

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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-1 (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事業計画や会議資料、ホームページに明記され、年度初めの研修等で周知されている。また、グループ会議では理念に沿った「目標の言葉」が掲げられ、現場の介護に活かせるよう取り組み、利用者の名前を入れた祈りなども行われている。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-1 (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	主任会議において、総務より事業経営の状況について報告され、各部署で稼働率の向上や昨今の電気代や食料品費の値上がりなどの周知に努められている。新型コロナの影響や水害後の借入の返済なども公表され、協力へのメッセージも行われている。
I-2-1 (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	経営課題としては稼働率を上げること、職員の離職率を下げるなど取り上げられている。主任会議を通して現場の職員にも伝えられているが、周知への個人差もあり、もっと伝えやすい方法を実施していかなければならないと考えられている。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-1 (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)-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	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、計画は議事録の回覧と口頭で伝えられている。変更がある場合は主任会議から朝のミーティングまで落として周知と理解が図られている。
I-3-1 (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	理念と中・長期計画を踏まえた単年度計画が毎年、主任会議の中で策定されている。また、理念と重点方針に基づいた各部署の具体的な計画が策定され、「施設の個性をより高める」、「職員の力量の向上と地域社会への公益性の追及」などが明記されている。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-1 (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	事業計画は各セクションの主任、ケアマネジャー、生活相談員が中心に策定され、策定までの流れも明確にされている。見直しも組織として行われ、文書と口頭で現場職員に伝えられている。
I-3-1 (2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	a	利用者には毎朝の集会の中で、イベントなどに関する説明がなされている。また、機関誌「そよ風」でターミナルの取り組みや看取りの事例について身近に考えて欲しいことを伝え理解を求めている。家族も参加して年2回の「衣替え・大掃除」が行われ、交流の機会になっている。 (現在は中止)

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ついては、全体での目標設定に加えて、それぞれのセクションでも目標が定められている。ビデオ配信などで職員が共有できる仕組みを作り、また、動画配信サービス利用で、介護の学びができる仕組みを取り入れられている。
I-4-(1)-② 評価結果に基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	様々な課題に対する取り組みの流れは機能しており、毎月モニタリングされ議事録も作成されている。年度末にセクション別の研究発表会があり、緊急対応時の留意点をわかりやすくまとめたセクションが職員から高評価を得られている。

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) 管理者の責任が明確にされている。		
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	管理者としての自らの役割と責任については、創設者の考えに基づき、「方向性を示すこと」、「優先順位をつけて決断すること」を表明し、理解を図られている。朝のミーティング時から理念に合った方向性とどう結論付けるかの決断が常に示されている。
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	法令遵守のマニュアルは整備され、虐待やパワハラなどについては特に留意して取り組まれている。利用者を押さえつけてあざを作った事例があり、聞き取り調査、行政にも報告するなどしっかりと対応したことが職員への意識付けに繋がっている。
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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	管理者のリーダーシップは感染対策などで指導力が発揮され、対策を強力に推し進めたことで効果も得られている。また、事故への検証、特に誤薬、などが発生した時には、グループ会議で取り上げ、主任会議で原因追及と対策の策定がなされている。
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	人員不足の中で経営の改善に取り組み、吸水性の高いオムツに変更して手間削減を検討したり、他部署との連携で看護師の力を借りたり、定年後の人材活用（無資格者）を活用して、様々な間接介助に入ってもらったなどの取り組みが行われている。

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） 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 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	福祉人材の確保・定着については、職員にはやりがいや楽しみを伝え、作業ではなく人を理解する仕事であることを学ぶよう取り組まれている。また、職員を大切に指導し、介護技術だけでなく、コミュニケーション力を身に付けるよう指導されている。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	キャリアパスや給与規程は明確に示され、目標や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。賞与の時期には管理者が職員1人ひとりと話し合い、要望や関心事、業務上配慮が必要なことなどを聴き、人事にも反映されている。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	a	職員の就業状況については、常に確認、検討がなされ、時間外労働については「伺書」を立てることを原則とし、業務の状況に応じた人員配置なども実施されている。有給休暇の取得や福利厚生にも力を注ぎ、「職員交流会」などでボーリングや食事会をするなどの支援に取り組まれている。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ－２－（３）－① 職員一人一人の育成に向けた取組を行っている。	b	職員一人ひとりへの育成に向けては、年度毎の研修計画に盛り込み、目標設定が行われている。その取り組みについても職員への具体的な説明と理解に努められているが、周知理解がうまく機能していない面も見られる。
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	各セクションごとに「人材育成・研修・採用計画」が明示され、自主研修のための援助制度もあり、外部研修機関の導入も図られ、職員はスマホでの自主研修が可能とされている。また、外部研修への参加も申請することで、費用の援助が受けられる制度も確立されている。
Ⅱ－２－（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	「人材・研修・採用計画」に基づき、職員一人ひとりが法人職員としての自覚を持ち、資質や専門性の向上と社会に貢献する職員の育成機会が設けられ、入職年別の求められる人材像などが明確にされている。パソコンやスマホを利用した園内研修を始め、外部研修、自主研修などの機会が確保されている。
Ⅱ－２－（４） 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
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。	a	実習生受け入れは現在再開されていないが、「実習生の指導と記録にあたってのお願い」にて職員に周知徹底される指導が行われ、指導の心構えや実際の指導方法についてのマニュアルも整備されている。受け入れに際しては実習担当者と介護リーダーやグループ長を中心とした実習指導者が設定されている。

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、フェイスブックで公開され、透明性を確保されている。職員への情報開示は主任会議や職員会議を通して行われている。
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、外部監査で指摘事項があった場合は、主任会議で対応、見直し、修正が行われ、適正な運営に向けて改善に繋がられている。指摘の対象になった部署には特に全体ミーティングで状況を伝え、公正かつ透明性の高い経営・運営のための取り組みが行われている。

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、地域の集まりに出向いて「老いについて、社会福祉について」などの話することで地域との交流が図られている。また、地域の中学生の社会体験を受け入れたり、利用者がデイサービスに来る近所の友達と会って楽しむなど、地域との交流が広がられている。
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	ボランティアコーディネーターを配置し、外部との調整を行い、社会福祉協議会と連携した説明会、近隣教会のボランティアの受け入れ、敬老会ではフラダンスに來所いただくなどの取り組みがなされている。小・中学校、大学に向いて交流を呼びかけることなども検討されている。
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	各業務ごとの介護、リハビリ、医療、ケアマネジャーが参加した「運営協議会」が実施され、事業所として何が必要かの検討と、社会資源情報の職員間の共有がなされている。川越市の「ハートページ」をもとに社会資源を明確にし、関係機関との連携を図り、活用に繋がられている。
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は積極的に取り組み、子供の貧困家庭への寄付、生活困難者への支援事業として家賃や光熱費の援助などが実施されている。また、法人の将来計画委員会において、子供への支援として「子供食堂」などの検討も行われている。
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	地域の「紅茶の会」より、集会場所として施設の提供依頼があり、応えられている。更に、災害時に活用できる取り組みとして、電気自動車や区分けができる避難所、かまどベンチなどのハード面の設備投資が行われている。水害の体験が活かされている。

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-1 (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	会議の際に理念を考える時間が持たれ、利用者への尊重の共通理解が図られている。また、会議録、研修記録に基本理念「夕暮れ時に光がある」が盛り込まれ、基本姿勢が明確にされている。
Ⅲ-1-1 (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	プライバシー保護については、入所時の契約書に明記され、職員とは秘密保持の誓約書が取り交わされ、実習生に対しても同様に取組が行われている。また、情報はタブレットでの閲覧、業務中の個人のスマホの持ち込みは禁止されている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	利用希望者にはパンフレット、ホームページ、フェイスブックなどの媒体を利用し、情報提供が行われている。また、電話相談だけでなく、必ず面談して理念や介護方針について説明し、施設内の見学もしていただき、納得してから利用申し込みいただけるよう取り組まれている。
Ⅲ-1-1 (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されるが、意思疎通が難しい利用者には、家族や後見人を通して説明され、意思確認が行われている。計画の更新や状態の変化、看取りに関することなどは、主任、ケアマネジャー、相談員がわかりやすく説明されている。
Ⅲ-1-1 (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	他の施設などへ移行する場合の情報提供書などは適切に扱われ、利用者が不利益にならないよう努められている。福祉サービスの継続性には十分な配慮がなされ、入院で一旦退去された方が、再度入所されるケースもあり、状況に応じた対応がなされている。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-1 (3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者満足度の上昇への取り組みは利用者の行いたいことや希望を取り入れ、「〇〇フェスタ」として実施されている。更に、誕生月のお祝いでは、好きな料理を利用者皆で食べ、その様子を家族にも伝えられている。
Ⅲ-1-1 (4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-1 (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	苦情やクレームへの対応の基本は、「不快な思いをさせたこと」へのお詫びの気持ちを大切にされている。年に1回、苦情処理対応マニュアルを用いた具体的な対応研修が実施され、苦情に対する改善策や未然防止策は主任会議に落とし込み、各部署現場に伝えられている。
Ⅲ-1-1 (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	重要事項説明書に苦情申し出窓口や責任者、第三者委員などが明記されている。利用者からの申し出は現場担当⇒グループ長（グループ会議）⇒相談員と対応する仕組みが明確にされている。
Ⅲ-1-1 (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	利用者からの意見や相談は日誌を活用し共有され、申し送りを経て、全体会議にかけ事項とグループ会議の事項に分けられ、それぞれに取り組まれている。例えば、「一番風呂に入りたい」や「食べ物に関すること」などの利用者からの意見や要望には、組織的かつ迅速な対応がなされている。
Ⅲ-1-1 (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-1-1 (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	ヒヤリハットや事故発生時の対応手順が定められている。報告された後、翌月に評価され、再発したら新たな対策が話し合われ、朝の申し送りで連日伝え続けるなど情報の共有が徹底されている。また、不自然なケガ等は家族にも伝えられている。
Ⅲ-1-1 (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	感染症委員会が定期的に開催され、社内研修では「安全な介護」について指導が行われている。発生時のマニュアルも整備され、それに沿った対策が打ち出され、主任以上の会議では対策の見直しも検討されている。
Ⅲ-1-1 (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	事業計画に訓練日程を設け、年12回の訓練が実施されている。夜間、日中の火災訓練、地震発生時の安全防護訓練、コンセントの埃の確認なども行われている。事業継続計画（BCP）については作成に向けて、各部署職員が状況把握に取り組まれている。

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	標準的な実施方法のマニュアルとオンライン配信研修を組み合わせでの指導がされている。実施状況については担当指導員が1対1で目標設定や課題の分析を通して評価されている。
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	定期的な特養会議が開催され、多職種からの意見が取り入れられている。見直された実施方法は個別の計画に反映されるようにセクション毎の申し送りで情報が共有されている。
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	独自のアセスメントツールを用いた手法が確立されている。多職種からの意見を聞き取ることで具体的なニーズが抽出され、個別支援計画に反映されている。
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	毎月グループ会議が開催され、アセスメントと支援経過をもとに、半年に1度の定期的な評価・見直しを実施されている。緊急を要する課題に関しても迅速な対応がなされている。
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。	a	パソコンやタブレットが活用され、日々の支援経過記録の中でヘルパー、看護師、リハビリ担当者がそれぞれ記載し、共有されている。そのため必要な情報が的確に担当者に届く体制が構築されている。
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	個人情報保護規程に基づき、定期的な研修が実施されている。また、秘密の保持に関する誓約書の取り交わしは職員だけではなく実習生にも行われ、管理が徹底されている。

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工夫している。	a	利用者の希望する役割や楽しみが把握され、生活の中に活かされている。小グループでの催し物や集会への参加、自主的な歌のグループの活動、洗濯たたみなどの生活支援が実施されている。
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	グループ会議の中で利用者1人ひとりの対応方法や工夫について話し合わせ、情報が共有されている。ケアを行う際のコミュニケーションの重要性は職員間で理解され、意識的に実践されている。
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	利用者の権利擁護のための具体的な取り組みや実践状況はグループ会議で共有されている。職員間のディスカッションも実施され、周知に力が入れられているため職員1人ひとりの意識が常に高く保たれている。

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	快適であること、寛げること、清潔であること等の基本的な配慮がなされ、プライバシーの確保や照明の調整も行われている。また、入居前の生活を感じさせる写真や絵、テレビ、思い出の品などの持ち込みもされている。

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	入浴形態や方法が話し合われ、入浴表によって情報共有がされている。同性介助や時間帯の変更など可能な限り希望に沿うように、毎月のグループ会議で検討され、対応されている。
A⑧ A-3-(1)-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。	a	日々の記録で排泄状況や肌の状態の把握・共有がなされ、自立支援や快適な介助方法に活かされている。また、利用者の意向や尊厳に配慮され、オムツの利用など介助方法については本人の意向を尊重し、定期的な見直しが行われている。
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	自力での移動や安全な移動のため、多職種からのアドバイスや利用者の希望が聞き取られ、福祉用具の選定がされている。また、シーティング専門の職員からアドバイスを受ける機会が設けられ、ベッドから車いすに移乗する際の職員負担を減らすことにも活かされている。
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	丁寧にだしがとられた食事は利用者からの聞き取りでも大変好評を得ている。食事の際に利用者から直接感想を聞き取って献立に反映されたり、行事食や誕生日のリクエストメニューなどの楽しみも工夫されている。
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	グループ会議において、食事量や体重管理、嚥下状況が把握され、食事形態や自助食器の利用が検討されている。また、おやつや水分補給の機会も確保され摂取状態への配慮もされている。
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、歯科衛生士からの定期的な助言をうけて、個別支援計画に反映されている。個別の問題点を相談することができ、具体的な実践状況の改善に繋がられている。
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	毎月に褥瘡予防の会議が開催され、リスクが高い利用者の評価がなされている。食事面やケアの方法、福祉用具の活用など多職種からの視点で検討され、予防やケアに活かされている。
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。	a	喀痰吸引・経管栄養等の医療的ケアの資格取得に対しての体制は確立されており、計画的に取得されている。特に夜間の喀痰吸引の必要性があることから定期的な研修や看護職員による指導が行われている。
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	理学療法士と介護支援専門員が連携して機能訓練の評価や計画作成が行われている。また、訓練以外でも日々の生活の中で体操や歌を歌うなどの集団での活動も行われている。
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	支持的、受容的な支援ができるように、繰り返しの研修が行われている。また行動・心理症状が安定しない場合の対応方法に関してはグループ会議で検討され、共有が図られている。
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	マニュアルを基に園内研修が行われている。職員の研究発表会で「急変時の対応」を題材にした部署があり大変評価が高く、その後の職員全体の対応力の向上に繋がられている。
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	終末期の研修の機会は定期的に確保され、職員の不安解消も含め、看取りに関しては積極的な取り組みがされている。希望に沿った看取りを支援できるように体制の確保に努められている。

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	月に一度、入居者の写真付きのお便りで家族に日常の様子が伝えられており好評を得ている。また定期的な相談や必要時の状況報告も行われており、個別支援計画に反映されている。

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。		