

福祉サービス第三者評価結果

① 第三者評価機関名

有限会社 保健情報サービス

② 施設の情報

名称：特別養護老人ホームしおさい新館		種別：ユニット型地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
代表者氏名：施設長 加藤 常德		定員：20名	
所在地：島根県大田市仁摩町仁万843			
TEL：（0854）88-9141		ホームページ:http://www.shiosai.or.jp	
【施設の概要】			
開設年月日：平成26年（2014）4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 仁摩福祉会			
職員数	常勤職員：21名	非常勤職員	2名
専門職員	生活相談員1名	医師	1名
	介護支援専門員1名	看護師	1名
	看護師4名		
	介護福祉士10名		
	介護職員2名		
	機能訓練指導員2名		
	管理栄養士1名		
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）	
	ユニット個室20室	男女共用便所（車椅子対応可能）	
		4ヶ所	
		個浴2ヶ所	
		リフト浴槽2ヶ所	
		食堂2ヶ所	

③ 理念・基本方針

基本理念

- ◇ 個人の尊厳を尊重
- ◇ 地域福祉の増進

基本方針

- ◆ 公正、公平な運営
- ◆ 健全で活力ある経営
- ◆ 利用者主体のサービス提供
- ◆ 職員資質の向上

入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立って施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう目指す。

基本理念

- ◇ 個人の尊厳を尊重
- ◇ 地域福祉の増進

基本方針

- ◆ 公正、公平な運営
- ◆ 健全で活力ある経営
- ◆ 利用者主体のサービス提供
- ◆ 職員資質の向上

運営方針

入居者一人一人の意思及び人格を尊重し、常に入居者の立場に立って施設サービス計画に基づき、その居宅における生活への復帰を念頭に置いて、入居前の居宅における生活と入居後の生活が連続したものとなるよう配慮しながら、各ユニットにおいて入居者が相互に社会的関係を築き、自律的な日常生活を営むことができるよう目指す。

④ 施設の特徴的な取組

地域の介護者の方々への生活の助長、社会的孤立感の解消、心身機能の維持向上を図る介護サービスの提供と共に、家族等の身体的、精神的な負担の軽減を図ることを目的とした地域の社会福祉に貢献する社会福祉（公共事業）事業としての運営が行われています。

自然の恵みである太陽のぬくもりが入る広い空間を設けるなど明るく清潔感のある施設が運営されています。

新館については、ユニットケアが行なわれ、利用者それぞれに合わせた空間作りにも取組まれ落ち着いて過ごされており、少人数の良さを活かし温かい家庭的な雰囲気味わえる事業運営が行われています。

地域における社会福祉法人としての公益的な立場から、社会福祉事業を主体として地域福祉サービスの中核機関としての役割を果たすための行政指標及び多様な地域の要望等を踏まえ、福祉ニーズやサービスの質・量の見込みを推計した中期的な視点に立った取組みが行われています。

利用者の年齢、心身状況、リハビリテーション、栄養の視点を踏まえ、食を支援の中心に据えて基礎体力作りからリハビリテーション、体調管理、精神的サポートが行なわれています。

褥瘡、誤嚥性肺炎入院をほぼゼロで維持されています。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月5日（契約日）～ 令和6年10月15日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	2回（平成30年度）

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

・近隣の総人口の推移や少子高齢化時代の高齢者人口等をデータ分析等、福祉サービスを提供する事業環境は、年々厳しくなる現状を克服する対策として、社会福祉法人仁摩福祉会組織の自らガバナンス強化、経営情報の開示、財務規律の強化（健全な経営環境の整備）、地域における公益的な取り組み等地域に根差した社会福祉法人のあり方についての検証や課題の克服に取り組まれています。

・介護の最新化、ITC化の推進に取り組み、眠りスキャンを活用した細やかな設定等により、夜間の利用者事故が減少傾向になりました。

・重点項目として、①福祉サービスの質の向上、②職員の資質向上③地域貢献・地域交流④感染症対策及び防災対策を掲げ、仁摩福祉会の基本理念・基本方針の原点に立ち返った取り組みが展開されている。

その取り組みが具体的に示され、看取り指針に「自宅での看取り希望への支援」を明記され家族等が希望を伝えやすくなるよう改善されました。また、メッセージアプリ活用による家族への連絡、写真送付を開始され好評を得ておられます。

職員の資質向上に向け、国が推奨する介護プロフェッショナルキャリア段位取得に積極的に取り組まれています。

災害時のBCPの対応についての見直しや訓練が行われています。

・入所時の説明（重要事項説明書及び広報誌「こもれび」や見学体験等）が適切に行われ、ご利用者（家族等）に施設の運営や注意事項及び契約・施設内でのルール等を十分な理解と納得を得て、サービス提供が行われています。

・入居以前の利用者の生活の継続を目的に、利用者の生活リズムの把握や意向を聞き取り、利用者一人ひとりのケアプランに基づいた個別ケアの徹底が図られる等利用者、家族等の意向に沿った丁寧で親切的な介護を目指した取り組みが行われています。

・離職が少なく、在職年数が長い職員が多く、家族より「職員の顔が変わっていないので安心感がある」と評価を受けておられます。

・褥瘡に対しては細やかな対応により、5年以上ほぼ褥瘡ゼロを維持されています。

・日中おむつゼロに取り組み、残存機能を生かした日中のトイレ誘導を徹底、介護度が改善する入所者が多いです。

・ 自然な看取りを希望される家族が多く、最小限の医療処置、少量でも食べたいものを口からおいしく食べる等の支援が行なわれています。

◇改善を求められる点

・ 接遇研修及びご利用者への目配り・気配りの出来る人材をつくるための研修計画を体系的に職員一人ひとりの経験及び知識・技能の把握と能力に基づき、職員一人ひとりの育成計画に基づき、研修カリキュラムの作成及び研修の実施、育成状況のチェック等が求められます。

・ 交替勤務の体制に必要な事業方針及び情報等の共有に向けて

交代制勤務の職場での課題として、事業方針から利用者対応サービスに各種の情報等の浸透が難しく、職員一人ひとりが与えられた目の前の業務に集中する事が多く、組織が進める各種の方針や施策の徹底が行き届かない状況の改善が重要となります。

管理者、リーダー、主任等の連携に加えて、ユニット単位の小集団としてのまとまりを中心とした目標達成に向けた責任体制（業務運営に必要な情報の周知や理解度、実施状況等の把握）を明確にした活動等に期待します。

⑦ 第三者評価結果に対する施設のコメント

現在サービスの向上を目指した業務見直しを進めており、この点についても一定の評価を頂くことができて良かったです。

今回は準備、説明を主に主任、リーダー級職員が担当しました。それぞれに手応えや今後の自己課題を感じたようです。人材育成の面でも良い機会になったと思います。

⑧ 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。

平成27年度より判断基準(a、b、c)の考え方が、「よりよい福祉サービスの水準へ誘導する基準」となるよう以下のように変更になりました。

「a」 より良い福祉サービスの水準（質の向上を目指す際に目安とする状態）

「b」 「a」に至らない状態、多くの施設・事業所の状態（「a」に向けたと取組みの余地がある状態

「c」 「b」以上の取組みとなることを期待する状態

第三者評価結果（特別養護老人ホーム）

共通評価基準（45 項目）

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・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
＜コメント＞ 法人の理念や基本方針等は、ホームページ掲載による地域への周知に加えて、エントランスの玄関先や施設内の見えやすい場所に掲示されています。 職員へは、事業年度当初の事業計画の説明時に資料配布による周知が図られています。 新入職員へは、新人研修等で理念・方針の解説が行われ、事業運営の原点ある企業理念の精神を学び実践する取り組みが行われています。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。		
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
＜コメント＞ 行政の高齢者施策の動向や地域の高齢者を取り巻くデータの推計の分析等を行い、介護需要の変化・多様化に対する対策等を検討しておられます。 社会や経営環境の変化を見定めた健全な経営環境を継続維持するため把握・分析されています。		
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
＜コメント＞ 法人本部による介護サービス事業運営を取り巻く環境のデータ収集や現状の経営状況の把握・分析等に基づき、法人内の部門別代表によるリーダー会議に於いて、その対策の検討行なわれています。 法人会議等で経営課題を明確にされ改善対策等に取り組まれています。		

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
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
＜コメント＞ 第五期中期ビジョン（令和6年度～令和8年度の3ヶ年計画）を踏まえた経営課題に対する具体的な対策が明確にされ取り組みが行われています。 法人内の各事業のSWOT分析（強み、弱み、機会、脅威等の現状把握）を活用した事業運営課題、経営課題等の成果・分析が法人本部で実施され、経営推進会議等での討議等による具体的対策（重点5項目含む）を反映させた中期事業計画が策定され、職員研修会等で周知が行われています。		
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
＜コメント＞ 法人本部による組織全体の中期計画を踏まえた単年度の事業計画が策定されています。 前年度の事業総括としての事業報告が行なわれ、経営推進会議・リーダー会議による成果分析・課題等を次年度の単年度計画の対策等に反映させ、理事会、評議員会で承認された事業方針に基づいた、単年度の事業計画・活動指標が策定されています。		
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
＜コメント＞ 事業計画は、全体研修等を通じて、経営課題や法人の方針等が職員に説明されています。 単年度計画は、数値目標を掲げ、毎月チェックする体制や検証が行われています。 中間総括（9月）及び年度末総括（3月）等は、リーダー会議等で実績成果や課題の検証や分析による評価・見直し等が行われています。		
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
＜コメント＞ 事業計画は、法人ホームページに掲載し公開されています。 利用者へは、日常の介護支援時のコミュニケーションを通じる中で、行事やイベント等お知らせや参加等の要望を伺う等の対応が行われています。 家族等へは面会等の来所時に、新年度の事業計画や利用者の生活状況を担当者から報告が行われていますが、今後ホームページで疑問点への質問や要望等を承る旨の案内等を行い事業に対して理解が深まる工夫に期待します。		

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
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

＜コメント＞ 福祉サービスの質の向上は、中期事業計画の重点項目として取組まれています。 各担当部署の代表から組織化された「サービス向上委員会」が毎月開催され、現状のサービス検証や課題に対する向上対策等の取組みが行われています。 また、組織の横断的なメンバー構成された、定期的な「身体拘束適正化」「給食」「口腔衛生」「事故防止」「虐待防止」「防災（BCP 対策）」「ハラスメント」「生産性向上」の各委員会や安全衛生委員会、広報委員会、研修委員会、風通しの良い職場作り委員会等による良質なサービスの提供に向けた検証や必要な改善への取り組みが四半期単位で行われています。 第三者評価についても定期的に実施されています。		
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。	b
＜コメント＞ 毎月の「サービス向上委員会」や第三者評価で検証された課題については、リーダー会議等で協議され、組織としての改善方針に基づいた取組みが行われています。 事業計画についても、毎月開催される経営推進会議に於いて、月次報告が行われ、経営状況各事業所等の運営状況の状況報告等が共有され、それぞれの課題への分析や必要な対策等が行なわれています。 職員としては、日常の利用者へのサービス提供の内容等に関心が集まりがちですが、職員一人ひとりが、各種課題についても理解を深めて日常業務に取り組むことが重要と考えられます。		

評価対象Ⅱ 施設の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
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
＜コメント＞ 管理者に於ける役割と責任については職員分掌で明確に示され、管理者の業務管理（指示・指導・アドバイス等）による介護サービスの運営が行われています。 また、管理者である施設長不在時は、担当課長等への権限の移譲が行われています。 毎月の事業実施の成果把握・分析に伴う改善施策等の経営指標の管理責任者及び地域に対する対応責任者としての役割・機能の活動を展開されています。 ホームページの内容も随時更新しておられます。		
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。	b
＜コメント＞		

管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解する為、研修会や勉強会等に参加し最新の情報収集に努め、職員に対し事業所内での研修や回覧等による周知が図られています。 法人の就業規則、倫理規定や各種の法令遵守のマニュアルに基づく、事業所運営が行なわれています。 法令遵守の更なる推進に向け、法令遵守等のマニュアルの定期的見直しを行い、職員意識の徹底を図り、倫理や法令遵守の取組みを更に推進されることに期待します。		
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
＜コメント＞ 介護サービスの質の向上に向け、各担当部門からのリーダー等で組織される委員会等でサービス品質の向上に対する課題や改善施策の検討による実践が行われています。 介護プロフェッショナルキャリア段位の取得（アセッサーの配置）や新人職員へのOJT（プリセプターの配置）によるサービスの質の向上に向けた現場での取組みが行われています。 管理者は、日頃より職員とのコミュニケーションを取り、利用者の様子を確認しながら、サービスの質の向上に向けて必要な取組みが実施されています。		
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
＜コメント＞ 経営改善や介護現場の業務の実行性を高める取組みとして①地域における公益的な取り組み②人材確保・定着に向けた多様な働き方の実現③改定運営基準への対応④安定的な財務基盤の確立を柱に重点4項目に取組まれています。 これまでの業務改善としての利用者の見守り機器や介護現場の業務の実行性を高めるためのAI（人工知能）活用等に加えて、誤配膳・誤薬の防止対策としてのIT照合機器の導入、ケア記録の大部分の電子記録化への移行が実施されています。 また、導入後の効果や手間当の継続検討や排尿予測機器等の検討が進められ今年度の導入に繋げる等の取組みが実施され、作業効率の推進等に伴う職員の業務負担の軽減等、導入前後に於ける効果の検証確認等の取組みが継続して行われています。 人材確保・定着に向け、配置転換や業務内容の限定した限定正職員制度の導入等、健全な財務基盤を確保する等に向けた取組みに努められています。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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
＜コメント＞		

人材確保に向け、従来からのホームページ掲載やハローワーク登録等による取組みに加えて、採用ツールのリニューアルとＹｏｕＴｕｂｅ、採用管理システム等のＷＥＢ媒体を通じて、広く人材確保ができるよう取組まれています。

人材定着に向けては、家庭と仕事の両立制度を制定され、働きやすい環境を整えられました。

無資格職員は、介護福祉士、介護支援専門員等を目指す仕組み等、資格取得に伴う費用の全額法人負担等の受験体制を整え人材の確保の取組みが行われています。

15 II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。

a

＜コメント＞

「人事考課制度」が導入され、考課表を基にリーダーが行っておられます。

考課面談は年１回ですが、何かあれば都度話を聞かれています。

人事基準の策定を行い、職員は自らの目標を設定され、それに対しての評価やアドバイスが行われており、給与・賞与・昇進・昇格等にも反映され、職員が自らの将来を描くことができるような総合的な仕組み作りが行なわれています。

考課者研修も行われており、一人ひとりの職員に研修希望を聞き、働きやすい職場環境になるよう取組まれています。

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

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

＜コメント＞

法人の就業規則に基づき、時間外等の適正な管理、有給休暇やリフレッシュ休暇、育児・介護休暇等の就業が行われ、働きやすい職場づくりとして、福祉人材の育成確保「介護キャリア段位制度を活用した職員の能力開発」「新卒者確保のための奨学金返済助成制度の創設」及び「ワークライフバランスに配慮した職場環境を充実させるために今年度より「風通しのよい職場作り委員会」が設置されました。

また、職員の福利厚生としては、福利厚生倶楽部加入、島根県民間会社福祉事業従事者互助会等へ加入されています。

健康管理としては、健康診断等、カウンセリングやストレスチェックの実施、インフルエンザの予防接種等が行われています。

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

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。

b

＜コメント＞

人事考課時の職員面談に於いて、目標管理シート等での振り返り等に於いて、各種の研修実施状況、現状の業務遂行能力を職員と共有が図られています。

新人職員に対してはマンツーマンで丁寧に先輩職員によるＯＪＴで指導が行われています。

職員一人ひとりが設定した目標の進捗状況及び目標の達成度が確認できる取組みに期待します。

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
＜コメント＞ 全職員の育成研修として、年度当初のキックオフ大会、新人職員への接遇マナー研修、人権研修、リスクマネジメント研修、ハラスメント防止研修等の必須研修が行われています。 行政からの研修案内等から必要な研修参加に取り組まれています。 月1回のスキルアップ委員会による接遇、事故予防、新人職員指導研修の見直し・改善等が行われ、職員の人材育成の研修基本計画を策定して教育・研修に取り組んでおられます。 また、キャリアパスに対応した研修受講に加え、接遇研修や外部研修計画が策定されています。 職員一人ひとりの介護サービスに必要な知識・技術並びに有資格やOJT制度に連動した育成計画及び研修が実施されています。 職員個々の研修参加後は、研修内容等の復命報告に加えて、職場内に於いて必要な研修内容のポイント等の共有が図られております。		
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
＜コメント＞ 職員一人ひとりの研修経歴のデータに基づき、内部・外部研修計画が作成されています。 職員面談等で育成要望等の収集及び新人研修、専門研修等の外部研修の受講の取組みが積極的に行われており、事業所全体で「プロフェッショナルキャリア段位」の取得も積極的に進められており、より専門的な知識を持ち、実践的なケアができるプロフェッショナルな職員が育成できるよう目指しておられます。		
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。		
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
＜コメント＞ 介護実習マニュアルに基づき、定期的に福祉専門学校、高校生等の実習を受入れ等が積極的に取組まれています。 受入れ担当はリーダーが行っておられ、アセッサー資格のある職員が指導をされています。 実習プログラムは、学校側と連携して作成されたものに基づいて実施されています。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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
＜コメント＞ 企業理念・基本方針・定款及び事業運営に関する事業計画（報告・決算等）、施設概要・施設案内・提供する福祉サービス内容・ご意見や問い合わせ等のお知らせ、苦情の公開、広報誌がホームページに掲載されています。		

福祉・保健・医療の総合情報サイトのWAMNETに於いても情報公開が行われています。		
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
＜コメント＞ 法人本部が総括的に会計事務所による監査を受けておられます。 内部経理・業務監査等の内部統制によるガバナンスの効いた適正事業経営・運営が行われています。 経理監査は、全事業所を対象とした会計諸帳簿、契約書、その他の書類の監査確認や内部業務監査は、施設長による業務の健全化、適正化に関する確認等が行なわれております 日常業務に必要な消耗品等は、事業所の小口現金支払い等の対応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
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
＜コメント＞ 理念・基本方針に基づき、社会福祉法人としての責務を果たすべく、行政、地域の福祉法人等との連携、協働による公益的な取組みを推進する経営方針を掲げた地域活動が行われています。 行政主催の地域の介護職員新任研修（入門編）への法人の介護福祉士及び看護師を講師派遣や冬の施設フェンス等へのイルミネーションの設置の際に地域の方々との交流が実施されています。 新型コロナウイルス感染症発生以前の地域活動の交流の場として、地域の老人会・民生委員等への介護教室への講師派遣に加えて、施設等での認知症カフェ（福ふく茶屋）の開催や納涼祭への地域の方々の参加等での交流が行われていました。 利用者が自宅に帰る機会が持てるような配慮も今後行われる予定です。		
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
＜コメント＞ ボランティア等の受入れ体制の調整や受入れ手順に基づき実施されています。 コロナ前は、利用者も楽しみにされていた音楽、舞踊、文化交流及び地域の方々の清掃に加えて、地域の保育園児による行事交流等が行なわれていましたが、状況的に中止せざる得ない場合がありますが、今年度は地域で大切にされている伝統芸能の神楽が来られる予定です。 地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化され「中学生・高校生の職場体験」等福祉教育の協力・支援が行なわれています。 なお、参加される方々へのボランティア実施の留意点等の事前説明やプライバシー保護、個人情報保護等もマニュアルに沿って説明、参加者の理解をいただき適正に行われています。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		

25	Ⅱ-4-(2)-① 施設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
＜コメント＞ 社会福祉法人としての安心・安全で円滑な事業を推進するために、「病院、まちづくりセンター、社会福祉協議会、保健所、消防署、行政、地域の居宅介護支援事業所」等の関係機関とネットワークを構築し、「関係機関連絡一覧」を作成しておられます。 緊急性を必要とする関係機関は、定期的に関係機関との情報交換を行い、連携を強化されています。 緊急時の関係機関との対応方法等については職員全員が十分理解した上で適切な連携が継続的に行われる事に期待します。		
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 地域の福祉ニーズを把握するための取組が行われている。	a
＜コメント＞ 行政等の地域で開催される研修の依頼を受けて講師を勤める際等、地域の福祉ニーズに対する要望や問題点等を把握する取組が行われています。 法人全体の取組みとしては、別事業所による地域への介護予防活動（寝たきりにならないための講座）への参加、認知症カフェ（福ふく茶屋）の開催時等に地域ニーズの把握や収集が行われています。 地域密着型特別養護老人ホームしおさいとして、定期（年6回）の運営推進会議（行政、地域包括センター、まちづくりセンター、民生委員等）で施設運営に関する情報提供や地域の事業所等への意見・要望等の収集が行われています。		
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
＜コメント＞ 地域における公益的な取組みの推進を事業計画の重点実施事項のひとつに掲げ、大田市主催の介護職員初任者研修、介護の入門的研修へ法人の介護福祉士及び看護師を講師として派遣しておられます。 法人全体の取組みとしては、別事業所が認知症になっても安心して暮らせる地域作りを目指し、認知症の理解と啓発を目的に利用者や支援者、関係機関と共に「RUN伴しまねタスキリレー」に参加されました。 昨年度は琴ヶ浜清掃への参加し、今年度も10月20日に参加予定です。 現在家族に認知症の方がおられる男性を対象とした介護教室の開催を予定されており、専門的な知識を伝えられる場になるよう企画中です。 運営推進会議等による地域からのニーズや提言を頂き事業への反映が行われています。		

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
Ⅲ-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 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
＜コメント＞ 理念・基本方針に基づいた事業方針、倫理要領、職員の行動指針等へ福祉サービスに携わる人間としての基本として、利用者を尊重した支援が行われています。 利用者・家族等には、入所の説明時に重要事項説明書による人権擁護に関する説明が行われています。 職員へは、年1回の全体研修の場で権利擁護の重要性について周知が図られています。 また、人権擁護に基づいた身体拘束・虐待防止に関する研修が必須研修として行われています。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
＜コメント＞ ユニット型特別養護老人ホームという事もあり、居室についても個室対応となっており一人応じの快適な環境です。 排泄介助、入浴介助時にもプライバシーに気を付け、マニュアルに従い個人の尊厳を大切にしたいサービスが提供できるよう心掛けておられます。 入所時の重要事項説明書に明記されたプライバシー保護に関する説明が行われ、利用者・家族等のプライバシーに関する保護の遵守に向けた外部研修（権利擁護推進員養成研修）や内部研修の人権研修等で職員への周知が図られています。 法人のホームページでの施設案内や広報を行う場合に、利用者の写真等を掲載が必要な場合は、事前に利用者・家族等への同意を得る等の対応が行われています。		
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。		
30	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
＜コメント＞ ホームページの掲載、パンフレット等により、施設概要、施設案内、サービス案内等が公表されています。 利用者等からの利用要望を受け、施設の見学等は責任者（施設課長等）が窓口となり、入所に必要な施設概要等の説明等の対応が行われています。 問い合わせの際には特色も説明され、ショートステイ利用しての体験も可能となっています。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更において利用者等にわかりやすく説明している。	a

＜コメント＞ 利用者のサービス開始においては、利用者・家族等に対して「重要事項説明書」、「施設ケアマネによるケアプラン」の説明を行い、利用者・家族等の同意を得た上でサービスの提供が行われています。 体調変化等によるケアプランの変更時には、利用者・家族等に対して変更点の説明を行い、利用者・家族等の同意を得ておられます。 意思の疎通が困難な方や認知機能が低下されている方に対しては、家族や多職種での関わりを通して配慮されています。		
32	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
＜コメント＞ 他施設への移行の際は、担当者が生活状況等の引継ぎ書を作成して説明が行われています。 病院に入院される場合にも情報提供をされており、最期に自宅での看取りを希望される家族に対してのアドバイスも行われています。 サービスが終了した場合でも家族がいつでも相談できるように窓口が設けられています。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
＜コメント＞ 職員は、利用者対応時に利用者の満足状況を日々確認しておられます。 栄養士は、ミールラウンドを行い利用者の希望を聞き取っておられます。 家族等に対しては、面会時やケアプランの見直し時に生活相談員を中心に要望・相談を伺い対応されています。 第三者評価を実施された際には家族等に対してのアンケートも行われています。 利用者の小さな声の収集手段の工夫（面談・郵送等のアンケート調査含む）等、継続的に利用者満足に向けた取組を期待します。		
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。		
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
＜コメント＞ 苦情解決規定に基づき、苦情解決の体制（苦情解決責任者の設置、苦情受付担当者の設置、第三者委員の設置）が整備されています。 利用開始時に、重要事項説明書を使用し、利用者・家族等に苦情や意見が行える仕組みや解決に向けた体制等の説明が行われています。 苦情・意見に対する改善の取組等が法人として取りまとめられ、苦情・意見、対応内容等がホームページで広く公表されています。（申し出者の了解を頂いた場合のみ）		
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	a

	に周知している。	
<コメント> 利用者・家族等から職員等へ直接意見を述べられる場合も多いですが、他人に聞かれたくない相談等があれば、相談室を用意し生活相談員を中心に対応が行われています。 施設内意見箱設置に加え、地域社会に対する法人のホームページへ意見・お問い合わせ先等の周知の掲示による利用者・家族等からの意見・要望等を言いやすい環境の取り組みが行われています。 施設内意見箱設置に加え、地域社会に対する法人のホームページへ意見・お問い合わせ先等の周知の掲示による意見・要望等を言いやすい環境の取り組みが行われています。		
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
<コメント> 苦情相談対応マニュアルが整備されています。 職員が相談を受けた場合は、すべて苦情受付担当の課長へ報告され、P C内に記録を残され、判断が難しい場合には施設長に報告され、協議・検討され、その改善・対策等が利用者・家族等にフィードバックが行われる仕組みとなっています。 検討に時間がかかる場合はその旨伝え、できるだけ迅速な対応ができるよう心掛けておられます。		
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
<コメント> リスクマネジメント規定に沿った「安全対策要領」「事故防止対策マニュアル」が策定され、利用者への安心・安全なサービス提供が行われています。 リスクマネジメントに関する責任者を明確にされ、毎月の安全衛生委員会を中心に体制を整えられています。 年2回の事故予防研修に於いては他の事業所での事例の検討も行われています。 日常業務時のヒヤリハットやインシデント等は、「ヒヤリ・事故報告書」を作成し、職員全体への共有が図られています。		
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
<コメント> 感染症予防対策担当の看護職を中心に、感染症対応手順や事業継続計画（BCP）に基づき、定期的に感染症の予防や安全確保に関する実施訓練、机上訓練に取組み、BCPの見直しも行われています。 また、外部からの感染防衛策として、職員へのインフルエンザ予防接種や職員が感染した場合の出勤有無の判断や家族等の面会制限判断等の基準を整備されています。		

感染症予防・ノロウイルス対策として、食後の歯磨きやトイレ後の手洗いの実施等が実施されています。 職員はマスク着用、手洗い、消毒、咳エチケット等が行われています。		
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
＜コメント＞ 自然災害対応の事業継続計画（ＢＣＰ）や災害対策マニュアルに基づいた「しおさい防災計画・消防計画」による緊急時を想定した災害訓練・消防訓練や防災備品等の整備等が行われています。 施設の立地条件は、水害、津波、土砂災害等の行政のハザードマップでの発生基準以下ですが、避難等の対応が現実的でないことから津波対策として、利用者のベッドの高さ調整や利用者全員のライフジャケットを用意され装着訓練も行われました。 防災委員会（年２回開催）によるＢＣＰ計画の検証・見直しや研修・机上訓練等が実施されています。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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
＜コメント＞ 介護サービスの標準的な実施方法のマニュアルが策定されています。 マニュアルは利用者の人権擁護やプライバシー保護等を遵守する姿勢が明示され、内部研修や職場ＯＪＴ指導による標準的なサービスの実施方法が職員に周知されています。 マニュアルは利用者の尊重やプライバシー保護等に係る姿勢を明示されています。 研修や個別の指導により標準的なサービスの実施方法が職員に周知されています。 パソコン内にも実施方法やサービス内容が文書化されており、確認されサービス提供が行われています 個々の利用者の特性については、ケアプラン等で確認し、個々の利用者に合った方法での支援が行なわれています。		
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
＜コメント＞ 標準的実施について、各種マニュアル等が各種委員会や部署で随時必要な見直しが行われています。 ケアプランについては半年に１回見直しが行われています。 担当者会議で話し合われた項目を部署毎に伝達されています。 新しい機械や器具が入った際には使用方法の説明が行われています。		

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。		
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
<コメント> 計画策定の責任者は施設ケアマネとなっており、ケアプラン作成マニュアルに基づき、定められた様式により策定されています。 計画の作成は、決められた手順でアセスメントを行ない他職種参加によるカンファレンスが開催され、一人ひとりのニーズに沿ったケアプランが策定されています。		
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
<コメント> 毎月モニタリングを行ない、ケアプランの評価が実施されています。 ケアプランは、6ヶ月に1回評価・見直しが行なわれます。 利用者個々に課題分析シートも作成され、実施状況の評価、改善、新しいアイデアが組織としてスムーズに行われています。 また、病院からの退院時や褥瘡発生時、看取り開始時には、カンファレンスを開催し計画変更が行なわれます。 体調等の急変等があった場合にも、随時カンファレンスを開催しプラン変更が行なわれます。 ケアプランは、職員間で情報共有が行われています。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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、職員間で共有化している。	a
<コメント> タブレットとPCによる記録と各部署との情報共有が行われています。 利用者毎の個別のファイルや写真フォルダーがあり、サービス提供や家族が安心できる情報を提供されています。 個人日誌など規定の様式により記録され、職員間で周知されています。 記録内容の書き方については、統一されたものとなるよう職員間で周知されています。		
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
<コメント> 個人情報保護管理規定に基づき、記録の保管、廃棄、情報提供等が行なわれており、個人情報保護の研修も行われています。 記録管理の責任者が設置され、記録は、鍵のかかる保管庫で管理されています。 記録や個人情報等は漏洩対策もされており、取り扱いには注意されています。 職員は、入職時に、個人情報の取扱いについての誓約書を法人に提出されています。 個人情報の取扱いについては利用前に家族に説明され書面で同意が取られています。		

内容評価基準（特別養護老人ホーム１７項目）

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
1-（１）生活支援の基本		
A①	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
＜コメント＞ 利用者の心身の状況や要望等の意向を踏まえたケアプランに沿って利用者一人ひとりに応じた日簿の過ごし方ができるように支援が行われています。 利用者の身体向上や自立を目的の取組みとした余暇活動が行われています。 コロナ禍の影響で一部中断されている物もありますが、歌の広場、書道教室、法話会、折り紙等の物づくり、お花づくり、お茶・おやつ等の計画や新聞、雑誌の配置による利用者がゆったり過ごせる自由時間や一日を明るく楽しく過ごすためのメニューによる生活支援の取組みが行われています。 参加の動機付け等は、利用者の生活習慣等の把握や利用者の心身の状況変化を観察し、本人の意思を尊重して行われています。		
A④	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
＜コメント＞ 一人ひとりの利用者に合せたコミュニケーションができるよう心掛けておられます。 声が聞き取りづらい方には筆談を取入れ、発語が難しい方にはジェスチャーを用いて意思表示をして頂く等の工夫をされながら、利用者の言動、表情、仕草からその日のコンディションが把握できるよう努めておられます。 日々コミュニケーションを行い、利用者の生活歴や人間関係からも思いに寄り添えるよう、職員間で情報共され支援されています。 研修委員会があり、一人ひとりの職員が接遇研修等に参加する機会が設けられています。		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-2-（２）-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組みが徹底されている。	a
＜コメント＞ 利用者を不快な気持ちにさせないように利用者第一の考えで動けるよう、権利の主張を受止めながら支援ができるよう心掛けておられます。 虐待防止マニュアル・身体拘束の排除マニュアルが策定され、毎月のスキルアップ委員会による実態把握「拘束・虐待の有無」・検証等が行われ、権利擁護の研修の実施や組織全体へ利用者の尊厳保持（権利擁護）意識の浸透を図る取組みに加え、権利侵害が発生した場合の迅速な対応や適切な手続き等を組織的に実施されています。		

A-2 環境の整備

2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A⑥	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
＜コメント＞ 平屋建てのゆったりとくつろぎ易い広い生活空間に於いて、夏は冷房、冬は暖房等の利用者にとって、適切な室温調整の実施と明るい室内に加えて、清潔感が漂う安心して過ごせる環境が整っている施設です。 食事前のテーブルの清掃や消毒等、職員各自が担当部屋で汚れ等に気が付けば、自らも清掃・片付けなどの対応等、生活空間の清潔さや安心・安全確保に配慮した取り組みが行なわれています。 利用者にとって快適な居室になるよう配慮されています。		

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑦	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
＜コメント＞ ケアプランの利用者の入浴事項に沿って入浴介助が実施されています。 基本的な入浴介助手順に沿って、利用者の心身の状況（入浴前のバイタルチェックによる健康管理・入浴可否の確認等）の変化を踏まえた毎週2回の入浴介助の対応が行われています。 快適で自立性の高い入浴を目指し、入浴形態についても利用者の安全を考慮しながら介助浴にするか特浴にする必要があるかなど、多職員間の連携による検討が行われ、適切な入浴方法等が決定されています。 入浴時の脱衣・着衣の際も利用者の肌を傷付けないようゆっくりと丁寧に行うよう心掛けておられます。		
A⑧	A-3-(1)-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
＜コメント＞ ケアプランの利用者の排せつ事項に沿って排泄介助が実施されています。 排せつ介助手順に沿って、利用者の一人ひとりの排せつの適切なタイミング（排せつチェック記録等）や健康状態に合わせた「おむつ交換」「トイレ誘導」等が行われ、人間の尊厳に配慮した排せつ介助が行われています。 身体状況の変化に合わせ、日々職員間で見直し検討、介助方法を決定され、情報共有し統一した介助が行われています。 利用者の安心・安全対策及び感染症対策等に十分な配慮と利用者が最適な環境づくりを心掛けておられます。		
A⑨	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
＜コメント＞		

ケアプランの利用者の移動移乗事項に沿って移動移乗支援が実施されています。 利用者一人ひとりの心身状況に対応できる多種類の福祉用具や車椅子を用意されており、利用者の身体に合せた福祉用具、車椅子が使用されています。 利用者の身体状況に合わせた移動移乗方法等の移動移乗介助の安全確保に配慮した取組みが行われています。 移動移乗は、出来るだけ自分の力で歩いて移動移乗されるよう助言も行われています。 寄り添い手引きすれば可能な利用者也転倒リスクを優先し、車椅子や福祉用器具を使用される場合もあります。		
A-3-(2) 食生活		
A⑩	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
＜コメント＞ 管理栄養士が利用者・家族等からの聞き取り調査等による利用者の慣れ親しんだ食事メニューの献立に反映による食事の工夫に加えて、地元食材、行事や季節料理の提供も行われています。 食事の説明や利用者とのコミュニケーションを取り、楽しんで食事がして頂けるよう配慮されています。 また、ユニット毎のリビングでリラックスした雰囲気の中で食事が行われています。 衛生管理マニュアルに基づき朝夕のミーティング等での周知による職員の安全・安心意識の徹底に取り組まれています。		
A⑪	A-3-(2)-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
＜コメント＞ ケアプランの食事介助事項に沿って食事介助が実施されています。 個々の状況、嚥下能力に配慮し、自力摂取が可能な方は、本人の能力を大切にし、必要以上の介助はせず、事故には十分に注意をし、個人の嚥下状態は職員間で周知徹底されています。 利用者の嚥下状態に合わせた形態（キザミ、ソフト、ミキサー食）や彩りにも工夫をされています。 また、食事介護手順に沿って食事介助が行われています。 栄養指導計画書に沿って、毎食後の利用者の食事量や水分補給量を記録して、利用者の体調や食事摂取能力に合った食べやすく飲み込みやすい調理の工夫を行うなど食の重要性を認識した取組みとなっています。		
A⑫	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
＜コメント＞ ケアプランの口腔ケア事項に沿って口腔ケアが実施されています。 口腔ケア手順に沿って、利用者一人ひとりの心身に応じて、口腔内を傷付けることなく、食べカスや無駄な水分を除去し、キレイに磨くことを意識しながら介助しておられます。 義歯の方には、義歯の洗浄、就寝前には義歯の消毒が適切に行われています。 歯科医師による利用者への口腔ケア指導が行われ、利用者が自力で行える心身状況の把握を行		

い、支援対応等の評価より介助が行われています。		
A－3－（３）褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A－3－(3)－① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
＜コメント＞ ケアプランの褥瘡事項に沿って褥瘡発生予防・ケアが実施されています。 褥瘡発生予防の取組みとして、看護師等による定期的な職員への体位のポジショニング研修があり、クッションの入れ方、除圧、ワセリン塗布、オムツ交換の回数調整等の工夫が行われています。 褥瘡マネジメント委員会が開催され、褥瘡スクリーニング研修（年１回）の開催や介護職員の予防知識、ケアへの技術向上に努め「褥瘡ゼロ」を目指した取組みが行われています。 当施設での近年の褥瘡の発生はゼロであります。 また、食事面からも予防するために全ての利用者の栄養計画を作成され、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理が行われています。		
A－3－（４）介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭	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。	b
＜コメント＞ 喀痰吸引及び経管栄養を必要とする利用者への対応は、看護師主体で実施されています。 現在は経管栄養を必要とする利用者は無く、夜間の喀痰吸引が必要な方もおられません。 介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施は行われていませんが、今後、介護職員による喀痰吸引・経管栄養を実施外必要な場合も想定されることから介護職員に対しての必要な研修受講による資格取得を計画的に行われることに期待します。		
A－3－（５）機能訓練、介護予防		
A⑮	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。	b
＜コメント＞ アセスメントによる利用者の心身の状況に合わせケアプランに沿って、機能訓練指導員による個別機能訓練、介護予防等が実施されています。 日常的な食事動作、排泄動作、移動・移乗動作等の利用者の日常生活動作に基づき、自立支援に繋がる生活リハビリが行われています。 また、日々の口腔体操や歌の広場やレクリエーション等の取組みは機能訓練指導員により、利用者が主体的に参加して行われています。 機能訓練等に参加できない利用者への介護予防活動への援助として、今後に於いても心身機能の状況等を考察し、自立支援プログラムの更なる拡大に期待します。		
A－3－（６）認知症ケア		
A⑯	A－3－(6)－① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a

＜コメント＞ 利用者一人ひとりの認知症状に配慮した認知症ケアが行われています。 認知症である行動やBPSD（行動・心理症状）の利用者は、介護時の観察や状態のモニタリング記録等に基づき、カンファレンス時の介護支援専門員、看護師等との多職種連携した分析及び介助が行われています。 ケアプランの見直し等、必要な変更が行われており、利用者一人ひとりの症状やコンディションに対応できるよう職員は認知症研修を受けケアに活かせるよう努めておられます。		
A－3－（7）急変時の対応		
A⑰	A－3－（6）-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
＜コメント＞ 急変時対応手順、介護・看護マニュアル、救急車要請マニュアルに基づき、利用者の心身の体調変化が発生した場合の手順による対応が行われています。 また、安全対策としての救急救命講習（心肺蘇生方法やAEDの使用方法等）や看護師と連携した取組みが行われています。 夜間は看護師とのオンコール対応しておられます。		
A－3－（8）終末期の対応		
A⑱	A－3－（8）-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。	a
＜コメント＞ 看取り介護手順に基づき、家族からの希望や意向把握等や医師等を交えたカンファレンスが行われ、終末期における連携が図られ、職員は利用者の終末期介護ケアや家族等との情報交換による家族に対する気遣い等の支援が行われています。 看取り研修も行われています。 希望される家族にはエンゼルケアを一緒に行っておられます。		

A-4 家族との連携

A－4－（1）家族等との連携		
A⑲	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
＜コメント＞ 施設ケアマネや生活相談員が家族への連絡は細やかに行っておられ、LINEや電話を利用し、利用者の日々の状況等を説明され信頼関係が構築できるよう努力されています。 変化があった時等も生活相談員が電話連絡で報告されています。 また、緊急時の連絡の優先順位を伺い連絡が必ず取れるようにされています。		