

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016 年 11 月 7 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 060-0002

住 所

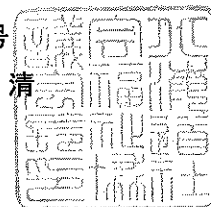
札幌市中央区北2条西7丁目

電 話 番 号 011-241-3766

評 価 機 関 名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 北海道 第15-004号

代 表 者 氏 名 会長 長 瀬



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)	野村 宏之	総合	第0158号
	(2)	坂本 豊	福祉医療保健	第0093号
	(3)	小野寺さゆみ	総合	第0116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 陽明園			
設置者名称	社会福祉法人緑星の里			
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 8 月 5 日	～	2016 年 11 月 7 日	
利用者調査実施時期	2015 年 9 月 10 日	～	2015 年 10 月 23 日	
訪問調査日	2016 年 2 月 8 日			
評価合議日	2016 年 9 月 1 日			
評価結果報告日	2016 年 11 月 7 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

社会福祉法人北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称: 社会福祉法人緑星の里(特別養護老人ホーム陽明園)

代表者氏名: 理事長 尾野 聖一

所在地: 〒059-1365 苫小牧市字植苗121番地7

TEL 0144-58-2321

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

◆新任職員の育成を重視した先進的な取り組み

法人の事業計画中の重点目標において「人材育成制度の構築と人材の確保」を定めており、様々な取り組みが実践されています。中でも、新任職員育成のためのシステム(チューター制度)について、高く評価します。これは、先輩職員(チューター)が新任職員(ルーキー)をマンツーマンで指導・助言し、良き相談相手となって支援する制度となっています。将来的には、嘱託職員・パート職員もこの制度の対象にしていくことが期待されますが、このシステムは、新任職員の育成を通じて先輩職員を育成する目的もあり、職員の離職防止、定着に繋がる取り組みとなっています。

◆介護度が高い利用者でも食事を楽しめるための栄養ケアマネジメントの実施

施設では、要介護度4以上の利用者が多いこともあり、日ごろから体調管理を行っています。ユニットごとに、利用者の体調や疾病に合わせたケアが行えるよう、食事面でも重点的に必要なケアに取り組んでいます。利用者個別の栄養状態についてのスクリーニングを行い、全員に対して栄養アセスメントとモニタリングを実施しており、管理栄養士がまとめた各利用者の栄養ケア上の課題をケアプラン会議などにおいて多職種で検討しています。介護職や看護職のほか、機能訓練士も関わりながら栄養ケア計画を立案しています。管理栄養士が利用者の様子から日々の栄養状態を毎日確認し、介護職からの食事に関する相談を受けながら、栄養面だけではなく、利用者の楽しみにつながる食事となるよう利用者や家族の希望も踏まえて実施しています。

◇改善を求められる点

◆中・長期計画策定の必要性について

事業計画の中に、法人全体と介護事業部の「中期事業計画」の項目があり、それぞれテーマが設定されています。しかし、実施する福祉サービスの内容や組織体制・設備の整備、職員体制などに係る具体的な数値目標の設定までには至っておらず、収支計画も未策定となっています。各事業年度における施設経営の分析・検証に取り組んでおり、人事管理制度についても概ね整備されている状況にありますので、早急の中・長期計画策定に着手することを期待します。

◆プライバシー保護と情報管理の在り方について

一部のユニットに、利用者や家族のプライバシーに配慮がなされていない掲示があります。また利用者情報の保管・管理についても適切さに欠ける状況が散見されます。法人ではプライバシー保護マニュアルが整備されていないことから、虐待対応マニュアルと併せて早期の策定に着手することが望まれます。また、今一度全職員に対して、利用者のプライバシー保護と情報の管理などに配慮したサービス提供について周知し、ユニットごとの情報共有の差を解消するなど、意識づけに向けた取り組みを期待します。

◆日常的なリスクへの職員の意識づけ

法人にはリスクマネジメント規程が整備され、リスクマネジメント委員会が設置されています。各ユニットには事故を予見して記入する「ヒヤリ予見書」が設置され、想定されるリスクや事故などを記入して分析し、防止対策を検討しています。しかし、トイレ内での洗剤の置き方や利用者の薬の管理、食後の服薬に誤飲が予見される場面があるなど、法人や施設の取り組みが十分に機能していない状況があります。法人ではリスクマネジメント規程に基づくマニュアル策定を検討していることから、施設においてもリスクを収集し職員への意識づけを行うなど、確実な体制作りを期待します。

◆ユニットごとのサービス提供水準の平準化とユニットケアの可能性を活かす取り組み

施設にはユニットケア推進委員会が設置されていますが、各ユニットでの取り組みやサービスの提供水準に差がみられます。また、施設サービスの基本となる各種マニュアルの設置もユニットによってばらつきが見られます。そのため、ユニットケアのメリットでもある手厚い個別ケアやプライバシーの尊重などを視野に入れて取り組んでいるユニットと、日々のケアの実践で精一杯となっているユニットの差がなかなか埋まらない状況があります。毎日行っているケアに関して不足している情報や手順などを含めたマニュアルを整備し、周知徹底する機会を全員が確保するなど、職員の個別の判断に頼るのではなく、理念に基づいた標準的ケアが職種や正規・非正規などの雇用状況によらず職員全員が行えるように取り組むことが望まれます。そのうえで、利用者理解や家族との信頼関係を深めていくなど、次の取り組みを施設全体で行っていくことを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

「暮らしの継続性」を目的とした介護のみならず、利用者様への支援を目指し、安心安全は職員の義務と位置づけ、職員の利用者様への関わりの重要性をさらに育成し、利用者様おひとりおひとりが今日一日を終える時に楽しかった、よい一年だったと思っただけの様な寄り添い支援を今後一層目指していきます。

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 11 月 5 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 緑星の里		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム 陽明園	事業種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 059-1365 苫小牧市字植苗 5 1 番地の 1 7 7		
電 話	0144-58-2421		
F A X	0144-58-2422		
E-mail	ryokuseinosato@ryokusei.or.jp		
U R L	http://ryokusei.or.jp		
施設長氏名	尾野 清一		
調査対応ご担当者	中原 欣之 (所属、職名：陽明園介護支援課長)		
利用定員	80 名	開設年	昭和 52 年 4 月 1 日
理 念	念：共感共生 共に感じ、共に生きる 共学共育 共に学び、共に育てあう 共励共働 共に励ましあい、共に働く 共慈共愛 共に慈しみあい、お互いに愛し合う 共支共老 共に支えあい、共に老いる		
基本方針	・「支え合って共に生きる」という法人理念の明確化 ・透明性が高く、社会的に信頼され、開かれた法人経営 ・自律的で自己責任に基づく法人経営 ・経済合理性を基調とした財政の確立と施設経営の追求 ・人命尊重、人権尊重の立場に立ち、高い倫理性と高度な技術に基づくサービスの提供 ・地域社会との連携を深め、ノーマライゼーションの理念に立ち、積極的に利用者の自立生活の援助を図る		
施設・事業所の特徴的な取組	個室ユニットケアの推進による個別ケアの実現を目指しています。		
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)

短期入所生活介護事業 定員20名 通所介護事業 定員17名 居宅介護支援事業

【利用者の状況に関する事項】（平成27年11月5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
1名	2名	5名	9名	13名	23名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合計		
19名	6名	1名	79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	1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	9名	19名	3名	3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	10名	19名	3名	3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
10名	9名	15名	13名	5名	8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
6名	2名	3名	2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
1名	1名	名	名	名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	名	名	1名		

(平均利用期間: 3年2ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(平成27年11月5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	58名	1名	1名	1名	2名
非常勤	15名	名	名	名	名
	機能訓練指導員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	1名	43名	名	5名	名
非常勤	名	3名	名	1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	3名
非常勤	名	2名	名	1名	8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	2名(名)
介護福祉士	38名(1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	2,485.13㎡		
(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	昭和	52年	
(4) 改築年	平成	20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 26 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

450 人

・ボランティアの業務

- ・喫茶店
- ・オムツたため
- ・会話ボランティア

【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	2 人
その他	8 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。

- ・施設内に意見箱を設置している。
- ・相談や意見に対しては、応接室などで対応している。

【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・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	法人の事業理念がパンフレット・ホームページに記載されており、職員に対しては、ユニット会議や運営会議などで周知されている。また、利用者懇談会を毎月開催し「陽明園かわら版」を用いて行事予定を中心に説明している。家族会総会においても周知しているが、出席者が少なく、欠席者に対しては書類の送付にとどまっており、今後の取り組みに期待したい。

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。	a	法人は、長年様々な福祉サービスを展開し、当該地域における民間社会福祉事業の一翼を担っている。法人全体の施設長会議を毎月実施し、施設稼働率や地域状況を把握・分析して、その結果を各施設の運営会議などで周知している。また、社会福祉法人制度改革の対応を検討するため、法人内に設置している社会貢献推進委員会において、各施設の代表職員による具体的な取り組みの検討が進められている。
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。	a	法人の事業理念及び法人経営の基本方針に基づき、平成26年度は「①目標稼働率の達成、②ユニットケアの推進、③利用者サービスの向上、④経営状況の公表」を重点課題に設定した。実施状況については、運営会議において検証・分析を行い、ユニット会議などにより職員に周知している。この経過を踏まえて、平成27年度は「①利用者サービスの向上、②人材育成の取り組み、③防災対策の強化、④事故防止・感染症予防の強化、⑤目標稼働率の達成」を重点課題に設定し、事業計画化している。

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	各年度の事業計画の中に法人全体と介護事業部の「中期事業計画」の項目があり、それぞれテーマが設定されている。しかし、実施する福祉サービスの内容や組織体制・設備の整備、職員体制などに係る具体的な数値目標の設定までには至っておらず、収支計画也未策定となっている。各事業年度における施設経営の分析・検証には取り組んでいることから、中・長期計画の早急な策定が望まれる。
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	各年度における事業計画では、制度対応、利用者状況を踏まえて、施設運営に係る重点課題を設定し、各事業に取り組んでいる。事業計画にある経営指標には、利用者増減、報酬加算などの記述はあるが、それらを達成していくためのサービス実施、人材育成をどのように進めていくのか、中・長期的な視点を明確化していく必要がある。今後は、中・長期計画策定の上、それを反映した単年度事業計画の策定が望まれる。

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。	b 施設内に「リスクマネジメント、掃除環境美化、ユニットケア推進、接遇、行事趣味活動」の委員会が設置され、それぞれの検討状況、利用者・家族の意見・要望、各職員からの意見などを集約して計画を策定している。また、その進捗状況についても運営会議において毎月周知・確認・検証を行っている。ただ、計画策定段階においては、一部幹部職員での取り組みとなっており、今後は、より幅広い職員の参画を増やしていく仕組みづくりに期待したい。
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。	b 毎月実施している利用者親睦会において、主に行事や生活に関連することについて説明しているが、事業計画の内容については、十分とは言えない。家族に対しては、家族会総会にて説明しており、欠席者には資料送付で対応している。事業報告は、ホームページにおいて公表している。今後は、利用者・家族に対する周知・意見聴取方法などを工夫し、円滑な施設運営に資する取り組みの促進に期待したい。

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	リスクマネジメントなどの各種委員会活動により、それぞれの検討項目に取り組み、その進捗状況を運営会議において報告・検証している。第三者評価受審は今回が初めてということもあり、自己評価は各ユニットにおいて実施し、運営会議にて集約した。今回の評価結果に基づく改善活動を継続する意向が示されており、組織的かつ継続的な活動の仕組みづくりに期待したい。
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。	b	各種委員会活動における検討課題については、運営会議において報告・検証され、その対応を決定した後、各ユニット経由にて各職員に周知されているが、対症療法的な対応となっている。今後は、把握した課題に対する改善策や改善実施計画を立てて実施する仕組みとなるよう、特に中・長期的な取り組みが必要な課題については、中・長期計画に位置付けて組織的に取り組んでいくことに期待したい。

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。	a	法人組織機構図及び施設の職員組織図・運営規程により、従業者の職種、人数及び職務内容・権限などについて、明文化している。管理者は、各種委員会に対して様々な課題への検討を指示し、円滑な施設運営を目指すためにアドバイスを行っている。
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。	a	管理者は、法人の施設長会議やコンプライアンス委員会、虐待防止委員会から得た、施設運営上遵守すべき法令に関する情報について、適宜運営会議にて職員に周知を図り、必要に応じてリスクマネジメント委員会などで具体的な検討を指示している。

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。	a ユニットケア推進委員会、接遇委員会などにおいて、福祉サービスの質の向上に向けた具体的な検討を指示している。各ユニットでの状況把握を行うため、運営会議において丁寧に確認している。また、複数の介護職員を虐待防止研修に派遣し、報告会を実施している。
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。	a 運営会議において、前月の稼働率や施設収益推移の資料を配布・説明し、職員にコスト意識を啓発するとともに、各種委員会活動の進捗状況を確認し、適宜職員にアドバイスを行うなど、円滑な施設運営に資するため、管理者として積極的に取り組んでいる。

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。	a	法人の事業計画中の重点目標において「人材育成制度の構築と人材の確保」を定め、様々な取り組みを実施している。新任職員の育成のために先輩職員を配置するチューター制度に取り組み、職場内の教育・指導体制強化を目指している。職員採用については、学校へのリクルート活動、施設見学会などに取り組み、既卒者を含めた随時採用についても実施予定としている。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	法人として、平成19年度から人事考課制度を導入しており、実施の手引き（人事考課マニュアル）に基づき「期待する職員像」を具体的に示す評価基準をもとに、考課方法を明らかにしている。職員の自己評価と複数の考課機会（考課者）を設定し、取り組んでいる。今後は、正規職員のみではなく、嘱託職員やパート職員についても対象とする制度への移行に期待したい。
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り組んでいる。	a	人事考課時の正規職員に対する年2回の面談と正規以外の職員に対しても年1回以上個別面談を実施し、就業状況や意向把握に努めている。その際の職員の声として、終日を通して人手不足との意見が多く、夜勤を8時間に変更したことで改善の方向性に向かうなど、具体的に反映させている。福利厚生は、パートを除く全職員が（福）福利厚生センターに加入している。また、有給休暇の取得を始めとして、育児・介護休暇制度の活用促進も図り、職場復帰しやすい労働環境づくりに取り組んでいる。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。			
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	法人として「人材育成の方針」及び「求められる職員像」を明確にし、業務スキル・ヒューマンスキル・マネジメントスキルを職員研修で習得すべき三大スキルとして定義している。また、法人の人事考課制度における資格区分別、職種別、キャリアパスなどと連動して体系的な目標管理が行われている。ただ、正規職員のみを対象としていること、予め法人が研修体系を定め、それを職員が選択する方法をとっており、職員一人ひとりの目標管理まで至っていないことから、今後のさらなる取り組みの強化に期待したい。
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	法人として人材育成方針を定め、体系的に研修計画が策定され、各種研修が実施されている。しかし、一部未実施となっている研修がある。人事考課制度において昇格要件となっている研修が福祉サービスの質の向上につながっているのか、研修成果の評価・分析を行い、次の教育・研修計画策定に反映していくことに期待したい。

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	法人の人事考課制度により、職員一人ひとりの知識、技術水準、専門資格取得状況などを把握している。特に新任職員に対するチューター制度の取り組みは、評価に値する。今後は、嘱託・パート職員にも対象を拡げるとともに、職員一人ひとりの研修受講履歴や資格取得予定などが記載された個別管理シート作成の上、進捗管理していくことに期待したい。
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。	b	法人全体で実習生の受入れを行っている。実習を担当する職員が決められているほか、実習の目的や受入れ時の留意事項が明文化され、週ごとの実習プログラムも作成されている。しかし、受入れ方針やマニュアルは定められていないため、施設としての受入れ方針・マニュアルを早急に整備し、近い将来の人材確保の意味でも、専門職の特性に配慮したプログラムの検討・作成に期待したい。

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。	a	ホームページを活用し、法人の事業理念や事業所・事業の紹介、事業報告・決算報告、広報誌「緑星通信」などを適切に公表している。また、行事・研修などの開催の様子や社会貢献推進委員会による地域連携活動の取り組みについては、フェイスブックを活用し、随時情報を公表している。
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。	a	法人として定款・諸規程が整備され、各施設における運営規程や事業指針などにより職務分掌と権限・責任を明確にして職員に周知されている。制度改正や諸課題の対応が必要な際は、法人内の運営適正化委員会、コンプライアンス委員会において検討し、対応方針を決めて各施設に周知している。また、会計事務所による外部監査を活用し、専門家による事業・財務に関するチェックを受けている。

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	介護度が重い利用者が多く、外出機会は多いとは言えないが、地域の盆踊り、お祭りへの参加や買い物の希望などには、職員の支援体制を整えて対応している。今後は、地域との定期的な交流機会の設定や、個々の利用者ニーズに応じた支援体制づくりに期待する。
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	現在までに、オムツ整理と喫茶店、法人・施設のお祭りに係るボランティアの受入れ実績があるが、受入れに対する基本姿勢の明示、マニュアルなどは整備されていない。今後は、ボランティアを地域社会と施設をつなぐ柱と位置付け、早急な体制整備に期待したい。
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。	b	利用者の多くが医療的ケアを必要としており、協力医療機関など病院との連携については、確立されている。市社会福祉施設連絡協議会、市社会福祉施設関係者連絡会議に参画し、定期的に連絡会議に参加して連携を図っている。今後は、利用者によりよい福祉サービスを提供するために、必要な情報収集などを積極的に行い、職員間でその情報の共有化が図られるよう期待したい。

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。	a 法人内の社会貢献推進委員会が社会福祉法人にふさわしい地域活動の検討を行っており、「市民の健康づくり教室」や「こども交通安全サポーター事業」などに取り組み、成果を上げている。
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。	b 市との共催事業で機能訓練の巡回教室を月1回実施している。法人内他地域の事業所において、市と連携した認知症カフェ事業に取り組み、地域への啓発や相談窓口としての機能や交流の場となっていることから、今後は地域ニーズを踏まえ、高齢者施設の特徴を活かした取り組みの促進に期待したい。

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。			
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。	c	利用者を尊重したサービスの提供として、入所時に身体拘束を行わないことを文書で説明し、リスクの観点から家族が身体拘束を希望しても、その方針を説明し、理解を促すなど徹底している。また、「家庭的な暖かさや、相手の立場になって考える思いやり」を基本方針とし、ユニット型の特性を活かしたケアに努めている。職員綱領が時代に沿ったものとなるよう、運営会議の中で変更が検討されているが、会議で決定したことを全ての職員に周知する仕組みが十分ではない。今後、新しい職員綱領の早期作成とともに、ユニットごとに回覧する仕組みを徹底するなど、会議の内容を全職員へ周知する体制を整備し、利用者へのより暖かなサービス提供に繋がる取り組みが望まれる。
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。	c	法人及び施設にプライバシー保護マニュアルが整備されていない。一部のユニットに、プライバシーへの配慮が十分ではない掲示が見られるなど、利用者情報の保管・管理についても適切さに欠ける状況がある。今後、虐待対応マニュアルの整備と併せて、プライバシー保護マニュアルの策定に早期を着手するとともに、全職員に対して利用者のプライバシー保護に配慮したサービス提供について、強く意識づけをするための取り組みが望まれる。
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。	a	法人ホームページ及びパンフレットにて施設が提供するサービス内容などの情報提供がなされている。パンフレットには、施設の特徴であるユニット型の機能が利用希望者に分かりやすく説明書されている。
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	サービスの開始期に入所案内と契約書、重要事項説明書、運営規程について説明し、同意を得ている。また、入所前には担当者会議が開催され、利用者の情報を職員で共有している。サービス担当者会議への家族などの参加は少なく、施設では積極的な出席を促すよう取り組みを始めている。契約は、本人に意思能力がある場合でもキーパーソンにあたる家族を契約者としている。今後、家族の高齢化や介護度の高い利用希望者の増加などを見据えて、成年後見人との契約など意思決定困難な利用者とのルール化や契約書の整備などの取り組みに期待したい。

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。	c	他の施設や家庭へ移行するようなケースは少なく、連携先の病院への転院がわずかにあるにとどまっている。しかし、事例が少ないとしても、サービス終了後の相談方法や担当者などを文書に記載し、利用者や家族に対して説明するための引き継ぎを明文化する取り組みが望まれる。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	月1回利用者親睦会を開催し、月内の行事を説明するとともに要望などを聞いている。利用者の誕生日にはユニットごとにお楽しみ会が開催されている。食事については嗜好調査や聞き取りを行い給食会議を開き、週1回のセレクトメニューに反映させている。聞き取りが叶わない利用者には電話などで家族に確認している。しかし、家族会の活動が活発ではないことから家族の横の繋がりがなく、要望も少ない。今後、利用者本人はもとより家族の要望も反映させる仕組みを検討し、満足度向上への取り組みに期待したい。
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	法人に苦情解決要綱が整備され、施設内に苦情受付や解決について掲示はなされているが、家族などに対しては利用開始期の重要事項説明書の記載にとどまっている。また、苦情解決規程は苦情や意見への対応方法やフィードバックについて未策定であり、今後の取り組みに期待したい。
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	施設内に意見箱が設置され、相談や意見に対しては、応接室や利用者の居室で対応している。相談窓口として介護支援課長と生活相談員が配置されているが、そのことが利用者や家族などには周知されていない。今後、施設内に掲示して周知するとともに、家族に対しても様々な形態で相談できることを伝えていく取り組みに期待したい。
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	利用者から把握した相談内容や意見について職員会議で報告し、引継ノートや日誌などを通じて職員が共有し、迅速な改善に取り組んでいる。しかし、記録方法や報告手順について具体的に明文化されたマニュアルは整備されていないため、対応マニュアルの策定に取り組むことを期待したい。
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。	c	法人にリスクマネジメント委員会があり、リスクマネジメント規程が整備されている。各ユニットに「ヒヤリ予見書」が設置され、想定されるリスクを記入して提出している。予見書とヒヤリハット報告書をもとに事故防止委員会で分析し、防止対策を検討している。しかし、トイレ内に利用者の薬が置いてあることや洗剤の置き場所、食後の薬の取り扱いの際に誤飲に繋がる可能性が予見されるなど、リスクに繋がる場面が散見される。法人では、リスクマネジメント規程に基づくマニュアル整備も検討していることから、今後もリスクを収集し、職員への意識づけを行うなどさらに確実な体制づくりが望まれる。

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。	c	法人に感染予防対策委員会が設置されている。施設では、看護師や栄養士などの参画による衛生管理委員会が月1回開催され、生ものなどの持ち込み規制の協力依頼、手洗い・うがいの実施、マスクの着用、利用者に対する予防接種の実施などが検討されている。しかし、感染症予防対策マニュアルは整備されているが、各ユニットに配布されず、マニュアルに基づく研修の機会もない。また職員はマニュアルの存在は認識しているものの、その内容の習熟度は決して高くはない。今後、各ユニットへのマニュアル配布と、マニュアルに基づく研修の実施により、利用者の安全確保の体制が、より確実にすることが望まれる。
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。	a	法人全体で防災計画が整備され、避難誘導・総務物資・設備点検・救援救護など6つに班編成され有事に対応する体制が整えられている。施設の防災訓練は年2回、夜間と昼の火災を想定して行われ、2階のユニットからどのように利用者を誘導するかを検討し実施している。災害時の食料や水などは栄養士が管理し、3日分を施設併設の倉庫に備蓄している。

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	食事・入浴・排泄などの詳細なマニュアルが整備され、利用者の尊厳やプライバシーに配慮したケアが盛り込まれているが、日々のサービス提供に関する標準的なマニュアルは整備されていない。また、マニュアルは各ユニットへは配布されず、重要事項説明書にその作成が明記されている利用者の人権・プライバシー保護に関する業務マニュアルも未整備である。利用者一人ひとりに対するサービス提供はその多様性から画一的とはならないが、施設で提供するサービスの標準的な手順を整理することは職員自らの振り返りともなるので、その作成について今後の取り組みが望まれる。
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	法人のリスクマネジメント委員会で、食事や入浴マニュアルの改訂について、検討作業を行っている。また、法人内施設の垣根を越えて月1回開催される「Let's KAIZEN」において、設備などハード面のリスクについても検討している。施設独自の取り組みとして、他法人のユニットケア施設を見学し、サービス提供、設備、利用者満足度などを振り返る仕組みがある。しかし、各ユニットのサービス提供に差があることから、今後、標準的なマニュアルの策定を通して、これまでの実践を見直す取り組みに期待したい。
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。	a	利用者一人ひとりの特性、身体状況、生活状況をアセスメントで把握している。利用者の担当職員が医療やリハビリテーション、栄養士などのチームにより、利用者と家族の同意のもとサービス計画を策定し、統一された様式に記載している。計画の進捗状況は、担当者が日常的にモニタリングし、月1回開催されるサービス担当者会議にて共有している。
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	サービス計画はモニタリングを通じて、経過や評価、表出した課題を半年ごとに分析して、サービス担当者会議で検討し見直しを行っている。ADL（日常生活動作）低下などの場合は副主任が看護職と協議し、チームで対応している。サービス担当者会議への利用者や家族の参加が少ないため、会議に向けて家族などの参加を募るよう検討しており、今後の取り組みに期待したい。

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。	c 利用者の記録は、事務室と各ユニットに設置されているネットワークシステムにより、職員が共有している。8時間夜勤体制の導入以降は、夜勤と早番の職員はシステムでの申し送りを行っている。情報の共有は各ユニットでの取り組みに一任されており、ユニットにより共有の程度に差が見られる。今後、会議録について、全職員への回覧やユニットごとの提出を検討するなど確実な申し送りと共有が望まれる。
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。	c 法人に個人情報保護規程が整備され、基本方針や利用目的を定めており、個人情報の利用と第三者への提供に関する同意書を交わしている。しかし、一部ユニットでは利用者情報を管理する棚に鍵がなく、部外者が容易に取り出せる状況にある。また、利用者情報のユニット内での掲示や、パソコンが常に起動し画面が見えるなど、管理体制が確立しているとは言えない。今後、個人情報保護の振り返りや各種会議の機会を通じて職員へ周知徹底し、記録の管理についての強い意識づけが望まれる。

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	利用者は10名ごとのユニットに分かれて生活を送っているが、ユニットにより個別ケアの水準が異なる。事業所では、導入可能なユニットから個別ケアを推進していく方針となっているため、今後はすべてのユニットで利用者の個別性を尊重した支援ができるよう取り組んでいくことを期待したい。
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	利用者の高齢化や要介護度4以上が7割を占める状況にあり、職員は個別の障害に配慮しコミュニケーションを図っている。意向の表出が可能な利用者に対して、言葉遣いや態度についての意識付けを行っている。しぐさや様子から利用者の思いを汲み取っていく取り組みを始めており、今後は利用者の様子を記録し、職員が共有することで利用者からのサインを見逃さないようにしていくことを期待したい。

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。	c	ユニット内に浴室はなく、一般浴室と機械浴室から遠いユニットもあるが、機械浴の場合は居室で脱衣ストレッチャーで移動することになっているため、プライバシーの問題や冬期間の体感温度などへの配慮が期待される。また、ユニットごとに浴室の利用時間や人員配置の関係があり、利用者の希望の時間や同性介助の希望にも応じられていない状況がある。入浴は単に清潔を保つためだけでなく、今後は個別ケアを導入することになっているため、利用者がリラックスできるよう入浴支援の工夫が望まれる。
A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	衛生面では、感染症予防のため、汚染がある場合はリネン類の交換を随時行っている。また、利用者ごとに尿量や回数などを記録し、誘導を行っている。しかし、利用者名の入った排泄に関する事項を、来訪者も目にするユニット内に掲示するなど、職員のプライバシー配慮の意識が低い。居室での排泄介助も、時間帯によってドアを閉めずに行うなど、羞恥心への配慮について職員間で共有していくことを期待したい。

<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者の状態に合わせた移乗介助はユニットの先輩職員が主任が指導し、適切な介助ができるようにしている。しかし、複数の車いすを一人の職員が移動させることや、車いす利用中の利用者への配慮が見られない場面もある。車いす操作についてOJTだけではなく、標準的なケアマニュアルに沿った研修の実施と、車いすが移動のための用具であり、一日を過ごす場ではないことについて職員間で共有していくことを期待したい。</p>
<p>A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>体位交換が必要な利用者やエアマットを使用する利用者も多いが、職員に対する褥瘡予防の研修は行われていない。皮膚が赤くなりやすいなど個別の利用者ごとの対応についても申し合わせは行っているが、リスク予見の視点など職員が理解していくことを期待したい。</p>

A-3 食生活

	第三者評価結果	コメント
<p>A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p>	<p>b</p>	<p>厨房からユニットまで温冷配膳車によって食事が運ばれている。ユニットにより職員の声かけや雰囲気作りの意識に差がみられる。職員体制が整い次第、食事の際の支援について取り組んでいくことになっているが、どのような支援が望ましいのかなど、職員全体で共有していくことを期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者ごとの栄養ケア計画があり、身体状況などに合わせて提供する食事の刻み方や柔らかさなどに配慮しており、利用者のペースに合わせて食事を行えるよう時間を確保している。また、訪問調査時においても、適切に機能している様子がうかがえた。しかし、ユニットによって食事介助が重なってしまう状況も想定されるため、業務的な対応とならないような工夫をしていくことに期待したい。</p>
<p>A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>毎食後に口腔ケアを実施している。胃ろうの場合も3時間おきにガーゼやスポンジで清潔を保っている。痰が出るなど利用者の状況に応じて、機能訓練士が歯科衛生士と連携し、囁託の歯科医に繋いでいる。</p>

A-4 終末期の対応

	第三者評価結果	コメント
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>終末期に対するマニュアルは整備していない。入居時などに意向を確認しているが、施設で終末期を希望する利用者はいなかった。地域での医療連携の問題もあるが、施設としての指針を作成し職員の教育や技術の向上を図るとともに、利用者や家族への情報の提供と医療機関との連携を行っていくことが望まれる。</p>

A-5 認知症ケア

	第三者評価結果	コメント
<p>A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p>	<p>b</p>	<p>以前は認知症ケアマニュアルを職員に配布していたが、近年は配布しておらず、職員研修も実施していない。身体拘束は実施しない方針となっているが、認知症の症状は様々であり基本的な理解が求められることから、職員への研修などの充実を期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>法人にリスクマネジメント委員会があり、認知症高齢者に限らず、すべての利用者が安全に過ごせるよう環境のリスクアセスメントを行っている。職員から事故が起きる前のヒヤリハット情報を集めやすくするために、書式を工夫しながら取り組んでいる。</p>

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	利用者全員の個別機能訓練計画書を作成しており、3ヶ月ごとに見直しを行っているが、個別の機能訓練の実施記録は整備されていない。今後は集団体操などの全体の実施記録だけでなく、個別対応を行った記録を整備していくことを期待したい。

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	健康診断は医療機関で実施しており、また、毎日バイタル測定データのデータは看護職も確認をしている。しかし、通常の健康管理に対するマニュアルが整備されておらず、体調急変時のマニュアルはユニットごとに設置されていない。そのため経験の浅い職員からヒヤリハットも報告されている。パソコンで管理する個別記録に健康状態を記入する項目が設定されているが、記載についての共通理解を促す取り組みは今後の課題となっている。健康状態のチェックは行っているがそれをどのように運用するのかについて、介護職だけではなく、多職種での連携体制の構築を期待したい。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	c	衛生管理マニュアルが策定され、定期的な衛生管理の取り組みがなされている。また、手洗いやうがいの励行は、利用者や職員だけではなく、来訪者にも掲示し促している。一方、感染症発症時の処理キットは各ユニットに備え付けられているが、使用方法の周知が徹底しておらず、発生時には看護師の指示を受けて作業をすることになっている。感染症や食中毒のマニュアルが設置されていないユニットもあることから、職員がマニュアルを確認できる環境の整備と研修の実施が望まれる。

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	ユニット内の飾り付けなどが長期間そのままになっていたり、利用者の歩行スペースに物品がはみ出ているなど、整理整頓や点検基準などのルール作りが望まれる。特にユニット内は利用者の生活スペースであるということを職員全員が意識し、職員の私物の持ち込み制限や置き場所の工夫を行い、利用者のための設備が有効に機能するよう取り組むことを期待したい。

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	利用者家族への個別の連絡は、利用者の体調変化や要件があるときなどに随時行っているが、定期的には行っていない。家族会はあるが施設側は参加しておらず、意見交換会の機会も設けていない。毎月法人の広報誌を送付しているが、家族の知りたいことがどのような内容かを検討し、情報提供を丁寧に行っていくことを期待したい。

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）	c	契約時に利用契約書と重要事項説明書で内容について、利用者や家族に対して説明し、同意を得ている。しかし、契約書と重要事項説明書双方で第三者契約の書式となっており、利用者と契約者双方の同意を得る書式が取られているため、直接契約ができる利用者については書類を整備し、説明方法も利用者に合わせて方法で実施していくことが望まれる。
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	第三者契約の書式しかないため、契約能力があるかどうかの判断が行われておらず、直接契約は行われていない。今後、契約にあたり成年後見制度の周知や積極的な活用などについて検討し、利用者の意思表示能力に応じて契約ができるよう書式などを整備し、適切に運用していくことが望まれる。
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）	c	介護保険の利用者負担額や負担割合が変わった場合は、制度説明のパンフレットなどを配布している。契約書には制度改正に合わせて変更することを記載しているが、利用者ごとの説明は実施していない。今後は、契約内容の変更についても、都度、丁寧な説明を行い、契約変更手続きを行っていくことが望まれる。
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）	a	ホームページでの情報開示が行われている。広報誌は法人全体について記載されている。施設独自のパンフレットがある。パンフレットに掲載している内容は現状に基づいている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
B-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。（関連：A-1-①）	a	利用者の希望により新聞の購読を行っている。ユニットごとに利用者の趣味などに合わせた雑誌を設置しており、料理本などを利用者が気軽に手に取れるようにしている。
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	施設内に売店があり、菓子類などを購入することができる。施設は法人が所有する敷地内にあり、別棟の売店で洋服や書籍などを購入することができる。しかし、家族に必要な品物を差し入れてもらうことが多いため、利用者が直接選んで購入する機会が増えるよう取り組むことを期待したい。
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）	c	ユニット合同での行事や催しが企画されているが、参加・不参加は利用者の意向ではなく、付き添いできる職員の状況によることがあり、利用者の意向が十分に反映されているとは言えない。利用者の希望は多様であり、職員が利用者個別の楽しみを支援する意識を持つことが望まれる。
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	午前8時から午後9時までの時間帯で自由に面会を行うことができる。全室個室となっており居室で対応することが多いが、利用者の居室やユニット内の居間、ユニット間にある共有スペースなど希望の場所で面会することができるなど、利用者や家族の希望を尊重している。

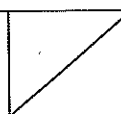
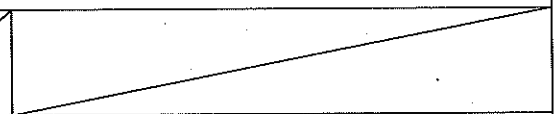
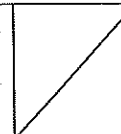
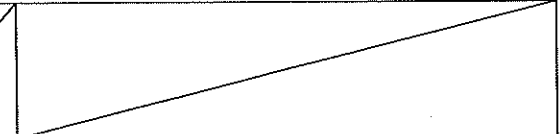
<p>B-1-(2)-⑤ 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて支援を行っている。（関連：A-1-①）</p>	<p>b</p>	<p>外出外泊に制限はなく、家族の対応で実施している。自宅で過ごす場合のケアの方法などを家族に伝え、安心して過ごせるようアドバイスを行っている。今後、家族の高齢化などにより、外出外泊が困難になることが予想されるため、送迎の支援や外部サービス活用のアドバイスなど、利用者の希望を叶えられるよう取り組んでいくことを期待したい。</p>
<p>B-1-(2)-⑥ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。（関連：A-1-①）</p>	<p>a</p>	<p>喫煙習慣のある利用者には徐々に煙草を吸わないよう働きかけている。喫煙場所を設置し受動喫煙がないようにしている。飲酒については行事の際に提供し、晩酌の習慣なども継続できるようにしている。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>利用者が自己管理できる場合は居室の鍵付きの引き出しで管理を行っている。預り金がある場合は担当職員が毎月収支と残高を確認し、明細を毎月送付している。</p>

B-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>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）</p>	<p>b</p>	<p>昨年より、利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の作成過程において、年2回、家族へ参加を促すよう、計画作成手順を変更して取り組んでいる。今後、参加できない家族にも文書で意向確認を行うなど、利用者や家族の希望を計画に反映させる取り組みが定着するよう期待したい。</p>
<p>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）の参加を得ている。（関連：Ⅲ-2-(2)-①）</p>	<p>b</p>	<p>介護職員からの利用者の様子やケア方針については毎週ユニットごとに共有している。ユニットの副主任が専門職や医師の意見書を参考にし、計画作成へとつなげている。今後、直接ケアにあたる職員が参加することで、個別性や利用者の自立への希望などが具体的に計画作成に盛り込まれる取り組みに期待したい。</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>アセスメントや利用者の状況などの背景となる情報を踏まえて、施設サービス計画は、利用者が意欲を持って生活できるよう方針を明示しているが、職員の自己学習や経験に任されている。今後は、職員意識に差が出ないように全体で取り組んでいくことに期待したい。</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>施設サービス計画に基づき支援を行い、毎週のユニット会議において定期的なモニタリングによる計画の評価が行われている。今後は、支援の状況を検討するための記録方法を工夫するなど、計画に挙げられた目標に沿った支援を確認するための取り組みに期待したい。</p>
<p>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）</p>	<p>c</p>	<p>施設サービス計画の会議に家族の参加を促す取り組みが始まっているが、計画を作成し家族に送付し問い合わせがあった場合には説明を行っている。また、計画書の同意が1~2ヶ月遅れる場合もある。計画開始時期までに同意を得てサービスを実施していくことが求められるため、家族への説明のタイミングや方法についての取り組みが望まれる。</p>

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)	a	利用者全員の栄養ケア計画を作成している。利用者の体重・体格指数(BMI)で栄養状態に課題がある利用者を発見し、施設サービス計画の策定会議でも取り上げている。
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	管理栄養士が中心となり、介護職からの相談を受け喫食の様子を確認している。利用者の入所時や病院からの退院時などは丁寧な検討を行い、必要に応じた支援を行っている。
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	栄養ケア計画に基づき、毎日喫食量の記録を行っている。食事量や好き嫌いなどについても医師の意見や家族に在宅時の食事の傾向を確認し、利用者が食べられるものを提供することにより、食べることで健康を維持していくように取り組んでいる。
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)	b	利用者に合わせた自助具やエプロンなどを活用し、できるだけ自分で食事ができるようにしている。ユニットにより食事支援の方法が異なるため、食事介助が必要な利用者の支援の質や自分で食べることができる利用者への目配りの方法など、統一したケアについて検討していくことを期待したい。
B-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。(関連:A-3-②)	b	嗜好調査を行っており、時間をかければ自分で食べることができるのか、食べ飽きしないような食事となっているかなどを個別に検討している。嚥下状態が悪い場合には、法人内の言語聴覚士のアドバイスを受け支援を行っている。ユニットにより取り組みが異なるため、施設としての支援の質の担保と向上に取り組むことを期待したい。
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	調理は外部業者に委託しており、利用者の意見を業者が直接確認する機会はないが、施設の管理栄養士が日々の食事の様子や、利用者親睦会で出された食事の希望を伝えている。利用者の希望やセレクトメニューなどで食事が楽しみとなるよう取り組んでいるが、メニュー表など更に利用者にわかりやすい工夫を期待したい。
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	脱衣場と浴室の清掃は使用することに行っており、水質検査も定期的に行われている。しかし、脱衣所が狭いことからストレッチャーを使用する利用者は居室で脱衣するため、羞恥心などに配慮した十分な入浴環境とは言えない。今後はプライバシーへの配慮についてどのように取り組んでいくか検討することを期待したい。

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	トイレ誘導の際には他の利用者にも配慮し声かけ誘導を行っている。居室でのオムツ交換時にドアを閉めるなどの対応は、ユニットごとに異なっており、施設として排泄介助時のプライバシー保護の運用について再検討することが期待される。
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)	a	ユニットごとに2ヶ所のトイレがあり、毎日1回清掃を行っている。ポータブルトイレの処理は汚物室で行っている。利用者の使用後にさりげなくトイレの状況を確認し、清潔に保つようになっている。
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	寝具などの交換は1週間ごとに行っており、汚染がある場合は随時交換している。クリーニングは専門業者が行っており、清潔な寝具を提供している。
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	入浴が中止となった場合の職員間の連携が不十分であり、清拭が実施されない場合もある。爪切りなどの支援も職員が気が付いた時に行っている。入浴支援との連携や、爪切りなどのタイミングについて適切に判断できるよう職員が共有していくことが期待される。
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)	a	利用者が自分で服を選ぶこと、美容への希望などを支援している。敬老会や外出時の化粧や装いなどで希望を聞きながら行っている。季節感のある服装や保温など、さりげないアドバイスを行っている。
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	健康診断は協力医療機関で実施している。医務室に診断結果を保管しており、定期通院時などにも活用している。年度中途入所者に対しても看護師から提案し健康診断を実施している。
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	24時間シートや介護看護日誌の活用のほか、タブレット端末を導入し、利用者の状況を記録している。毎日のバイタル測定データは看護職も確認し日常的な健康の維持に活用している。
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	誤薬事故報告を基に運営会議で服薬の手順を確認している。2名の職員が与薬時のダブルチェックを行い、医師の処方通りの服薬ができるよう支援している。
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)	b	利用者ごとに1000ml以上の水分摂取を目標に支援を行っている。誤嚥しやすい場合はとろみをつけて提供している。家族に利用者の好きな飲み物を聞いて提供するなど、利用者が飲みやすいように工夫しているが、摂取できない場合がある。担当者会議は半年に1回実施しているが、利用者に合わせて水分摂取の目安や摂取できない場合はどうするかなど、適切に対応できるようにしていくことを期待したい。
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)		

<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>定期的な通院は概ね5・6日ごとに行っており、看護師が通院報告を記載し介護職員はパソコンで確認することができる。通院結果は朝礼でも伝えられ介護職員に共有されている。</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>体調の急変時などは救急車にて医療機関へ搬送している。協力医療機関が主治医となっている利用者は、受け入れの申し合わせが行われている。医務室には利用者の緊急時に持ち出す資料や日常的な健康状態の書類などが整備されており、迅速に対応できるようにしている。しかし緊急対応マニュアルの改訂が行われていないため、定期的に見直す仕組み作りを期待したい。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関からの他の医療機関への紹介や、病院のソーシャルワーカーとの連携を行っており、専門病院への受診や入院の必要がある場合は適切な対応が行われている。</p>
<p>2-(7) 衛生管理</p>		
<p>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）</p>	<p>c</p>	<p>感染防止マニュアルが策定されているが、各ユニットに設置されていない。法人のリスクマネジメント委員会で次年度感染防止マニュアルが見直されることになっているが、感染防止及び対応については現場での迅速な判断と処理が要求される場合も多いため、法人全体を想定したマニュアルを施設としてどのように運用するか、研修を含めて取り組んでいくことが期待される。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>給食は外部委託となっており、施設内設備の消毒や殺菌、職員の体調と研修の状況などについて報告を受けている。毎月報告される点検の結果は保管している。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>1年を通じて感染症に配慮し、来訪者にも予防や手洗いを促す掲示を行っている。感染症発生時には来訪者の面会場所を設定し、感染症が拡散しないよう取り組んでいる。</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>エアコン、暖房器具、扇風機、加湿器などがユニットに設置されている。温度や湿度の管理などに基準は定められておらず、職員が適宜調節を行っている。湿度計は設置しているが活用されていない状況があるため、温度や湿度を定期的に計測し、利用者にとって快適な環境作りを行う意識を持つことを期待したい。</p>
<p>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）</p>	<p>c</p>	<p>緊急事例以外は感染症発症者の受け入れは行っていない。感染症防止マニュアルが策定されているが職員に周知されていない状況があるため、次回のマニュアル改訂に合わせてユニットでの運用について検討することが望まれる。</p>
<p>2-(8) 機能回復訓練</p>		
<p>B-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に応じ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）</p>		
<p>2-(9) レクリエーション</p>		
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>行事委員会があり施設全体の行事について企画を行っている。全体行事については定例化しているが、ユニットごとに企画を行うレクリエーションについては、実施状況に差がみられる。ユニットの日常業務が多忙のため、利用者の参加が制限されている状況もあり、利用者の意向を取り入れるとともに、どの利用者も参加できる環境作りを期待したい。</p>
<p>2-(10) 移動</p>		
<p>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）</p>		

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	入所時に身体拘束を行わないことを文書で渡し、説明を行っている。転倒のリスクなどから家族が身体拘束を希望しても事業所の方針を説明し、理解を促している。利用者一人ひとりの行動特性を検討し、人の手による介護を大切にしている。
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）	c	事業所では家族アンケートを実施しており、延命治療を望まない家族が多いという結果を把握している。看取りケアに関して本人の意思の確認や職員と家族の理解が進んでいないと感じており、事業所としての一層の啓蒙や教育の取り組みが望まれる。
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）	c	終末期には病院への入院や介護療養型の施設への入所となり、看取りは実施していない。スムーズな移行のため、病院のメディカルソーシャルワーカーとの連携を行っている。看取りケアを希望する場合や、看取りケアについての情報を家族などにも発信し、事業所で担う部分と家族が協力できる部分などを洗い出し、看取りケアについて検討することが望まれる。
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）	c	終末期の受け入れ医療機関はあるが、施設での看取りを行う場合に協力できる医師を確保できていない。今後、看取りケアやそれに伴う緩和ケアなどで適切な医療を受けられるよう、医療機関の確保を継続して続けていくことが望まれる。