

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020年2月27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

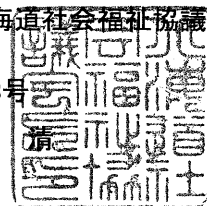
住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地
かでの2.7 3階

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18-003号

代表者氏名 会長 長瀬



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)	小野寺 さゆみ	総合	第0116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	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
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)	2019年8月1日	～	2020年2月27日	
利用者調査実施時期	2019年8月7日	～	2019年9月13日	
訪問調査日	2019年11月20日	～	2019年11月21日	
評価合議日	2020年1月10日			
評価結果報告日	2020年2月27日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 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

1. 利用契約手続きの見直し

従前は三者契約であった契約書様式を変更し、利用者と施設が主体の二者契約に改善しました。また、利用契約締結の手順を見直し、従来は利用者・家族等と入所日に契約書と重要事項説明書の内容を説明していた流れを変更して、入所前に施設長・ケアマネジャー等が自宅を訪問し、熟慮し納得できるよう時間をかけて説明し同意を得た上で、入所日に正式に利用契約を締結しています。入所の際に利用者や家族等が抱いていた内容と相違が生じないように、信頼関係構築とその継続に取り組み、円滑なサービス開始につなげるよう取り組んでいます。契約に至る手順を組織的に見直し変更し、利用者・家族等との関係性を構築する継続的な取り組みは評価できます。

2. 積極的な口腔ケアの実施

現在、歯科医師による研修会、歯科衛生士の定期訪問による介護職員などへの口腔ケアの視点・方法の指導を継続的に実践しています。この口腔ケアアセスメントなどを継続的に実践することにより、利用者のオーラルケアの向上が図られ、口臭や涎、誤嚥性肺炎による入院などが減少しています。職員の自立支援への意識も高まり、利用者のQOL向上に貢献していることは評価できます。

◇改善を求められる点

1. 理念と地域密着型サービスの意義の再確認と運営推進会議の活用

当該施設は、特別養護老人ホームに併設した地域密着型特別養護老人ホームです。施設では、本体施設を「多床室」、当該施設を「ユニット型」として区別していますが、単に個室を提供する特養の延長ということではなく、地域密着型サービスに位置付けられる別個のサービスです。利用者側に立って見た時に、入所時の案内やホームページでも、特養と地域密着型特養のサービスの違いが判然とせず、各種の事業計画等でも本体施設と一体的な括りとなっています。まずは、地域密着型サービスの意義と施設理念の再確認を行い、地域や利用者からどのようなサービスが求められているのか、またどのようなサービスを提供したいのかを職員全員で検討することも必要です。

その上で、地域密着型サービスで位置付けられる運営推進会議についても目的やそれを必達するための内容を備えているか、また適切なメンバー構成となっているかなど、多角的に検証していくことが求められます。運営推進会議は定期的には開催していますが、運営推進会議設置の周知や議事録の公開はなされていません。利用者や家族等の参加ができるよう、設置規定の見直しや家族等への議事録の交付などを行うとともに、理念の説明や事業計画の説明なども行っていくことを期待します。

2. 中・長期計画と事業計画の作成

中・長期計画は、理念や地域密着型サービスの理念を達成していくための重要な枠組みを成すものです。中・長期計画は、単年度では達成できない内容や、職員が変わっても組織としての方向性を持ち推進していくための礎となります。しかし、現在は併設施設と一体となって策定されており、また母体法人である厚岸町社会福祉協議会の計画の一部となっていることから、施設としての独自の取り組みや、力を入れて進めている個別ケアについてなどの方向性を、計画から読み取ることができません。

今後、利用者の高齢化や医療の連携などを含め、必要な専門職の確保や職員育成などを長期的な視点で行っていくことも必要です。計画は、経営層だけが読むものではなく、職員や利用者、家族等も共有し、推進していくことが必要です。複数の計画に位置付けられているものを集約し、整合性のあるわかりやすい資料を作成するなどの工夫とともに、位置付けられた目標に向かって実行していくことを期待します。

3. ケアプラン作成から見直しに至る一連の仕組みの確立

ケアプランは担当ケアマネジャーが作成し、栄養ケア計画は管理栄養士が作成して、入院時や退院後、施設に戻ってきた際はその都度アセスメントを行っています。しかし、施設として作成から見直しまでを含めた一連の流れについては手順を定めているものの、その手順に基づき利用者のニーズを過不足なくアセスメントし、プランに反映させて実践する体制づくりが十分に確立しているとは言えません。今後は、日々の生活支援に関する記録等を活用しながら、職員間、支援関係者間において連携・協力し、利用者本人や家族等の意向が十分に取り入れられていくことが可能な仕組みを構築することを期待します。

4. 地域の専門機関との連携

少子高齢化や人口減少、人材不足から国の施策としても地域医療連携推進法人の推進や社会福祉法人主体の連携法人の創設などが議論されています。施設では、独自の職員採用や育成による専門職員による機能訓練の実施や介護予防・看取り介護の実施が積年の課題となっています。

今後は、地域住民や利用者の最大の利益を実現できるよう、自施設においてセラピストなどの専門職配置や医療的ケアの実践できる介護職員の育成に継続的に取り組むことはもちろんのこと、協力病院や歯科医院のみならず町内全ての関係医療機関との連携などにより、効率的で高質なサービス提供体制への取り組みが実践され、町民福祉や利用者等のQOLの向上が実践されることを期待します。

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6年間の運営を行って参りました。地域密着型介護老人福祉施設としての福祉サービス第三者評価については2016年以来、今回が2回目となります。

訪問調査の際には、調査員の皆様の丁寧な説明や、時に鋭いご指摘をいただきました。施設側の説明時には、細かなところまで受け手となってお話をきいていただきました。施設側の取り組みで評価をしていただけたところは評価していただき、評価点も具体的に説明いただきました。

改善が求められる点についても、同様に具体的な説明をいただき、改善に向けたアドバイスもいただいています。

今回の結果を施設全体として共有し、早急に改善できるものについては早急に改善していきます。早急な改善が難しいものについても、長期的な目標を設定し、計画的・段階的に改善していきます。

次回の第三者評価実施の際には、さらに高く評価される項目が増えるよう施設全体で取り組み、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。

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 1 年 10 月 15 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	18 名	開設年	平成 26 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：</p> <p>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」</p> <p>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。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組：</p> <p>入所者に提供するサービスにおいては、一人一人のニーズを的確に把握し、個別ケア実現のため多職種が連携し、利用者本位のサービスを提供していきます。人材確保に関しては、これから担う介護職員の確保とともに、介護職員の資格取得や研修への参加など積極的に進めることで、職員の資質向上、自己研鑽への意識を向上させていきます。</p>			
第三者評価の受審回数 (前回の受審時期)		1 回 (平成 27 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)

介護老人福祉施設 (定員50名) / 短期入所生活介護 (定員20名) / 通所介護事業(定員35名)

【利用者の状況に関する事項】（令和元年10月15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
名	名	名	4 名	1 名	6 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
5 名	2 名	名	18 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	1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	4名	3名	2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	4名	3名	2名	名	1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
3名	1名	3名	名	2名	9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
名	名	名	名	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	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： 3年5か月)

【職員の状況に関する事項】 (令和元年10月15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		
常勤	16名	1名	名	2名	1名
非常勤	3名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	9名	名	1名	名
非常勤	名	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	1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	13名 (名)
保育士	名 (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	1403.2	m ²
(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	平成	22 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	<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 ²
(3) 敷地面積		m ²
(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 30 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】

・平成 30 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 1 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。

--

【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 併設する特別養護老人ホームと同一の理念と基本方針を定めている。ホームページやパンフレットに記載して周知し、毎月発行する事業所便りの中でも伝えている。職員には、ユニット型特養として目指す個別ケアの方向性を意識してもらう際に理念を確認している。しかし、利用者や家族等に対しては契約時の説明のみとなっているため、継続的に理念を伝えていくことを期待したい。

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適切に対応している。		
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 厚岸町社会福祉協議会が指定管理として運営し、施設の運営に関する状況を把握している。母体の町社協では地域の状況や今後の予測を把握し、法改正を含め幅広く情報収集しているが、事業所運営に特化したものではなく、分析にも着手していない。今後、施設としてこれらの情報を集約し、地域密着型サービスの意義を踏まえた上で、理念を実践していくための分析を行うことを期待したい。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	c 施設経営において、独自性が発揮しづらい構造がある。町社協が指定管理を受託し、公共性が非常に高い水準で求められるため、それぞれのセクターの使命と役割の調整などを含め、課題の明確化や取り組み計画の作成が難しい状況にある。併設施設とのバランスの問題などもあるが、地域密着型サービスとしての立ち位置を認識し、利用者や職員を意識した方向性を推進していくことが望まれる。

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。		
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 第6期地域福祉実践計画を施設の中・期計画と位置付けている。平成29年度からは、町社協で実施する事業のうち、介護部門としての計画が作成されている。しかし、併設施設と一体的な計画となっており、地域密着型サービスとしての使命や理念を反映した計画とはなっていない。また、目標の達成時期や数値化など、進捗状況の把握や分析に資する内容とまでは言えない。人員についての計画もないため、職員や利用者、家族等と共有できる実効的な計画を立案することが望まれる。
5	Ⅰ-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	c 施設としての中・長期計画が策定されておらず、町社協の事業や、指定管理契約の範囲内で計画を作成している。指定管理契約履行の視点は、施設運営の一部分を切り取ったものでしかないため、利用者の個別ケア推進によるサービスの向上など、理念に基づき現在施設で進めている取り組みを達成していくための内容は十分ではない。今後、全体を包括した計画を作成することが望まれる。

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。	c 職員が参画しての計画策定や評価・見直しは行っていない。施設に係る計画が複数あり、整合性が取れていない部分が見られるため、職員がすべての計画を理解することが難しい状況となっている。今後、職員と共有する資料を作成し全員が確認できる仕組みを整えとともに、施設運営に必要な計画として見直して数値化するなど、具体的な実施内容がわかり評価可能なものとしていくことが望まれる。
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。	c 利用者と家族に対しての周知は行っていない。運営推進会議において年間事業計画は伝えているが、利用者は参加しておらず、家族は代表のみの参加となっている。参加者にも議事録の交付はなく、他の家族に対しても伝える機会は設けていない。特養に併設していることや、指定管理制度に則って町社協が運営していることなど、経営上の背景についても利用者等に説明を行い、計画を理解しやすくする工夫が期待される。また、施設整備を含め利用者の生活に直結する内容である事業計画を、利用者や家族に理解しやすい形で伝えていくことが望まれる。

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	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 第三者評価の受審は二度目となるが、毎年度の自己評価は実施していない。今回自己評価を作成するにあたり、施設長が前回第三者評価でc評価となった項目について分析を行っているが、施設全体の取り組みとはなっていない。第三者評価の実施にあたる年度だけではなく、定期的かつ組織的に自己評価を実施し、改善の目標を作成して、計画的に質の向上につなげていくことを期待したい。
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。	c 前回の第三者評価結果はホームページなどで公表している。しかし、その結果を受けての組織的な改善の取り組みは文書化されていない。改善を実施している部分があるものの、毎年度の自己評価の実施や課題の文書化、共有化の取り組みがなく、改善計画の作成やその評価も行われていないことから、取り組みを見える化し、共有していくことが望まれる。

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 施設長は昨年着任し、事業所広報に挨拶を掲載している。職員全体に対して方向性を伝える機会はないが各種委員会に深く関わり、方針の伝達を含め、現場の状況把握などを行っている。これらの具体的な働きかけにより、施設全体での言葉遣いを含めた接遇の改善など、利用者の権利擁護と生活向上に一定の成果を上げるよう取り組んでいる。着任とともに専門職や幹部職の変更があったが、職務分掌などを含め業務の明文化や非常時の権限移譲を明確化し、周知状況の確認などを進めていくことを期待したい。

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	施設長は老人福祉施設協議会の研修や研究大会にて情報を収集し、職員にも外部研修への参加を促すなど、施設全体で取り組んでいる。報酬加算要件は、チェックリストを用いて確認している。現時点では、法令改定への準拠の確認や書類の見直しが進んでいない状況がある。必要な法令のリスト化を含め、介護保険法や対外的な契約内容などについて適切に履行されているか、また法令等の変更に対応しているかを確認することを期待したい。
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	前回の第三者評価で課題となった部分を、施設長が文章化し分析を行っている。その中から重点的に、利用者尊重について職員と共に取り組みを進めている。また、毎日施設内を巡回して現場の様子を確認し、課題への対処について委員会活動などを通じて改善を促している。理念を基に、利用者へ支援を行っている介護職からのボトムアップができる組織を目指し、第一歩として介護計画の理解を深めるよう取り組んでいる。職員がケアマネジメントプロセスを理解しチームとしてケアにあたるために、適切な会議の設置や仕組み作りなどに取り組んでいくことを期待したい。
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。	b	指定管理の2期目であり、管理契約に従って業務を行っている。建物の老朽化や設備更新などについては町と協議を行っている。ユニットごとの会議の短縮に取り組み、入所率・コストなどについても定期的に分析を行っている。しかし、指定管理や町社協の計画との整合性の問題もあり、独自の計画を打ち出すことが困難な状況にある。人事、労務、とりわけ人材採用に関しては、施設の独自性や工夫を行う余地が少ないが、経営の基盤となる部分でもあるため継続して取り組んでいくことを期待したい。

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。	c	人材の確保や理念を実践するために必要な、職種や教育に関する計画は立案されていない。人員体制に関する基本姿勢や人材確保と育成に関する方針もなく、職員の定着率は高いが、慢性的に不足している状況がある。近郊だけでなく、都市部でも求人活動を行ったり、資格取得のための自主勉強会を支援したりしているが、十分な取り組みには至っていない。今後ますます人材確保と活用が運営の大きな鍵となることが予測されるため、計画の作成が望まれる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	人事考課制度やキャリアパスは整備していない。人事基準は就業年数により定められている。施設単独での取り組みができず、職員の専門性や職務遂行能力は考慮されにくい構造となっている。今後、職員の継続雇用について正職員の比率を高めるだけでなく、期待する職員像に基づき評価を行い、サービスの質や職員のモチベーションの向上につなげていくことが望まれる。
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り組んでいる。	b	全職員を対象とした職員面談は行っていない。施設では、介護福祉士取得のための自主勉強会開催を支援している。有給休暇の時期指定や管理は行っていないが、希望休でほぼ消化しており、職員が病休などで長期不在にする場合を除いては、超過勤務もほとんどない。職員からの就業に関する希望などは主任職が随時聴取しているが、希望の吸い上げと対応の仕組み作りを期待したい。

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。	c 今年度初めて介護職の研修計画を策定しているが、個別の職員の目標などの聴取はなく、勤務年数で受講する研修を指定している。また、研修計画には年度内に受ける研修の項目はあるが、時期は明記されておらず、計画的な実施として読み取ることができない。報酬加算要件の為に職員研修計画を立てるのではなく、育成という視点を持つことが求められる。今後は基本方針を策定し、一方的な指示ではなく職員の目標管理という視点を取り入れ、介護職に限らず全職員の育成を行う方向性を持つことが望まれる。
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。	c 今年度、介護職について内部研修の計画を策定した。しかし、研修に関する基本方針や期待する職員像はなく、勤続年数による研修の振り分けとなっている。今後は、介護職以外についても計画的な教育方針や計画を立案し、同じ研修でも情報のアップデートの頻度について勘案するなど、施設としての人材育成のプランに沿って実施していくことが望まれる。
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	c 新任者には、オリエンテーションを行っている。しかし、教育プログラムはなく、OJTにより全般マニュアルの内容を習得するという流れになっている。また、職員個別の知識や技術水準の把握は行っていない。外部研修については、対象職種などに都度案内を行っている。介護職は勤務年数により、施設内研修の参加振り分けを行っている。今後は、全職種に対して、よりきめ細やかな個別の教育計画を実施し、知識と技術の向上に取り組んでいくことが望まれる。
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。	c 介護福祉士の実習の受け入れを行っているが、実習生受け入れのマニュアルは作成していない。実習生には実習方針と注意などを文書で渡し、職員全員が実習を支援することや、実習指導者のスキルアップなどについて記載しているが、実習の意義や目的を共有できるものではなく取り組みは十分とは言えない。実習の受け入れ態勢を整え、職員にとっても後進を育てることの意義があり、成長の機会となるよう取り組んでいくことが望まれる。

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。		
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 施設の情報は、町と町社協のホームページそれぞれに掲載しているが、リンクもなく古い情報も混在しており、利用者にとってわかりやすい内容とは言えない。また、運営推進会議の結果なども公表されていない。コンプライアンスの第一歩である各種規程は整備されているが、規程に沿ったルールの徹底までには至っていない。苦情対応の結果開示なども含め、透明性の高い運営のための仕組み作り着手することを期待したい。
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 法人全体の定期監査が年4回、指定管理に係る内容については5年間の管理期間ごとに老人福祉施設指定管理者評価委員会が施設を訪問しており、直近では平成30年に視察が行われている。利用者の生活状況を直接聴取するため、町の介護相談員が毎月2回訪問を行っている。また、運営推進会議など内部統制を外部からチェックする機会がある。今後、地域密着型サービスとして主体的な目的意識を持ち、地域や利用者に対して継続的に安定した支援を提供できるよう取り組んでいくことを期待したい。

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) 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 平成30年度に改訂したパンフレットに見学に対応することを明記し、地域からの団体視察なども増加傾向となっている。運営推進会議でも保育園との交流や地域の祭りへの招待などの助言を受けて協力を得るなど、利用者の地域との交流が根付くよう取り組んでいる。利用者の意見を基に、喫食や居酒屋、買い物への外出が行われているが、今後は地域への働きかけをさらに意識し、利用者の交流が促進される取り組みを期待したい。
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 町社協を窓口としてボランティアの受け入れを行う予定となっているが、施設独自の受け入れ方針や、受け入れマニュアル、担当職員は未設置の状況である。小・中学校の生徒の受け入れなどは行っているため、基本方針を定め、参加するボランティア等と施設側双方が突りの多い機会となるよう受け入れ態勢を整えていくことが望まれる。
II-4-(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 地域ケア会議に参加し、事例を通して社会資源のネットワーク化を進めている。個別の利用者の地域生活の充実という観点からも、福祉関連組織や警察、学校などとの連携を構築している。しかし、利用者一人ひとりの生活の充実につながる社会資源のリスト化や職員との共有に課題が見られる。施設として主体的に取り組むため、運営推進会議に多様な参加者を加えるなども含め、様々なチャンネルを活用していくことを期待したい。
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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	c 町と災害時協定を結び、発電機や投光器、充電式の小型吸引器などを整備している。また、自然災害の種別によっては、地域からの避難者の受け入れも可能としている。しかし、食糧備蓄が利用者分のみで、職員分が見積もられていないなど、地域の避難者受け入れにおいて計画の不整合も見られる。地域に対してどのような取り組みを行っていくかを検討し、実行することが望まれる。
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。	c 地域密着型サービスとして運営推進会議の定期的な開催があり、町内会等との情報交換を行っている。しかし、会議ではユニットでの取り組みを紹介し意見交換を行うに留まっており、地域の情報収集や協力関係構築の場とはなっていない。地域の福祉ニーズの収集などを意識的に行い、施設として地域への公益的な活動を積極的に推進していくことが望まれる。

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 利用者を尊重したサービス提供に関する姿勢は、施設長による日常的な表明に加えて、標準的なサービス提供方法を示した全般マニュアルの基本的な考え方として位置付けられ、日々の実践に活かしている。利用者尊重につながるテーマで個別研修や自主勉強会を開催し、職員は業務として受講している。また、利用者への適切な言葉遣いを促す施設独自の啓発ポスターを掲示し、大きな効果を上げている。しかし、自主勉強会は受講者層が固定化しており、全職種を対象とした個別研修の受講計画は未策定のため、今後一層の具体的な取り組みに期待したい。

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	<p>全般マニュアルやプライバシー保護マニュアル、身体拘束廃止マニュアル等に基づき、プライバシーに配慮したサービス提供に取り組む環境が整備されている。しかし、浴室着替えスペースの出入り口の扉は一部硝子張りであり、プライベートカーテンが備え付けられていない。また、トイレ介助時には扉を半分開けたまま職員が対応するなど、プライバシー保護の基本的理念と相反する実践もあることから、改善に向けた取り組みに期待したい。</p>
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	<p>パンフレット改訂時に「いつでも見学できる」旨を記載した結果、利用希望者の施設見学件数が増加傾向にある。また、将来的に利用につながる可能性のある一般住民からの見学希望にも、柔軟に対応している。希望により食事提供にも応じ、サービスの一端を体験できる配慮をしている。しかし、ホームページの内容は、料金体系の詳細な説明など利用希望者が必要としている項目について十分ではない面もあることから、今後の改善に向けた取り組みに期待したい。</p>
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	<p>従前は三者契約の契約書様式であったが、利用者と施設が主体の二者契約に改善した。また、従来は利用者・家族等に対して、入所日に契約書と重要事項説明書の内容を説明していたがこれを変更し、入所前に施設長・ケアマネジャー等が自宅を訪問し、熟慮し納得できるよう時間をかけて説明し、同意を得た上で入所日に正式に利用契約を締結する手順とした。利用者や家族等が抱いていた内容と相違が生じないように、信頼関係構築に向けて備え、円滑なサービス開始につなげるよう取り組んでいる。</p>
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。	c	<p>他の事業所に移行する個別の事例が生じた場合は、本人や家族への説明はもとよりサービスの継続性に配慮し、適切な引き継ぎや申し送りを実践している。しかし、その手順・内容は文書化されていない。今後も同様の事案が生じることを想定し、対応水準を維持する点からも、長期的な課題になることを踏まえた早急な取り組みが望まれる。</p>
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。	c	<p>声掛けや利用者の心身状況から細かく観察し、満足度を把握する実践に努めている。一方、利用者の日用品は施設が用意することなどから、結果的に家族と職員との接触頻度が少なくなる傾向が続いていた。こうした状況を踏まえ、行事への参加を積極的に家族に呼びかけ、家族が施設を訪問する頻度を高める試みを始めている。しかし、家族会が組織化されず、運営推進会議も家族や利用者の出席が無いまま開催されるなど、意見を聞く仕組みを活用しきれていない。今後は、今年度中に予定している利用者や家族へのアンケートの実施と結果分析の活用、運営推進会議の活性化など、利用者満足を把握し向上させる取り組みに期待したい。</p>
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	<p>関係法令で定められた苦情解決の仕組み、苦情対応手順を定めたマニュアルが整備されている。これらの仕組みがあることは施設内に掲示され周知されているものの、実際に活用された事案は少なく、利用者や家族への浸透度合いも十分とは言えない。こうした仕組みが機能するために、例えば仕組みの掲示付近に回答・対応結果の掲示スペースを設け、対応件数が無いことも意識的に開示するなど、本人や家族に「見える化」し活用を促す工夫に期待したい。</p>

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	相談・要望は、利用者や家族が希望する職員にすぐに申し出ることができ、ユニットの居室内でプライバシーが保護された環境のもと迅速に対応できるよう環境を整えている。利用者からの直接的な意見は増加傾向にあるものの、意見箱が未設置であるなど、匿名でも安心して意見が出せる仕組みは十分とは言えないため、今後の検討に期待したい。
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	相談や意見を受けた際は、現場の主任に集約して解決を図り、内容は定められた様式に記載して回覧する流れとしている。主任が不在の場合も事実関係を組織的に共有し、場合により相談員に集約して、最終的に施設長が判断することになっている。しかし、これらの流れは文書化されておらず、集約した意見等がマニュアルの改訂に具体的に活かされる仕組みもないため、今後の取り組みに期待したい。
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を整備し、マニュアルに基づき2カ月に1度リスクマネジメント委員会を開催している。委員会では、事故の発生内容の傾向と要因に関する分析、再発防止策の検討、防止策実施後の検証と一連のサイクルを組織的に実施している。また、ヒヤリハットと事故の定義を明確にし、ヒヤリハット報告を提出する主旨や意味を周知徹底した結果、報告の提出が増加しており、リスクマネジメントに対する職員の意識の変化につなげている。しかし、委員会での量的な評価には、確立された客観的な分析手法が用いられていないため、マニュアルに定められている分析手法導入に向けた取り組みに期待したい。
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	感染対策委員会を設置し、定期・緊急時に開催している。感染症が施設内で発生した際のマニュアル作りやノロウィルスキットの確認、各種勉強会を行っている。インフルエンザ蔓延期には、感染防止措置を図ることで、従来行っていた面会中止措置を廃止した。また、感染症発生時には家族への周知も文書や広報誌等で通知している。しかし、マニュアルには最新の傾向が反映されていない箇所もあるため、感染症発生時に個別に対応するだけでなく、組織的な対応を盤石にするためにも医療機関との連携を図りながらマニュアルを改訂していくことを期待したい。
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。	c	抜き打ちも含めて避難訓練を年2回実施しており、火災訓練のほか、地域的に発生確率が高い津波を想定した訓練を行い、消防署、警察、地域自治会の協力を得て積極的に取り組んでいる。また非常時の利用者用食料を2日間備蓄し、発電機3台、投降機2台、小型吸引器3台も用意している。しかし、職員分の食糧備蓄はされておらず、風水害想定での避難訓練は未実施である。こうした対応には予算面の制約も課題となるが、発災直後の事業継続性の確保という観点からも協議・検討し、実施していくことが望まれる。

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	支援場面ごとのマニュアルを整備しており、特に重要な権利擁護に関する内容は「指針」として提示している。また、マニュアルは介護職以外も含めた全職種に配布されており、内容は各委員会・フロア会議で周知徹底、確認する仕組みができています。しかし、指針などが常に身近で活用できるような工夫はとられていないため、今後の取り組みに期待したい。

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	各種委員会を整備し、見直しを含めマニュアルの改訂を行っている。また委員会では、改訂事項について施設運営会議・ユニット会議で現場の職員に伝達するよう、一連の流れを定めている。しかし、定期的な見直し時期は定まっておらず、職員以外の意見を取り入れる仕組みは十分とは言えないため、今後は利用者、家族等の幅広い意見や提案も反映できるような見直し体制の強化に期待したい。
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	ケアプランは担当ケアマネジャーが作成し、栄養ケア計画は管理栄養士が作成している。入院時や退院後、施設に戻ってきた際はその都度アセスメントを行っている。また、必要に応じて関係機関・団体とも連携している。しかし、施設として計画策定のプロセスはあるものの、その手順に基づくアセスメントの実施と計画の実践は十分とは言えない。今後、職員間でアセスメントに基づくケアの実践の徹底が可能になる仕組みづくりに期待したい。
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。	c	6か月ごとにプランを見直し、サービス担当者会議にて関係職員が評価や見直しを実施している。しかし、見直しの流れとして、日々の生活記録からニーズを把握するようにしているものの、その内容を十分に反映させる仕組みが確立していない。また、見直しにあたって、利用者本人や家族等の意向が十分に取り入れられていないため、今後は利用者・家族等の意向を反映することが可能な仕組みを構築することが望まれる。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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	パソコンシステムにより、サービス提供に関する記録データを職員間で容易に共有できる仕組みが構築されている。また、軽微な申し送りは専用ノートに記録し、共有する仕組みを整えている。しかし、記録の取り方については、上司が個別に指導しているものの、記録書類全般における内容を標準化するための要領や指針等は、ヒヤリハット報告の書式以外には整備されていない。今後、記録内容の平準化のための取り組みを期待したい。
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	文書管理に関する規程や、個人情報保護に関する規程は整備されているが、文書類は鍵付きのロッカーに保存されていない。今後は、各種規程に基づく運用を一層強化するための取り組みに期待したい。

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			
A①	A-1-1-(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	介護支援専門員が中心となって、余暇の過ごし方を含め1日の過ごし方の希望を利用者から聞き取っている。また、アセスメント時などに他の直接接遇職員から口頭や記録で聞き取ることで、フェイシートなどを更新し、サービス提供を工夫している。今後は更に、聞き取りの難しい利用者や家族等からの意向などを丁寧に聞き取り、施設サービス計画書に反映させ、個別性の高い過ごし方ができることを期待したい。

A④	A-1-1-(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	利用者の疾患や障害特性などの医療情報は、かかりつけ医などと共有している。また、生活歴や性格などの情報は、家族や在宅の介護支援専門員と相談員、介護支援専門員、看護師が連携を行い把握し、フェースシートや施設サービス計画書に反映している。日常の支援においては、利用者に合わせて話し方や声の大きさ、ホワイトボードの使用などを工夫しているが、支援方法の統一までには至っていない。今後は、職員によってばらつきがない支援方法とする取り組みを検討し、実践することを期待したい。
A-1-1-(2) 権利擁護			
A⑤	A-1-1-(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	平成30年度の介護報酬制度改定時にも盛り込まれた身体拘束廃止の厳罰化と、新施設長の着任及びリーダーシップにより、身体拘束廃止方針や視点の整理、研修・会議・委員会などが実施されグレーゾーンの支援方法を見直した。また尊厳の保持・権利擁護の視点を、普段の言葉遣いを正しくすることから意識させるようポスターの掲示などを実施し、権利侵害を発生させないように意識高く支援ができるよう取り組んでいる。

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)-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	温度・湿度管理、飾り付けやテレビ・ラジオのチャンネル選択・音量調整など共有部分の環境整備は主にユニットの介護職員が実施している。各居室内については、利用者や家族等の意向や希望を反映している。今後は共用部分においても更に利用者一人ひとりの嗜好や心身の特性に配慮し、個々人の快適性について検討した上で、安全・安心で居心地の良い住まいの環境が提供されることを期待したい。

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)-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。	b	施設サービス計画書をもとにその日の体調などを考慮し、個別浴または機械浴で入浴機会を確保している。必要に応じて清拭等に対応している。ただし、バイタルサインの評価や入浴に関連する留意事項、医療措置など利用者の個別情報が、職員の知識と経験によることもしばしばある。今後は、職員による支援の標準化を検討し、情報や方法のばらつきが無いように入浴支援が提供できる体制の整備を期待したい。
A⑧	A-3-1-(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。	b	排せつの支援は、完全自立・声がけ・声がけ誘導、またオムツやパットの使用、失禁確認、下着交換、ポータブルトイレの使用の必要性などについて、施設サービス計画書や排泄委員会の意見を基に行っている。今後はサービス担当者会議や排泄委員会などで、オムツ外しやトイレ以外での排泄からの自立を目指した検討や、更にプライバシーに配慮したハードの整備なども含めて検討し、より質の高い支援が提供されることが期待される。
A⑨	A-3-1-(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	移動支援にかかる見立てを職員で共有化している。見守り独歩・杖歩行・シルバーカー・歩行器・車いす自走・車いす介助などとカテゴライズし、できるだけ利用者自身が自分で歩けるよう段階的に福祉用具を活用し、筋力が弱くならないように支援している。また生活リハビリや体操を実施し、施設内で散歩をするとスタンプがもらえるなどの自立支援の取り組みも実践している。

A-3-(2) 食生活 * 食事の提供を行っていない場合は「非該当」とすることができます。		
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 管理栄養士による喫食調査やアンケートの実施並びに食事時間におけるミールラウンドにて、利用者一人ひとりの嗜好や要望を介護職員など多職種と給食会議も含め共有している。またユニットごとにご飯やみそ汁を利用者個人の茶碗や汁椀に盛り付け、その時の体調なども配慮し提供している。電子レンジやオーブントースター、ユニットキッチンなどを活用し、温め直しも含め適温で食事ができるように配慮している。また食事のタイミングや食席も利用者の希望などを踏まえ喫食環境を整備している。
A⑩	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 施設サービス計画書におけるアセスメントや栄養ケアマネジメントから利用者の個別の疾患や嚥下状況などを把握し、基本的な心身の状況やその時の体調などに合わせ、パターン主食3類（粥、米飯、とろみ）おかず5種類（常食、あら、こまあら、極小、とろみ）並びに糖尿病食や心臓病食などの療養食の提供を行っている。自立支援を基本とし、本人による摂取の見守りや、支援の必要な利用者の食事介助をプランに沿って実践している。
A⑩	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 歯科医師の研修会の開催や毎月定期訪問を受けている歯科衛生士のアセスメントによる歯科衛生口腔ケアアセスメントシートにて、利用者個別の課題を共有している。また職員も口腔ケアの重要性を認識し興味・関心を高く持ち、歯科衛生士からのアドバイスから歯ブラシの硬さの調整やミラーの活用などを行い、口臭や涎の減少や誤嚥性肺炎による入院の減少につなげている。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア * 利用者の状況により「非該当」とすることができます。		
A⑩	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b 現在、褥瘡の発生や施設サービス計画書に予防が必要と位置づけられている利用者はいない。褥瘡予防委員会が設置され看護師が責任者として定期的に委員会を開催している。今後は、エアーマットを使用している利用者もいることから、各専門職が共通で現状や予後が理解できるようにスケールでの定期的な評価や施設サービス計画への反映、栄養ケアマネジメント計画との連携ができるよう体制の整備が実践されることを期待したい。
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」とすることができます。		
A⑩	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 施設の都合で経管栄養の回数などを減らすことが無いように、看護師などの医療職が中心となり、医療的ケアを実践できる職員3名で実践している。今後介護職員が喀痰吸引や経管栄養の支援ができる資格を取得するためには、研修などに参加する時間や費用の大きな負担が生じるが、実施体制の安定化に向け中・長期的な計画を立て育成されることを期待したい。
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑩	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 看護師が機能訓練指導員として、心身の機能維持のため生活場面での足踏みや体操、園内外の散歩などを施設サービス計画内で生活リハビリと位置づけ実施している。今後は更に機能訓練や介護予防の視点から支援の質が向上するように、看取り体制の整備と同様、町内の医療機関などとの連携についても継続的に検討し働きかけが実践されることを期待したい。
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑩	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b 認知症のある利用者に対し、施設サービス計画書に基づき個別の支援が実施できるように取り組んでいるが、職員により支援の視点や方法・技術にばらつきがある。今後は、認知症介護実践者研修やリーダー研修への職員参加について計画的に取り組むなど、認知症ケアの質の向上にむけた職員育成と組織的体制構築を期待したい。

A-3-(7) 急変時の対応		
A⑦	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 急変時の対応フローが整備されている。看護師が勤務時間内であれば、窒息意識消失、転倒出血時などは、対応職員が他の職員に応援を頼んで看護師を呼びに行くなど施設内ルール通りに実践できている。また夜間・休日などについては看護師が常に電話にてコール待機対応しており、不在時と遜色ない支援ができるように体制を整備している。
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。		
A⑧	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。	b 施設で最期を迎えたい利用者については、地域の医療連携体制の中で施設の置かれている状況を理解してもらった上で、個別に実施している。ただし地域医療連携体制の課題などもあり、介護保険制度上の看取り介護の体制整備まではできていない。今後は継続的な医療連携体制構築への働きかけと、医療的対応介護職員の育成など、内部の職員育成とACPの取り組みなどが実施されることを期待したい。

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			
A⑧	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	相談員が家族等の施設の窓口として統一するように、施設内で体制を整備している。現場で様々な職種が家族等と話し情報を取り交わすことがあるが、必ず相談員に報告し、情報を一元化するようにしている。また、家族等が施設に任せっぱなしにならないよう、相談員は入所の段階から家族の協力が必要であることの理解を促しており、定時・随時に家族等に連絡し連携している。