

評価細目の第三者評価結果

（特別養護老人ホーム）

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。		
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	「心豊かに安心して過ごせる場所で何時までも自分らしく」との理念が、パンフレットや玄関・各フロアに基本方針と共に掲載され、職員には、年度初めと毎月の全体会にて、入居者及び家族には、入居時と毎年の家族会にて、基本方針を含め説明が行われています。

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。		
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	社会福祉事業の動向と利用者像の変化や地域のニーズを定期的に捉えて分析し、課題が把握されています。コストや収支状況なども明確にされ、全体会にて報告が行われ、職員への周知が図られています。
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	主に、地域のニーズ・財務状況・建物/設備の営繕・人材育成計画別に課題が明確にされ、改善が必要な事項は、事業計画に組み込まれ、年初の全体会で職員に説明され、改善計画が進められています。

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。		
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	理念と基本方針の基、社会貢献を含む将来の福祉介護サービスのニーズを予測・分析し、事業所の中・長期計画が作成されていますが、数値目標や収支計画の詳細には、不足が見られます。
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	中・長期計画に基き、行事計画・研修計画・改修計画・収支計画及び各委員会活動等が実行しやすく、評価も行い易いように、必要な目標数値と収支計画を含み、具体的な表現で作成されています。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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	中・長期計画の作成には、幹部職員の参加がなされ、単年度計画の作成には、部門別に主任以上の中堅職員が参画して策定されています。また、単年度計画は、毎月初に職員への計画説明と結果評価が行われ、必要な修正も行われています。
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	利用者には、行事計画を中心に、掲示や管内放送面談等を利用して、解り易く興味を持てるように説明が行われています。また、家族には、ホームページで公開されると共に家族会にて説明が行われ、資料も送付されるなど、周知が図られています。

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	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。		
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	毎日のミーティングや引き継ぎ及び月例の各会議での報告に加えて、年1回の自己評価や事業所独自の家族アンケートが実施され、それらの内容から課題が把握され、業務向上委員会を中心に分析し、各委員会に必要な取り組みの指示がなされています。
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	課題に対する評価結果と必要な取り組みは全体会で配布・説明され、職員全員に共有化されると共に、策定された修正計画や改善策が迅速に実施され、以降の研修計画にも組み込まれています。

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	コメント
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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	年初の全体会にて、管理者のその年の役割と責任が非常時の役割も含めて発表・表明され、職務分掌表と組織図や担当表により、管理職が行うべきことが、職員に周知されています。
II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	法令遵守関係の各マニュアルが整備され、年初の全体会で全職員での読み合わせが行われ、周知と理解が図られています。また、主任・副主任には、リスクマネジメントを含め関連法規の研修と確認が毎月行われています。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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	管理者それぞれが、適した部門での活動や研修講師を行うことで、提供されているサービスの質の向上への課題が把握し易く、意欲の向上にも繋がり、指導の効果が発揮されています。
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	経営・業務上の課題を把握共有し、業務の効率化と労働環境の改善を状況目標と数値目標で定め、各委員会と共に、実行性のある指導が継続されています。

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。		
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	埼玉県「多様な働き方実践企業」のゴールドのレベルに認定され、特に、女性のワークライフバランスに配慮した取り組みは、人材の確保と定着に多大な効果をもたらせています。また、職員の世代間のバランスにも注視し、将来に向けた採用計画案が策定されています。
II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	採用基準と職員の専門性・能力・成果/貢献に基いた評価基準が明確にされると共に、多様な働き方やキャリアパスに応じた処遇がなされています。また、職階級と評価内容がリンクされ、教育すべきことと、評価すべきことの一致が図られています。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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	個人面談が充実し、できる限り希望勤務時間に沿ったシフトが敷かれることでワークライフバランスが保たれ、職員の家族を含めたリクレーションなどにより、職場の理解を深められています。また、職員の有給取得状況を含む、詳細な勤務状況の把握も行われています。

Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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	職員の個別面談と評価内容を基に、本人の希望をできるだけ尊重したキャリアパスと目標が設定され、それに沿った研修への参加と振り返りのための評価が行われています。
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	適材適所と専門性の向上を基本方針とし、事業計画に研修計画が織り込まれ、継続性のある研修が実施されています。また、介護福祉士の習得は最低条件とするなど、明確な基準の設定も行われています。
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	内外の研修情報を詳細に職員に伝え、研修参加を積極的に進めるために「補助金制度と勤務シフトへの配慮」や「外部研修の出張扱いとパート職員の研修参加に対する時給の支払い」も行われています。また、研修報告書等により内容評価が行われています。
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。		
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	実習生受け入れ実施要項・実習生登録書・実習実施承諾書が作成され、基本方針と研修プログラムや実習評価を基に、実習内容に対する学校との継続的な連携が行われています。また、学校からの要望にも配慮した実践的な指導者の育成が行われています。

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。		
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	法人概要・事業目的・施設理念・運営方針・事業報告・会計報告・年間行事等を含む情報がホームページ上で公開されています。また、玄関に閲覧自由の掲示がされ、申し出に応じて、情報の公開が行われています。
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	毎年、公認会計士による監査が実施されており、結果が公表されていると同時に、指摘事項があった場合は、指導に基づいて改善が実施されています。

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。		
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	利用者の状況に配慮しつつ、地域の催しには積極的に参加をされています。また、深谷市社会福祉協議会との共催による小・中学生への体験学習の場であるサマースクールや事業所の種々の年間行事への参加を積極的に働き掛け、活発な交流が行われています。
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	ボランティア受け入れマニュアルが作成され、基本方針と受け入れ手順が確立されています。また、地域のボランティアの受け入れが積極的に行われ、登録されているボランティアには、ボランティア保険も掛けられています。
Ⅱ－４－（２） 関係機関との連携が確保されている。		
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	利用者の変化や緊急事態にも対応可能なように、行政機関・医療機関・他の福祉事業所等との連携に加え、提供されるサービスに多様性を持たせるため、地域の民間企業や組織との適切な連携もなされており、社会資源の一覧は現場に配布されています。

Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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	地域の方々が自由に交流できる場として、毎月開催されるリビングカフェや茶会・料理教室、近隣の障害者施設と共同での木工教室などに場所とノウハウが提供されています。また、防災面でも、地域の災害時避難場所としての機能が提供されています。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	地域の役員・民生委員等との定期的な開催される会議や相談から地域のニーズが把握され、認知症サポーター養成講座や深谷市社会福祉協議会と共催の小学生から参加出来る、マースクールなどの多彩な事業や催しが行われています。

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	コメント
Ⅲ－１－（１） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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	「心豊かに安心して過ごせる場所で、何時までも自分らしく」の理念を、提供されるサービスに具体的に反映させるために、勉強会や内部研修の機会を多く持ち、職員への周知と共通の理解を図ることで、QOLの向上へ繋がっています。
Ⅲ－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	プライバシー保護規定や虐待防止マニュアルが整備され、毎月の会議や研修の中で繰り返し振り返りが行われ、職員への周知が図られています。また、居室内はブラインドで仕切ることにより、一人ひとりのプライバシーが確保され、快適な環境が提供されています。
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。		
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	ホームページやパンフレットは、地域の介護サービス全体の仕組みについて、利用希望者や家族に解り易く作成されています。また、見学や1日利用などの体験が随時行える体制がとられています。
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	サービス開始時に、契約書及び重要事項説明書に基づいた詳しい説明が行われ、利用者や家族の自己決定を尊重し、同意を得るようにされています。また、サービス内容の変更が必要となった場合には、利用者や家族への説明と意向の確認が行われています。
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祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	サービス相談窓口が設置され、いつでも気軽に相談ができる体制が整えられています。また、他の介護施設や医療機関へ移行する場合は、引き継ぎ文書による情報の提供と必要に応じた移行後のフォローにより、継続性のある移行が行われています。
Ⅲ－１－（３） 利用者満足の上昇に努めている。		
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	利用者に対しては面談や嗜好等の聴き取りを中心に、家族に対してはアンケートを中心に、定期的に調査が行われ、業務向上委員会での分析により把握された課題は、各委員会で改善策の策定が行われ、迅速な改善に繋がっています。
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。		
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	苦情解決規定と対応マニュアル及びフローチャートが策定され、迅速な対応がなされています。また、苦情内容と解決結果は記録に残し、毎月の課長・主任会議で検討され、改善策は再発防止に向けて、職員に周知が図られており、第三者委員会の設置も行われています。
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	相談室の設置や複数の窓口と担当者が掲示され、話す内容により、話し易い窓口と相手を選んで話せる仕組みが作られています。また、利用者との定期的な個別面談や日頃の声かけを重視し、積極的に利用者とのコミュニケーションが深められています。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>苦情対応マニュアルに則り、連絡ノトを利用して即座に施設長にまで伝えられ、関係部門と共に迅速な対応が行われています。また、検討に時間がかかる場合は相談者に中間報告もなされていますが、相談や苦情の軽重の判断に、職員による差が見受けられます。</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。		
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	介護事故防止・対応マニュアルが策定され、ヒヤリハットと事故報告書は、事故防止委員会で原因と対策に分けて記録されることで再発防止策が解り易く説明されています。また、読み合わせなどにより周知が図られると共に、リスクマネジメントの研修も毎年行われています。
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	感染症の予防や発生時対応の研修は、事業計画の中に位置付けられ、必要な季節の前に行われています。また、迅速に対応出来るように、各種の対応マニュアルと対応手順のフローチャートが作成されており、それぞれの担当者・責任者と共に、職員に周知されています。
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	「救助隊からのお願い」を含む、災害別の防災の手引が作成され、避難訓練が年3回行われています。地域との災害時相互応援協定も結ばれ、備蓄や炊き出しの設備も整えられています。2年前に建物の耐震診断が実施され、問題なしと診断されています。

Ⅲ－２ 福祉サービスの質の確保

Ⅲ－２－（１） 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ－２－（１）－① 提供する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	各種のマニュアルが整備され、提供されるサービスの標準的な実施方法が明確にされています。また、研修や個別指導により職員に周知徹底され、利用者の個別性に配慮したサービスの提供がなされています。
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	定期的に「課長・主任会議」や「業務向上委員会及びミーティング」が開催され、随時、実施方法の検証や見直しが行われています。また、利用者の要望や職員の意見・提案が反映される仕組みも作られています。
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。		
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	包括的自立支援プログラムの手法を用いてアセスメントが実施され、多職種共同で利用者や家族からのニーズが検討されています。また、毎日行われる10分間ミーティングで引継ぎが行われ、情報の共有も徹底されています。
Ⅲ－２－（２）－③ 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	入所直後は1ヶ月で、その後は3ヶ月単位で、翌年からは6ヶ月毎に見直しが行われ、利用者の状況変化と意向に応じたサービス計画が作成されています。また、その内容は、ミーティングや引継ぎノートを活用して、職員への周知が図られています。
Ⅲ－２－（３） 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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	研修で記録方法の標準化が徹底されています。また、介護計画に沿ったサービス内容に見落としがないように確認し、利用者の身体状態や生活状況を職員間で共有できる仕組みが作られています。
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	個人情報保護方針や記録管理マニュアルに基づき、管理されています。責任者も配置され、定期的に確認が行われています。また、個人記録は鍵のかかるキャビネットに保管され、パソコンはパスワードが設定されるなどの管理体制が取られています。

評価対象Ⅳ 個別評価基準

	第三者評価結果	コメント
A-1 支援の基本		
A-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	ボランティアによるパドル体操やサックス演奏など様々な活動を用意し、アセスメントから把握した関心ごとや興味のあることを楽しんでいただけるよう取り組まれています。また、利用者個々の生活リズムに合わせて、個別対応を重視した活動の工夫もなされています。
A-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	食事や排泄、入浴時など様々な機会を捉えて、表情や変化を観察し、利用者の思いを理解することに努められています。特に、入所間もない利用者へは、職員全員で意識的に声をかけ、信頼関係を作るよう取り組まれています。
A-2 身体介護		
A-2-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	一般浴・フェアイン浴・機械浴・個浴が設置され、利用者の意向と身体状況に合わせた入浴方法での支援がなされています。また、入浴前には、関係職員全員で注意事項を確認し、プライバシーにも配慮された安全で安心な入浴が行われています。
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	利用者一人ひとりの状況に合わせたトイレ介助やおむつ交換がなされています。同時に皮膚の状態も観察され、異常があった場合には看護師と連携しながら適切な対応が取られています。また、高性能の空気清浄機の設置で消臭にも配慮がなされています。
A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	残存機能を活かし、できるだけ自力で移乗・移動が行えるように、理学療法士や機能訓練士と相談しながら支援がされています。必要に応じて、福祉用具も選定し、安全な移乗・移動が確保されています。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	褥瘡予防委員会が中心となり、利用者個別の対応方法を図解で示したり、清潔に関する研修や個別指導が実施されています。また、寝たきりにしないことを基本に離床を心がけ、看護師や栄養士とも連携して、床ずれを防がれています。
A-2-⑤ 着替え、整容等の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	月4回の理美容でパーマやカラー・マニキュア・お化粧品なども楽しまれています。また、就寝時・起床時・入浴時に着替えの支援が行われていますが、生活にメリハリをつけるために、身体状況に合わせた、よりきめの細かい支援への工夫が望まれます。
A-3 食生活		
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	給食委員会を設け、年2回の嗜好調査が実施され、利用者の状態に合わせた食べやすい料理が提供されています。また、週1回、選択食で好みの食事を選ぶことができ、行事食や季節食も含めて工夫された献立を楽しまれています。
A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	利用者の栄養状態や嚥下機能を把握するために多職種と連携し、一人ひとりの栄養マネジメントと嚥下能力に合わせた食事を提供することで、経口での食事摂取の継続に取り組まれています。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	口腔ケア計画が作成され、随時、見直しが行われています。また、週2回、訪問歯科による指導や助言を受け、咀嚼・嚥下機能などを、定期的にチェックする仕組みも整えられています。
A-4 終末期の対応		
A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a	看取り指針が作成され、対応方法や連絡方法も明記されています。また、終末期に関する研修も実施され、嘱託医とは24時間の連絡体制が整えられており、看取りに対する対応は家族からの高い信頼が得られています。

A-5 認知症ケア		
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	利用者が生活の中で役割りを持てるように、日常生活状況を工夫して残存能力の評価を行い、日中の活動に活かされています。年1回、認知症専門講師の指導や研修が実施され、最新の知識や技術及び情報が学べる体制が作られています。
A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a	トイレや食堂などの場所が一目でわかるように工夫されています。また、居室はブラインドで仕切られ、ブラインドも確保され、事故防止のために、片付けや掃除も安全・安心の意識を持って行われています。
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-① 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	個別機能訓練計画書を作成し、専門医による評価・見直しが行われています。医師の指示のもと、リハビリが実施される他、パドル体操やカガ、習字などの各種活動にも取り組まれています。
A-7 健康管理、衛生管理、医療ケア		
A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a	急変時や病状ごとのマニュアルが整備され、研修や個別指導で職員への周知が行われています。また、医療機関との連携も確立されており、看護師や介護職員複数での誤薬を防ぐチェック体制も整えられています。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	感染症予防委員会が設置され、マニュアルを基に発生した場合の実演研修により対応方法が周知徹底されています。また、職員、家族、来訪者それぞれに合わせた予防対策も確立され、実行されています。
A-7-③ 医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切に対応している。	a	医師や看護師との連携を図り、医療スタッフによる勉強会が開催され、受け入れのためのマニュアルも整備されています。また、痰吸引の研修が積極的に行われるなど、受け入れ体制強化のために必要な技術の向上も図られています。
A-8 利用者の人権の擁護		
A-8-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束排除宣言を施設の方針として掲げ、身体拘束廃止委員会を中心に、年2回の研修やマニュアルの見直しが行われています。また、慣れや不適切介護に潜む拘束の可能性を排除することにより、身体拘束のないケアが徹底されています。
A-8-② 職員による利用者への虐待が行われなための具体策を講じている。	a	規範・倫理が基本方針として配布・周知されると共に、高齢者虐待の事例検討や人権擁護に関する研修が定期的実施され、職員の意識が高められています。また、メンタルケアの研修や個人面談で、職員のストレスへの対策にも十分な配慮がなされています。
A-9 利用者の希望の尊重		
A-9-① 利用者が自由な生活を送れるように配慮している。	a	レクリエーション活動や行事への参加は自由で、希望があれば好きな嗜好品を購入することや、飲酒及び喫煙も可能で、利用者の自主性に基づいた自由な暮らしのための手筈が講じられています。
A-9-② 預かり金の管理を利用者の希望に沿って適切に行っている。	a	利用者の希望に応じて柔軟に出し入れが行われ、好きな物を購入できるように対応がなされています。また、出納状況は年4回、通帳の写しを家族に送付することで報告がなされています。
A-10 建物・設備		
A-10-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a	環境整備委員会が設置され、建物・設備の点検が定期的に行われています。毎朝、職員全員で清掃が行われ、汚れや不具合は早急に改善し、利用者が快適で思い思いに過ごせる工夫に努められています。
A-11 家族との連携		
A-11-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a	事業所での様子を便りなどで伝え、来訪・面会し易い雰囲気を作ると共に、誕生会や行事の際は家族への参加を呼びかけ、一緒に楽しんでいます。また、家族との外出や外泊の場合は、利用者と家族の状況に合わせ、安全に配慮した支援がなされています。