善に努めている。 人員配置に考慮し働きやすい環境を整えている。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		自己評価
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：キャリアパス制度やキャリア段位制度を導入し、人材の育成・定着に取り組んでいる。 育成計画の具体的な計画取り組みが無い。 具体的な中・長期計画が無い。</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：職員の意向や意見を聞き取る機会があり、評価・改善を行っている。 期待する職員像が明文化されていない。 人事基準の周知が不十分である。</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：働きやすい職場作りの為に職員の意向を把握し、配置転換や労働時間の見直し等改善に取り組んでいる。 衛生委員会があるものの、取組みが不十分である。</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：期待する職員像が明文化されていない。個別の面談、指導の頻度が少ない。 一人一人の明確な目標が設定されておらず、育成に向けた取組が不十分である。</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：教育委員会があり年間計画や研修に対する目標等を管理している。 具体的な水準、期待される職員像が明確にされていない。 専門的な知識や技術を身に付けるための体系的な計画が不十分である。</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。	a・(b)・c
<p>評価概要：職員に常に参加を呼び掛け、機会を与えている。 各層・職種・テーマ別の研修を内部・外部を活用して実施している。 人員不足により希望する研修が必ずしも受けられない。</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・b・(c)
<p>評価概要：適切に行われているがマニュアルが無い。 指導者に対する専門的研修がなされていない。</p>		

Ⅱ－３ 運営の透明性の確保

		自己評価
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。	a・b・c
<p>評価概要：様々な行事や地域活動への参加時に理念やビジョン・存在意義等についての説明を行っている。 事業計画や予算決算等が公開されていない。 広報誌が無い。 第三者評価が無い。</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。	a・b・c
<p>評価概要：外部専門家によりチェックされている。 内部監査が不十分である。 ルールが明確化されていない部分がある。</p>		

Ⅱ－４ 地域との交流，地域貢献

		自己評価
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。	a・b・c
<p>評価概要：地域との関わりや貢献の重要性を職員に周知している。 地域への活動について情報を収集したり、専門的な立場で定期的に参加している。 地域の社会資源の活用や周知が不十分である。</p>		
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・b・c
<p>評価概要：事前説明等十分に配慮しているが、明文化されていない。</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。	a・b・c
<p>評価概要：定期的に地域ケア会議やサービス事業所協議会等で問題の把握に努め、協働で解決に取り組んでいる。 職員間での情報の共有化が不十分である。</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。	a・b・c
<p>評価概要：積極的に交流しようとする意志、取組みを行っている。 地域参加の研修会開催の機会が少ない。 災害時の役割分担の確認等、多種多様な支援が十分にできていない。</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。	a・b・c
<p>評価概要：地域の集会への参加や助言等地域ニーズの把握に努めている。 民生委員等との連携のが不十分である。 地域の福祉ニーズに対し、満足できる福祉サービスが提供しきれない。</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

		自己評価
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：理念や基本方針について申し送りや全体会で指導しているが、勉強会などの具体的な取り組みは不十分。また、通所独自の理念は基本方針は無く、今後策定、実施していかなければならない。</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：権利擁護に関する具体的な取組が利用者やその家族に周知されていないが、可能な限り利用者の特徴や希望に添った環境を提供しプライバシーの保護に努めている。今後、規定やマニュアル等の見直し時期を明記し定期的に見直しや勉強会などを行う予定。</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：パンフはいつでも見れるようにしており、随時見学や体験ができるが、当デイケアの特徴を生かした見やすいパンフではないため今後作成しなければならない。</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：サービスの開始、利用にあたっては必ず本人、家族に面会して資料を用いて説明し利用者の自己決定にて同意をいただいている。意思決定が困難な利用者への配慮については基本的姿勢はルール化しているが、具体的内容は個々で異なるため明文化できていない。また、同席したケアマネにより議事録を作成している。成年後見制度は現在まで利用したことはないが今後利用に向けてマニュアル化の必要がある。</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：文書の配布、情報提供を行っている。サービスの内容の変更は必ず本人、家族の同意を得て行っており、ご希望に添えるよう配慮している。サービス移行時は関係各所で引き継ぎを行い情報を共有しているが、引き継ぎ手順文書が不十分。</p>		
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-1 (3) -① 利用者満足の向上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：定期的な調査が活かされていない。利用者や家族との懇談会はないが、送迎時や訪問時など出来るだけ話す機会を設けるようにしている。しかし、組織として定める仕組みを確立、周知し取り組みを進めていかなければならない。利用者参画が不十分。</p>		
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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：苦情、相談にはそれをうけた職員がその内容や対応などを文書化しサービス向上委員会が随時対応し情報の共有をしているが、公表していないため利用者には周知されていない。第三者委員を設置し連絡方法の明示や解決に係る話し合いの手順を定める事、苦情解決状況の公表を行うなど取り組むべき課題がある。</p>		
35	Ⅲ-1-1 (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：利用者家族との交流会がないが、コミュニケーションが難しいと思われる利用者には連絡帳を使いコミュニケーションツールとして使用し、利用者とそのご家族には積極的に声をかけ信頼関係の構築に努めているが、一部の職員だけであり組織的に対応しているかは疑問。わかりやすい文書がなく、説明も契約時のみであるため周知の工夫が必要。</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：相談や意見にはサービス向上委員会で対応し、迅速に対応している。対応マニュアルの定期的な見直しやその時期の明示をおこなっていないため今後整備していく。アンケートは年一回、また意見箱はあるがあまり入っていないため積極的であるとは言えず、アンケートの回数や内容の工夫、意見箱の周知の徹底に加えて意見を述べやすい雰囲気作りに努める。</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：事故防止委員会が機能しているがリスクマネージャーがいない。インシデント。アクシデントの報告は積極的に収集し評価、分析を行っているが、似たような事例が多いことから継続的に再発防止策やその実施を徹底する必要がある。</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：感染症防止委員会が機能しているが責任と役割が明確ではない。感染症流行時には送迎時の検温実施やご家族で罹患された方はいないか聞き取りを行い感染症を持ち込まないように努めている。また、手指や施設内の電解水消毒を徹底している。</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：火災時の取り組みは定期的に行っているが他の災害は不十分であり、入所施設での想定で行うため通所リハの想定で行う必要がある。訓練時には利用者に向けて消防署職員による消火器の使用法を指導してもらっている。備蓄品が不十分。体制と対策の職員への周知徹底と災害時の対応や安否確認の方法などを運営規定に明示するなどしてご家族にも説明する必要がある。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		自己評価
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：サービスの実施マニュアルが項目ごとにあるが、周知が徹底されておらず利用者の尊重やプライバシーの保護に重点をおいた内容で明文化する必要がある。初回契約時の訪問にもとづいた検討会やカンファレンス(3ヶ月に一回)を行っている。訪問は必要に応じて適宜行っている。</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：明確に文書化されていない。見直しは随時行っているが、定期的ではない。</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：アセスメントに基づき計画を策定し、毎月のモニタリングや計画の評価をケアマネと共有している。計画の変更時には関係各所と利用者で協議し利用者の意向に添った計画を策定している。</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：上記のように定期的にサービス内容の評価、見直しを行っているが、組織的な仕組みや手順等の明示がないため早急に改善しなければならない。</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。	a・b・c
<p>評価概要：実施状況の記録を行っているがネットワークシステムは利用していない。情報の流れやその手順を分かりやすく明確にするよう努める。</p>		
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・b・c
<p>評価概要：個人情報の取り扱いについては利用者とその家族に説明し同意をいただいているが、保存と廃棄の確認やその手順についての規定を策定しなければならない。</p>		

福祉サービス第三者評価基準

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		自己評価
	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：</p> <p>(1)-①利用者のアセスメントや日々のコミュニケーションを通して希望等は把握しているが、社会参加への動機づけへつながらているとは言えず活動内容を見直さなければならない。来苑時にバイタルチェックと問診を行い活動内容を考慮している。利用中は出来るだけ個々の役割が持てるよう声かけしている。</p> <p>(1)-②利用者とその家族とコミュニケーションは出来るだけ多くとるようにように努めている。言葉使いが不十分。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		自己評価
	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：</p> <p>苦情、虐待、身体拘束は委員会で討議を行っている。スピーチロックや利用者同士のトラブル、職員への苦情がある。行政への届出、報告は機会が少なく知識に乏しいため、情報収集や手順の明示をしなければならない。利用者への事例の提示を行わなければならない。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		自己評価
	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：</p> <p>利用者のほとんどが利用を楽しみにしている様子だが、業務や設備の都合に合わせていただくことで自由に休憩ができていないため、活動内容や利用者の自己決定ができる選択肢を提案し少しでも満足できる工夫が必要である。</p>		
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		自己評価
	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：</p> <p>(1)-①利用者の尊厳や羞恥心に配慮し入浴介助を行っている。事故防止に努めているが実際に事故があるためその都度原因の追究と対策を立てている。</p> <p>(1)-②排泄時はプライバシーに配慮し、排泄物などから健康観察も行っている。排泄の要望に対し素速い対応に努め、尿意があいまいな利用者にはこちらから声をかけできるだけトイレで排泄できるようにしている。</p> <p>(1)-③利用者のペースに合わせ安全な移動に努めている。</p>		
A-3-(2) 食生活		自己評価
	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)
<p>評価概要：</p> <p>(2)-①月に3回セレクト給食を実施しその日の好みで主菜を選んでいただき好評である。給食会議を開催し、利用者からの要望や職員の意見を取り入れて食事の時間を楽しめるように努めている。</p> <p>(2)-②食事や水分の摂取状況などの情報は利用者とその家族、ケアマネと共有し、栄養スクリーニングを行い低栄養の予防に努めている。食事に関する支援は都度の見直しや検討を行っている。</p> <p>(2)-③食後は必ず口腔ケアを行っているが、専門家の指導や研修などで知識を深め自宅でも役立てられるようにしなければならない。</p>		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		自己評価
	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c
<p>評価概要：現在対象者はいない。以前、褥瘡ケアを必要とする利用者があり看護師がケアをしていたが、家族のこだわりなどで改善と増悪を繰り返していた。褥瘡の予防対策の知識を深め利用者やその家族にも助言や情報提供し、利用者や家族の心情まで配慮したきめ細やかなケアを行う必要がある。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		自己評価
	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
<p>評価概要：対象者はいないが安全に実施できるよう実施体制を整える必要がある。</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		自己評価
	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
<p>評価概要：集団活動が多いが、機能訓練やリハビリは利用者一人一人の状態にあわせて活動を工夫している。できることは自分でしてもらえようような声かけと見守りを行いADLの低下予防、意欲低下の予防に努めている。利用者とともにコミュニケーションを図り心身の状態を観察し必要時ケアマネに報告、医療機関等へつないでいる。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		自己評価
	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
<p>評価概要：定期的カンファレンスを行っている。(3ヶ月に1回)BPSDについて必要時に分析、検討を行いケアマネや家族と情報を共有している。連絡帳を使用し利用時の状況や家庭での状況を互いに把握し助言を行った。家族の訴えや悩みを聞いたりしている。認知症の知識やケアに関して社会資源の情報提供を行い、利用者や家族の負担軽減につなげなければならない。</p>		
A-3-(7) 急変時の対応		自己評価
	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
<p>評価概要：送迎時に体調確認し、来苑後にバイタルチェックと問診で心身の状態観察を行っている。異変に気付いた時は迅速に看護師に報告し看護師より状態の報告を家族、ケアマネ、医師に連絡するようにしている。全職員が利用者の体調変化や異変の兆候に早く気付くために、健康観察や薬の知識を深め体調の変化に対応出来るようにならなければならない。</p>		
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		自己評価
	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
<p>評価概要：利用者の状況に変化があったときは家族やケアマネに連絡帳や電話で都度の報告を行っている。担当者会議やリハビリ会議等で定期的に個別に状況や意見を聞く機会を設け希望に添えるよう努めている。</p>		