

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2011年 12月 20日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0006

住所

札幌市中央区北6条西24丁目1-30

電話番号 011-644-8988

評価機関名 (株)吉岡経営センター

認証番号 北海道 第10-005号

代表者氏名 吉岡 和守

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)	常盤 武志	組織・福祉	0088
	(2)	立石 薫	組織・福祉	0087
	(3)	福光 健治	福祉	0081
	(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三笠市ことぶき荘			
運営法人名称	社会福祉法人 三笠市社会福祉事業団			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010年 11月 1日	～	2011年 12月 20日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2011年 1月 24日			
評価合議日	2011年 3月 1日			
評価結果報告日	2011年 12月 20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"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			
※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

株式会社 吉岡経営センター

②事業者情報

名称：社会福祉法人 三笠市社会福祉事業団	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名： 小林 和男	定員(利用人数) 88 名
所在地：〒068-2105 三笠市清住町112番地5	TEL 01267-2-2146

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

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>利用者主体のホームを目指して職員一体となって利用者のニーズを掴み、それに応えようとサービス向上委員会が中心となってサービスの質の向上への取組みを継続して行っている点。 施設内の衛生管理、利用者の健康管理にも徹底して取組んでいる点。 事業者として職員が働きやすい職場となるよう職員へのアンケート調査実施により、寄せられた意見を基に、職場環境改善への取組みを行っている点。</p>
<p>◇改善を求められる点</p> <p>理念に基づく中期ビジョン、中期経営計画が策定されていないため、当事業者が中期的にどのような方向性を目指すのかを職員に明確に示すことができていない。当事業所の今後の方向性を示すためにも中期経営計画の策定が望まれる。 また、地域の福祉ニーズにさらに応えるためにも関係機関との連携を密にし、情報交換を行うなどの積極的な活動を行っていただくことを期待したい。</p>

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今までは毎年一度、施設職員内部での自己評価のみ行っておりましたが、今回初めて外部評価を受けた中で、その視点の違いに気がついたことが収穫であったと受けとめています。
今回の評価を行う過程で具体的に達成度を測る基準を持たないように思います。
中には厳しい評価を受けた部分もありましたが、その評価こそ今後のサービス展開に生かすべきだと考えています。

⑥評価対象項目に対する評価結果及びコメント

別紙「評価細目の第三者評価結果」のとおり

北海道福祉サービス第三者評価・基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 22 年 11 月 17 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 三笠市社会福祉事業団		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム三笠市ことぶき荘	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 068-2105 三笠市清住町112番地5		
電 話	01267-2-2146		
F A X	01267-2-2797		
E-mail	mikasa@bb.rainbow.ne.jp		
U R L	http://mikasa-jigyodan.or.jp		
施設長氏名	富田照男		
調査対応ご担当者	山口 栄基 (所属、職名：総務係長)		
利用定員	特養88(+短期12)名	開設年	昭和 50 年 8 月 1 日
理念・基本方針：「老人は多年にわたり社会の進展に寄与してきたものとして、かつ、豊富な経験を有する者として敬愛されるとともに、生きがいを持てる健全で安らかな生活を保障されるものとする-老人福祉法第2条-」我々職員は、この老人福祉法の基本理念に基づくとともに、当事業団は指定を受けた管理事業者として、三笠市とのパートナーシップを大切にしながら、一段と公共性の高い民間事情者という位置づけを認識し、施設利用者が安心して暮らせる、又は利用できる運営を行うとともに三笠市民に対し真心ある福祉サービスの提供と「自立支援」「尊厳の保持」を念頭に各種事業を展開していくものとする。			
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) 短期入所生活介護事業 (定員12名)
--

【利用者の状況に関する事項】（平成 22 年 11 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
1 名	4 名	6 名	4 名	16 名	17 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
21 名	16 名	3 名	88 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	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	2名	名	2名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	1名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	11名	3名	1名	名	1名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	2名	名	名	2名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	1名	名	名	名	名	名
合計	14名	5名	1名	5名	1名	2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
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	2名	名	名
その他の精神疾患	1名	名	名
合計	3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	11名	15名	11名	9名	11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	10名	5名	2名	4名	4名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
名	名	1名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	名	名	名		

(平均利用期間: 53.5ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 22 年 11 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	相談室長	介護係長
常勤	名	1名	4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	3名	32名	名	4名	0名
非常勤	名	6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	4名	名	4名
非常勤	名	2名	1名	1名	1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	3 名 (名)
介護福祉士	22 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	3759.58㎡	
(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	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡	
(2) 園庭面積	㎡	
(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	㎡	
(3) 敷地面積	㎡	
(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 21 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

284 人

・ボランティアの業務

夏祭りほか行事協力、習字・華道クラブ講師、施設内清掃・花壇整備、バンド演奏、舞踊カラオケ
慰問、縫製作業

【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 _____ 人

介護福祉士 4 人

その他 21 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。

サービス担当者会議において可能な限りご本人（およびご家族）の参加を頂いて意思確認している。利用者懇談会を月次で開催している。全体会及び各通り（3通りある）ごとの開催を行っている。給食委員会において給食サービスに関しての意見を募っている。また、利用者家族で構成された「ことぶき荘家族会」の役員会を年2回、全家族に案内しての懇談会を年2回行ってサービスに対して意見を募っている。

【その他特記事項】

事業者名 特別養護老人ホーム 三笠市ことぎ荘

評価基準	判定結果	コメント
I 福祉サービスの基本方針と組織		
I-1 理念・基本方針		
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	利用者への敬愛の念を抱き、かつ生きがいをもち安心して暮らしていくことを保障するという理念を掲げていることを管理運営規程において確認できた。
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	上記理念に基づき、三笠市から指定を受けた管理事業者として、三笠市とのパートナーシップを大切にしながら、一段と公共性の高い民間事業者という位置づけを認識し、施設利用者が安心して暮らせる、または利用できる運営を行うとともに、三笠市民に対し真心ある福祉サービスの提供と「自立支援」「尊厳の保持」を念頭に各種事業を展開していくという基本方針を明文化していることを管理運営規程にて確認できた。
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。	b	理念、基本方針が明示された毎年度の事業計画を職員会議において職員に配布しているが、理念、基本方針を実現するための具体的な取組みについての検討までは十分に行われていない。
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	事業所内の休憩所に関連可能な状態で事業計画書が用意されているが、利用者、ご家族などへ配布まではされておらず、周知されているかどうかまでは確認されていない。
I-2 計画の策定		
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。	c	中長期計画は策定されていない。 三笠市からの指定管理者として事業を行っているために、中長期計画は立てづらいとのことであるが、法人の方向性を示すためには、今後策定の必要性はあると考えているようであり、計画づくりに着手されることを望む。
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。	c	中長期計画が策定されていないために、それを反映した事業計画とはなっていない。
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。	b	事業計画については、毎年、管理者を交えたサービス評価委員会において、当年度の事業計画の検証を行い、次年度の事業計画に反映させている。ただし、中・長期計画は策定されていない。
I-2-1 (2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	年度事業計画は職員へ配布、利用者には閲覧できるよう事業所内に掲示しているが、その内容説明までは十分に行われていない。

評価基準	判定結果	コメント
I-3 管理者の責任とリーダーシップ		
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。	a	管理者の役割は処務規程に明示されている。その内容については、職員会議で周知したり、職員組合に提示している。
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。	a	虐待、人権擁護、身体拘束などについてのコンプライアンス研修を定期的実施している。 業務においては、生活委員会、身体拘束委員会が中心となって現場において直接指導も行われている。
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。	b	サービスの質の向上のために、管理者を交えたサービス評価によって課題は明らかになっているが、改善活動については、現場の職員が中心となって取り組んでいる面が見られ、管理者が指導力を発揮して改善活動に取り組んでいるとは言い難い。
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。	a	管理者が月次事業報告をまとめ、主任会議、職員会議で内容報告し、現場でできる経営効率化などの改善点について具体的指導を行っている。 人事面については職場環境改善に力を入れており、勤務体制の見直し、賃金改善などの対策を実行し、改善を図った。
II 組織の運営管理		
II-1 経営状況の把握		
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	業界情報については、専門新聞、インターネットなどを活用して把握している。 また、三笠市との情報交換も十分に行われており、行政の動向についての把握もできている。 ただし、これらの情報が事業計画までには十分に反映されていない。
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り組みを行っている。	b	利用者数推移などの実績、予算執行状況などは毎月資料を作成し、状況を把握している。その結果については会議において報告もされている。 しかし、現状分析、および改善に向けた具体的な取り組みまでは十分に活かしきれていない。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	監事による四半期ごとの内部監査や、福祉サービス第三者評価の評価項目を活用した職員による自己評価は行われているが、外部監査は受けていない。

評価基準	判定結果	コメント
Ⅱ-2 人材の確保・養成		
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。	b	職員の専門スキルを向上させるために、業務目標において、取り組みテーマの設定は行っているが、具体的なプランとはなっていない。
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。	c	人事考課は実施されていない。 今後は、キャリアパスの仕組みの構築に当たり、人事考課制度についても導入検討中である。
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。	a	職員の意向を把握するためにアンケート調査などを実施している。 その結果を踏まえ、連休を取り易くする勤務体制への見直しや、賃金改善などが実施されている。
Ⅱ-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	法人内で福利厚生会を持っており、自主的に研修への助成を行っている。 また、北海道民間共済会に加入しており、退職金制度加入、福利厚生施設の割引利用などが可能となっている。
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	法人のサービス向上につなげるために、人材育成には力を入れており、研修については、外部研修、内部研修とも年間計画に基づいて行われている。 ただし、年度ごとに計画が立てられているため、先を見据えた中長期的な研修計画を立てることが期待される。
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り組みが行われている。	c	法人全体としては、年間研修計画に基づき、外部研修については、職員勤続年数、習熟度等を考慮して参加者を決めている。 内部研修については、研修委員会にてテーマを設定して実施されている。 しかし、職員一人ひとりの研修計画は策定されていない。
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	職員一人ひとりの研修計画はないため、見直しするまでには至っていない。
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。	a	実習生受入マニュアルに方針、指導方法などが明示されている。 派遣先の学校側とも契約を交わし相互の責任を明確に示している。
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。	a	実習生が必要される知識、技術については事前に確認を行い、必要なプログラムを用意し、そのプログラムに基づいた実習を行っている。

評価基準	判定結果	コメント
II-3 安全管理		
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。	a	利用者の安全対策については各委員会が中心とした管理体制が構築されている。 過去の経験を踏まえ、事故、感染症対策についてはマニュアルを策定し、職員にも継続的な内容周知に努めている。
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	想定されるリスクや、ヒヤリハット報告の提出などリスクの把握に努め、具体的対策を取っているが、検証が十分に行われておらず、効果測定が不十分になっている。
II-4 地域との交流と連携		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者地域とのかかわりを大切にしている。	a	月に2～3回の外出や、地域ボランティアの受入などを通じて地域との交流を図る機会を積極的に作っている。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	相談窓口は、今は居宅介護事業所となっているため、相談のため来社される方は少なくなっている。 事業所の機能については、HP、パンフなどに掲載されているが周知されておらず、十分に機能を地域に還元しているまでには至っていない。 今後、介護の専門的機能を活かした講習会開催など、当事業所の機能を地域へ還元するための取組みに期待したい。
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	ボランティア担当者が決められ、その担当者が中心になってボランティアを受入れている。 ボランティア受入フローも策定され、体制は整っている。 近隣社協と連携したボランティアスクールを開催するなどボランティア受入については、積極的に取り組んでいる。
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	地元の社会資源は掲示しており、どこにどのような社会資源があるのかについて情報提供している。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	居宅介護事業所、三笠市、空知老協などと情報交換を通じた連携体制は取れている。その中で、利用者に関する情報交換、地域福祉サービス向上についての検討などが行われている。
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。	b	関連事業所との情報交換や、利用者、ご家族などから意見箱を設置するなどニーズを把握しようと努めているが、積極的にニーズを把握するまでには至っていない。
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	短期入所や介護相談などの一部ニーズへの対応は出来ているが、あらゆる地域ニーズに応えるための事業、活動内容を定めた計画は策定されていない。

評価基準	判定結果	コメント
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		
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	事業計画において、利用者に対する基本姿勢が明示されており、その方針に基づいたサービスが実施されている。
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。	b	プライバシーに関するマニュアルは整備されているが、職員が徹底して取り組んでいるかどうかについての検証が不十分である。
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。	b	家族アンケートや、来荘者との懇談会などで家族からの要望などを聴き取り、利用者満足度向上に努めているが、利用者家族全員との情報交換が遠方などの都合により十分に出来ていない。
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。	b	全ての要望については十分の応えることができていない。また、改善活動について、推進役を果たす職員もいないため取組自体が不十分になっている。
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。	b	意見箱の設置はされているが、意見を述べやすい環境にはなっていない。また、相談窓口がどこになっているのかについての周知も十分になされていない。
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	苦情解決のために第三者委員会が設置されている。苦情が起きた場合には同委員会が中心となって解決に向けた検討がなされている。
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	利用者からの意見については、データ入力しており、管理されている。対応については、担当職員が中心となって迅速に対応に当たっている。
Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた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。	a	年1回、サービス向上委員会が中心となり、福祉サービス第三者評価項目を活用して、自主的にサービスの自己評価を行っている。
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。	a	評価結果から、サービス向上への取組課題を把握し、職員に示している。
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	改善活動を行っているものの、取組みが不十分なために、効果が上がっていない取組みも見られる。

評価基準	判定結果	コメント
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	ケアプランについては、相談員、担当者、利用者、ご家族、医師などの意見を基に策定している。
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	モニタリングについては、ケアプランの期限前に担当ケアマネ、担当職員を中心に評価、見直しについて検討を行っている。利用者の状態が急変した場合には、即座に見直しを行っている。
高齢者福祉施設／介護老人福祉施設版付加基準		
A-1 利用者の尊重		
1-(1) 施設サービス利用契約		
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	契約時には、契約書の内容について主に相談員が説明を行い、同意のもと、契約締結している。
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。	c	本人に意思表示能力がある場合には、直接契約の形態により契約を締結しているが、本人に意思表示能力があっても、自筆困難なケースについては、立会人の立会いのもと、家族の代筆により契約を締結している。しかし、本人に意思表示能力がない場合においても、家族の代筆により契約を締結するケースもある。
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には、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	契約変更が必要になった場合には、都度変更内容について説明を行った上で契約書を取り交わしている。
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、わかりやすさに十分配慮されている。	c	パンフレット、HPに施設概要については明示されているが、法人の基本方針や理念が示されておらず、法人の方針については、分かりにくいものとなっている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
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	希望者には、特に制限なくいつでも利用できるようになっている。
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	移動できる利用者は希望すると、近隣大型スーパーへの買い物ができるが、多くの利用者は食料品などを販売に来荘する業者からの購入、家族の購入で賄っており、いつでも必要なものを手にするまでには至っていない。
A-1-(2)-③ 余暇活動や施設が企画する行事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	希望者については、行事への参加、クラブ活動への参加が行われている。決して無理強いすることはない。
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	ご家族などが来荘のときには、面談できるスペースを提供するなどプライバシーには配慮した取組みが行われている。
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	利用者本人、ご家族の意向に沿って外泊は可能であり、必要に応じて職員が支援を行っている。
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	本人の健康上問題がなければ、特に控えさせていることはない。ただし、適量になるよう職員は配慮している。

評価基準	判定結果	コメント
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	所持金、品は管理要項にて定めたとおりで保管している。預かり金については定期的に残高報告を身元引受人に送っている。
A-2 適切なサービスの実施		
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	サービス計画作成は、参加できる家族もいるが参加できない家族もいるため十分とは言えない。
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	サービス計画策定は、他職種の職員も交えて検討している。
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。	b	サービス計画は自立支援につながる計画にはなっているが、実際の場面では、職員が必要以上に支援し過ぎてしまう面もある。
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。	b	リハビリ計画については、身体機能維持、向上のために継続して行っている。ただし、目標全体となるとできていない点も見られる。
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	サービス計画については家族については直接口頭、もしくは文書で説明を行い同意を得ている。
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	管理栄養士の指導のもと、介護職員と一体となり栄養ケアマネジメントを行っている。
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	他職種の職員とケアカンファレンスを通じて栄養ケア計画を策定し、実践されている。
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	栄養計画に基づいたカロリー計算、量、調理法を決めている。提供している段階で定期的にチェックも行っている。
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。	a	食堂までは移動距離もあり、移動負担を軽減するためにも共有スペースを利用して食事を行っている。食事の時間は落ち着いて食事が取れるよう職員は配慮している。
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	出きるだけ温かく、美味しく食べていただけるよう直前まで保温器、冷蔵庫に保管してから提供している。
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	夕食は18時以降にしているが、利用者の状態、状況に合わせて時間については臨機応変に対応している。

評価基準	判定結果	コメント
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	食事はできるだけ自分で食べることができるよう、自助具の用意したり、手で持ちやすい形状にしたり、食器を1プレートにするなどの工夫を行っている。
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。	a	アセスメントによって、個々の健康状況、身体状況を把握し、利用者の嗜好、咀嚼能力に合わせ調理法を変えるなどの対応を行っている。
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	給食会議では、利用者、調理員、栄養士、担当職員が参加し、意見交換を行っている。利用者からは、メニュー、調理方法、味付けなどの要望を聞き出し、食事の改善に役立っている。
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	入浴マニュアルのもと、利用者個々の身体状態に合わせて入浴支援が行われている。
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	衛生マニュアルをもとに、感染症に罹患した利用者がある場合には、感染被害が広まらないように入浴順序を定めている。
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	浴室内の衛生管理、浴槽の水質管理については日常的に行っている。 また、脱衣スペースには、床暖房を取り入れ、温度管理も徹底して行っている。
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。	c	職員のプライバシーへの配慮（入り口の配慮、言葉づかいなど）がまだ徹底されていない。
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	利用者個々の排泄パターンについては、把握しており、その利用者に向けた対応が取れている。
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。	b	自立排泄率は高めるよう取り組みが行われているが、まだオムツ使用率が高く、トイレにて自立排泄への更なる取り組みが期待される。
A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。	a	において、清掃状態とも問題なく清潔感のあるトイレであることが確認できた。

評価基準	判定結果	コメント
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	リネン交換は週1回定期的に行われている。 個人の所持品でも施設にて洗濯を行っている。
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	日中、身だしなみに乱れがあるような利用者がおらず、整容は十分に行われていることが確認できた。 長期入浴できない利用者に対しては、清拭で対応するなど、衛生面の配慮を行っている。
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。	b	必要な物がすぐに手に入る環境でないため、本人が選ぶことが難しく、家族、職員が選んでいる場面が多い。
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。	b	口腔ケアは日常業務において行っているが、職員のスキルについてばらつきが見られる。
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	6ヶ月ごとの定期健康診断が実施され、診断結果の記録は保管されている。
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	利用者の健康状態については、毎日のバイタルチェックにより必要な記録は残している。体調に異変が生じたときには、医療機関への診断などの対応を即座に取っている。
A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	看護師の指導もと、担当職員は、薬の保管、服薬について適切に行っている。 服薬を確実にを行うためのマニュアルも整備されている。
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	介護計画にも水分補給については、明示されており、あらゆる手段を使い（お茶、ゼリーなど）水分補給に努めている。
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	入浴時、おむつ交換時にチェックしている。褥瘡予防のために、専用マットを使用したり、栄養状態のチェックなども行っている。
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	月2回主治医による訪問診療を受けているが、必要に応じて電話で相談にも応じてもらっている。
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	看護師はオンコール体制を取っている。緊急時にはすぐに駆けつける体制ができています。
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	協力医療機関があるが、手術などの場合には、対応可能な他の病院を紹介してもらっている。

評価基準	判定結果	コメント
2-(7) 衛生管理		
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	マニュアルのもと、衛生管理については徹底して取り組んでいる。感染症対策については、現場職員による研修も定期的に行っている。
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	マニュアルに従って、衛生管理が施されている。ノロウイルス、大腸菌などの予防策については徹底している。
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	玄関を出入りする関係者にはうがい、手洗い、消毒の徹底を励行している。
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。	b	冷房設備がなく、夏場は温度が高めになるが、温度管理が徹底して行われていない。
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	施設利用者同様の対応を取っている。施設利用者とは違い、日常様子が分からないケースもあり、家族からの情報収集に心がけている。
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	個別リハビリ計画を立てており、3ヵ月ごとにモニタリングを行っている。介護職、看護職、相談員がチームとなって取り組んでいる。
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	参加できる利用者が限定されてきており、個々の要望に合ったレクリエーション企画の検討が望まれる。
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。	b	移動については、個々の要望に十分に答えきれておらず、まず利用者の状態の把握およびニーズの把握を行うことが期待される。

評価基準	判定結果	コメント
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、利用者の個別状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	b	利用者個々のプログラムを立てることについてはアセスメントが不十分なこともあり、まだ取り組みが不十分である。
A-2-(11)-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	事業計画にも打ち出している。ただし、やむを得ない場合には家族の同意のもと拘束を行うことがある。
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。	a	看取り方針、家族からのいただく同意書を策定するなど受入体制は整っている。看取りについては、家族の意向を尊重し実施している。
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。	a	家族との協力を得ながら看取りの取組みを行っている。家族の協力を得られやすいよう宿泊スペースの提供も可能である。
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。	a	協力医療機関との連携を図りながら看取りへの対応が取れている。