

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホーム只見ホーム		種別：介護老人福祉施設	
代表者氏名：目黒 健		定員（利用人数）：56名	
所在地：福島県南会津郡只見町大字長浜字久保田1番地			
TEL：0241－84－7550		ホームページ： http://minamiaidukai.or.jp/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成13年 4月 1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人南会津会			
職員数	常勤職員：28名	非常勤職員	16名
専門職員	介護員16（4）名	事務員	1（1）名
	看護員3（1）名	調理員	4（2）名
	介護支援専門員1名	洗濯清掃員	（5）名
	生活相談員1名	宿直員	（3）名
	管理栄養士1名		
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）
	個室20室 2人部屋4室 4人部屋7室		一般浴室 機械浴室 家族室 医務室 静養室 デイルーム 森の棟 花の棟 鳥の棟 等

② 理念・基本方針

1. まごころを込めたサービスの提供

長年培ってきた経験やノウハウを生かし、まごころを込めた介護サービスを提供することで、より豊かな生活支援につなげます。

2. 高齢者の自立支援

高齢者が自らの意思に基づき、自らの能力を最大限に生かして、自立した質の高い生活を送ることができるように支援します。

3. 地域社会への貢献

高齢者の生活を支える事業者として、地域との共生を図りながら介護サービスを提供し、地域福祉に貢献します。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

広大な敷地内には芝生の中庭があり、そこを町教育委員会と連携して親子で遊べるように開放している。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和7年4月3日（契約日） ～ 7 年9月19日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	回（ 年度）

⑤ 第三者評価機関名

NPO法人福島県福祉サービス振興会

⑥ 総評

◇特に評価の高い点

1. 働きやすい職場づくりについて

毎月、職員の超過勤務時間数や年休取得状況等をチェックし勤務状況を把握している。職員の相談窓口として主任介護員、主任看護員、事務主任のほか、年齢が近く話しやすい副主任も相談窓口に加え相談しやすい体制を整えている。家庭の事情による突発的な休暇申請も勤務調整を行い対応している。また、各種法定休暇制度に加えて、5日間の夏季休暇、長期勤続職員には連続5日間のリフレッシュ休暇を設けている。さらに、女性躍進推進法に基づく行動計画を定め全ての職員が活躍出来る環境づくりに取り組んでいる。福利厚生としてソウェルクラブに職員全員を加入させ、福利厚生制度の充実に努めている。

2. 感染症への取り組みについて

感染対策指針に基づき感染対策委員会を設置し、感染症蔓延防止の体制を定め、職員に研修を行い周知徹底している。令和7年度事業計画でも「感染症対策の強化」を掲げて、感染予防・拡大防止対策に取り組むとともに感染症発生時の業務継続計画を作成し対応を明記している。感染症のクラスターが発生した際には、業務継続計画（BCP）に基づいた対応と感染管理認定看護師の指導を受け、蔓延せず収束している。令和6年度は感染対策委員会の中でBCPを基に研修及び訓練を2回実施し、感染症対策マニュアル等の見直し、利用者の安全確保の体制を強化している。

3. 褥瘡発生予防とケアへの取り組みについて

入浴やおむつ交換の際に皮むけや発赤を発見した時は看護師が確認して、早期に褥瘡発生を把握し対応に努めている。クッション、マットレス、エアマット等を用い、ケアを行い、悪化防止に努めている。クッションの当て方、体位交換方法を写真付きで作成し、それをベットの脇に掲示して職員間で体位交換方法を共有し褥瘡

ケアに努めている。訪問時点では褥瘡が治癒し、悪化している利用者おらず、対策の効果が上がっていることを確認出来た。

◇改善を求められる点

1. 経営課題への具体的な取り組みについて

施設長が地域の高齢者人口や利用者の推移と施設の経営状況の分析から経営課題を明確にして、文書にまとめ、各部署の主任・副主任・施設長で構成する運営委員会や職員会議で配布のうえ職員に周知している。また、理事会へ報告を行い、情報共有を図っている。

しかし、施設の経常収支が赤字になっており赤字解消が大きな課題になっている。ショートステイの稼働率の向上、退所後の空床期間の短縮、加算の取得に向けて取り組んでいるが、組織を挙げた取り組みまでには至っていない。経営課題の改善に向けては、職員参画のもと職員と幹部職員が一体となり改善を進めることが望まれる。

2. 福祉サービスの標準的な実施方法マニュアルの更新について

「介護マニュアル」を整備しているが、施設開所時に策定されたまま長期間見直しておらず、介護技術の進歩や利用者の現状にあったマニュアルとはなっていない。現在見直しを予定しているが、見直しに当たっては職員誰もが同じ水準のケアが出来るよう、写真などを活用し、手順書としても機能する分かりやすい内容で介護マニュアルの見直しをすることが望まれる。

3. 権利擁護への取り組みについて

理念の中に人権尊重が示され、虐待防止適正化指針及び身体拘束等適正化指針があり定期的に委員会を開催し、権利擁護に取り組んでいる。委員会の結果は全職員に回覧され内容を共有している。利用者の呼び方は、ちゃん付けをしないよう取り組んでいる。また、権利擁護について外部講師、内部講師による事業所内研修も行っている。

なお、権利侵害の防止や早期発見のための具体的な取り組みまでは行われていないので各職員が自己のケアの振り返りと気づきを促す観点から「虐待の芽チェックシート」等を用いて振り返りの機会を持つことが望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、初めて第三者評価を受審しました。施設運営管理や介護サービス提供等において、外部機関から評価を受けるということは自施設の現状を把握できる大変有意義な事業でした。

現在実施している運営で高評価を受けた項目は自信をもって継続し、不十分であると確認できた項目は、より良い施設になるための検討材料とはっきり確認できましたので、全職員で介護サービスの質の向上に向けて協議し取り組んでまいります。また、調査員の方々のヒアリング中におきましても、様々なアドバイスやヒントを頂戴し、今後の改善に向けて大変参考になりました。

ご家族の皆様にも、お忙しい中アンケート調査にご協力をいただきありがとうございました。

今後も地域福祉に貢献できますよう、まごころを込めた介護サービスの実践に努めてまいりますので、ご支援、ご協力をよろしくお願いいたします。

⑧ 第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

第三者評価結果（共通評価基準）

※すべての評価細目（45 項目）について、判断基準（a・b・c の3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

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
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針を確立・周知している。		
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・b・c
＜コメント＞ 理念及び基本方針を策定し、ホームページに掲載している。また、理念と基本方針は玄関に掲示し、玄関の棚にそれを置いて自由に閲覧や持参できるようにしている。職員には、年度初めの全体会議で理念と基本方針について説明し周知を図っている。 なお、中・長期計画に明示している理念とホームページや施設に掲示している理念の文言が異なっているため統一を図ることが望まれる。また、利用者や家族への周知が十分でないため、分かりやすい資料を作成するなど工夫を行い周知に努めることが望まれる。		

Ⅰ-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等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を的確に把握・分析している。	a・b・c
＜コメント＞ 社会福祉事業全体の動向は、全国や県の社会福祉協議会からの通知や会津地区老人福祉施設協議会の会議等に参加し把握に努めている。また、施設長は町の高齢者福祉計画、介護保険事業計画や振興計画の策定委員になっており、地域の福祉計画の策定に参加し、地域の実情を把握分析している。 施設の経営状況は、毎月試算表を作成し、コスト分析を行い法人本部へ報告している。また、地域の高齢化率や要介護認定率、家族構成の変化等から取り巻く環境を分析し、利用者の状況・推移や待機者数などの資料を作成し経営状況を把握して理事会へ報告して協		

議している。		
3	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。	a・b・c
＜コメント＞ 施設長が地域の高齢者人口や利用者の推移と施設の経営状況の分析から経営課題を明確にし、文書にまとめ各部署の主任・副主任・施設長で構成する運営委員会や全体会議（全職員の職員会議）で配布のうえ職員に周知している。また、理事会へ報告を行い、情報共有を図っている。 施設として経常収支が赤字になっており赤字解消が大きな課題であり、ショートステイの稼働率の向上、退所後の空床期間の短縮、加算の取得に向けて取り組んでいる。 なお、経営課題の改善に向けては職員参画のもと職員と幹部職員が一体となり改善を進める取り組みが望まれる。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・b・c
＜コメント＞ 法人で理念の実現に向けたビジョンを明確にし、令和3年度から令和7年度までの5か年の中・長期の事業計画と収支計画を作成している。策定に当たっては、法人本部において方向性を示し、各施設長がフローチャートに従い原案を作成し、法人本部で検討して策定している。 なお、中・長期事業計画は数値目標や具体的成果が入れられていないため計画の進捗状況の評価が行える内容になっておらず、数値目標等の設定が望まれる。また、中・長期計画では令和5年度に中間の効果検証を行い必要に応じて行動計画等の見直しを図ることになっているが計画通り検証が行われていないため、中間での評価見直しの実施が望まれる。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・b・c
＜コメント＞ 単年度事業計画は、中・長期計画の基本方針である「利用者が安心して暮らせるために」「働きやすい職場づくり」「安定的な経営基盤づくり」を反映した実行可能な事業内容になっている。単年度計画は数値目標などを設定し、実施状況の評価が行える内容になっている。また、中・長期収支計画を踏まえた単年度収支計画（予算書）を毎年度作成している。		

I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	①・b・c
＜コメント＞ 単年度事業計画は、関係する各部署で協議し作成したものを運営委員会で検討のうえ策定している。単年度事業計画は、年度当初の全体会議で配布のうえ、説明を加えて周知を図っている。また、年度末に単年度事業計画の取り組み状況を運営委員会で分析評価し、次年度の事業計画に反映するようにしている。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・②・c
＜コメント＞ 家族会がないため直接説明する機会がもたれていない。単年度事業計画は玄関に置いて家族を含め来訪者が自由に閲覧や持参できるようにしている。また、中・長期事業計画を玄関正面の壁面に掲示している。 なお、内容を分かりやすく説明した資料を作成し、利用者の関心が高い行事なども含め利用者の生活スペースに掲示するとともに分かりやすく説明を行い、「只見ホームだより」と一緒に家族へ送付する等、家族への周知を図ることも望まれる。		

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
I-4-(1) 質の向上に向けた取組を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に行い、機能している。	a・①・c
＜コメント＞ 毎年、施設独自で第三者評価基準に基づき自己評価を実施している。各部署の責任者（主任・副主任）がまとめた内容を事務職員が集計し、施設長が確認し法人本部へ提出している。法人本部で事務長が施設ごとに集計し、各項目のa・b・cの評価の合計数や経年変化等を把握し分析している。集計結果は各施設に示され、施設長は運営委員会で説明し各部署で改善を図るよう指示している。職員へは運営委員会の議事録を回覧して周知している。 なお、自己評価は、事務職員が集計・報告するだけでなく施設内で話し合い、結果を理解した上で法人に報告することで課題が明確になり、改善への一歩に繋がると期待したい。		
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。	a・②・c
＜コメント＞ 運営委員会で評価結果を踏まえて各部署で課題を協議して、改善を図るように伝えている。また、介護看護会議（介護職員と看護職員の合同会議）で話し合っているが、十分な		

検討を行うところまでは至っていない。

なお、職員参画のもと評価結果をもとに課題把握や改善計画を検討し、PDCAサイクルで改善に取り組む体制づくりが望まれる。

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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任を明確にしている。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設長は4月の全体会議において、事業計画、決算報告、経営課題等の報告に加え自らの役割や責任について説明し、併せて経営方針を文書にまとめ読み上げて周知している。また、施設長の職務については、「事務分担表」で説明し、職員全員に回覧して周知している。有事における施設長の役割と責任及び不在時の権限委任は、事業継続計画の事故対応マニュアルや消防計画書に明記され、職員に周知されている。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設長は毎月開催されている法人の施設長会議で、法令や制度改正の情報を得ている。会津地区老人福祉施設協議会の会議や研修会に加え町の各種委員会に委員として参加して遵守すべき法令等の理解を図っている。また、全国や県の社会福祉協議会からの通知や県のホームページを見て自ら学んでいる。 新任職員にはオリエンテーションで、職員には全体会議において遵守すべき法令について説明し周知に努めている。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設長は、毎月運営委員会を開催し、各部署ごとの課題を把握し改善について協議している。また、入所検討委員会、苦情解決委員会、事故防止・身体拘束虐待防止委員会、看取りケア委員会に参加し、アドバイスや指示を行いサービスの向上に努めている。 施設長は、年間研修計画に加え、研修案内を受けて必要と思われる研修は関係部署に伝達して追加で外部研修に派遣して職員の育成を図っている。		

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。	①・b・c
<コメント> 施設長は、毎月試算表を作成し経営状況の把握に努めている。運営委員会で経営状況について説明し、改善に向けて協議を行い、介護看護会議で経営状況の資料を配布して説明し、改善に向け職員の協力を求めている。また、予算・補正予算・決算の編成に当たり、利用者の推移や利用率等の資料を作成し、課題を把握して理事会や評議員会で改善策について協議している。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	①・b・c
<コメント> 事業計画のなかで、人材確保と人材定着に向けた方針を定めている。現在、若年層の職員の離職防止と定着促進を図るため、給与体系の見直し等について検討している。正職員の採用は法人本部が担当し、臨時職員やパート職員は施設長の権限で採用している。ホームページ、ハローワーク、学校訪問、福祉職就職フェアへの参加など積極的に採用活動を行っている。また、毎月1回、町で発行し町内全戸に配布されている「お知らせばん」に掲載したり、職員の紹介等で職員確保に努めている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・②・c
<コメント> 就業規則、給与規程により昇給や昇進等の基準を明確にし、職員に周知している。また、人事評価シートに基づき成績評価、意欲態度評価、能力評価について、複数の評価者による客観的評価を行っている。職員調書で職員の異動や職場環境への希望を把握し、施設長が職員面談を通して内容を把握し、人事異動等に反映している。 なお、キャリアパス制度を採用しているが、職員に示されていないため、配布することにより職員自ら将来を描けるよう周知することが望まれる。		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	①・b・c
<コメント> 毎月、職員の超過勤務時間数や年休取得状況等をチェックし勤務状況を把握している。職員の相談窓口として主任介護員、主任看護員、事務主任が当たっているが、話しやすい副主任も相談窓口に加え体制を整えている。家庭の事情による突発的な休暇申請もお互い		

様精神で勤務調整を行い、急な休暇でも取れる環境となっている。また、各種法定休暇制度に加え、5日間の夏季休暇、20年勤続職員や55歳になった職員には連続5日間のリフレッシュ休暇を設けている。さらに、女性躍進推進法に基づく行動計画を定め全ての職員が活躍出来る環境づくりに取り組んでいる。福利厚生としてソウエルクラブに職員全員を加入させ福利厚生制度の充実に努めている。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 人評評価シートに今年度の振り返り（できたことや反省点）や来期に向けた改善点を職員が記入し、施設長が面談を通して内容を確認し指導や助言を行い、育成を図っている。 なお、目標管理による育成は行っていないが、現在の取り組みを一歩進め、経験や能力を踏まえた職員一人ひとりの年度目標を設定し、一人ひとりの育成を図る目標管理制度を取り入れることが望まれる。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・b・c
＜コメント＞ 事業計画の中で人材育成の方針を定めている。職員の研修は運営委員会（介護看護会議のメンバーに施設長と生活相談員が参加）で法定研修と職員の知識や技術の向上のために必要な研修を検討し、年間計画を立て実施している。年間計画以外にも新たに研修の必要が生じた場合には年度途中でも追加して研修を実施している。		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・b・c
＜コメント＞ 職員の専門資格は、職員調書に記載して管理している。新任職員には1日かけて各部署の主任がオリエンテーションを行い、実務については先輩職員を「お付き職員」として配置し、1か月を目安に個別にOJTを行っている。OJTでは業務ごとに指導職員がついてチェック表を使用して支援状況の評価を行い、達成度を確認しつつ育成を図っている。階層別研修、職種別研修やテーマ別研修は県社会福祉協議会等の外部研修に参加して実施している。外部研修受講後は、介護看護会議などで伝達研修を実施している。研修案内は、職員全員に回覧して希望者がいれば、シフトを変更して参加できるようにしている。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。		
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。	a・b・c
＜コメント＞や コロナ禍前は介護福祉士養成校から実習生を受け入れていたが、コロナ禍以降は申し込みがなく実習生は受け入れていない。養成校の実習プログラムに沿って実習を行ってきたため、実習プログラムは作成していない。実習中は養成校の指導教員の巡回指導があり、		

担当職員と実習内容等について情報交換を行い調整を図るなど連携に努めている。

なお、実習生マニュアルを作成しているが、実習生に配布するお知らせや、担当職員の業務内容になっているため、マニュアルの見直しが望まれる。また、施設独自の実習プログラムの作成や実習担当者の実習指導者講習会の受講が望まれる。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・b・c
<コメント> ホームページで理念・基本方針、福祉サービスの内容、苦情相談体制や財務諸表を公表している。毎年度の事業計画、事業報告、決算報告を町と町社会福祉協議会に提出している。また、玄関に事業計画、事業報告、決算報告を備え付け、自由に閲覧や持参できるようにしている。毎月、施設の活動内容等を掲載した「只見ホームだより」を発行し、家族、管内の老人福祉施設や郵便局等に送付している。 なお、苦情相談の内容は相談者の意向等により開示していないが、今後はプライバシーの保護に配慮して開示することが望まれる。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 経理規程、事務決裁規程、施設長における事務決裁等の基準により、契約や事務経理のルールが明確に定められており、職員に周知されている。毎年、決算時に法人の監事による定期監査を受けている。また、今年度は福祉施設の経営に精通している経営コンサルタントに委託し、経営に関する審査等を受けており指摘事項に基づき経営改善を図ることにしている。 なお、今後は経営に関するコンサルを受けるだけでなく、公正性や透明性を確保し、説明責任を果たすために定期的に外部の専門家による監査を受けることが望まれる。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
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。	a・b・c
<コメント>		

地域との関わり方についての基本的な考え方は、法人の基本方針に定められている。新聞をテレビの脇に置いて自由に読めるようにしている。地域の行事やお祭りのポスターを施設内に掲示して周知している。コロナ禍前は、地域の文化祭に利用者が共同で作成した作品を出展し、作品を見に出かけて地域住民との交流を図ってきた。また、毎年、法人施設が主体となり、地域に所在する法人関連の福祉関係事業所が合同で「福祉の里盆踊り大会」を開催し、利用者も参加して地域住民との交流を重ねてきたが、中断したままになっている。 なお、利用者に係る社会資源に把握や整理に努め、冊子等にまとめて利用者や家族が閲覧や活用が図れるようにすることが望まれる。また、コロナ禍前の地域行事への参加等、地域との交流機会を復活させることも望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> ボランティアマニュアルを作成し、受け入れに対する基本姿勢や登録方法、事前説明について明文化している。地元の老人クラブによる花壇整備や土建会社による雪囲い撤去・窓ふきなどのボランティアを継続して受け入れている。コロナ禍前は、保育所との交流や小中高生の職場体験等を受け入れていたが、コロナ禍以降は申し込みがなく途絶えている。 なお、学校教育への基本姿勢が示されていないため明文化し、体験学習等の受け入れの再開に向けて学校等へ働きかけを行うことが望まれる。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
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を適切に行っている。	a・b・c
<コメント> 施設長と生活相談員が、町の福祉の里検討会に参加して町内の関係機関との連携を図っている。また、生活相談員は地域ケア会議に出席し、地域の課題等について関係機関と情報共有を行い課題解決に向けて連携に努めている。また、法人が主体となり南会津保健福祉事務所や南会津地方の市町村及び高齢者施設の職員で構成する南会津地域高齢者施設連携協議会を開催し、福祉全般の取り組みを情報共有し、施設単独では対応できない地域福祉（医療）体制や課題について協議を行っている。 なお、利用者や家族にとって必要な社会資源情報を収集し、リストを作成し活用できるようにしておくことが望まれる。		
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を行っている。	a・b・c
<コメント> 施設長は、町の高齢福祉計画や振興計画の策定委員、社会福祉協議会理事になっている		

他に、町主催の福祉の里検討会や同法人主催の南会津地域高齢者施設連携協議会に参加するなど関係機関や民生委員と情報交換を行い、地域の福祉ニーズの把握を行っている。また、生活相談員が地域ケア会議に参加して地域の課題や福祉ニーズの把握に努めている。過疎、少子高齢化や人口減少の進行に伴い、一人暮らしの高齢者の買い物、通院、雪下ろしなど地域のニーズを把握している。		
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・活動を行っている。	a・b・c
<コメント> 福祉避難所として町と協定を締結し、災害時の要支援者の受け入れを予定している。 今後は、地域の高齢化が進む中一人暮らし高齢者の日常生活支援など地域の福祉ニーズに応じた具体的な公益的事業の取り組みが望まれる。		

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
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。		
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。	a・b・c
<コメント> 基本理念「人間愛と地域愛に満ちた福祉サービスの提供」のため、中長期計画において4つの基本方針を定めている。基本方針に基づく行動の具体化に向けて、令和7年度事業計画では利用者を尊重した生活支援についての年度目標を定めている。年度初めの全体会議で施設長が基本方針並びに事業計画内容を説明し、組織内での理解促進に注力している。併せて各種専門委員会で情報を共有し、利用者の尊重や基本的人権への配慮に努めている。		
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を行っている。	a・b・c
<コメント> 中長期計画の経営方針に「利用者のプライバシーに最大限の注意を払い、個人情報の保護とガバナンスの強化」を、令和7年度事業計画では「利用者の生活環境の保障」ため「利用者の人格を尊重し、プライバシーの保護と信頼関係の確保」を掲げ、全体会議で情報を共有している。また、「接遇マニュアル」にて、ケア提供場面における「プライバシーの配慮」を明記し、組織全体で実践に努めている。 今後は、プライバシー保護への具体的な取組内容を利用者や家族へ周知されることを期待したい。		

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）を適切に行っている。		
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。	a・b・c
<コメント> 施設パンフレットは、居宅介護支援事業所や役場窓口、医療機関に置いている他、法人ホームページ内でもデジタル版として閲覧することができる。施設見学や利用希望については、家族の都合に合わせて個別説明会を設けて、必要な情報提供を行っている。 しかし、ブログは平成30年を最後に更新されていない等、ウェブサイト活用上の課題もある。今後は情報提供の方法、内容を利用者や家族、関係者等の意見も聴取しながら、定期的な見直し、ホームページの随時更新などを期待したい。		
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a・b・c
<コメント> サービス開始時には生活相談員からパンフレット、契約書、重要事項説明書等により利用に関わる諸事項を説明している。併せて「只見ホームご入所のしおり」を使って、入所までの準備、持参品・携行品、面会・外出・外泊など、利用者、家族が知りたい情報を詳細に説明している。制度改正などでサービス内容に変更が生じた際は改めて重要事項説明書を用いて丁寧に説明の上、同意を得ている。 今後は、意思決定が困難な利用者への配慮等について只見ホームの「ご入所のしおり」の中に明記するなどして、より適正な説明や運用を期待したい。		
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。	a・b・c
<コメント> 生活機能が改善し、家庭生活に移行した事例がある。移行後の居宅サービスの説明や利用手続き、居宅ケアマネジャーへの橋渡し等、生活相談員や施設ケアマネジャーが主となり連絡調整を行い、サービスの継続性に配慮した対応を実践した。その他、医療機関への移行事例でもサマリー等を整備して利用者、家族に不利益が生じないよう対応している。		
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、取り組んでいる。	a・b・c
<コメント> 月次の行事委員会では利用者の声を活かしながら、イベントの企画運営をしている。コロナ禍で外出が困難だった時期には、地元の祭りをDVDに収録、鑑賞会を実施している。誕生会ではケーキを準備して、職員手作りのメッセージカードをプレゼントするなどの場面を設けている。これらの様子を、広報「只見ホームだより」にも掲載して、家族へも紹介している。		

今後は利用者満足に関する調査・アンケートの実施や把握した結果を分析・検討するなど、更なる満足度の向上を図る取組を期待したい。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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。	①・b・c
<コメント> 法人苦情解決規程と併せて只見ホーム苦情解決委員会設置運営要綱を定め、施設玄関に苦情解決制度の案内を掲示している。ホームページにも苦情等解決制度の概要と苦情解決体制のフローチャートを掲載して周知を図っている。また、入所時も「重要事項説明書別紙2」として苦情解決体制並びに苦情解決第三者委員について詳細に説明し、利用者・家族に周知している。意見箱に意見や苦情等の投稿はないが、面会時に家族からの要望を伺うように努めており、それらの声に基づき、サービスの質向上に繋がる取り組みを行っている。		
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・②・c
<コメント> 利用者からの相談や意見への対応については、入所時に契約書並びに重要事項説明書に基づき、具体的な内容を説明している。相談窓口や担当者等の対応体制を施設内に掲示して周知を図っている。併せて日常的な声かけを積極的に行い、入所後も丁寧な対応に努めている。意見を伺う際はプライバシー等にも配慮して、居室や会議室などで個別に対応している。 今後は現行の意見箱設置や取り組みに加えて、利用者へのアンケート調査の実施や第三者委員による聴き取りなど、更に意見を述べやすい環境整備を期待したい。		
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。	a・③・c
<コメント> 利用者が相談や意見を出せるよう、職員全体で小まめな声かけを心がけて、利用者の思いを拾い上げる取り組みに努めている。伺った意見は介護日誌に記載して職員間で共有すると共に、内容に応じて生活相談員が個別面談を行い、迅速な対応に努めている。 今後は苦情解決の仕組み同様に対応フローチャートやマニュアル等を整備して、意見や要望、提案等を受けた後の手順や対応方法などを明確にして、より効果的な仕組みとすることを期待したい。		
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を行っている。		
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を構築している。	①・b・c
<コメント>		

中長期計画では、基本方針に基づく行動計画の一つに「利用者の生活環境の保障」を掲げ、「リスクマネジメント体制の構築」を示している。加えて令和7年度事業計画では「リスクマネジメント勉強会の一環として、介護技術研修を取り入れることで、介助時の事故を防ぐ取組」を明記している。また「事故発生防止のための指針」と「事故対応等マニュアル」を整備し、周知を促進している。併せて、毎月事故防止対策委員会を開催し、月ごとの事故やヒヤリハット事例を分析・検証して再発防止を図っている。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 感染対策指針にて感染対策委員会の設置、感染症蔓延防止の体制、各職種の役割、職員教育等を詳細に定め、職員に周知徹底している。令和7年度事業計画でも「感染症対策の強化」を掲げて、①感染予防・拡大防止対策、②感染症発生時の業務継続計画の活用を明記している。感染症のクラスターが発生した際には、新型コロナウイルス発生時における業務継続計画（BCP）に基づいた対応と感染管理認定看護師の指導を受け適切な対応に努めている。令和6年度は感染対策委員会を10回開催すると共にBCPを基に研修及び訓練を2回実施し、感染症対策マニュアル等の見直しも行い、利用者の安全確保の体制を強化している。		
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。	a・①・c
＜コメント＞ 中長期計画では基本方針に基づく行動計画の一つに「安全で衛生的な生活環境の整備」を掲げ、「災害対策計画等に基づく防災対策の構築」を明記している。自然災害発生時の業務継続計画（BCP）では、災害対策の推進体制や研修・訓練の実施、他施設との連携などを定めている。年度2回の総合避難訓練の実施と毎月防災委員会を開催し、災害時の対応を検討している。 今後は、地域住民を始め、家族、自治会、関係団体等との連携の下、総合防災訓練等を実施し、利用者の更なる安全確保への取組を期待したい。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価 結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	a・①・c
＜コメント＞		

福祉サービスの提供に当たっては、運営委員会、看護・介護員会、リスクマネジメント委員会、事故防止対策委員会等の各種委員会を通して、福祉サービスの標準的な実施方法の検討をしている。 なお、介護マニュアルを整備しているが、内容が古く利用者の現状や介護業務からは乖離した内容となっている。今後は利用者の状況や施設の設備、職員の業務体制等に応じた介護マニュアルを整備し、それに基づいた標準的サービスの提供を期待したい。		
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を確立している。	a・b・c
<コメント> 看護・介護員会や業務検討委員会で日常業務の課題を振り返り、標準的な実施方法について検討を重ねている。一例として体位変換等の個別支援については、居室に写真付きで介護方法を説明した手順書を掲示して、職員のケア提供内容にバラツキが出ないように配慮している。 なお、介護マニュアルは開設以来長期間見直しをしておらず、介護技術の進歩や利用者の現状に即した内容となっていない。利用者の状況に合わせるとともに職員誰もが同じケアを実践できるよう、介護マニュアルを見直すとともに、定期的に内容を検証して、PDCAサイクルで組織的に必要な見直しを行う仕組みの構築が望まれる。		
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を策定している。		
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。	a・b・c
<コメント> ケアマネジャーが施設サービス計画策定の責任者となり、利用者・家族、各部署から意見・要望を伺い、計画書を策定している。入所時の暫定的な計画書は生活相談員が行う入所前実態調査の情報を活用して原案をまとめ、約1ヶ月間の生活状況の推移を詳細にアセスメントして、多職種協議の下で長期目標1年、短期目標6か月で計画書を策定している。 今後は医療機関との協力・連携を深めて、支援困難なケースの入所も前向きに検討して、より適切な計画書が策定されることに期待したい。		
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・b・c
<コメント> 多職種参加によるサービス計画担当者会議を定期的に開催し、サービス計画書の評価・見直しを行っている。短期目標期間の6ヶ月を目途にモニタリングをまとめて、サービス内容の確認・評価を行っている。その他、状況の変化等に応じて随時会議を開催して見直しを行っている。終末期ケアについては協力医の指示の下、1ヶ月の短期目標にて看取りケア計画を策定し、各部署協働でサービスを提供している。 なお、サービス計画の評価・見直し等に関する標準的手順を策定していないので策定し、PDCAサイクルに基づく、ケアマネジメントプロセスの構築を期待したい。		

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	①・b・c
<コメント> 利用者の生活状況やサービス計画書に基づくケアの提供内容等は介護ソフトにより一括管理され、職員間で共有している。個人ごとの「日々の介護記録」（ケース記録）には、生活状況、バイタルデータ、サービス提供内容、申し送り等が細かく記録され、アセスメントやサービス計画書の見直しにも活用されている。出勤職員は日誌やパソコンで利用者の生活状況や変化を確認の上、業務に就くことが定例化されている。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	①・b・c
<コメント> 法人「文書取扱規程」により、文書取扱主任の責務、備え付け簿冊、保存期間、廃棄などについて詳細に規定している。「特定個人情報取扱規程」では、安全管理措置、特定個人情報の利用・保管・廃棄・削除等を定めると共に「情報公開規程」では開示申出や異議申立等の手続きなども整備されている。パソコン情報は部署ごとにパスワードで管理し、情報漏洩を防止している。入所時に「個人情報の使用に係る説明」を行い、利用目的や範囲、利用条件などについて同意を得た上で広報誌や他機関への回答などに使用している。		

第三者評価結果（内容評価基準）

※すべての評価細目（20 項目）について、判断基準（a・b・c の3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A ①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a・ b ・c
<コメント> 利用者一人ひとりの生活リズムに合わせ、起床時間、食事時間、就寝時間など柔軟に対応している。日中は音楽を聴いたり、趣味の本、週刊誌、新聞を見たりして過ごしている。また、洗濯物たたみやテーブル拭き等利用者に手伝ってもらうなど役割を持つことで生きがいにつなげている。ラジオ体操や折り紙製作など作品作りやDVDを楽しむ利用者もいる。 なお、コロナ禍以降職員体制が厳しく集団レクリエーションに取り組めていないので、外部のボランティアを受け入れて、レクリエーションを復活させ利用者の気分転換や交流できる機会を増やすことに期待したい。		
A ②	A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ③	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a・b・c
<コメント> 非該当		
A ④	A-1-(1)-④ 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・ b ・c
<コメント> 職員は利用者とゆっくり会話をするように心掛けている。耳の遠い方にはコミュニケー		

ションボードを使い筆談で意見を聞いている。待遇マニュアルがあり言葉使いは利用者を尊重することを重視した対応を取っている。意思表示が困難な利用者には表情や仕草から思いをくみ取るようにしており、それを日誌等の記録に残し職員間で共有している。支援に入る時も声をかけてからケアを行うように話し合っている。

なお、会話が不足しがちな利用者には声掛けを増やすなど、話しやすい雰囲気を作り、職員とゆったりと過ごす時間を設ける工夫が望まれる。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A ⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。	a・ー・©
<コメント> 理念の中に人権尊重が示され、虐待防止適正化指針及び身体拘束等適正化指針があり定期的に委員会を開催し、権利擁護に取り組んでいる。委員会の結果は全職員に回覧され内容を共有している。利用者の呼び方は、ちゃん付けをしないよう取り組んでいる。また、権利擁護について外部講師、内部講師による事業所内研修も行っている。 なお、権利侵害の防止や早期発見のための具体的な取り組みまでは行われていないので各職員が自己のケアの振り返りと気づきを促す観点から「虐待の芽チェックシート」等を用いて振り返りの機会を持つことが望まれる。		

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A ⑥	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。	①・b・c
<コメント> 多床棟として整備されているが、居室が広く利用者の居住スペースが独立した構造となっている。その特性を活かし、カーテンやドアを設置し個室に近い環境が保たれ、利用者のプライバシーを保てるように工夫している。食堂、デイルームが別に設けられ、食事と活動空間が分けられ、ゆとりを持った環境となっている。居室には写真や利用者が制作した作品を飾り、くつろいで生活できるように整理されている。また、お気に入りの布団やタオルケットの持ち込みを認めており、自分らしい部屋作りがなされている。空調、清掃が行き届き快適な環境となっている。		

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A ⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a・b・c
<コメント> 入浴係が一人ひとりの入浴方法をチェックし、安全な入浴に取り組んでいる。大浴場、ライナー浴、機械浴の設備があり重度の利用者にも対応できている。看護師がバイタルチェックを行い入浴の可否を決めている。拒否する利用者には言葉かけをするとともに職員を代えたり、日にちを変える等の工夫をして週2日の入浴ができるよう取り組んでいる。 なお、汗をかいた時や失禁時は、清潔を保つため随時入浴・シャワー浴等柔軟な取り組みに期待したい。		
A ⑧	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・b・c
<コメント> 排泄委員会を中心に利用者にあったオムツやパットのサイズを検討し、利用者個々に応じた排せつ用品を選定している。排せつチェック表を活用し、定時にトイレ誘導を行っている。便秘が続くとき、看護師の判断で下剤を使うほか、水分摂取を増やしたり食事形態を変えたり工夫し自然排便ができるよう取り組んでいる。利用者によってはセンサーマットを使うほか、2人対応で支援するなど安全に留意した排せつ誘導を行っている。利用者によっては、這ってトイレに移動し、トイレを利用できる方もおり、動線に留意し自立排泄出来るよう支援している。		
A ⑨	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・b・c
<コメント> 歩行器や車椅子は施設で用意し、福祉用具業者の意見も活用し、利用者に合った福祉用具を選定し貸し出している。看護・介護員会議やカンファレンスで利用者の状態変化を確認し、クッションを追加するなど快適に利用できるよう工夫している。居室や廊下は移動動線を確保し、利用者が自走できるよう環境を整えている。		

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A ⑩	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・b・c
<コメント> 食事はクックチルを用い、チルド食を温めて提供している。業者の栄養士が献立を立て		

ており、施設の栄養士は内容を確認し、喫食状況や摂取量を確認し、業者の栄養士に伝え献立作成に活かせるよう取り組んでいる。ごはん、みそ汁は施設内で手作りしている。月1回は利用者の好きな牡丹餅あるいはおかゆ牡丹餅を提供する他、暦の行事に合わせた献立や誕生会ではケーキを提供している。毎月「出前の日」を設け、町内の食堂から出前を取る等美味しく食べられるよう工夫している。また、「衛生管理マニュアル」により衛生管理を行っている。 なお、利用者が選べる選択食や地元の伝統食を取り入れる機会は無いので、嗜好調査を実施し可能な範囲で選択食やこれまで親しんできた食材を取り入れる工夫が望まれる。		
A ⑪	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。	①・b・c
<コメント> 食事は利用者にあった自助具を使い、利用者が自分で食べられるよう工夫している。食事介助も利用者のペースに合わせ介助している。食事摂取の時、姿勢に留意し誤飲しないよう取り組んでいる。栄養士は、ミールラウンドを通じて食事の摂取状況、嚥下機能、姿勢などを観察し、それを基にアセスメントを行い、栄養ケア計画案を作成し、カンファレンスで多職種から意見をもらい検討し、現状に即した栄養ケアマネジメントを実施している。		
A ⑫	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・②・c
<コメント> 定期的に歯科医、歯科衛生士が来所し、利用者の口腔内チェックを行い、治療、口腔清掃を実施し、口腔ケアを行っている。その際口腔ケアについて職員指導が行われている。 しかし、職員は利用者ごとの口腔内の状況や歯磨きの支援方法までは把握できておらず、口腔ケアへの取り組みは不十分となっている。利用者が最後まで口から食べられるよう、口腔衛生委員会を中心に口腔内状況や磨き残しについて把握し、利用者に応じた口腔ケア方法や誤嚥性肺炎の予防のため、知識や技術の習得に努めてほしい。		

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A ⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	①・b・c
<コメント> 入浴やおむつ交換の際皮むけや発赤を発見した時は看護師が確認して、早期に褥瘡発生を把握し対応に努めている。クッション、マットレス、エアマット等を用い、ケアを行い、悪化防止に努めている。クッションの当て方、体位交換方法を写真付きで作成し、ベッドの脇に置いて職員間で体位交換方法を共有し褥瘡ケアに努めている。訪問時点では褥		

瘡が治癒し、悪化している利用者はおらず、対策の効果が上がっていることを確認出来た。

	第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養	
A 14	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。 a・b・c
<コメント> 痰吸引・経管栄養に関する研修を受けた職員はいるが、痰吸引、経管栄養を実施する必要がある利用者はいない。看取り期に痰吸引の必要がある場合があり、日中は看護師が対応し、夜間時は資格取得している職員を配置するよう勤務を組んでいる。胃ろうや経管栄養が必要な利用者は、休日医療機関の医師が不在となるため受け入れていない。 なお、該当する利用者がないため、研修を受けても実践出来る機会が少ない状況にあるが、看取りの利用者が増えているので機会をとらえ研修や個別指導を行い体制を構築することが望まれる。	

	第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防	
A 15	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。 a・b・c
<コメント> 生活の中で車椅子を使った自走やトイレを利用する際の立ち上がりを促すなど、残存機能を生かした生活リハビリを実施し、機能の維持に努めている。また、重度の利用者が機械浴で入浴した時に看護師が関節の可動域を確認しながらマッサージを行う等機能訓練を実施している。毎日、ラジオ体操を行い、自発的に体を動かす体操をしている。 なお、理学療法士や作業療法士がいないので助言や指導を受ける機会を持てておらず、法人内他施設の専門家の助言や指導を受ける機会を設け、より実践的な機能訓練の実施が可能になる取り組みに期待したい。	

	第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア	
A 16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 a・b・c
<コメント>	

認知症の症状に合わせ受診、服薬を行っている。職員は見守りや利用者の状況に応じた声掛けや利用者の言葉を否定しない取り組みで対応している。帰宅願望の強い利用者には「お部屋とお食事を準備しているから泊まっていてください。」等の適切な声掛けを行っている。また、家族の面会や家族との外出機会を持ち落ち着けるよう取り組んでいる。

なお、認知症ケア等の最新の知識や情報の会得など研修を実施し、より適切なケアに繋げることが望まれる。行動・心理状況（BPSD）への対応について専門家の助言を受ける機会を持ち専門性を高める取り組みにも期待したい。

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A ⑰	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・b・c
<コメント> 緊急時マニュアルで、24 時間体制で看護師との連携、緊急時の看護師の出動態勢が定められている。救急依頼の搬送は看護師が判断し、夜勤者の職務分担、協力体制等がフローチャートで分かりやすく明示されている。また、搬送時の診療情報提供書、看護サマリ、入院セットなどが準備されいつでも持ち出せるようになっている。搬送先も日中は、町内診療所、夜間時は医師が常駐している南会津病院と決まっております日頃から連携が図られている。 なお、高齢者の健康管理や薬の効果、副作用等職員研修が実施されていないので実施が望まれる。		

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑱	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a・b・c
<コメント> 入所の際、看取り指針を説明し家族の同意をもらう他終末期の医療について事前アンケートを行い、意向を把握している。看取りについての医師意見書、家族同意書を取り看取りの意思を確認している。看取り期の介護計画、カンファレンス、看取り後の振り返りシートも準備され、看取りを実施している。 なお、終末期ケアの職員研修は今年 11 月に予定しており、実施に期待したい。看取りを数多く実施しているが看取り加算を取っていないので、条件整備を図り看取り加算（可算）への取得が望まれる。		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族等との連携		
A 19	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。	①・b・c
＜コメント＞ コロナ禍以降面会が制限され、平日に15分、会議室で感染予防を図りながらの面会となっている。家族に利用者の要望を伝えたり、食べたいものや飲み物を届けてもらったりしている。携帯を持っている利用者以外は、施設の電話を取り次ぎ家族と話せるようにしている。また、様子が変われば施設からこまめに状況を伝え家族と連携するようにしている。終末期は家族が家族室や居室に泊まり込むこともできるようになっている。定期的に写真付きの「只見ホームだより」を送付し、施設での生活状況や行事の様子を伝えている。		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A 20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
＜コメント＞ 非該当		