

## 〔評価結果の公表様式〕

# 愛知県福祉サービス第三者評価事業 評価結果

### ①第三者評価機関情報

評価機関名：株式会社 中部評価センター (認証番号:24地福第3-3号)
訪問調査 実施日：平成25年9月19日(木)

### ②事業者情報

名称:(法人名)社会福祉法人くわの実福祉会 (施設名)障害福祉サービス事業所かいこ	種別:(施設種別)生活介護、就労継続支援B型、就労移行支援 (基準の種類)障害福祉施設版
代表者氏名:(施設長)黒田 直美	定員(利用人数):36名
所在地:〒480-1214 愛知県瀬戸市上品野町1014-17	TEL: 0561-41-3576

### ③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>◆利用者の尊厳を重視した「理念」の実践 理念として、「利用者本位の自立・向上」、「自己選択」、「ノーマライゼーション実現のための社会参加」等を掲げており、その実践が確認できた。作業、余暇、食事等の支援において、利用者それぞれが自身のペースを崩すことなくのびのびと生活している。一日の支援を通じて、利用者の行動を制限するような職員の言葉や行動は何一つ目にする事がなかった。「障害者虐待防止法」の研修も実施されており、利用者は人権を擁護されて支援を受けている。</p> <p>◆家族との関係構築 利用者の家族との良好な関係構築が見て取れる。家族を対象としたアンケート調査においても、支援の姿勢や管理者・職員の支援に対して感謝の念や讃辞が多数寄せられた。夕方の送迎のために事業所を訪れた家族が、玄関に並べられた「パン」を購入していく。職員との一言、二言の笑顔のやり取りの中にも、双方の信頼感が感じられた。</p> <p>◆オープンな苦情対応 事業所や職員にとって都合の悪い意見や苦情を暗闇の中に隠すのではなく、様々な問題を苦情として受け止めて対応しており、毎月開催される利用者自治会等でその内容や解決策等を報告している。利用者・家族からの幅広い意見や要望を抽出するため、「苦情要望受付デー」が第二木曜日に設置されており、利用者自治会や家族会でも把握するようにしている。事業所の情報開示の義務履行として当然のことではあるが、適切な対応が評価できる。</p> <p>◇改善を求められる点</p> <p>◆中・長期計画の必要性 将来的な展望に立っての事業所運営に関しては、法人全体の方針が拠り所となっており、事業所独自の中・長期計画が策定されていない。たび重なる法改正や制度変更によって、3年先、5年先を見据えた計画の策定は難易度が高いが、制度改正や状況の変化に即して常に計画を見直すことを条件に、事業所としての方向性を示すことが望まれる。裏付けとなる中・長期計画の策定によって、単年度の事業計画そのものが充実したものとなる。</p> <p>◆マニュアル整備と有効性の検証 体系的なマニュアルは作成されておらず、必要に応じて逐次追加作成されてきた経緯がある。第三者評価受審を機に、マニュアル整備が急ピッチで進められているが、作成日が記載されていないマニュアルも目につく。「最新版管理」上からも作成日は必須であり、さらに、利用者の生命に係わるものや安全・衛生、防災関係のマニュアルについては、有効度を有しているか否かの検証(テスト)が望まれる。</p>
---

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

アンケートと訪問調査の短い時間で、出来ているところ、改善すべきところをとても的確に評価していただけたと思います。  
自分達では気付けなかった課題を掘り起こしていただけたので、よりよい施設を目指し改善していきたいと思えます。とても勉強になりました。ありがとうございました。

⑤第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

# 評価項目(細目)の評価結果(障害福祉施設)

※すべての評価細目(80項目)について、判断基準(の3段階)に基づいた評価結果を表示する。

## 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
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。			
I-1-(1)-①	理念が明文化されている。	障 1	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	障 2	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。			
I-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	障 3	Ⓐ ・ b ・ c
I-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	障 4	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

法人の基本理念と運営方針がパンフレットにも明確に示されており、職員にも理解されている。職員の支援は、「利用者の情緒の安定」を第一義として、理念に謳う「利用者本位の自立・向上」、「自己選択」、「ノーマライゼーション実現のための社会参加」等を踏まえた取り組みとなっている。作業、余暇、食事等の支援において、利用者それぞれが自身のペースを崩すことなくのびのびと生活している。一日の支援を通じて、利用者の行動を制限するような職員の言葉や行動は一つ目になることがなかった。

法人の方針について、家族アンケートからその理解度の高さは評価できるが、利用者に対しての理解を促す取り組みが行われておらず、今後課題を残している。

### I-2 計画の策定

			第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
I-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	障 5	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	障 6	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
I-2-(2)-①	事業計画の策定が組織的に行われている。	障 7	Ⓐ ・ b ・ c
I-2-(2)-②	事業計画が職員に周知されている。	障 8	a ・ Ⓑ ・ c
I-2-(2)-③	事業計画が利用者等に周知されている。	障 9	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

法人の中・長期計画はあるものの、事業所としての計画は策定されておらず、事業所の単年度の事業計画も利用者中心に事業内容に絞った記載となっていた。利用者の生活を支える周辺環境(ハード、職員、地域、社会資源等)についての計画の作成が期待される。

計画の作成には職員の参画もあり、前年度事業計画－事業報告－今年度事業計画のつながりも見られる。ただ、計画には達成度の判定を可能とするような数値目標の設定が少なく、曖昧で概念的な表現が目立つ。明確な目標設定(事業計画)やその実践の報告(事業報告)によって、職員や利用者・家族に対する周知内容も具体性、現実味を帯びたものとなる。

### I-3 管理者の責任とリーダーシップ

			第三者評価結果
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	障 10	Ⓐ ・ b ・ c
I-3-(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。	障 11	a ・ Ⓑ ・ c
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	障 12	Ⓐ ・ b ・ c
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	障 13	a ・ Ⓑ ・ c

#### 評価機関のコメント

管理者は、先発の入所施設の開設(平成14年・法人設立)とともに当法人に入職し、平成19年の当事業所開設時から現職に就いている。堅実な仕事ぶりや温厚な人柄から、職員や利用者、家族からは、指導者としての高い評価を受けている。第三者評価の受審を始め事業所運営における支援の質を高めることに関しても、強い熱意と信念を持っている。就労継続支援B型の「パン製造・販売」が、売上の90%を占めるというアンバランスな状態を是正するため(他の作業分野の利用者の意欲を落とさないため)に、「パン」以外での収益の向上を目指した取り組みを展開しているが、決定的な改善・打開策を見出すには至っていない。

### 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

#### Ⅱ-1 経営状況の把握

			第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。			
Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	障 14	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	障 15	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	障 16	a ・ b ・ Ⓒ

#### 評価機関のコメント

業界団体(知的障害者福祉協会)の施設長会に出席し、事業の動向や将来的な課題の把握に努めている。これまでは目立った活動に乏しかった市の自立支援協議会ではあるが、他の圏域から有識者を招いて勉強会を開く等の取り組みが始まっており、今後の進展が注目される。今後も定期的な第三者評価の受審には意欲を見せているが、これまでに公認会計士や税理士等の専門家による外部監査を実施したことはない。

#### Ⅱ-2 人材の確保・養成

			第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。			
Ⅱ-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	障 17	a ・ b ・ Ⓒ
Ⅱ-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	障 18	a ・ b ・ Ⓒ

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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	障 19	Ⓐ ・ b ・ c
	II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	障 20	a ・ Ⓑ ・ c
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 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	障 21	a ・ b ・ Ⓒ
	II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	障 22	a ・ Ⓑ ・ c
	II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	障 23	a ・ Ⓑ ・ c
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。			
	II-2-(4)-① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	障 24	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

事業所としての中・長期計画を持たないことや、単年度の事業計画の中に「職員教育」、「能力開発」等の項目がないことから、将来的な人事プランや当面の職員育成の方向性を明確にしたものは作成されていない。人事考課の制度がないことから、職員個々の力量を明確にして教育ニーズを探ろうとの取り組みも行われていない。  
 年1回、管理者と職員との面談の機会（「雇用通知書」の交付）があり、職員から意向や要望を聞き取っている。  
 近隣に建つ同法人の入所施設との合同研修や、事業所独自の研修を実施しているが、評価・見直しの仕組みづくりが今後の課題と言える。マニュアルが整備されている実習生の受け入れに関しても、評価面での課題を残している。

## II-3 安全管理

			第三者評価結果
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。			
	II-3-(1)-① 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	障 25	a ・ Ⓑ ・ c
	II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	障 26	Ⓐ ・ b ・ c
	II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	障 27	a ・ Ⓑ ・ c

### 評価機関のコメント

利用者の安全・安心な暮らし(作業・生活)を支援するため、必要と思われるマニュアル類は整備されている。しかし、マニュアルのほとんどに作成日付が明記されていなかった。「最新版管理」上での課題を残しており、点検・整備を望みたい。「かいこの防災対策について」と題する防災マニュアルがあり、送迎用のバスにも常備している。地図にバスの運航ルートが示されており、ルートの沿線の避難場所がいくつか明記されていた。送迎中の有事の際には、最寄りの避難場所へ直行することに決めてある。  
 事故発生時には、「事故報告書」が作成されており、再発防止のためのシステムが構築されていたが、「ヒヤリ・ハット」に関しては事例の収集が進んでいなかった。

## II-4 地域との交流と連携

			第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
	II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	障 28	a ・ Ⓑ ・ c
	II-4-(1)-② 施設が有する機能を地域に還元している。	障 29	a ・ Ⓑ ・ c
	II-4-(1)-③ ボランティア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。	障 30	a ・ Ⓑ ・ c

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	障 31 (a) ・ b ・ c
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	障 32 (a) ・ b ・ c
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	地域の福祉ニーズを把握している。	障 33 a ・ (b) ・ c
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	障 34 (a) ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

事業所周辺に民家が少ないため、地域と利用者との係わりを持つことは少ないが、法人のイベント(桑の実まつり)には地域住民に参加を呼び掛けている。中・高・大学生や実習で係わった学生がボランティアとして参加し、地域住民200名ほどが集まる。

これまでは、地域の福祉ニーズに応えるために施設定員を増加して対応してきた。現時点では定員に空きが無く、あえて地域の福祉ニーズを把握しようとの動きはない。法人全体で受け止めた「ケアホーム」、「短期入所」等の事業は利用者・家族に評価されているが、「日中一時」事業を廃止したことにより、再開を望む声が上がっている。また、「相談支援」事業も始まった。

## 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
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。	障 35 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	障 36 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	障 37 (a) ・ b ・ c
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	障 38 a ・ (b) ・ c
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	障 39 a ・ (b) ・ c
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	障 40 (a) ・ b ・ c

### 評価機関のコメント

正職員と非常勤職員の年代差、価値観の違いなどから利用者の呼び方がいろいろであったが、虐待防止法の研修を一つの機会とし、人権尊重の象徴として、呼び方を敬称で統一するように指示している。プライバシーを守る配慮は適切である。

「苦情要望受付デー」が第二木曜日に設置されており、月1回利用者自治会や家族会でも把握するようにしている。自由な意見を聞けるよい機会だが、「この分野のこのサービスについては」ということが聞きたいときは、事業所側が質問項目として用意してもよく、開かれた質問と閉じられた質問を組み合わせるのもよいと思われる。

様々な問題を苦情として受け止めており、上記月1回の自治会等で苦情内容と解決について口頭説明している。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

			第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。			
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	障 41	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	障 42	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2) 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-(2)-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サービスが提供されている。	障 43	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(2)-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。	障 44	a ・ ⑥ ・ c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。			
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	障 45	a ・ ⑥ ・ c
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。	障 46	① ・ b ・ c
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	障 47	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

今年から自己評価、第三者評価に取り組んでいる。不足しているマニュアル類の整備を始めてはいるが、改善計画として文書化したり、達成時期や担当者などを明らかにするまでには至っていない。  
標準的な身体介護に関するマニュアルはある。そのマニュアルの現在の有効性を確かめることや、見直し時期を決めることなどが今後求められる。  
サービス実施の記録は毎日とられているが、個別支援計画で課題になっていることが全て適切に実施されたかは、記録として足りないところが見られた。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

			第三者評価結果
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。			
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	障 48	① ・ b ・ c
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	障 49	① ・ b ・ c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。			
Ⅲ-3-(2)-①	施設の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	障 50	① ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

相談支援センター、市役所などにパンフレットを置いている。特別支援学校、相談支援センター等から照会もある。  
事業所に掲示している契約書等は、漢字にひらがなをふったり、少し大きい字にしたりしているが、担当者はさらにもっと視覚的にわかりやすくしたいという気持ちを持っている。  
就職した利用者に対して企業訪問、月1回の招待等の定着支援をしている。電話もかけてきてよいと案内しており、それらを説明した文書をサービス終了時には渡している。

### Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

		第三者評価結果	
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。			
Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	障 51	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。			
Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	障 52	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	障 53	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-4-(2)-③	利用者の地域生活への移行支援を積極的に行っている。	障 54	Ⓐ ・ b ・ c

#### 評価機関のコメント

アセスメント、プラン原案の作成、担当者会議での検討、利用者家族の同意、サービスの実施、評価見直し、再作成の流れは適切に構築されている。  
 流れの通りに実施されているか否かを確認するために、場面、段階ごとに関わる職種などを明文化しておけば、モニタリングや日々の点検・確認作業はさらに確実なものとなろう。  
 ケアホームへの移行については、アンケートを実施してニーズを把握している。既に4名の移行が終了しており、今後も具体的な計画が進められている。

### Ⅲ-5 障害者福祉施設の固有サービス

		第三者評価結果	
Ⅲ-5-(1) 利用者を尊重している。			
Ⅲ-5-(1)-①	コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫がなされている。	障 55	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-②	利用者の主体的な活動を尊重している。	障 56	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-③	利用者の自力で行う日常生活上の行為に対する見守りと支援の体制が整備されている。	障 57	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(1)-④	利用者のエンパワメントの理念に基づくプログラムがある。	障 58	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(2) 食事の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(2)-①	個別支援計画に基づいた食事サービスが用意されている。	障 59	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(2)-②	食事は利用者の嗜好を考慮した献立を基本として美味しく、楽しく食べられるように工夫されている。	障 60	a ・ Ⓑ ・ c
Ⅲ-5-(2)-③	喫食環境(食事時間を含む)に配慮している。	障 61	Ⓐ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(3) 入浴の支援が適切に行われている。			
Ⅲ-5-(3)-①	入浴、利用者の障害程度や介助方法など個人的事情に配慮している。	障 62	非該当
Ⅲ-5-(3)-②	入浴は、利用者の希望に沿って行われている。	障 63	非該当
Ⅲ-5-(3)-③	浴室・脱衣場等の環境は適切である。	障 64	非該当



Ⅲ-5-(4) 排泄の支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(4)-① 排泄介助は快適に行われている。	障 65	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-5-(4)-② トイレは清潔で快適である。	障 66	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(5) 衣服についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択について支援している。	障 67	非該当
Ⅲ-5-(5)-② 衣服着替え時の支援や汚れに気づいた時等の対応は適切である。	障 68	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(6) 理容・美容についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、選択について支援している。	障 69	非該当
Ⅲ-5-(6)-② 理髪店や美容院の利用について配慮している。	障 70	非該当
Ⅲ-5-(7) 睡眠についての支援が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(7)-① 安眠できるように配慮している。	障 71	非該当
Ⅲ-5-(8) 健康管理が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(8)-① 日常の健康管理は適切である。	障 72	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(8)-② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる。	障 73	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-5-(8)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。	障 74	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(9) 余暇・レクリエーションが適切に行われている。		
Ⅲ-5-(9)-① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている。	障 75	㉠ ・ b ・ c
Ⅲ-5-(10) 外出、外泊が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行われている。	障 76	a ・ ㉞ ・ c
Ⅲ-5-(10)-② 外泊は利用者の希望に応じるよう配慮されている。	障 77	非該当
Ⅲ-5-(11) 所持金・預かり金の管理等が適切に行われている。		
Ⅲ-5-(11)-① 預かり金について、適切な管理体制が作られている。	障 78	非該当
Ⅲ-5-(11)-② 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意志や希望に沿って利用できる。	障 79	非該当
Ⅲ-5-(11)-③ 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意志や希望が尊重されている。	障 80	a ・ ㉞ ・ c

### 評価機関のコメント

通所施設であることから、入浴、衣類選択、理・美容、睡眠、外泊、預り金、雑誌購読・テレビは非該当とした。  
 昼食後に、利用者が選んだ音楽を使ってダンスの練習が行われており、主体的な活動を支援していた。特別支援学校の先生を講師に、マナー講座を開いて利用者の挨拶向上に役立てている。  
 食事や排泄支援は適切に行われており、管理者も率先して排泄援助を行っていたが、個別支援計画に基づく実施を明らかにする点では記録に不足があった。利用者参加型の食事会議は始まったばかりである。意見・要望を把握し、利用者に回答を返す仕組みの構築が求められる。健康管理は適切だが、急変時の対応マニュアルに関しては、有効性を確認することが望ましい。