

(様式第2号)

福祉サービス第三者評価結果報告書

事業者名 社会福祉法人恵仁会 ミニデイサービス瑠璃ちゃん家
 評価実施期間 平成30年10月2日～平成31年2月18日

1 評価機関

名称	NPO法人自立支援センターかごしま福祉サービス評価機構
所在地	鹿児島市星ヶ峯4丁目2番6号

2 事業者情報

[平成30年11月11日現在]

事業所名称： ミニデイサービス瑠璃ちゃん家	サービス種別：地域密着型通所介護、第一号通所事業
開設年月日：平成20年11月1日	管理者名：上園健二
設置主体：社会福祉法人恵仁会	代表者職・氏名：理事長・池田志保子
経営主体：社会福祉法人恵仁会	代表者職・氏名：理事長・池田志保子
所在地：〒893-0023 鹿児島県鹿屋市笠之原町45番52-1号	
連絡先電話番号：0994 (44) 1645	FAX番号：0994 (44) 1645
ホームページアドレス	Eメールアドレス
http://www.kanoya-choujuen.jp	ruri@kanoya-choujuen.jp

理念・基本方針

理念(基本方針)

- ・ご利用者やご家族の思い・ニーズに柔軟に対応し、継続的に自宅での生活が送れるよう支援致します。
- ・ご利用者の趣味や特技を大切に、それらを活かした役割・活動を通じて、楽しみや喜びを感じて頂けるような事業所を目指します。
- ・ご利用者の「心の拠り所」となるような事業所を目指します。

基本方針(介護理念)

- ・ご利用者のこれまでの生活やその方らしさを考え、一日一日を大切に支援していきます。
- ・ご家族と事業所との協同で、ご利用者が安心して在宅生活を続けていけるよう、ご利用者を支えています。
- ・地域の方々との交流を深めながら、人と人とのふれあいを大切にしていきます。

【施設・事業所の特徴的な取り組み】

- ・法人内、グループ内連携の強化 ・リフト浴の導入により中重度利用者への対応、職員の介護負担の軽減(腰痛防止)に努めている ・在宅での生活の継続の為、個別機能訓練(Ⅱ)を実施、自宅での日常生活動作等の訓練を行なっている ・地域交流スペースみらいを併設しており、同敷地内の他事業所(養護老人ホーム寿光園・ヘルパーステーション鹿屋長寿園・住宅型有料老人ホーム笠之原長寿園)と協同で地域との交流の充実を図っている

[利用者の状況]

定員	18人	利用者数	38人
----	-----	------	-----

※施設種別ごとに、利用者の年齢階層、利用期間、障害の程度・内容など、その施設の特徴が明らかになるようなデータを適宜貼付してください。

利用者の年齢階層

年齢区分	～64歳	65～74歳	75～84歳	85～94歳	95歳～
人数(人)	1	5	9	21	2

要介護区分

区分	非該当	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2
人数(人)	0	4	2	10	9
区分	要介護3	要介護4	要介護5		
人数(人)	6	4	3		

[職員の状況]

職種	勤務区分				※常勤換算	※基準職員数
	常勤(人)		非常勤(人)			
	専従	兼務	専従	兼務		
管理者		1			1	1
生活相談員		3			1.1	1
介護職員	1	10	1		4.6	1.6
看護職員		2			1.1	1
機能訓練指導員		2			1.1	1
事務職員						
前年度の採用・退職状況	採用 退職	常勤 0 常勤 0	人 人	採用 退職	非常勤 0 非常勤 0	人 人
○常勤職員の当該法人での平均勤務年数					5.94 年	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の当該法人での平均勤務年数					5.94 年	
○常勤職員の平均年齢					44.3 歳	
○うち直接処遇に当たる常勤職員の平均年齢					44.3 歳	

※常勤換算数及び基準職員数は、当該職について、運営基準等で定められている場合のみ記入してください。

3 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年10月2日(契約日)～平成31年2月18日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成28年度)

4 評価の総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有給休暇の取得率向上、時間外労働の削減、産休・育休他福利厚生が充実しており、働きやすい環境づくりに取り組んで離職者ゼロが達成されています。 ・地域交流スペースを開放して地域住民のサークル活動やサロン、オレンジカフェ開催などで地域住民との交流、高齢者と地域の子どもたちとの交流などが図られています。 ・人事考課面接で個人目標の設定、事業所目標の共有と自身の取り組みの振り返り、キャリアパスによりキャリアアップの可視化など職員の目指す将来像を共有して個々のキャリアアップに向けた支援が行われています。 ・中重度者の受け入れが多く、在宅生活継続に向けて個別機能訓練が強化されています。 ・利用者満足度の把握は、全職員が日常の支援場面や会話の中から、利用者の表情などわずかな変化も見逃さず、早期に意向をくみ取ると共に、その内容が直ちに管理者に伝わり、改善課題として検討され、早期に解決する風土が認められます。 ・書字能力が低下した利用者が趣味の川柳作りのニーズを掘り起こされて、作品が「月刊デイ」に掲載される等、基本方針が実践されています。 <p>◇改善を求められる点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人全体で中長期計画が策定され8つのプロジェクトに取り組まれているが、事業所の中長期計画の策定が望まれます。 ・毎年10月をマニュアル見直しの月と定め、マニュアルの見直しを行うと共に、毎月の職員会議での協議が行われているが、マニュアルの作成日、改訂日、見直し日の記録が一部認められないので、日付の記載が求められます。
--

5 第三者評価結果（共通項目） 別紙

6 利用者調査結果（別紙）

7 事業者の自己評価結果（別紙）

8 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価において、高い評価を頂き、嬉しく感じております。
特に、働きやすい職場環境作りや地域住民との交流、職員の人材育成、ご利用者の満足度向上に向けた取り組み、事業所の基本方針の具体的な実践については、事業所として力を入れて取り組みを行っている事項でありますので、その点を評価して頂けたことは、実践してきたことへの自信につながります。ありがとうございます。

加えて、ご指摘のありました事業所独自の中長期計画につきましては、3か年毎の改正に合わせて計画の立案や見直しを行い、各年毎に目標を定めて参ります。また、マニュアルに関しましては、マニュアルメンテナンスの手順に即して実施しておりましたが、日付の記載漏れがあり、今回ご指摘頂きました点につきまして改善を徹底して参ります。

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

		第三者結果
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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>法人理念に沿った事業所理念がありパンフレット、事業計画に記載、ホームページ、法人広報誌、事業所便り等へ掲示されている。職員はネームプレートで携帯するとともに朝礼時に唱和確認している。事業所内に掲示するとともに家族会において説明し具体的な取り組みなどは広報誌、事業所便り等で周知している。職員には事業計画報告会で周知し新人や中途採用者には研修マニュアルに組み入れて周知している。</p>		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者結果
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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>情報サイトや行政の各種福祉計画策定委員会等にも参画し、社会状況の把握をしている。毎月行われる運営会議や在宅会議、法人内の4デイサービス事業所の連絡会議において社会福祉事業全体の動向・取り巻く環境と経営状況の把握、分析、事業所が抱える課題等の意見交換が行われている。在宅会議では毎月の利用状況、稼働率の分析、課題の抽出と改善策に向けての評価・分析が行われている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要</p> <p>法人全体で経営課題が明確にされ、中長期計画で具体的な取り組みが企画されている。毎月の在宅会議において稼働率など現状の分析と課題などが明確にされミーティングで周知、改善策など話しあっている。経営状況や改善すべき課題については理事会・評議員会議で報告、情報の共有がなされている。事業所において稼働率維持に向けて、毎月利用管理表を基に入院者の登録抹消の時期短縮や休み対策として振り返り利用の提案や、働きやすい職場環境づくりなど具体的な取り組みが行われている。</p>		

Ⅰ-3 事業計画の策定

		第三者結果
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・Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>法人で2025年に向けた福祉人財育成・獲得プログラムが策定され、具体的に8つのプロジェクトに取り組んでいる。また、介護報酬改定にあわせた3ヶ年経営戦略で定員10名から18名への増員など具体的な取り組みを策定、必要に応じて長期計画の見直しが行われているが、事業所としての中長期計画の策定が望まれる。</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・Ⓑ c
<p>評価概要</p> <p>法人中長期・3ヶ年経営戦略に沿った年度事業計画が策定されている。年間目標を掲げ、理念に沿ったケアの充実と利用者・家族の満足度向上、情報発信、予算計上を目標とし稼働率の安定に向けた取り組み、地域との連携目標、行事計画、研修計画が策定され数値目標、成果設定など実施状況の評価が行える内容となっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画はデイ会議において前年度の評価、課題分析をもとに検討、作成されている。上半期・下半期毎に進捗状況、実施状況の評価と必要に応じて見直しが行われている。作成された事業計画はデイ会議や法人事業計画研修会を開催、職員への理解と周知が図られている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画は年度末の家族会においてパワーポイント等を使用して解りやすく説明し理解と周知を図っている。不参加の家族へは家族会資料として送付している。事業計画はホームページや広報誌に掲載、事業所内に掲示されている。行事ごとにホーム便りや文書において周知され参加を促している。</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

		第三者結果
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業計画にもご利用者、ご家族の満足度向上を目標に掲げ、年度末の満足度調査や評価基準に基づいた自己評価と職員全員での事業所評価を行い、改善策を検討し福祉サービスの質の向上に向けた取り組みが行われている。毎月の法人運営会議、部門連絡会議、エリア別在宅サービス連絡会議、ユニットリーダー会議、各種委員会活動など法人全体で組織的な質の向上に向けた取り組みが行われている。第三者評価受審は職員参画のもと自己評価を実施し、意識向上とサービスの質の向上に繋がっている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>評価結果に基づいて分析、課題を抽出し在宅会議、デイ会議において課題の共有、改善策の検討が行われ改善に向けた取り組みが行われている。満足度調査の結果と改善策についてはホーム便り等で報告している。第三者評価結果に基づいて改善に向けた取り組みが行われている。</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

		第三者結果
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・Ⓑ・c
<p>評価概要</p> <p>役割と責任については運営規定、重要事項説明書、職務分掌表、役割等級基準に明記しており、会議等で職員に周知し有事の際の管理者の役割・管理者不在時の権限委任等についても緊急時対応マニュアル等へ明記しており、研修会等で周知し理解が図られている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所の基準、人員基準、加算要件など法人全体や事業所の勉強会等で理解と周知を図り、内部監査において確認と必要に応じて改善に向けた取り組みが行われている。法令遵守規定が策定され指導がなされている。行政が実施する集団指導や虐待防止、権利擁護、労働基準、交通安全等の勉強会へ参加、毎月開催される身体拘束廃止委員会、安全管理委員会、デイ会議などで確認と周知が図られている。法人内各事業所において送迎前のアルコールチェッカーによるアルコールチェックが実践されている。</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</p> <p>年2回、評価基準に基づいた自己評価と事業所評価を実施、個人面談を通して振り返りと見直し、年1回の内部監査や半期毎の事業計画報告において評価と改善策の検討、改善に向けた取り組みが行われている。毎年、家族会に合わせて満足度調査を実施し調査結果を基に振り返りと改善策の検討と見直しが行われている。法人全体・エリア・事業所の勉強会や外部研修への参加が計画的に行われている。</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</p> <p>デイ会議において意見交換と情報の共有と具体的な取り組みを行っている。毎月の在宅会議において稼働率、経営状況報告等が行われ、課題の抽出と改善に向けた対応策の検討を行っている。年2回、人事考課による個人面談を行い、期間中の評価や次半期の目標、職員が抱えている課題、その他希望などの聴き取りや確認を行い働きやすい職場づくりに努めている。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者結果
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) b・c
<p>評価概要</p> <p>法人として、「2025年に向けた福祉人材育成獲得プロジェクト」が立案されており、福祉人材の育成と獲得、働きやすい職場環境づくりが組織的に行われている。年2回の人事考課面接で個人目標の設定、事業所目標の共有と自身の取り組みの振り返りを行い、職務能力、希望職種等を聞き取り、人員配置や人事異動、ワークライフバランスの配慮など職場環境の改善を行っている。</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</p> <p>法人中長期計画において「社会福祉法人恵仁会2025年に向けた福祉人材・獲得プロジェクト」に恵仁会が提供するサービスと求める人材像を明記している。法人内キャリアパスによりキャリアアップが可視化され人事考課面接において職員の目指す将来像を共有しキャリアアップを支援、人事評価基準に基づき昇給・昇格が行われている。</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組んでいる。	(a) b・c
<p>評価概要</p> <p>法人中長期計画のプロジェクトの一つに「職員のスキルアップと働きがいを支援する」を目標に掲げ、個人面談での職員処遇、意向・意見の聞き取りにより職場環境の改善に取り組んでいる。ワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務体制や有給取得率の向上、時間外労働の削減、腰痛対策や相談窓口の設置、定期健康診断とストレスチェック実施など健康づくりへの支援など働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</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</p> <p>年2回の人事考課面接で個人目標の設定と事業所目標の共有と進捗状況、目標達成度の確認、振り返りと次期目標や具体的な取り組み、実施期間の設定が行われている。職員の目指す将来像を共有しキャリアアップを支援している。</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</p> <p>「社会福祉法人恵仁会2025年に向けた福祉人材育成・獲得プロジェクト」において、「法人職員無資格者ゼロの達成」と「職員のスキルアップと働きがいを支援する」のプロジェクトを掲げ、事業計画で法人全体・エリア・事業所研修計画が策定され計画的に実施している。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 年間研修計画に沿った研修の他、eラーニングの導入や外部研修への派遣や研修会の紹介を行っている。新人・中途採用者には別途研修マニュアルが策定され研修が行われている。資格取得やスキルアップ研修への参加を勤務時間内で調整し法人にて受講費を負担している。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 実習・体験等マニュアルが策定され、法人全体で体験や各種養成校等の実習が積極的に受け入れられている。事業所においても実習の目的や内容など職員に周知され、実習前後オリエンテーションの実施などマニュアルに沿った指導が行われている。また、出前講座の実施や介護職員初任者研修や実務者研修への講師の派遣等も積極的に行っている。</p>		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者結果
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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、ホームページや法人情報誌において予算、決算情報、第三者評価受審結果、苦情・相談の体制や内容にもとづく改善・対応の状況について公開・公表している。また、広報誌や事業所便りを運営推進会議やサロン、カフェ等で配布して活動内容の周知を図っている。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 経理規定が策定され、職員へも周知されている。毎月の公認会計士による会計監査の実施、必要に応じて顧問弁護士や社会労務士と連携し相談や助言を得ている。年1回は法人職員による内部監査を実施して必要に応じて改善策の検討と改善に向けた取り組みを行っている。</p>		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者結果
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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 事業計画において地域との連携を掲げ、オレンジカフェ・サロンの定期的な開催、小学校交流学习や入学式・卒業式・運動会等への参加、地域行事への参加や出前講座の実施など、地域住民とお互い協力し合えるような関係作りや介護予防、認知症についての理解、高齢者福祉や各サービス内容の周知とサービス利用促進を図る取り組みを行っている。</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 Ⓑ c
<p>評価概要 ボランティア受け入れマニュアルを基に支援を行っている。ボランティア養成講座開催、笠野原小学校との交流学习や教員免許取得に係る大学生介護等体験実習受け入れ、実務者研修の実習生の受け入れなど、福祉教育支援にも取り組んでいる。</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。	Ⓐ b・c
<p>評価概要 社会資源一覧、パンフレットや情報誌を事業所内に掲示、デイ会議において情報を共有している。運営推進会議、地区介護事業所連絡協議会、地域ケア会議等で情報交換や連携、困難事例や虐待など協働して解決に向けた取り組みが行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>事業所の地域交流スペースを開放し地域住民のサークル活動やサロン、オレンジカフェ等の実施により地域住民との交流の機会を設けている。サロンやカフェでの情報交換や勉強会の実施、法人情報誌や事業所便りを通して介護や福祉に関する情報の発信など地域に還元している。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>小学校立哨活動、地域ニーズに合わせた出前講座の実施、介護事例発表会の開催など支援活動を行っている。また、法人として山間部買い物支援活動や行方不明者捜索のための職員ネットワークの構築、徘徊模擬訓練や認知症サポーター養成講座に職員の派遣、介護予防教室やボランティア養成講座開催など地域福祉の向上に努めている。</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

		第三者結果
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人の基本理念は玄関正面に掲示すると共に、職員の名前ケースの裏側に記載されている。また、朝礼の時やミーティング及び毎月の職員会議で読み合わせをすると共に、利用者及び職員に毎年配布されているカレンダーにも掲載され、職員の行動指針の要となっている。利用者の尊重や基本的人権への配慮については「利用者様の権利に関する宣言」を定め、身体拘束委員会が毎月、勉強会を計画し、実践されている。勉強会に参加できなかった職員に対しては、管理者が要約した文書を作成し、配布すると共に、口頭での説明を行っている。</p>		
29	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>法人全体で安全管理委員会・身体拘束活動廃止委員会活動要綱を策定し、管理者は毎月、職員会議の中で利用者のプライバシー保護や虐待防止及び身体拘束廃止のための会議を開催している。また、「プライバシー保護規定」を作成し、会議の中で読み合わせを行うと共に、職員会議の話し合いの中で、利用者に対する言動を振り返っている。入職間もない職員及び入職2年までの職員に対しては、管理者が面接し、虐待に繋がる要素の有無を確認すると共に、職員の権利擁護にも取り組んでいる。事業所内の浴室やトイレはカーテンやドアでプライバシーが護られており、1人で寛ぐことのできる空間が確保されている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>理念及び基本方針及び利用できるサービス内容がカラー写真で分かり易く掲載されたパンフレットを作成し、地域包括支援センター、各居宅介護支援事業所、地域の民生委員等に配布及び設置されている。また、利用者の写真や活動内容及及び理念・基本方針、今後の行事予定が掲載された「瑠璃だより」を年4回発行し、利用者・家族、各事業所、民生委員等に配布している。当初A4版であったが、利用者の要望に応じて、現在はA3版で作成されている。ホームページ、facebook、ブログによる情報公開を行うと共に、随時更新されている。見学希望に対しては随時受け入れが行われており、見学者名簿を整備している。</p>		
31	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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要</p> <p>通所介護利用契約締結手順マニュアルが作成され、指定地域密着型通所介護利用契約書及び重要事項説明書を用いて口頭で説明を行い、利用者の自己決定を尊重している。意思決定が困難な利用者に対しては、成年後見制度を活用して契約を交わしている。また、利用者の同意を得るまでの経過を記録して、契約の過程を保存している。</p>		

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・ b ・c
<p>評価概要 利用者及び家族の状態変化により他施設及び在宅サービスへの移行が必要となった場合には、利用者及び家族が同様の支援を継続できるよう配慮されている。利用者及び家族の情報は毎月の介護支援専門員に対してモニタリング及び評価表を用いて報告し、移行に関する情報の交換が事前に行われている。また、利用が終了となった場合には、引き続き相談業務を継続して行うことを説明し、管理者及び担当者が対応している。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-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 利用者満足の把握は、全職員が日常の支援場面や会話の中から利用者の表情等のわずかな変化を見逃さず、早期に意向をくみ取る風土が認められる。その内容は直ちに管理者に口頭及び記録で伝達され、改善課題として検討され、早期の解決が図られている。利用者満足度調査は管理者が責任者となって毎年、満足度調査を行い、福祉サービスの質の向上に繋げている。また、サービス担当者会議等を、利用者及び家族の満足度を確保する機会として取り組んでいる。</p>		
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 ・b・c
<p>評価概要 法人全体の利用者の相談・苦情解決実施要綱及び相談・苦情対応マニュアルが整備され、管理者は苦情受付担当者として、相談・苦情検討委員会に出席している。苦情解決の仕組みはフローチャートで分かり易く整理され、玄関の壁に第三者委員の氏名と連絡先が記載されている。利用者・家族に対しては契約を交わす時に、重要事項説明書に記載されている、相談・苦情の受け付けの方法と、第三者委員の氏名、連絡先及び行政機関その他の苦情受け付け機関について説明を行っている。</p>		
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、利用者等に周知している。	a ・b・c
<p>評価概要 利用者及び家族の相談や意見に対する取り組みは、一日の開始から終業までに観察を細やかにを行い、全職員で聴き取りの体制を確保している。また、玄関近くに相談室を設置し、いつでも誰でも相談できる場所を確保し、個別の相談に対応している。利用開始前に重要事項説明書に記載された相談・苦情の受け付けの内容（相談窓口、意見箱の設置、第三者委員）を説明している。意見箱は玄関入口に設置されており、管理者が内容の点検を行っている。居宅介護事業所の介護支援専門員が利用者との面接で訪問した場合等、サービス内容等に対する相談・ご意見の有無について情報を収集している。</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 法人による相談・苦情解決実施要綱及び、相談苦情マニュアル・相談（要望）受付票を整備している。マニュアルは毎年見直し及び改訂が行われている。利用者・家族の相談・意見は福祉サービスの質を向上させる機会として捉える風土が認められ、職員全員が対応している。利用者の言動から要望を聞き取り、早期に解決する仕組みが認められる。</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 法人全体の安全管理委員会が設置され、管理者は活動要綱に則り委員として3ヶ月に1回、介護事故予防・事故発生時の改善策の検討を行うと共に、毎月、事業所の安全管理委員会を開催している。また、事業所独自の緊急時対応マニュアル、介護事故防止マニュアル、介護事故発生時対応マニュアルを策定し、職員会議で研修を行い、対応の周知に努めている。事例が発生した場合は、当日、インシデントレポート及びひやりハット報告書に記録すると共に、終了時のミーティング時にカンファレンスを開催し、要因分析、改善策、再発防止策を共有化している。また、施設内での研修を企画・実施すると共に、外部の研修に計画的に出席し、職員の危機管理意識の向上に取り組んでいる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 独自の感染症対策委員会活動要綱及び施設内感染対策指針を策定し、毎月、委員会を開催し、感染症対策及びマニュアルの点検を行うと共に、職員全体への周知を図っている。インフルエンザ等の季節毎の感染症発生が予測される時期には、施設内にポスターを掲示し、手洗い、うがい、マスク装着等を奨励している。また、送迎時は乗車する前に検温を行い、体調不良が判明した場合には家族及び介護支援専門員との了解を得て、サービスの中止及びサービス内容の変更等を行うことで、感染症の蔓延を予防している。また、職員全員は施設が全額負担する予防ワクチンを接種し、職員の健康管理に対して配慮されている。マニュアルは毎年見直しを行い、適宜改訂が行われている。</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やっている。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 独自の地震・水害BCPを策定し、平常時から、建物・設備の確認、職員の参集、緊急連絡網の整備、優先業務の選定、備蓄品の準備、施設内外の避難の検討、利用者情報の持ち出し、避難情報の確認に関するチェックリストが作成され、確認日時が記録されている。また、初動時の対応として、利用者・職員の安否確認、停電時・水道が止まった場合、トイレが使用できない場合の業務継続及び暑さ・寒さ対策等の実施方法が明記されている。また、非常災害対策の行動手順書を作成し、フローチャート形式で整理すると共に、風水害、地震、火災毎のチェックシートを作成し、活用されている。毎年2～3回、防災計画を整備し、消防署、警察、民生委員、地域住民と連携して実地訓練を行っている。また、職員有志でパトロール隊を結成し、建物周辺の危険の有無を点検している。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者結果
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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 利用者へ提供するサービスの標準的実施マニュアルとして、介護予防、送迎、認知症高齢者、食事介助、入浴、排泄、体位変換・移乗介助、服薬介助、口腔ケア、シーツ交換、環境整備、喀痰吸引・経管栄養のマニュアルを整備している。新入職員に対しては管理者がマニュアルの沿って説明を行っている。特に、皮膚の露出が必要な排泄・入浴のマニュアルにはプライバシーの保護について留意事項が記載されており、別途、プライバシー規定を作成し、プライバシー保護、権利擁護に関する内容が明記されている。各種マニュアルは事務所内に保管され、自由に活用が行われている。利用者への支援の質は、職員間で共有し、切磋琢磨、向上させる風土が認められる。</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 Ⓑ c
<p>評価概要 法人の各種マニュアルメンテナンスに基づき、毎年10月に委員会・職員会議で全てのマニュアルの見直しを行っている。マニュアルの変更が必要な場合には協議の結果を起案し、その必要性を周知して改訂が行われている。食事・送迎マニュアルは作成日、改訂日が明記されているが、認知高齢者・排泄・体位変換・移乗介助・服薬介助・口腔ケア等のマニュアルには日付けの記載が認められず、記載もれや見直しもれがない取組みが求められる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 サービス担当者会議及び利用者・家族からの情報を収集し、管理者及び生活相談員が通所独自のアセスメント様式を用いて、支援課題を明確化し、通所介護計画を作成し、ケアカンファレンスで共有化している。通所介護計画作成所作成マニュアルが策定され、その手順はフローチャート様式で明記され、利用者一人ひとりの実施計画は実行表を作成し、結果が一覧表として周知されている。支援困難事例及び状態の変化が認められた場合等には再アセスメントを行い、計画の変更が行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 通所介護計画策定・見直しマニュアルを策定し、見直しの方法・視点及び留意事項について記載されている。毎月開催しているケアカンファレンスで評価・見直しを行い、サービス担当者会議の議事録に記載している。変更したサービス内容は連絡帳、朝礼、毎日のミーティングで職員への周知が図られている。利用者一人ひとりに対して、そのニーズをより明確にし、質の高い支援に繋げようとする恒常的な取り組みの仕組みが認められる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 利用者一人ひとりに計画されたサービス実施内容は、その実施経過が一覧となった実行表に明記されている。担当職員は利用者毎の実施記録台帳に記載し、記録の効率化が図られている。記録の方法は、記録様式に具体的な事例を用いてマニュアルとして共有化され、記録の質の向上に貢献している。変化する利用者の状態やサービス変更等の情報は管理者に直ちに集約され、全職員で共有する仕組みが認められる。</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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要 法人による個人情報管理規程が策定され、利用者の記録の保管、保存、廃棄、開示、情報の提供について定めている。職員は入職時、情報漏えい防止義務が就業前後においても永続して継続することを契約書類に記載すると共に、毎年開催している法令遵守規定の研修会で再確認している。管理者は委員会のリスクマネージャーとして方針の徹底、意識の啓発に努めると共に、個人記録等の重要書類は事務所内の鍵の掛かる書庫に保管・管理している。利用者・家族に対しては、重要事項説明書を用いて、秘密保持及び個人情報の保護について説明を行い、契約を交わしている。</p>		

福祉サービス第三者評価基準

(様式2)

【 高齢者福祉サービス版 内容評価項目 (通所) 】

H29.5.1改訂

A-1-1(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
A-1-1(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。	Ⓐ・b・c
A-1-1(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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：A-1-1(1)-①介護理念に「ご利用者のこれまでの生活やその方らしさを考え、一日一日を大切に支援していきます。」及び基本方針には「ご利用者様の趣味や特技を大切に、それらを活かした役割、活動を通じて、楽しみや喜びを感じて頂けるような事業所を目指します。」掲げると共に、その実現に努めている。書字能力の低下のため川柳を諦めていた利用者に対して、職員が代筆を行うことにより、再び川柳に挑戦し、その作品が「月刊デイ」に特選として掲載された利用者や編み物を再開しコースター等の作品を完成された利用者等から、職員は、通所される利用者の興味や関心に応じて複数のメニューを用意し、1人ひとりの利用者の自立支援・自己肯定感の向上に繋がるよう支援している。また、疲労感等のため静養の必要な利用者に対しては、個別の支援を行っている。</p> <p>A-1-1(1)-②法人全体の介護理念に「あなたの立場に立ち、あなたを感じ、あなたを理解できるようなサービスを目指します。」掲げ、法人全体、エリア及び事業所内で接遇の研修を毎年行い、職員のコミュニケーション能力の向上に努めている。職員は利用者の思いや希望を、日常生活支援のあらゆる場面で聞き取る姿勢で臨むと共に、利用者の表情や動作等から変化を見逃さないように努めている。</p>		
A-1-2) 権利擁護		第三者評価結果
A-1-2(1)-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。	Ⓐ・b・c
<p>評価概要：法人全体で「利用者様の権利に関する宣言」を制定し、良質なサービスを受ける権利、ケアに対する説明を受け、自己決定する権利、プライバシーが保護される権利、尊厳ある一人の人間として尊重される権利について明記すると共に研修や管理者による面接が行われ、周知徹底されている。身体拘束廃止委員会を毎月開催し、「拘束をしない介護」を目指して、介護技術の質の向上及び環境整備等に取り組むと共に、その内容を利用者・家族に対して周知している。</p>		
A-2 環境の整備		
A-2-1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果
A-2-1(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。	Ⓑ・b・c
<p>評価概要：環境整備マニュアルを策定し、室温・湿度の測定による四季に応じた快適な環境、採光と照明、清潔な環境が整備されている。介護度の重度の利用者に対して、電動ベット、ウオーターベットを設置すると共に、ソファ・椅子・テーブルを設置し、利用者が気軽に休息できるよう工夫されている。ホールや廊下の壁には利用者の作品が掲示され、温かい環境作りを工夫している。利用者からの要望に対しては、早期に解決する仕組みが整備されている。</p>		

A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
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	排泄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>A-3-(1)-①独自の入浴マニュアルを策定し、入浴の留意点、入浴の手順が整理され、安全・快適に入浴するために職員に周知している。利用者の心身の状況や意向に応じて、機械浴・リフト浴・個浴・シャワーキャリー・シャワーチェア・手摺等が設置され、職員の負担軽減になっている。入浴は午前と午後に行い、利用者は希望する時間帯に入浴を行っている。入浴後のスキンケアは利用者・家族の希望に応じて行うと共に、新たに発見した皮膚・粘膜の異常に関しては、家族・介護支援専門員へ情報を提供し、早期の解決に繋げている。</p> <p>A-3-(1)-②排泄マニュアルを策定し、利用者の状態に応じた支援方法について入職時及び10月のマニュアル見直しで研修を行い、周知している。アセスメントから得られた情報から、利用者一人ひとりの状態に応じた支援方法が実行表に転記されると共に、排泄チェック表を用いて利用者の排泄状態が共有化されている。トイレ内は清潔で換気・照明・室温・皮膚接触面の保温に配慮されている。手摺が設置され、安全で、できるだけ自立した排泄ができるよう支援している。利用開始時は、排尿の失敗が認められた利用者が、排尿間隔の観察を行い、適切な声掛けで排泄の失敗が改善している。通所での排泄介助で再検討が必要な利用者については、介護支援専門員及び家族と問題を共有化し、危険防止及び自立支援に取り組んでいる。</p> <p>A-3-(1)-③乗介助マニュアル、移動介助・体位変換・座位の確保・車椅子・杖歩行の各種マニュアルを整備し、研修・見直しが行われ職員に周知している。送迎マニュアルを作成し、初回訪問時に、家屋調査を行い安心・安全な送迎方法について協議すると共に、段差等の危険箇所や留意地点等は写真撮影を行い共有化している。アセスメントにより、一人ひとりの移動支援方法を確認すると共に、施設内に車椅子・歩行者・シルバーカー・杖を備え、利用者の変化への対応に配慮している。事業所内はバリアフリーで廊下やホール内は車椅子や歩行器が移動しやすい空間を確保し、安全な移動に対して配慮されている。</p>		
A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
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>A-3-(2)-①利用開始前に嗜好調査を行い、利用者がおいしく食べられるように工夫している。滑り止めマット・ワンプレート食器・すくい易い皿・スプーン等の工夫を行い、できる限り自立した食事ができるよう配慮している。独自の食事介助マニュアルを作成し、食事前の準備から、食事終了後の観察までの手順と留意点を記載し、安心・安全な食事介助技術が提供できるよう研修・マニュアルの見直しが行われている。毎年、満足度調査を行うと共に、毎日の支援の中で、不満や要望を聞き取り、メニューに反映している。特に行事食のお節句・素麺流し・敬老の日等には、季節を感じる工夫が行われている。食事が楽しい時間となるよう、利用者の会話が弾むような座席の工夫も取り組んでいる。</p> <p>A-3-(2)-②利用開始前に利用者の摂食・嚥下能力をアセスメントし、一人ひとりの利用者に応じた食事形態の刻み・トロミ・一口大等で提供している。食事摂取量及び摂取方法は毎回の実行表に記録し、3ヶ月毎に総合評価を行い、変更や工夫が行われている。水分摂取が少ない利用者に対しては、本人・家族から好みの飲み物を聞き、水分摂取量を改善している。食事量の少ない体重減少の認められる利用者に対しては、小鉢の使用や施設の管理栄養士と協議して献立を工夫して体重増加が認められている。食事時の事故防止に対しては、緊急時対応マニュアルを整備し、誤嚥や誤飲発生時の分析と対策のポイントを明記すると共に、実技と研修会・マニュアル見直しを行い周知を図っている。リスクの高い利用者に対する食事介助には姿勢保持及び一口ずつ飲み込んだことを確認することで事故防止に努めると共に、事務所内に吸引器を配備し、非常時に備えている。体調変化に伴う食事内容の変更に対しては随時、適切な変更を行っている。</p> <p>A-3-(2)-③利用開始前に利用者の口腔清掃の方法をアセスメントし、口腔ケア計画を作成し、実施・評価・見直しを行っている。口腔ケアマニュアルを作成し、留意点・手順・麻痺・嚥下障害・経管栄養・義歯等に応じたケアについて研修を行っている。食事前には口腔体操の舌のストレッチ・唾液腺マッサージ・発声・歌の練習を行い、摂食・嚥下能力の向上に努め、食後に口腔ケア及び口腔チェックを行っている。口臭が改善しない利用者は家族及び介護支援専門員へ情報を提供し、早期の解決に繋げている。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
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：入浴マニュアル・体位変換マニュアルを作成し、褥瘡の予防方法について入職時に研修を行っている。利用開始前のアセスメントにより褥瘡予防に対する支援が必要な利用者に対しては、計画的に観察し、除圧・ずれ・皮膚の保護に努めている。また、入浴・排泄時に皮膚の発赤等の褥瘡が疑われる症状を発見した利用者に対しては、家族及び介護支援専門員に直ちに報告し、協同して取組み、早期の改善に繋げている。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		第三者評価結果
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：胃瘻または腸瘻・鼻腔からの栄養注入実施手順及び口腔内・鼻腔内・気管カニューレ内喀痰吸引実施手順を作成し、事業所内に吸引器を設置し、業務時間内に看護師が常駐体制の整備がなされている。</p>		

A-3-(5) 機能訓練, 介護予防	第三者評価結果
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：利用開始前から利用者のADL、IADL及び家屋環境を評価し、利用者・家族の思いを聞き取りながら、利用者の状態に応じた機能訓練や予防活動の計画を立案し、実施・評価が行われている。入浴・排泄・食事・移動・送迎等のあらゆる場面で生活の質向上、利用者の意欲向上に繋がる支援が取り組まれている。特に、趣味や特技を活用したプログラムを計画し、俳句・川柳作り・裁縫・貼り絵・塗り絵・読書・筆記活動・調理・おやつ作り等、多彩なメニューを提供すると共に集団体操やゲーム等の体を動かすプログラムを作成し、実施している。利用者の言動を観察し、認知症が疑われる場合には、家族及び介護支援専門員に情報を提供し、早期の治療に繋げている。</p>	
A-3-(6) 認知症ケア	第三者評価結果
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：認知症高齢者のケアマニュアルを整備し、マニュアルを活用した職員研修を年2回行い、職員に認知症の理解と認知症ケアの方法について周知している。利用者の認知症の状態に応じた個人及び集団の支援計画を作成し、実施・評価・見直しが行われている。徘徊や落ち着きのない状態等の認知症の行動・心理状態が認められた場合には、症状の改善が認められるまで、職員が側に居て見守り、行動に付き添っている。家族の介護に対する思いを連絡帳や送迎の時及び家族会やアンケート等から聴き取り、過重介護が予測される場合には、介護支援専門員に情報を提供し、問題解決に繋げている。毎月第4水曜日に事業所内でオレンジカフェを開催し、認知症の家族同士の交流、地域に潜在している認知症に関する情報収集、認知症に対するケア方法を共有する機会としている。</p>	
A-3-(7) 急変時の対応	第三者評価結果
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：独自の緊急時対応マニュアルを作成し、緊急時の対応手順及び症状に応じた対応について明記すると共に、毎年、マニュアルを活用した研修や法人の医師による高齢者に多い病気や薬についての研修が行われている。利用者の病気や薬に関する情報は、利用開始前から検討され、利用者の健康観察及び内服支援に活用すると共に、実施一覧表で実行内容が点検されている。利用者の体調に関する情報は、送迎時に家族から問題の有無を確認し、玄関先で検温を行い、発熱が認められた場合には受診を勧めている。事業所内での利用者のわずかな異常も見逃さず、看護師に報告し、問題があれば家族・介護支援専門員へ情報を提供し、早期の改善に繋げている。また、利用者の基本情報と、主治医・担当介護支援専門員・家族の連絡先及び既往歴が記載された緊急連絡表を整備し、緊急時の連絡に活用している。</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	第三者評価結果
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：利用開始前に自宅で開催されるサービス担当者会議に出席し、家族の意向やニーズの確認を行い、支援計画を作成している。過重介護が予測される家族に対しては、送迎時や家族会での家族の言動を注意深く観察している。連絡帳への記載や満足度調査やアンケートの内容から問題を早期に発見し、介護支援専門員へ情報を提供し、早期の解決に繋げている。家族による虐待の疑いが認められる場合には、介護支援専門員及び地域包括支援センターと連携し、緊急の対応を行っている。</p>	