

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2013年3月1日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 003-0801

住所

札幌市白石区菊水1条2丁目1-8-215

電話番号 011-815-4008

評価機関名 (有限会社) NAVIRE

認証番号 北海道 第12-001号

代表者氏名 船橋 明美

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)	牧村 匠	組織	第0188号
	(2)	牧村 美保	福祉	第0054号
	(3)	吉田 小夢	福祉	第0110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ハイツ・野いちご			
設置者名称	社会福祉法人 浜中福祉会			
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)	2012年7月20日	～	2013年3月1日	
利用者調査実施時期	2012年11月5日	～	年 月 日	
訪問調査日	2012年11月5日			
評価合議日	2012年11月17日			
評価結果報告日	2013年3月1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

有限会社 NAVIRE

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人 浜中福祉会

代表者氏名: 理事長 西原 基治

所在地: 〒088-1361 厚岸郡浜中町茶内緑9 1番地

TEL 0153-65-3100

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

○職員の福祉サービス向上に向けた意欲的取り組み

昨年の第三者評価の結果を受け職員は意欲的にサービス向上に向けた取り組みをし、提言をしながら体制構築に取り組んでいる。たて割り4チームごとにP(計画)D(実施)C(評価)A(改善)のサイクルを作り上げ実施している。チーム編成を行ってから担当職員は2ヶ月毎に手紙を送付したりして、職員と利用者・家族との距離が近くなり職員はより密な個別ケアを実施する事が出来、利用者・その家族は安心して対応を任せられている。

○地域資源としての高い役割を担う福祉施設

行政の後を受けて運営に携わり、社会福祉施設の中心として役割を担っている事業所は、東日本大震災の時には堅牢な施設と、高齢者福祉の専門性を生かした一時避難所としての役割を担った。その結果、緊急時の避難施設として町と協定を結び災害防止体制の一員として信頼を得る施設となっている。また、地域住民からの要望で、家庭介護教室を開催し認知症への理解や、介護への取り組みを行い、地域に役立っている。

○職員の処遇改善に向けた管理職の理解と協力

管理者は、職員の福祉サービス向上に向けた取り組みや、研修を受け質の向上を目指す取り組みに対し、人事考課を取り入れ評価する体制を取るべく各地視察をし現在職員との協議に入っている。特に出来る事からと正職員を多く採用したり、昇給を先行させたりと、意欲の向上に役立っている。

◇改善を求められる点

●体系的かつ個別の教育計画と研修の取り組み

管理者、職員は福祉サービスの質の向上に向け、PDCAサイクルの体制を構築して改革に意欲的に取り組んでいるが、母体法人や当事業所の中長期計画が策定中の為、目指すべき方向が定まっていない。従って、将来における必要とされる職員の構成や、資質、資格を把握するには至らず、早急に、体系的かつ、職員一人ひとりの教育計画を策定し、研修に取り組む事を期待する。

●各種マニュアルの整備

昨年以降、各委員会を中心にマニュアルの整備を進めているが、認知症ケア、災害対策、看取りケア等のマニュアルはまだ未整備となっている。利用者、家族の安心安全を担保する為にも早急に整備する事を期待する。

●利用者に対し、理解しやすくする工夫

たて割り4チームによるそれぞれの特性を活かしたケア内容になっているが、利用者は、担当職員と言う認識が難しい為、付近の職員に声に掛けている。この為、担当職員ではなくてもその場ですぐに対応出来るように、たて割り班どうしでの利用者の情報共有、情報交換を行い統一性をもったケア内容を期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

平成23年度の評価結果を踏まえ、「まずはできることから」と課題整理をしながら、役職員一同鋭意取り組んだところです。しかし、全面的な改善には至らず厳しく自己評価をしたところですが、今年度も第三者評価とは大きな乖離がありました。改善しつつあるも、専門的立場、見地から下された現状評価と真摯に受け止めて、今一度しっかりと検証を重ね、コメントを参考にさせていただきながら、高齢者福祉の拠点施設として、利用者をはじめ、家族、地域関係者等から、信頼され、期待される施設づくりを目標に、課題解決とサービスの充実に向けて総力を挙げて取り組んでまいります。

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 24 年 8 月 24 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 浜中福祉会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホームハイツ・野いちご	種別	特別養護老人ホーム
事業所所在地	〒 088-1361 厚岸郡浜中町茶内緑91番地		
電 話	0153-65-3100		
F A X	0153-65-2738		
E-mail	ichigo01@hyper.ocn.ne.jp		
U R L			
施設長氏名	佐 澤 克 範		
調査対応ご担当者	福 戸 吉 邦 (所属、職名：事務長)		
利用定員	50 名	開設年	平成 8 年 4 月 1 日
理念・基本方針：(基本理念)「その人がその人らしく」(サービス提供の基本方針)1.その人らしい生活を支えます。2.利用者の尊厳を守ります。3.利用者の安全安心、自由を高めます。(職員のケア方針)1.利用者、人生の先輩として尊敬の心を持って接します。2.利用者が、安全に安心して生活できるよう努めます。3.利用者に、いつも笑顔と優しい心を持って接します。4.利用者の生きがいや楽しみを、一緒に見つけるよう努めます。5.利用者のために、頭を使い、体を使います。			
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】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

- ① 短期入所生活介護 (定員10名) ② 居宅介護支援事業 ③ 通所介護支援事業 (定員1日30名)

【利用者の状況に関する事項】（平成24年8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	1名	3名	5名	10名	10名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
11名	8名	1名	50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	1名	1名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	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	名
肢体不自由	10名	1名	名	1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）	名	名	名	名	名	名	名
合計	11名	2名	名	1名	名	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
2名	6名	10名	10名	7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
1名	4名	1名	名	名	3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	名	名	名	名	1名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	名		

(平均利用期間： 3年6ヶ月)

【職員の状況に関する事項】(平成24年 8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	36名	1名	3名	1名	1名
非常勤	3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	21名	名	2名	1名
非常勤	名	2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	2名
非常勤	名	名	名	1名	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	16 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	3,119.68㎡	
(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	7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 23 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

152 人

・ボランティアの業務

古布切り、舞踊、小学生慰問交流、夏祭り行事支援及び手品

【実習生の受け入れ】

・平成 23 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 _____ 人

その他 4 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。

契約の説明時に利用者、家族からの意見を聞くほか、利用者支援の担当制により日常的にサービスに対する意見を聞いている。また、正面ホールにご意見箱を設置している。

【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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	平成24年度に、従来の理念を簡潔にし、「その人がその人らしく」と利用者がその人らしく生活していく事の支援を理念として掲げ、事業計画書、重要事項説明書、パンフレットに明示をし、管理者、職員の指針となっている。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念の変更に合わせて簡素化した基本方針、更に職員のケア方針が、事業計画書に明文化されており、方針が定められている。
Ⅰ-1-(2) 理念や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。	a	新年度4月の全体会議にて、管理者から事業計画の説明のなかで周知され、更にその後の部署別会議にて部署責任者から再度説明があり周知するよう取り組んでいる。
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	利用者、家族には重要事項説明書やパンフレットにて説明されているが、家族に配布している資料は事業計画書等であり解りやすい工夫を期待する。

Ⅰ-2 事業計画の策定

	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。	c	中長期計画の必要性は理解している。中長期計画、財政計画は現在作成済みだが、理事会での承認待ちであり、運用は来期である。
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	現在策定済みで、理事会の承認待ちであり、平成25年度の事業計画に反映する事を望む。
Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	策定手順は各部署での検証を踏まえ主任、管理者での協議を得て計画案とされており、組織的に行われている。しかし、単年度の事業計画は策定されているが、中長期計画を踏まえた事業計画は策定されていない。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	b	事業計画を全職員に事前配布し、新年度の全体会議、部署別会議で各担当者から説明がされ、周知されているが、中長期計画を反映した事業計画作成は策定されていない。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者には事業所内の閲覧を告知し、家族には関係する部分の資料を郵送しているが、内容を解りやすく説明する取り組みにはなっていない。

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	管理者は新年の挨拶や、新年度の全体会議で所信として自らの役割や責任を表明しているがそれを文章化してはいない。事業計画、広報等での文章化を期待する。
Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b	管理者は高齢者虐待防止法や個人情報保護法等遵守すべき法令を正しく理解しているが、それをリスト化し事業所全体で正しく理解する取組みが十分ではない。
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組に指導力を発揮している。	a	管理者は福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、管理者研修や先進地視察等に取り組んでおり、更に、利用者満足度調査や第三者評価を分析、改善に結び付けてリーダーシップを発揮している。
Ⅰ-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b	経営や業務の効率化と改善に向けては決算の数値を全国老協の数値に当てはめて分析しているが、あくまでも比較数値であり分析ではなく十分ではない。

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 (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。	b	現在の事業所を取り巻く環境や、将来の方向について、人口動態や、高齢化率をもとに現在作成中の中長期計画の中で把握され、施設サービスの方向性や高齢者人口減等の変化を感じているが、現在十分に経営に反映されているとは言えない。
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組を行っている。	b	全国老協協の平均値をもとに改善項目を発見しているが、地域、状況を踏まえた正式な経営分析をもとにした取り組みを期待する。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	c	法人の監事による5回の監査を実施しているが、あくまでも内部監査であり、外部による監査を望む。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (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。	c	新卒者の定期的採用を計画しているが、理念の実現に向けて、また事業所が目標とする福祉サービスの質の確保に向けての具体的な計画が出来ていない。
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。	c	先進地視察等で人事考課の体制整備を学び現在管理者と職員で協議中であり、これからの懸案事項である。
Ⅱ-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-2 (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。	b	各職員の有給消化率は、正介護職員35.2%、臨時介護職員31%と状況を把握しているが、消化率向上の取り組みや、その為の仕組みは十分ではない。
Ⅱ-2-2 (2) -② 職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	北海道民間社会福祉事業職員共済会に加入して福利厚生に取り組んだり、毎年健康診断で健康維持に取り組んでいるが、セクハラ・パワハラ防止の指針は作成済みであるが現在職員と協議中でありこれからの取り組みとなっている。
Ⅱ-2-3 (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 (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	組織として望まれる職員の資質、その為に必要な資格、研修の明示は単年度事業計画に一部姿勢が明示されているが十分ではない。中長期計画策定後の、今後に期待する。
Ⅱ-2-3 (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	現在の事業計画では、新人研修と年次別職員の研修についての計画はあるが、個別な計画は無い。今後の取り組みを望む。
Ⅱ-2-3 (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	中長期計画から今後の必要な人材、不足している教育、研修を計画し体制構築を望む。
Ⅱ-2-4 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-4 (4) -① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	事業計画の中の重点項目でもあり、福祉関係の実習生を毎年受入している。現在マニュアルは策定されたが、運用はこれからであり積極的な取り組みを期待する。

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組が行われている。		
Ⅱ-3-1 (1) -① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	緊急時のマニュアルは整備されており、事故防止委員会、感染症対策委員会にて、緊急時の対応や、対策、検証、改善に取り組んでいるが、事故発生時では十分機能しているとは言えない。
Ⅱ-3-1 (1) -② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	b	年2回の避難訓練や、緊急連絡網の体制は整備されているが、災害時の対策マニュアルが整備されていない。体系的な体制整備を期待する。
Ⅱ-3-1 (1) -③ 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	事故発生後、調査委員会を速やかに設置して対応し、今後の事故防止対策を取る体制整備がされているが十分に機能していない。

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	本部事業計画の基本方針の一つとして地域との関わりを積極的に持つ事としており、夏祭りの地域への案内を新聞折り込みで行ったり、文化祭に参加したりして入るが、取り組みは少なく十分ではない。
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	浜中町との災害時要援護者の一時避難場所としての協力契約を結び町の避難対策の一つとしている。また、地域住民から要請があれば家族介護教室を開催し地域に役立っている。
Ⅱ－４－（１）－③ ボランティア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。	b	舞踊、古布切ボランティアを受け入れているが、受入の基本方針やマニュアルが作成されたばかりであり運用はこれからとなっている。
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。	c	事業所の役割や機能を達成する為や、困難事例、問題に対応する為に必要な、福祉事務所、地方振興局、社会福祉協議会、保健所等のリスト化が明確ではなく早急の整備を望む。
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	浜中町介護事業所連絡協議会に参加して連携がもたれているが協議会自体が機能しておらず十分ではない。
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	管理者が町高齢者福祉計画第五期介護保険事業計画の策定委員として参画しその中で地域の福祉ニーズを把握し、住民の要請で福祉教室を開催し福祉向上に取り組んでいるが、他の関係機関との連携が十分ではない。
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。	a	町の要請で短期宿泊を受け入れたり、地域の要望で家庭介護教室を開催し活動を積極的に取り組んでいる。

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組を行っている。	b	初年度全体会議で法人の理念・基本方針・事業計画の目標に掲げ取り組んでいる。各部会・委員会の共通の理解についてはまだ不十分である為今後の整備に期待する。
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	マニュアル、記録の整備は行われている。今後は見直しを行い事業所独自の考えをプラスして更に作り上げて行く事を期待する。
Ⅲ－１－（２） 利用者の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、取組を行っている。	b	沢山の項目を盛り込んだアンケートの実施を行い利用者の思いをくみ取ろうとしている姿勢は伺える。しかしアンケートが利用者にとって難しい内容になっている為見直しを期待する。
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	利用者担当を施設側で決め相談しやすい環境を整えている。しかし利用者は自分の担当職員が誰かは明確には分からない状態になっている為利用者に対しての周知方法の検討を期待する。
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。	b	第3者委員の名前が明記されたポスターが張り出されたり目安箱が設置されたりしているが利用者がより分かりやすい体制作りを期待する。
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。	b	対応マニュアルや記録の整備が行われているが、検証が十分ではない。今後見直しを行いサービス向上の改善に反映出来る事を期待する。

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) 質の向上に向けた取組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	サービスの評価や利用者の状態把握がしやすいように4つのたて割りチーム分けを行い最低月1回以上の評価・分析・見直しのシステムが構築されている。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	昨年の第三者評価を踏まえて現場から色々な意見を集約しその検証・改善策・計画・実施・見直しの体制が作られている。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供する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	文章化するよりも目で見える事が出来る個別の実技編をDVDで作成を行っている途中であったが、作成に時間がかかり過ぎる為再度文章化に切り替えを行っている。また、個別の対応はこれからとなっている。
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。	b	たて割りチームがそれぞれの見直し方法で行われている。今後はたて割りチームが統一した方法で見直し出来る仕組みに期待する。
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。	b	サービスの実施記録は行われていたが、縦割りチームがそれぞれ独自のやり方で行われていたため、今後は統一した方法での検討を期待する。
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。	a	記録保管の責任者が設置され鍵付きの戸棚に適切に管理されている。
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	朝・夕のミーティングで情報伝達がされており、必要な利用者情報は個別に用紙に内容を記載し配布している。

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	昨年パンフレットが分かりやすく見やすく作成し直しているが細かいサービス内容や利用者が受けられる選択メニューについての説明に今後期待する。
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。	a	各専門部署の、介護・看護・栄養士などの方々が利用者・家族に説明を行い、了承を得、同意を得て行われている。
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。	b	退所や病院へ転院された方々についての相談の対応は行われていたが、今後対応の文章化の整備を期待する。

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	7種類のフェースシートを活用しアセスメントを実施、さらに6か月に一度の見直し、介護保険更新時期での再アセスメントも行われている。
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	家族をサービス担当者会議に出席して貰う工夫をし、本人・家族の希望する計画を各専門分野の職員が協力し計画を作成している。
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	縦割りの4つのチームになってから毎月モニタリングを行い、評価・見直しを全員参加出来る体制になっている。

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	利用契約時に利用者・利用者家族に内容説明を行い、内容についての同意を得て、署名・捺印を貰っている。
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。	b	利用契約の契約の基本は直接本人だが、ほとんどが家族との第三者契約となっている。
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。	b	介護保険改正があった平成24年4月契約内容に変更があり随時契約変更手続きが終了している。しかし終了まで随分時間を要しており今後速やかな対応を期待する。
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。	a	平成24年パンフレットが一押し施設サービス内容等は分りやすく適切に変更されている。
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	新聞は施設側でも個人でも購読出来るようになっている。居室には施設で一人一人にテレビが設置され自由に利用出来る配慮がされている。
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。	a	購入方法が工夫されており、自分で外出する方法、年2回施設に移動販売に来て貰う方法、職員が買い物代行する方法など利用者にあった方法を取り入れて購入出来ている。
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	施設で行う行事や縦割りチームで行う行事など利用者の意向確認を縦割りチームで行っている。
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	ラウンジや個室など面会場所の設置を行い、遠方の家族にも利用しやすいように面会時間にも配慮されている。また家族の宿泊にも部屋を用意し対応している。
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	個人のプラン内容にも盛り込んで外出支援を行うなど利用者の希望に応じている。また施設で協力出来る送迎についても都度行っているなど柔軟に対応している。
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	本人の健康状態を家族・医師などに確認を行いその中で利用者の意向が尊重されている。施設内に居酒屋も毎月第3・木曜日金曜日に開店し利用者が楽しめる場所も設置されている。
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	利用契約時に預かり金に対しての管理契約を結んでいる。出納内容は随時記録され家族には3か月に一度内容報告が行われている。

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。	a	家族へのサービス担当者会議出席の働きかけは充分に行われており会議時間の設定や場所も家族が参加しやすい方法で行われている。
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	生活相談係長・介護係長・担当介護職・看護師・機能訓練指導員・栄養士など各専門分野の職員が参加し計画作成を行っている。
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	機能訓練指導員や看護師の指導のもと自立支援や身体状況の悪化防止に向けてのプラン実施を行っている。しかし医師の意見が今の所反映されていない為今後に期待する。
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	全体目標とチーム目標を設定したモニタリングを月1回以上行い常時関係職員でカンファレンスを行いながら、目標達成に向けて行っている。
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	計画内容説明はサービス担当者会議で、各専門職員が行う。会議に出席出来なかった家族には自宅に職員が訪問し説明し同意を得ている。また奇数月にはケア内容実施報告を行っている。

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。	b	栄養士が利用者全員の栄養ケアマネジメントを提供し、カンファレンスに参加し食事提供について検討しているが、モニタリングまでの一連の管理までには至っていない。
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。	a	栄養士がサービス担当者会議に参加し、介護職員や機能訓練士と連携を取り、利用者の状況を把握した上で、栄養ケア計画を作成している。
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	全員の栄養ケア計画を作成し、必要な利用者には介護計画に反映し、説明と同意を得てサービスの提供を行っている。
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	職員間でアンケートを実施して検討し、喫食環境は改善が見られるが、職員はスペースの確保や食事中のテレビ等、改善の必要性を認識しており環境改善に向けて更なる検討を期待する。
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	適温で食事提供を行なう為に作業工程の見直しを行い、配膳のスピード化が図られている。保温食器の使用等、利用者の状況に応じた対応と成っている。
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	地域的な特性を踏まえ、利用者の要望やペースに合わせた時間での食事提供に取り組んでいる。
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	年に一度、又、必要に応じ歯科医の検診を受け、義歯の調節を行っている。職員は、自力摂取の為の自助具の検討や、介助が必要な利用者の配置に配慮している。
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。	b	刻み食やミキサー食、病状に応じカロリーを考慮した食事を提供している。食事摂取記録は主食、副食と分かれておらず摂取状況が分かりにくくなっている。
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。	c	栄養士も配膳に加わり利用者の状況把握に努めているが、調理担当者迄には至っていない。調理員も利用者とのコミュニケーションを図り調理上の工夫を図る事を望む。
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	週2~3回利用者の状況を考慮しながら、一人ひとり入浴出来る様配慮し、状況に応じ清拭や足浴等の対応も行っている。
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	感染症マニュアルを作成し、外務委員会で検討している。水虫の対策として、毎日の足浴を実施し、入浴の順番に配慮している。
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。	c	浴室は広く寒さ対策の為、早めに湯を張る様にしているが室温の確認は行っていない。水質保持の為、使用時は湯を流し続けている。清掃は委託業者が行っているがチェック表は作成していない。今後の改善を望む。
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	サービス向上委員会を中心に不適切ケアを検討し、きめ細かな対応を心がけているが、個室のトイレ以外では車椅子での介助時にプライバシーカーテンが開いてしまう事もあり、プライバシー保護が十分ではない面がある。
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	排泄チェック表を活用し、オシメは随時交換に努めている。利用者それぞれに合ったオムツやパットを業者のアドバイスを基に使用している。
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	ポータブルトイレを活用し、オムツははずしを、今年度は内の委員会を中心として特に力を入れ取り組んでいる。
A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。	c	清掃は委託業者が行い、汚れた時は随時職員が行っている。マニュアルは整備されているが、チェック表は作成されていない。

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	週に一度定期的に交換し、チェック表も作成されている。汚れた場合はその都度交換し、清潔に努めている。
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	爪切りやベッド回りの清掃等、チェック表を活用し、適切に提供している。就寝前には、ほぼ全員が下着交換をしており、その際に皮膚状態の確認を行っている。
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。	a	定期的に理容師の訪問があるが、希望により美容室への送迎も行っている。日中は季節に合わせた服装着用の支援に努めている。
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。	c	年に一度定期的に歯科医の検診を行っている。朝夕の口腔ケアは汚れの目立つ利用者のみとなっている。健康管理の面から口腔ケアの必要性を認識し、適切な口腔ケアの実施を望む。
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	年に一度の定期健診の他に、毎週医師の回診があり結果を看護記録に記載し共有を図っている。
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、バイタルサイン、食事状況、排泄等の記録を温度版に記録し職員間で共有し健康管理に繋げているが、食事の記録は主食、副食合わせての記録となっている。検討を期待する。
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	薬提供時には声を出して確認し、三段階のチェック表で誤薬防止に努めている。薬は、看護師室に管理され鍵が掛けられている。
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。	c	一日1000ccを目安に支援している。水分不足が見られた場合は、トロミ剤やジュース等で補う様、支援している。水分摂取記録は、必要と思われる利用者のみとなっており、改善を期待する。
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時間毎に体位交換を行い記録すると共に、確実に実施した事が分かるように、マグネットを使用する等工夫している。枕の当て方も個別に写真でベッドサイドに掲示し、統一したサービスの提供に取り組んでいる。
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	週一度嚥下医の回診が行われ、随時相談出来る様に成っている。看護師職員が交替で24時間連絡可能な体制を取り、適切な医療が受けられる様に配慮している。
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	緊急マニュアルを作成している。緊急事態があった場合は、申し送りにて、職員間で情報を共有している。事業所内にAEDを設置しており、職員は使用方法を受講している。
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	利用者の状況に応じ、速やかに嚥下医との連携、通院支援が行われている。通院の際は、看護師や相談員が同行する体制となっている。
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	感染防止マニュアルを作成し、外・内部研修を実施し、周知に努めている。感染防止委員会で都度検討が行われている。
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	委託業者が業者マニュアルに沿って対応しており、給食委員会や、感染症対策委員会に給食責任者が参加し、衛生管理に努めている。
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。	b	来訪者にも除菌剤による手指消毒を促し、手洗いはペーパータオルを使用して感染防止に努めているが、来訪者のうがいは実施されていない。
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	窓の開閉や、加湿器の使用等、温度、湿度への配慮を行っているが、定期的な確認、記録は行っておらず、今後の検討を期待する。
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	短期入所利用者の体調に付いては、利用前に書類や口頭で確認している、利用時は、感染症防止マニュアルに沿い入所利用者と同じ対応が取られている。

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	機能訓練指導員が個別の機能訓練計画書を作成し、介護プランに反映している。定期的に評価を行い身体機能の向上と維持に努めている。
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	たてわり班により、利用者の意向が確認しやすくなっており、少人数による家庭的なレクリエーション活動が可能となっている。事業所全体として季節に合わせた行事を実施している。今後、更に、社会資源を活用し、利用者の意向を反映したクラブ活動等の取り組みも期待する。
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、移乗介護はアセスメントを活用し、各業種による個別検討を行っており、個別マニュアルをDVD化する等検討しているが、途中段階と成っている。更に、見守り体制を含めた検討を期待する。
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。	b	認知症の理解を深める為に外部講師による研修の実施や外部研修に参加し伝達講習で情報の共有を図り、個別ケアの検討を行っているが、認知症ケアマニュアルは作成していない。更に認知症の理解を深める為にマニュアルの整備を期待する。
A-2-（11）-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束ゼロを掲げ、重要説明書に明記している。サービス向上委員会で不適切ケアに付いて検討し、職員に周知徹底している。
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	入居時に説明し、事業所の方針を伝えている。必要になった時点で再度家族の意向を確認し、同意書を交わし意向を尊重した対応に努めている。看取りケアのマニュアルは作成しておらず、職員研修も今年度は未実施となっている。
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。	c	随時家族と相談しながら意向に沿った対応に努めているが、マニュアルは作成していない。また、家族の協力が得られる様、宿泊施設を用意している。
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。	c	関係医療機関や看護師と連絡体制を整え、24時間対応可能と成っており連携を密にしたチームケアに取り組んでいる。しかし、マニュアルが未整備であり早急な整備を期待する。