

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2007年 2月 23日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 001-0040

住所 札幌市北区北40条西4丁目2番7号

札幌N40ビル 6階

電話番号 011-736-3987

特定非営利活動法人
 評価機関名 北海道介護サポートセンター

認証番号 北海道 評価機関認証第2号

代表者氏名 理事長 中元 秀吉

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)	中元 秀昭	組織・福祉	A-030
	(2)	坂口 香穂子	福祉	B-060167
	(3)	河村 真理子	福祉	B-040
	(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 ルミエール			
運営法人名称	社会福祉法人 公和会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2006年12月1日	～	2007年2月5日	
利用者調査実施時期	2006年12月1日	～	2006年12月15日	
訪問調査日	2006年12月22日	・	2006年12月28日	
評価合議日	2006年12月28日			
評価結果報告日	2007年2月23日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無 <input checked="" type="radio"/> 同意する <input type="radio"/> 同意しない ※評価結果の公表について事業所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

特定非営利活動法人北海道介護サポートセンター

2. 事業者情報

名称：社会福祉法人 公和会 特別養護老人ホーム ルミエール	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 鈴木 則子	定員(利用人数)： 84 名
所在地：〒003-0001 札幌市白石区東札幌1条3丁目1番1号 Tel(011) 825-2555	

3. 事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

4. 総評

◆特に評価の高い点

①医療機関との日常的な連携体制

法人理事長が院長を勤める病院との関係から密接な連携が出来ている。半数近くが介護4、5を占める医療依存度の高い利用者も多い中、緊急時には協力病院との連携により医師の適切な指示を受ける体制がある。年1回の健康診断の実施と、嘱託医は週2回、歯科医は週1回訪れ、診察・治療健康相談を行っている。また、外部の医療機関を受診する場合の協力も行われ、利用者の健康維持に努めている。

②生活の利便性と地域環境について

当事業所は地下鉄からも近く、大型スーパー・商店や銀行、病院等があり、生活の利便性に優れている。付近に緑が多く点在し、遊歩道・公園や小学校が隣接、住宅地の中に立地していることから生活感が感じられ、また、働きかけによっては地域住民との交流の機会を多く持てることが予想される等、取り巻く環境に恵まれていると判断する。施設内は光にあふれる空間であり、3階建の館内は、360度どこからでも光が射し込む構造となっている。一人一人の居室には、1人に一つの窓があるという理想的な構造となっている。

③理念・基本方針の明確化と関係者の周知について

理念及び基本方針は、重要事項説明書、運営規程、事業計画などに明文化されている。職員に対する周知として、毎朝の朝礼時に理念の唱和をすることや新入職員研修時、年度初め、会議等で継続的に理念教育を行い、各フロアにも掲示を行っているなど法人の努力が窺える点は評価できる。

また、法人のホームページ、法人の季刊紙「ほっか・ほか」の発行などを通じて、利用者、家族関係者への情報の周知を図っている。

◆改善を求められる点

①ケアサービス向上に向けた組織風土の構築について

平成17年度よりチャレンジシート・人事考課評定書を採用した事や施設長による個人面談を実施するなど法人としての士気向上に向けての努力は窺えるが、人材育成プランに基づく人事管理体制やサービスの質の向上に向けた、教育計画・研修計画が職員に示されていないことにより、士気を喪失させる結果となっている事は歪めない。今後の取組みとして、職員面談を定期化することや自己申告書を採用実施するなど、職員から意見・意向を相互に確認する機会を増やすことによって相互理解が一層深まると感じられる。

職員参画の運営体制の構築、組織全体としての計画的な研修を早急に検討し、職員個々の意欲の向上に向けた組織風土を作り上げることを期待したい。

②個人情報に記載した書類の保管及び薬の管理体制について

介護ステーションは各階に設置されており自由に入室できるため、利用者の個人記録を誰もが目にできる状況である。個人情報の流失を防ぎ保護する観点から書類の保管・廃棄時期などについて規程・マニュアル等の作成や保管場所の整備等体制の確立に期待したい。

また薬の保管は、施錠できる体制になっていないため、利用者の薬剤事故に直結する危険性が高いと感じられる。今後、薬の紛失・利用者の誤嚥・重複服用などの事故防止等の観点から、薬剤保管庫の施錠の実施など、早急な見直しが必要と思われる。

③生活環境の見直しについて

居室は全室に窓があり、採光に恵まれているが、無機的で殺風景な印象が強い。生活感溢れる空間となるよう個々の居室に写真や思い出の品を飾るなど、利用者が自宅にいるような感覚でくつろげる雰囲気が必要ではないかと思われる。食堂やフロアは、利用者が落ち着いて食事出来る喫食環境や分煙対策を講じるなど利用者の視点に立った環境を作り上げていくことを期待したい。浴室については、設備はあるが機械的な印象は歪めない。入浴する際に多くの人が感じる安堵感を利用者の気持ちに置き換えることで、事故防止と家庭的な快適性を感じる浴室について更なる工夫が導びかれると思われる。

今後利用者の生活環境の見直しとして、浴室脱衣場の衣類収納場所、利用者の手洗いと手拭きの設備、居室の衛生面などの改善をも視野にいれ、さらに良質なサービス提供を期待したい。

5. 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回の第三者評価受審は、事業運営における具体的な問題点を把握してサービスの質の向上に結びつけることとともに、評価結果等が利用者の適切なサービス選択に資するための情報となることを目的として実施しました。受審するに当たって、ありのままの施設運営を評価いただくため、改めて準備は一切行いませんでした。

提供するサービスが利用者に説明でき、選択されるために、サービスの現状の水準や課題を把握し、課題を明確にした上での改善に向けた継続的な取組みが促進できるものと確信しております。

評価結果を真摯に受け止め、職員が共有することによって、改善に向けた組織的な取組を確保することができ、自らが提供するサービスの質について改善すべき点が明らかになり、サービスの質の向上に向けた取組みの具体的な目標設定が可能となりましたので、法人事務局、各フロア、委員会、各部署が一つ一つクリアして行き、次回の評価では、さらにより評価が得られるように努力してまいります。

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： 平成 18 年 12 月 13 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 公和会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム ルミエール	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 003-0001 札幌市白石区東札幌1条3丁目1-1		
電 話	011-825-2555		
F A X	011-825-2558		
E-mail	kohwakai@lumiere.or.jp		
U R L	http://www.lumiere.or.jp		
施設長氏名	鈴木 則子		
調査対応ご担当者	城田 仁 (所属、職名：事務局長)		
利用定員	84 名	開設年	平成 12 年 4 月 1 日
<p>理念・基本方針：■法人理念 「基本的人権の尊重・プライバシーの保護により」 ○ 社会から・地域住民の皆様から期待と信頼されること 「ご利用者様のニーズを最優先とし、よりよい福祉サービスの提供により」 ○ ご利用者様に選ばれ続けること 「職員のチャレンジ精神・創造性・自己研鑽をもって」 ○ 知徳と技術力を高め、元気で明るい職場をつくること</p> <p>■運営方針 1. 目配り・気配り・心配りに努め、安全で快適な生活を確保し、生きることへの喜びをともに歩んでゆきます。 2. 公平・公正・公明正大に対応し、明るく、あたたかく、素直に、正直に行動します。 3. 自己の知識・経験・技術力を地域社会の福祉の向上に努めます。</p>			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

特別養護老人ホーム (定員83名)
 指定短期入所生活介護事業所/指定介護予防短期入所生活介護事業所 (定員13名)
 指定通所介護事業所/指定介護予防通所介護事業所 (定員20名)
 認知症対応型通所介護/介護予防認知症対応型通所介護 (定員12名)
 指定居宅支援事業所

【利用者の状況に関する事項】（平成18年12月12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
2 名	1 名	11 名	13 名	21 名	14 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
20 名	2 名	0 名	84 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	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	1名	1名	0名	1名	0名	0名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
肢体不自由	12名	9名	1名	1名	0名	0名	0名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
重複障害（別掲）	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
合計	13名	10名	1名	2名	1名	1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
1名	0名	0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	0名	0名	0名
そううつ病	0名	0名	0名
非定型精神病	0名	0名	0名
てんかん	0名	0名	0名
中毒精神病	0名	0名	0名
器質精神病	0名	0名	0名
その他の精神疾患	1名	1名	0名
合計	1名	1名	1名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

サービス利用期間	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
9名	11名	13名	15名	14名	3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	15名	0名	0名	0名	0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	0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		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 3年0ヶ月8日)

【職員の状況に関する事項】(平成18年12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	49名	1名	2名	0名	2名
非常勤	14名	0名	名	0名	0名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	2名	33名	0名	3名	0名
非常勤	0名	8名	0名	4名	0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	0名	0名	0名	4名
非常勤	0名	0名	0名	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	2名(0名)
介護福祉士	16名(2名)
保育士	0名(0名)
	-名(-名)
	-名(-名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	4,805.69	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	11年
(4) 改築年	平成	17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 <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 17 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

116 人

・ボランティアの業務

傾聴・夏祭り補助・リハビリエステ・音楽療法・シーツ交換・コミュニケーション・行事

【実習生の受け入れ】

・平成 17 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 0 人

その他 243 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。

意見箱
広報誌にて要請
サービス担当者会議の開催日の御案内及び同席
苦情内容の公表（施設便り）
利用者アンケート
全職員が相談窓口としての自覚
担当者から毎月状況報告（お便りにて）
身体痕跡・事故・通院等発生時に都度御家族へ連絡し、要望を吸い上げる

【その他特記事項】

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

報告日：2007年2月23日

施設種別：特別養護老人ホーム

施設名：特別養護老人ホーム ルミエール

評価調査機関名

特定非営利活動法人 北海道介護サポートセンター

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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ－１－（１）－① 理念が明文化されている。	a	ホームページ、重要事項説明書及び事業計画書に記載があり、施設内の掲示については玄関付近、エレベーター内、各フロアに掲示がある。掲示方法については、今後誰もが確認しやすい掲示の工夫や取扱い等、改善することが必要と感じられる。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念と同様にホームページ、重要事項説明書及び事業計画書に記載があり明文化されている。施設内の掲示についても理念と同一箇所にある。掲示方法についても、理念同様に改善が必要と感じられる。
Ⅰ－１－（２） 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ－１－（２）－① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	一年ほど前から毎日、朝の朝礼時に理念及び運営方針の唱和を始める等努力は窺えるが、現在一部の職員のみで実施している状況で全体には行き渡っていない。理念教育については新入職員研修時、年度変り、会議等で継続的に行っていることを確認することが出来る。職員個々の理解度を更に深め、サービス提供の面に繋がることを期待したい。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	重要事項説明書及び施設内の掲示はあるが現在は具体的な説明は出来ていない。利用者や家族等が確認しやすい様に表示を大きくする事や目線に配慮するなど、掲示場所及び掲示方法また周知方法について工夫することが望まれる。

Ⅰ－２ 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－２－（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 中・長期計画が策定されている。	a	3カ年計画と称して、平成18年度に策定している。計画については事務局長が作成し、理事会に諮っている。策定したばかりという点もあって見直しについては行っていない。今後の策定については組織内部の意見集約の基に作成することを期待したい。
Ⅰ－２－（１）－② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	毎年、事業計画を策定しているが、平成18年に3カ年計画（中・長期計画）を策定したばかりで事業計画に反映できていない。
Ⅰ－２－（２） 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ－２－（２）－① 計画の策定が組織的に行われている。	b	12の委員会と6のチームを設け各部門毎に基本方針・重点項目・具体的活動内容を定めている。策定手順については各部門に一任している状況、計画の評価結果に基づいた見直しが組織的に行われていない。
Ⅰ－２－（２）－② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	毎年4月に方針発表会を実施し職員に説明している。利用者及び家族については現在、事業計画等の説明は行っていない。

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) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(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。	b	新年毎にサービス向上と意識高揚の為、スローガンを掲げている。平成18年度事業計画及び施設内随所にスローガンの掲示がある。会議等で職員に対してアピールしている。役割と責任について文書化されたものが無い為、今後、役割や責任について職務分掌表等を作成するなど職員が理解しやすい手段の構築が必要と感じられる。
I-3-(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。	b	外部研修等に参加し理解を深めているが、具体的な取り組みは特に行っていない。本年度については介護保険法について職員研修を実施している。今後、法令等を把握する資料の作成等、継続した取り組みを期待したい。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(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。	c	管理者自ら利用者と映画鑑賞・食事等の外出に同行している。施設側からクラブ活動・お出かけ隊（外出援助）など積極的に活動は行っているが、利用者個々のニーズの把握の面や職員の意見を取り込める具体的な体制が明確になっていない等改善が必要と感ずる。またサービスの質について継続的に評価、分析が出来る体制を早急に構築する事を期待したい。
I-3-(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。	b	現在、人員配置を2.3:1にするなどの取り組みを行っている。また、特養会議・連絡調整会議の実施、各委員会を整備し活動を行っているが組織全体での活動の取組を具体化し、更なる努力を期待したい。

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) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-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。	b	民生委員、医療機関、介護事業所等と関係を密にしながら情報収集を行っている。現在は地域住民のニーズについては把握できていない。関係機関と連携して具体的な取組みを実施に向けて検討されている点は評価したい。
Ⅱ-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組みを行っている。	b	毎月の会議にて利用率について職員に周知をしている。コストの面について職員に周知はしているが、未だ徹底されていない面があり、改善に向けて取組むとの事、経営状況分析後の取組みについては今後への課題と考えている。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	現在は実施されていない。今後については実施すべきと感じてはいるが、現状では外部監査の予定は無い。今後の検討課題として取組むことを望む。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(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。	c	人員の数に対する採用計画はあるが、具体的なプランは確立されていない状況。職員採用については施設長・事務局長・主任の合議にて採用を決定している。ヘルパー養成校等への働きかけを今後実施する予定ではあるが、採用計画の見直しを含め、早急なプラン構築が急務であると感じられる。
Ⅱ-2-(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	平成17年度にチャレンジシートを導入、人事考課については自己評価を踏まえた人事考課表を採用し、オープンな形で評価を実施している。評価については主任→課長→事務局長→施設長の流れで年2回実施、人事規程について整備している。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-(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。	c	具体的なチェック体制は確立していない。特に有給休暇の消化率について把握できていない状況ではあるが、今後については計画的な消化を促すとの事。施設長と半期に一度個別面談を設けてはいるが、本年度については実施できていない。定期的な確認体制と職員面接の実施を期待したい。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	b	現在、親睦会（忘年会・新年会・夏祭り・卓球大会・ボーリング大会）を中心に福利厚生を実施している。今後、福利厚生センターへの加入を検討していく予定である。
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(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。	b	中・長期計画の中に具体的な内容の明示は確認できない。職員教育及び研修については人材開発チームを中心に取組みを実施している。外部研修については、今後単位取得制を導入の予定。研修スケジュールは作成されているが教育計画を含めた基本方針が定められていない為、早急な見直しが必要と感じられる。
Ⅱ-2-(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組みが行われている。	c	現在、個人別のチャレンジシートを活用し目標設定を行っている。計画に基づいた取組みは行われていない状況である。今後の取組みを期待したい。
Ⅱ-2-(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。	c	外部研修参加後、レポートの提出を行っている。また職員に内部研修の際、発表する機会を設ける、研修後のアンケートを実施する等の取組みは行われているが評価・分析には至っていない。

Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ－２－（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。	c	平成17年度、243名のヘルパー実習生の受入れを実施、実習生にトレーナーが付いて指導を行っている。受入規程はあるがマニュアルを含め実習プラン・実習指導者の研修等が確立されていない為、早急に取組むとの回答があった。学校から良い評価を得ている点を礎に、今後の取組みに期待したい。
Ⅱ－２－（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。	b	現在、ヘルパーの実習生の受入に留まっているが、介護福祉士・社会福祉士を含め積極的に受入を実施する予定。各種別毎の実習プログラム作成に取組みたいと回答があった。

Ⅱ－３ 安全管理

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－３－（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 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。	b	事故・感染症に対するマニュアルは作成している。定期的な研修等を実施し職員に対する周知は行っているが充分ではない。委員会・チームの編成は行っているが、各フロアでの定期的な検討や対応策が整備されることを期待する。
Ⅱ－３－（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。	b	事故報告書及びヒアリハット報告書等により情報の収集を実施し安全確保に取り組んでいるが、未然防止策の定期的な検討は実施されていない。今後の改善を期待したい。

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	近隣の東園小学校との定期的な交流、月１回の小学生の社会学習の受入れや利用者と職員が学習発表会・運動会の観覧、校庭での花見や幼稚園に慰問を依頼する等、活動を行っている。地域交流委員会の主導の下、地域交流の基本的な考え方、活動の具体化など今後の取組みに期待する。
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	現在、町内会に会合の会場提供を行っている。今後、町内会・民生委員・子ども会等にも会議室・デイサービス（休日）のスペースを開放していく予定である。町内住民を対象にした研修会や講習会等の開催、介護相談窓口設置等が検討されることを望む。
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。	c	平成１７年、ボランティアの１１６名受入の実績がある。マニュアルや受入体制が確立していない為、近隣の病院の指導を受け、平成１９年度３月迄に体制を整備するとの回答があった。
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。	c	社会資源の明示を含め取組めてはいない状況である。地域の関係機関・団体等のリストの作成、地域の社会資源を明示した地域マップを作成するなど、今後の工夫を期待したい。
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	平成１７年度より、町内会・連合町内会・民生委員会・まちづくりセンター・小学校との連携強化に取り組んでいる。本年度の取組みとして町内会・連合町内会の役員となり、今後の活動について関係機関と現在調整中との回答を得ている。
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組みを行っている。		
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	c	具体的な活動は行われていないが、民生委員会の協力を得て地域ニーズの把握を行っており、活動に向けて現在調整中である。平成１９年度に具体的な活動に取り組む予定である。
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。	c	計画策定、体制を確立し活動に着手する予定である。今後の活動に期待したい。

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。		
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組みを行っている。	b	「人権の尊重・プライバシーの保護」が法人理念に明示され、身体拘束や虐待防止について職員研修が実施されているが中途採用者や新入職員対象の研修や勉強会は行われていない。職員全員が共通の理解を持つための施設内研修や毎朝の法人理念の唱和・方針の周知により、利用者を尊重したサービス提供に反映されていくことを期待したい。
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。	b	プライバシー保護に関する規程は整備されている。上記項目と同様に新入職員や中途採用者に対する研修は不十分である。
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に務めている。		

<p>Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の上を意図した仕組みを整備している。</p>	<p>b</p>	<p>個別に利用者や家族より聴取している。年明けには家族会を発足させる予定とのことである。家族会が定期的に活動し、利用者や家族が意見・要望を発信できる場となることを期待したい。利用者満足の把握・改善課題を見いだす場となり、更なるサービス内容の上役に役立てていくことを望む。</p>
<p>Ⅲ－１－（２）－② 利用者満足の上に向けた取り組みを行っている。</p>	<p>c</p>	<p>個別の対応はしているが、組織的な仕組み・分析・検討は出来ておらず、具体的な改善にまでは至っていない。今後は利用者や家族と共に検討する機会を増やし継続していくことが、利用者満足の上役に繋がると思われる。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>相談室があり、相談受付票に基づいて相談員２名が対応している。意見箱は１階の電話のところに設置、２階３階にはない。利用者や家族には入所時に相談受付等の説明を行い、申し出によりその都度対応している。家族の意見や要望を伝えやすい環境の整備や相談場所を掲示するなど、工夫を期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>苦情受付に対する説明文書は無いが、苦情内容の公表は施設便りにて行い、苦情申し出に対しては、都度回答している。第三者委員４名の内２名が法人監事が就任しており、苦情申出者の不利にならず中立の立場での苦情相談者となり得るのか疑問であり、検討を希望する。さらに相談の経緯や解決に向けた経過が把握できる記録を残すことが望ましいと考えられる。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>苦情に対して迅速に対応している。しかしマニュアルはなく組織的取組みが成されていない。利用者・家族が、苦情や意見・提案を述べやすい環境の整備をし、更なるサービスに繋げていくことを期待する。</p>

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	ケアワーカーの主任や副主任だけで評価するのではなく、組織として行うことが望ましい。定期的な自己評価を行うことで、改善課題の発見・計画の策定・実行・評価・見直しの体制が整備されることで改善されると考えられる。
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。	c	課題を明確にするための組織的な検討が成されていない。職員参画による定期的な自己評価を行うことで、組織として取り組むべき課題を明確にすることを期待したい。
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。	c	組織として課題を明確にしていない。職員参画のもと課題を明確にし、その課題を目標や中・長期計画に盛り込み、最優先課題として組織全体で実行してしていくことを期待したい。
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。	b	マニュアルが用意され、サービス提供が実施されている。今後は、一定のサービス水準を保った上で、それぞれの利用者の状態に応じたサービス実施時の留意点や利用者のプライバシーへの配慮、業務手順等実施するサービス全般にわたって文書化することが必要であると感じられる。
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。	c	その都度個別の検討・対応・見直しはされている。今後は全ての利用者の標準的な実施方法について定期的な見直し、職員や利用者・家族からの意見や提案を反映していくことによって、共通意識を育てると共に福祉サービスの質の向上に繋がることを期待したい。
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。	b	利用者の記録は整備されている。記録内容が計画に沿ったものとはなっていない。記録が分散しているために、計画内容の把握・サービスの実施等の計画に沿った記録が出来ていない。情報の共有化を図る為の工夫や記録についての研修・計画を直に見ながら記録する等工夫されることを期待する。
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。	b	個人情報保護と情報開示の観点から研修は行われている。個人記録は、鍵のかかるところでの保管が望ましく、情報の管理体制（管理責任者の設置・保管や廃棄について）の規程を作成し職員に周知することが望ましい。
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。	b	申し送りノートを廃止し、統一事項として書類を用意し活用している。夕方のカンファレンスを行い必要な情報かを判断し記録に残している。試行錯誤しながら情報の共有について取り組んでいる状態である。情報が分散していること、同じ記録を数箇所に記載し多くの労力を費やしているなど、今後最善の方法を見い出して行かれることを望む。

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	ホームページの公開や見学の希望に対応している。ショートステイ等利用希望者のニーズに答える為、地域情報紙やホームページで短期入所の情報提供をしていくなど空きベッドの恒常化を防ぐ工夫が成されることを期待する。
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。	b	重要事項説明・利用料・契約書説明は行われている。但し、説明を受けることの困難な利用者への対応は、成年後見人制度や地域福祉権利擁護事業の活用など家族等が理解しやすい配慮や工夫を行う取り組みが必要と思われる。
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。		

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>現在までに事業所への移行は1名であり、情報提供書により引継がれている。利用者の要介護度の改善状況や家庭への移行の可能性などを検討する組織的な取組みが成されていない。今後、要介護度の改善を把握し、可能な利用者には円滑な退所に向けた援助を行うことが望まれる。</p>
--	----------	--

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>入所前の訪問は生活相談員・看護師により行われている。サービス開始時は相談員が情報を収集し、1ヶ月間サービス計画原案が無いまま開始されている。アセスメントは現在、入所後介護・看護スタッフが時間をかけて（1カ月）行っている。入所前に訪問したスタッフがサービス計画の原案作成に必要なアセスメントを行い、入所時の状態の変化などを踏まえて、入所前までに作成するといった手順を定めることが望ましい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>アセスメント票は1階事務室内のパソコンに入力されている。今後は、利用者の具体的なニーズに応じた課題・現状維持のための課題・悪化防止や早期発見等の観点から、各フロアで日常的に利用者の個人別ファイルが確認出来、アセスメント票が随時変更出来る状況にあることが望ましい。</p>
<p>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。</p>		
<p>Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。</p>	<p>b</p>	<p>サービス担当者会議により、月25～30名の入居者の計画の策定が行われている。参加メンバーは、看護師・ケアマネ・担当ワーカーなどで、医師の参加はなく、看護師が医師の意向・指示を伝えている。看護師は利用者担当が無く様々な看護師が参加。今後については利用者や家族参加のもと、意見・要望を反映した計画にしていくことが望ましいと考えられる。それぞれの役割を明確にし、特定の職種に負担が大きいかからない様、組織での体制を整備されることを期待する。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>定期的に担当者会議にて評価・見直しを行っている。現在、変更となった計画や新しい計画について、直接説明を行うことができない方には電話で説明し郵送にて家族に同意を得ている。計画の評価や見直しに家族や利用者に参加していない。利用者や家族の参加による意向の確認は担当職員だけではなく、関係職員に周知しサービス状況の確認できる工夫をされることが望ましい。</p>

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。	b	契約は契約書を熟読し、疑問点が明らかになるまで説明している。契約書類の中で損害賠償・誓約書1・2の内容については、利用者及び家族の立場から再検討を望む。
A-1-(1)-② 施設サービス利用契約にあたり、適格な契約者による契約が締結されている。	b	現在成年後見人を選任されている方は1名・利用予定者は2名である。意思決定の出来ない利用者については、家族・親族の代理署名で対応し、そのことも記載されているが、成年後見制度の更なる活用の情報提供と手続きに関する支援を行うことが望ましい。
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。	c	契約書の変更を文書により家族に通知しているが、今回の改訂について利用者や家族に対し説明会は開いていない。今回の改訂の変更手続きは終了していない状況であり、早めに対応されることが望ましい。
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、わかりやすさに十分配慮されている。	a	パンフレットには施設平面図が詳細に記載され、館内の写真も多数掲載されており、施設の生活形態が分かりやすい内容となっている。新しいパンフレット作成の際には、職員配置や職員数、年間行事など利用者の日常生活が感じられる内容を盛り込むなどの工夫に期待したい。
A-1-(2)-① 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。	a	新聞・雑誌など個別での購読が出来る体制にあり、手続きの援助もされている。自室やダイニングでもテレビを自由に楽しむことができる環境が整えられている。
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。	b	施設内の売店に生活用品の一部が用意されている。衣類などは家族により用意され、用意の出来ない方は、職員が個別での外出により対応している。施設内にパンの販売業者が毎日、移動販売業者が週1回来ている。利用者の希望があれば定期的に近郊商店へ出かけられる等今後の活動に期待したい。
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	園芸・菓子作り・手芸・ストレッチ・卓球・短歌・パチンコ等11種類のサークルがあり、利用者の参加の意向を確認しながら、取組まれている。クリスマス会・花見などの行事も積極的におこなわれ、職員が利用者の意向を確認し尊重している。
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	過去に夜間の外部侵入者が問題となり、面会時間9時から19時までとなっているが、事前に連絡をすることで面会時間の延長は個別に対応している。
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	外泊・外出希望日の2・3日前に書面での届出制である。外出・外泊時の送迎や車椅子・ポータブルトイレの貸し出しや事業者の紹介など情報提供を行っている。今後、利用者・家族の希望で外出が気軽に出来るような体制作りを期待したい。
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。	c	分煙による喫煙場所はない。今のところ飲酒の希望者は居ないが、ドクターストップのかかった方以外は、希望により飲酒もできる。喫煙については、吸わない方の健康面を考え分煙による喫煙場所を早急に確保することが望ましい。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>預り金について規程がある。介護職員が付き添い事務室で出金できる形態が執られているが、入出金する場合の具体的な取り決めは、規程として明示されていない。現在自室にて自己管理している方がいる為、事故の起きない体制の整備として所持金の管理場所や設備が用意されることを望む。</p>
---	----------	---

A-2 適切なサービスの実施

	第三者評価結果	コメント
<p>2-(1) アセスメント・施設サービス計画</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>ケアマネ・相談員・看護師・介護職は参加しているが利用者・家族は参加していない。今後、利用者・家族の参加が望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>原案をケアマネが作成し、居室担当者・看護師・機能回復訓練士などが参加しカンファレンスを行うようにしているが、多職種が参加して実施できないこともある。やむを得ず参加できない場合は、カンファレンスの内容が伝達され反映される仕組みが望まれる。嘱託医からの療養上の注意は看護師を通じてケアプランに反映させるようにしている。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>認知症や介護度の重い利用者が多い中で、自力摂取の維持や自立歩行困難で尿意のある利用者の自立支援に向けた視点が反映されている点は評価できる。今後、施設サービス計画の目標を明確に把握したケアの実践と記録を期待する。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>施設サービス計画の実施記録は青色のペンで記入するなど、目標を意識したケアの実施を工夫しているが、施設サービス計画の内容と介護記録に整合性がみられず、記録も十分とはいえない。施設サービス計画の目標を意識したケアの実施や利用者の反応、その効果などの記録が望まれる。そのためには、職員間で施設サービス計画を共有するための取り組みが期待される。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>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に直接説明し、会えない家族には電話で説明し、文書による同意を得ている。</p>

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。	b	管理栄養士を配置し栄養ケアマネジメントを提供できる仕組みはできているが、サービス説明用のマニュアルや、ポスターの作成、職員に対する栄養教育は実施できていない。
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。	b	他職種で共有するマニュアルがないため、近々作成する予定である。
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	医師からの指示による食事箋があり、栄養ケア計画に基づいた食事提供を行っている。
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。	b	介護度の高い利用者、特に食事介助が必要な利用者に職員が付き添いゆっくり安全に食事がとれるような配慮がされている。一方で2階3階とも、自力摂取のできない利用者にとって立ったままで食事介助を行っている状況がみられた。2階の食堂ではテレビの前に配膳車がおかれているので、利用者がテレビを見ながらゆっくりと食事を楽しめるような配慮が必要。食堂に季節感のある飾り付けや、音楽を流す、お茶のカップは個人用を使用するなど利用者の心を和ませる雰囲気づくりを期待したい。
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。	b	温冷配膳車は使用されていないため、できるだけ食べる直前に配膳する、種類はフロアで配膳するなどの工夫はしている。また各フロアにレンジを配置して利用できるようになっている。味噌汁などの汁物もフロアで配膳するなどの工夫が期待される。
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。	b	ゆっくりと食事がとれるように、一年前から時差で食事を提供するなど工夫はされている。しかし食事を終えた利用者の口腔ケアを、食堂から見えるすぐそばで行っているため、落ち着いて食事が摂れるような配慮が望まれる。食事中は、食堂と洗面台の間にロールカーテンなどで一時的に遮る工夫など検討されたい。
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	歯科医による治療や義歯調整などを行っている。自力摂取するための自助具など本人に合ったものを介護職で工夫し作成するなど、利用者の状態に合わせた支援や配慮がなされている点は評価できる。
A-2-(2)-⑧ 利用者の身体の状態（咀嚼能力等）、病状および嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。	b	利用者の身体状況にあった普通食、きざみ食、治療食など食事の提供は行われている。その日の献立はホワイトボードに利用者に見えるよう大きな字で書き出し、毎朝読み上げている。嗜好調査は実施できていないため、今後定期的に嗜好調査を行い献立に反映されることを期待したい。
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。	c	調理業務は外部委託のため行っていなかったが、今後は取り組んでいくことで検討している。調理担当者が週に1回程度、利用者がどんな状況で食事を召し上がっているのか、提供している食事形態が妥当なのかを確認し調理に反映することを期待したい。
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。	b	利用者の心身の状態に応じた一般浴、中間浴、機械浴などの入浴方法を実施している。また同性介護を希望される利用者には可能な限り対応している。気持ちよく入浴できるように、廊下や脱衣所で待たせることなく誘導後はすぐ入浴できるように配慮している。身体的理由で入浴できない利用者については清拭を実施するなど、清潔を保つようになっている。脱衣所が居室や廊下から見えるところにあり、暖簾やスクリーンでプライバシーへの配慮をしているが、十分とはいえない。さらに工夫が望まれる。また利用者の生活リズムに合わせた夜の入浴の導入など、今後に期待したい。
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。	b	感染者はいないが、その時々で看護師に相談し実施している。感染症に罹患している利用者があると想定し、入浴方法など具体的に記載したマニュアルの策定が望ましい。
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。	c	脱衣所内のトイレに利用者の着替え用の衣類が置かれている。脱衣場の衣服を収納する棚が少ないためと思われるが、衛生管理の面からも棚を増やし整理整頓、清潔への配慮が望まれる。自己評価でも椅子や洗面器等の消毒は週に一度実施しているが不足と感じているとのこと。感染予防の観点からも衛生面での取り扱いを再認識する必要があると思われる。ケアサービス委員会でチェックリストを作成し、衛生管理について配慮していくことで今後に期待したい。

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。	b	トイレ誘導時はドアをしめ、介助が必要な利用者は必ずノックして開けるよう配慮している。利用者がトイレを使用していることが職員のみに分かるような工夫はされていない。数カ所あるトイレの中で、食堂のすぐ近くにあるため使用頻度が高いトイレは、利用者が談話するベンチの前にあるため、視界をさえぎるような工夫、プライバシーの配慮が必要と思われる。
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。	b	オムツ交換は8時、11時、13時30～14時、17時、21時、23時、24時30分の定時交換を実施し随時交換を基本とはしていない。利用者一人ひとりの排泄記録の整備はされていない。利用者個々の特徴を把握するために排泄パターンが分かりやすい排泄個別記録など整備が望まれる。
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。	b	尿意便意のある利用者はトイレ誘導し、ナースコールを押してもらするなど生活リハビリを意識したケアを実施している。座位を保持できる利用者には手すりの位置を調節するなど行い、できるだけオムツに頼らない排泄ケアに取り組んでいる。布オムツでかぶれる利用者にはリハビリパンツを使用するなど状況に応じた取り組みを行っている点は評価できる。今後、一人ひとりの排泄記録と個人別の排泄リズムの把握、食事・水分量をチェックし排泄ケアへの活用を期待したい。
A-2-（4）-④ トイレは清潔で快適である。	c	点検・改善が定期的に行われていない、消毒の回数が少ないとの自己評価である。ケアサービス委員会で上記についての検討を実施し、委員が中心となりチェック表を使用し、活用するなどの工夫が望まれる。

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	週に1回は定期的に行われ、汚染時は随時交換している。
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。	b	入浴のできなかった利用者にはドライシャンプーを行い、あるいは温かいタオルで頭髪を手入れし清潔を保持するよう工夫している。手の爪切りはおやつが終わった後の、短時間を利用して定期的に行っている。足の爪きりについても定期的に行いたいとの希望はあるが、利用者によっては水虫で足の爪が厚くなり切りにくいことがあり介護職だけでは実施できない面もある。今後、看護職の協力を得て取り組む必要が在ると思われる。
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	就寝時、起床時は更衣しメリハリある生活を心がけている。リハビリエステを導入し、マニキュアやお化粧をするなど利用者の希望に応じておしゃれに配慮し、晴れやかな気分になると喜ばれている。さらに、お誕生会にはその月の誕生者にお化粧をして祝福するなど生活を楽しむ工夫をしている。理美容は毎月2回、定期的に施設を訪問し利用できるよう配慮されている。
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	口腔ケアは毎食後、実施し義歯の紛失や取り違いが起らないようチェック表を活用している。週に一度は歯科医が施設を訪問し治療や義歯の調整を行っている。今年は歯科医が一人増員になる予定とのことで口腔衛生に対する意識の高さは評価できる。現在は、利用者一人ひとりに歯科衛生士による定期的なブラッシング指導は行われていないとのことだが、今後に期待したい。
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	一年に一回、健康診断を定期的実施し医務室で適切に記録されている。
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	バイタル、睡眠、食事、排泄状況等を毎日チェックしている。看護師もフロアを巡回し利用者の健康状態を観察し、介護職も健康状態に変化のある利用者のチェック表を看護師に報告相談し、必要に応じて医療機関への受診などの対応を行っている。
A - 2 - (6) - ③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	c	医務室の利用者個人ファイルに薬の記録が整備されている。薬の目的や効果等の情報は入所時の面談の時に、利用者や家族からこういう薬を服用していますと話されることも多く、このことから利用者や家族は把握していると推察している。病院受診時は看護師から介護職に通院報告書を渡し、介護記録に綴じて情報を共有している。利用者の薬は看護師が朝屋夕をセットし、昼は看護師が服薬介助を行い、朝夕は介護職が行っている。薬は介護ステーションのロッカーに保管しているが、施錠できないため事故や紛失防止のためにも、早急に改善する必要がある。
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	個々の利用者の水分摂取量はチェック表で把握し利用者の状態に応じてトロミをつけるなど工夫している。3時のおやつ時に水分補給しているが、不足の利用者には時間をずらし、または入浴後に飲んでもらうなど積極的に水分を摂取するよう配慮している。
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	オムツ交換時に日中は毎回洗浄し、夜間のオムツ交換時は清拭を実施しそのつど体位交換を行っている。長く臥床した状態にならないように離床するなど、利用者の状態に応じた配慮をしている。入浴時、排泄時には褥瘡のチェックを行い、ごく微小の発赤でも発見した時は看護師へ報告するなど褥瘡予防の取り組みができています。現在は褥瘡のある利用者は一人もいないとのこと高く評価できる。
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	週に2回、医師の診察日があり定期的に必要なに応じて診断・治療を受けることができる体制になっている。健康上の問題がある利用者の情報を介護職から看護師を通して医師へ伝達できるなど連携ができています。
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	緊急時対応マニュアルがある。緊急時はいつでも対応できる協力病院があり、夜間の緊急時には看護師が施設にきて利用者の状態によっては看護師から医師へ連絡し適切な対応ができる体制ができています。

<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関以外でも傷病状態に応じ、必要に応じ看護師が付き添い受診できるよう外科や整形などの連携が図られている。家族が希望すれば協力病院以外の病院を受診する協力も行っている。</p>
<p>2-(7) 衛生管理</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>感染防止マニュアルは策定されているが、職員全員に周知徹底を促す働きかけが望まれる。ノロウイルスに関して食事時に口頭で手洗いなどの注意を呼びかけるなど、適時な対応を行っている。手洗いの手順を分かりやすく写真で掲示するなど、周知の方法に工夫が必要と思われる。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>業者のマニュアルはあるが、施設としてのマニュアルは策定していない。施設としても必要との認識で今後、策定していくことで検討している。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>来訪者については玄関に入ってすぐの左手に手指消毒器を設置している。使用説明も掲示しているが目立つ場所に、分かりやすく大きな字で掲示する工夫が望まれる。来訪者のうがいについては、近日中に実施を予定している。利用者の手洗いは石鹸と手拭の設置が1箇所あるのみで、利用者の異食や収集癖を考慮し安全優先から置いていないとのこと。食事前の手洗いはお絞りタオルを使用し、トイレ使用後の手洗いは利用者の居室にタオルを設置し使用または利用者のポケットのハンカチを使用しているとの返答である。利用者の手洗いうがいについて感染予防の観点からも衛生管理の徹底が望まれる。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>空調設備あり、適切に温度・湿度を保っている。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>短期入所者に着眼したマニュアルはない。今後、策定していく予定である。</p>

2 - (8) 機能回復訓練		
A - 2 - (8) - ① 機能回復訓練は、個々の利用者に合った個別プログラムを策定し、実施している。	a	看護師の資格を持つ機能回復訓練士を1名配置し、83人中30名の個別プログラムを策定し実施している。また介護職員が行う利用者に向けた生活場面やリハビリレクリエーションの中でも実施し機能回復訓練と位置づけている。
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。	b	月火木金はリハビリレクリエーションを実施し土日は映画鑑賞、利用者の希望を取り書道、茶道、華道のクラブ活動を実施するなど多彩なメニューを用意している。利用者の意向を聞き取り意向を反映できるような、アンケートを実施したりプログラム作成の段階から利用者と共に策定するなど、また家族や地域住民も参加を促す働きかけを行うなどの工夫をイベント企画委員会に期待したい。
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。	c	利用者の個々の状況に応じて靴の検討、車椅子、歩行器には配慮し見直しをおこなっている。ベッドは高さが調節できないものが多く、職員からも電動ギャジベッドの導入を希望する声が聞かれている。84名の利用者が2階3階のフロアに分かれて生活している現状では浴室の移動、行事ごとの移動は大変であると推察される。職員一人で利用者二人、時には三人の車椅子移動介助を行っている例が認められた。利用者の心理的状況や事故防止の観点からも検討する必要があると思われる。
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。	c	半数近くの利用者には何らかの認知症があり、洗面所に歯磨きを置かない、他に気をそらせるなど異食行為に対するケアや、ずり落ちの危険のある利用者に低床ベッドや畳を利用などの配慮をしている。フロアは回廊式となって自由に散歩できるよう広々とし、廊下の随所に木目のベンチを設置しているが全く同じ造りのため、利用者に分かりやすい目印があると安心されるのではないかと。同様に、居室ごとに絵や花、暖簾など家庭的な雰囲気を演出するような工夫が望ましい。認知症高齢者の日常生活自立度判定や、アセスメントを実施しサービス計画に反映していくことを期待したい。また職員に対して認知症ケアの専門的な教育訓練を検討する必要があると思われる。
A - 2 - (11) - ② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	利用契約書、重要事項説明書に身体拘束を原則行わない旨を記載している。やむを得ず行う場合はリスクマネジメント委員会で手順も定めている。現在、身体拘束は一人も行っていないことは評価できる。
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	実施していない。今後、中長期計画の中で取り組む予定である。
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	上記同様
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	上記同様