

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	令和元年11月29日（金）

■福祉サービス事業者情報

名 称	シンシアゆうわ	種 別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 田村 直洋	開設年月日	平成24年5月1日
設置者	社会福祉法人 恒和会	定員(利用人数)	29名(27名)
所在地	〒740-0036 岩国市藤生町3丁目27-8		
電話番号	0827-34-6002	FAX番号	0827-34-6011
ホームページアドレス	https://yuwaen.net/		

■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

○3回目の第三者評価を受審され、この第三者評価を活用し、組織として、個人としてサービスの質の向上を目指す取組が推進されています。客観的事実に基づく厳しめの自己評価は、さらなる高みを目指す意志の表れであると評価されます。

○法人の理念(真心・誠実・融和)・四訓・使命、行動規範、基本方針がさまざまな方法で明示され、職員必携手帳や朝礼での唱和等により、職員への周知浸透が図られています。その結果として、ゆったりと、うららかに、わたしの時間を過ごすことができる利用者一人ひとりの暮らしがありました。

○これまでの目標管理・人事考課制度に接遇・介護技術レベル評価、職員一人ひとりの個人目標管理シートを連動させた新たな評価制度は、職員の力量を明確にするとともに、キャリアパス構築の観点から評価されます。

○法人内の施設管理者等で行う企画会議や一般職員がプレゼンテーションを行う事業計画進捗会議等で、経営状況の把握・分析や事業計画の進捗管理が全員参加で組織的に行われていることは評価されます。

◇改善を求められる点

○中・長期の事業計画を達成するための「中・長期収支計画」の策定と、達成状況が測れる具体的指標が必要ありませんか。

○マニュアルについて、作成日、改定日、管理責任者などを明確化する必要がありませんか。

○目標管理・人事考課制度やプリセプター制度など、職員のモチベーションや職員の働きやすさを高める様々な取組について、真に効果のあるものとなっているか職員による評価が必要ありませんか。

■第三者評価結果に対する事業者のコメント・事業所のPR

この度、3回目の第三者評価を受審しご指導いただきました。結果を踏まえ改善を求められる点を留意し、ユニットケアのサービスの質の向上と利用者様の尊厳を守り一人ひとりに合った暮らしを継続し、利用者様とご家族様が安心した生活がおくれるよう目指していきます。

また、社会福祉法人恒和会は設立20周年を迎え「おたがいさまの心でつながる社会をつくろう」をコンセプトに地域共生社会実現に取り組んでいきたいと思っております。

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	4	b	5	c	0	Na	0
<p>○法人の理念・四訓・使命・行動規範・基本方針がさまざまな方法で明示され、職員必携手帳や朝礼での唱和等により、職員への周知浸透が図られています。その結果として、ゆったりと、うららかに、わたしの時間を過ごすことができる利用者一人ひとりの暮らしが実現されていました。</p> <p>○コンサルタントを交えた管理者等で行う企画会議や一般職員がプレゼンテーションを行う事業計画進捗会議等で、経営状況の把握・分析や事業計画の進捗管理が全員参加で組織的に行われていることは評価されます。</p> <p>○中・長期の事業計画を達成するための「中・長期収支計画」の策定と、達成状況が測れる具体的指標が必要ありませんか。</p> <p>○C-A(評価-改善)をより強く意識してPDCAサイクルを回す必要がありませんか。</p>								
II 組織の運営管理	a	11	b	7	c	0	Na	0
<p>○目標管理・人事考課制度は職員の力量・キャリアパスを明確にすることにつながっています。人事考課制度をもとに、職員との定期的な面談が実施され、また、法人内での研修実施や資格取得に向けた助成制度を設けるなど、職員の質の向上に積極的に取り組まれていることは評価されます。</p> <p>○常勤職員だけではなく非常勤職員や子育て中の職員などの就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに積極的に取り組まれていることは高く評価されます。</p> <p>○外部の公認会計士による監査が年1回行われていることは、公益性の高い社会福祉法人として公正性・透明性の観点から高く評価されます。</p> <p>○地域に向けたさまざまな取組が展開されていますが、さらなる地域ニーズを把握するしくみが必要ありませんか。</p> <p>○職員のモチベーションを維持向上する、職員の働きやすさを向上するさまざまな取組について、その効果の評価が必要ありませんか。</p>								
III 適切な福祉サービスの実施	a	11	b	7	c	0	Na	0
<p>○施設介護サービスの提供に関するマニュアル(業務マニュアル、介助の基本等)が整備され、職員がいつでもマニュアルを確認できるようユニットごとに介護職員室で管理がされており、業務の標準化とサービスの質を確保することにつながっています。</p> <p>○感染対策について、感染対策マニュアルが整備されるとともに、施設内研修会等に対応策を周知するなど感染症の予防策が適切に講じられているほか、面会者の検温や職員からの体調報告により、施設内で感染症が蔓延することを防止する徹底した対策が取られています。</p> <p>○構築された仕組みや整備されたマニュアル類は、現場の状況等に応じて見直す仕組みが必要ありませんか。また、マニュアルについて作成日や改定日の管理が必要ありませんか。</p> <p>○サービスの質を評価、判断するのはあくまで利用者・家族であることから、食事の嗜好調査にとどまらず、利用者・家族の満足度を把握(声を拾うための)する仕組みが必要ありませんか。</p> <p>○業務の効率化や情報共有のしやすさを高めるためにも、記録の電子化を進められたらどうでしょうか。</p>								
IV 良質な個別サービスの実施	a	10	b	6	c	0	Na	1
<p>○清潔感があり、ゆったりとした空間がひろがっています。ユニット型個室でプライバシーは保護され、なじみの家具が持ち込まれるなどお一人おひとりの快適で過ごしやすい環境づくりをされていることは評価されます。なによりも、身だしなみの整った利用者の穏やかな表情が暮らしやすさを表しています。</p> <p>○新任職員研修において、高齢者の健康管理や疾病、基礎的な医学知識をテーマとして取り入れられています。健康管理票を整備し、適宜健康相談を行っておられます。毎日バイタルチェックを行い、日々の変化を把握されるなど、毎日の健康管理は徹底されていました。2か所の協力医療機関を持ち、24時間可能な医療機関との連絡体制を整備されているほか、異常時の目安となるカードの携行が徹底されており、急変時に実効性が高い体制が整っていることは、利用者にとっても、職員にとっても安心につながっています。</p> <p>○看取りケア体制のさらなる強化が必要ありませんか。</p> <p>○眠りスキャンの導入が検討されていますが、利用者の安心と職員の負担軽減につながるこれらのIT機器の導入を積極的に進められませんか。</p>								

第三者評価結果表

施設名 特別養護老人ホーム シンシアゆうわ

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) 法人理念(四訓・使命)、基本方針が明文化され、各ユニットに備え付けられています。また、ホームページ、パンフレット等で周知が図られており、全職員が携帯している「必携コンプライアンス」にも記載されています。朝礼で行動規範を唱和するなど、周知浸透が図られるそれらの取組は高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</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) 法人内の施設管理者等で行う運営会議や月1回の企画会議にて収入予算実績表が確認され、経営状況の分析がといねいに行われるとともに、地域のニーズ把握にも努められていることは評価されます。また、新たな加算の算定を開始されるなど、具体的な取組も確認できました。</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) 「三カ年事業計画遂行スケジュール」にて、三カ年の上期・下期における部門目標と取組施策を定められています。また、法人内全事業所が参加する事業報告会は、一般職員のプレゼンテーションによる事業報告など全員参加型で実施される等、組織的に事業計画の評価・見直しが行われていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 中・長期の事業計画を達成するための「中・長期の収支計画」が必要ありませんか。また、計画を達成するためのより具体的な取組と、その取組ができたかどうか評価できる達成基準(指標)を明確化する必要がありませんか。さらには、事業計画を利用者・家族により周知する工夫が必要ありませんか。</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) 3回目の第三者評価を受審されるとともに、ユニット単位で毎月自己評価を行うなど、組織としてサービスの質の向上に努められている姿勢は高く評価されます。また、介護保険サービス評価表を組織的に活用されており、管理職のみならずチーフやリーダー、看護・介護職員、栄養士を含めた多職種で自己評価が行われていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 評価結果に基づいた改善について、改善計画をPとする新たなPDCAサイクルを回すことが必要ありませんか。</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) 施設長はリーダーシップを発揮し、法人理念「真心」「誠実」「融和」を浸透させるとともに、経費削減について必要な指示・報告により、現場における経営改善意識を醸成できていることは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 組織図にて施設長の立場は職員に周知されていますが、施設長の役割と責任を明記した事務分掌・職務分掌等の作成が必要ありませんか。また、有事(災害、事故時)における役割と責任について、明確化される必要がありませんか。</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) 人事考課制度による目標管理を導入されており、評価基準を職務の基準書で明確に示されていることで、職員がキャリアパスを描きやすい環境が整備されています。また、職員一人ひとりに目標管理シートを作成し、目標の設定、進捗状況の確認、目標達成度の評価を行うとともに、プリセプター制度を活用した新人教育の仕組み、新入職員・中途採用職員それぞれの教育プログラムが作成されていることも高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) ユニットリーダー研修や医療的ケア研修、認知症介護実践者研修等に職員を派遣されていますが、さらなる職員一人ひとりの教育・研修の機会の確保が期待されます。また、研修効果をさらに高めることや次年度への研修計画等へ反映させるために、研修成果の評価・分析が必要ありませんか。 専門学校入学者は減少していますが、より積極的な実習生受入れの体制づくりが必要ありませんか。</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) 施設の事業や財務等に関する情報は、毎月発行する広報紙やホームページにセンス良く掲載され、適切に公開されています。また、外部の公認会計士による監査が年1回行われていることは、公益性の高い社会福祉法人として公正性・透明性の観点から高く評価できます。</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) 自治会に加入され、施設で自治会の会合が開催されています。また、災害時福祉協定避難施設の指定を受けるとともに、認知症介護予防教室やノルディックウォーキング教室、男の料理教室など、地域向けの講座を積極的に行っておられること、職員による地域の清掃ボランティアとしての活動は高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 必要な(使える)社会資源を明確化し、職員に周知することが地域との連携強化をさらに進めることにつながりませんか。</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) 福祉サービスの質の向上を図るリスクマネジメント体制が確立されており、ヒヤリハット事例について発生原因を分析し、全部署に再発防止策を周知することで、職員の「危険への気付き」が促されています。また、事故対策・リスク管理委員会にてヒヤリハット事例の収集・分析、改善策の検討を行い、その結果を全職員で共有する仕組みは評価されます。 事故防止・安全対策マニュアル、感染対策マニュアル、防災マニュアルが整備されています。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者が相談や意見を述べやすい複数の相談方法を確保する必要はありませんか。 サービスの質が高いかどうか評価、判断するのはあくまで利用者・家族であるため、食事の嗜好調査にとどまらず、利用者・家族の満足度を把握(声を拾うための)する仕組みが必要ありませんか。</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) 施設介護サービスの提供に関するマニュアル(業務マニュアル、介助の基本等)が整備されており、職員がいつでもマニュアルを確認できるよう、ユニットごとに介護職員室で管理がされています。 利用者一人ひとりについて、アセスメントからケアプラン作成、評価、見直しが行われていることが個別ファイルで確認ができました。また、サービス実施状況が適切に記録され、申し送りノート等で共有化されていることが第三者にもわかりやすい点は評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 整備しているマニュアルに改定日付がないものがあり、見直し時期も合わせて明記されることが望まれます。 個人情報保護規程が整備され、情報開示については明記されていましたが、記録の保存と廃棄についての取り決めがありませんでした。文書管理についての仕組みが必要ありませんか。また、記録について、業務の効率化やさらなる情報共有を進めるためにも手書きから新たな仕組みを検討する必要はありませんか。</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		○		
2	2		○		
<p>(特に評価が高い点) 昼食時のユニット訪問により、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いが徹底されていることが確認できました。また、自己チェックを活用するなど接遇教育に力を入れられ、職員の笑顔と感じの良い接し方や、ユマニチュードの実践による認知症利用者との良好なコミュニケーションは高く評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者のさらなるニーズを把握するための仕組みが必要ありませんか。</p>					
(2) 権利擁護					
3	1	○			
<p>(特に評価が高い点) 「身体拘束ゼロ」を達成されています。法で定められた身体拘束廃止と虐待についての内部研修が開催され、「虐待等の権利侵害は決してしてはならない」ということが職員一人ひとりに浸透していることは高く評価されます。 虐待防止マニュアルを整備するとともに、職員研修における周知に加え、職員のストレスチェックを行うなど、虐待が起こる芽を摘む取り組みは評価されます。</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	○			
<p>(特に評価が高い点) 清潔感があり、ゆったりとした空間がひろがっています。ユニット型個室でプライバシーは保護され、なじみの家具が持ち込まれるなどお一人おひとりの快適で過ごしやすい環境となっていることは評価されます。なによりも、身だしなみの整った利用者の穏やかな表情が暮らしやすさを表しています。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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 排せつ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) 利用者一人ひとりの身体状況に対応できるよう一般浴・エレベート浴・パンジー浴・ユニバスといった4種類の浴槽を用意しておられ、ユニットケア施設として羞恥心へ最大限配慮した個浴へ取り組まれていることは評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					
(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) 定期的実施する嗜好調査により、利用者の希望や好みを聞き取って献立に反映されています。食事は、幅のある時間帯で個人が好む時間に摂ることができ、食事場所も居室とフロアで選択できることは評価されます。 ソフト食の導入や新たな調理システムへの移行、HACCPによる衛生管理など食事サービスの安全安心と質向上を目指す取組は評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者一人ひとりの状況に応じた口腔ケアの実施について、より適切な計画策定と計画に基づく支援とその評価が必要ありませんか。</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) 褥瘡予防に関する指針が定められており、多職種からなる褥瘡予防対策委員会が設置され、褥瘡の改善に係る計画書に基づき、褥瘡の治癒や予防対策がしっかりと図られていることは評価されます。</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。				○
※非該当項目					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
(5) 機能訓練、介護予防					
13	1		○		
<p>(特に評価が高い点) 家族あてに発行する「今月の様子連絡」にて、利用者の生活の維持、介護予防への取組となるレクリエーション、外出レク、行事等に参加されている様子を情報提供されていることは評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 利用者一人ひとりの機能訓練計画の策定、計画に基づく機能訓練の実施、評価・見直しが必要ありませんか。</p>					
(6) 認知症ケア					
14	1		○		
<p>(特に評価が高い点) 認知症介護実践者研修に職員を派遣し、認知症利用者への対応に係るサービスの向上に努められています。ユマニチュードの実践に加え、入居時に利用者一人ひとりの生活歴を把握し、また、アセスメントにより24時間シートを活用し、利用者の状況に応じた対応を行っておられることは評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 認知症ケアの質向上を図るためには、さらに認知症の医療や生活の質を高めるケアについて最新の知識を得ていく必要がありますか。</p>					
(7) 急変時の対応					
15	1		○		
<p>(特に評価が高い点) 新任職員を採用した際の研修において、高齢者の健康管理や疾病、基礎的な医学知識をテーマとして取り入れられています。健康管理票を整備し、適宜健康相談を行っておられます。毎日バイタルチェックを行い、日々の変化を把握されるなど、毎日の健康管理は徹底されていました。 2か所の協力医療機関を持ち、24時間可能な医療機関との連絡体制を整備されていることは評価されます。</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		○		
<p>(特に評価が高い点) 特になし。</p> <p>(改善が求められる点) 看取りケア体制を強化するために、医療的ケアのできる介護福祉士の積極的採用や、介護職員喀痰吸引研修の修了者を増やす取組が必要ありませんか。さらに、今後は見取りケアの質向上のために、利用者家族の希望を聞き取る仕組みづくりや手順の明確化、全職員を対象とした研修会の開催や職員の精神的ケアの実施など体制づくりが必要ありませんか。</p>					

【 評価項目 】		a	b	c	Na
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) 利用者の体調の変化等を定期・随時電話にて報告されていることは家族の安心、リスクマネジメントにつながっていると評価されます。</p> <p>(改善が求められる点) 特になし。</p>					