

評価細目の第三者評価結果

（高齢者分野）

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	コメント
I-1-（1） 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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	「夕暮れ時に光がある」という聖書の教えに基づいた理念がパンフレットやホームページ、会議資料に明記され、職員へは研修や申し送り等で周知されている。年に一度、各セクションごとに理念についてどう思うか発表する場が設けられ、時代の変化にも対応されている。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-（1） 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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	経営会議において、「経営分析表」をもとに多方面からの検討が行われ、主任会議で毎月各事業の収支報告もなされている。環境の変化や季節変動、公共料金の見直しなどを含め、今後の目標や法人としての経営環境を職員と共有されている。
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	経営課題の中で人材の確保と育成も重要課題と考え、職員の処遇を最優先とし、給料や賞与面の充実に取り組みされている。職員に実態が明確に実感されていないことから、もっとわかりやすく「見える化」が必要とされ、検討されている。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-（1） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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。	b	将来計画委員会により事業計画書として中長期計画が策定され、法人としてのビジョンや目標も明確にされているが、各事業への具体的な落とし込みが十分になされていない。
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	中長期計画及び理念を踏まえた事業計画が策定されている。重点目標に「経営の健全化と模索」、「感染症予防対策」などを取り上げ、コロナ以前の生活を取り戻し、アグレッシブに行動することが定められている。
I-3-（2） 事業計画が適切に策定されている。		
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	事業計画策定にはユニットリーダーまでが出席し、年間9か月の実績の見直しと残りの見込みについて検討されている。各セクション会議で職員への落とし込みを行い、理解を得るよう努められている。
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	以前は家族説明会で説明されていたが、現在は中止され、広報誌や機関誌、ホームページで伝えられている。利用者には行事案内で知らされ、また、家族から家族への口コミでも多く伝えられているが、現在は会話する機会が少なく、周知や理解が不足していることは否めない。

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	コメント
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。		
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	福祉サービスの質の向上には、内部の各委員会を中心に業務の見直しと改善に努められている。内部監査を含め、外部のコンサルタントや会計士から助言をいただくなど、課題解決への取り組みが組織的に行われている。
I-4-（1）-② 評価結果に基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。	a	毎年、自主点検表に基づき内部監査が実施され、運営管理や業務改善策が作成されている。運営面には各主任が入り、ケア面にはそれぞれの部署から1人ないし3人が参加され、方針を末端職員がどのように捉えているかの把握もなされている。

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	コメント
II-1-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
II-1-1 (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	組織図のなかで権限と責任範囲が明確に示され、経営方針に基づき、施設の方針を策定し実行することを命じることが職務分掌規定で定められている。管理者が行うべき職務については、自らの役割と責任について表明されている。
II-1-1 (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。	a	内部統制検討委員会を中心に法令順守規定や個人情報保護規定などが明示されている。年に1度、法人全体が合同でコンプライアンス研修が実施され、コンプライアンスについて職員へ還元することで、職員は幅広い知識を得られている。
II-1-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-1 (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	特別養護老人ホームとしての視点だけでなく、地域（草加市）の福祉サービスをまとめる指導力が発揮されている。草加市の「ネットワーク会議」のリーダーを務め、社会福祉協議会、教育委員会、市の連動で地域の問題として捉えられている。
II-1-1 (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	経営改善や業務効率の実効性を高める取り組みとして、委員会方式の稼働と主任会議を通して決定への指導力を発揮している。コロナ禍で多床室から個室を増やすことで経営改善につながった例も見られ、業務効率を上げる方法は更に検討されている。

II-2 福祉人材の確保・育成

	第三者評価結果	コメント
II-2-1 (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。		
II-2-1 (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	「職員養成計画」が確立され、人材の確保と定着に取り組みされている。毎月の人事会議で「必要な人材の質と量」の確保、また、職員の定着には1か月ごとの面談で「やりがいにつながるアプローチ」、資格取得への援助などが行われている。
II-2-1 (1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	キャリアパスが導入され、どのような資格を目指すのか、そこに至るまでどのようなスキルを身に付けるかの道筋が示されている。人事基準も明確にされ、自分の将来像を理解する仕組みを採用時に示し、資格のステップアップに繋がられている。
II-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-1 (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	男女ともに育児休暇制度が取得でき、有給休暇取得率は70%を超えるなど業務との調整バランスもとれている。出来る限り希望に沿えるように職員の意向を把握し、ワークライフバランスが保てるよう取り組まれている。福利厚生制度として各種クラブ活動や懇親会への補助などが行われている。
II-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-1 (3)-① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	a	ユニットごとに目標を作成し、更に職員一人ひとりの目標も設定され、年度末には面談で達成度を確認されている。個人別の育成計画や目標、キャリアパスが明確にされ、異動の希望の聴き取りも行われている。
II-2-1 (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	研修委員会において、「自分に種を撒こう」の理念に基づき、基本方針や計画が作成されている。「自主研修のための援助制度」を設け、自分が取得したいことを提出し、各資格取得は表彰するなど、職員のモチベーションアップに繋がられている。
II-2-1 (3)-③ 職員一人一人の教育・研修の機会が確保されている。	a	研修委員会により、職員一人ひとりに必要な研修、取得を目指す資格が明確にされ、経済的、時間的援助がなされている。研修参加への業務環境の整備を行い、全員が参加できることを目標に、ビデオでの視聴も可能である。なお視聴する場所が限定されるので、今後はタブレットで見られるよう整備が始められている。
II-2-1 (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。		
II-2-1 (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	実習生受け入れの目的が明確にされ、資格取得や実習の課題が規定され、専門職への教育と育成体制が整備されている。施設長を実習管理者に、実習指導者、実習担当者が設けられ、将来の福祉社会を支える人材育成に携わり、法人7施設すべてを経験するカリキュラムが策定されている。

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
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。		
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	事業内容、財務内容、会議資料などはホームページや広報誌で公開し透明性を確保されている。民生委員や自治会など地域への発信も行い、職員へは主任会議や職員会議で周知を図り、掲示板でも知らされている。
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	内部監査、外部監査は定期的に行われ、結果は主任会議に報告され、指摘事項があった場合は適正な運営に向けて改善に繋がっている。日本経営コンサルタントによる外部からの書面、文書の見直し、会計士による経営面での指導などがあり、公正で透明性の高い適正な運営が行われている。

II-4 地域との交流、地域貢献

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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	積極的に地域に働きかけ、地域の社会支援をどう引き出すか、人脈作りなどに取り組まれている。市内の学校とは作品作りを通してつながり、各中学校からはつるし雛、高校とは書道部とのコラボ企画、保育園児との合同作品作りを行い、公民館成果発表会には利用者の作品を出展している。
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	ボランティア運営方針に基本方針と社会的役割が明示され、地域住民のボランティア活動への理解と参加を促進する拠点として、人と人の触れ合いへの役割があると考えられている。ボランティアコーディネーターを配置し、団体、活動者の選定、活動の可否の決定も行われている。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	a	事業所として利用連携されている社会資源の一覧表が作られ、地域との連携が図られている。利用者に合わせたケアや緊急時の対応のためにボランティアや福祉作業所、行政機関や医療機関と必要に応じて適切な連携がなされている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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	地域の福祉ニーズ等の把握については、草加市の介護予防・日常生活支援総合事業として「ほんわかサロン」やオレンジカフェの実施があげられる。ヤングケアラーや閉じこもりなどの地域課題にも取り組み、教育委員会とも連携し、「人と人を繋げる働き」をするように取り組まれている。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。	a	何が必要なのか「なんでも相談窓口」を設け、特に買い物難民やヤングケアラー、閉じこもりなどの社会性のある問題を把握することでニーズの把握にも繋がられている。災害時に果たす役割も明確にされ、「地域の災害時緊急避難場所として機能」と「福祉避難所の役割」に取り組まれている。

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	コメント
III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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	利用者へのサービス提供についての共通の理解は「福祉職員養成計画」に則り実施されている。研修で学び、職員間で話し合う機会を多く持っており、職員への周知と共通理解が図られている。
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	文書にも明示された方針に沿い、個人情報保護、権利擁護などについては、入職時やその後も事例に合わせた研修が重視されている。不適切な言葉使いには「ひと言への指導」が行われ、不適切ケアに対して職員への周知は徹底されている。

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。		
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	パンフレット、ホームページ、フェイスブックなどで情報提供は行われている。コロナ禍の中でも感染対策を施し見学は行われ（学生や入職希望で未経験の人も含む）現場を見ていただき、更に福祉サービス選択に必要な情報は、市や地域と連動して積極的な情報提供が行われている。
Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更に当たり利用者等に分かりやすく説明している。	a	サービス開始時に相談員から説明がなされ、説明の文書は分かりやすく作成し、家族や利用者の自己決定を尊重し同意を得ている。意思疎通が難しい利用者には、後見人を通して説明され、意思確認が行われている。
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	自宅に戻る場合は、ケアマネジャーや相談員、福祉用具や住宅改修事業所などとチームとしての支援がなされ、福祉サービスの継続性の配慮されている。また、医療機関への移行についても、情報提供が行われ、不利益にならない移行に努められている。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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	利用者満足度の向上への取り組みはボランティアを配置して改善を図り、生活の質を上げるよう努められている。ユニットデイを開催して、利用者職員が喜びを共有でき、家族の参加にも取り組まれ、個別ケアの場としても活用されている。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		
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	苦情については、施設長を苦情解決責任者とし、主任を中心に現場で起こったことは現場で改善策や未然防止策を考え、それらを現場職員に反映されている。利用者によるサービスの選択や事業所のサービスの質や信頼性の向上を図るため、事業報告書や広報誌に実績を掲載し広報されている。（個人情報に関するものを除き）
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	苦情解決の仕組みについては申し出方法について投書箱を設けたり、重要事項説明書に表示されている。プライバシーに配慮しながら、話しやすい環境を作り、利用者の思い、相談、意見を聴き取り、現場では実習生が話し相手となり、一人ひとりの思いを聴き取られている。
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	日頃から利用者の話はしっかり聞かれているが、相談があった時は介護主任、介護副主任、ケアマネジャーなどが連携し対応されている。社会性、客観性を確保し、利用者の立場や特性に配慮した第三者委員を設置され、組織的に対応されている。
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。		
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	リスクマネジメント体制の構築については、事故防止委員会と安全衛生委員会が設置されている。事故やヒヤリハットについてはその原因を調査し、主任会議で検討され、安全衛生についてはドクターにも参加いただいている。
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	感染症予防委員会が毎月第3火曜日に開催され、研修と同時にルールの変更などを各セクションに下すよう取り組まれている。感染症が施設内に発生した場合は、感染症対策室が設けられ、決定権者を決めて対応されている。
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	各セクションから管理職も含めて全職員が訓練に参加できるよう年間12回の訓練が実施されている。想定別に訓練が行われ、夜間想定も年4回、火災や水害をテーマに初期消火、通報訓練などが行われている。事業継続計画（BCP）も作成され、市に提出されている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。		
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	研修や多職種連携によるカンファレンス等で検証し、利用者の個別性に配慮しながらサービスが提供されている。利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護のほか、法改正については研修で確認が行われている。
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	職員は常に業務改善の視点を持ち、必要に応じて検証や見直しが実施されている。カンファレンスは定期的に行われ、職員からの意見提案が反映される仕組みができています。

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。		
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（個別支援計画）を適切に策定している。	a	ケアマネジャーが中心となり、アセスメントからモニタリングまでの流れを経て、「機能訓練計画書」「栄養計画書」など「個別支援計画書」が作成され、データ記録の共有や回覧で職員への周知が図られている。
Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画（個別支援計画）の評価・見直しを行っている。	a	多職種でサービス担当者会議を開催し、サービス内容の変更など個別計画書の見直しが行われている。特に退院時にはユニットデイを活用し、多くの職員意見が取り入れられ、利用者に適した計画書が作成されている。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況（個別支援計画）の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	統一された様式を使い、職員間で差異がないように記入されている。記録は各種部署間でいつでも閲覧でき、職員間の共有が図れるシステムにはなっていないが、十分な共有には至っていない。
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	個人情報保護規定に基づき管理され、規定集の保管、漏洩対策等適正に管理されている。責任者も配置され、記録等はパスワードが設定されており、研修も繰り返し実施されるなど、管理体制は徹底されている。

A 個別評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

	第三者評価結果	コメント
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に工夫している。	a	職員不足やコロナ禍から活動が制限されている中にも個別ケアを目指し、ボランティアコーディネーターが利用者の好きなことや希望を聴き取られ、ケアチェック表やアクティビティ活動記録を参考にしながら、ボランティア活動と併せ充実した活動が実践できるように取り組まれている。
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。		
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。		
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	筆談や回想法を取り入れた会話など、一人ひとりに合わせた対応で利用者の思いを知るように努められている。また、カンファレンスで個々の関わり方を学び、職員間の共有が図られている。
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤ A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a	利用者への権利擁護の取り組みは身体拘束適正化のための指針や虐待防止マニュアル、個人情報保護規定などで徹底され、委員会の設置やフローチャートを設けて対応されている。また、身体拘束防止委員会、虐待防止委員会が定期的に開催され、権利侵害について協議し、随時見直しが行われるなど、職員の身体拘束防止への意識は高い。

A-2 環境の整備

	第三者評価結果	コメント
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	利用者の意向確認も行き、身体状況やプライバシーに配慮した話しやすい環境などの対策が取られている。また、温度設定や清潔感などにも気遣われ、快適に過ごせるように取り組まれている。

A-3 生活支援

	第三者評価結果	コメント
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	中間浴、パンジー浴、チェアー浴、機械浴など利用者の身体状態に合わせて対応されている。入浴の際は看護師、介護職と一緒に健康チェックを行い、利用者の意向や健康状態に合わせて入浴の順番が決められている。また、入浴日や時間変更にも柔軟に対応されている。
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	利用者が不快にならないように適切な排泄方法を検討し、自立支援を目指した排泄ケアを実施されている。職員一同、安全と尊厳を守ることを意識したケアに努められている。
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	機能訓練指導員からアドバイスをいただき、安全面に配慮しながら移動支援が行われている。また、機能訓練指導員と一緒に福祉用具の選定を行ったり、介護職員が車いすに乗り、安全な移乗・移動を体験をするなどの研修も実施されている。
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	栄養アンケートにより、利用者に反映できるように取り組まれている。栄養バランスやいりどり等を考えた献立で、季節に応じた行事食も提供されている。
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。	a	嚥下状態や食事形態、体調変化等に配慮し、その方に合った方法で食事が提供されている。栄養ケア計画を作成し、定期的に食事形態の見直し、水分量の確認や調整を図り、随時見直しも行われている。
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	歯科医師や歯科衛生士からの助言を受け、看護師とも連携し利用者に適した口腔ケアが実施されている。経口維持計画書が作成され、経口摂取継続への取り組みも行われている。
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	褥瘡委員会による会議が毎月開催され、褥瘡の原因やケア方法が検討されている。アセスメントを行い、発生時から治癒までの対応方法やケアの見直しもを行い、褥瘡を作らない為に皮膚の観察やポジショニング方法等、改善策に取り組まれている。
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。		毎年、研修は行われているが、実際には行われていないため、該当なし（緊急時のみ対応）
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て機能訓練や介護予防活動を行っている。	a	重度化防止に備え、個別機能訓練実施計画書が作成され、利用者のADLに合わせた機能訓練が実施されている。機能訓練指導員の指導・助言はサービス担当者会議録や処遇記録に残し、申し送り時に職員に周知されている。
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	「在宅時の生活習慣を把握し、日々の変化などを通して環境作りをすることが大事」の基本方針に基づき、日々の状況は詳細に記録し、精神科医を含めた多職種でケアやアプローチの方法を学ばれている。
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑰ 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	日頃から医師、看護職、介護職が連携し健康観察が行われている。また、嘱託医とは24時間対応可能な体制が整えられており、心肺停止時や感染症などそれぞれの疾患に合わせた各種マニュアルも整備されており、研修も実施されている。
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	看取り指針が作成され、「ターミナルに関するガイドライン」に沿って連絡方法や緊急時の対応が明示されている。看取り後には職員アンケートを取り、今後に活かす等フォローも行われている。コロナ禍以前は、家族・利用者も参加して「お別れの会」も行われるなど終末期ケアを行う体制が整えられている。

A-4 家族等との連携

	第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携		
A⑱ 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	コロナ禍から制限はあるものの、ホームページや広報誌、フェイスブックなどで情報を発信されたり、電話やメールなどで家族に連絡するなど、施設側から綿密な家族との連携を図られている。

A-5 サービス提供体制

	第三者評価結果	コメント
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。		