

福祉サービス第三評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

①第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

②施設・事業所情報

名称：しらいと	種別：特別養護老人ホーム		
代表者氏名：宮司貴光	定員（利用人数）：		110名
所在地：静岡県富士宮市上井出 1285-1			
TEL：0544-54-0168	ホームページ： https://www.tenryu-kohseikai.or.jp/kourei/shiraito/		
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 昭和41年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 天竜厚生会			
職員数	常勤職員：	48名	非常勤職員 20名
専門職員	医師	1名	管理栄養士 1名
	看護師・准看護師	8名	生活相談員 3名
	介護支援専門員	2名（兼務）	機能訓練指導員 1名（兼務）
	介護職員（介護福祉士等）	54名	
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）
	既存型入居	110床	
	ショートステイ	20床	

③理念・基本方針

【法人基本理念】

九十九匹はみな帰りたいけど、まだ帰らぬ一匹の行方訪ねん

【施設の基本方針】

個人が尊厳を持ってその人らしい自立した生活を送ることができるように支援し、日々の営みや活動においては利用者の意向を尊重し、見守りと支援の姿勢を持って生活範囲が広がるように支援します。

私たち職員一同は、一丸となって利用者及びその家族に「しらいとのサービスを利用してよかった！」と喜んでもらえるよう、全力でサービスの提供に努めます。

④施設・事業所の特徴的な取組

- 1) 施設開設時から、地域で一番困っている人を受け入れるという方針である。このため、地域包括支援センター等から困難ケースの依頼があれば、できるだけ受け入れてきた。
- 2) 地域との関係においては、施設開設直後から納涼祭を行い、地域の年間行事になっている。地区社会福祉協議会の年間行事にも組み込まれ、地区社協の会員の協力も得られている。また、施設の災害時には地域の消防団OBを組織して、「しらいと救

援隊」を編成している。(現在は納涼祭等、コロナ禍で開催制限中。今後状況をみながら再開の方向で考えている)

- 3) 法人内の高齢者施設では毎月の運営会議を実施。その他ケアワーカー会議やソーシャルワーカー会議においても情報交換等が行われ、より良い支援を取り入れていける様取り組んでいる。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和4年6月10日(契約日)～ 令和5年3月27日(評価結果確定日)
受審回数(前回の受審時期)	1回(平成26年度)

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・「働きやすい福祉事業所」として県から認定され、課題となっている職員の定着・育成のために、介護スタッフをグループ分けして1年かけて「介護マニュアル」の動画作成をしています。
- ・白糸地区・上井出地区協議体への参加や山鳩カフェの実施により、地域住民との交流を通じて地域の具体的な福祉ニーズや、生活課題等の把握に努めています。
- ・「ご利用者の生活サポート帳」は標準的なサービス提供の手順書として使用しており、施設独自で手順書通りの動画を製作して、介護技術の質の向上に努めています。
- ・半年毎のケアカンファレンスは本人と家族の同席を原則としており、利用者満足度の把握の機会にしています。また年に一度、利用者満足度調査を行い、集計や分析を一覧にまとめて施設内に掲示し、家族に郵送で報告しています。把握した意見等はリーダー会議やフロア会議で具体的な行動改善策を協議し、日々のケアに反映しています。
- ・介護計画書には口腔ケア、栄養ケア、褥瘡対策に関するケア等の記載が豊富で、ケア記録ソフトの導入により職員間の情報共有がスピーディに行われています。また、利用者に無理なく参加意識が持てる家事や、他の利用者との話し相手などの役割を作るなど、生活リハビリを実施しています。

◇改善を求められる点

- ・理念、基本方針、事業計画の主な内容について、よりわかりやすい資料の作成や、工夫が求められます。
- ・利用者や家族には入所時に、各種相談と担当者を説明し重要事項説明書とそのリーフレットを渡していますが、「相談援助」の体制や援助者についてわかりやすく説明した文書はありません。
- ・意見要望箱を玄関ホールの事務所対面に設置していますが、設置場所への配慮が不十分です。
- ・利用者の権利侵害の防止等に関する取組については、新人研修にて虐待防止を伝え、年間計画の中で研修を2回に分け実施していますが、周知状況を測る記録が必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当事業所としては2回目の受審でした。前回の受審結果及び毎年実施している施設自己評価の取組結果から、課題の把握と改善に取り組んできました。今回の受審にて、着眼点の認識などによる自己評価とのズレを確認することができ、新たな気づきを得ることが出来ました。

今回の評価結果を踏まえ、あらためて課題を把握し、職員一丸となってサービス向上につなげ、ご利用者が安心してご利用いただける施設づくりに努めてまいります。

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。

第三者評価結果〔高齢者福祉サービス〕

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

a 評価…よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

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

c 評価…b以上の取組みとなることを期待する状態

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

高齢者福祉サービス版共通評価基準

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。	b
<コメント> 理念・基本方針（スローガン）は法人の事業所内文書や、広報誌、事業所パンフレット等に記載され、理念は法人（福祉施設・事業所）の使命や目指す方向、考え方を読み取ることができます。基本方針と職員行動指針は具体的な内容で、カードとして、全職員に配付され、新規採用職員の研修で周知の上、継続的な取り組みとして、朝の連絡会で行動指針を唱和し、意識付けを図り、毎年、研修レポートで確認しています。しかし、利用者や家族への周知方法として、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫までには至っていません。		

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。	a
<コメント> 地域の動向は法人で分析し、「経営成績書」を作成しており、施設に必要な分析内容は施設長に知らされます。法人の中期経営計画内容は、法人内の事業所を管轄する部長からの指示事項があります。施設では富士宮市のホームページから各種計画、地域包括から動向や市内データ、分析結果を得、稼働率等の課題は月次報告書から得て、市のデータから入所申し込み人数、状況を分析し、毎月、コスト分析や利用者の推移、利用率等の分析を行っています。		
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。	a
<コメント> 計画施設長は半期に1回、経営環境や状況の把握のためにパフォーマンスレポートを経営層に書面で報告し、法人管理部門では施設で課題となっている利用者確保・職員確保等を判断しています。施設長は毎月管理職会議に参加し、内容を施設内の主任者会議で報告し、全職員説明用の資料を紙媒体で回覧する他、施設長も可能な範囲で各フロア会議に出席し、口		

頭で伝えていきます。課題となっている職員の定着・育成のために、介護スタッフをグループ分けし、1年かけて「介護マニュアル」の動画作成をしています。

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
<p><コメント></p> <p>法人の中期経営計画に基本理念と事業の目的が明記され、施設としても同期の経営計画を立て、経営課題では経費削減を目指し、前年度消費額を目標の上限として目指しています。人材育成では介護技術の向上を目指し、具体的内容と目標があり、両面で具体的数値目標や成果の評価を行える内容になっています。半期に1回、各職に組み込み状況の確認があり、11月に職員個々で自己評価を行い施設でまとめて見直しを行っています。</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
<p><コメント></p> <p>法人の中期経営及び3か年の行動計画が立てられており、それを踏まえた単年度の事業計画が策定されています。そして、半期に1度振り返りを行っています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>フロアー会議での各職員からの意見を、主任者会議に持ちあげ、事業計画に反映し、結果を主任者会議での報告と、会議録を職員に回覧して周知しています。事業計画は半期毎、進捗状況の確認と評価をしています。また、事業計画は全職員に配付するとともに、フロアー会議等を通して周知を図っています。</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
<p><コメント></p> <p>事業計画書は玄関に掲示しています。従来、説明は敬老会の行事等の折に実施していましたが、コロナ禍で家族会が開けず、掲示にとどまっています。個別面会や、カンファレンスに訪した時に行っています。</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
<p><コメント></p> <p>年1回、満足度調査を実施し、パフォーマンスレポートで報告しています。満足度調査結果を集計・分析し、主任者会議から接遇の担当委員会が改善案を策定し、行動に移す体制にな</p>		

<p>っています。年2回の自己評価を実施し、施設として数値化とグラフで表し、分析・検討の上、改善につなげています。また、定期的に第三者評価を受審しています。</p>		
9	<p>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。</p>	a
<p>法人は利用者満足度調査と自己評価の評価結果をもとに各施設の課題を分析し、分析から得られた課題は、施設長から主任者会議に伝えられ、書面回覧で周知を図ります。主任者会議からフロア会議で検討、改善しています。11月の主任者会議では各リーダーより、取り組みの進捗状況と効果の確認があります。改善策の評価・見直しは年度をまたぐことがあります。</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

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p>		
10	<p>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。</p>	b
<p><コメント> 経営・管理に関する方針と取り組みについては広報誌「あかまつ」に記載しています。施設長が出席できる会議は原則、主任者会議に限られ、自らの役割と責任については会議や研修で表明する機会がもてず、事業報告書と広報誌「あかまつ」に掲載して回覧しています。そのため、施設独自にリーダー会議を設け、施設長が多くの職員に説明する仕組みを設けました。管理者不在時時の権限委任等については、有事における危機管緊急対応マニュアルで明確化されています。</p>		
11	<p>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。</p>	a
<p><コメント> 施設長は富士圏域の施設長研修、富士宮市の施策、老施協の研修に参加しています。また、全国老人福祉施設協議会のホームページ、WAM ネット他、ケアマネージャー等から得た必要と思われる内容は、主任者会議を通じて職員に知らせ、虐待防止、ハラスメント防止について等、管理職会議の資料、「育児パパ」については掲示の上、職員に回覧しています。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	<p>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。</p>	a
<p><コメント> 施設は半期に1度の福祉サービスの把握ツールを可視化し、分析結果を経営層に報告し、指示を得て、レポートの報告書からの課題や提案は、回覧して職員へ指示をしています。施設長は相互方向に意思疎通を図っていますが、更にフロア会議に自ら参加できるように変更し、事業計画への取り組みでは、介護の現場にも参加して、職員の意見を聴取しています。法人の教育制度に参加を促す他、事業所で必要としている記録の書き方への取り組み、事業計画でもある介護方法の動画を作成中で、体験研修を実施しています。</p>		

13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a
<p><コメント></p> <p>パフォーマンスレポートや月次報告、職員の有給休暇等の就労状況を把握、分析しています。職員には長年の継続勤務を願い、ICT 会議や介護リフト・移乗用リフトの導入、褥瘡防止、見守り機器、子育て中の人には短時間勤務の形態を導入しています。経営・収支状態の報告と課題について、主任者会議・代表者会議・新設のリーダー会議で思いを伝え、意見を聞くなど実効性を高める取り組みを進めています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>法人には人事考課制度、人材育成のキャリアパス制度に階層別研修があり、法人と施設の中長期計画、事業計画で人材育成と人材確保の方針があります。ISO の取り組みでは有資格者一覧表を作成し、職員配置一覧表で管理しています。人材は、ハローワーク、有料求人サイト、福祉人材センター、派遣会社から採用を行い、人材育成は研修案内も活用し、人材確保では実習生（コロナ禍は受け入れができず）、夏休みボランティア体験（就職先の一つとして）、県社協、職員からの紹介（報酬制度あり）を実施しています。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の人材育成必携「私たちの法人 天竜厚生会」で法人が求める職員像を示し、人事制度要綱に基づき人事評価が実施され、評価を行い、結果をフィードバック面談で伝えています。処遇改善については福祉業界だけでなく、社会全体の動向も見ながら評価・分析して検討しています。ジョブチャレンジや求職登録の制度があり、キャリアパス制度を活用し、定年まで将来の見通しを持てる仕組みづくりができています。</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
<p><コメント></p> <p>「人事制度要綱」や「分掌」にて責任体制を明確にし、面談により勤務希望をシフト表へ反映させ、勤務時間を把握・管理のうえ、計画的な有給休暇取得等、ワークライフバランスに配慮しています。健康診断の他、人間ドック制度やインフルエンザ等の予防接種（公費負担）、腰痛防止対策、介助負担軽減用の器具の導入を検討、年1回の面談と随時面談、メールと電話相談窓口の紹介、メンタルヘルス室の設置やストレスチェック等を実施しています。また、ハラスメント防止についての指針を定め、相談窓口を設置する等の取り組みを行っています。「働きやすい福祉事業所」として県から認定され、有給休暇の取得や人材育成の体制に取り組んでいます。</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。	b
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが構築されています。ISOの取り組みで個別の研修計画・資格取得計画については有資格者一覧表で管理し、職種毎の具体的個人の取り組み目標を設定し確認し、半期毎に個別の振り返りを行って施設長が把握・管理し、人事考課もしています。しかし、施設が求める個人への取り組みはありますが、職員自身が求める目標ではありません。</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
<p><コメント></p> <p>期待する職員像が明示され、「人事制度要綱」の中で必要な資格を明示し、施設の事業計画の中にも職種と対合した保有資格一覧表があります。法人の「キャリアパス」には新任職員から管理職まで、法人内での階層別研修が組まれています。施設内には研修計画があり、施設内研修、法人内研修、外部研修への参加を促し、研修参加は復命書で確認し、本人からのヒアリングにより、内容の確認と評価の見直しをしています。研修内容、時期、参加者の適材化の確認等を評価・見直し、次年度の研修計画に生かしています。</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。	a
<p>資格取得の状況は一覧表で、職員の知識や、技術水準はキャリアパスにて把握しています。新規採用時、異動時に法人の事前研修を行い、その後にOJTを1か月実施し、自己と事業所の評価を行います。職員の知識・水準に応じ、業務の中で個別に「キャリアパス制度」と施設や法人内研修、外部研修へ参加を促しています。</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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p><コメント></p> <p>法人の「実習受け入れマニュアル」に実習受け入れの基本姿勢を明記し、職種毎の「受け入れマニュアル」を整備しています。受け入れは法人受付窓口で行い、法人の社会福祉士、介護福祉士の実習指導者養成研修を受講した実習担当者が、専門職の特性に配慮したプログラムを準備し、学校側と連携を取りつつ実習指導をしています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>ホームページで法人、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、予算、決算情報を公開し、さらに法人の広報誌「あかまつ」で施設の地域の福祉向上のための取組の実施状況、第三者評価の受審、苦情・相談の体制や内容について、社会・地域に向けて明示し、法人の存在意義や役割を明確にしています。広報紙「あかまつ」、圏域発行の「しらいと」は市役所、家族、関係事業所、病院、ケアマネ、自治会等に配布しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>採用時と人事異動時に、法人研修の中で事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任を明確にした法令遵守の内容を周知しています。ISOによる法人の内部監査が行われ、施設における事務、経理、取引等について確認され、法人は毎年、外部監査を実施しています。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>施設主催の「納涼祭」や「書道・生花教室」「傾聴・清掃等」のボランティア、地区保育園児の来訪により、地域住民との交流を図っています。開設当初より継続している納涼祭は、この3年間、コロナ禍で休止していますが、地域の行事にもなっており、今年は規模を縮小して「銭太鼓」の演奏会を行いました。地域資源の活用として介護タクシーや通販の利用などを支援しています。また、地区の行事等への外出は職員が同行することになっています。</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
<p><コメント></p> <p>事業計画にボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化しています。ボランティア受け入れの担当職員を決めて「ボランティア受け入れマニュアル」に基づいて活動しています。マニュアルには受入れの基本姿勢や手順、事前研修、活動の開始や終了などの項目があり、実績は、ボランティア実績記録に記録しています。</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
<p><コメント></p> <p>連携が必要な社会資源の一覧表を職員間で共有しています。関係機関・団体のパンフレット等をファイルし、職員が閲覧できるように配備していますが、個々の利用者に対応できる内容までにはなっていません。白糸・上井出地区の協議体に参加して、定期的に関係機関や団体と地域課題を協議しています。地域消防団 0B 等に利用者救護を目的に「しらいと救援隊」の結成を働きかけ、年に一度の防災訓練に参加を依頼し、有事に備えています。</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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>白糸地区・上井出地区協議体(富士宮市生活支援体制整備事業)、山鳩カフェ(包括、ケアマネージャー主催の居場所づくり)等への参加により、地域住民との交流を通じて地域の具体的な福祉ニーズ、生活課題等の把握に努めています。また、毎月実施する法人施設内の他部署との主任者会議は、地域の福祉課題を把握し、協議する機会になっています。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>法人は公益的な取組として、6つの事業の計画を明示し、ホームページ上で公開し、事業活動しています。地域にお祭りが無いことから、施設主催で納涼祭を開催していますが、コロナ禍によりこの3年間は休止しています。地域への取り組みとして、例年行う市役所主催・事業者連絡協議会の「入所相談会」への参加を行っていますが、積極的な取組には至っていません。施設は「福祉避難所」として協定していますが、地域への周知は積極的には行っていません。</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
<p><コメント></p> <p>利用者尊重の基本姿勢は理念として事業計画に明示しています。行動指針を施設内の各所に掲示し、毎朝、申送り時に唱和して、職員の意識を高めています。利用者の尊重や基本的人権への配慮について「私たちの天竜厚生会」の教本研修や「ご利用者の生活サポート帳」のセルフチェック、半年毎の「虐待防止セルフチェックリスト」「品質目標の振り返り」等、職員が理解し、実践するための取組を重層的、かつ、組織的に行っています。また、虐待防止委員会で分析し、結果について職員間で協議し改善への取組をしています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「ご利用者の生活サポート帳」の手順に沿い、プライバシーに配慮した介護サービスを提供し、それを検証する組織的な仕組みが整っています。また、共有と個別の場所については、配置などをできる限り工夫して、プライバシーの確保と和やかな雰囲気確保を両立しています。家族や利用者にはプライバシー保護や権利擁護の取組の説明は、入所時に重要事項の説明書を用いて細かく説明し、それ以降は来所時に玄関の掲示を示しながら説明をしています。</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
<p><コメント></p> <p>当施設内の他、法人のホームページと研修センターに配置されているだけで、公共施設等には置かれていません。施設の紹介資料は写真や図を使用し、わかりやすい物になっていますが、さらに入所希望者には入所後の生活をイメージしやすくしたリーフレットを作成して、疑問や不安を解消できるように時間をかけて丁寧に説明しています。また、見学や体験入所に随時に応じ、紹介資料の見直しを適宜に図っています。</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
<p><コメント></p> <p>サービス提供の開始や変更の際には、「施設ケアマネジメント共通ルール」として、マニュアル化した書面があり、利用者の自己決定を尊重した対応しています。説明時には、わかりやすく工夫したリーフレットを使用して個々に応じた配慮を行い、利用者の理解と同意を得ています。しかし、意思決定が困難な利用者への配慮について、ルール化したものはなく、個々の職員の裁量となっています。</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。	b

<p><コメント></p> <p>「サービス提供・変更マニュアル」に基づいて、ケア計画の立案や変更を行っています。制度の変更や料金改定などの際には、事前に通知等により了承を得ています。施設の性質上「終の棲家」としての役割が大半で、入院や死亡による退所が移動の内容になっており、入院時の移行手順や記録は「退所の手続きマニュアル」に準じて行っています。各フロアの相談員が相談窓口となり、玄関には写真付きで相談員の紹介写真の表が掲示してあります。サービス終了後の相談については口頭で伝えていますが、その説明文書はありません。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p><コメント></p> <p>年に一回開催する「敬老会」に合わせて「家族の集い」を開催し、利用者満足度の把握に努めています。(コロナ禍により3年間休止中)半年に一回のケアカンファレンスは、本人と家族の同席を原則としており、利用者満足度の把握の機会にしています。利用者満足度調査は担当部署が企画から集計や分析、結果を一覧にまとめ、施設内に掲示し、家族には郵送で報告しています。調査の結果をリーダー会議で報告し、さらに、フロア会議で具体的な行動改善策を協議し、日々のケアに反映していますが、利用者参画の下での検討会議の設置等はありません。</p>		
<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。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>「苦情対応マニュアル」に則った体制を整備して、体制を示した図と説明を玄関に掲示しています。入所時には資料の配付と説明を、入所後は年に一回、匿名で満足度調査を行っています。その他の苦情申出のルートとして、家族からは電話、利用者からは日々のケア提供の際に聴取しています。また法人のホームページにお問合せフォームを設置し、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫を行っています。寄せられた相談、意見や要望は内容により、「苦情」として扱い、申し出から解決までを一連のものとして、内容と対応や是正とその結果などを記録して保管しています。苦情や是正の実行は職員間で共有し、サービスの質の上向上の取組にしています。公表は良否を申立者に確認して、意向に沿った対応をしています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者や家族には入所時に、各種相談と担当者を説明した重要事項説明書とその説明書を渡していますが、相談援助についてわかりやすく説明した文書はありません。玄関ホールやフロアに職員の顔写真を掲示して、職種や氏名を利用者に知らせる一助にしています。意見・要望箱を玄関ホールの事務所対面に設置していますが、設置場所への配慮やPRはなく、この数年で意見等が入っていることはありません。玄関ホールの面会スペースはプライバシーの確保が難しい環境ですが、内容により会議室を利用するなど環境に配慮しています。</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

<p><コメント></p> <p>年度当初に意見と要望を聞く機会を持ち、内容は一覧表にして掲示しています。利用者満足度調査の内容や、ケアワーカーによる日々のサービス提供の場で口頭での個々の要望等をメモに残し、サービスに反映させています。対応方法は苦情対応マニュアルに準拠し、内容により、相談や意見は「日常管理記録」(PC ちょうじゅ)に記録しています。対応については、苦情はマニュアルに沿って実施し、迅速な対応を原則に、是正策の検討と実行する仕組みを構築し、サービスの改善や個別の対応につなげています。</p>		
<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。</p>		
37	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会を設置し、事業計画に責任者や担当者、及び、役割等を明記しています。「ヒヤリ対応マニュアル」を整備し、報告書は発生の要因から、対応内容、是正と結果までの一連を記録し、職員に回覧して共有しています。施設や備品の安全策として、日直による巡回や、担当者による月に一回の自主検査チェック表で、点検を実施しています。事例があれば直ちに対応し、毎月のリスクマネジメント委員会で分析・改善策を協議し、職員に周知しています。また、リスクマネジメント委員会において、実効策の評価や是正策の再検討を行っています。</p>		
38	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>「感染対策マニュアル」に責任と役割を明示し、内容は定期的に見直しを行っています。事業計画に感染対策委員会の活動の内容を掲載して、看護師を中心に内部研修や法人研修を行い、情報の収集と職員への周知と行動の徹底を図っています。施設内で今夏にコロナ感染が発生した際には、「新型コロナウイルス感染症業務手順書(入所施設版)」に従い、保健所・法人産業医・健康医療課等と連携して指示や助言を受け、適切に対応を行い、記録をとっています。</p>		
39	<p>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している。</p>	b
<p><コメント></p> <p>「消防計画、事業計画、BCP(事業持続計画)策定マニュアル」を整備し、災害時の対応体制を定めています。施設はBCPに基づく「大規模震災(自然災害)における業務継続計画」に特化した計画書により、「リスクの発生想定」「事業別復旧優先度」「業務内訳と優先度」「重要業務の課題整理」等の視点から対策を講じています。責任者を定め、非常食一覧や備蓄リストにより点検と入れ替えなどの備蓄管理を行い、毎月、想定を変えた避難訓練や年に1回の総合防災訓練を行っています。各フロアに災害時の初動用品を配備し、当日直が人数確認をすることになっていますが、安否確認の手順方法は決めていません。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>「ご利用者の生活サポート帳」に、標準的なサービスの手順や態度などの実施方法を文書化しています。「ご利用者の生活サポート帳」は配属時に各職員に配付し、ケアワーカー室にも設置して、OJT研修や日々の手順の確認や、指導教育場面で活用しています。また、年度末に1回、サポート帳のチェックリストを各自がチェックして、主任・係長・相談員・施設長が確認する仕組みがあり、標準的な実施方法の質を確保しています。</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。	b
<p><コメント></p> <p>現場で利用者からの意見や職員の気づき等があった場合、ケアワーカー連絡会議やメール等で法人に上げ、検証や見直しをする仕組みがありますが、見直しは随時で定期的ではありません。検証と見直しに当たっては、施設ケアマネジメント共通ルールに則り、PDCAサイクルの仕組みで行い、職員や利用者の意見を反映しています。利用者の意見から見直した事例があり、個別支援計画に記録しています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設のケアマネージャーが施設入所前の情報収集を行い、多職種によるケアカンファレンスを実施し、意向把握と同意を含めた手順を定めています。時期を定め、モニタリングを行い、関係職種によるアセスメントを実施し、カンファレンス、評価、見直し、プランの修正をしています。利用者のし好を含む個別支援計画書もあり、施設長、主任、係長、ケアワーカーが確認の上、支援内容を日々の日誌に記載し、福祉サービス実施計画どおりに福祉サービスが行われる仕組みを構築しています。健康状態やメンタル面での変化や介護方法に変更を要するときは、多職種の職員で支援計画を評価・見直しをしています。</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。	a
<p><コメント></p> <p>定期的、または状態が変化したときに計画書を作成する際には、利用者・家族から同意を得る手順と方法、見直しにより変更した実施計画の内容の共有方法、緊急に変更する場合の共通のルール「(入所用のマニュアル)」を作成しています。また、変更した実施計画を関係職員に周知する手順を定めて実施し、福祉サービスの質の向上に関わる仕組みを整備しています。</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。	a

<コメント>

記録システムの入力と、連絡ノートへの日々の記録を確認することで、情報を共有しています。記録要領の作成方法を検討し、ご利用者生活サポート帳に記録の書き方を明記、直接指導も含め、職員によって記録内容や書き方に差異がでないように取り組んでいます。申し送りは一覧表にしてあり、施設長まで確認ができるようになっていました。支援計画書は入所時、年2回（半年に1回）を定期と、入退院時や変化のあった時に、関係する専門職が参加して協議しています。データ内容は紙ベースでも出力して、印鑑を押印して全職員への周知を確認しています。

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>

ISOの内部監査では監査項目のチェックを受け、個人情報の管理体制、個人情報の基本方針、収集、利用、廃棄、個人情報取扱規程、特定個人情報取扱規程等を定め、書類は定められた場所に保管しています。記録管理責任者を定め、新人職員研修で内容を周知しています。利用者と家族に対しては、契約時に重要事項説明書と別紙のイラスト付き書面により、個人情報保護方針、個人情報（画像等）の利用に関する説明と同意書を得ています。職員は「ご利用者生活サポート帳」でセルフチェックを行い、結果を上司がチェックする体制があり、年に1回実施しています。

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-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
<p><コメント></p> <p>アセスメントシートをもとに、本人・家族等関係者と面談を行い、心身の状況把握をしています。アセスメントシートの項目である「できていること」に着目しながら、活動内容をケアプランに反映しています。生け花教室や書道教室など活動プログラムを作り、本人の作品を発表できる場を提供しています。食堂ではテーブル拭き等の家事や、他利用者との話し相手などの役割を作り、生活リハビリを工夫し、食堂などの共有スペースや廊下などに、自由に使用できるように運動器具を設置しています。起床や就寝、排せつの時間など本人の状態に合わせた個別の日課表にてリズム作りを行っています。また、選択食や行事食、買い物注文を月に2回など、複数のプログラムを実施しています。担当スタッフが月に1回の頻度でモニタリングを実施し、多職種が横断的に関わる仕組みを作っています。</p>		
A②	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	非該当
<p><コメント></p>		
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	非該当
<p><コメント></p>		
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
<p><コメント></p> <p>「ご利用者生活サポート帳」にコミュニケーションに関する支援方法を明記し、声の大きさをはじめとする声掛けの方法など、統一した支援となるよう工夫をしています。また、個別のケアプランの中で、利用者の特性に応じたコミュニケーション方法を明記しています。利用者のコメントは日々記録し、連絡ノートを活用し、共有しています。言葉遣いや不適切なケアについては、月に1回で開催する虐待防止委員会でチェック・見直しする仕組みがあります。毎月のモニタリングにて、コミュニケーション方法を見直すほかに、サービス担当者会議の定期開催を通じて、利用者本人の意向を確認しています。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-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。	c
<p><コメント></p> <p>権利擁護について、「虐待防止マニュアル」を整備しています。マニュアルをフロアのスタッ</p>		

フルームに配付し、常時、閲覧可能としています。また、定期開催のリスク会議を通じて職員に不適切ケアに関する注意喚起を呼びかけ、予防に努めています。利用者・家族への周知としては、入居前に説明する重要事項説明書の、「虐待防止について」「身体拘束について」の項目ごとに説明を行っています。行政への届出、報告の手順、再発防止策の検討、実践の仕組みなどは、虐待防止マニュアルにてフロー図とともに明確しています。職員に対する周知方法として、新人研修にて虐待防止にふれるほか、年間計画の中で研修を2回に分け実施しています。

評価対象 A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-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
<p><コメント></p> <p>施設環境は、清潔に適温が保てるように定期的に点検を行っています。くつろいで過ごせる環境づくりとしては、入浴室・トイレ等わかりやすい表示にするほか、廊下スペースにソファを配置し、好きな時に休息が取れるようになど配慮しています。スタッフによるモニタリングにて、環境に関する意向を確認するほかに、入居前のアセスメントにおいて、これまでの部屋の環境など意向を含めて確認しています。認知症の方の異食への配慮、収集に対しては掲示物や飾り物は手の届かない場所を選び、本人のタンスの中に写真を飾るなど、都度、職員間で検討し対応しています。</p>		

評価対象 A-3 生活支援

		第三者評価結果
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
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に合わせた入浴方法は、アセスメントを行いサービス担当者会議にて決定し、介護計画書に反映しています。利用者に変化があれば都度、定時のモニタリングにて検討・見直しをしています。入浴前には検温を実施し、入浴可否の基準に沿って対応しており、入浴の順番などは感染症既往により、職員先導となる場合を除いて、本人のペースに合わせた配慮をしています。安全のための見守りとしては「そばを離れない」ことを基本として1対1で対応しています。利用者の心身の状況に合わせ、3種類の浴槽を用意し、入浴回数を増やすよう検討し、週3回の入浴を可能にしています。拒否があった場合にも、誘導のタイミングや人を変えるなどの配慮を、個別プランに明記するなど工夫しています。プライバシーへの配慮としては、サポート帳を活用した自己チェックを行い支援の振り返りを行っています。</p>		

A⑧	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
<p><コメント></p> <p>アセスメントにて心身の状況に合わせた排泄支援を決定し、サービス担当者会議を経て介護計画に反映しています。定期のモニタリングにて支援方法の見直し・検討ができる仕組みになっています。トイレ環境には手すりを配置するなどの安全配慮のほか、プライバシーに配慮することを職員間で共有しています。排泄介助を安全に実施する取り組みとしては「日課サポート帳」を活用したスキルチェックを行い、安全に配慮しています。尿や便の観察事項は、排泄介助マニュアルに記載し、職員間で共有をはかっています。一日の水分量の確認をしながら便秘に対するアプローチをかけ、腹部マッサージや可能な限りトイレで排泄を促すよう取り組みを行っています。利用者からのトイレ介助要望に対しては、フロア間で声を掛け合いながら対応するようにし、必要な場合にはフロア会議で検討しています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>アセスメントにて心身の状況と意向を確認し、できること・維持したいことに着目しながら、サービス担当者会議を経て移動支援の方法を決定し、定期のモニタリングにて変更対応をすする仕組みを整えています。利用者の状況に合わせた車いすを複数準備し、選択できるようにしています。職員個人の支援方法の見直しとして、日課サポート帳を活用したスキルチェックを半年に一度実施し、質の担保をはかっています。廊下や食堂は障害物となるものを除き、移動しやすいよう環境を整えています。介助が必要な利用者の希望が重なり、職員間で対応が難しい時は、理由を説明して、待っていただくようにしています。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>季節に合わせた行事食や、月に一度の食事会など、イベントを多数用意し、食の楽しみを持てるように工夫しています。食事環境の配慮としては、利用者同士の関係性を見ながら、食事の席を配置、メニュー案内を掲示する等行っています。「大量調理施設衛生マニュアル」に沿って衛生点検を実施しています。食事の選択に関しては、選択食（主菜）を月1回実施するなどして、利用者状況にあわせ食事量を調整しています。</p>		
A⑪	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。	b
<p><コメント></p> <p>アセスメントにより心身の状況を把握し、食事の形態や提供方法を決定しています。また、定期のモニタリングやサービス担当者会議の開催に合わせて検討・見直し・変更を行っています。利用者のペースにあわせ、配膳時間や順番を検討し、食器の配置を工夫するほか、自助具や変型皿を活用することで、自分で食べることを維持できるようにしています。食事の前には、口腔体操を実施しています。食事時の事故発生に関する対応方法については、「誤嚥窒息時の対応マニュアル」に基づき行動することとしていますが、職員に対して確認・徹底できているかの確認ができていません。管理栄養士による栄養ケアマネジメントを実施しており、日々の摂取量は記録で把握できるほか、栄養士のモニタリングも実施しています。</p>		
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>		
<p>モニタリングによって利用者の状況を把握しながら、主体的に行うことができるように声掛けや洗面所の環境を整えています。口腔ケアに関する研修として、歯科医・歯科衛生士による勉強会に参加した職員を中心に伝達研修を実施し、介護計画書に口腔ケアを位置づけ、一人ひとりの支援を行っています。また、日々の観察による口腔チェックの他に、口腔機能保持への取組みとして口腔体操の実施、状況に応じて歯科受診を行っています。</p>		
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
a<コメント>		
<p>褥瘡の予防についての標準的な実施方法は、「ご利用者の生活サポート帳」に明記しています。サポート帳の自己チェック表を活用し、実施方法を周知しています。皮膚状態の観察から異常があった際には、看護師に報告し、栄養面では日々の摂食状況を確認しながら、低栄養の場合は補助食品を追加するなど、管理栄養士が参画しながら連携をしています。福祉用具（クッション）を活用するほかに、ポジショニングを写真で明示するなど工夫をしています。</p>		
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。	a
<コメント>		
<p>具体的な実施手順は「たんの吸引マニュアル」「経管栄養マニュアル」に必要事項を明記しており、個別の計画を策定しています。喀痰吸引・経管栄養は医師や看護師の指示・指導のもと、個別計画に基づいて実施・評価するなど必要文書を整備し、家族・本人の同意のもと行われています。安全対策委員会にて実施に関する課題の洗い出しを行い、検討しています。介護職員等への指導に関して、新規採用時には個別指導を行っています。在籍職員に関しては「医療的ケア」に関する研修を研修計画の中に位置付けています。また計画的に2号研修を実施しています。</p>		
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。	a
<コメント>		
<p>利用者の身体状況や意向をアセスメントで把握した後に、維持できていることに着目したプランを作成し、軽作業やリハビリ体操などをケアプランに位置づけ支援しています。専門職による拘縮予防のポジショニングなどの指導を受け、プランに反映し、実施・評価を行っています。日常生活動作の中で立位保持・可動域訓練（リハビリ体操）などの場面を作っています。症状の変化に対しては、利用者ノートを通じて職員間で共有し、フロア一会議において多職種で共有、受診等につなげています。</p>		
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>		
<p>アセスメントシートの項目に沿って、生活歴を含めた適切なアセスメントを実施し、ケアプランに反映しています。支援の実施・評価も期間にあわせ適切に行われています。「ご利用者サポート帳」のコミュニケーション方法の項目には、支持的かわりを持つよう明記し、職</p>		

<p>員は自己のチェックを行うことで、自らの支援の振り返りを行っています。認知症に関する研修を年間計画に位置付け、年1回、実践者研修（県社協主催）参加し、参加者による伝達研修を実施しています。環境づくりでは、家具の配置など工夫し、食堂・廊下にソファを設置するなど、くつろぎの場を作っています。また、症状にあわせ、趣味活動への参加の促しなどを行っています。BPSDの進行によっては、医師への連携を行っています。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
A⑰	<p>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。</p>	b
<p><コメント></p> <p>「利用者の観察項目マニュアル」「利用者急変時の対応」など、マニュアルを整備し、医療との連携体制を確立しています。年に1回、定期検診を実施するほか、毎日、検温を実施し、記録しています。観察項目マニュアルには、異変に関する基準を設け、わかりやすくするほか、フロアのホワイトボードには体調不良者を掲載し、職員間で共有しやすくし、早期発見に努めています。また、服薬に関する手順を定め、適切に管理し、健康管理や薬に関する研修を実施しています。体調変化時の対応については、マニュアルに基づき行動することとし、OJTによる個別指導等を実施していますが、職員への周知徹底する方策はありません。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
A⑱	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>「看取り介護に関する指針」を整備し、看取り介護の考え方、支援内容、医師・医療機関との連携体制を明示しています。家族には、入居時に重要事項説明書で説明する機会を作り、意向確認を行っています。看取り開始時には施設で作成したパンフレットを活用し、よりわかりやすく丁寧に説明を行うよう工夫しています。看取りケア後には、「振り返りシート」を関係職員に配付のうえ、カンファレンスを実施し、次回への課題を明らかにしています。看取りの研修に関しては、前年度の2月に年間の研修計画に定めて実施しています。</p>		

評価対象 A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
<p>A-4-(1) 家族等との連携</p>		
A⑲	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>入居契約時にサービス内容を説明し、緊急時の対応として連絡先を2件まで控えるなど工夫をしています。ケアプラン更新時の定期的のほかに、状態変化には都度、連絡・報告を行っています。ケアプラン更新時の連絡では、家族の要望を聞き、ケアプランに反映しています。家族とのつながりを継続させるため、コロナ禍以前は外出・外泊や、施設行事にあわせ参加を依頼するなど行っていました。現在は窓越し面会・オンライン面会等の機会を作り対応しています。</p>		

評価対象 A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	非該当
<コメント>		