

評価報告概要表

■第三者評価機関

| | |
|-------|--------------------|
| 名 称 | 社会福祉法人 山口県社会福祉協議会 |
| 評価調査日 | 平成 30年 10月 24日 (水) |

■福祉サービス事業者情報

| | | | |
|------------|---|----------|--------------|
| 名 称 | 灘海園 | 種 別 | 特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名 | 施設長 丸林 稔夫 | 開設年月日 | 昭和47年7月3日 |
| 設 置 者 | 社会福祉法人 山口県社会福祉事業団 | 定員(利用人数) | 100人(99人) |
| 所 在 地 | 〒740-0037 岩国市愛宕町1-5-1 | | |
| 電 話 番 号 | 0827-32-0315 | FAX番号 | 0827-32-7554 |
| ホームページアドレス | http://iigvodan-vg.jp/nadami/ | | |

■総 評

全体を通して(事業所の優れている点、独自に工夫している点など)

◇特に評価の高い点

- 法人理念や基本方針の明示、中長期計画や事業計画の策定・周知・見直し、各種規程及びマニュアルの整備、職員間の情報の共有化、自己点検の実施など、施設運営の基盤がしっかりと確立されています。
- 職員については、人事評価制度の採用・自己申告の実施・職員育成研修システムの充実など、職員一人ひとりのモチベーションアップにつながる工夫がなされています。
- 平成25年に現在地に移転し、全室個室・ユニット型の特養となってからは、今回が2回目の第三者評価受審であり、更にユニットケアなどの福祉サービスの質の向上や、積極的な地域貢献活動などに取り組まれています。
- 利用者満足度調査・ボランティアによる苦情聴き取りなどを定期的を実施し、自施設の取組を振り返る機会を持たれています。また、24時間シートの活用や、入居者懇談会の毎月の開催など、利用者本位のサービスを高いレベルで提供する取組が行われており、そのことが利用者及び家族からの信頼に繋がっていると考えられます。

◇改善を求められる点

- 職員間で中長期計画のビジョンを更に明確かつ具体的に把握・共有できるよう、中長期計画にもとづいた収支計画書を策定されることを期待します。
- 今後、特別養護老人ホームにますます求められる「重度化・看取りへの対応」を充実させるためにも、喀痰吸引や経管栄養に対応できる介護職員の育成配置に努め、実施体制を整備していただきたいです。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

ユニット型特養として2回目、併せて5回目の受審となりました。
受審時及び今回の評価結果を通して、評価調査者の方々からいただいた指導や助言の数々を真摯に受け止め、更なるサービスの質の向上に繋げ、法人理念である『その人らしさを大切に』の具現化として、入居者の皆様が「したいこと」を実現できるような支援を続けてまいります。
灘海園が、入居者や家族の皆様が安心して生活の場であると思っただけのように、また、地域から信頼される施設、職員には働き甲斐のある職場であり続けるために、今後も着実に、確実に歩み続けてまいります。

評価報告概要表

■評価分野別評価結果(分野別の特記事項)

| I 福祉サービスの基本方針と組織 | a | 8 | b | 1 | c | 0 | Na | 0 |
|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| <p>法人理念・施設の基本方針を、ホームページ・パンフレット・広報誌・施設内掲示等の方法により利用者・家族・職員等に積極的に示すとともに、その理念・方針を具現化するために中長期計画が策定され、その中長期計画を反映した単年度の事業計画が策定されています。そして、その事業計画にもとづいた各種会議・委員会の開催や、利用者へのサービス提供・地域貢献などの活動が行われています。</p> <p>また、定期的に自己評価を行い、施設経営の状況を自己点検し、改善に向けて取り組むという一連の仕組みが確立されています。</p> | | | | | | | | |

| II 組織の運営管理 | a | 18 | b | 0 | c | 0 | Na | 0 |
|---|---|----|---|---|---|---|----|---|
| <p>施設長は、施設運営全般において必要な指示・指導を適切に行ってリーダーシップを発揮されるとともに、職員の意見を丁寧に聴き取り、施設運営に反映されています。</p> <p>また、「期待する職員像」を明らかにして職員の進むべき方向性を示すとともに、職員一人ひとりに応じた研修計画を作成されています。また、職員の資格取得においては、助成制度等を設けて支援されています。これらの研修・資格取得の状況は、「研修受講カード」を作成して管理されており、サービスの質の向上に欠かせない職員の育成・教育に積極的に取り組まれています。</p> <p>ホームページ・パンフレット・広報誌・施設内掲示等の方法により、施設運営やサービスの内容等を積極的に公開されています。また、委員会に外部委員を招聘する、第三者であるボランティアに利用者満足度調査を依頼するなどの取組により、組織運営の透明化を図っておられます。</p> | | | | | | | | |

| III 適切な福祉サービスの実施 | a | 16 | b | 2 | c | 0 | Na | 0 |
|---|---|----|---|---|---|---|----|---|
| <p>利用者の意見・要望を確認する機会を積極的に設けるとともに、自己決定を尊重した関係づくりに努めておられ、権利擁護・感染症対策・災害対策など、利用者の安全・安心を確保する体制が整備されています。</p> <p>また、アセスメントにもとづくサービス計画の策定、24時間シートの活用、標準的なサービス実施方法の文書化等、福祉サービス提供に関する一連の仕組みが確立され、全職員において共有されています。</p> | | | | | | | | |

| IV 良質な個別サービスの実施 | a | 15 | b | 2 | c | 0 | Na | 0 |
|---|---|----|---|---|---|---|----|---|
| <p>利用者一人ひとりの状況に応じたケア計画を策定し、計画にもとづいて食事・入浴・排泄などの場面ごとに必要な介助方法が採られており、利用者一人ひとりに合った日々の過ごし方を支援する体制が整っています。</p> <p>また、馴染みのある物品の居室への持ち込み、各ユニットでの調理、全室へのトイレの設置、機能訓練の充実など、施設での生活がより家庭的・快適であるような工夫をされています。</p> | | | | | | | | |

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム 灘海園

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|--|---|---|---|---|----|
| 1 理念・基本方針 | | | | | |
| (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | | | | |
| 1 | 1 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 理念・基本方針が明文化されており、ホームページや施設内掲示等に加えて、家族会などでも周知を図られています。</p> <p>(改善が求められる点) ホームページやパンフレットにおいて、「基本理念」「基本方針」という言葉が混在しているように感じられました。閲覧者に分かりやすいよう工夫されることを期待します。</p> | | | | | |
| 2 経営状況の把握 | | | | | |
| (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | | | |
| 2 | 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。 | ○ | | | |
| 3 | 2 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 各種団体や会議に積極的に参加して情報収集を行うとともに、法人間連携を密にして、業界及び地域が現在どのような状況にあるのかを把握・分析されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| 3 事業計画の策定 | | | | | |
| (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | | | |
| 4 | 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。 | | ○ | | |
| 5 | 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。 | ○ | | | |
| (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | | | |
| 6 | 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。 | ○ | | | |
| 7 | 2 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 事業計画の策定、見直しが組織的に行われ、職員・利用者・家族に周知する仕組みが定着しています。</p> <p>(改善が求められる点) 職員間で中長期計画のビジョンを更に明確かつ具体的に把握・共有できるよう、中長期計画にもとづいた収支計画書を策定されることを期待します。</p> | | | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | | | | | |
| (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 | 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。 | ○ | | | |
| 9 | 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。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 第三者であるボランティアによる利用者満足度調査や、法人内の自己評価実施要領等にもとづく自己評価を定期的実施されています。評価結果は理事会に報告されるとともに、取り組むべき課題を明確にし、必要に応じて中長期計画に取り込む、介護現場で改善案を検討する等の取組を行い、改善点の共有がなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--|--|--|
| 1 管理者の責任とリーダーシップ | | | | | |
| (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | | | |
| 10 | 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。 | ○ | | | |
| 11 | 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。 | ○ | | | |
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | | | |
| 12 | 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。 | ○ | | | |
| 13 | 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。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 施設長は、施設内で開催される各種会議において必要な指示・指導・説明を行い、自らの言葉で方向性を示しておられます。また、事務分掌はパソコンを通し、どの部署からも閲覧できます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| 2 福祉人材の確保・養成 | | | | | |
| (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 | 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。 | ○ | | | |
| 15 | 2 総合的な人事管理が行われている。 | ○ | | | |
| (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | | | |
| 16 | 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組んでいる。 | ○ | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|----|
| (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。 | | | | | |
| 17 | 1 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。 | ○ | | | |
| 18 | 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。 | ○ | | | |
| 19 | 3 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | ○ | | | |
| (4) 実習生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 | 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。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 人事評価制度の採用、全職員からのヒアリングの実施、職員一人ひとりに応じた研修・育成計画の作成など、職員一人ひとりに目を向けた取組が実施されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

| 3 運営の透明性の確保 | | | | | |
|--|------------------------------------|---|--|--|--|
| (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 | 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。 | ○ | | | |
| 22 | 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。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) ホームページ・広報誌・施設内掲示等の方法により、法人の理念・基本方針・事業報告・決算状況等の情報公開を積極的に行われています。また、会計監査人である公認会計士の助言・指導を受けられています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

| 4 地域との交流、地域貢献 | | | | | |
|-------------------------------|--|---|--|--|--|
| (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | | | |
| 23 | 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。 | ○ | | | |
| 24 | 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。 | ○ | | | |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | | | |
| 25 | 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。 | ○ | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|--|----------------------------------|---|---|---|----|
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | | | |
| 26 | 1 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。 | ○ | | | |
| 27 | 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。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 法人の基本目標として掲げられている「地域と共に歩む施設づくり」を方針とし、施設が地域で果たす役割を明確にするとともに、ボランティアや実習生の受入れ、災害時における福祉避難所の指定受諾、障害者の雇用、生活困窮者の福祉的就労支援など、地域の福祉課題に積極的に取り組まれています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| 1 利用者本位の福祉サービス | | | | | |
| (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | | | | |
| 28 | 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。 | ○ | | | |
| 29 | 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。 | ○ | | | |
| (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 | 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。 | ○ | | | |
| 31 | 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。 | ○ | | | |
| 32 | 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。 | | ○ | | |
| (3) 利用者満足の向上に努めている。 | | | | | |
| 33 | 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。 | ○ | | | |
| (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 | 1 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | ○ | | | |
| 35 | 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。 | ○ | | | |
| 36 | 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。 | ○ | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|--|---|---|---|----|
| (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 | 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。 | ○ | | | |
| 38 | 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。 | ○ | | | |
| 39 | 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。 | | ○ | | |
| <p>(特に評価が高い点) 利用者の立場に立ち、利用者の意思や自己決定を尊重した関係づくりに努めておられ、苦情対応・感染症対策・災害対策など、利用者の安全・安心を確保するための基盤が整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 退所支援については、平成29年度に対応事例があり、また利用者や家族等の求めに応じて必要な情報提供をされているとのことですが、退所にあたっての支援に関する手順等を明確にした文書は整備されていないとのことでした。今後、文書や体制等を整備されることを期待します。 災害時における緊急連絡網が更新されていませんでした。また、現在の訓練に加え、地震に対する避難訓練も実施されることを期待します。</p> | | | | | |

| 2 福祉サービスの質の確保 | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|
| (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 | 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。 | ○ | | | |
| 41 | 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。 | ○ | | | |
| (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 | 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。 | ○ | | | |
| 43 | 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。 | ○ | | | |
| (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | | | |
| 44 | 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。 | ○ | | | |
| 45 | 2 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) アセスメントにもとづくサービス計画の策定、24時間シートの活用、標準的なサービス実施方法の文書化等、福祉サービス提供に関する一連の仕組みが確立され、全職員間において共有されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

IV 良質な個別サービスの実施(特養)

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|--|---|----------------------------------|---|---|----|
| A-1 生活支援の基本と権利擁護 | | | | | |
| (1) 生活支援の基本 | | | | | |
| 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。 | ○ | | |
| 2 | 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。 | ○ | | |
| <p>(特に評価が高い点) 利用者の意見・要望を聞く機会を積極的に設け、聞き取った要望等を24時間シートに反映させ、利用者一人ひとりに合った日々の過ごし方を支援される体制が整っています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| (2) 権利擁護 | | | | | |
| 3 | 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。 | ○ | | |
| <p>(特に評価が高い点) 虐待・身体拘束・プライバシー保護等に関する規程を整備し、またこれらに関する職員研修やアンケートを実施して職員の意識向上に努め、各種委員会や会議において現状の改善を図られています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| A-2 環境の整備 | | | | | |
| (1) 利用者の快適性への配慮 | | | | | |
| 4 | 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。 | ○ | | |
| <p>(特に評価が高い点) 生活環境の整備マニュアルが用意されており、施設内は明るく清潔です。また、居室は個室であるため、プライバシーが保護され、利用者の使い慣れた家具等が持ち込まれており、利用者が過ごしやすい環境づくりがなされています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| A-3 生活支援 | | | | | |
| (1) 利用者の状況に応じた支援 | | | | | |
| 5 | 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。 | ○ | | |
| 6 | 2 | 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ○ | | |
| 7 | 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。 | ○ | | |
| <p>(特に評価が高い点) 入浴・排泄等について、利用者の状況をアセスメントし、情報をオンラインで共有しつつ、各種委員会での検討や職員研修等を通じて、利用者一人ひとりに応じた介助方法が採られています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|----|
| (2) 食生活 | | | | | |
| 8 | 1 | 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | ○ | | |
| 9 | 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。 | ○ | | |
| 10 | 3 | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | | ○ | |
| <p>(特に評価が高い点) 入居者懇談会や利用者満足度調査などで聴き取った食に関する希望をメニューに取り入れることや、リビングの雰囲気づくり、茶碗や湯飲みなど利用者が使い慣れた物の持参、各ユニットでの調理など、食事を美味しく食べられる工夫に努められています。</p> <p>(改善が求められる点) 食後の口腔ケアについて、定期的に歯科医師・歯科衛生士等の指導及び治療を受けられているとのことでした。今後は更に、口腔ケアについての計画策定や、評価の実施に取り組まれることを期待します。</p> | | | | | |
| (3) 褥瘡発生予防・ケア | | | | | |
| 11 | 1 | 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | ○ | | |
| <p>(特に評価が高い点) 褥瘡予防ケアマニュアル等を整備し、褥瘡対策委員会を開催して褥瘡予防ケアに取り組まれており、訪問調査の際には褥瘡発症者0名という成果を出されていました。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | | | | |
| 12 | 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。 | | ○ | |
| <p>(特に評価が高い点) 特になし。</p> <p>(改善が求められる点) 認定特定行為業務従事認定証の交付を受けている職員が少ないため、介護職員による喀痰吸引は実施されておらず、喀痰吸引が必要な利用者は受入れていないとのことでした。経管栄養については看護職員で対応されていますが、今後、特養にますます求められる「重度化・看取りへの対応」を充実させるためにも、喀痰吸引や経管栄養に対応できる介護職員の育成配置に努め、実施体制を整備していただきたいです。</p> | | | | | |
| (5) 機能訓練、介護予防 | | | | | |
| 13 | 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。 | ○ | | |
| <p>(特に評価が高い点) 理学療法士の指導・助言のもと、機能訓練実施計画書を作成して利用者一人ひとりに応じた訓練が行われており、担当職員間の情報共有もなされていました。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |

| 【 評価項目 】 | | a | b | c | Na |
|---|---|---|---|---|----|
| (6) 認知症ケア | | | | | |
| 14 | 1 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 認知症利用者の心身状況や意向をふまえ、居室内には写真や馴染みの物を置き、落ち着いて生活できる環境の整備に努められています。また、施設内外の研修に参加して、認知症利用者の状態に応じたケアをより深めておられます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| (7) 急変時の対応 | | | | | |
| 15 | 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。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 日々の健康管理、並びに看護職員・介護職員の連携による利用者の体調不良や異変の兆候の早期発見体制が、夜間も含めて整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| (8) 終末期の対応 | | | | | |
| 16 | 1 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。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 看取りの指針等を整備し、希望があれば居室での家族の宿泊を可能とするなど、利用者・家族の意向に沿った看取りが実施される体制が整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |
| A-4 家族等との連携 | | | | | |
| (9) 家族等との連携 | | | | | |
| 17 | 1 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | ○ | | | |
| <p>(特に評価が高い点) 年1回の家族会総会の開催、預かり金の定期報告に加え、面会時又は電話にて、機会のあるごとに家族に報告・連絡が行われています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p> | | | | | |