

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2014 年 2 月 17 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)	船橋 明美	組織	第0021号
	(2)	吉田 小夢	福祉	第0110号
	(3)	土田 真澄	福祉	第0153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 浜中福社会			
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)	2013 年 7 月 22 日	～	2013 年 12 月 12 日	
利用者調査実施時期	2013 年 10 月 30 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2013 年 10 月 30 日			
評価合議日	2013 年 11 月 5 日			
評価結果報告日	2014 年 2 月 17 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

○ 事業所改革・改善に向けての計画立案

利用者の人格尊重を第一に「その人がその人らしく」を基本理念に掲げ、地域との関わりを大切にし、質の高いサービス提供をするための計画策定に取り組んでいる。
中・長期計画や各年度の事業計画策定にあたり、現状分析・各種会議の開催・利用者生活満足度調査や職員自己評価結果を用いて計画内容を策定している。
計画内容には目標行動計画の具体的内容や主な数値目標も挙げ、利用者・職員・経営のそれぞれの分野の満足向上を目指している。

◇改善を求められる点

○ 職員個々の育成・研修の充実

サービスの質向上に向け、専門的知識・技術の習得を促進している。内部・外部研修の参加や伝達報告もしているが、職員個々のスキルアップから組織的な介護力の向上を期待する。

○ 細分化による弊害

きめ細やかなサービスを目指し、担当制やチーム編成による利用者との密な関係を築き上げている。全職員は全利用者を把握しているが、勤務体制によっては利用者の記録管理が二重となる場合もあり事務作業の効率化を期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

過去2回の評価結果を踏まえ、課題整理しながら、利用者へのサービス向上を優先に改善に向けて取り組んで来ましたが、今年度も自己評価と第三者評価とに結果的に大きな乖離があった事は、責任ある専門機関が私共に改善を促す厳しい現状評価と受け止めております。

3年目の第三者評価にもかかわらず、この様な評価結果にとどまったという事は、甚だ遺憾であり深く反省しております。

「ハイツ・野いちご」が利用者をはじめ、家族、地域関係者から信頼され、期待されるようより良い施設運営を目指し、当法人の基本理念である「その人がその人らしく」を心に刻み、福祉施設サービスの原点に立ち返り、評価機関のコメント、施設内外での研修、更には他施設での取り組み及び実践を学びながら、改善に向け総力を挙げて取り組んで参ります。

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 25 年 9 月 20 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9 1番地		
電 話	0153-65-3100		
F A X	0153-65-2738		
E-mail	jchjgc01@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. 利用者を、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、体を使いません。			
開所時間 (通所施設のみ)			

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業(定員○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25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	2名	2名	5名	11名	9名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
12名	8名	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	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	13名	2名	1名	1名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	4名	名	名	名	名	名	名
合計	19名	2名	1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
名	1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か月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
4名	6名	7名	6名	8名	7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
2名	名	4名	1名	名	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	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： 3.6 年)

【職員の状況に関する事項】(平成25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・管理者	事務員	生活相談員	介護支援専門員
常勤	36名	1名	3名	2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	看護職員	OT、PT、ST
常勤	3名	20名	名	3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	1名
非常勤	名	名	名	1名	名

※職種を空欄にしている個所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」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	1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 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
(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 24 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

157 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

【実習生の受け入れ】

・平成 24 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 43 人（職業体験、総合学習）

【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。

契約の説明時を始め、ご家族の来訪時に意見を聞いているほか、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、意見反映の環境づくりに努めている。

【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	基本理念を「その人がその人らしく」と明文化し地域社会から信頼され、利用者のその人らしい生活を支える施設としてパンフレットや事業計画書等に明示している。
Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づき3項目のサービス提供の基本方針と5項目の職員のケアの方針を明文化し、職員の行動規範となるように具体化している。
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	理念や基本方針の重要性を確認し、全体会議での説明・質疑の場を設けている。また、職員での理念及び基本方針の唱和を行い周知する取り組みをしている。
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	入所契約時には文章化されている資料により説明されているが、既入所者や家族には各年度の事業計画等の資料の送付はしているが説明はしていない。

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。	b	3年後・5年後・10年後と中・長期計画を策定し、24年11月に承認されている。24年度からの計画になるが、計画の実行と評価・見直し、明らかになる課題・問題点解決対応策も期待する。
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。	b	中・長期計画での事業計画では、具体的計画や数値目標も策定されている。しかし計画実行の取り組みは十分とはいえない。
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。	a	事業所自己評価、職員自己評価、利用者生活満足度調査、経営成績分析等の資料を用い、各部署の責任者が現場の声を反映させるよう協議し取り組んでいる。
Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画の周知徹底を図るために、会議前に事業計画書を配布し職員の理解や説明・質疑につなげている。全体会議は3日間開催し、各部署会議においても周知に取り組んでいる。
Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	施設内に事業計画書を掲示している。利用者全世帯には今年度の重点目標版を作成し送付して周知に努めているが、説明するには至っていない。

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。	a	運営規定に管理者職務が明示されている。役員研修の充実強化を事業計画に取り入れ、全体会議で表明し職員個別面談等を通じて周知に努めている。
Ⅰ-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b	福祉分野での法令遵守の専門研修参加や施設内での伝達研修をしているが、組織として遵守しなければならない関係法令については十分とはいえない。
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	管理者は役員研修として先進的な法人及び施設視察研修を実施し、サービス業の基本方針に沿った職務遂行・指導を目指している。各種機会を通じて職員の見解を取り組んでいる。
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	管理職会議において経営状況やコストバランスの分析を課題に検討している。経営環境は厳しさを増しており、人員配置や職員の働きやすい環境整備は課題であり、取り組みが不十分である。

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	健全経営の確保として、近隣市町村状況・地域福祉の現状・介護保険法等の制度変革動向を検討し、中・長期計画に反映させている。地域福祉の拠点施設として行政と連携を図っている。
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組を行っている。	b	経営状況の分析と健全運営のため、経営基盤充実への取り組みの具体的内容を中・長期計画に策定している。管理職会議での検討はあるが、職員全体での認識やコスト分析を期待する。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	c	顧問税理士の指導や年4回の監事監査を行い法人経営の健全化に努めている。しかし、外部監査は行われていない。

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。	b	人材の育成・確保への取り組みとして具体的内容が策定されているが、障がい者雇用への配慮は含まれていない。地域性的問題もあり人材不足の厳しい状況にいる。
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。	b	人事考課についての職員への説明会を開催し、人事考課基準に基づき実施している。結果の職員へのフィードバック等には至っていない。
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。	b	職員の個別面談は定期的に行われており、職員の意向や就業状況は把握している。有給休暇の消化については、全職員の希望を解決するには厳しい状況にいる。
Ⅱ-2-1 (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	職員互助会が法人職員で組織され、退職時制度やレク活動等を福祉厚生事業として行っている。セクハラ・パワハラ防止のガイドラインは作成しているが解決に向けた体制の整備には至っていない。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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	福祉サービスの質の向上に向け職員のスキルアップを図るため「介護福祉士」「介護支援専門員」資格受験の奨励をしている。外部研修計画や内部研修・報告会の開催等が明示されている。
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。	b	職員の資質向上・専門性の高い職員集団づくりを明示し研修計画が職員個別に策定されているが、各種職員の責務やレベルに対応した具体的な研修内容ではない。
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。	c	研修・報告はしているが評価・見直しには至っていない。
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	職業体験研修や北海道認知症介護実践者研修を受け入れている。受け入れに関するマニュアルや実習プログラムは策定されているが、継続的・積極的な取り組みにはなっていない。

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	緊急時対応マニュアルが整備され、事故防止委員会や感染対策委員会が安全確保のため発生事案の検証・対応・改善・再発防止に努めているが、インフルエンザ等の疾病が増えている。
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	非常災害対策指針・非常災害対策計画を策定し火災だけでなく、あらゆる自然災害に対応できる取組を計画している。地元自治会の協力のもと災害時訓練ができることを期待する。
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	ヒヤリ予防委員会や事故防止委員会です事例発生検証・分析し、リスク把握と対策の検討をしている。施設内点検もしているが未然防止策を検討し実行しているとはいえない。

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	地域との交流と協調を施設運営の重点項目に掲げ、地域とのかかわりを大切にしている。地域店への買い物や地元行事への参加・見学も行っているが少人数であり、十分とはいえない。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	災害時要援護者の一時避難のための施設として浜中町と協定を交わしている。受け入れ体制も整え、地域関係者と連携を図り家族介護教室も開催している。
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	ボランティア受入要項を策定し、活動内容・遵守事項・賠償等の基本姿勢を明確にしている。多種多様なボランティア活動が展開されることを期待する。
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。	b	浜中町役場・釧路総合振興局の行政関係や医療機関・福祉サービス機関と連携を図り情報収集・共有に努めている。地域内の他の事業所や学校・ボランティア団体等の各種自助組織との連携も期待する。
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の活性化を重要課題として事業所間の情報共有の確立に取り組んでいる。地域でのネットワークを有効に活用することを期待する。
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。	a	地域ケア会議が毎月2回開催され、町内の福祉ニーズの把握、施設での対応を検討している。地域住民からの高齢者福祉に関する相談・対応・検討もしている。
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	非常災害時には行政の要望を迅速に対処するべく一時避難所・宿泊及び支援サービスの提供を行っている。浜中町・厚岸町の委託により短期宿泊事業や家族介護教室を開催している。

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組を行っている。	a	理念や基本方針にサービス実施内容が明示されている。それをもとに計画・実施・見直しと各部門ごとにサービスが行われている。理念や基本方針は勉強会や研修で職員に周知されている。
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。	a	プライバシー保護・規定マニュアル等の内容見直し、職員に対するの周知など会議・研修を計画的に行い質の高いサービスを目指して努力している姿勢が伺える。
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	計画的に利用者アンケート調査を行い分析し利用者満足度向上に取り組んでいる。しかし意志疎通の難しい方、身体が自由に動かない方々への聞き取りの工夫は今後に期待する。
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。	a	4チーム編成を行い利用者より密接した関わりを持てる工夫をしている。利用者側としては、誰にでも声をかけやすい環境作りを施設が行っている為話しかけやすい状況である。
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	苦情解決に向けて、相談窓口や専任スタッフ・第三者で構成する苦情解決委員会を設置し、パンフレット掲載や家族に伝えている。また、掲示する場所を3か所に増やし周知に努めている。
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	「浜中福祉会サービス苦情への対応に関する実施要項」を準用し職員が一丸となって苦情に取り組んでいる。また会議などで検討しサービス改善に繋げている。

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	4つのチームごとに毎月検討をすることでそれぞれの利用者の課題と問題点の整備が行われ職員が評価しやすい体制となっている。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	細かい評価表のもとチームごとや各委員会ごとに改善策の立案をし実施する仕組みが出来ている。職員が必ず参加できる検討会議があり、評価・見直しを行う体制がある。
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。	a	現場の介護職員・看護師・機能訓練士・栄養士・生活相談員などサービスに関わる全職員が委員会やチーム会議でケアプラン作成から関わりを持ってサービスが提供されている。
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	各チームがそれぞれに見直しを行っている。しかし施設全体の見直し時期や方法が統一化されておらずマニュアル化が進んでいない状況である。今後の整備に期待する。
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	4チームごとに利用者に関するサービス実施状況が記録されている。しかし施設の記録の統一化はされておらず各チームごとに差異が生じるので今後の検討を期待する。
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	個別ファイルは鍵付きの戸棚に収納されており、必要時に各管理者又は主任を通して出し入れをしている。
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	朝・夕のミーティングで利用者情報を報告し職員に周知する方法がとられている。また言葉だけで伝わりづらい部分はメモ用紙など、紙ベースでも情報を出し共有に努めている。

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	パンフレット以外に細かい内容を説明する書式がなく、利用者や家族が必要な情報を入手する事は難しい状況である。利用者・家族が解りやすく、納得いくような情報収集方法の検討を期待する。
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。	a	契約時に各部門ごとに利用者・家族に説明を行い、同意・了承を得ている。
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	退院や病院へ転院された方々への相談の対応を随時行っているが、その対応などが文書化やマニュアルの整備を行っておらず今後検討を期待する。

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	アセスメントの重要性を理解し、担当職員のみならず関わっていく職種・職員もアセスメントに関わり手順に従って行っている。
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	本人・家族の意向を十分に聞き取り、サービス実施計画の原案を作りさらにサービス担当者会議に家族が出席出来る工夫を行いながらサービス計画書を作成している。
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	利用者全員のサービス実施計画書を職員がすぐに見られる工夫をし、いつでも計画書と実施が一致出来るようなケアを行い、毎月の会議やモニタリングで見直し評価を各職員が行う体制が出来ている。

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	利用契約時に決められた手順に従い利用者・家族に内容説明を行い、了承と同意を得て署名・捺印を貰うという適切な方法で行われている。
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。	a	字の書けない利用者に対してはその場に同席して契約事項を家族と一緒に聞いて貰える工夫をし同意を得て、家族または第三者が代筆している。
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	介護保険の内容変更には対応している。しかし追加の加算については文書の通知のみの対応となっていて、本人・家族の了承・同意を確認できるものがない。今後の検討を希望する。
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、分かりやすさに十分配慮されている。	a	パンフレット・野いちごだよりはとても読みやすく解りやすい内容となっている。また写真等も掲載されているので、利用者の動き、表情も伝わってくる情報誌となっている。
.		
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	テレビ・ラジオ・雑誌などは自由に見聞き出来る環境作りが行われている。また雑誌購入についても個別に支援を行っている。
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。	a	施設に2か月に一度訪問販売が巡回してくるので、利用者が直接選んで購入出来る支援体制が出来ている。また外出支援を積極的に計画内容に盛り込んで買い物支援に繋げている。
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	行事委員が行事計画を立案し、会議で了承を得て計画が実施されている。利用者に対してはチームごとに本人の参加意思確認を行い行事に参加している。
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	施設規定の中で面会時間は決められているが、家族によって面会時間の中で対応が難しい家族には時間外も面会できる配慮を行っている。また面会場所の設定もプライバシーなどに配慮している。
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	外出・外泊支援については本人の個別プランにも位置づけし、積極的に支援を行っている。また家族にも関わりを持つ機会として本人・家族のコミュニケーションの場の提供と考え支援体制を構築している。
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	酒・たばこの嗜好品は入所時十分なアセスメントを行い、本人・家族からの聞き取りの中、健康に十分配慮しながら月2回開催の施設居酒屋で楽しんでいる。現在たばこの対象者はいない。
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	利用契約時に内容説明を行い了承を得て、預り金契約を結んでいる。出納は3か月に一度家族に報告書類が送付されている。

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	家族への参加呼びかけや働きかけは十分に行われており、家族の都合に合わせて時間設定が行われ会議が実施されている。
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	担当介護職員・生活相談員・介護係長・介護主任・看護師・機能訓練士・栄養士等各専門職員が参加し計画策定を行っている。
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	排泄の自立に向けて各専門分野の意見や医師の助言を受け積極的に行っている。その一方各居室ごとにセンサーマットが昼夜問わず敷いてある現状は自立を妨げるのではないかと思われる。今後の検討を希望する。
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	チームごとに常時情報交換を行いながら目標達成に向けてモニタリング・見直しを行っている。また各チームが月1回代表が集まりそれぞれの目標達成状況の確認を行っている。
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	内容説明を利用者・家族にサービス担当者会議後再度説明をし、了承・同意を得ている。会議に出席出来なかった家族には電話や自宅訪問し説明・了承・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	栄養スクリーニング・モニタリング・栄養計画を利用者全員に行い、食事が適切に提供できるように栄養ケアマネジメントしている。
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	利用者の栄養状態や問題点についてサービス担当者会議で、栄養士や多職種協働で情報共有し検討しながら栄養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	身体状況・栄養状態に応じて利用者個別の栄養計画を作成している。また、介護計画とも連動するように努めている。
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	広く、ゆったりとしたスペースの食堂で食事をしているが、車いすのまま食事をする利用者も多く、BGMや照明の明るさ、和やかな会話をしながらの食事環境を期待する。
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	保温食器の使用やフロア配膳等、提供時間直前の盛り付けを行うよう作業工程を工夫している。
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	食事時間は、朝食7時30分・昼食11時45分・夕食17時30分に提供している。夕食時間については地域性や利用者の生活習慣を反映した時間としている。
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	歯科検診は毎年、利用者全員が行っている。義歯の調整や治療し、自力摂取のため自助具の使用や食事形態の検討をしている。
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。	b	利用者に合った食事形態や治療食も提供し、カンファレンスも行っている。刻み食の利用者には食材が理解できないこともあり、見た目でも楽しめるよう盛り付けや食器にも工夫を期待する。
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。	b	調理業務は外部委託であり、直接の利用者との関わりは十分ではない。嗜好調査の結果や調理上の問題点の報告を受け把握しているが、給食会議やカンファレンスの参加はしていない。
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	入浴は利用者の要望があれば、入浴日以外でも可能な限り行っている。同性介助については調整中になっている。
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	感染症対策マニュアルを作成し、入浴順番やシャワー浴・清拭等の入浴方法を検討し医師の指示にも従っている。
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。	b	浴室は広く温度計や湿度計の設置もなく、室温調整は難しい。清掃マニュアルに基づきチェック表を作成している。水質管理としては常にお湯を流している。
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。	b	トイレはプライバシーカーテンの長さ調節等を改善しプライバシー保護に努めているが、排泄誘導時の声掛けに周りの利用者への配慮がない場合が見うけられる。
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。	a	たて割り班の担当者が中心になり利用者個々の排泄・水分チェックを行い、カンファレンスで検討しプランに反映させている。
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	排泄の自立に向け利用者個々の状態を検討しながらオムツはずしに取り組んでいる。オムツやパットの種類や形状も個々に対応している。
A-2-（4）-④ トイレは清潔で快適である。	a	清掃業務は委託業者がマニュアルに基づきチェック・清掃管理されている。職員も随時、トイレ清潔の対応に努めている。

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	清潔保持のため、たて割り班内で担当しシーツ交換日を月～金曜日で決定している。交換日の徹底は基より、その都度汚れた場合は交換・対応している。
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	爪切り・就寝前の下着交換・1日1回の陰部洗浄は行っている。拘縮の利用者の着替えは入浴時のみとなり課題となっている。
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	移動販売店による衣服の購入や施設外のお店での買い物も行っている。理容師は毎月訪問があり、希望により美容室への送迎もしている。
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。	b	就寝前には利用者全員の義歯・口腔内の点検をしている。食後の口腔ケアは歯磨き用ティッシュを使用し実践しているが、自力ケアの利用者に対しての声掛け・点検は十分とはいえない。
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	毎年1回健康診断・結核検診・歯科検診を実施している。週に1回の嘱託医回診も行い、看護記録に健診結果が記録され、利用者の健康管理やケアプランに反映させている。
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	健康状態の把握のため、バイタルチェック・睡眠・食事・水分摂取量・排泄を記録している。日常生活状況の観察も記録している。
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	4人の看護職員により利用者の内服薬・外用薬の管理がされている。看護室で薬剤の保管管理・施錠し、使用状況の記録・チェックもマニュアルに基づき実施している。
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。	b	最低1000CCの水分摂取量を目標に牛乳・冷水・お茶を食事時に提供している。水分管理の必要利用者にはトロミやゼリー等で工夫し水分チェックをしているが、全利用者の摂取状況の把握はしていない。
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	体交は臥床時は2時間毎に行い、時間・体の向きを記録している。褥瘡予防シートで悪化防止や治療に努め、利用者の身体状況に合わせてエアマット・体圧分散マット・体交枕を使用している。
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	嘱託医による回診が毎週1回行われている。必要に応じて指示・助言・診断・治療が受けられるように嘱託医と連携を図っている。
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	緊急対応マニュアルを策定し、休日・夜間でも緊急時受け入れに対応できるよう医療機関と連携・協力体制が出来ている。施設内にAEDを設置し救急救命の講習をしている。
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	利用者の傷病状態に応じて、必要な専門医療機関への受診や入院治療を行っている。看護師による病院受診同行の対応をしている。
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。	b	感染防止マニュアルが作成され感染防止委員会等で検討されている。施設内にあるディスプレイやショート利用者・外部からの来訪者に対する感染対策の検討を期待する。
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	委託業者の清掃・消毒・殺菌の衛生管理マニュアルに基づきチェック・確認・記録の管理をしている。給食運営会議で報告している。
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。	b	手洗いは除菌剤での手拭や感染流行時にはマスクの着用をしているが、来訪者や職員・利用者も外出先からの帰宅時には洗面所での手洗い・うがいの徹底を期待する。
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	季節に合わせて各部屋や廊下の窓の開閉・加湿器・冷風器・扇風機で、換気や空気調節をしている。熱中症等の体調異常は起きていないが、各部屋の温度計や湿度計等の設置や記録はなく、気温対策も確立していない。
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。	b	短期利用者に対しては入所者同様の感染防止マニュアルに基づき、利用前の感染確認も行っている。インフルエンザ予防ワクチンは全員の対応ではない。

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。	b	利用者個々の状態に合わせた機能訓練計画を作成し実施している。個別のプログラムの評価や見直しを専門職と職員で検討し、ケアプランに反映することを期待する。
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	利用者の意向を聞き、全体行事や日々の趣味活動やドライブ等を行っている。レクリエーション活動は、たて割り班ごとの企画実施もあり、ふれあい所としての部屋の活用も十分とはいえない。
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。	b	利用者の身体状況に応じて本人と各種職員と検討し、歩行器・車椅子の選定・決定している。身体状況の変化や自立に向けての歩行器・車椅子の見直しや点検を期待する。
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	認知症ケアマニュアルを作成しカンファレンス等で検討し、認知症の研修も行っているが、利用者個々の認知症の特性を考慮したプログラムの作成や実施には至っていない。
A-2-(11)-② 身体拘束は原則として禁止としている。	b	身体拘束ゼロを目指し、拘束はおこなっていないが、各部屋のセンサーマットの常時の使用状況や職員の利用者への抑制項目等の確認を期待する。
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	看取りに関する指針を用いて、入所時に施設の方針を説明している。実施するに当たっては利用者・家族の意向を確認し説明し文書にて同意を得ている。
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	家族の意向を再確認し、宿泊環境も整え家族と相談・連携を図り協力を得られるようにしている。
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。	a	マニュアルに基づき、関係医療機関・嘱託医・全職員が連携し看取りケアに努めている。家族の意思確認は随時行い入院も可能な体制になっている。