

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：すこやかの里 特別養護老人ホーム		種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：佐藤進也		定員（利用人数）：50 名	
所在地：福島市冲高字中島 14 - 1			
TEL：024-552-1377		ホームページ： http://www.sukoyakanosato.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成 15 年 5 月 8 日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 すこやか福祉会			
職員数	常勤職員：	33 名	非常勤職員 6 名
専門職員	（専門職の名称）	11 名	作業療法士
	生活相談員		看護師 准看護師
	介護支援専門員		管理栄養士
施設・設備の概要	（居室数）50 室		（設備等）静養室
	理容室		スプリンクラー
	大浴室・ユニット浴・機械浴		

② 理念・基本方針

＜理念＞ 私たちは、誰もが明るく楽しく生きがいを持ち、安心して生活できる地域づくりに貢献します。 ＜基本方針＞ 「人を大切に」「地域と共に」 ＜職員像＞ ・社会福祉法人の一員としての自覚を持って行動します。 ・チームワークを大切に、誰からも信頼される職員を目指します。 ・一人ひとりに寄り添う支援を追求します。
--

③ 施設・事業所の特徴的な取組

・地域で求める具体的なニーズに寄り添えるように、サークルや認知症カフェを開催し、困りごとなどをサービスへと繋げられるよう取り組んでいる。 ・地域との交流においては、秋まつり・避難訓練時の炊き出し等、施設と地域とのつながりを意識して取り組んでいる。 ・内部の研修においては、法人研修と施設内研修を積極的に開催し、現場に活かす

る総合的な知識や技術のスキルアップに力を入れている。また、各委員会でも定期的に学習会が開催され、職員に学びの場を提供できるよう対応している。

- ・職員が講師となり、介護職員初任者研修も法人内で実施している。
- ・在籍職員に向けては階層別研修を実施し、それぞれの等級に求められるスキルや技量、人間力の教育を行っている。
- ・チューター制度を取り入れ、新採用の職員のメンタル面へのサポートも出来るよう取り組んでいる。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年2月17日（契約日） ～ 8年3月31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	3回（2020年度）

⑤ 第三者評価機関名

NPO法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 職員一人ひとりの育成に向けた取組について

令和7年4月に人事考課制度を見直し、「求められる職員像」の明確化と健全な法人組織を目指すことを基本とした、階層別研修を導入する等、主体的に考え行動できる職員育成に注力している。新入職員チューター制度を設け、先輩職員が指導に当たると共に職員一人ひとりがチューターとしての自覚を持ち、自己成長する機会としても機能させている。月次目標の設定、目標に対しての振り返りや先輩職員からのフィードバック、本部職員との面談など、丁寧な指導・育成が行われている。

2. 利用者一人ひとりに寄り添ったケアの実践について

法人が求める職員像のひとつ「一人ひとりに寄り添う支援を追求」を指標に掲げ、ユニットごとのカンファレンスや利用者との何気ない会話から、一人ひとりの希望を引き出し、心身の状態に応じたケアを行っている。そして、最期まで利用者・家族に寄り添いながら看取りケアを多職種で行っている。お別れの際、家族の希望を取り入れ、一緒にエンゼルケアやラストメイク（死化粧）をする等、最期まで本人に寄り添った支援をしている。逝去後はユニットで振り返りシートを作成するなど、更なる質の向上に努めている。

◇改善を求められる点

1. 中長期計画策定を含めた運営に関する検討について

第5次中期事業計画の実践を踏まえて、2026～2028年度を見据えた第6期中期事業計画を策定し、人づくりを最重要課題に位置づけている。一方で、計画の策定は、理事長はじめ一部の幹部職員で行われているが、計画の遂行を職員自身が自分事としてかわれるよう職員の参加や職員の意見の反映が望まれる。同時に、単年度事業計画も、各委員会等で検討した内容を踏まえているものの、運営課題の把握・分析を経営者や管理者等幹部職員が行っており、利用者の代弁者たる介護職員の参画や意見を反映する機会を設け、策定を進めることが望まれる。

2. 要望や苦情への取り組みについて

苦情解決に関する規程を定めると共に事業所ごとに苦情解決責任者や苦情受付責任者等を明示している。利用者から苦情等があった場合は、ユニット会議で共有・改善に努めている。一方、意見投書箱を施設内の3箇所に設置されているが投書はみられず、十分に機能しているとは言い難い。苦情は利用者・家族等の権利を守る貴重な情報を得る機会ともなるため、利用者への意向の聞き取りや家族に匿名式の郵送アンケート調査等を行う等、要望や苦情を把握する工夫を行い福祉サービスに反映することが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価事業を受審することで、第三者からの意見や課題をいただき、施設サービスを見つめなおす機会になりました。自施設の強みや弱みの再認識もすることができ、いただいた意見を真摯に受け止めてさらなるサービスの改善や向上に繋がられるよう、職員一同取り組んでいきたいと思っております。自分たちが評価した以上に高評価をいただいた取り組みもありましたので、職員の励みや意欲向上に繋がられる収穫もありました。

事前の取り組みでは、自己評価を実施することで、各職員の意識の違いや問題意識の違いにも改めて気づくことができ、個人のズレを修正しベクトルを合わせることの重要性を改めて認識しました。今回の経験を有効に活かせるように、受審コメントの細部を職員と共有し、利用者様・家族様・地域へと還元できるように努めていきたいと思っております。ありがとうございました。

ご家族様にも、アンケート調査にご協力いただき誠にありがとうございました。

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（共通評価基準）

※すべての評価細目（45 項目）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。

※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。

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、基本方針を確立・周知している。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・b・c
＜コメント＞ 法人設立25周年を迎えた令和2年度に「シンプルにわかりやすく」「地域共生社会を意識」することなどを念頭に、法人並びに事業所幹部職員の意見集約のもとで現在の理念が策定された。パンフレットやホームページの他、事業所内に掲示すると共に、サービス利用開始時に利用者・家族へ説明の機会を設けている。月次の会議資料にも理念を明記して、実践につながるような意識づけをしている。 今後は、サービス提供場面で実践出来ているか確認できる機会を設けるとともに利用者・家族へ説明・周知することが望まれる。		

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を的確に把握・分析している。	a・b・c
＜コメント＞ 施設長は、運営改善会議に出席し、月次の利用実績、収支、経営状況等についての把握・分析を行っている。協議された内容や課題などは、リーダー会議やスタッフ会議等を通して職員に周知されている。また、半期ごとに事業報告書を作成し、事業所の健全な管理体制、個別性を尊重した満足度の高いサービス提供、収入確保と支出圧縮等による事業安定の視点から経営状況の振り返りを行っている。 今後は事業所が位置する地域における福祉ニーズの動向や利用者数・利用者像の変化な		

どに関するデータを収集・分析・活用し、長期的な事業経営の体制強化を期待したい。		
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・b・c
<コメント> 法人・事業所の経営状況や課題については、月次の運営改善会議で詳細な検討が行われ、施設長からリーダー会議で報告がなされている。食材料費や光熱水費、紙おむつやパッド類の衛生材料等の高騰に伴い、ケアの質を担保しつつ、事業所全体で支出を抑制するコストマネジメントへの意識醸成を図っている。 介護サービスや生活支援の課題については事業所全体での協議・取り組みが行われているが、経営状況の分析については法人役職員や管理職にとどまっている。今後は職員も、経営課題への現状認識や分析が深められるよう情報を共有し、改善に向けた取り組みに参画出来ることを期待したい。		

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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
<コメント> 法人では第4次中期事業計画の実践を踏まえて、第5次中期事業計画（2023～2025年度）を策定、遂行してきた。2026～2028年度を見据えた第6次中期事業計画では、法人組織の形成・事業の質向上・地域との共生の実施にあたり、すべての中心であり基礎は『人』であるという認識のもと、人づくりを最重要課題に位置づけている。 中長期計画は、単年度では現れにくい課題の抽出や改善計画、あるいは設備投資・資金調達など複数年にわたる内容となる。それ故に単年度のみならず、中長期の期間内における資金使途を明確に示した中長期の収支計画の策定が望まれる。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
<コメント> 中期事業計画を基軸として、事業所ごとに単年度事業計画を策定している。各委員会で協議した内容を踏まえて実行可能な計画としている。事業計画の具現化に向けてユニット別にケア目標、連携・協働目標、数値目標の設定や各委員会の開催月や予定議題、空きベッドの有効活用、収入確保と支出圧縮に向けた具体的取り組み案などを明記している。年度終了時に実践状況等について評価を行うにあたり、数値化等定量的な分析を意識した計画内容となっている。		

I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・b・c
<コメント> 中期事業計画や各委員会等で検討した内容を踏まえた単年度事業計画となっているが、策定は主に施設長が担っており、職員の参画には至っていない。事業計画はスタッフ会議などで施設長が説明し、周知を図っている。事業計画の進捗状況は半期ごとに行い、実行時期や内容の見直し・修正なども行っている。 今後、事業計画の策定にあたっては、職員はもとより内容によっては利用者・家族等の意見を集約して計画に反映することが望まれる。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・c
<コメント> 広報の発行は休止状態にあり、ホームページにも事業計画は掲載されていない。事業計画を事業所内に掲示し、周知するにとどまっている。家族へは行事の案内文書を送付して、参加協力を行っている。 今後は事業計画について、分かりやすい概要版などを作成して家族に周知すると共に、利用者にはサービス提供場面で具体的な例を示しつつ、計画内容の理解促進に向けた取り組みが望まれる。		

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を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	a・b・c
<コメント> 令和2年度に2回目の第三者評価を受審し、組織内で課題を共有するとともに、結果を公表している。食に関する委員会や入浴委員会、褥瘡・栄養ケアマネジメント委員会やスキルアップ委員会など、多職種によるサービスの質の向上に向けた取り組みを組織的に行っている。一方で定められた評価基準に基づく自己評価は行われていない。 今後は、今回の第三者評価の結果も踏まえつつ、計画的な自己評価の実施、改善に向けた検討を組織的に進めていく体制が望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> 今回の第三者評価受審にあたり、各項目の「評価の着眼点」のチェックや「判断した理由・特記事項等」を各部署協働でまとめ、組織として取組むべき課題への共通理解を図つ		

た。日々の取り組みではユニット会議やスタッフ会議、各ケア検討委員会で課題を抽出してサービスの質の向上に活かしている。一方で、定められた評価基準に基づく自己評価の取り組みは十分とは言えず、その結果、評価に基づく取り組み課題が明確化されていない。

今後は、第三者評価の受審結果や自己評価により明確化された課題について、各職員参画のもと、計画的に解決・改善へ取り組むことを期待したい。

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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任を明確にしている。		
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・b・c
<コメント> 職務権限規程や職務分掌表並びに組織構図で管理者自らの役割と責任を表明している。施設長代理を置き、不在時の権限委任等を含めて明確にしている。年度初めのリーダー会議で職務内容の確認、職務分掌の見直し等を行い、全職員に職務分掌表を配布し、理解を図っている。災害時対応の業務継続計画では、災害対策本部の構成、主担当・代理者、具体的な役割等を明確にし、職員への周知も図っている。 今後は、管理者が事業所の経営・管理をリードする立場として、広報誌等やホームページなどを活用して、外部に自らの役割と責任を表明していくことが望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> 施設長は福島県老人福祉施設協議会や福島県社会福祉協議会等の会議、オンライン研修等を受講して遵守すべき法令等の理解に努めている。また、福島市の高齢者虐待防止委員を務める傍ら、事業所内の身体拘束廃止・虐待防止委員会にも積極的に参加し、高齢者の権利を守る取り組みにも注力している。月次の運営改善会議でも様々な法令を再確認する場ともなっており、リーダー会議などで職員に周知している。法人中期事業計画でも法令遵守、組織強化を掲げ、単年度事業計画で具体的な対応を明示している。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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
<コメント> 事業所は生活リハビリから看取り介護まで多職種協働のもとで広く支援しており、管理者も委員会等に積極的に参加し、現状の把握や改善につながる提案、指示等を行っている。		

第6期中期事業計画では、「職員一人ひとりが主体的に行動できる人材育成の推進」「学び合いを通じて専門性と実践力を高めると共にチーム力の強化」を掲げ、事業所の各委員会年間計画や階層別研修計画でも具体的な取り組みが示されている。 今後は、現状の福祉サービスについて定期的な自己評価を行い、第6期中期事業計画を浸透させサービスの質の向上に繋がる組織的な取り組みを期待したい。		
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・b・c
<コメント> 運営改善会議では、月次の利用実績や収支、対前年度比、中期事業計画の進捗状況など、データを確認・分析し、経営や業務の効率性を高める取り組みを行っている。また、半期ごとに事業報告書を取りまとめ、事業運営状況や課題解決に向けた進捗状況などを組織内で共有している。また、離床センサー付きや体重記録機能付きベッドを導入し、職員の業務負担軽減並びにデータ管理の効率化を進めるなどの業務改善に取り組んでいる。 今後は、定期的な自己評価等の結果を踏まえて、経営改善や業務の実効性向上に向けた組織全体での取り組みを期待したい。		

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、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	a・b・c
<コメント> 第6期中期事業計画では、「人材不足は深刻化しているが、高齢者や無資格者の就労希望者が増えており、業務分担の見直しや強みを活かし活躍できる期間を長くする取り組み」の必要性を明記している。人材確保については合同就職説明会の参加や職業安定所への求人登録、折り込みチラシ、人材派遣会社を通しての採用活動を行っている。また、人材育成・確保に向けて、法人で介護福祉士実務者研修の開講を予定している。 人材確保が困難な状況にあるが、現行の採用活動を継続すると共に、入職後の定着支援及び離職者を減らす取り組みに期待したい。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・b・c
<コメント> 法人の理念と基本方針を踏まえた期待する「職員像」を明確にし、ホームページやパンフレットで事業所内外に表明している。平成7年度より新たな人事考課制度を指針として、規律性・協調性・積極性・責任制・仕事力等を踏まえた人材の育成指導を行っている。職員は年度目標を立てて半期ごとに個別面談で評価を受け、昇進・昇格等に反映されている。また、職員の資質向上、人事管理の適正化、組織の活性化、地域貢献等を目的にキャリアパス		

規程を設けている。同規程のキャリアパスシートにおいて、階層・職位ごとに求められる能力や職務内容、任用要件などの詳細を定めている。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
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。	①・b・c
<コメント> 特別休暇として夏期有給休暇3日間、冬期有給休暇6日間設ける他、年最低6日間の有給休暇取得を実施している。月次の勤務表には職員それぞれの年次有給休暇の取得状況が記載されている。施設長は有給休暇に加えて、時間外勤務等についてのデータも把握し、必要の都度改善策の提案や有休取得等を促している。内部通報窓口を設け、事業所内に利用案内を掲示し、ハラスメントや不正、個人・法人に損害を与える行為等への相談・対応を強化している。メンタルヘルス相談窓口も設置し、職員の心の健康サポート体制を敷いている。職員親睦会を通じて毎年「職員意見吸い上げアンケート」を実施しており、職員からの意見・質問・要望等に法人が説明・回答し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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。	①・b・c
<コメント> 理念の実現に向けて組織として期待する職員像を明確にし、キャリアパス制度において一人ひとりが年度目標を設定している。半期の個別面談において「振り返り（目標達成度合い）と次回考課に向けた目標」を定め、個々人に応じた助言指導を行っている。新入職員チューター制度を設け、先輩職員が指導に当たるとともに職員もチューターとしての自覚を持ち、自己成長並びに職場内のコミュニケーション活性化につなげている。新入職員の育成は、月次目標の設定、目標に対しての振り返りや先輩職員からのフィードバック、本部職員との面談など、年間スケジュールに基づき丁寧な指導が行われている。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・②・c
<コメント> 第6期中期事業計画の重点目標として「研修や経営企画を通じて次世代・中堅職員の育成を進め、組織の一体感と安定した体制づくり」「職員・事業所・法人全体の資質向上への取り組み」「法人が求める職員像の明確化」を掲げ、「人材育成の推進」等を重点目標に明記している。テーマ、職種別の年度研修計画に加えて、全職員を対象として、法人理念に立ち返り、ケア方針や支援方法を再確認・再学習するリセット研修も実施している。 今後は、研修参加者の感想・意見等を踏まえて、成果の評価・分析を行い、次の教育・研修計画の策定に反映することが望まれる。		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・③・c
<コメント>		

職員の資格取得状況や研修参加履歴等は事業所で把握しており、異動の際にもそれらの情報は引き継がれている。年度研修計画では、内容に応じた参加予定者を明記しており、職員に周知している。階層別研修では、受講要件、研修対象者・研修内容、目的（習得すべき技術や知識等）について詳細にまとめ、職員の育成に注力している。また、各種ケア検討委員会やスキルアップ委員会などで現状の課題に密着した学びの機会を設けている。 外部研修については、人員体制等により、職員それぞれが参加できる環境が整っているとは言い難い。今後は現状に即した研修計画の策定と実施が望まれる。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。		
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・b・c
＜コメント＞ 実習受け入れマニュアルを整備し、実習の意義（基本姿勢）や受け入れの流れ等を明記している。併せて実習指導マニュアルも策定し、実習生への具体的指導法や養成校との連携などについて詳細にまとめている。終了後は実習生から施設評価アンケートと介護技術実践満足度アンケートを提出してもらい、指導内容の振り返りや改善につなげている。 管理者は、実習指導にあたる職員個々の指導力にバラツキがあり、勤務シフト上も標準化した指導が行えていないと認識している。現行の実習指導マニュアルの改訂も含めて、標準的かつ効果的な育成・指導が行える体制整備を期待したい。		

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を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・b・c
＜コメント＞ ホームページには、法人理念や基本方針、現況報告書、決算報告書などを公開している。また、令和7年10月からSNSを開始したが、活動内容や行事の紹介が主となっている。 なお、苦情解決については、受付等の体制のみで苦情内容や改善や対応については公表していないので、個人情報に留意しながら公表することが望まれる。現在広報誌の発行は休止しており、地域への情報発信は十分に行えていないので再開も望まれる。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・b・c
＜コメント＞ 経理規程の定めのもと、会計区分ごとの会計責任者に加えて法人経理事務の統括会計責任者を置くと共に職務権限規程、職務分掌表、人事考課制度指針などで権限と責任を明確にしている。年度初めのリーダー会議で職務内容・分掌の確認、職務・見直し等を行い、全職員		

に職務分掌表を配布し、理解を図っている。毎年、内部監査チェックリストにより、幹部職員主体で法人内事業所間の監査を実施している。指摘事項内容に基づき、「内部監査改善報告書」を法人に提出の上、業務の改善に努めている。法人監事による内部監査の他、毎月、外部専門家（税理士）による月次決算、会計監査や半期ごとの事業運営状況への指摘・助言等を通して業務改善に活かしている。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
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・b・c
<コメント> コロナ禍により中止していた法人の夏祭りを、令和6年から秋祭りとして再開している。町内会や回覧板で地域住民へ周知し、多くの参加を得て開催した。職員OBが不定期に訪問し、利用者と交流する機会も設けている。また、水墨画や絵手紙、押し花など、地域住民の作品を掲示する「ギャラリーすこやかなの里」が常設され、作成者が定期的に作品の入れ替えを行って利用者や訪問者の目を楽しませている。 コロナ禍以前は行事や職業体験事業などを通して多くの方々と交流の機会があったが、現在再開には至っていない。現状について、法人としても課題と認識しており、感染症の状況等も勘案しながら、地域の方々と交流する機会の再開が望まれる。		
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・b・c
<コメント> ボランティア受け入れ規程を定め、「施設利用者の生活並びに施設と地域の交流の充実を図ることを目的」とする旨の趣旨（基本方針）を明確にしている。「ボランティア受け入れ手順」では、ボランティア保険の加入確認や手続き等の案内も明記している。社会福祉に関する知識と専門性を有する社会資源として、職員が小中学校や高等学校、看護学校にて出前教室（車椅子体験等）や認知症サポーター養成講座を開催している。 コロナ禍以降、ボランティア受け入れ実績はなく、法人としても課題と認識している。今後、感染症の状況等も勘案しながら、ボランティア等の受け入れ再開が望まれる。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
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を適切に行っている。	a・b・c
<コメント> 管理者は、福島市や福島県老人福祉施設協議会、県北方部特別養護老人ホームの各施設等と連携を図り、地域ニーズの把握に努めている。福島市や地域包括支援センターなどから相		

談を受け、高齢者虐待ケースの緊急受け入れ実績もある。法人には入所の他、通所・訪問・相談等、様々な支援事業所があり、多機関で連携を図り、地域ニーズに応えている。 地域社会資源リストは整備されているが、社会福祉関係事業所や医療機関等の掲載にとどまっている。特別養護老人ホームには「居宅における生活の復帰を念頭に置く」（運営基準第2条第2項）役割も求められていることから、関係機関との協働のもと、利用者の自宅復帰や家族支援等も包含したリストづくりを期待したい。		
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を行っている。	a・b・c
<コメント> 法人に地域の福祉ニーズや生活課題等を検討する経営企画室を設けている。理事長から近隣市町村の人口動態や介護ニーズ、対応機関や競合事業所の有無等の諮問を受けて、法人各事業所が調査・取りまとめて、答申する仕組みとなっている。それらを踏まえて中期事業計画の策定に活かしている。地域交流室を開放して地域住民の諸活動にも貢献している。 今後は、地域の各種会合への参加を通して、具体的な福祉ニーズや生活課題等を把握するための取り組みを期待したい。		
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・活動を行っている。	a・b・c
<コメント> 地域の高齢者を対象に健康体操や手芸、お茶のみ話しなどを楽しむ「すこやかサークル」を毎月開催している。認知症カフェ（Caféすこやか）も多職種協働で開催し、介護予防体操や茶話会など交流を深めている。事業所は地域住民の避難場所に指定されており、防災訓練と併せて地域住民と合同での炊き出し訓練や煙体験避難訓練を実施している。 今後は現在の活動に加えて、既存制度では対応しきれない生活困窮、生活課題等への支援など、地域社会での貢献的活動を期待したい。		

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を明示している。		
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・b・c
<コメント>		

理念を具体的な行動に移していくために、「5つの基準行動」を定め、詳細な接遇マニュアルや接遇自己信頼チェックシートなどに基づき、利用者を尊重した福祉サービスの提供に努めている。毎月開催しているユニット会議において利用者の要望等を文書化し、状況の把握に努めると共に必要な対応を取っている。		
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を行っている。	a・b・c
<コメント> 法人が保有する個人情報の適正な取り扱い、個人の権利・利益保護を図るために個人情報保護規程を定めている。また、個人情報の保護に関する基本方針を定め、サービス利用時には個人情報の取り扱いを説明している。 今後は、社会福祉従事者としての姿勢・責務等を明記した個人情報保護マニュアル等を整備されることが望まれる。		
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）を適切に行っている。		
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・b・c
<コメント> 法人全体のご案内とそれぞれの事業所を紹介したパンフレットを準備すると共に、ホームページ、SNSでも広く情報を提供している。 事業所の見学や入所申し込み等の手続きは主に生活相談員が対応している。利用者・家族の要望等に応じて、看護職員や介護職員等、他職種と協働・連携しながら、さらなる丁寧な情報提供が望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> 入居時にパンフレットや利用契約書、重要事項説明書などに基づき、丁寧な説明を行っている。金額等変更の際は、同意書を取り交わしている。 今後、意思決定や制度理解が困難な利用者や家族への配慮について、一定のルール化や対応マニュアルの策定等を期待したい。		
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
<コメント> 直近10年で在宅復帰したケースは1件となっている。 なお、施設サービス契約が終了した後の相談方法や担当者を記載した配布できる文書は作成されていない。今後、事業所の変更や在宅復帰等の場合、利用者への福祉サービスの継続性を損なわないようにするためにも、引き継ぎや申し送り手順等を定めておくことが望まれる。		

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
<コメント> 施設ケアプラン作成時にケアマネジャーが家族や本人の思いを汲み取り、支援に活かしている。管理栄養士が食事に関する嗜好調査を年2回行い、利用者一人ひとりの食事に対する要望を把握し、メニューの改善に活かしている。 なお、利用者満足度を把握する仕組みがないため、アンケートの実施や利用者の思いを聞き取り、課題を見つけ、支援に活かすことで満足度向上に取り組むことが望まれる。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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
<コメント> 苦情解決に関する規程を定めると共に事業所ごとに苦情解決責任者や苦情受付責任者等を明示している。利用者から苦情や要望があった際は、ユニット会議で協議・改善するように努めている。意見の投書箱は施設内の3箇所（玄関、エレベーター前、ショートステイのユニット）に設置されているが投書はみられない。定期的に家族等へアンケートを行うなど、意見等を述べる機会の提供を期待したい。		
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
<コメント> 職員が日常のケア場面で積極的な言葉かけを行い、利用者の要望を伺うように努めている。居室はすべて個室でプライバシーが確保されており、相談や意見が述べやすい環境になっている。相談室も整備され、安心して相談できる環境となっている。 なお、意見箱、意見用紙を備えているが、意見が入ることは少なく、設置場所の検討や利用者や保護者への制度の周知が望まれる。		
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
<コメント> 利用者からの相談や意見は最初にユニット職員が対応することが多い。相談内容に応じて、生活相談員や介護支援専門員に伝達され、家族を交えた話し合いを持つこともある。対応内容を記録に残し、多職種で情報を共有している。 今後は意見箱の有効的活用や苦情対応マニュアルの整備などが望まれる。		
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を行っている。		
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を構築している。	a・b・c

＜コメント＞ 事故防止及び事故発生時等緊急対応手順書にて利用者の状態把握や自己種別による対応方法や職員連絡先等を定めている。ヒヤリハット事例は、安全対策委員会、事故防止委員会、ユニット会議等で共有され、介護事故については再発防止会議で事故内容を分析、防止に向けた協議を行っている。協議結果は職員に回覧し、共有に努めている。		
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・b・c
＜コメント＞ 感染対策委員会の定期的開催並びに学習会では、スタンダード・プリコーション（標準予防策）、感染症の種類、ガウンテクニック、感染症蔓延時の対応などを学んでいる。 令和2年1月に作成された感染症の予防と発生時の対応マニュアルは、その後、見直しの検討が行われていない。関係法令や省令等の改正の有無に関わらず、事業所内の対応を振り返り、定期的に見直しを行うことが望まれる。		
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・b・c
＜コメント＞ 業務継続計画（BCP）では、災害対策本部の構成と役割、災害規模・被害の想定、職員体制、安全対策等、災害の大きさに応じ、具体的な業務内容を示している。また、災害の状況に応じて法人事業種別として、優先して継続すべき事業や状況により優先する事業、原則停止する事業等を明確に定めている。災害時食事提供マニュアルを整備し、食品や備品類等も災害発生時に誰でも対応できるよう表示を工夫している。		

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を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	a・b・c
＜コメント＞ 入浴支援、排泄支援、移動支援等の各種ケアマニュアルを整備している。業務標準マニュアルも整備され、新入職の介護員のチューター制が導入されている。しかし、チューターは交代勤務のため、指導する職員によって多少なりとも差異が生じてしまう。差異を少なくするための教育システムの確立やマニュアル等の支援方法について、確認できるよう写真やイラストで示すなど分かりやすく、使いやすい内容に整備することが望まれる。		
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を確立している。	a・b・c

<コメント> 短期目標期間に応じた定期的な見直しを基本とし、ニーズ等が変わった際には随時の検討・見直しを行っている。施設ケアマネジャーは、利用者・家族の意向を確認し、ユニット介護員や看護職員、他職種と情報を共有して、計画に反映する仕組みをとっている。		
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を策定している。		
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。	㉖・b・c
<コメント> 施設ケアマネジャーを中心に、多職種によるアセスメントを深め、利用者一人ひとりのニーズを把握した個別的ケアプランを作成している。支援困難ケースという固定観念を持たずに、利用者個々の特性に応じた施設サービスを提供している。		
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。	㉖・b・c
<コメント> 施設ケアプランは、短期目標期間とする6ヶ月を目途として確認・見直しをしている。一方、医療機関退院後の心身状態の変化や看取りケア対象者の心身状態の低下等、個々のケースに応じてアセスメントを深め、ケア提供内容を随時見直している。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	㉖・b・c
<コメント> 介護ソフト並びにタブレットを活用して記録・情報の共通理解を図っている。介護サービス計画の立案・見直しは、アセスメントからモニタリングまで一定の手順に基づき、多職種協働で行っている。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・㉗・c
<コメント> 文書取扱規程並びに文書保存規程に基づき、適切な管理が行われている。また、法人が有する個人情報の適正な取り扱いに関する体制や基本的ルールを策定し、個人の権利・利益保護等を目的として個人情報保護規程を定めている。 今後は、個人情報保護に関するマニュアル等の整備や職員の理解を図る内部研修会等の機会を持つことが望まれる。		

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（20 項目）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。

※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。

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		
A ①	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。	②・b・c
<コメント> ユニット毎のカンファレンスを通し、利用者一人ひとりの心身の状態や希望に応じ、離床時の過ごし方や生活リズムを整えている。利用者との何気ない会話から希望を引き出し、日常生活の楽しみやユニット行事に反映させたり、個別の外出につなげる等の工夫もしている。また、介護職員とリハビリ担当職員等との連携のもと、心身の機能維持・向上を目的とした個別リハビリ、集団リハビリ体操、日常生活での運動等に取り組んでいる。		
A ②	A-1-(1)-② 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。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ③	A-1-(1)-③ 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。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ④	A-1-(1)-④ 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。	②・b・c
<コメント> 利用者との何気ない会話や、余暇時間、介護業務を通し、利用者とのコミュニケーションを図っている。認知症のある利用者や意思表示が難しい利用者も多いが、日々の表情やこれまでの生活歴等から、利用者一人ひとりに応じた関わりを行っている。職員によって対応が異なることがあるため、業務日誌やユニット会議等を通した情報共有、職員同士の連		

携をはかっている。また、適切な関り方についてリーダーからの助言や個別面接等で指導を行っている。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A ⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。	①・②・③
<コメント> 身体拘束廃止・虐待防止委員会では、指針やマニュアルを整備し、年2回の学習会では身体拘束や虐待防止、接遇等について学習している。虐待の芽チェックリストを3カ月毎に実施し、取り組み状況について毎月のユニット会議で振り返り、新たな課題について話し合っている。また、契約手続きの過程等に課題のある利用者について、成年後見制度の利用を検討するなど、適切な権利擁護支援につながるよう努力している。		

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		
A ⑥	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。	①・②・③
<コメント> 入所前に利用者の部屋の配置等を確認し、自宅で使用していた家具や仏壇、写真等馴染みのあるものを持ってきてもらうよう積極的に働きかけている。また、「その人らしい暮らしの継続」を大切に、個人の心身の状況、動きやすさに配慮した空間づくりを行っている。居室の清掃も定期的に行われ、利用者が快適に生活できるよう加湿空気清浄機や温度・湿度計等を設置している。		

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		
A ⑦	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。	①・②・③
<コメント> 利用者の状態に合わせて安全に入浴できるよう、一般浴槽や機械浴、必要な福祉用具等について多職種によるカンファレンスで協議している。また、1人の職員が誘導から介助		

まで入浴に関する一連の流れに関わり、利用者が安心して入浴できるよう配慮している。週2回の入浴が基本となるが、入浴を拒む方については声かけの方法や職員を変えたり、時間をずらす等の工夫をしたり、状況に応じて清拭等を行っている。また、終末期の方には、状態に応じ入浴日以外でも入浴できるよう対応している。ゆず湯やしょうぶ湯等季節を感じ、気持ちよく入浴できるよう工夫している。		
A ⑧	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。	①・b・c
＜コメント＞ 排泄チェック表を活用し、個々の排泄パターンを把握している。多職種で構成された排泄検討委員会を中心に、適度な運動を取り入れ、食物繊維、オリゴ糖、牛乳等も用い、利用者に合った方法で排泄を促している。尿意・便意のある利用者にはトイレ誘導を行い、快適な排泄支援、機能維持や向上に寄与している。排泄検討委員会が主催する学習会を通し、職員は排泄支援に関する知識を深めている。利用者に対する声かけ、介助等は利用者の羞恥心やプライバシーに配慮しており、室温やにおい等への対応も適切に行っている。		
A ⑨	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。	①・b・c
＜コメント＞ ユニット会議や日常的な話し合いのなかで、利用者一人ひとりに合った移動の方法が検討されている。リハビリ担当職員と連携しながら、利用者がより力を発揮しやすくなるようベッド周りの環境整備や杖・車いす等福祉用具の選定を行っている。筋力低下や拘縮等を防ぐよう、個別のリハビリ計画やケアプランが作成され、生活場面を中心に散歩や運動を取り込んでいる。状態に変化があった際も迅速に多職種連携のもとで対応している。		

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A ⑩	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・②・c
＜コメント＞ 2年前よりセントラルキッチン方式（調理された食材を仕入れ、施設では解凍・配膳を行う方式）を採っている。食事を選択することはできないが、朝食の乳製品はヨーグルトか牛乳を、水分補給の際は好みの飲み物を選ぶことができる。また、行事では、利用者に喜んで頂けるメニューを検討・提供している。夏祭りでは天ぷらバイキング、焼きそば等が好評だった。ユニット毎の行事でもおやつを作ったり、食事を楽しめる環境を設定している。移動スーパーで副食や漬物等を購入することも可能となっている。 なお、おいしく食べる機会を設けるため利用者が選べる選択食などの導入や利用者のリクエスト食などへの取り組みが望まれる。		

A ⑪	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。	①・b・c
<コメント> 管理栄養士や食事に関する委員会を中心に、多職種連携のもと、利用者が食べやすい食事形態や食器・自助具の選定、姿勢、テーブルの高さ等の調整を行っている。また、食事前には口腔体操を行い、唾液の分泌を促す等、安全に食事ができる環境を整えている。利用者一人ひとりの栄養ケアマネジメントに取り組んでおり、毎日の食事量や本人の状況についてカンファレンスを通し、栄養バランスや補助食品の検討も行っている。飲み込みの状態が悪くなってきた場合は、歯科医師と連携し嚥下機能の検査を行い、本人の心身の状況に合わせた介助方法を検討している。		
A ⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	①・b・c
<コメント> 毎食後口腔ケアを行っている。歯科医師の往診があり、利用者一人ひとりの口腔内の状態、適切なケア方法等について助言を受け、実施している。利用者は月2回以上歯科医師の往診を受けており、施設側では口腔衛生管理加算を算定、口腔ケアの計画を作成し、評価・見直しも行っている。		

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A ⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	①・b・c
<コメント> 褥瘡・栄養マネジメント委員会を中心に、多職種協働のもと褥瘡に対し一体的に取り組みを行っている。ブレーデンスケール（褥瘡の発生リスクを評価するための指標）を活用し、褥瘡発生の可能性が高い利用者については、体位交換の時間やマットレスの見直しを行う物理的対処と、タンパクゼリー等を捕食する栄養面での対処を行っており、褥瘡ケアについて科学的な方法を用い対応している。褥瘡とみられる皮膚トラブルが発生した際には、当日中にカンファレンスを持ち、対応方法を検討、1週間毎に多職種で評価し治癒させている。		

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A ⑭	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

<コメント> 喀痰吸引・経管栄養を実施できる職員を増やせるよう、認定特定行為業務従事者認定のための研修を年間数名ずつ受講させているが、未受講の職員もいる。喀痰吸引等安全委員会を設置し、研修を修了した職員を対象に、看護師による研修を年2回実施し、喀痰吸引・経管栄養を実施する体制を整えている。 現在経管栄養が必要な利用者がいないため、安全には配慮されマニュアル等も整備されているものの、喀痰吸引・経管栄養などへの対応に課題があるとの認識を持っており、医療的ケアが必要な利用者が出てきた場合に備え、マニュアルも含めた体制整備を期待したい。	
--	--

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A 15	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。	①・b・c
<コメント> リハビリ担当職員を中心に個別機能訓練計画を作成し、介護職員と協働で利用者の状態に合わせた対応を行っている。日常生活や介護場面のなかで運動を取り入れ、自立支援を促している。ベッド上で過ごすことが多い利用者については、ベッド上での拘縮予防運動や、ベッド上での姿勢、マットレスの検討、車いすの選定等についても、多職種協働のもと実施している。ユニット毎の行事にもリハビリ要素を取り入れている。日常生活では認知症予防と余暇支援の視点から、馴染のある歌を歌ったり、計算問題や塗り絵、習字等を行っている。		

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A 16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	①・b・c
<コメント> 居室が利用者にとって安心できる空間となるよう、愛着がある家具等を持ち込んでもらうよう協力を仰いでいる。ユニットフロアはソファを配置し、花を飾るなど、くつろげる空間づくりに配慮している。ケア面では、認知症ケアに関して、新人研修や定期的な職員研修で学びを深めている。行動・心理症状（BPSD）のある利用者は、事故につながるリスクが高いため、適切な医療との連携のもと、カンファレンスを通してケアの方向性を統一している。職員の認知症ケアに関する知識や経験に差があるため、十分な対応が取れない場合もあるが、ユニットリーダーを中心に助言・指導を行っている。		

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A ⑰	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
<コメント> 利用者の体調に変化があった場合は、記録や申し送りにより多職種で状況を共有し、医療機関につなげている。急変を含む状態変化時の対応については、入所時に利用者家族へ意向を確認しており、急変時のフローチャートと併せ運用している。状態によっては救急搬送を行う場合もあり、対応はユニットリーダーを中心に周知、指導している。 なお、病気や薬に関する研修については、認知症ケアに関する事柄を中心に行っているが、その他の内容についてはあまり研修の機会がないため、健康管理や誤薬に際しての対応等利用者の健康管理について幅広く学ぶ機会を設けることが望まれる。		

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑱	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・b・c
<コメント> 看取りケアに取り組んでおり、医師より終末期の状態と判断された場合には、施設での看取りケアについて再度説明し、対応を協議している。家族の思いに寄り添いながらカンファレンスを行い、多職種協働での支援体制を確認している。家族への小まめな連絡、面会の受け入れ、希望がある場合には外出も実施している。お別れの際に着用する衣類を持ってきてもらったり、エンゼルケアや家族にお化粧をしてもらう等、本人に寄り添える環境を整えている。終末期ケアに係る指針やマニュアルを整備し、職員研修を実施している。逝去後はユニットで振り返りシートを作成し、更なる質の向上に努めている。		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A ⑲	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
<コメント> 家族への連絡は随時または定期的に行ってきたが、一昨年よりSNSを活用した連絡方法を運用している。簡易な情報のやり取りはSNSを活用しており、利用者の普段の様子や写真も共有しやすくなり、かつ家族の負担軽減にもつながっている。緊急性の高い場合		

や重要な連絡、家族がSNSに対応していない場合は、電話連絡も行っている。状態変化時や対応方法の変更がある場合は、施設に来てもらい、直接話をする機会を設けている。

なお、家族会がないため、家族同士の交流や施設への満足度・要望等を聞き取る機会に限られており、行事等を活用し家族とつながりが持てるよう行事の持ち方を工夫することが望まれる。

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		
A 20	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。	a・b・c
<コメント> 非該当		