

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2025 年 3 月 3 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 060-0002
住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地
かでの2.7 3階

電話番号 011 - 241 - 3982

評価機関名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第24 - 01号
代表者氏名 会 長 長 瀬 清

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	野 村 宏 之	総合	第0158号
	(2)	高 橋 修 一	総合	第0156号
	(3)	神 内 秀之介	総合	第0068号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	厚岸町立特別養護老人ホーム心和園			
設置者名称	厚岸町			
運営者（指定管理者）名称	社会福祉法人 厚岸町社会福祉協議会			
評価実施期間（契約日から報告書提出日）	2024 年 5 月 1 日	～	2025 年 3 月 3 日	
利用者調査実施時期	2024 年 7 月 1 日	～	2024 年 8 月 2 日	
訪問調査日	2024 年 9 月 3 日	～	2024 年 9 月 4 日	
評価合議日	2024 年 10 月 18 日			
評価結果報告日	2025 年 3 月 3 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無		☞ 同意あり ☐ 同意なし		
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会

代表者氏名：大野 繁嗣

所在地：〒088-1115 北海道厚岸郡厚岸町梅香2丁目1番地

TEL 0153-52-7752

③事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

職員一人ひとりの育成に向けた目標管理の仕組みの導入

令和4年度から、職員一人ひとりの経験や適性を考慮した研修計画を策定し、それぞれの職員の5年後の将来像を想定しながら必要な研修を受講し、その結果を組織的に評価・管理する仕組みが動き出しました。これと同時に職員の個別面談の取組もスタートしており、組織の目標や方針を伝えながら、職員一人ひとりの目標が設定されていることは高く評価できます。

ただし、これらの取組は、現在全ての職員まで実施できておらず、これからの取組の拡がりに期待します。

今後については、職員の教育・研修に関する基本方針を策定し、中長期計画の中で明確に位置づけていくこと、また、研修受講後に職員が何を感じたか、これから受講したい研修は何か、将来を見据え、どのような研修を受講すべきかなど、丁寧なコミュニケーションを積み重ね、この取組を継続・定着・深化させていくことに大いに期待します。

サービス提供に関する説明と同意を可能にする取組

利用契約締結前に、自宅もしくは施設にて施設概要など、施設パンフレットや利用料金表、入所時の荷物例、入所後の窓口案内など事前に説明の機会を設け、利用者の十分な理解を促す工夫を行っています。また、入所日の契約時においては、自宅もしくは施設にて、重要事項説明書や入所契約書、各種同意書、施設ケアプラン、栄養ケアプランなどの説明は、利用者に圧迫感を与えないように各担当が順に個別で説明し専門用語をかみ砕いて説明し、同意を得た後に記名していただいています。こうした利用者へ適切な説明と自己決定を可能にするきめ細かい取組は高く評価できます。

質の高い口腔ケアの継続的な実施について

施設では、3年以上前より協力歯科による月1回の歯科衛生士によるスクリーニングと歯科医師との連携の実践が継続されています。また入居者の口腔ケアの方針として、毎食後の歯磨きが標準ケアとして確立され、義歯管理も入居者に合わせて行われています。協力歯科の往診を通じて、口腔状態の観察や技術的助言を受け、施設の口腔ケアに反映しています。年2回、全利用者が検診を受け、カンファレンスで結果を共有し、口腔衛生管理体制の整備が進められているため、口臭の減少や咀嚼状態の改善など具体的な成果が現れているなど高く評価できます。

◇改善を求められる点

経営課題解決のための中・長期的ビジョン策定の必要性について

平成26年に行政から指定管理を受け、施設経営を始めてから11年が経過しました。法人（社会福祉協議会）として「あつけし地域福祉実践プラン2022（令和4～8年度）」を策定し、当該施設経営についても項目化されていますが、中長期的な経営ビジョンを示した内容になっておらず、中・長期計画とは言えません。

今後は、指定管理契約期間（5年間）を考慮しながら、将来的な外国人介護職員の受け入れや、施設老朽化に伴う建替えなどの経営課題解決のために、実効的な中・長期計画の早期策定について強く希望します。

また、単年度の事業計画についても、各種の取組の達成度や数値目標を設定するなど具体的な内容とするとともに中・長期計画との連動させていくことを期待します。

地域社会と施設をつなぐボランティア活動の重要性について

地域におけるボランティア活動は、地域社会と施設をつなぐ大きな柱の一つとして位置付けることができます。当該施設では、以前よりボランティアの受け入れを実施していますが、受け入れにかかる基本姿勢が明示されておらず、マニュアルについても整備されていません。

今後は、母体法人が町社会福祉協議会である強みを生かし、社協ボランティアセンターとの連携・協働を推し進め、ボランティア受け入れにかかる基本姿勢の明文化並びに受け入れマニュアル整備に早急に取り組んでいくことを希望します。

各種マニュアルの定期的な見直しと活用について

前回の第三者評価事業の受審結果や日常的な検討結果を踏まえて、サービス提供に関する「全般マニュアル」や災害対応に関するマニュアル等、一連のマニュアルを順次整備されている取組は評価できます。一方で一部マニュアルは、古い情報と最新情報が混在しているものも散見されます。また、一部のマニュアルは日常的に活用しきれていないものも見受けられます。これらの課題は、すでに施設においても認識されているとのことですので、実際のマニュアルに基づいた支援や対応結果が内容見直し作業に反映されるようにPDCAサイクルを意識することにより、一層充実した内容につながることを希望します。

医療機関等との連携強化について

2024年度介護報酬改定において「地域包括ケアシステムの深化・推進」の中でも特に「医療と介護の連携の推進」に関する項目、医療機関との連携体制の構築や配置医師による急変時対応の充実が求められています。また、看取りへの対応強化も重要で、ターミナルケア加算の見直しを通じ、充実した看取り体制が期待されています。同様に、褥瘡や排泄ケア、一体的な機能訓練も期待されています。施設単独では改善が困難な課題も多数ありますが、今後、町内外を含めた地域資源の活用や、定期的な多職種会議での連携強化を図り、更に配置医師やその他の協力医療機関等との関係を深め、看取りケア研修やケア技術の向上によって、地域の中核資源として質の高いサービスを提供し続けることが期待されます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

これまで指定管理者として10年間の運営を行ってまいりました。福祉サービス第三者評価については、前回の平成30年に続いて今回が2回目となります。今回の訪問調査では、調査員の皆様に、丁寧な説明や多くの的確なご助言をいただきました。一方で施設側からの説明の際には、細かなところまで受け手となって話を聞いていただきました。施設側のこれまでの取り組みで評価をしていただけたところは評価もしていただきました。今回の評価結果を施設全体で共有し、中長期的な視点に基づいて計画的にさらなる改善に取り組んでいきたいと思っております。次回の第三者評価実施の際には、今回よりも高く評価される項目を増やしていくことで、利用者本位・利用者にとっての最善の利益を提供できる施設に近づけていければと思います。大変ありがとうございました。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 令和 6 年 7 月 5 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人厚岸町社会福祉協議会		
事業所名 (施設名)	厚岸町立特別養護老人ホーム心和園	事業 種別	地域密着型介護老人福祉施設入所者 生活介護
所在地	〒 088-1125 北海道厚岸郡厚岸町白浜4丁目1番地		
電 話	0153-52-6373		
F A X	0153-52-1331		
E-mail	k-oomura@akkeshishakyo.or.jp		
U R L	http://akkeshishakyo.or.jp		
施設長氏名	永川 浩志		
調査対応ご担当者	大村 香織 (所属、職名：施設業務課長)		
利用定員	50 名	開設年	昭和 56 年 5 月 1 日
理念・基本方針： 利用者に充実した日々を送っていただくために、常に「Smile(笑顔)」で「Speedy(迅速)」に「Sincerity(誠実)」に対応する「3つのS(サービス)」と常にプラス思考で、『見て聴いて「感謝する心」』『知識と経験と技術に「謙虚な心」』『相手の立場に「共感できる心」』で接する「3つの心」 施設の基本理念とし、両者の理念を利用者の対応に生かし、常に理念に基づいた「より質の高いサービス」を公平・公正・平等に提供できる運営が行われるよう取り組むものである。			
施設・事業所の特徴的な取組： ストレングスに着目した介護ケアへの取組として、利用者ひとり一人の個別のICFシートの活用			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		1 回 （平成 29 年度）	
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業 (定員○名)

短期入所生活介護 20床 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 18床
通所介護 定員35名

【利用者の状況に関する事項】（令和6年7月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
1 名	名	3 名	2 名	9 名	13 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
11 名	7 名	2 名	48 名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～2歳未満	2 歳児	3 歳児	4 歳児
名	名	名	名	名	名
5 歳児	6 歳児	合 計			
名	名	名			

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合 計	名	名	名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
1 名	名	名

・精神障がい（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1 級	2 級	3 級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合 計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
6名	7名	12名	7名	7名	4名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
4名	名	名	名	1名	名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	1名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 2年4か月)

【職員の状況に関する事項】(令和6年7月1日現在にてご記入ください)

○職員配置の状況

	総数	施設長・管理者	事務員	生活相談員	介護支援専門員
常勤	43名	1名	1名	2名	1名
非常勤	5名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	32名	名	5名	名
非常勤	名	2名	名	名	名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	名	名	名	名
非常勤	名	名	名	名	3名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	1名 (名)
介護福祉士	37名 (1名)
保育士	3名 (名)
介護支援専門員	4名 (名)
管理栄養士	1名 (名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	1632.50 m ²		
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☒ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☒ 1. はい	☐ 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	55 年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²		
(2) 園庭面積	m ²		
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園(300平米ぐらい)に行って外遊びを行っている。		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(4) 建築年	昭和	年	
(5) 改築年	平成	年	

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別（該当にチェック）	☐ ・大舎制 ☐ ・中舎制 ☐ ・小舎制		
(2) 建物面積	m ²		
(3) 敷地面積	m ²		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年	
(6) 改築年	平成	年	

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・令和 5 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

・令和 5 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 0 人

介護福祉士 0 人

その他 0 人

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

令和5年度に利用者満足度のアンケート調査を実施している。また介護職員・看護職員・事務所職員など職員が利用者と接する中でサービスへの意見などを聞き取りすることもある。カンファレンス前にはアセスメント時にケアマネージャーが本人と面談する際に話を聞くこともあるほか、カンファレンスに本人が参加する場合にも聞き取りすることがある。食事関係に関しては、管理栄養士がミールラウンドする際に、聞き取りを行っている。また、介護サービス相談員の受け入れを月1回行っており、介護サービス相談員が利用者から聞き取った意見や要望の内容は町保険福祉課を介して共有している。

【その他特記事項】

評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

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	コメント
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 平成26年より、町社協が当該施設の指定管理を受けて、11年が経過し、行政直営時から策定されている基本理念を踏襲している。前回受審時、職員等への周知が課題となっていたが、基本理念を記載した携帯用カードを全職員に配付し、定期的に会議・研修等で確認している。また、令和3年より施設パンフレットやホームページを改訂した。基本理念を明示するとともに、職員ブログを立ち上げ、サービス内容や施設内の様子を紹介している。ただ、利用者・家族への周知については、パンフレットや広報誌等の各フロアへの掲示にとどまっており、十分とは言えない。今後は、利用者・家族に対する理念の周知について、より工夫を凝らした取り組みに期待したい。

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。	b 施設の利用・収支状況については、法人の管理職員会議において、報告・協議を行っており、その内容は、施設内の運営会議においても周知を図っている。ただ、行政の指定管理における施設経営の影響から、より具体的な経営分析にまで至っていない。今後は、行政との緊密な意思疎通を図りながら、より工夫した取り組みに期待したい。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b 当該地域における高齢者人口の減少や労働者の流出などの現状や課題について、施設内の運営会議で情報共有を図りながら、法人内部においても協議・検討を進めている。組織体制の見直しとして、フロア化を図り、介護主任・リーダーの配置、相談員を入所・ショート担当に分け、それぞれの役割を明確化した。また、療養食・看護職員体制強化加算も取得など具体的な取り組みを進めている。今後は、現状の職員体制を踏まえ、他の加算取得に向けた検討をさらに進めて行くことに期待したい。

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。		
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。	c 法人として、「あつけし地域福祉実践プラン2022（令和4～8年度）」を策定し、当該施設経営についても項目化されているが、中長期的な経営ビジョンを明確にした内容になっておらず、中長期計画とは言えない。将来的な外国人の受け入れや、施設建替え等の経営課題を鑑み、行政との指定管理契約期間（5年間）における実行的な中長期計画の早期策定を強く望みたい。
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。	c 単年度の事業計画には、各種取り組みの達成度など数値目標が未設定のため、内容が十分とは言えない。今後は、中長期的な経営ビジョンを明確にした中長期計画の策定を急ぐとともに、実行可能かつ具体的な単年度事業計画策定も強く望む。

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。	b 職員からの業務進捗の報告等を受け、法人本部にて策定されているが、細かな数値目標などが設定されておらず、事業進捗の評価・見直しが十分できていない。今後は、職員参画による実行かつ具体的な事業計画策定に着手し、その事業進捗の評価・見直しを行う早期の体制整備に期待したい。
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 事業計画は、法人ホームページにて公開するとともに、法人発行の町内全戸配布の広報誌や、施設の広報誌の配布により利用者・家族に周知しているが、計画内容が十分とは言えない。今後は、施設としての理念や支援の具体的な内容を示した計画を作成し、施設の方向性を含めて説明するなど、より理解を促す取り組みに期待したい。

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。			
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。	b	令和2年度より、ICF（国際生活機能分類）を活用し、全ての利用者のニーズ把握の取り組みを進めている。また、利用者・家族の満足度調査を実施し、その調査結果を集約するとともに、定期的な第三者評価受審により、サービスの質の向上につなげている。今後は、それぞれの福祉サービス内容の評価結果を分析・検討する機会を組織的に整備し、確実に実行されるよう期待したい。
9	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。	b	利用者・家族対象の満足度調査結果を受け、居室での面会を可能としたり、行政介護サービス相談員の訪問調査結果を食事内容に反映し、利用者・家族から喜ばれている。この取り組みによって、施設内に外部の人の目が入り、職員に緊張感が生まれるなど、予期せぬ効果が得られた。今後は、こうした調査を継続的に実施し、そこで把握した課題を文書化するとともに、職員間で共有し、改善策を中長期計画において解決していく組織的な取り組みとなるよう期待したい。

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	コメント
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
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。	b	施設の職員配置図、事務分担表などにより、責任体制を明確化している。また、職員会議・研修において施設長自らの役割と責任を表明し、職員との信頼関係を構築するよう取り組んでいる。施設長不在時の権限代理については業務継続計画（BCP）に位置付けている。今後は、広報誌を活用して、施設長としての積極的なメッセージを発信するなどの取り組みに期待したい。
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。	b	全道並びに管内老人福祉施設協議会の役員会議・研修等に積極的に参加し、遵守すべき法律等の情報については、施設内のグループウェアを活用し、逐次職員に知らせている。今後は、基本的な関連法令について、職員が正しく把握・認識しているか、最新情報にアップデートされているかなど、確認する取り組みに期待したい。

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている		
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。	b 施設長は、日頃からサービスの質の向上を目指し、生活相談員や介護主任と検討・協議し、課題解決に向けて指導的な役割を果たしている。今後は、医療的ケア研修の実施など未解決の課題に対し、職員との検討・協議を重ね、課題解決並びにサービスの質の向上に資する取り組みの推進に期待したい。
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。	b 毎月開催の施設運営会議において、収支状況の確認を行うとともに、サービスの質の向上のための取り組みや新たな加算取得等にかかる協議を行っている。現状における改善の一つとして、医療業務は、これまで全て看護師が担っていたが、経管栄養や服薬などの一部業務を介護部門へ移管し、業務の実効性を高めた。単なる新規加算取得は、職員の労働強化に直結するため、これまで以上に職員との検討・協議を重ね、職員体制整備と新たな加算取得を組み入れた中長期計画策定による計画的な取り組みに期待したい。

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。			
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。	b	人材確保の取り組みについては、令和3年度より実施されているが、現状では欠員補充も困難な状況にあり、地元高校における職業説明会開催、高校・専門学校への広報活動などの取り組みを継続している。また、職員定着の取り組みとして、夜勤3交代制の導入、介護等資格取得補助の実施、ユニットリーダー研修の受講など推進している。今後は、現在の人材確保の取り組みを明確に位置付けた中長期計画を早期に策定するよう期待したい。
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	令和5年度から職員面談を実施しているが、職員の任意であることから一部に留まっており、人事考課、キャリアパスにも取り組んでいない。新任職員の教育係として介護主任が担当して離職防止に努めている。今後は、全ての職員の面談を実施し、人事考課など総合的な人事管理制度を整備し、中長期計画にしっかり位置づけた取り組みを進めて行くことに期待したい。

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。	b 有給休暇取得並びに時間外勤務の状況について、基本的に職員の希望で行っている。令和5年度に一部職員への個別面談を始めたことにより、職員の就業状況や意向把握が容易になり、組織的な労務管理体制構築の足がかりができてつある。また、ワークライフバランスに配慮し、衛生委員会や産業医の設置検討を始めた。今後は、人材定着のための様々な取り組みを導入し、中長期計画にもしっかりと位置づけ、働きやすい職場づくりに積極的に取り組むよう期待したい。
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 令和4年度から職員一人ひとりの経験や適性を考慮した研修計画を策定している。それぞれの職員の5年後の将来像を想定しながら必要な研修を受講し、その結果を組織的に評価・管理している。今後は、研修受講後、何を感じたのか、これからどのような研修を受講したいのかについて、職員との個別面談を丁寧に行いながら、この取り組みを継続・定着・深化させていくことを大いに期待したい。
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。	b 職員一人ひとりの個性に配慮した研修計画を策定し、研修が実施されている。今後は、職員の教育・研修に関する基本方針を中長期計画の中で明確に位置づけて、この取り組みを推進していくことに期待したい。
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。	b 職員個別研修計画により教育・研修の機会は確保されているが、人員体制等の問題で職員が希望する外部研修の参加が十分に図られていない。今後は、職員体制整備を促進するとともに、職員が選択できる研修メニューの充実強化を図っていくことに期待したい。
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。	b 受け入れマニュアルを整備し、介護福祉士養成校から実習生を受け入れており、その学生が卒業後に介護職員として勤務する実績が増えてきている。ただし、福祉・介護人材不足の影響で実習生数が漸減しており、実習生が来ない年も少なくない。今後の実習生受け入れは、施設職員確保の大きなチャンスとなっていることから、実習指導者の育成に引き続き取り組むとともに、社会福祉士実習の受け入れについても検討するよう期待したい。

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。			
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。	b	令和3年度よりホームページを開設し、施設内の様子や行事風景等を公開している。また、職員ブログも同時開設し、日々の職員業務の様子も紹介しており、財務状況や第三者評価結果についても情報公開している。今後は、既存の施設ホームページとの重複部分の整理統合を行うこと、財務状況を事業所毎に公表していくことなどの整備・修正について期待したい。
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。	b	事務・経理・取引等に関するルール、業務分担における権限・責任が各種事務規程に基づき、明確化され、職員にも周知されている。法人として年4回の定期監査も実施している。今後は、事業・財務等に詳しい外部の専門家による経営改善に資する支援等を受けることも検討されたい。

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（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。	b	利用者と地域をつなぐ取り組みとしては、地域のお祭りに利用者が参加したり、小学校の学習発表会に招待されている。また、学校の福祉学習として、高齢者疑似体験、車椅子の使い方、おむつ着脱、とろみ食体験など職員の講師派遣や、老人クラブ、障害者施設との交流も続けている。今後は、施設としての地域との関わり方・方針等を整備し、施設側からの発信を積極的に増やしていく取り組みに期待したい。
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。	c	施設としてボランティアの受け入れは、以前より実施しているが、その受け入れにかかる基本姿勢が明示されてなく、マニュアルも未整備の状態である。 今後は、法人（町社会福祉協議会ボランティアセンター）との連携・協働を進め、ボランティア受け入れにかかる基本姿勢の明文化並びに受け入れマニュアルの整備について、早急に取り組んでいくことを強く望む。
Ⅱ-4-1（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	地域の資源である移動売店・図書館、訪問理美容などを積極的に活用している。関係機関・団体との連携については、災害訓練時に周辺自治会が参加したり、地域ケア会議や保健・医療・福祉関係者で構成する「こう福祉21実行委員会」のメンバーとして施設職員が参画している。今後もこうした関係機関・団体との連携が円滑に図られるよう、より積極的な取り組みに期待したい。
Ⅱ-4-1（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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b	現在、生活相談員が地域の福祉ニーズについてソーシャルリサーチ中とのことであるが、組織的な動きにはなっていない。今後は、法人（社会福祉協議会）が把握している地域福祉ニーズを分析・検討し、その中で施設に求められる役割・機能について、改めて役職員で検討・協議することからはじめられたい。
27	Ⅱ-4-(3)-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。	b	福祉学習における職員の講師派遣、防災訓練時の近隣自治会との連携・交流等を継続的に実施しているが、それらが全般的な地域の福祉ニーズに基づいた活動とは必ずしも言えない。今後は、施設として、地域に対して役割・機能を果たすために何が必要なのか、法人（社会福祉協議会）として求められる役割・機能は何か等について、法人内・施設内において地域の福祉ニーズを改めて考え、将来の公益的活動の方向性について、検討していくよう期待したい。

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	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。			
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。	b	各種マニュアルに経営理念に基づく考え方が明示されている。また、施設内の研修においても利用者尊重をテーマの研修時間を大幅に増やし、特に新人研修は介護職員だけではなく直接利用者の支援にあたらたない職員も参加対象にしており、施設全体での共通理解を深めることがうかがえる。また、成年後見制度も必要性をアセスメントしつつ利用につなげている。今後は、研修の充実を継続させつつ、研修や様々な場面で伝達した内容の定着度合いを把握する仕組みの構築に期待したい。
29	Ⅲ-1-(1)-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。	b	プライバシー保護マニュアルだけではなく、各種マニュアルにおいてもプライバシー保護の重要性は明示され、個々の支援が行われている。ハード面においては、各居室に取り付けた感染症防御扉が、居室内部が見えにくくする機能を強化することにもつながっている。今後は、マニュアルに盛り込まれた考え方の更新の必要性の検討や考え方に沿った支援が行われているのかどうか、検証と改善を可能にする仕組みの構築に期待したい。
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	ホームページやパンフレットを大幅に刷新し、施設の選択に必要な情報をわかりやすく伝える取り組みをしている。アクセス解析も行っている。パンフレットの設置場所は町内の関係機関に加えて、町外の医療機関や介護事業所にも訪問し、幅広い潜在的な利用者層にも施設情報が届くように積極的な取り組みを行っている。今後は施設見学メニューの多様化やホームページの構成をより閲覧しやすくする等の情報発信に期待したい。
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	契約前に、自宅もしくは施設にて施設概要など、施設パンフレットや利用料金表、入所時の荷物例、入所後の窓口案内など事前に説明の機会を設け、利用者の十分な理解を促す工夫を行っている。また、入所日の契約時においては、自宅もしくは施設にて、重要事項説明書や入所契約書、各種同意書、施設ケアプラン、栄養ケアプランなどの説明は、利用者に圧迫感を与えないように各担当が順に個別で説明し専門用語をかみ砕いて説明し、同意を得た後に記名していただいている。今後もこうした利用者へ適切な説明と自己決定を可能にする取り組みの継続に期待したい。
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。	b	退所や家族等へ引継ぐ支援事例はあまり多くはない。退所する事例があった場合は、退所後に関係する職種への確実な情報提供を行っている。今後も退所や家族等への引継ぎする事例は生じることも予想されるため、引継ぎ時に必要な事項をマニュアル化し、関係する職員が統一的な視点と手法で取組むことを期待したい。

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。	b 令和5年度に初めて利用者満足度アンケートを実施した。内容は様々な先行事例を研究しながら、回答しやすい設問項目を設定する等して、工夫している。また、アンケート結果を踏まえてサービスの提供方法を改善した事例もある。ただ、アンケート結果を分析し、中長期的な視点で利用者満足向上のための取組にはつながっていない。今後は、何のために、どの項目を重点的に利用者の状況を把握するのか等、多角的な観点で検討しながら、満足度向上のための仕組みの改善に期待したい。
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。		
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。	b 苦情解決規程に基づき、法令で定められた一連の苦情解決の仕組みは整備されている。苦情第三者委員会において苦情への対応内容を情報を共有している。苦情解決の窓口周知は、施設内の掲示板への周知文の掲示である。今後は、苦情解決の流れが、福祉サービスの質の向上のための仕組みであるということを念頭に置き、苦情内容をサービス内容の改善につなげる姿勢を継続させつつ、苦情を申し出しやすくするための周知の工夫に期待したい。
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。	b 利用者が相談しやすい環境づくりの一環として、職員誰にでも相談できることを周知している。対面での相談以外にアンケートなどの方法も取り入れているが、結果分析の実施方法等、今後に向けて一層充実した取り組みに期待したい。
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。	b 利用者からの相談、意見はあらかじめ定められた記録様式に記録し、職員間で共有する流れが確立している。ただ、相談に対する対応方法は個々の職員に委ねられている部分が多く、今後は標準的な対応水準を維持するためにも対応マニュアル等の整備に期待したい。
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。		
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が構築されている。	b 事故防止対策マニュアルや事故対応救急マニュアルを整備しており、毎月のフロア会議での事故対策の評価を行い、検証を行っているほか、ヒヤリハット報告や事故報告書については、介護ソフトなどを通して迅速に職員内で閲覧し共有している。ただ、マニュアルの内容は、古い記載も混在しているため、今後の改訂作業に期待したい。
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。	b 感染症防止マニュアル、インフルエンザ対応マニュアル、新型コロナウイルス対応マニュアル、感染症を想定した業務継続計画などを整備した上で、施設内感染対策委員会、専任担当者が主となり、定期的な委員会の開催、研修・訓練の実施も行っている。ただ、新型コロナウイルス対応マニュアルは、古い記載も混在しているため、今後の改訂作業に期待したい。
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。	b 「地震津波発生時初動対応マニュアル」として、自然災害を想定した事業継続計画を整備し、年2回の避難訓練も実施し、地震多発地域であることを意識した初動体制を詳細に取り決めている。一方、事業継続計画に位置付けている備蓄品リストをさらに内容を精査するなど、初動時だけではなく支援体制構築に期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
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。	b	前回の第三者評価受審結果を受けて「全般マニュアル」として、職員の誰もが共通に行わなくてはならない基本的なサービス提供方法のあり方をさだめている。マニュアルは新人職員や中途採用職員を中心に活用している。ただ、全職員が常にマニュアルを参照できる環境整備としては十分とはいえないため、例えばすでに導入している介護ソフトからの閲覧といった工夫にも期待したい。
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	マニュアルの記載内容について、見直しが必要な部分が存在していることは認識しており、各委員会において協議、確認を得た上で見直し作業を完了することになっている。今後はこうした一連の見直し作業をPDCAのサイクルで機能する仕組みとして位置付けるようにする取り組みに期待したい。
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。	b	福祉サービス実施計画は、介護支援専門員が、栄養ケア計画は管理栄養士が作成していく。令和2年度からは介護職員が利用者の生活状況を多角的に把握するために、1CFの指標を活用している。しかし、施設としてのアセスメントの手法などが十分に確立しているわけではないので、今後の取組に期待したい。
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。	b	6か月ごとにモニタリングし、困難事例などのカンファレンスは計画作成者に加え、介護職員、本人、看護師などと検討し、結果を計画見直し内容に反映させている。今後は計画を緊急に見直す場合の仕組みの構築にも期待したい。
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。	b	専用の介護ソフトを導入し、記録内容は看護職員も含めた全職員が共有できる仕組みが構築されている。また、令和6年度からはパソコンだけではなくタブレットも導入しハード面での環境整備を進めている。今後は、記録の掲載内容の水準維持のための指導や動機付け研修の取組の継続とともに、記録作成のための参照資料として施設で作成したマニュアル類との紐づけなどといった記録のしやすさを一層多角的に支える取組にも期待したい。
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。	b	法人として「個人情報保護規程」や「文書管理規定」を整備している。今後は、施設の現状に応じた規程変更や施設独自の規程の制定等にも期待したい。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

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		
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。	b	個性性を高める工夫が試みられている。入居者一人ひとりに応じた生活支援のため、アセスメント時にICFシートを使い、全体的な理解と多角的な視点を取り入れられている。日課表が活用されているが、日課のスケジュールに大きな差はなく、基本的な内容が重視されている。今後さらにアセスメントの精度が向上し個別ケアの実施が全体へ展開されることが期待される。
A ^② 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。	b	目が見えない方や認知症のある入居者に対し、個別の支援方法を工夫している。利用者の身体状況や生活歴を参考にし、接遇能力を統一するために定期的な研修が実施されている。コミュニケーションが難しい場合、ハンドアサインや筆談などの方法が試みられている。今後職員全体で一人ひとりへのアプローチが変わることなく実践が定着するような体制の構築が期待される。
A-1-（2） 権利擁護		
A ^③ 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。 ※a/cのみ選択	a	身体拘束廃止や高齢者虐待防止に関する委員会と研修を定期的の実施している。利用者の権利擁護や尊厳保持に重点を置き、プライバシー保護や環境面、職員育成の改善も進めている。令和5年度には、町政への意見を述べたい利用者や支援し、町長ポストへの投函や議員の訪問で直接話を聞く機会も設けている。

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		
A ^④ 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。	b	職員が温度や湿度を適時確認し調整している。介護職員と看護職員が温湿度管理を行っており、多床室でも快適に過ごせる工夫がされている。入居者は自室でテレビや携帯電話を使用可能で、スポットクーラーも一部設置されている。排泄ワゴンの導入や感染扉で廊下の音が減少。日中は個別にテレビを楽しむことも可能となるような配線の改修も行っている。今後も継続した快適な環境の改善が期待される。

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		
A ^⑤ 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	入浴時にはバイタル測定を行い、体調を確認してから入浴している。入浴方法は個別浴や機械浴があり、体調によっては清拭で対応している。同性介助を基本とし、課題がある場合などは、看護師への相談や入浴委員会での検証を行い、月1回のフロア会議での検討も進められている。
A ^⑥ 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。	b	入居者の心身の状態に応じて、オムツやパット、ポータブルトイレを活用している。自立している入居者には遠くから見守り、声掛けを実施している。汚染時は職員が対応し、個別に適切な排泄方法を考慮して実施している。カンファレンスやフロア会議で排泄方法の見直しを行い、変更時には職員間で共有し統一したケアを行っている。今後は会議で支援方法を検討し、マニュアルの再検討・更新が期待される。

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。	b	施設では、車いすやテーブル、歩行者などの備品を入居者に合わせて支援しているが、適していない場合は自立を妨げる可能性がある。個人に適した移動方法については、カンファレンスやフロア会議で協議し、家族の了承を得て個人で購入することもある。現在、独歩が1名、杖使用が1名、歩行者使用が3名、車椅子使用が4名おり、日常の報告からモニターし、都度対応している。今後は現在の状態に対応するのみならず、自立支援的な視点から、移動動作などが維持・向上できるよう適時検討支援されることが期待される。
A-3-(2) 食生活 *食事の提供を行っていない場合は「非該当」とすることが出来ます。		
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	ソフトやムース食の検討や、食事を美味しく見せる工夫が進められている。管理栄養士は入居者の嗜好調査や定期的なミールラウンドを行い、個人の嗜好を反映している。温度の問題に対応するため、温冷配膳車や食器も用意され、メニュー説明や喫食環境の改善が期待されている。姿勢の見直しや食器の工夫、音楽を流すなどの工夫もされている。行事食は月1回誕生日食や季節の食事として掲示やカードを添えて提供されている。
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	食事提供のタイミングや内容、介助方法は入居者の状態に合わせて対応しているが、一部車椅子のままでの食事やテーブルの高さがミスマッチしている状況がある。利用者の疾患や身体状況に配慮し、主食3種類、副食5種類、療養食3種類が用意されている。可能な限り経口摂取を工夫し、医療職や介護職、看護師が嚥下医に相談できる体制が整っている。今後は、食事摂取の姿勢など誤嚥などの事故防止の視点からも再検討されることが期待される。
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	月1回、歯科衛生士がスクリーニングを行い、歯科医師と連携している。毎食後の歯磨きが標準ケアで、義歯管理も入居者に合わせて行っている。協力歯科の往診も月1回あり、口腔状態の観察や技術的助言を受け、施設の口腔ケアに反映している。年2回は全利用者が検診を受け、カンファレンスで結果を共有している。結果口臭も減少し、マッサージで咀嚼状態が改善している。口腔衛生管理体制も整備されている。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア *利用者の状況により「非該当」とすることが出来ます。		
A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b	褥瘡防止対策委員会を設置し、定期的開催している。ここで褥瘡のある利用者の状況を共有し、改善案を協議している。評価には個人情報に配慮しつつ、写真を活用して視覚的に把握できるようにしている。現在、5名の利用者が褥瘡になっており、委員会で検討している。OHスケールが指針に明記されているが、プレーデンスケールの検討も必要とされている。今後は、スケールの検討の含め治療にとどまらず予防に重点を置く支援体制の構築が期待される。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 *利用者の状況により「非該当」とすることが出来ます。		
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。	b	看護職員が中心となって支援を実施しているが、介護職員による喀痰吸引や経管栄養支援は行っていない。今後、計画的な職員の育成が必要であり、資格取得後も継続的な育成体制の構築が期待される。
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
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。	b	生活リハビリを生活場面で実施しているが、町内の医療機関との機能訓練による連携は行われていない。事例では、短距離では通常車椅子利用の入居者を歩行者を意図的に活用することをケアプランに位置付けるなど、軽介護の方には自力での生活を続けられるよう支援している。今後は、中重度者の入居者を含めて全体での機能訓練に対するアセスメントスキル及び支援の向上が期待される。
A-3-(6) 認知症ケア		
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	認知症の利用者への対応力を強化するため、認知症介護実践者研修やリーダー研修に職員を計画的に参加させている。修了者による伝達講習も今後検討している。声掛け方法は、帰宅願望や徘徊に関する統一した方法を用い、ベストプラクティスを共有している。今後現在の計画的な取り組みが継続され、全体の支援の質の向上が期待される。

A-3-(7) 急変時の対応		
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	急変時の対応マニュアルを整備し、緊急時を想定した訓練も実施している。夜間のオンコール体制では、発見者や連絡者など夜勤職員の役割分担を行っている。施設内のチームは連携を図りつつ、嘱託医と協力し、スムーズな受診や入院体制が整備されている。
	b	施設での看取りケアを希望する利用者には、施設や嘱託医、家族と調整し、個別に対応している。終末期には家族と密にコミュニケーションをとり可能な限りの対応をしているが、地域の医療提供体制の課題もあり、支援体制の構築に限界がある。今後、現状では完全実施が難しい状況であるが、施設で実行できる範囲での看取りについての方針や手順、職員教育、施設サービス計画への反映が期待される。
A-3-(8) 終末期の対応 *（訪問介護、軽費）取組の状況により「非該当」とすることができます。		
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-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		
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。	b	入居者の家族との連絡が少ない場合、施設側から生活相談員や介護支援専門員が電話等で連絡を取るよう努めている。家族との連絡は主に相談員が担当し、面会や外出・外泊の機会を促している。職員からの手紙や面談、生活歴の聞き取り、イベントの相談やケア方法の変更など、役割に応じた対応をそれぞれの職種が行っている。今後は施設としての方針や責任や役割・手段などのルールを定め、組織的な対応や体制の整備が期待される。