報告書 (別表第３)

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2015 年 12 月 17 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構　宛

〒 060-0001
住所
札幌市中央区北１条西７丁目１
あおいビル７階

電話番号 011-222-3580

評価機関名 有限会社　ふるさとネットサービス

認証番号　北海道　第15-001号
代表者氏名 代表取締役　竹田　悦郎

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)	髙橋　春美	総合	第0018号							
	(2)	小野寺　さゆみ	組織運営管理	第0116号							
	(3)	汐川　美恵子	福祉医療保健	第0169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　清和園										
設置者名称	社会福祉法人　孝仁会										
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）	2015 年	6 月	11 日	～	2015 年	12 月	16 日				
利用者調査実施時期	2015 年	7 月	3 日	～	2015 年	8 月	31 日				
訪問調査日	2015 年	9 月	30 日								
評価合議日	2015 年	11 月	9 日								
評価結果報告日	2015 年	12 月	17 日								
評価結果の公表について運営者の同意の有無	◉ 同意あり　○ 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　ふるさとネットサービス

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人　孝仁会
代表者氏名：理事長　　齋藤　孝次
所在地：〒088-0061　釧路市芦野１丁目２７番１号　　TEL　0154-38-8222

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

○ 福祉サービス向上のための委員会の設置
「身体拘束・事故防止委員会」「虐待防止委員会」「感染対策委員会」「サービス向上委員会」「排泄ケア・褥瘡予防委員会」「行事・レク委員会」「ＬＡＮカルテ委員会」「教育委員会」「環境美化委員会」「はまなす委員会」「看取りケア委員会」などを設置し各職員がそれぞれの委員会に属して、勉強会や研修会を実施しています。事業所の課題に向けて対策を検討する多くの委員会を設けていることは、職員の介護支援に対する意識とスキルの向上に活かされると評価致します。

○ 看取りケア
看取りケアに関する指針を定め、入所時に説明するとともに家族講習会を開催し施設における看取りの理念について周知しています。看取り介護を意識するような時期には医師を交えて利用者・家族と話合い意向を尊重し同意書に署名・捺印していただいています。職員は研修会で看取りを学び、施設サービス計画に基づき、看護・介護・栄養などのケアチームが中心となっていつまでも口から食べれるように様々な工夫を凝らし、利用者がその人らしく過ごせるように職員が一丸となって取り組んでいます。

◇改善を求められる点

○ 中・長期計画の策定と職員・家族への情報提供
単年度計画は策定されていますが、振り返りや取り組みの指標となっておらず、目標を立てるだけの計画となっています。また、職員家族への情報提供がなされておらず、ステークホルダーへの説明を行うという意識が醸成されていません。施設の基本的な方針や方向性を含む中長期計画を策定し、管理者と職員が共通の理解の下にケアサービスを強力に実践していくことと広く情報を開示することを期待します。

○ 福祉サービス実施計画の評価・見直し
職種によっては記録方法にバラつきがあり、評価は十分とは言えません。施設長は、職種別にマニュアルを作成検討中と話されておりましたので、職員間で情報を共有するシステムを整備するなど、組織として評価等の手順が定められることを期待します。

○ 身体介護
利用者の状態に合せ個浴、一般浴、機械浴を選び、シャワーチェアーなど介助機器を利用し個々の能力を活かしながら介助しています。同性介助の意向の聴き取り、脱衣室や浴室内トイレのカーテン設置や室温計の設置により温度・湿度管理などを見直し、プライバシーに配慮した快適な入浴サービスの提供を期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

福祉サービス向上のための委員会設置、看取りケアに関する取り組みについて評価されたことを継続しつつ、個別ケア、サービス計画に関する情報共有、中・長期計画の策定と職員・家族への情報提供など、施設、職員、家族が共通の理解のもと、サービス提供できるよう努力していきたいと思います。 現在、施設の老朽化による改築と津波対策のため移転新築の準備をしています。平成28年12月に完成予定で、居室の増床と併せて個室のユニット化を図るなど、個人のプライバシーにも配慮するとともに、安心して生活できる施設になっています。スタッフルームをフロア毎に配置し、連携しやすくするため多職種チーム体制として人員配置する予定で、充実した介護を存分に発揮できる機能的な施設環境を整えるとともに、生きがいとやすらぎを感じられる快適かつ十分な安全性を備えた施設にする予定です。昔ながらの特養のイメージを払拭し、地域に開放された特養として地域活動への積極的な参加と、新施設のすばらしい環境に恥じることがないように職員一同準備していきます。

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 27 年 8 月 25 日

経営主体（法人名）	社会福祉法人孝仁会		
事業所名（施設名）	特別養護老人ホーム清和園	事業種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 088-0351 白糠郡白糠町和天別139-1		
電　話	01547-2-3200		
FAX	01547-2-3213		
E-mail	seiwaen@k-yuwakai.or.jp		
URL	http://www.k-yuwakai.or.jp/seiwaen/		
施設長氏名	星川　学		
調査対応ご担当者	小野　陽子　（所属、職名：事務主任　）		
利用定員	50 名	開設年	昭和 59 年 4 月 1 日

基本理念
◎ 福祉・介護を必要とする皆様が安心して利用できる施設をめざします
◎ 職員が気持ちよく仕事のできる職場をめざします
基本方針
1 ○ 家族の皆様が安心して預けられる施設をめざします
○ 利用者の皆様に敬愛の念をもって接します
○ 思いやりと笑顔のあふれる施設をめざします
○ 福祉・介護のプロとして知識・技術の向上に努め、よりよい福祉・介護サービスを提供するよう努力します
2 ○ 笑顔と挨拶
○ 仲間への思いやりの心
○ チームワークの良い職場
○ やりがいのある職場

施設・事業所の特徴的な取組：

ユニットケアに向けて取り組んでいます。
不適切ケアの防止に努めています。

第三者評価の受審回数（前回の受審時期）　0 回　（平成　　年度）

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）

短期入所生活介護（定員　6名）
通所介護　（定員　40名）

【利用者の状況に関する事項】（平成27年7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（高齢者福祉施設、高齢者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	4　名	2　名	10　名	18　名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合　計		
8　名	3　名	0	48　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か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～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			

○障がいの状況

・身体障がい（身体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
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	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
肢体不自由	名	名	名	名	名	名
内部障害（心臓･腎臓､ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合　計	名	名	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。

・知的障がい（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

・精神障がい（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（保育所を除く）

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
9名	9名	8名	4名	1名	2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	4名	5名	1名	1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
1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	1名		

（平均利用期間：　4年1ヵ月）

【職員の状況に関する事項】（平成27年7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		
常勤	30名	1名	2名	名	名
非常勤	3名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	22名	名	3名	1名
非常勤	名	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	名
非常勤	名	名	名	1名	2名

※職種を空欄にしている箇所は、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	0　名（　　名）
介護福祉士	13　名（　　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	2072.95　㎡	
（２）耐火・耐震構造	耐火	☑１．はい　□２．いいえ
	耐震	□１．はい　☑２．いいえ
（３）建築年	昭和	59 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）に行って外遊びを行っている。	
（３）耐火・耐震構造	耐火	□１．はい　□２．いいえ
	耐震	□１．はい　□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）		□・大舎制　□・中舎制　□・小舎制
（２）建物面積	㎡	
（３）敷地面積	㎡	
（４）耐火・耐震構造	耐火	□１．はい　□２．いいえ
	耐震	□１．はい　□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　　　　年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

不明 人

・ボランティアの業務

誕生会等行事での歌や踊り等の披露

【実習生の受け入れ】

・平成　　26 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	6 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 家族懇談会（H27年から実施）

【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・周知されている。			
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	法人設立時に策定された「福祉・介護を必要とする皆様が安心して利用できる施設をめざします」「職員が気持ちよく仕事のできる職場をめざします」を基本理念としております。職員には入職時や毎月の会議で振り返る機会を持ち、施設内やHPに理念を掲載し、家族会でも説明しております。しかし、旧法人名のままでの理念掲示やHP掲載となっておりますので、改善を期待します。

Ⅰ-2　経営状況の把握

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に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が的確に把握・分析されている。	b	管理者は、法人経営会議に毎月参加し、公認会計士、医療法人のコンサルタントからの情報を得ています。地域内で開催されている地域ケア会議の内容や、老施協のHP、ワムネットなどからの情報も参考にしながら毎月の職員会議で全職員と課題を共有しております。経営状況も毎月分析し、法人経営会議や法人施設長会議で検討を行っております。しかし、地域ケア会議には直接参加しておらず地域福祉計画を受けた地域情報の分析が十分行われておりません。今後は地域の状況の分析も行っていくことを期待します。
3	Ⅰ-2-(1)-②　経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b	事業所では、職員と経営状況を共有し、不要なコストを削減しながらサービスの質の向上に取り組んでおります。今年度より、年2回だった内部監査を年４回に増やしております。津波災害に備えた高台移転に伴う職員の増員計画や新入職員の受け入れに備えた中堅職員の育成などに取り組んでおります。しかし会議議事録等には議題は記載されておりますが話し合いの内容の記述が十分ではありませんので内容を記載し、事業所全体で取り組んでいくことを期待します。

Ⅰ-3　事業計画の策定

		第三者評価結果	コメント
Ⅰ-3-(1)　中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。			
4	Ⅰ-3-(1)-①　中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	c	施設の高台移転や増床、現在の多床室から個別ケアを重視したユニットケアの導入など、大きな転換に向けてのビジョンはあるものの、明文化や計画作成には至っておりません。移転やそれに伴う体制変化に備え給食を行う法人を設立し、先行して委託を開始するなど準備は進んでおります。新施設の設計段階から職員の意見を取り入れるなど職員の意見の活用もありますが、どのような内容でどの職員の意見を聴取するかなどを含め取り決めがありません。しっかりとした計画とそれに伴う職員の意識統一を期待します。
5	Ⅰ-3-(1)-②　中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	c	中長期計画は策定されておりませんが、単年度事業計画は策定されております。単年度計画では事業所内の各部門毎に目標も設定されておりますが具体的な内容には踏み込んでおらず、毎年度の目標を立てるだけの状況となっております。計画に掲げられた目標も過年度のものが一部の部門のみで掲示されており、計画や目標をどのように実行していくか、管理者がリーダシップを持って示していくことを期待します。
Ⅰ-3-(2)　事業計画が適切に策定されている。			
6	Ⅰ-3-(2)-①　事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	c	単年度の事業計画は策定されております。毎年度の事業方針が掲げられ、事業目標が定められていますが、各部門の目標との関連性が薄く、具体的な手法や成果について触れていないため評価がしにくく、振り返りや効果測定がしにくいものとなっております。職員の意識を高めていくためにも部門により数年前の目標が掲示されたままになっている状況を改善していくことを期待します。
7	Ⅰ-3-(2)-②　事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	単年度の事業計画は作成しておりますが、年間行事などの利用者に直接かかわりのある部分については周知されていません。しかし、今年２回行った家族会を活用し理念の周知や運営について話し合いをしたいという意向を受け、「運営懇談会」として家族等への周知にとどまらず地域への理解を得る機会として実施していくことになっています。利用者等へ情報を開示していく取り組みを期待します。

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	コメント
Ⅰ－４－（１）　質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	Ⅰ-4-(1)-①　福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b	職員全員が参加する全体会議と、介護職員がそれぞれ２つ程度所属する各種委員会活動によってサービスの向上に取り組んでおります。委員会毎に毎年度の目標や、その月の重点目標を立て職員詰所の掲示を通じて周知を行っております。各委員となっている職員の意識向上にはつながっておりますが、介護職員以外の他職種の職員との連携までは行われておらず、委員会間の協力関係の構築などに課題があります。職種間の業務の理解や連携がサービスの質の向上にも必要であり、協力していくことを期待します。
9	Ⅰ-4-(1)-②　評価結果にもとづき組織として取り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。	c	各委員会や、日々の業務の中で見いだされた課題やテーマごとに目標を決めておりますが、一部の部門で過年度の目標がそのまま掲示されるなど、検証の仕組みが機能しておりません。さまざまなテーマごとに研修に取り組み、起こった事象の再発防止や日々のケアの振り返りなどにも活用しておりますが、対処療法的で、根本的な効果を検討する視点や実効性を測定する記録が不十分となっております。日々のケアの記録などを行い、チームとしての課題対応の仕組みを整えていくことを期待します。

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	コメント
Ⅱ－１－（１）　管理者の責任が明確にされている。			
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。	b	職務分掌表があり、職務内容が明確にされております。事業所内で様々な課題やサービスの質の向上に取り組む委員会にも管理者が積極的に参加し、職員のケアへの取り組みなどを聴取し、意見交換を行っております。さらに、職員への方針等の周知、管理者と各職種間の理解を促す取り組みを期待します。
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。	b	管理者は、行政が主催する説明会や外部研修に参加し法令の理解や変更点についていち早く対応できるようにしております。社労士や弁護士、公認会計士などの専門職のアドバイスを受けることもでき、法人全体でも取り組めるよう法人会議で提案も行っています。法令の変更等の情報を得ておりますが、職員の理解を深め全施設的な取り組みとなるよう期待します。
Ⅱ－１－（２）　管理者のリーダーシップが発揮されている。			
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。	b	サービスの質の向上の為に１１種の委員会を設置し毎月会議を開催しております。各委員会は定期的に活動をしておりますが、委員会を横断する問題については取り残されている部分があります。また、各委員会の年度目標、月次目標を立てておりますが、総括されておらず、一部の部門で過年度の目標が掲示されているなど、取り組みを行っても検証が不十分な部分があります。職員アンケートの実施を継続し、課題を把握し改善に向けた取り組みを推進していくことを期待します。
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。	b	毎月経費を確認し、おむつなどの必要物品の仕入れ価格の見直しなどのコストカット意識を職員と共有し取り組んでおります。施設の老朽化に伴い、施設修繕費の増が課題となっておりますが２年後の施設の高台移転を見据え必要な修繕を行なっております。また、食事の委託を法人系列の業者に変更するなど、質を落とさず効率化を向上させるよう取り組んでおります。今後はさらに職員の意見を反映する仕組みづくりを期待します。

Ⅱ－２　福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１）　福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
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が確立し、取組が実施されている。	b	現在離職する介護職員は少ない状況にあります。しかし、看護職などの専門職の確保が困難な地区であり、法人と連携して人員確保を行っております。人事に関する決定事項は法人全体で行う施設長会議で話し合われておりますが、事業所内の計画等には反映しておりません。高台移転後は多床室からユニット化し、定員も増えることからリーダーとなる人材の育成を行っており、次年度の採用人数を含めたビジョンがあり、職員構成も検討されていますが、事業所内の中堅職員の層が薄いという課題があり採用や育成を期待します。
15	Ⅱ－２－（１）－②　総合的な人事管理が行われている。	b	法人基本理念は「職員が気持ちよく仕事のできる職場をめざします」となっており周知を行っておりますが、各職種における目標や職員像などの実現については各職員のモラルやマナーに依存する部分が大きい状況となっております。事業所として年次有給休暇取得率を把握し取得率の向上に取り組んでいます。平成２４年に人事考課制度を導入しましたが運用されておらず新たな人事管理の仕組みは現在法人で検討が行われている状況です。事業所として各職員が行っている自己評価に連動した人事考課制度の構築を期待します。

II-2-(2)　職員の就業状況に配慮がなされている。			
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。	b	夜勤時の職員数を増員するなど、職員のストレス緩和に努めています。施設内清掃を業者委託するなど、職員が業務に集中できる環境を作っております。しかし、職種間のコミュニケーションには課題があり、委員会活動も介護職が中心となって運営されており、他職種の円滑な協力といった面の課題があります。法人の親睦会と事業所の互助会があり、パート職員も希望により加入することができます。今後は働き方に関する職員の意向を確認し、職種間連携が向上するよう取組んでいくことを期待します。
II－2－（3）　職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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。	b	介護職は教育研修を実施しております。各職員は年度毎にチャレンジシートに記載し、年度目標や資格取得に向けたスケジュールなどを記載しております。チャレンジシートに記載した各職員の目標に対し施設長が面談を行っています。今後面談はユニットリーダーなどが行う事になっていますが、現在のところ人事考課制度や職務内容や職位に対応して期待される職員像などが決定していないため、基準の作成を行い、組織的に人材育成に取組んでいくことを期待します。
18	II-2-(3)-②　職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b	研修計画があり介護職には毎月事業所内研修を実施し、他の職種は法人研修の機会があります。計画的に実施する内部研修の他に、外部研修の案内は職員に回覧し希望の研修に参加できるようにしております。人事考課制度の本格運用に併せ、介護職以外の職種の研修方針や計画を充実していくことになっており、事業所全体の教育研修の充実を期待します。
19	II-2-(3)-③　職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b	職員の技能や経験年数、意欲に応じ資格取得の支援を行っております。また、介護職については介護職員処遇改善加算制度を活用し、教育機会の充実を図っております。現在は全職員を対象とした職員研修が主となっており、段階研修や個々の職員の技術水準を測る取り組みとそれに合わせた能力向上に取組んでいくことを期待します。
II-2-(4)　実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
20	II-2-(4)-①　実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c	介護福祉士の指導者研修を受講した職員が在籍しており、介護福祉士実習生を受け入れ可能であることを養成校に周知しております。しかし、具体的な書面は作成されておらず、基本姿勢の明文化やカリキュラムの作成など事業所内の体制も構築されておりません。地域で唯一の高齢者入所施設として後進の育成にも取り組んでいくことを期待します。

II-3　運営の透明性の確保

		第三者評価結果	コメント
II-3-(1)　運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	II-3-(1)-①　運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b	年１回発行の法人の広報誌を行政や福祉事業所等に配布しており、事業報告や決算、学術論文等が記載されております。また家族向けの広報誌は毎月配布し事業所の運営状況を報告しておりますが決算等の状況は報告されておりません。法人のホームページもありますが、旧法人名のままであるなど更新されていません。情報開示の透明性を図るため、公開の方法や内容などについて検討することを期待します。
22	II-3-(1)-②　公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b	今年度より年４回の内部監査が実施されております。外部監査は行っておりません。社会福祉法人や介護保険事業者に求められる基準が変わる中、適正な運営を目指す取り組みとして家族会をもっと広く地域の意見を取り入れる場とすべく平成２７年１１月に運営懇談会にリニューアルするなど、職員を含め事業所内外との情報の共有と適切な連携の構築に取り組むこととなっております。定期的な第三者評価受審なども予定されており、外部との連携を含めた適切な運営を図っていくことを期待します。

II-4　地域との交流、地域貢献

		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。			
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。	b	事業所の季節行事にはボランティアを受け入れ、月１度の外出レクでは、別保公園や動物園、大型スーパーに出かけるなど、利用者の社会体験と地域住民との交流を図っています。事業所主催の夏祭りでは、地域住民に参加を呼びかけていますが、町内会や近隣住民との交流は少ない状況です。事業所が地域社会の一員として社会的役割を果たす上でも、地域との関わりについて基本的な考えを明文化し、交流の機会を定期的に設けることを期待します。
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。	c	事業所主催の行事に演芸訪問としてボランティアを受け入れ、利用者との交流を図っていますが、事業所側の姿勢や受け入れ体制が明確になっていないとトラブルを誘因することもあり得るので、ボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明文化し、マニュアルの作成を期待します。

II－４－（２）　関係機関との連携が確保されている。			
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が適切に行われている。	c	事業所として関係機関や団体と具体的な連携の仕組みが整理されておりません。日常の支援で使用するライフラインを取扱う業者、病院、行政機関、商店名などの社会資源リストを作成し、職員間で情報の共有を図りながら、関係機関等と協働関係を築くことを期待します。
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　福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	c	今後、講演会や研修会の開催、福祉に関する相談窓口を設置するなど、事業所の持つ機能を積極的に地域に還元する取り組みを期待します。
27	II-4-(3)-②　地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c	今年度発足した運営懇談会の協議において、利用者、家族に加えて町内会代表、町職員、地域包括支援センター職員、社会福祉協議会職員などの参加を得ることで、地域との連携を確保し、具体的な福祉ニーズの把握に努めることを期待します。

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。			
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。	b	各委員会の中に、虐待防止委員会、身体拘束・事故防止委員会、サービス向上委員会があり、勉強会、研修会を実施して職員は共通理解に努めています。法人の理念、基本方針が掲示されていますが、職員の毎月掲げるケア目標が一部古い月のままで掲示されています。目標達成のために、定期的に状況の把握、評価を行い、必要な対応を図ることを期待します。
29	III-1-(1)-②　利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	虐待防止マニュアル、個人情報保護マニュアルを整備しています。虐待防止に関する研修は毎月の全体会議にて行われ、個人情報・プライバシーについての研修は年に1度実施しています。家族には契約時に説明していますが、入浴やトイレ介助時におけるプライバシーの配慮に職員の認識に差が生じていますので、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮したサービスの提供が行われるように、職員に周知徹底を図ることを期待します。
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）が適切に行われている。			
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。	b	パンフレットを作成し、白糠町役場、社会福祉協議会、同法人系列の各施設に配布していますが、ホームページでは旧名称で紹介していますので、名称の統一を期待します。入居時には、利用者・家族に対して各担当者が説明し情報を提供しています。
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。	b	サービス利用の開始にあたり、契約担当者である生活相談員が重要事項説明書や契約書の内容を利用者、家族に説明し同意を得ています。サービス内容に変更が生じた場合は、契約変更内容を文書化し、家族に郵送し同意を得ています。家族の要望に応じて説明していますが、事前に家族に説明することを期待します。
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。	b	退所や移行時も連携を取りスムーズに行っていますが、退所例、移行例の記録書を作成しておりません。引継ぎ書類や移行に関する手順書を作成し、担当者や窓口などの説明も書面にて伝え、利用者、家族の同意の下に、サービスの継続に配慮した対応に期待します。
III－１－（３）　利用者満足の向上に努めている。			
33	III-1-(3)-①　利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	職員は家族の来訪時に声をかけ、希望、要望を聞き取り、サービス向上委員会に諮り改善に向け取り組んでいます。今後は、定期的に利用者との面談や利用者・家族懇談会を開催して利用者満足度を把握し、満足度の向上を図ることを期待します。
III－１－（４）　利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
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。	b	重要事項説明書に内部・外部苦情申し立て機関を示し、第三者委員会を設置しています。サービス向上委員会を設置し、利用者や家族からの苦情に対する改善に向けて取り組んでいますが、利用者、家族が苦情を申し出やすい配慮や環境作りに一層取り組むことを期待します。
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。	b	玄関に意見箱を設置し、個別に相談し易い談話室も用意し配慮しています。談話室前の壁には、職員の大きな顔写真が役職名入りで掲示されています。事業所は生活相談員を配置していますが、相談相手の自由選択への配慮や日常的な言葉かけを積極的に行うなどの取り組みを期待します。
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。	b	意見箱を設置し、寄せられた苦情、意見、要望に関しては、サービス向上委員会に諮り、検討、対策、改善に向けて取り組んでいます。意見や相談を受けた際の対応策の検討等について定めた対応マニュアルが整備されておりませんので、今後は実際の対応をベースにマニュアル策定に取り組むことを期待します。

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が行われている。			
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が構築されている。	b	虐待防止委員会、身体拘束・事故防止委員会を設置しています。事故報告があった場合は、即日ミニカンファレンスにて話し合い、原因調査、分析、対策に取り組んでいます。月に１度、職員アンケートを実施し、苦情や意見を聴取してサービスの改善に努めています。危機管理対応方針を整備している段階なので、構築されることを期待します。
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。	a	感染対策委員会は定期又は必要時に開催しマニュアルの変更、情報を集約し感染症対策の周知徹底を図っています。職員は感染防止マニュアルに基づき対応するとともに、外部専門家を招き職員研修会を開催し、感染症予防について助言・指導を受けています。
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。	b	消防計画マニュアルを整備し、年２回避難訓練を実施しています。スプリンクラーを設置し、非常時用の発電機も準備しています。非常時用食料については食事委託業者が変更になったので、あらためて備蓄中です。避難経路となる廊下に不要となったベットなどが置かれていましたが非常時に妨げになるので、早急に撤去されることを期待します。

Ⅲ-2　福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1)　提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
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が文書化され福祉サービスが提供されている。	c	事業所で実施する個々のサービスの中には文書化された標準的マニュアルが作成されていないものもあり、職種別サービスマニュアルを作成検討中ですので、早期に整備し、教育委員会や研修などで活用し周知徹底を図りながら、実施システムの充実を期待します。
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が確立している。	c	見直しの仕組みは確立されておりません。サービスマニュアル作成後は見直しに関する手順書を組織として定め、見直しの時期を明確化するなど効果的な取り組みを期待します。また、サービス向上委員会において見直しの仕組みが協議・決定されることを期待します。
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が策定されている。			
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。	b	個別機能評価アセスメント表を基に、介護支援専門員が中心となり、生活相談員をはじめ多様な職種の職員が参加して、福祉サービス実施計画書を策定していますが、家族の希望欄には具体的なニーズや意向が明示されているケースが少ないので、今後とも意向、要望の把握に努め、実施計画に反映することを期待します。
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。	b	福祉サービス実施計画の評価・見直しは定期的に行われていますが、福祉サービス計画に基づいた福祉サービスが実施されているのか、職種によって記録方法にバラつきがあり、評価は十分とは言えません。福祉サービス実施状況を日々記録し、職員間で情報が共有できるシステムを構築し、組織として決定した手順に基づき、評価・見直しを実施することを期待します。
Ⅲ-2-(3)　福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
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が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	個別介護記録はパソコンに入力されていますが、福祉サービス計画書に基づいた福祉サービスが実施されているのか、職種によって記録方法にバラつきが有り、職員間での共有が十分とは言えない状態に有ります。福祉サービスの提供記録が必要なので、状況変化時のみの記録ではなく、福祉サービスの実施にあたり留意すべき事項など、利用者に関わる日々の情報を記録する取り組みを期待します。
45	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	法人が定める個人情報に関する基本方針のもと、「個人情報保護規定」「情報公開、開示規定」を制定し、「個人情報保護マニュアル」も整備しています。個人情報保護管理者は明確に位置づけられていますが、個人情報保護に関して、職員間で周知徹底を図るには至っておりません。電子データーについては、パスワード管理以外の対策も講じることを期待します。

評価対象　介護老人福祉施設　付加基準

A－1　支援の基本

	第三者評価結果	コメント
A－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。	b	利用者が好む食べ物、自力で食べることや食事のペースの尊重、自力移動により本人が寛げる場所で過ごすなど、個々の利用者の意向を施設サービス計画に位置づけ介護していますが、利用者の趣味、興味、希望に十分応える日課になっていない傾向にあります。ボランティアなどの社会資源を活用し利用者にとって活動的で楽しみのある日課が過ごせるような工夫を期待します。
A－1－② 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。	b	利用者個々の意思疎通・視力・聴力などについてアセスメントを行い、施設サービス計画に反映しています。サービス向上委員会が中心となり、利用者・家族に対して敬意を表した声かけ・態度・介助などができるよう職員に周知したり、研修会を開催し接遇の基本について学んでいます。利用者が話したいことを十分話せる機会をより多くつくることを期待します。

A－2 身体介護

	第三者評価結果	コメント
A－2－① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	利用者の状態に合せ個浴、一般浴、機械浴を選び、シャワーチェアーなど介助機器を利用しその能力を活かしながら介助しています。同性介助の意向の聴き取り、脱衣室や浴室内トイレのカーテン設置、温度湿度の管理などの改善を期待します。
A－2－② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	全利用者の排泄をチェック表に継時的に記入し、パターンを把握し介助しています。排泄ケア・褥瘡予防委員会を定例で開催し、オムツを使わないようにするとともに個々の利用者に合うオムツの選択や「トイレでの排泄を促がしていこう！」をスローガンに利用者の持っている力を最大限に引き出す取組みをしています。今後プライバシーに配慮したカーテンの開閉や声かけ、安全で快適なトイレ環境などの見直しを期待します。
A－2－③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	作業療法士が個々の利用者の状況に合った移乗や歩行方法などについて個別プログラムを策定し、看護師・介護職員と連携して機能訓練、生活リハビリを実施し３ヵ月毎に評価をしています。また、職員を対象として安全な移乗介助に関する実技研修を継続的に実施しています。
A－2－④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	排泄ケア・褥瘡予防委員会を定例で開催し、排泄や皮膚のトラブルのある利用者のケアについて協議し職員に周知しています。褥瘡のある利用者には皮膚科医師と連携して対応しています。個人別に褥瘡予防のポジショニング留意事項を記載したものをラミネートしベッド横や車イスに置いたり、体位変換時間表を貼るなど個別ケアが徹底できるように工夫をしています。またＯＨスケールを使い中程度レベルの利用者を選定し体位変換、エアマットなど除圧と皮膚観察及び栄養ケア計画に基づく栄養摂取に配慮しています。また３ヵ月ごとにカンファレンスで評価しケアの見直しを行っています。

A－3　食生活

	第三者評価結果	コメント
A－3－① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b	食堂の設備や雰囲気についてユニット改善委員会で定期的に検討し、テーブルメイトの組合せも配慮し落ち着いた雰囲気で食事しています。温冷配膳車を整備し食べる直前に盛り付け、利用者のペースで落ち着いて食事ができる様に介助しています。行事や誕生会は希望するメニューにしていますが、選択食など利用者の楽しみが増すことに繋がる工夫を期待します。
A－3－② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	利用者個々の栄養ケア計画に基づく食事・水分を提供し３ヵ月毎に評価し見直しています。また毎朝のミーティングで施設長・看護師・介護職員・栄養士・介護支援専門員が利用者の状態を協議し、嚥下・咀嚼の能力などの身体状況、病状を考慮し適時変更しています。嚥下・咀嚼能力が低下すると誤嚥などが起きやすいため食事中の事故について対応方法を確立し日頃から確認、徹底することを期待します。
A－3－③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	居室に洗面台が設置され口腔ケアを行い、義歯の保管・管理をしています。紛失を防ぐため義歯にネームをいれるなど工夫しています。歯科医の往診による治療や義歯調整で口から食事ができるように努めています。また食前には口腔体操を行っています。定期的に歯科衛生士による助言・指導を受けるなど利用者の口腔状態を保持・改善する取組みを期待します。

A－4　終末期の対応

	第三者評価結果	コメント
A－4－① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a	看取りケアに関する指針を定め、入所時・家族講習会で周知しています。看取りの状態には医師を交えて利用者・家族と話合い意向を尊重し同意書に署名・捺印しています。職員は研修会で看取りの対応について学び看取りマニュアル・施設サービス計画・栄養ケア計画に基づき利用者がいつまでもその人らしく過ごせるように職員が一丸となって取り組んでいます。

A－5　認知症ケア

	第三者評価結果	コメント
A－5－① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	利用者個々のアセスメント表にはＡＤＬ・認知機能・行動障害などが記載され、施設サービス計画に基づいてケアが提供されています。認知症に関する研修も行っていますので、利用者個々の認知症の特性を考慮した生活支援になることを期待します。
A－5－② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b	同室者の組合せ・ベッド周囲に利用者の好みのものを飾る・トイレなどわかりやすい表示にして安心して過ごせる環境整備に努めています。紙おむつの異食や転倒予防のためにも、廊下の器材の置き場所や整理整頓などへの配慮を期待します。

A－6　機能訓練、介護予防

	第三者評価結果	コメント
A－6－① 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。	b	作業療法士が全利用者の個別プログラムを策定し看護師・介護職員と連携して機能訓練、生活リハビリを実施し定期的な評価をしていますが、利用者自身も自主的に訓練ができるような工夫を期待します。

A－7　健康管理、衛生管理

	第三者評価結果	コメント
A－7－① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b	全利用者のバイタルサイン、食事、水分、排泄の状況を把握し記録しています。利用者の体調変化時は協力医療機関に連絡し受け入れ体制を確立しています。施設内も夜間の看護連携体制を確立し、夜間緊急連絡対応マニュアルに基づいて対応ができるように職員への周知に努めています。看護・介護が連携し服薬確認・服薬管理をしていますが、病気や薬の効用・副作用などに関する研修を期待します。
A－7－② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b	感染対策委員会は定例と必要時に開催し、感染防止に関する協議を行い必要事項を職員に周知しています。職員は研修を受け感染防止マニュアルに基づき対応しています。施設の入口に手指消毒液やマスクも置かれていますが、うがいが出来る洗面台などが使いやすい場所にないことなどから徹底できていません。職員のインフルエンザ予防接種の費用負担の支援をしています。

A－8　建物・設備

	第三者評価結果	コメント
A－8－① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b	建物・設備・備品の定期点検をしています。談話スペースを配置し快適に過ごせるように配慮していますが、利用者が一人で寛げるスペースが確保できるような工夫を期待します。

A－9　家族との連携

	第三者評価結果	コメント
A－9－① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	b	家族に対して、毎月請求書の送付時に必要な連絡をしたり、心身状態の変化時には看護・介護の職員から状況を報告しています。面会や来所できない方には電話で近況を報告したり、施設への要望を聞いています。行事などの参加も呼びかけています。家族との定期的な相談は実施しておらず、また家族が来所した際の相談や助言の内容の記録も不十分ですので、定期的な面談などで、家族の意向、要望などを把握し密なる連携を図る取組みを期待します。

評価対象　介護老人福祉施設　付加基準

B－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		
B－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。（関連：Ⅲ－1－（2）－②）	a	利用契約書・重要事項説明書に基づく説明とともに、介護・看護・食事等の各サービスについても担当者が説明し同意を得て契約当事者の署名・捺印をしています。
B－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。（関連：Ⅲ－1－（2）－②）	c	意思表示能力がない場合でも家族などが同席するなかで契約事項を説明し、家族が代筆しています。利用者本人に十分な意思表示能力がない場合は家族等と三者契約の形態により施設サービス利用契約を締結されることを期待します。
B－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。（関連：Ⅲ－1－（2）－②）	b	施設サービス利用契約の内容や加算などの変更が生じた場合には、家族に対して分かりやすい資料を郵送し、契約変更の同意書を得ています。また要望のある家族には口頭で説明していますが、主に文書によって行われています。今後は利用者・家族を対象に説明会や相談する機会を提供するなどの取組みを期待します。
B－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。（関連：Ⅲ－1－（2）－①）	c	パンフレット・広報紙はまなすは読みやすく分かりやすい内容になっていますが、ホームページに一部過大な期待を抱かせる表現があります。
1－（2）　利用者の主体性の尊重		
B－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。（関連：A－1－①）	a	ホールでは、テレビ・新聞・雑誌が自由に見れます。また、テレビは自室に持ち込めたり、新聞・雑誌の購読希望時は申込みを支援するなど、利用者の希望を尊重しています。
B－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。（関連：A-1-①）	b	売店は設置しておらず、定期的な移動売店や訪問販売は行われていません。利用者の購入希望を聞いて職員が毎週買物を代行しています。また毎月５名程度が施設の車で買物レクレーションとして商店や飲食店に出かけ利用者が自由に選択できる機会があります。利用者の生活の楽しみである食料品や嗜好品、衣服などは利用者が直接選んで購入できる取組みを期待します。
B－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。（関連：A-1-①）	a	行事やサークルなどへの参加について事前に説明しておりませんが、職員が口答で利用者の希望を聞き参加を促しています。また看護師などとの連携により利用者は体調に応じて参加しています。
B－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。（関連：Ⅲ－1－（1）－②）	a	家族等の面会時間は午後9時までとし、談話室を用意しプライバシーが尊重できるようにしたり、利用者が家族と誕生会などの交流ができるように配慮しています。
B－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。（関連：A-1-①）	a	家族・利用者の希望に応じて行っており必要時職員が送迎を支援しています。また、利用者の状態によって車いすなどを貸出しています。
B－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。（関連：A-1-①）	a	タバコは禁煙となっていますが、飲酒は利用者の意思や希望を尊重し、医師・看護師の指導に基づき健康に配慮し生活の楽しみになっています。
B－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。（関連：A-1-①）	a	「預かり金規定」に基づき金庫保管とし、専属職員体制で管理しています。また年２回通帳のコピーを添付して家族に報告しています。

B－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		
B－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。（関連：Ⅲ－２－（２）－①）	c	カンファレンスの際には、利用者、家族、その他の関係者の参加は得ておりませんが、家族の来訪時には意見や要望の聞き取りに努め、施設サービス計画に反映させています。今後、施設サービス計画の改定時に、利用者、家族、その他の関係者の参加を検討することを期待します。
B－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。（関連：Ⅲ－２－（２）－①）	b	施設サービス計画作成にあたり、介護支援専門員が中心となり、生活相談員、介護職員、管理栄養士、機能訓練指導員、作業療法士などの参加を得て実施していますが、シフトの関係で必要メンバー全員の参加は難しい状況もあるので日程設定の工夫を期待します。
B－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。（関連：Ⅲ－２－（２）－①）	b	施設サービス計画作成にあたり、機能訓練指導員や作業療法士も参加して検討しています。日々の記録方法が職種によってバラつきがあるため、介護場面において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のか、評価するには十分ではありません。支援不足か過剰な介護が無いか見直しを検討するためにも、日々の記録を充実させ、具体的対策に取り組むことを期待します。
B－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。（関連：Ⅲ－２－（２）－①）	b	施設サービス計画に沿ったサービスの実施に関しては、職種によって記録方法にバラつきがあり、職員間で正確な情報の共有やケアサービスに向けての具体的対応及び連携は十分とは言えません。施設サービス計画に沿ったサービスの実施に努め、その全てを記録に残し、職員間で情報の共有を図りながら、目標達成に向けて取り組むことを期待します。
B－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。（関連：Ⅲ－２－（２）－①）	c	来訪される家族には介護支援専門員が説明を行い、文書にて同意を得ていますが、来訪が難しい家族には施設サービス計画を郵送し、同意書を返送して頂き確認しています。家族からの問い合わせがあった場合は説明していますが、事業所側から全ての家族に直接説明を行ってはおりませんので、今後の取り組みを期待します。
２－（２）　食事		
B－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。（関連：A-３-②）	b	管理栄養士を配置し、利用者個々の状態に応じた栄養ケア計画を作成し説明のうえ同意の署名・捺印を得ています。分りやすい説明用資料の作成や職員への栄養教育を期待します。
B－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。（関連：A-３-②）	a	施設長、栄養士、生活相談員、看護師、介護職員、介護支援専門員などが定期的なカンファレンスを開催し、利用者の状態に合わせた食事を提供しています。
B－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。（関連：A-３-②）	a	利用者個々の身体状況・栄養状態に応じた栄養ケア計画に基づき食事提供しています。常に食事や水分の摂取量を観察記録し、経過、評価に基づき多職種で協議し対応しています。
B－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。（欠番：A－３－①に統合）	／	／
B－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。（欠番：A－３－①に統合）	／	／
B－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。（欠番：A－３－①に統合）	／	／
B－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。（関連：A-３-②）	a	歯科医の治療や義歯調整があり、自力摂取のため個別にスプーン、食器などの自助具を使用しています。食事形態も根菜は固形とし、青色野菜は刻み食、果物はスライスにするなど自力で噛めるように工夫しています。
B－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。（関連：A-３-②）	b	毎朝のミーティングには施設長・看護師・介護職員・栄養士・介護支援専門員が利用者の状態を協議し、嚥下・咀嚼の能力などの身体状況、病状及び嗜好を考慮した食事を提供しています。また、職員の検食体制があり意見・要望などを厨房で把握し食事提供に反映しています。食事箋がありますので、医師による食事指示が必要な場合は管理栄養士と連携し適切な食事提供を期待します。
B－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。（関連：A-３-②）	b	調理担当者は利用者の食事場所に出向き下膳介助時に利用者の食事の摂取状況を把握するとともに利用者と直接コミュニケーションを取り利用者の献立に対する意見や嗜好を聞いています。利用者の意見や嗜好を反映して、献立の幅を広げる選択性などの取組み期待します。

2－（3） 入 浴		
B－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。（欠番：A－2－①に統合）		
B－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。（欠番：A－2－①に統合）		
B－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。（関連：A－2－①）	b	浴室は入浴の都度に清掃し浴槽の水を抜き乾燥させているので水質検査はしておりません。温度計・湿度計・カーテンの設置はしておらず廊下から脱衣行為が直接見えることもありプライバシー保護や快適性を確保できる環境を整備することを期待します。
2－（4） 排 泄		
B－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。（関連：A－2－②）	b	排泄介助の際は、プライバシーに配慮しカーテンを閉めるようにしていますが、カーテン等がきちんと閉じられていないことがあります。トイレの建築構造上の制限がありますが、排泄誘導や会話などプライバシーを侵害しないケアの見直しを期待します。
B－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。（欠番：A－2－②に統合）		
B－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組を行っている。（欠番：A－2－②に統合）		
B－2－（4）－④ トイレは清潔で快適である。（関連：A－2－②）	c	清掃業務は委託業者が管理しており、汚れている場合は随時清掃するよう努めていますが、トイレ環境の点検・改善のための検討を定期的に行うことを期待します。
2－（5） 整容・清潔		
B－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。（関連：A－7－②）	a	シーツ交換は週1回実施していますが、汚れの状況に合せて交換の頻度を増やしたり、汚れを発見したときは即時に交換しています。
B－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。（関連：A－1－①）	b	爪切りは週１回、入浴できない時は清拭・ドライシャンプー、毎日下着交換するなど清潔保持に努めていますが食べこぼした時すぐ交換できないことがあります。
B－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。（関連：A－1－①）	b	朝夕の着替えや整容を行い、身だしなみに配慮しています。季節に応じて衣類の入れ替えや衣類購入を希望する場合は職員が買物を代行したり、施設外に買物に出かけ利用者個々の好みの衣類を購入しています。また理容師が毎週１回来訪し希望者が利用しています。利用者の希望に応じた服装、装飾品などのおしゃれへの配慮や化粧を希望する利用者の援助などの取組みを期待します。
B－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。（欠番：A－3－③に統合）		
2－（6） 健康管理		
B－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。（関連：A－7－①）	a	定期的に健康診断を実施し受診結果を記録し、日々の健康管理やケアに反映しています。
B－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。（関連：A－7－①）	a	全利用者のバイタルサイン、食事、水分、排泄の状況を把握し記録しています。健康状態変化時の受診の際には医師との連携資料として活用されています。
B－2－（6）－③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。（関連：A－7－①）	a	利用者の内服薬・外用薬は施錠できる医務室で看護師が管理し、介護職員が配薬、与薬介助し、利用者確認の声かけ、服用後の薬袋確認などで誤薬防止に努めています。誤薬対応について医師と連携し対応しています。処方変更時は個人ファイルに記載され申し送りで職員に周知されています。
B－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。（関連：A－7－①）	a	全利用者の水分摂取量をチェックシートに記録し継時的に状況を把握しています。お茶・コーヒー・好む飲料・ゼリーなど工夫をして水分を摂取し必要な水分摂取量を確保し脱水予防に努めています。
B－2－（6）－⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。（欠番：A－2－④に統合）		
B－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。（関連：A－7－①）	a	嘱託医が週１回来訪し、利用者を診察し状態変化に応じ医師からの指示、助言、診断、治療を受ける体制ができています。また毎朝のミーティングでは看護師・介護職員が健康状態に合せたケアを協議し連携しています。
B－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。（関連：A－7－①）	a	協力医療機関との連絡及び緊急時受け入れ体制は確立しています。施設内も夜間の看護連携体制を確立し、緊急対応マニュアルに基づいて急変時の対応ができるように職員への周知に努めています。
B－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。（関連：A－7－①）	a	協力医療機関の受診や入院治療の受け入れ体制は確立しています。専門科受診については嘱託医と相談し紹介してもらうなど連携もできており利用者の傷病状態に応じた受診や入院治療が実施されています。

２－（７）　衛生管理		
Ｂ－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。（関連：Ａ－７－②）	a	感染対策委員会は定例と必要に応じて開催し、感染防止に関する協議を行い必要事項を職員に周知しています。感染防止マニュアルの変更は感染対策委員会で検討し現状に合わせて変更・改訂を行なっています。職員研修会を行い感染症対応について周知しています。
Ｂ－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。（関連：Ａ－７－②）	a	厨房の衛生管理マニュアルに基づき、清掃及び食器や衣類・履物の消毒、殺菌を行い衛生管理体制を確立しています。また、厨房は関係者以外入室できない構造となっています。
Ｂ－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。（関連：Ａ－７－②）	b	「手洗い」は、職員・利用者が励行するように努めていますが、食事前・外出後は徹底できていません。また来訪者に対しては施設の入口に手指消毒液やマスクを設置していますが、うがいが出来る洗面台などが使いやすい場所にないことなどから徹底できていません。インフルエンザやノロウィルスなどの感染症は高齢者にとって生命を脅かすことに繋がる危険性も高く、感染防止を徹底するための対策の充実を期待します。
Ｂ－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。（関連：Ａ－７－②）	b	温度計・湿度計はパブリックスペースに設置し、冬季には加湿器を設置するなど施設内の温度･湿度・空気などが適度に保てるように配慮していますが記録はしていません。年1回のエアコンの清掃をしています。各居室・脱衣室などの温度計・湿度計の設置、記録の整備などの管理手順書を作成し適切に調整できるように期待します。
Ｂ－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。（関連：Ａ－７－②）	b	短期入所利用者は利用前に感染症の確認を行い、入所後は入所利用者と同様に感染防止マニュアルに基づき感染症対策を行っています。施設の入口に手指消毒液やマスクも置かれていますが、うがいが出来る洗面台などが使いやすい場所にないことなどから徹底できていません。また、短期入所利用者の感染防止マニュアルも定期的に見直し、短期入所利用者の特性に応じた内容になっているか確認されることを期待します。
２－（８）　機能回復訓練		
Ｂ－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。（欠番：Ａ－６－①に統合）	／	／
２－（９）　レクリエーション		
Ｂ－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。（関連：Ａ－１－①）	b	全体行事は家族にも参加を呼びかけたり、外出レクリエーションなどは利用者の希望を聞き実施してます。日々のレクリエーションについて、利用者個々の趣味や希望をさらに活かしたメニューの見直しを期待します。
２－（１０）　移　動		
Ｂ－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。（欠番：Ａ－２－③に統合）	／	／
２－（１１）　認知症高齢者への対応		
Ｂ－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。（欠番：Ａ－５－①に統合）	／	／
Ｂ－２－（１１）－②　身体拘束は原則として禁止としている。（関連：Ⅲ－１－１－①）	a	契約書・重要事項説明書で緊急やむを得ない場合を除き身体拘束や行動を制限する行為を行わないことが明文化され、身体拘束廃止マニュアルを遵守し、身体拘束は行っていません。
２－（１２）　看取りケア		
Ｂ－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。（関連：Ａ－４－①）	a	看取りケアに関する指針を定め、入所時に説明すると共に家族講習会を開催し施設における看取りの理念について周知しています。看取り介護を意識するような時期には医師を交えて利用者・家族と話合い意向を尊重し同意書に署名・捺印をいただいています。職員は研修会で看取りを学び、施設サービス計画に基づき、看護・介護・栄養などのケアチームが中心となっていつまでも口から食べれるように様々な工夫を凝らし、利用者がその人らしく過ごせるように職員が一丸となって取り組んでいます。
Ｂ－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。（関連：Ａ－４－①）	a	看取りケアは家族と協議しながら対応し参加を得、協力が密に取れています。家族が休養できる部屋があり環境を整備しています。
Ｂ－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。（関連：Ａ－４－①）	a	協力医療機関の往診や入院可能な連携ができており、施設内では看護師が中心となり全職員が看取りケアについて理解し協力体制を確立し看取りをしています。