

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2022 年 12 月 6 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21 - 002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	特別養護老人ホームももハウス			
設置者名称	社会福祉法人 函館厚生院			
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)	2019 年 9 月 2 日	～	2022 年 12 月 6 日	
利用者調査実施時期	2022 年 5 月 27 日	～	2022 年 6 月 30 日	
訪問調査日	2022 年 9 月 12 日	～	2022 年 9 月 13 日	
評価合議日	2022 年 10 月 11 日			
評価結果報告日	2022 年 12 月 6 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 函館厚生院

代表者氏名：高田 竹人

所在地：〒040-0011 北海道函館市本町34番8-1号

TEL 0138-51-9588

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. 職員参画による事業計画の策定と丁寧な施設内周知の実施

事業計画については、当該年度実績を算定根拠として、毎年決まった時期に各担当部署に事業・予算等の策定作業を指示しています。その後、それらの集約・調整等を行いながら、計画立案のスケジュールを構築しています。

こうして策定された事業計画・予算は、毎年度当初に、全職員を対象とした事業計画説明会を実施し、法人の「基本理念・職員行動指針・モットー」並びに施設の「経営理念・運営方針・重点目標・5つの行動指針」を基盤に策定されていることを、施設長自らが丁寧に説明しています。

事業計画の理解を深めるとともに、その進捗を確認する仕組みを施設内に根付かせているこうした取り組みは、評価に値します。

2. 記録を共有しケアに活かす仕組みと記録の書き方技術向上の取り組み

サービス提供に関する記録は、ケアの質向上の重要なツールの一つですが、蓄積された記録内容を活用し施設内で共有する仕組みを構築することは難しいものです。

施設では、ケアプランや日常的なケアの記録、ケアに関わる会議の記録等、一連の基本的な情報をデータベースソフトで一元的に管理しています。その上で、施設内の全職員が閲覧し共有できる仕組みが構築され、有効に活用される体制を整えています。

また、記録の質を向上させるよう、日常的なチェックに加えて、YouTubeを活用した研修等を通して、記録の取り方や内容の標準化をすすめています。適切な記録とその活用に向けた取り組みを実践し続けていることは評価できます。

3. 自立・重度化防止の取り組み

排泄支援、褥瘡発生予防などの自立や重度化防止の取り組みは、各々の専門職員が牽引し多職種協働により、アセスメント・プランの立案・実践・モニタリングというPDCAサイクルで、しっかりとした支援が実践されています。また、その実践により排泄の自立やおむつ外し、褥瘡の治癒など結果として効果が現れており、高く評価できます。

◇改善を求められる点

1. サービスの質の向上に向けた評価結果の分析と計画的な改善策の実施

自己評価、第三者評価を実施する意味は、改善課題を明確にし、それらの解決・改善に計画的に取り組んでいくことにありますが、現状では、分析から改善策・改善実施計画の策定には至っていません。

評価結果で明確になった改善課題は、運営会議等で十分に分析した上で、職員参画のもと改善策・改善実施計画を策定し、改善のための具体的な取り組みを計画的に進めて行くことが必要です。また、単年度で解決できないものは、中・長期計画の中に位置付けるなど、段階的な取り組みが求められます。

現在、個別サービス改善の取り組みが委員会活動として実施され、事業計画策定のプロセスもしっかり構築されていることから、今後は評価結果についても、課題分析から改善策策定までの新たな仕組みづくりに取り組んでいくことが強く望まれます。

2. 職員の教育・研修に関する基本方針・計画の策定

研修年間計画表に沿い、法人・施設内外の様々な研修に多くの職員が参加していますが、組織が目指す福祉サービスを実施するために必要な、職員の知識・技術や専門資格について具体的な目標が明記されず、それとの整合性が確保された体系的な基本方針・計画が策定されていません。

特に、看取りケアや緊急時対応も含め、医療的ケア実践のための計画的かつ組織的な取り組みが必要な、介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施体制が未整備の状況です。

今後は、現在の福祉サービスの内容や目標を踏まえた職員育成、教育・研修の基本的な考え方等について、中・長期計画並びに単年度事業計画に明確に位置づけ、「期待する職員像」を明示していくことが望まれます。

3. 実習生等の福祉専門職の育成並びにボランティア等の受入れに関する体制整備

現在、地域の高等学校から実習生を受け入れています。受入れに係るマニュアルが作成されておらず、体制が整備されていません。また、ボランティアについては、以前には地域の学校の職場体験実習や書道などを受け入れていましたが、受入れマニュアル等が未整備で基本姿勢も明示されていません。

実習生の受入れは、福祉人材の育成、福祉サービスに関する専門職の研修・育成を行うことであり、施設の社会的責務です。また、ボランティア活動は、地域社会と施設をつなぐ柱のひとつとして位置づけられ、施設の特性や地域の実情に即したボランティアの受入れや学習への協力が求められます。

今後は双方に関して、施設としての基本姿勢の明文化、受入れにかかるマニュアル整備等を速やかに進め、地域の福祉拠点として積極的な取り組みの実践が望まれます。

4. 標準的な実施方法の確立に向けた手順書、各種マニュアルの整備・改訂

福祉サービスの適切な実施においては、利用者の特性に応じた個別・柔軟なサービス提供に加えて、職員がサービス提供の際に必ず行う内容を一定水準に維持する、標準化の取り組みが求められています。

施設における標準化の取り組みとして、個別支援場面でのケア技術の伝達に特化した手順書が整備されており、職員への周知に向けても個別配布に加えて、いつでも閲覧可能な場所に配置されるなど、配慮がなされています。しかし手順書は、標準的な実施方法や技術の下支えとなる支援時の姿勢や、デイリー、ウイークリー、マンスリーの支援の流れを読み取ることが難しい内容となっています。また、介護職以外の職種に関する手順書は十分に整備されていません。

今後、施設理念や行動指針の内容と照らし合わせ、施設全体の職種の標準的なサービス提供のあり方を検討しながら、各標準サービスについてのマニュアル等の整備、文書内容の改訂、周知徹底に取り組むことが望まれます。

5. 個人の尊厳保持と権利擁護

高齢者虐待防止や身体拘束廃止については、指針やマニュアルの策定、委員会の設置や動画を活用した研修実施などに取り組んでいます。

サービス担当者会議や利用者に係る意思決定の場では、必ずそこに当事者である利用者本人を同席・参加させること基本とした実践が徹底されていない現状があります。

今後は、施設で備えている各種マニュアルや手順書及び「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定ガイドライン」や「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」などを用いて研修や勉強会を計画的に行い、介護職員や看護職員等の直接接遇職員のみならず、事務や調理も含めた全ての職員が共通の理解・認識を持って、権利擁護の取り組みがなされる体制が整備されることが望まれます。また、担当者会議や様々な利用者の選択を判断する際に、利用者や家族を巻き込んだ実践に取り組むことが望まれます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

サービスの質の向上を目指し、今年度の事業計画の一つにあげて福祉サービス第三者評価を受審し、専門的かつ客観的な視点から評価をいただいた。

この評価結果は、施設運営について自己評価し、さらに第三者評価を受けたことで、運営上の課題がより明確になり、改善のための具体的な行動目標を設定する上で明確な指標となっている。

改善を求められた点についても、訪問調査員との面談や評価結果の総評及びコメントの内容において、具体的に実行可能な改善方法の発見につながる内容となっているため、第三者評価が業務改善につながるかなり有効なツールとなっていることを改めて理解できた。

評価の高い点については今後更に推進し、改善を求められた点については法人本部とも連携しながら、職員全体で取り組み、一歩ずつ改善につなげていきたい。

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 4 年 7 月 20 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 函館厚生院		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホームももハウス	事業種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 041-0804 北海道函館市赤川町390番地の2		
電 話	0138-47-3335		
F A X	0138-47-3336		
E-mail			
U R L	http://momo-house.koseiin.or.jp/		
施設長氏名	工藤 希幸		
調査対応ご担当者	高井 理恵 (所属、職名：庶務課長)		
利用定員	60 名	開設年	平成 9 年 3 月 1 日
<p>理念・基本方針： 法人の基本理念である「いつでも安らぎを」を念頭に五つの基本を尊重して函館厚生院の職員として誇りと自覚を持ち、利用者中心のサービスを展開していく。また、リスクマネジメントと感染症予防の強化に努め、利用者の安全・安心を確保していく。利用者の「生活の場」「安らぎの場」として、利用者及び家族からの信頼を得られるよう取り組んでいく。</p> <p>五つの基本 ①保健・福祉・医療の分野で、地域の中心的な存在としての自覚を持って行動します。 ②利用者の安心・満足を得られるよう努力を怠りません。 ③高度な技術の錬磨に努めます。 ④現実の認識を厳しくし、未来を見据えて計画を建て実行するように努めます。 ⑤合理的で堅実的な運営・経営がそれらを支えることを確信しております。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組： 職員・利用者双方に負担の少ないケアを実践するため「ノーリフティングケア」の導入。従来型特養多床室の間仕切り（個別空間の確保）の設置など施設サービス（ハード面・ソフト面）の向上に取り組んでいます。</p>			
<p>第三者評価の受審回数（前回の受審時期） 0 回 （平成 年度）</p>			
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】

<p>(例) ○○事業 (定員○名)</p> <p>(介護予防) 短期入所生活介護事業所 ももハウス (定員10名)</p> <p>通所介護事業所 (第1号通所事業 (国基準通所型サービス)) デイサービスセンターももハウス (定員25名)</p> <p>居宅介護支援事業所 ももハウス</p>

【利用者の状況に関する事項】（令和4年6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
0名	0名	2名	6名	9名	18名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
18名	6名	1名	60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	2名	6名	名	名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名
合計	4名	6名	名	名	1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
0名	0名	0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	1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	1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
9名	8名	11名	7名	7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
0名	2名	2名	3名	1名	1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
0名	3名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 3年6か月)

【職員の状況に関する事項】 (令和4年6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	介護支援専門員	柔道整復師
常勤	34名	1名	2名	2名	1名
非常勤	7名	名	名	名	名
	支援相談員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	2名	21名	名	4名	名
非常勤	名	5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	2名	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	2名 (名)
介護福祉士	20名 (2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	3,317.06	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	9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)に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	
	耐震	
(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)		
(2) 建物面積		m ²
(3) 敷地面積		m ²
(4) 耐火・耐震構造	耐火	
	耐震	
(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 3 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

華道・書道（新型コロナウイルスにより令和2年度、3年度は実績なし）

【実習生の受け入れ】

・令和 3 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 2 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。

定期的に個別のカンファレンスを行い、極力、家族へ参加を促し、施設長をはじめ全部署参加型のカンファレンスを開催。そこで、利用者、家族の意向を確認し、ケアへつなげている。

【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	b	<p>法人の「基本理念・職員行動指針・モットー」と、これに連動した施設の「経営理念・運営方針・重点目標・5つの行動指針」が適切に明文化されている。法人の基本理念等は施設玄関に掲示され、法人・施設のホームページや施設の事業計画書にも記載されている。職員の周知については、新任職員はもとより、年度当初の事業計画説明会や各種会議等において、施設長自ら各職員に対して説明を行っている。広報誌「桃の香」は、利用者の家族、近隣の町内会等に配布されているが、法人・施設の基本理念等の記載がなく、施設パンフレットも同様に基本理念等の記載がない。今後、利用者や家族、地域社会に対して、わかりやすく明示していく工夫に期待したい。</p>

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	b	<p>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。</p> <p>各介護保険事業における実績・利用率等については、毎月の運営会議において状況確認・把握・分析を行い、必要に応じて各事業部門に指示し、次年度計画に反映させている。中・長期計画による経営立て直しを始めた一昨年以降は、新型コロナウイルス感染症の流行期と重なった影響もあり、想定した改善結果に至らないこともあった。今後このような事態に対応できる計画変更の仕組みづくりに期待したい。</p>
3	b	<p>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。</p> <p>経営課題については、運営会議で把握・分析し、個別の目標達成のための取り組みを各担当部署で検討・実施している。ただ、施設長主導で実施した組織体制整備からあまり時間がたっていないことなどから、法人本部役員とのコミュニケーション不足もあり、課題共有が十分とはいえない。今後は施設の体制整備を急ぎ、法人本部との意思疎通・課題共有を十分図っていくことに期待したい。</p>

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	b	<p>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。</p> <p>2019年から5年間の中・長期計画が策定されている。法人・施設の経営理念等の実現に向けた事業計画と、財政面の裏付けである収支計画により成り立っており、施設長が職員の意見等を聞き、立案した。計画内容は、経営課題を分析・検討した収入目標、必要なICTの整備や職員増員等の支出計画で構成されているが、将来的な職員育成・研修計画については、十分とはいえない。また、計画の評価・見直しについては、「令和3年3月」1回のみ実施予定であったが、実施されなかった。中・長期計画は必要に応じて評価・見直しを行うこととしており、最近のコロナ禍は、これらを実施するに足りる事態であることから、今後の定期的な評価・見直しに期待したい。</p>

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。	b	単年度の事業計画は、中・長期計画と連動させた内容となっている。数値目標を設定し、その実施状況を毎月の運営会議で評価しているが、中・長期計画の評価・見直しにつながっておらず、中・長期的な職員育成・研修計画の内容としては十分とはいえないため、今後の取り組みに期待したい。
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。	a	事業計画は、毎年12月に各担当部署に対し、当該年度実績を算定根拠として、事業・予算等策定作業を指示し、その後運営会議において調整・集約し、1月中に立案（完成）している。毎年度当初に、全職員を対象に事業計画説明会を実施し、理解を深めている。また、毎月の運営会議において、事業計画の進捗を確認している。
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	利用者や家族に対しては、重要事項説明書の内容や第三者評価の受審に関することなど、個別の必要事項は説明しているが、事業計画については説明していない。今後は、計画内容のわかりやすい資料を作成し、利用者等がより理解しやすくなるよう工夫して、計画の周知を行うことが望まれる。

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	「介護保険サービス評価に関する北海道基準」に基づき年1回評価を実施し、今回の第三者評価受審に際しても、自己評価を実施している。しかし、組織的なPDCAサイクルが確立されておらず、評価結果が十分生かされていない。今後は、日常的な福祉サービスの質の向上のために、自己評価活動が必要であると再認識し、全ての職員の取り組みとなるよう組織的に根付かせ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	実施した自己評価等の結果から、明確となった課題を分析し、その改善策・改善計画を策定し、改善のための取り組みを計画的に行っていくことが求められる。今後は、こうした取り組みを中・長期計画に明確に位置付け、組織的な取り組みとして実施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	職務分掌により、施設長の役割と責任について文書化され、職員に周知されるとともに、施設ホームページにおいて、自らの役割等について表明している。ただ、有事における管理者の役割と責任については、不在時の権限移譲を含めて明確化されていない部分があるため、早急な改善に期待したい。
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	法人の「法令遵守マニュアル」に沿った対応を基本としており、その他行政や業界団体等からの最新情報は逐次把握し、必要に応じて職員に会議を通じて伝達している。今後は、環境への配慮など福祉分野以外の重要な法令に関する情報についても、幅広く収集・把握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	福祉サービスの質の向上を目指して、職員の意識を向上させるための組織体制の変更、記録のIT化、改修等に取り組んでいるが、職員自らをその取り組みに巻き込めていない。今後は、職員の意見等を反映させ、自発的な取り組みを引き出す工夫に期待したい。

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	毎月の運営会議において、数値目標の進捗状況を確認し、指示を出している。また、業務の実効性を高めるため「ノーリフトケア」の推奨などの取り組みも行っている。今後は、組織内にこうした意識を形成していくための体制づくりに期待したい。
----	---	---	--

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	事業の重点目標として「職員の確保と定着」を掲げており、エルダー制度の導入などの取り組みを進めている。職員採用活動に関しても専門学校での施設見学会開催など多様な取り組みを行っている。今後は、福祉サービスに関する専門職の配置等、必要な福祉人材や人員体制についての計画の具体化に期待したい。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	「人事考課実施要領」により、人事基準が定められており、職員に周知されている。また、個別面談が年3回実施され、職員の意向・意見等が把握されている。今後は、中・長期計画に本項目をしっかりと位置づけ、組織的な取り組みとして充実強化してい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り組んでいる。	b	職員の就業状況については、年3回の個別面談を実施し、職員の意向・希望等を聴取するとともに、有給休暇取得や時間外労働データを確認し、個々の職員の状況を把握している。また、総合的な福利厚生を実施するとともに、介護記録のIT化を推進し、時間外労働を削減するなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを実施している。今後は、人材確保・定着の観点から、悩み相談窓口の設置や育児休暇取得の促進など働きやすい職場づくりに関する取り組みの工夫に期待したい。
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	職員一人ひとりの目標管理のための「能力開発・評価表」をもとにして、年3回の個別面談を実施し、目標への進捗状況の確認、目標達成の確認、考課者の助言等が行われている。ただ、職員一人ひとりの目標の設定については、目標項目、目標水準、目標期限の明確化が十分とはいえない。今後は、「この介護技術をいつまでに習得する」「この福祉資格をいつまでに取得する」など、より具体的な目標設定となるよう取り組みの充実強化に期待したい。
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。	c	研修年間計画表に沿い、法人・施設内外の様々な研修に多くの職員が参加している。ただ、「期待する職員像」が明示されておらず、組織が目指す福祉サービスを実施するための基本方針・計画が策定されていない。今後は、現在の福祉サービスの内容や目標を踏まえた基本方針・計画を中・長期計画に明確に位置づけ、職員に必要な専門技術・資格等を明示することが強く望まれる。
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。	b	研修年間計画表に沿い、様々な研修に多くの職員が参加しており、教育・研修の機会が確保されている。新任職員には、エルダー制度を導入し、個別的なOJTが実施されているが、その他の職員には、個別研修計画が策定されていない。今後は、組織として「期待する職員像」を明示し、職員一人ひとりの教育・研修に関する基本方針・計画を策定し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。	c	毎年、当該地域の高校から実習生を受け入れているが、受け入れマニュアル等体制整備がされていない。今後は、実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成についての体制を早急に整備することが望まれる。

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	法人・施設ともにホームページで積極的に基本理念、事業内容等を公開している。特に施設のホームページでは、施設内部を疑似体験できる動画を公開しており、コロナ禍により施設見学が困難な現状にも対応でき、利用者や家族のサービス選択に資する取り組みとして有効となるよう工夫されている。現状では、財務状況帳票が最新情報でないこと、苦情・相談体制内容が公表されていないことから、修正・改善の取り組みに期待したい。
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。	a	法人・施設における事務等に関するルールが各種規程に整理され、経理等についての内部監査も定期的実施されている。また、当該法人には、会計監査人が設置されており、公認会計士による会計監査が適切に実施されている。

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。			
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	利用者と地域との交流を広げるため、近隣の保育園や町内会との交流活動を実施していたが、コロナ禍により一昨年から実施できていない。今後は、社会情勢等に配慮しながら、積極的な地域交流活動の再開に向けた取り組み期待したい。
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	ボランティアについては、以前は書道などでの受入れがあったが、最近はコロナ禍により実施できない状況が続いている。ボランティア受入れに対する基本姿勢は明文化しておらず、登録手続き等のマニュアルも未整備である。今後、法人・施設として、受入れについて再検討することが望まれる。
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	より良い福祉サービスを提供するため、個々の利用者の状況に対応できる社会資源集を作成しているが、職員間の情報共有までには至っていない。今後は、地域の関係機関・団体との具体的な連携・協働について、職員会議等で検討・協議することに期待したい。
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が行われている。	b	施設として、地域の福祉ニーズ把握のため、民生委員児童委員に調査を行うとともに、町内会との昼食交流会を定期的に開催し、意見交換を行ってきた。今後は、社会情勢等を考慮し、活動の再開に期待したい。
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・活動が行われている。	b	道内の社会福祉法人が参加する「災害時における法人・施設協働による入所者・要援護者等支援事業」並びに「生活困窮者等に対する安心サポート事業」推進のための渡島・松山地区の拠点法人として役割を果たしている。ただし、両事業ともに実績が少ないため、法人としても積極的な取り組みになっていない。今後は、当該施設も活動に積極的に関与できるよう法人内の調整等に期待したい。

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	職員行動指針のひとつに「わたしたちは、利用者の安心・満足を得られるよう努力を怠りません。」を掲げ、職員研修や施設長からの日々の講話等を通じて、利用者の人権に配慮したサービス提供が実践されるよう努めている。ただ、福祉サービスの標準的な実施方法にかかわる手順書に、利用者を尊重するサービス提供の基本姿勢が明記されていないなど、実践の根拠が可視化されていない。今後はサービス提供技術を下支えする考え方が、日常的に職員間で共有されるよう、マニュアル改訂や研修体系の見直しなどに期待したい。
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が行われている。	b	利用者の居室は、一部をパーテーションで区切る半個室化の改修工事を平成29年度に完了しており、プライバシー確保の配慮がなされている。浴室の着替えスペースは広くて風通しが良い面もある一方で、機械浴の利用者と一般入浴の利用者を仕切る壁が無く、簡易の衝立を使用している。今後は、中長期計画に位置づけた上での改修やプライバシー保護に関するガイドラインの定期的な改訂等に期待したい。
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	1カ月に1回の頻度で施設での行事などの実施状況を伝えるブログを更新している。また、ホームページに「360°バーチャルツアー（立体写真と動画で施設見学）」を掲載し、視覚的に施設の内部をイメージし、利用希望者が事前にわかりやすく情報収集できるよう工夫している。ただ、ホームページの閲覧数等の基本データが集約されておらず、効果的な活用に向けた検証には至っていない。また、パンフレットの配布範囲は一部の関係機関のみで、内容の改訂もなされていない。今後は一連の情報提供の仕組みがより効果的に運用されるための仕組みづくりに期待したい。
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。	b	利用契約時には、重要事項説明書を用いてサービス内容を的確に説明し、本人が説明を受けることが困難な場合は、成年後見人等の利用による適切な契約締結が可能となるよう手順を整理している。また、契約内容の変更時も、契約締結時同様に、説明と同意という基本的な対応により実施している。今後、利用者や家族への説明で用いる資料がよりわかりやすさに配慮した内容となるよう、検討及び改訂に期待したい。
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。	c	これまで他施設へ転居するケースでは、事前の担当者会議等で打ち合わせを行った上で適切に引き継ぐよう対応してきたが、転居にかかわる記録は残していない。また、サービスの継続性を確保するための手順書・マニュアルは用意していない。今後、該当ケースが発生した時点での個別対応だけでなく、他施設への移行等を想定して施設としての標準的な対応方法を定め、マニュアル等を整備することが望まれる。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-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。	b 管理栄養士と介護職が協力して聞き取りを行い、年1回の食事に関する満足度調査を毎年実施している。利用者の6割近い回答率を確保し、調査結果はメニューや提供方法等の改善につなげている。また、入浴に関する支援内容の実態把握のためのアンケートを実施した実績もある。今後、サービス全体に対する調査の実施に加え、日常的な各種会議等で報告されている利用者からの声を活かしながら満足度を定款的に把握し、分析、改善につなげる仕組みを構築して、継続的に満足度を向上させる取り組みに期待したい。
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。	c 法に定められた基本的な苦情解決の一連の体制は概ね整備され、苦情解決の仕組みは建物内のわかりやすい場所に掲示されている。また、正面玄関エントランスに意見箱を設置している。苦情の受理から終結までの内容を書面に残し、2名のWRM委員（第三者委員）と施設との間で年1回WRM委員会を開催し、意見交換を行っている。しかし、苦情解決に取り組んだ実績等は公表されておらず、利用者への苦情解決の仕組みを周知する取り組みは、上述以外では契約時の重要事項説明や個別の電話連絡にとどまっている。今後は、利用者からの潜在的な苦情を把握する姿勢を示す意味でも、苦情解決の仕組みの積極的な周知に取り組み、当該関係者のプライバシーに配慮した上で、苦情の有無や解決状況の公表を行っていくことが望まれる。
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 相談や意見を述べる方法が複数用意されており、相談相手も担当職員以外の職員や施設長、外部の関係機関へ直接意見を伝えることができる体制を整えている。また、それらの対応方法が正面玄関に掲示されている。ハード面においても、込み入った相談は居室内ではなく相談用に別室が確保されるなど、配慮がなされている。
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。	b 苦情・相談内容はパソコンシステム上の日誌等に記録され、各種会議等において改善策が協議されている。ただ、対応方法を標準化するためのマニュアルは文書化されておらず、対応の流れの「見える化」には至っていない。苦情・相談内容を今後のサービス向上のための分析材料とするためにも、対応手順の文書化により、対応結果の蓄積を可能とすることに期待したい。
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 事故対策委員会を設置し、マニュアルを策定している。インシデント・事故の定義を明確に書面にし、事故発生後は速やかに臨時の委員会を開催して、2週間後に対策を実施している。また、福祉用具の点検は、機能訓練指導員と介護職員とで手分けして実施し、センサーマットの点検も行っている。年2回リスクマネジメントについて勉強会を実施し、最新情報を習得している。今後は、現行の取り組みを活かしながら、分析ツールを活用した定量的な要因分析と分析結果に基づく改善策を組織的かつ継続的に実行し、定期的なマニュアルの評価・見直しにつなげるとともに、感染症にも対応できるBCPの策定等の一層の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 感染症蔓延防止のため、流行期及び発生時は同一法人内の医療機関と連携を図りながら対応の共有と防止策の検討を行っている。また、定期的に勉強会を開催している。最新の情報を共有し、対応マニュアルの見直しを行っているが、改訂日などは記載されていないため、更新状況の評価を行うことが難しい。今後、マニュアルへの更新履歴の掲載等により、更新状況が客観的に把握でき、定期的な見直し・評価が可能となる仕組みづくりに期待したい。

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	自然災害編のBCPが「防災対策・事業継続計画」として策定され、年1回地震災害想定の実施している。食料・備品リストは整備しているものの、在庫チェックの仕組みは充分とはいえない。また、行政、自治会等と連携した訓練は行っておらず、連絡網を用いた伝達の訓練も実施に至っていない。今後、あらゆる状況を想定し、BCPに基づく必要な資源の備蓄や、きめ細かな訓練の実施に期待したい。
----	--	---	---

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 個別支援場面でのケア技術の伝達に特化した手順書が整備され、職員への個別配布に加えて、いつでも閲覧可能な場所への配置など、周知の取り組みもなされている。しかし手順書は、標準的な実施方法や技術の下支えとなる支援時の姿勢や、デイリー、ウイークリー、マンスリーなどの支援の流れを読み取ることが難しい内容となっている。また、介護職員以外の職種に関する手順書は十分に整備されていない。今後は、施設としての理念や行動指針の内容と照らし合わせ、施設全体の職種の標準的なサービス提供のあり方を検討しながら文書を整備し、周知徹底を図る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。	c 各種会議等を通して、必要に応じて手順書や関連するマニュアルの見直しは行っているものの、定期的に内容を点検し、見直しをする仕組みは整備されていない。内容を精査し、改訂を行っていくための取り組みが望まれる。
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。		
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 定められた手法に従い、適切なアセスメントが実施され、計画作成担当者が担当者会議を開催し、計画立案している。現状では、本人が出席した会議開催には至っていないが、看取りケアも実施している現状を踏まえても、今後の支援について本人・家族と施設側があらかじめ話し合う自発的なプロセスを盛り込む計画立案が求められることから、今後の取り組みに期待したい。
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。	a 3カ月および6カ月ごとに評価し、ADLが低下した際など、本人の状況が変化した場合を中心に適時変更している。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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。	a ケアプランや日常的なケアの記録、ケアに関わる会議の記録など、一連の基本的な情報をデータベースソフトで一元的に管理している。また、それらの情報を施設内の全職員が閲覧し、共有できる仕組みが構築され、十分な活用がなされている。記録の取り方に関して、日常的なチェック体制の整備に加えて、YouTubeを活用した研修等を通して技術の向上を図るなど、記録内容の標準化を進めている。
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 文書編集保存規程に基づき、記録の保管、廃棄が適切に行われる体制を整えているが、職員に対して、記録の管理にかかわる定期的な研修は行われていない。今後、個人情報保護や情報漏洩の予防という観点から、SNSへの投稿やWebアプリの活用に関してのルールづくりとともに、記録情報のデータベースを一層適切に運用していくためにも、これらの研修の実施に向けて検討することを期待したい。

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 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	利用者一人ひとりに合わせた施設サービス計画が立案され、計画に基づいた実践が行われている。今後は、更に利用者の心身の状況など個人因子や、季節や家族による支援の状況など外部的な環境因子にも配慮し、利用者個々の具体的な支援が実践できるように施設サービス計画の第3票などが工夫されることを期待したい。
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	利用者一人ひとりの心身の状態・状況に合わせて、適切なコミュニケーションが実践できるよう、ケアプランをはじめ様々な計画に具体的な支援方法が立案され、実践されている。また日々の日誌や記録、ミーティングの中で情報が共有されている。
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。	c	指針やマニュアルの策定、委員会の設置や動画を活用した研修実施などに取り組んでいる。今後は、ヒヤリハット事例の収集や活用、マニュアルや体制が定期的かつ状況に合わせて最新の状態に更新される手順等の整備に加え、研修や教育について職員の理解度や効果が測定できる体制の構築が望まれる。

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。	b	開設時の状況に合わせた施設の形状などの制限がある中で、多床室のプライベート改修やスタッフルームの改修とデイルームの拡張を行っている。また、共同スペースへのエアコンや多機能型空気清浄機・加湿設置など、利用者が快適に暮らせるように順次環境整備を実施している。今後は、更に利用者が快適に過ごせるように、ベッド周りに温度計や湿度計を整備するなど、誰もが正確に状況が把握でき、変化に細やかに対応できるような工夫が可能な実施体制が整備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 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・設備的な制限がある中で、利用者が快適に入浴できるように、委員会・担当介護員が中心となってPDCAによる入浴支援が実践されている。また、当日の心身の状況変化などについては、現場の実践レベルで判断するため、看護・介護連携などの手順や記録のルール確立について、OJTによる体制が整備されている。今後は、マニュアル・手順書などにプライバシー保護の指針なども盛り込み整備されることを期待したい。
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	嘱託医の協力も得て、担当介護員が中心となり個別にアセスメントを行い、多職種連携にて排泄支援に関するスクリーニング・個別支援計画を立案し、おむつの選定や支援方法などを決定している。介護職・看護職を中心に実際の支援を行い、支援の都度現状把握モニタリングを実践している。事例では失禁の減少、布下着の利用継続などの効果が見られている。

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	機能訓練指導員を中心に、心身状況をアセスメントし多職種連携で、具体的な支援方法（福祉用具の選定や介助方法）を決定している。記録は介護ソフトを活用し常に共有されている。また決定した支援方法は1週間後に評価するなど、その時々を利用者の状況にあった移動支援が継続的に更新・実践できるように工夫している。
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。	b	家族による持ち込みのご飯（おかず）の調整や食事前の口腔体操・配膳の時にメニューの読み上げ、嗜好調査や季節にあわせた行事食、おやつづくりなど、利用者が美味しく食事ができるように取り組んでいる。ダイルームでの喫食環境では、食事場面にふさわしいTVプログラムの選択や、全介助にて食事されている利用者や吐き戻しのある利用者の正面での食席など工夫が必要と思われる状況がある。今後は、人員も含め設備やスペースの制限はあるが、BGMや雰囲気など含めた五感に影響する喫食環境の向上を含めて、美味しく食事ができるような工夫が実践されることを期待したい。
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。	b	管理栄養士が中心となり、多職種連携で栄養ケア計画が立案され、利用者一人ひとりの心身の状況に合わせ、自力摂取・一部介助・全介助など支援方法が決定され、食事の形状や自助食も含めた食器の選定などが実践されている。現状では、車椅子のまま食事をしている・フットレストに足を乗せたまましているなど、適正な姿勢で食事ができていない状況が散見されている。今後は、テーブルや椅子の選定・高さ、移乗介助なども含めて、適切な姿勢で食事できるような工夫が実践されることを期待したい。
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。	b	歯科医師や歯科衛生士により指導・助言を受け、看護師や介護職員を中心に利用者の自歯・義歯の状態に応じて、歯ブラシ・舌ブラシ・スポンジ・ガーゼを活用し、毎食後口腔ケア（食後の誤嚥防止）を実践している。今後は、口腔ケアに対するアセスメント・計画の立案・支援・評価などがPDCAサイクルで実践され、ケア品質が向上されることを期待したい。
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。	b	褥瘡発生のリスクを予測するブレインスケールで評価を行い、多職種連携でプランを立案し、栄養ケアや福祉用具の選定・医療看護・介護支援など具体的な支援が実践されている。これらの取り組みにより治癒できた事例もあるなど、適切に支援されている。今後は、更に褥瘡発生予防及びケアに対する指針の整備や研修・訓練などの体制整備が整い、多職種連携により安定したケアの品質での支援が実施できる体制が整備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			
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。	c	現在は、十分な体制整備やそれに向けた計画が立案されていない。今後は、看取りケアや緊急時の対応も含め、定期的かつ実践的な技術研修や、医療的ケア実践のための研修（実地訓練）受講など、職員育成について中・長期計画及び単年度事業計画などにも反映し、計画的に体制が整備されることが望まれる。
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て機能訓練や介護予防活動を行っている。	a	柔道整復師の機能訓練指導員を中心に、個別機能訓練や集団体操を多職種協働で実施している。また、歩行訓練・食事前の口腔体操・作業レク（たたみ・エプロン・洗濯物）・立位・着衣などの各種プランに落とし込み、生活リハビリによる介護予防が実践できるように取り組んでいる。

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 マニュアルを整備し、エマニチュードの哲学による支援方法の実施など方向性を定めているが、現状では職員共通の理解と実践には至っていない。今後は、現在活用しているマニュアルの最新版への更新や、支援にあたる職員全員が診断基準（NIA-AAやDSM-5）・判定ツール（HDS-R/MMSEなど）を共通して理解でき、定量的なアセスメントとそれに対するBPSD（認知症の行動・心理症状）などへの支援がばらつき無く実施できる体制構築を期待したい。
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑪	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。	b 利用者の体調不良時の対応については、手順書で統一されており、AEDや心肺蘇生など基本的な訓練が実施されている。今後は、誤嚥や窒息時の対応訓練や医療的ケアが実施できる介護職員の育成や、利用者や家族、ステークホルダーと確認を行いながら、DNAR（蘇生措置拒否）の職員共通理解の促進や体制整備が進められることを期待したい。
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑫	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 委員会で体制を整備し、嘱託医と連携をとり看護職中心に看取りを行っている。またデスカンファレンスも実施している。今後は、医療的ケアができる介護職員の育成計画の立案と実施、家族を含めたACPやグリーフケアなどの更なる充実を期待したい。

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			
A⑬	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	ケアプランや各種計画の立案時、状況変化などがあつた時は連絡をとり、意見聴取や報告を行うなどの基本的な事柄が決められており、実施されている。しかしここ1、2年は、新型コロナウイルス感染症の影響から、面談も思うように実施できず、十分に取組めていないことも多い。今後は、今回コロナ禍で工夫されたような写真と手紙による平時のコミュニケーションなど、定期・随時の連絡が継続的に行われることを期待したい。