

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011年1月21日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒064-0806

住所

札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4
高砂サニーハイツ401

電話番号 011-522-9772

評価機関名 特定非営利活動法人
福祉サービス評価機構Kネット

認証番号 北海道 第10-003号

代表者氏名 理事長 三上 重之

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)	立花 富士男	組織・福祉	178
	(2)	植松 直	福祉	132
	(3)	吉原 幸子	福祉	64
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	手稲ロータス			
設置者名称	社会福祉法人 手稲ロータス会			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 手稲ロータス会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010年1月8日	～	2011年1月21日	
利用者調査実施時期	2010年1月10日	～	2010年2月14日	
訪問調査日	2010年2月26日			
評価合議日	2010年10月22日			
評価結果報告日	2011年1月21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			

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

特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 手稲ロータス会

代表者氏名: 理事長 菱輪 真智子

所在地: 〒006-0035 北海道札幌市手稲区稲穂5条2丁目6番5号

TEL 011-685-8181

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利用者に優しい施設環境と職員の対応

施設は手稲山麓の丘陵地にあり、市街地の向こうに青く透き通った石狩湾を眺望し、周囲は木に囲まれ、鳥のさえずりが聞こえる。鉄筋3階建てで内に入ると明るく通気も良い。長く広い廊下に季節を感じさせる生け花、絵画、書が飾られ、要所々にラウンジがあり、利用者が春の眺望を楽しみながらおしゃべりをしている。設備の整った居室、サロン風の食堂など時がゆっくり流れる雰囲気のある場である。職員はいつも穏やかな笑顔で利用者に接し、利用者への口頭調査での評判もよい。

②利用者のニーズに応える多彩な事業の企画・実施

当施設では、施設での生活は家庭生活の延長との法人の理念に基づき、社会生活に密着した行事や生活習慣として行われてきた歳時を大切にしている。利用者が自分らしく生きるために必要な教養、文化、健康、趣味、レク等の多彩な活動を企画し、その中から利用者が選択して、多くの地域ボランティアの協力を得て実践している。これらの活動は、利用者の日々の生活に夢と希望をもたらす大きな糧となっている。

◇改善を求められる点

① 家族等との協力関係の構築

施設サービス実施計画作成の基となる担当者会議への家族の参加率は低く、家族の意向の反映が不十分な感がある。ともすれば、施設側から見ると家族は利用者と一緒にとらえがちになる。しかし、家族は立場や場が違っても職員同様その人を「支える人」である。支援者同志の連携は必然の行為である。職員と利用者、職員と家族という個の関係もあれば、事業者と家族会という組織的な関係もある。これからの施設運営にあたっては、「家族」との関係性を重視し、互いに課題の共有化をはかる工夫を重ねて、更なるサービスの向上を期待したい。

② 組織的な評価体制の整備

組織的な評価体制の整備とその準備は今回が初めてとの印象を受けた。職員が提供している福祉サービスを客観的基準に沿って評価することは、日常を振り返る絶好の機会である。職員個々の気づきを促し、足らざる課題の発見やその課題を望ましい姿に近づこうとする機運が、スタッフの中から盛り上がる管理運営が望まれ、次のさらなる改善策の検討や実践的な独自のマニュアル整備にもつながることが期待出来る。早い機会に、一定期間毎の継続した組織的、総合的な自己評価体制の構築を期待したい。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

北海道の「介護サービス情報の公表」制度等の外部評価を受け、入所者処遇及び業務の改善を実施している。今回の調査において、自己評価等では気付かない細かな点を確認することが出来た。この結果を入所者のより良い生活へ繋げていけるよう活かしていきたい。また、良い評価を頂いた内容であっても再度確認を行い、今後の業務内容の見直しに繋げていきたい。

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： 平成 22 年 2 月 1 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 手稲ロータス会		
事業所名 (施設名)	手稲ロータス	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 006-0035 北海道札幌市手稲区稲穂5条2丁目6番1号		
電 話	011-685-8181		
F A X	011-685-8182		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	高木 孝使		
調査対応ご担当者	柏谷 沙矢子 (所属、職名：生活相談員)		
利用定員	70 名	開設年	平成 年 6 月 1 日
理念・基本方針：(条文) 1. 関連法規の遵守に努めます。 2. 地域に根ざした施設、事業の連携に努めます。 3. 入所者、利用者の尊厳を守り自立支援の推進に努めます。 4. 従業者による資質、専門性の向上に努めます。 5. 公平、公正な施設、事業運営に努めます。			
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】

・手稲ロータス (介護予防) 通所介護事業所 (28名) ・手稲ロータス (介護予防) 認知症対応型通所介護事業所 (12名) ・手稲ロータス (介護予防) 短期入所生活介護事業所

【利用者の状況に関する事項】（平成 22 年 2 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（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
名	1 名	2 名	8 名	10 名	21 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
16 名	10 名	2 名	70 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	名	1名	名	1名	名	1名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	1名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	5名	6名	1名	2名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	3名	2名	1名	名	名	1名	名
合計	8名	9名	2名	3名	名	3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
2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か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
名	8名	6名	13名	7名	6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	2名	9名	3名	1名	2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
2名	2名	名	1名	1名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	2名	1名		

(平均利用期間: 6)

【職員の状況に関する事項】(平成22年2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	事務員	主任指導員	指導員
常勤	名	1名	2名	1名	1名
非常勤	名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	1名	24名	名	4名	名
非常勤	名	7名	名	1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	5名	名	名	1名
非常勤	名	名	名	0.2名	2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	名 (名)
介護福祉士	12名 (4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	3970.51 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 元 年
(4) 改築年	平成 14 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 ㊦ 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】

・平成 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

161 人

・ボランティアの業務

・理美容、クラブ活動、音楽、身の周りの世話、各種行事手伝い。

【実習生の受け入れ】

・平成 21 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 1 人

介護福祉士 20 人

その他 18 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）

社会福祉法人 手稲ロータス会
特別養護老人ホーム 手稲ロータス

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 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	法人では、社会福祉法の精神に則り、5ヶ条にわたる基本理念を明文化している。その内容は、法人の使命や目指す方向、考え方を明らかにしたものである。
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	基本理念の具現化を推進するための基本方針として、具体的な重点推進項目を策定し、利用者等の理解を得られるよう、また職員の実行規範となるよう具体的な内容になっている。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	理念や基本方針の策定に当たっては、常に職員との協議で行われている。さらに職員会議等でも、基本方針等の周知を目的とした実践テーマを設定し、討議を行っている。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者の入所時の契約書、重要事項説明書に記載し説明をしたり、広報誌で知らせたりしている。しかし利用者等の高齢化や障害を持つ人も増えつつあることから、周知の方法等について工夫の余地があるように思われる。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-1 (1) -① 中・長期計画が策定されている。	a	理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にしている。とりわけサービスの内容、設備の充実、人材養成等の現状分析を行い、課題や問題点を明らかにし、中・長期計画を策定している。
I-2-1 (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	年度事業計画は、中・長期計画の内容を具体的に反映して策定されている。今後可能であれば数値化目標等を設定するなどの実施状況の評価を行えるような配慮があれば、更なる成果が期待できると思われる。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	a	中・長期計画、事業計画の策定にあたっては、各職種毎の会議や施設長・職員が参加する職員会議等にて意見集約・反映する仕組みが整備されている。また見直しも随時行われている。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	職員には職員会議や研修会等において資料を作成し説明している。利用者等にも、広報誌や来訪時等にその周知を図っているが、利用者等の意見を聞く場を兼ねた説明会を開催するなど配慮が期待される。

I-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
I-3-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (1) -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	管理者は自らの役割と責任について文書化し、常に会議や研修会において表明している。その責任と指導性については職員や利用者・家族等から合意と理解を得ている。
I-3-1 (1) -② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	管理者は法令遵守に関する経営者研修等に積極的に参加すると共に職場においても職員が遵守すべき法令等に準じた研修会を定期的に開催している。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (2) -① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者はサービスの質の現状を定期的・継続的に評価・分析を行うとともに、職員の意向も把握し、改善のための具体的な取り組みを明示するなど指導力を発揮している。
I-3-1 (2) -② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	管理者は常に経営や業務の効率化と改善に向けて、人事・労務・財務等の面から分析に努め、施設の理念・方針の具現化に向けて、人事配置、職員の働きやすい環境整備等の具体的な取り組みを積極的に実践している。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (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	法人理事研修会等での近時の社会福祉の動向の把握、介護予防センターからの地域福祉の情報収集など、事業経営を取り巻く環境を正確に把握し、中・長期計画や年度計画に反映させている。
Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	定期的に経営状況を分析し、利用者の高齢化・障害の重度化に伴う改善課題を明確にし、会議等で職員に報告・周知を図っている。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	法人として外部監査を実施している。監査結果や会計士等による指導や指摘事項に基づいて、経営改善を実施している。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (1) -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	職員採用の基礎を定め、各職種とも有資格者の採用を原則としている。無資格者の場合には資格取得を奨励している。職場環境や勤務条件の改善を図り、専門性の高い人材の確保に努めている。
Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	法人では人事考課基準（5段階、20項目）を策定している。これに基づき年2回評価を行っている。基準については職員に周知し、実践している。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (2) -① 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	職員個々の有給休暇の消化率や時間外労働のデータ、疾病状況を把握している。定期的に個別面談も行っている。
Ⅱ-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	北海道民間福祉施設職員共済会や福利厚生センターソール倶楽部に参加している。職場内でも定期的な健康維持の取り組みや、親睦会を開いている。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。		
Ⅱ-2-1 (3) -① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	法人に研修委員会を設置し、職員のニーズや利用者の状況など施設の課題に基づく研修計画を策定し、人的資質の向上を目指している。また必要な資格取得のための研修支援をしている。
Ⅱ-2-1 (3) -② 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	職員個々の課題や経験年数、施設としての課題に必要な計画的な職場内研修を実施し、職場外研修に積極的に参加させている。
Ⅱ-2-1 (3) -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。	a	研修参加者は、研修報告書を提出し、研修内容によっては職員会議等で報告するなど、その成果を伝達している。研修委員会ではこれらの実績を評価し、次年度の研修計画の策定に反映させている。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4) -① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	実習生受け入れマニュアルがある。実習の意義方針等を職員会議で説明、職員の理解を得ている。研修担当者の決定、養成校との調整、覚書の取り交わし等受け入れ体制を整備している。
Ⅱ-2-1 (4) -② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	養成校との実習生の種別（社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等）の実習内容についてのプログラムを作成している。

Ⅱ-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-3-1 (1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
Ⅱ-3-1 (1) -① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	感染症や事故の対応についてのマニュアルがある。それに従い定期的な避難訓練の実施、感染症対策委員会や事故防止委員会での原因分析、対策を協議し、安全の確保に努めている。
Ⅱ-3-1 (1) -② 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。	a	ヒヤリハット報告、事故報告書からの事例を取り上げ、定期的にその要因や予防策を検討するなど事故予防に努めている。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	施設事業としての地域との関わりは、現在、利用者の散策、買い物、通院、地域イベントへの参加等の日常的な活動の範囲になっている。今後、自治会への加入を含めて利用者個々のニーズに応じて地域の多様な社会資源を活用した活動も望まれる。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域との関わりについては法人内の介護予防センターが担当し、それぞれの施設の有する機能を地域に還元するようにしている。当該施設においても高齢者関係の相談、見学、ボランティアの受け入れ、講演会の講師派遣等を行っている。
II-4-(1)-③ 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マニュアルがある。現在、定期的に食事介助、縫物、書道、華道、俳句、理容ボランティアが活動している。利用者からの評価も高い。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	法人では、個々の利用者の状況に対応できる社会資源の明示し、地域の行政機関、医療、福祉団体等についてその機関・団体との連携の必要性を含めたりリストを作成している。施設ではこれを職員会議で職員に説明し周知を図っている。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	法人では、区行政機関、団体と定期的な連絡会を行っている。施設においても同業事業者と定期的に連絡会を開催し、情報交換、職員研修や施設見学会を行っている。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	法人の介護予防センターを通じて、地域の福祉ニーズの把握に努めている。これらの情報は職員会議にて報告され、日常のサービスに活かしている。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	把握したニーズに基づいて、法人では近年、通所介護事業所や認知症対応型通所介護事業所の定員変更、並びに新規事業所の開設をしている。また他地域においてもサテライト事業を展開している。

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。		
III-1-(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り組みを行っている。	a	基本方針に利用者を尊重するサービスの実施を明示しており、職員はこれに基づき日々の生活の支援を行っている。また職員の意識高揚のため、施設内に人権擁護の委員会を組織し、毎月の職員研修で利用者への身体拘束廃止や虐待防止の勉強会を実施している。
III-1-(1)-② 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	利用者のプライバシー、情報保護に関するマニュアル、規定を作成し、内部研修で法律の遵守を共有している。家族の訪問時には1階の相談室を提供し、会話は室外にもれないように配慮している。
III-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
III-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	一人ひとりの利用者の意向に添うように努めている。日常の楽しみである食事については、利用者を変えて給食懇談会でメニューや味付け・量について話し合いをし、外食についても要請を受け入れている。レクリエーションの取組みも意向を大事にしている。
III-1-(2)-② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	a	担当職員が日々のかかわりの中で、本人の意向・要望を把握した結果を分析、検討する検討会を開催している。取組み可能かどうかについては、機関間様や給食懇談会や拘束禁止会議・処遇会議等にも諮っている。
III-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。		
III-1-(3)-① 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	事務所の受付窓口で「意見箱」を設置している。また常に利用者等が話しやすい雰囲気をつくと共に相談室の設置、相談職員の配置をし、自由に発言できる環境を整えている。対応結果の報告も行っている。
III-1-(3)-② 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	受付窓口を設け、第三者委員会も設置されている。委員会の取組みについては、パンフレット等に利用者・ご家族に分かりやすく説明をしている。委員会議の様子も主任相談員が記録し、その経緯と結果について利用者や家族に公表している。
III-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	対応マニュアルが作成されている。見直しも定期的に行い、内容に適する委員会でも検討し、ケアの質の向上に反映している。過去に頻回の利用者に対し、スタッフがした心ない声かけを他の利用者が聞き、不適切な言動を指摘され、委員会でも取り上げ尊敬の保持に繋がった例もある。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-1 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-1-① 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。	b	評価担当者、担当部署が設置されており、各ユニット毎の会議において、定期的に意見を聞くための場を設け、福祉サービスの質の向上や改善に取り組んでいる。今回の第三者評価もこの方法で実施しているが、評価の見直し課程の組織的対応に工夫が望まれる。
Ⅲ-2-1-② 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ている。	b	評価結果の課題として取り上げられた項目については、目標を明確にし、経過や結果について全員の意見を収集しその記録を残し、文書で固めるだけでなく、ミーティングや各委員会でも共有しケアの向上につなげていくことを期待する。
Ⅲ-2-1-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	評価結果から明確になった課題について、職員の参加のもとで改善策や改善計画を策定している。今後その仕組みや実施方法について明確さが求められる。
Ⅲ-2-2 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-2-① 個々の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	個々のサービスについて、標準的な実施方法を文書化している。研修や個別の指導等により、周知徹底の方策を講じている。とりわけ利用者尊重、プライバシー保護の姿勢が明示されており、徹底指導している。
Ⅲ-2-2-② 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	標準的な実施方法について職員、利用者等の意見、提案に基づき3ヶ月ごとに現状の検証、見直しを全体会議で行い、マニュアルを改訂、職員のレベルアップにもつなげている。
Ⅲ-2-3 サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-3-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	個人記録にサービス実施計画に基づくサービスの実施状況を記載している。昨日よりは今日といった00Lの向上に向けた取組みをしている。
Ⅲ-2-3-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	記録管理責任者を設置している。個人の記録は、外部の目に触れないように厳重に保管されている。記録管理についての規定もあり、これに基づき管理体制は確立されている。家族には、お便りと一緒に定期的に報告している。
Ⅲ-2-3-③ 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	全体会議で情報の共有を図り、取り扱いについてもマニュアルの中で周知している。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-1 サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-1-① 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。	b	サービス選択のための情報としては、法人の介護事業紹介のパンフレットを作成している。しかし、これら福祉施設は地域の福祉インフラとしての役割を果たしていくためには、地域内外の利用希望者が入手しやすく、サービス選択に資する分かりやすい説明用パンフレットの作成など、施設独自の工夫が望まれる。
Ⅲ-3-1-② 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	サービス開始時に重要事項説明書により施設の理念・方針やサービスの内容、施設利用料金、個人情報等の取り扱い、苦情受付とその処理等を分かりやすく説明し、同意の上、契約書を取り交わしている。
Ⅲ-3-2 サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-2-① 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	通所時・後の施設変更は重要事項説明書に受付窓口・担当者が記載されている。事業所の変更、移行にあたっては各部門の担当者が所定の引継ぎ文書に施設での状況や変化を記載し、申し送っている。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-1 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-1-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	法人が定めた統一した様式によってアセスメントし記録している。初回アセスメントは看護・介護・ケアマネジャー・相談員により利用者の身体状況や生活状況を把握し、サービス実施計画原案を策定している。6ヶ月毎のアセスメントの見直しを文書化し実施している。
Ⅲ-4-1-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	利用者一人ひとりのアセスメント結果は、ケアサービス場面ごとにケアチェック表に記録している。サービス計画書には個別の課題が明示し、その解決のための長期・短期目標、具体的なケア内容について記載している。
Ⅲ-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。		
Ⅲ-4-2-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	サービス計画書の策定に当たっては、ケアマネジャーが中心になり、看護・介護・栄養士・生活相談員等関係職員が参加する担当者会議での合議により内容を決定する仕組みが確立している。ケアマネジャーは事前に利用者・家族の意向を聴取し、確定後に同意を得ている。計画策定から実施の確認までのプロセスが定められ検証している。
Ⅲ-4-2-② 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	サービス計画書の定期見直しは6ヶ月毎の検討会議で実施する仕組みになっている。評価は3ヶ月毎に担当者によりモニタリングされケアマネジャーに報告され記録している。結果、課題や目標・ケア内容の変更の必要性や緊急時の状態が生じた場合は随時見直しをする仕組みもある。変更した内容については、リーダーから担当スタッフへ周知され、適正なサービス提供に繋げている。

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)-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	利用契約書には介護保険給付対象・対象外サービスに分けたサービス内容と費用、介護度別・所得別の利用料金、給付申し立て等請求手続きについて利用者の権利が尊重された適切な内容の様式が用いられている。施設サービス利用開始に当たっては、生活相談員が説明に当たり、利用者や家族から同意を得る過程を経て契約が行われている。
A-1-(1)-② 施設サービス利用契約に当たり、適格な契約者による契約が締結されている。	b	利用者へ意思表示能力があるか否かは、契約以前に主治医意見書などで確認している。利用者へ意思表示能力があると判断した場合は、本人との直接契約の形態により締結している。書字困難者については立会人を付け、署名の下に家族が代筆している。契約締結困難者については成年後見制度などの活用について情報提供をしている。今後、成年後見制度の活用について手続きに関する支援をする等、対応マニュアルの再検討が望ましい。
A-1-(1)-③ 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	介護報酬の改定に伴う利用料の変更や、介護度の変更による自己負担額の変更など契約内容に変更が生じた場合は、その都度速やかに資料を作成し、説明会や個別通知の上、文書により契約変更手続きを行っている。
A-1-(1)-④ 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、わかりやすさに配慮されている。	a	施設パンフレットは事業所単独のものではなく、法人の会報が紹介されている。記載内容に誇大表示や虚偽は無い。3ヶ月毎に法人の広報誌、施設独自の広報誌が発行されており、施設内での入居者の生活の様子、行事等を分かりやすく知らせている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
A-1-(2)-① 新聞・雑誌の購読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	テレビは、希望に応じ個人契約で利用できる。個人的に新聞購読希望者には手続きや料金支払いの援助をし、雑誌などの個人購入希望も尊重し支援している。
A-1-(2)-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	施設内に売店は無いが、週2回個人商店の移動販売があり、購入時は看護師と栄養士が医師・保健師から選択の助言に当たり、相談員が支払いの援助をしている。また、買い物が出でるが行事として組み立てられており、大型スーパー等へ行って買い物を行っている。買い物する事が困難な方には、職員が代購購入する配慮をしている。
A-1-(2)-③ 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	入居者へは館内への提示と個人々への声かけで参加の意向を確認し、家族へは3ヶ月毎発行の広報誌により周知し参加を働きかけている。行事やサークル活動のメニューは、利用者へのアンケートや家族を含めた懇談会によりニーズを把握している。社会生活上の行事や生活習慣としての祭事等を大切に、より多くの人が参加できるよう年間を通じ多彩な活動が実施されている。
A-1-(2)-④ 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	面会時間は原則8時から20時と定めているが、特設の事情には相談に応じる備えがある。面会場所は館内ホールやテイルーム、会議が外に漏れない面談室を用意する等、要望に応じ自由に使えるよう配慮をしている。
A-1-(2)-⑤ 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	時間帯や時期は利用者の希望が尊重されている。車両や付き添いはご家族に依頼しているが、家族支援がない人は受診の同行や外の喫茶室の送迎など、運営職員が支援している。今後については、場当たり的な支援ではなく、車両提供や付き添い同行・介護用品の貸し出しなど希望と必要に応じた支援体制について、基本的対応マニュアルや要領の取り決めが望まれる。
A-1-(2)-⑥ 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	タバコについては喫煙者が設けられ分煙は周知徹底されている。アルコールは管段は原則禁止しているが、行事の際は多量のお酒を提供し、管理の下で楽しむことができる。
A-1-(2)-⑦ 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	施設での日常生活に必要な金銭については、預かり金規程により、利用者家族と契約を締結し“小口現金出納帳”を作成し、事務所が預かり生活相談員が管理している。自己管理ができる利用者については、施設として金銭等を保管する場所と設備の提供をしている。

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)-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。	b	面会時、家族に日常生活の様子を伝え、本人の希望も伝えている。年に3回、家族を交え食事をしながら交際会を開催し、家族からの意向を聞き取るようにしている。担当者会議に参加できない家族は、施設にお任せの傾向が強い。今後、家族が参加しやすい日程調整などの配慮が望まれる。
A-2-(1)-② 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	施設サービス計画は各職種から専門的意見を聞き、個別の課題や目標を計画に反映できるようにカンファレンスを行い、作成している。
A-2-(1)-③ 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	利用者個々の心身の状況をチェックし、日々のADLやレク活動・体操・趣味活動等について、支援不足、適切な介護がないか、定期的に検討している。
A-2-(1)-④ 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	定期的なモニタリングの他に、介護現場の状況から随時見直しをして個別援助計画に記録しケアプランにも反映している。計画の内容や目標を職員間で意識・共有して日々の介護を実践している。
A-2-(1)-⑤ 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	面会時に家族に説明し、同意を得ている。来所出来ない家族には文書を郵送して同意を得ている。

2- (2) 食事		
A-2-(2)-① 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	管理栄養士を配置し、サービス提供の説明や栄養アセスメント等で利用者の意向を聞き取り、栄養ケアマネジメントを作成し、内容をわかりやすく説明し、同意を得ている。施設内研修を利用して、職員にも栄養教育を行うなど情報の共有化に努めている。
A-2-(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	利用者の栄養状態について、対象者のケアに関わる職種間連携による会議等で協議し、個別栄養ケア計画を策定・実施している。
A-2-(2)-③ 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	医師の指示に基づき、個々の利用者に適正な栄養所要量を算定している。摂取状況から、副食の形態や嗜好等で栄養ケア計画を見直し、栄養量を確保できるように配慮し、食事を提供している。
A-2-(2)-④ 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	利用者は、個々の状態に合わせてテーブルの配置・高さ等に工夫が見られる総味の良い食堂で食事をしている。エプロンの使用は個人が決めている。居室から食堂への移動は、リハビリの一端と考えた支度が工夫されている。
A-2-(2)-⑤ 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	食堂と厨房が隣接しており、フロー配膳を行っている。保温食器を使用。食べる直前に盛り付けを行うなど、適温での食事を楽しんでいる。
A-2-(2)-⑥ 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	個人のペースを重視して、早膳などで時間にゆとりをもうけている。
A-2-(2)-⑦ 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	食卓の調整や自助具を使う等、できる限り自力摂取できるようにサポートしている。声かけ、促しで急かさないように配慮して個人の摂取時間を十分に確保している。
A-2-(2)-⑧ 利用者の身体の状況（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	医師の食事箋をもとに治療食の提供。身体状況に応じて食事形態を「きざみ食」「ミキサー食」等で提供している。
A-2-(2)-⑨ 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	定期的に利用者の嗜好調査を行っている。また、月1回の給食献立会で利用者の代表と調理員・管理栄養士・職員を交え、意見や希望を日々の献立や行季食に反映する努力がなされている。
2- (3) 入浴		
A-2-(3)-① 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	利用者の心身状態に合わせて一般浴・特殊機械浴等に対応。入浴マニュアルを基本に、個人のケア手順を尊重した介助を行う。入浴できない利用者には清拭などで清潔保持に努め、入浴ケア記録に記入し、リラックス効果を大切にしている。
A-2-(3)-② 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	感染症に罹患している利用者は浴槽を別にする。入浴順番を最後にするなど、感染防止マニュアルの入浴方法を厳守し、入浴に十分な配慮をしている。
A-2-(3)-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	浴室・脱衣場は明るく広いスペースで換気も良い。洗い場はシャワーチェアを用いて、自力入浴・介助入浴しやすい配慮。浴槽の清掃は介助職員がその都度行い、浴室は清掃担当の職員が行う。衛生管理マニュアルで水質検査・定期的消毒を怠り、入浴会費でかわり湯などを決めている。
2- (4) 排泄		
A-2-(4)-① 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	居室でのオムツ交換はプライバシーカーテンを閉め、利用者が恥ずかしくないように声かけしている。臭いや音の配慮からトイレでの交換もある。
A-2-(4)-② 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	オムツ交換は定時・随時を組み合わせている。個々の排泄リズムを記録し、水分・食事摂取量をチェックして排泄ケアに活用している。排泄委員会「オムツについて」や「イチジク対応」を話し合い、個別対応を検討している。
A-2-(4)-③ 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	日中はトイレ誘導で、夜間はポータブルトイレの使用など、オムツに頼らない排泄ケアを実施。尿とりパッドの使用で、排泄の失敗に対応し、排泄の自立に向けて支援している。
A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。	a	清掃担当職員が定期的に巡回し、随時清掃、脱臭剤を設置して、清潔保持に努めている。

2-(5) 整容・清潔		
A-2-(5)-① 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	シーツは水・土・日曜日に各階ごとに交換している。また汚染した場合はすぐ交換している。
A-2-(5)-② 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	利用者の身だしなみは職員がチェックし、入浴日以外も汚れに応じ下着を取替えるなど清潔な衣類を着用。入浴できない利用者の頭髪の清潔はシャンプーで、爪きりは入浴時にチェックし、適切に対応している。
A-2-(5)-③ 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	季節に応じて衣類の買い物援助をしている。靴下などは職員に任せられることもある。月1回理美容の外部訪問がある。施設は家と同じ生活の場所なので個人のおしゃれを尊重して、パジャマで過ごすことのないように支援している。
A-2-(5)-④ 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	週1回歯科医師の訪問で歯菌のチェックをしている。毎食後、就寝時は清掃・手入れを支援している。
2-(6) 健康管理		
A-2-(6)-① 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	定期的に提携の内科医院で検診を実施している。診断の結果は適切に記録し、食事からリハビリテーションまで日々のケアに反映させている。
A-2-(6)-② 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	毎日、看護職がバイタルサインをチェックしている。睡眠、食事、排泄等は担当職員が見守り、記録し、異常があれば看護師に指示を受けている。医師への説明もしている。
A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	管理マニュアルを用い、薬の目的、性質、効果、副作用など注意事項の適切な情報を得て管理・保管している。内服・外用薬の使用状況は随時記録している。
A-2-(6)-④ 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	個々の水分摂取量を記録している。飲み込みが困難な人にはゼリーやストロー、スプーンを使用するなどの工夫をし、必要な摂取量の確保に努めている。
A-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。	a	2時間毎に体位交換する利用者もいるが、看護師や医師のアドバイスを受けながら時間を決めて行っている。褥瘡回避するお尻マットなどその人にふさわしい介護用具も使用し、入浴時やオムツ交換時に褥瘡の有無をチェックしている。
A-2-(6)-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	嘱託医による定期診断を実施している。医師の指示や助言等は看護師を通し、職員に周知している。
A-2-(6)-⑦ 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	救急時対応マニュアルを策定している。施設内にAEDを設置し、定期的に看護師を講師として、救急対応時の職員訓練を実施している。救急時の医療機関も決めている。
A-2-(6)-⑧ 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	同法人の隣接する老人保健施設の常勤の医師と密接な連携をとっている。また利用者の疾病に応じて内科、脳神経内科、歯科等との連携もとっている。
A-2-(7)-① 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を策定し、常に内部研修で対応について学んでいる。新型コロナウイルスの対応についてもマニュアルを作成し、周知と対策に取り組んでいる。マニュアルの見直しは、利用者の安全確保に繋がることから常に行っている。
A-2-(7)-② 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	厨房は外部業者に委託していて、専門の調理師がプロの意識で最善の措置をしている。職員が勝手に厨房に入ることは禁止している。
A-2-(7)-③ 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	利用者、職員は、トイレ後、食前などの手洗いを徹底実施している。来訪者についても玄関やトイレに消毒液スプレーなどを備え、洗浄、うがいの励行依頼の文書を貼付し、その実施に努めている。
A-2-(7)-④ 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	換気・空調設備により、施設内の温度・湿度を適切に管理している。施設内の各所に温度計、湿度計を設置して定期的に測定し、記録している。
A-2-(7)-⑤ 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	施設を利用する人の条件に感染症の経歴の調査は明記されている。今のところ、ショートステイの受け入れはしていない。

2-(8) 機能回復訓練		
A-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に向けた個別プログラムを策定し、実施している。	a	2週間ごとに札幌医科大学の理学療法士の指導により、各個人に向けたリハビリのプログラムを作成している。効果が現れた利用者には、より質の高い訓練が提示され、遅くなった人にはその状態にふさわしいトレーニングが相まれ実施している。
2-(9) レクリエーション		
A-2-(9)-① 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	利用者の意向や個々の生活層から、その人が取り組めるメニューを企画している。車道・書道・将棋・マージャン・カラオケから外出・外食や施設内でのコーヒータイムで楽しい時を設けている。寝たきりにならないよう車椅子で移送介助して、行事に参加するように努めている。
2-(10) 移動		
A-2-(10)-① 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	利用者個々の状況に合わせた車椅子や歩行器、履物等に配慮している。またケアに当たっては、介護の指針を共有し、個々のペースに合わせて移動するように努めている。
2-(11) 認知症高齢者への対応		
A-2-(11)-① 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	認知症高齢者の理解やケアについては内部研修の必須になっていて、全職員が理解と実践に励んでいる。利用者の00Lや拘束禁止の面からも認知症の特性を考慮したプログラムを用意し、生活リズムに配慮したケアに努めている。
A-2-(11)-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束については入所利用契約書に「原則禁止」を明記し、家族等に説明している。職員には会議等で周知を図っている。止むを得ない場合の方法として、法人の「身体拘束廃止対策検討委員会規定」による手順を定めている。
2-(12) 看取りケア		
A-2-(12)-① 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。	c	これまで施設内での看取りは無かったが、今後は本人や家族の意向や希望を十分に配慮し、施設での看取りに全職員が心構えを強く意識し取り組む姿勢を作り上げるよう期待したい。
A-2-(12)-② 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。	c	看取りケアは行っていない。今後は本人、家族の意向や希望に沿ってケアの実施に取り組むよう期待したい。
A-2-(12)-③ 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。	c	看取りケアは行っていない。