

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2012年9月24日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 078-8801

住所

旭川市緑が丘東1条3丁目1-6  
旭川リサーチセンター内

電話番号 0166-66-6565

評価機関名 タンジェント株式会社

認証番号 北海道 第12-004号

代表者氏名 代表取締役 小山内 信夫

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)	小山内 信夫	組織	第0049号
	(2)	渡邊 史朗	組織・福祉	第0056号
	(3)	高橋 綾	福祉	第0039号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	特別養護老人ホーム 芦別慈恵園			
設置者名称	社会福祉法人 芦別慈恵園			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2012年4月26日	~	2012年9月24日	
利用者調査実施時期	2012年6月1日	~	2012年6月30日	
訪問調査日	2012年7月25日			
評価合議日	2012年9月24日			
評価結果報告日	2012年9月24日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 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

第三者評価機関名

タンジェント株式会社

運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 芦別慈恵園
代表者氏名：理事長 岩間 珠一
所在地：〒075-0036 芦別市旭町28番地 <span style="float: right;">0124-22-2566</span>

事業所の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

総評

特に評価の高い点

**利用者や職員に配慮した広いゆとりある施設**

事業所を訪問して先ず感じたのは、施設内の共用スペースや廊下、各ユニットの居室が広々と余裕のあるスペースを確保しており、温かみある雰囲気を感じ取ることが出来た。特に、利用者の個別ケアを考慮したユニット毎の改築・改装や新しい事業への取り組みの「慈孝庵」や「学習塾」等の共用空間も用意され、利用者や職員の利便性や使い易さを優先した環境づくりに取り組み、法人としての役割を十分に配慮した柔軟な姿勢が評価できる。

**東日本大震災被災地支援ボランティアの派遣**

震災ボランティアの派遣は、事業所としての今までの感謝と人生の豊かな人づくりを目指した想いと聞き、その英断と行動に敬意を表したい。今回は、12名の職員が被災地に派遣され、被災地における支援状況を体験・活動した震災ボランティア報告会が開かれ、報告者は勿論のこと報告を受け取った職員の方々が、お互いの思いを共有して、今後の職場活動や日常生活に活かし高く評価したい。

**地域との交流と法人としての役割**

地域に必要な特養の使命として、地域住民や事業者が協働し「みんなで介護を考える会」の創設や地域に向けた認知症予防と脳の健康教室「えがお塾」開設、なごみ丘庭園の整備と足湯の活用で市民の憩いの場を提供したり、介護講座の開催や講師の派遣、配食サービスの支援など事業所が有する機能の還元と地域との交流が活発に行われており、地域における事業所としての取り組みの貢献度は高く、高く評価したい。

改善を求められる点

**外部監査の実施**

経営コンサルが毎月、経営実績会議に参加し、経営状況の分析を実施しているが、公認会計士等の専門家による法人の財務管理や経営上の改善の課題発見とその解決に向けた客観的な情報を得るために外部監査の実施が適切と考える。

**職員の育成と研修計画の評価・見直し**

事業所では、新採用の時から段階的に取り組む研修計画が明示されており、毎月各グループや事業所での研究発表や介護技術に関わる外部講師の招聘、研修後のレポート提出や研究発表する場を持つなど個別の教育・研修が積極的に行われている。しかしながら、職員アンケートの中で、法人の役職につきたい人が、94%の結果であり、法人リーダーの魅力的な位置づけと養成、職員会議・研修会が定期的に行われているわりには職員間 正職、臨時、パート の周知度に差があったり、会議・研修の報告だけで終わっているなど活発な意見交換の場となっていないので今後は、内部・外部研修の定期的評価で、次の研修計画に反映できるよう期待します。

**リスク管理とリスクマネジメント**

事業所では、リスクマネジメントの取り組みを行うため、事故防止対策委員会を設置しており、利用者一人ひとりのリスクを事前に予測・回避して安全で快適なその人らしい人生を送るため安全確保に努めているが、収集した事例を要因分析し、事故の再発防止に反映できるようさらに検討することを期待する。

第三者評価結果に対する事業者のコメント

利用者の生活環境の向上や震災ボランティア派遣からの学びを生活に生かす取り組み、法人の使命としての地域貢献が高く評価されたことは、今後も更につなげて行きたい。人材育成や研修は力を入れて取り組んでいる事柄であるが、研修や法人の取組みが一般職員にも周知され、法人への理解を深めることにも力を注ぎ、法人組織に愛着を持ち活き活きとした仕事出来る職員を育てて行きたいと考える。それには、分かり易い方向性を打ち出し分かり易く説明し、皆で考えていけるように取り組んで行きたい。

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： 平成 24 年 6 月 26 日**

事業者名 (法人名)	社会福祉法人芦別慈恵園		
事業所名 (施設名)	指定介護老人福祉施設芦別慈恵園	種別	特別養護老人ホーム
事業所所在地	〒 075-0036 芦別市旭町 2 8 番地		
電 話	0124-22-2566		
F A X	0124-22-1482		
E-mail	<a href="mailto:iikeien@ashibetsu.or.jp">iikeien@ashibetsu.or.jp</a>		
U R L	<a href="http://www.ashibetsu.or.jp">http://www.ashibetsu.or.jp</a>		
施設長氏名	川邊 弘美		
調査対応ご担当者	小野 省吾 (所属、職名：居宅支援事業所 所長)		
利用定員	86 名	開設年	昭和 45 年 2 月 1 日
理念・基本方針：	法人基本理念 「和顔愛語」 人にやさしい笑顔で、心は豊かに、言葉は和やかに。 経営理念 1. 「地域、家族、利用者」のニーズに応えられる事業展開を行います。 2. 「人材・介護力・環境」を整備しながら安定した経営を目指します。 介護理念 1. ひとり一人の生活や暮らしを大切にします。 2. 最期の時まで口から食べる食事の工夫をします。 3. 家族と一緒に看取ります。		
開所時間 (通所施設のみ)			

### 【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員 名) 本体短期入所生活介護 (定員 8 名) 訪問介護 通所介護 (定員 2 4 名) 認知症対応型通所介護 (定員 1 0 名) サテライト型居住施設 (定員 2 0 名・このうち 1 名は在宅入所相互利用制度) 居宅介護支援
--

**【利用者の状況に関する事項】（平成 26 年 6 月 25 日現在にてご記入ください）**

年齢構成（成人施設の場合（老人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
0 名	1 名	5 名	11 名	18 名	20 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
20 名	10 名	1 名	86 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ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～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			

障害等の状況

- ・身体障害（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	7級
視覚障害	2名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	1名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	1名	名	名	名	名
肢体不自由	10名	1名	2名	6名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	13名	1名	4名	6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。

- ・知的障害（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
名	名	名

- ・精神障害（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(保育園を除く)

6ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
14名	10名	12名	14名	11名	5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
2名	1名	4名	1名	2名	3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
1名	名	名	1名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
4名	名	名	1名		

(平均利用期間: 4年1ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 24年 6月 25日現在にてご記入ください)

職員配置の状況

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	56名	1名	6名	0名	1名
非常勤	31名	0名	1名	0名	0名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	30名	0名	4名	0名
非常勤	0名	21名	0名	2名	0名
	管理栄養士・栄養士	介助員(用務員)	調理員等	医師	その他(介護支援専門員)
常勤	1名	2名	8名	0名	2名
非常勤	0名	2名	4名	1名	0名

高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」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	2名 ( 0名 )
介護福祉士	38名 ( 再掲6名 )
保育士	1名 ( 0名 )
	名 ( 名 )
	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	4,479.44 m <sup>2</sup>	
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築年	昭和	45年
(4) 改築年	平成	13年

保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(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)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	m <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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】

・平成 23 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

360 人

・ボランティアの業務

散歩介助、会話  
喫茶室の開催  
生花の会の先生・補助者  
書道の会の先生・補助者

### 【実習生の受け入れ】

・平成 23 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士	2 人
介護福祉士	1 人
その他	4 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。

・利用者や家族に対するケアやサービス内容に対するアンケートをしている。  
・カンファレンスに家族や利用者の出席をしてもらい開催している。  
・苦情相談受付体制を整備している。相談に対しては、相談室や相談コーナー等の場所を設ける配慮をしている。  
・日頃の相談に対しては、相談員を中心にいつでも相談できる体制にしており、更にはシステムにて家族等からの相談や質問をケアワーカーから記入し上げていく体制にしている。  
・なごみ茶話会を各ユニット・グループで年 1 回開催し、法人第三者委員に参加してもらい理解を深めることと、利用者・家族からの意見や要望を伺っている。  
・家族交流会も各ユニット・グループで年 1 回開催し、家族としての意見、要望やニーズを伺うようにしている。

### 【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 福祉サービスの基本方針と組織

### - 1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
- 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立されている。		
- 1 - ( 1 ) - 理念が明文化されている。	a	理念が明文化され、基本理念・介護理念・経営理念を各ユニットの見やすい場所に掲示し、職員間で共有されている。また、事業所内文書や広報誌・パンフレットに記載されており、その内容が確認できる。
- 1 - ( 1 ) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	経営計画の中で、理念、基本方針が明文化されている。また、基本方針達成の為に「年度重点目標」を掲げ、目標の管理が行われている。
- 1 - ( 2 ) 理念や基本方針が周知されている。		
- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	基本理念や経営理念、基本方針が明文化され、トータルケア会議や職員会議、内部研修会の中で職員に対する周知への取り組みが行われている。
- 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	理念、基本方針は、利用者・家族、来訪者等に各ユニットや施設内に分かりやすく掲示している。また、ホームページや広報誌に掲載していると共に入居時や家族会で説明をする機会を設け周知している。

### - 2 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 2 - ( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
- 2 - ( 1 ) - 中・長期計画が策定されている。	a	経営計画を達成するための具体的な中・長期の運営計画やサービス内容、組織の体制や設備整備、職員体制、人材育成や収支等が具体的な実行計画が策定されている。また、中・長期計画は課題や問題点の解決に向けた具体的な内容になっていて評価・見直しを行っている。
- 2 - ( 1 ) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	経営計画に基づき、中・長期の事業計画が年度毎の事業計画に反映され、その実施状況や評価について、毎月、実績会議や幹部会議、経営会議で検討している。
- 2 - ( 2 ) 事業計画が適切に策定されている。		
- 2 - ( 2 ) - 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	組織の関係職員が参画し、意見を集約して事業計画が策定され、年度の評価と目標計画を立案し、トータルケア会議に集約して全体で検討している。また、年度途中にあっても、上期・下期に事業計画の実施状況の把握、評価を行っている。
- 2 - ( 2 ) - 事業計画が職員に周知されている。	a	トータルケア会議で事業計画を文書で配布・説明していると共に各部署会議や職員会議で周知している。
- 2 - ( 2 ) - 事業計画が利用者等に周知されている。	a	広報紙、ホームページ、家族交流会で周知し、受付には各計画が、分かり易く説明した資料を作成して掲示をしている。

### - 3 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
- 3 - ( 1 ) 管理者の責任が明確にされている。		
- 3 - ( 1 ) - 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	責任と権限が業務分掌で明文化され、職員会議や幹部会議を通じて、周知に努めている。
- 3 - ( 1 ) - 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	遵守すべき法令やその他の規範について、内部の研修会等で周知する取り組みが行われている。また、法令遵守責任者を配置し、業務管理体制を強化している。
- 3 - ( 2 ) 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	毎年、職員自らの自己評価をもとに個別面談を実施し、管理者は職員の意見や要望を聞く機会を設けて運営への反映や改善活動への取り組みに指導力を発揮している。
- 3 - ( 2 ) - 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	外部講師を招聘して経営実績会議を2回/月実施し、人事・労務・財務等の検証を行ったり、「みんなで介護を考える会」を活用して、市内他事業所と連携した地域づくりに取り組みや経営・業務の効率化を図っている。

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
- 1 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
- 1 - ( 1 ) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	外部講師の招聘や福祉施設協議会への研修参加で社会福祉の動向の把握や福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータの収集・分析で事業経営を取り巻く環境を的確に把握している。また、福祉関係の新聞、雑誌からも情報を得ている。
- 1 - ( 1 ) - 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	経営実績会議を月2回、運営会議を月1回開催し、経営状況の把握やコスト分析、改善すべき課題を明確にする取り組みが行われている。
- 1 - ( 1 ) - 外部監査が実施されている。	c	経営実績会議で経営状況の分析を実施しているが、公認会計士等の専門家による法人の財務管理や経営上の改善の課題発見とその解決に向けた客観的な情報を得るための外部監査が行われていない。

- 2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
- 2 - ( 1 ) 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。		
- 2 - ( 1 ) - 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	必要な人材や人員体制の基本的な考え方や方針が年度職員研修計画で確立している。また、社会福祉士、介護支援専門員、介護福祉士などの資格取得を奨励して、内部での研修会も実施している。
- 2 - ( 1 ) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	毎年、職員面接を行っており、エゴグラムを活用して自己の目標の達成状況など自己評価と主任評価をもとに人事考課が行われている。
- 2 - ( 2 ) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
- 2 - ( 2 ) - 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	定期的に職員との個別面談の機会を設けて、相談し易いように工夫している。また、職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータが管理され把握されている。
- 2 - ( 2 ) - 職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a	職員の希望や意向のもとに、福利厚生センターへの加入や職員旅行、親睦会の助成、親睦会の同好会活動 ミニバレー、ウォーキングなど積極的に福利厚生事業を実施している。
- 2 - ( 3 ) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
- 2 - ( 3 ) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	経営理念・介護理念の中・長期計画をもとに福祉サービスの質の向上を目指すために、全体の年度研修計画を立案し、理事会・評議会で承認を得て、それに基づいて職員研修を実践している。
- 2 - ( 3 ) - 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a	職員一人ひとりの技術・知識・専門資格が把握され、段階に応じた教育・訓練計画が作成されている。また、内部研修では毎月各グループ・事業所で研究発表を行い、全体研修会の発表会を実施している。
- 2 - ( 3 ) - 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	研修後のレポート作成や研修内容の発表の機会を設けているが、職員アンケート結果、職員間 正職、臨時、パート の研修成果に差があり、評価・見直しの結果を次の計画に有効的に反映していない。
- 2 - ( 4 ) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
- 2 - ( 4 ) - 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	実習生受け入れの際には、基本マニュアルが整備され、実習における責任体制を明文化している。また、事前にオリエンテーションと実習内容の打合せを行い、効果的なプログラムを作成し、有意義な実習になるよう取り組んでいる。

- 3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
- 3 - ( 1 ) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
- 3 - ( 1 ) - 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	緊急時マニュアル、感染症対策マニュアルを作成し、火災避難訓練、救急救命訓練の実施や緊急連絡体制を整備している。また、事故防止委員会を設置し、事故防止策を定期的に評価・見直しを行っている。
- 3 - ( 1 ) - 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	a	避難訓練は年2回実施しており、春に日中の想定と秋に夜間想定での避難訓練をしている。また、緊急時の連絡網を整備し、消防署に通報する時間の測定や放水、消火訓練、市民参加の防災計画に参加し、法人の地震や地すべり対策を含む防災計画を策定している。
- 3 - ( 1 ) - 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	b	リスクマネジメントマニュアルに基づき、リスク会議を開催し、事故原因の把握や予防を検討しているが、収集した事例を要因分析し、事故の再発防止に反映できるようさらに検討することを期待する。

- 4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
- 4 - ( 1 ) 地域との関係が適切に確保されている。		
- 4 - ( 1 ) - 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	基本理念、基本方針に地域との連携を掲げ、地域ボランティアの受け入れや老人クラブの交流、利用者の地域の商店への買い物、通院など日常的な活動についても地域における社会資源を利用している。
- 4 - ( 1 ) - 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域に必要とされる福祉施設になることが使命と考え、2つの塾（なごみの丘、えがお塾）を開設し、庭園の整備と足湯の活用で市民の憩いの場となっている。また、地域での認知症の予防の取り組みや在宅ケアの事前介護講座、老人大学への講師派遣など地域に還元している。
- 4 - ( 1 ) - ボランティア受け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	ボランティア受け入れの基本姿勢やマニュアルが明文化され体制が整っている。喫茶の開催や学習療法などに取り組んでおり、年度にまとめてボランティア交流会を開催している。
- 4 - ( 2 ) 関係機関との連携が確保されている。		
- 4 - ( 2 ) - 必要な社会資源を明確にしている。	a	病院、緊急時の連絡先、行政の連絡先、苦情受付窓口、社会福祉協議会などの関係機関を具体的に明示している。また、関係機関の情報は会議などで説明し、職員間で共有している。
- 4 - ( 2 ) - 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	「みんなで考える会」を立ち上げ、地域の関係機関・関係団体と退院後や在宅への受け入れなど連携とネットワーク化に取り組んでいる。
- 4 - ( 3 ) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
- 4 - ( 3 ) - 地域の福祉ニーズを把握している。	a	「みんなで考える会」で配食サービスや町内会の参加などで事業所独自のデータの収集と分析で地域福祉のニーズを把握している。
- 4 - ( 3 ) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	地域ニーズを把握してサテライト型居住施設を展開、配食サービスでは食事の提供や認知症予防のための学習療法を活用したえがお塾を市内2ヶ所で開催している。

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	コメント
- 1 - ( 1 ) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
- 1 - ( 1 ) - 利用者を尊重した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	基本理念、基本方針に利用者を尊重した福祉サービス実施について明示している。また、利用者尊重や基本的人権への配慮について、勉強会や研修を実施し、身体拘束や虐待防止について職員に周知している。
- 1 - ( 1 ) - 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	介護マニュアルを策定して、部署会議で検討を加え、プライバシー保護に組織として取り組んでいる。また、業務指針や倫理綱領に基づきプライバシーの遵守、個人情報保護管理の研修実施で職員に周知されている。
- 1 - ( 2 ) 利用者の満足の向上に務めている。		
- 1 - ( 2 ) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者満足の向上を目指して、年1回利用者・家族アンケートを実施して、データを収集・分析し、改善課題を明確にしている。また、家族懇談会やなごみ茶会では利用者・家族の感想や意見を聞きサービス満足度の向上に活かしている。
- 1 - ( 3 ) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
- 1 - ( 3 ) - 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者が相談方法や相談相手を選択できることを「重要事項説明書」に記載し、施設内には、苦情申し出先の掲示や相談スペース、ご意見箱を設置している。
- 1 - ( 3 ) - 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決責任者・苦情受付担当者の設置や第三者委員会の整備で苦情解決の体制が整備されている。また、年度末には第三者委員を含め苦情相談の報告会を開催し、苦情への検討内容や対応策など報告・助言を得ている。
- 1 - ( 3 ) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	日常的にシステムなどを通じて利用者や家族からの質問や意見があった場合は、記載して閲覧できるよう未然に防ぐシステムにしているなど利用者や家族からの相談には迅速に対応している。また、苦情や相談、意見や要望等に対応した「苦情処理規定」が明文化され、意見や苦情等をサービスの改善に反映し、規定の定期的見直しを行っている。

- 2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
- 2 - ( 1 ) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
- 2 - ( 1 ) - サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	職員一人ひとりが自分の業務や事業所のサービス内容について自己評価を実施し、各部署で毎月1回会議を開き、サービス内容等について検討している。また、毎年、第三者評価を受審して評価・見直しに活かしている。
- 2 - ( 1 ) - 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	3年連続して第三者評価を受審し、課題を明確化して、取り組みの改善計画が策定されている。また、第三者評価で明らかになった問題点について改善策や改善計画の実施状況の評価すると共に必要に応じて計画の見直しをしている。
- 2 - ( 2 ) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
- 2 - ( 2 ) - 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	介護技術・身体拘束廃止・学習療法・ケアプラン・リスクマネジメント・研修・感染症対策・労働安全衛生・口腔ケア・排泄の各委員会で接遇や事故防止、入浴介助や食事介助などのマニュアルを整備し、サービス提供に活かしている。
- 2 - ( 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	各ユニット会議や各係りの会議で年度末に検証し、サービス内容と見直し結果をマニュアルの改正に反映している。また、見直しにあたり、職員や利用者などからの意見や提案が反映されている。
- 2 - ( 3 ) サービス実施の記録が適切に行われている。		
- 2 - ( 3 ) - 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	介護計画に基づくサービスが実施され、個別の記録及びカンファレンス議事録など一人ひとりのサービス実施状況が適切に記録されている。
- 2 - ( 3 ) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	文書管理、責任と権限が規定され、適切な記録の管理が行われている。また、記録の管理について個人情報保護と情報開示の観点から職員に対し教育や研修が行われている。
- 2 - ( 3 ) - 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	個別支援計画の実施状況や他部門への伝達が必要な情報、利用者にかかわる日々の情報を意見交換して、情報の共有が行われている。また、パソコンのネットワークシステムを利用して、事業所内で情報を共有する仕組みになっている。

- 3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
- 3 - ( 1 ) サービス提供の開始が適切に行われている。		
- 3 - ( 1 ) - 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	パンフレットや法人のホームページを作成し、施設紹介をしている。また、自由に見学できるように生活相談員が対応している。
- 3 - ( 1 ) - サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	サービス開始前に、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書や利用契約書等を利用者・家族に判りやすいよう説明し、同意を得てサービスを開始している。
- 3 - ( 2 ) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
- 3 - ( 2 ) - 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	利用者及び家族の意向に沿って法人内の事業所や他事業所の紹介を行っており、他事業所や地域・家庭への移行にあたりサービスの継続性に配慮した情報提供が行われている。また、在宅入所相互利用制度を導入して明文化し、在宅で長く暮らしていくために家族を支援する取り組みも行われている。

- 4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
- 4 - ( 1 ) 利用者のアセスメントが行われている。		
- 4 - ( 1 ) - 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	利用者の身体状況、生活歴や趣味嗜好等を把握して、統一した様式でアセスメントを行っている。また、職員が使用する個別対応表を作成し、個別の利用者の情報を共有し、スタッフが統一したケアが出来るように共有している。
- 4 - ( 2 ) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
- 4 - ( 2 ) - サービス実施計画を適切に策定している。	a	部門毎から職員がケアプラン委員会に参加し、生活指導員や看護師、介護支援専門員などの多職種にてカンファレンスを開催し、介護計画を策定している。また、介護計画は、一人ひとりの力や生活歴、要望等個別支援計画に反映できるように作成している。
- 4 - ( 2 ) - 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	3ヵ月ごとにモニタリングが実施され、実施状況の評価・見直しがされている。また、状態変化に応じて見直しを行っている。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A - 1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
1 - (1) 利用者の尊重		
A - 1 - (1) - 施設サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。	a	利用契約書と重要事項説明書に基づき、利用者・家族等にサービス内容や利用料金、事業者の義務や苦情の申し立て等を説明し、同意を得て、契約当事者の署名捺印をし、契約書を取り交わしている。
A - 1 - (1) - 施設サービス利用契約にあたり、適格な契約者による契約が締結されている。	a	利用者に意思能力がある場合は、利用者本人の直接契約の形態により締結されている。また、利用者の意思能力が不十分な場合は、成年後見制度による成年後見人の活用について情報提供や手続きについて支援をしている。
A - 1 - (1) - 施設サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。	a	介護保険制度の改正等があった場合には、利用契約の内容変更について遅滞なく通知・説明を行い、契約等を変更する契約変更手続きを行っている。
A - 1 - (1) - 施設サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに十分配慮されている。	a	施設サービス利用に関するホームページの施設案内とパンフレット等の内容は、判りやすく適切な内容となっている。
A - 1 - (2) 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。		
A - 1 - (2) - 食料品や嗜好品、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入できるように配慮している。	a	業者による移動販売や訪問販売を週1回行い、利用者は自由に利用できるようなっている。また、売店にない品物は週1回買い物に行けるよう支援している。
A - 1 - (2) - 施設が企画する行事やサークルなどへの参加については、利用者の意向を十分に尊重している。	a	個別レクも行き先などの意向を取り入れて行っており、クラブ活動も参加するか否かについての意向を十分に尊重して参加を促している。
A - 1 - (2) - 家族・知人などの外来者との面会については、時間帯の希望、面会場所の用意やプライバシーの尊重などに配慮している。	a	面会時間は、家族等の仕事帰りにも寄れるよう午後7時まで設けており、面会場所は、利用者や家族等の希望を尊重し、面会スペースを用意し、会話が外にもれないようプライバシーの尊重に配慮している。
A - 1 - (2) - 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて支援を行っている。	a	外出・外泊は利用者や家族の希望に応じて行われており、希望と必要性に応じて車両などによる送迎と移送業者の情報提供の支援を行っている。
A - 1 - (2) - 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。	a	お酒は、医師と相談しながら適量を考慮している。また、喫煙については、場所を限定して安全面に配慮した喫煙コーナーを設けて対応しているが、現在、喫煙者はいない。
A - 1 - (2) - 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。	a	預かり金管理規定を定め、責任の所在を明確にしている。また、自己管理を希望される方には、管理能力を確認し、家族と相談して自己管理をしてもらっている。

A - 2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
2 - (1) アセスメント・施設サービス計画		
A - 2 - (1) - 施設サービス計画作成のためのサービス担当者会議には利用者、家族、その他の関係の深い人が参加して行われている。	a	毎月、計画的に利用者、家族の参加のもとサービス担当者会議が開催されている。また、サービス担当者会議は本人や家族が参加しやすい日程と意見の言いやすいように配慮に努めている。
A - 2 - (1) - 施設サービス計画の作成に関しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。	a	介護福祉士、看護師、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士などの多職種の参加を得て、アセスメントの段階から専門職の意見が反映されるような仕組みになっている。また、医師からの療養上の注意や指示が、介護計画に反映されている。
A - 2 - (1) - 施設サービス計画には、自立支援や要介護状態の軽減または悪化を防止する視点が具体的に反映されている。	a	介護支援専門員の監理のもとで、介護計画の評価と見直しが行われ自立支援や身体機能の維持・向上について具体的に取組まれている。また、作業療法士の支援を得ている。
A - 2 - (1) - 施設サービス計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。	a	介護計画の目標が達成されるように、定期的にサービス担当者会議、モニタリングが実施され、必要に応じて随時見直しを行っている。また、個別対応表は事故や苦情などが起きた場合は、内容を検討して追加・変更をしている。
A - 2 - (1) - 施設サービス計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。	a	介護計画の内容について利用者、家族に説明を行い、文書による同意（署名・捺印）を得ている。判断能力の低下している利用者や身寄りのない人には、重要事項説明書を、家族や成年後見人に説明して、文書による同意を得ている。

2 - ( 2 ) 食 事		
A - 2 - ( 2 ) - 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。	a	管理栄養士が主体となって、栄養ケアマネジメント（栄養スクリーニング、アセスメント、栄養ケア計画、カンファレンス、モニタリング等）を全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。
A - 2 - ( 2 ) - 多職種と連携をとり、栄養ケア計画を作成・実施している。	a	栄養ケア計画を、対象者のケアに関わる職種間（看護師、看護師、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士の参加）で栄養ケアチームを作り必要な検討を加えて、作成・決定している。
A - 2 - ( 2 ) - 栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っている。	a	栄養ケア計画に基づいたサービスが提供され、記録もされている。また、医師からの適切な指示が行われている記録がある。
A - 2 - ( 2 ) - 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。	a	利用者の状態に合わせたスプーンや食器、ランチョンマットなどを使用するようにしており、各ユニットでは、落ちついで食事が取れるよう配慮されている。
A - 2 - ( 2 ) - 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。	a	味噌汁とご飯は各ユニットの調理室で作っており、厨房で作る副食も利用者の状態に合わせて温度を測定し、適温で提供している。また、各ユニットには、暖めるための電子レンジを備えている。
A - 2 - ( 2 ) - 食事は適時に提供がなされ、時間的配慮が十分なされている。	a	食事は時間的配慮に工夫して、ゆっくりと食事ができるような個人のペースにあわせて、摂取時間が十分確保されている。
A - 2 - ( 2 ) - 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。	a	歯科医師が定期的に往診に訪れて治療や義歯の調整や毎月歯科衛生士の指導で口の中を食べやすい状態にしている。また、自力摂取の困難な利用者には食事介助をしている。
A - 2 - ( 2 ) - 利用者の身体の状態（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。	a	嚥下困難な利用者には、飲み込み状態を把握して、個々の利用者に合った食べやすい食事形態で適切な食事を提供している。そのため食事の種類や形態（常食、刻み食、ミキサー食、やわらか食）を多く用意している。
A - 2 - ( 2 ) - 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。	a	管理栄養士や調理員による嗜好調査や利用者からの意見やニーズを聞いてユニットクッキングを行い調理の雰囲気や匂いを味わってもらおう工夫をしている。
2 - ( 3 ) 入 浴		
A - 2 - ( 3 ) - 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。	a	介護マニュアルに基づいて入浴を行っており、介護計画や個別のチェックリストでケア方法や個人的事情への配慮の活用が行われている。
A - 2 - ( 3 ) - 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。	a	感染防止マニュアルに感染症に罹患している利用者の入浴方法について記載され、実践されている。
A - 2 - ( 3 ) - 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。	a	入浴の都度、浴室、浴槽、入浴介護用品などの清掃と消毒を行っている。定期的に水質検査を行っている。
2 - ( 4 ) 排 泄		
A - 2 - ( 4 ) - 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。	a	出来るだけトイレへの移行介助に努め、トイレでは必ずドアを閉めて行い、ベッドでの排泄介助も仕切りを利用したプライバシーカーテンを必ず閉めて、プライバシー保護に配慮している。
A - 2 - ( 4 ) - 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに、十分配慮している。	a	身体状況や本人の希望などにより、トイレへの誘導やオムツ使用等の排泄ケアを行っている。利用者個々の排泄記録がパソコンシステムで共有されている。
A - 2 - ( 4 ) - 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取り組みを行っている。	a	ポータブルトイレや尿・便器などの工夫と活用によって、排泄の自立に向けて、できるだけオムツに頼らない利用者個々の状況に応じた排泄ケアに取り組んでいる。
A - 2 - ( 4 ) - トイレは清潔で快適である。	a	トイレ掃除は時間を決めてケアワーカーが行い、チェック表に記入し、常にトイレの清潔が保たれている。また、必要に応じて、消毒を行っている。

2 - ( 5 ) 整容・清潔		
A - 2 - ( 5 ) - 寝具などリネン類の交換が適切に行われ、清潔に対して十分配慮されている。	a	寝具などリネン類の交換が定期的に行われ、最低でも週1回はシーツなどの交換が行われている。また、シーツなど汚れた場合は、すぐに交換するようにしている。
A - 2 - ( 5 ) - 利用者の身だしなみ等には日常的に配慮し、必要に応じて清潔保持のための支援を行っている。	a	散髪は、月1回理容師が来園して行っており、下着の交換や爪切りもケアワーカーが清潔保持の支援に努めている。
A - 2 - ( 5 ) - 利用者の身だしなみや服装について、生活の場面や季節感に十分配慮した支援を行っている。	a	季節に合わせた服装の支援や化粧品品の購入、利用者の身だしなみ等十分配慮した支援を行っている。また、希望に応じて美容院も利用している。
A - 2 - ( 5 ) - 口腔内の清潔保持に配慮し、適切な口腔ケアを行っている。	a	義歯や口腔内ケアは、毎食後適切に行っている。また、必要に応じ、定期的に歯科医による義歯のチェックや歯科衛生士による口腔ケアも支援している。
2 - ( 6 ) 健康管理		
A - 2 - ( 6 ) - 利用者に対する定期健康診断が適切に行われ、記録として整理されている。	a	医師等の指導のもと、年1回利用者の定期健康診断を実施している。また、健康診断の結果は、利用者、家族、主治医に報告されケアサービスに反映している。
A - 2 - ( 6 ) - 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび睡眠・食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。	a	利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび水分・食事摂取量、睡眠・排泄等の日常生活の状況を毎日観察・記録されており、健康状態の把握に努めている。
A - 2 - ( 6 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	一人ひとりの利用者で使用される薬物の管理についてのマニュアルが用意され、看護職員が内服薬・外用薬等を扱い保管・管理が確実に行われている。誤薬の事故があった場合は、事故報告書により、原因究明と再発防止に努めている。
A - 2 - ( 6 ) - 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。	a	利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が記録されている。水分補給が困難な利用者にはゼリーなどの工夫で、必要な摂取量を確保している。
A - 2 - ( 6 ) - 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。	a	褥瘡の予防に対して、適切な体位交換、栄養状態の確認と改善、入浴や清拭、エアマットなどの活用を行っている。
A - 2 - ( 6 ) - 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。	a	週2回嘱託医による往診が行われ、往診日以外でも24時間主治医に連絡が取れる体制を整えている。また、歯科医師も週1回往診をしている。
A - 2 - ( 6 ) - 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。	a	緊急時対応マニュアルが整備され、看護師、医師と24時間の連絡体制がとられ適切な対応が行われている。
A - 2 - ( 6 ) - 利用者の傷病状態に応じた専門医療機関への受診または入院治療が適切かつスムーズに行える体制が確保されている。	a	利用者の傷病状態に応じて、協力医療機関の民間病院や公立病院に受診や入院治療が適切かつスムーズに行えるように、医師、看護師、生活相談員等の連携が確保されている。
2 - ( 7 ) 衛生管理		
A - 2 - ( 7 ) - 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。	a	感染防止マニュアルが策定され、必要に応じて見直されている。また、研修会の開催などで職員に周知徹底されている。
A - 2 - ( 7 ) - 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。	a	厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、厨房関係の清掃や消毒、殺菌に関するマニュアルに基づき、温度・湿度管理、殺菌の作業点検など衛生管理体制が確立している。
A - 2 - ( 7 ) - 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。	a	手洗い、うがいの励行が実施され、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底された感染症対策が行われている。
A - 2 - ( 7 ) - 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。	a	施設内の各所に温度、湿度計を設置して、室温や室湿度を測定・記録を行うと共に、施設内の換気・空調設備も整っており、温度や湿度の管理も適切に行われている。
A - 2 - ( 7 ) - 短期入所利用者についても、感染防止マニュアルに沿って、入所者同様の適切な感染症対策を行っている。	a	短期入所利用者についても、利用前に感染症の確認をし、感染防止マニュアルに沿って、入所者同様の適切な感染症対策を行っている。

2 - ( 8 ) 機能回復訓練		
A - 2 - ( 8 ) - 機能回復訓練は、個々の利用者に応じた個別プログラムを策定し、実施している。	a	看護師全員を機能回復訓練指導員として発令し、個々の利用者のアセスメントを実施し、看護師や介護士等と協議した上で、個別プログラムを策定し、機能回復訓練を実施している。
2 - ( 9 ) レクリエーション		
A - 2 - ( 9 ) - レクリエーションや行事の実施に当たっては、利用者の意向を聞き、十分に反映した取り組みを行っている。	a	重度の入所者が多いが、利用者の希望や意向を尊重しながら簡易な相撲クイズやハンドベルなどレクリエーションを各ユニットで楽しめるよう色々のメニューを用意している。
2 - ( 10 ) 移動		
A - 2 - ( 10 ) - 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。	a	個々の利用者に応じた車椅子や歩行器、履物、ベッドの高さ、特殊浴槽の利用など個々の要望に十分に配慮している。
2 - ( 11 ) 認知症高齢者への対応		
A - 2 - ( 11 ) - 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	必要に応じて、認知症専門医のアドバイスも受け適切なケアに努めている。また、学習療法を取り入れ、会話や文章を読むことで前頭の活発を図り、認知症の進行を防ぐプログラムを用意し、生活のリズムに配慮している。
A - 2 - ( 11 ) - 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束廃止マニュアルを策定し、研修会の開催などで職員に周知して身体拘束ゼロに取り組んでいる。
2 - ( 12 ) 看取りケア		
A - 2 - ( 12 ) - 看取りケアの実施に当たっては、利用者や家族などの意向を尊重して実施している。	a	看取りの指針が明確化され、職員で共有されており、利用者や家族などの希望があれば、施設内で看取りケアを行っている。看取りケアを行う場合は、施設サービス計画に位置づけるなど、その人らしさを尊重した看取りの支援をしている。
A - 2 - ( 12 ) - 看取りケアの実施に当たっては、家族などの協力を得て実施している。	a	家族等と一緒に看取りができるよう十分に連携・協力し、こまめに状態を説明するなどして理解を得ており、各種専門職と連携を取りながら、状態の変化に合わせた看取りの対応を行っている。
A - 2 - ( 12 ) - 看取りケアの実施に当たっては、医療機関との適切な連携が図られている。	a	看取りケアの実施では、協力医療機関の嘱託医師や看護師、全職種の連携体制が整備され、必要に応じて医師の住診や入院が可能となっている。