

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019 年 3 月 29 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 060-0002

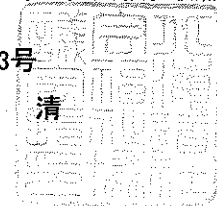
住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地
北海道立道民活動センター3階

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18-003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)	小野寺 さゆみ	総合	第0116号
	(2)	野村 宏之	総合	第0158号
	(3)	神内 秀之介	福祉医療保健	第0068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稚内緑風苑			
設置者名称	社会福祉法人緑ヶ丘学園			
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)	2018 年 3 月 19 日	～	2019 年 3 月 29 日	
利用者調査実施時期	2018 年 4 月 5 日	～	2018 年 5 月 18 日	
訪問調査日	2018 年 11 月 27 日			
評価合議日	2018 年 12 月 27 日			
評価結果報告日	2019 年 3 月 29 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：社会福祉法人緑ヶ丘学園

代表者氏名：波間 喜代志

所在地：〒098-6642 稚内市声間5丁目44-11

TEL 0162-26-2632

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

1. 栄養ケア計画と入所者の個別性に配慮した食事提供について

入所者にとって食事は一日の生活の楽しみであると同時に、健康の維持管理に欠かせないものです。楽しみとしての食事内容や形態、支援方法(提供サービス)と喫食の安全性・快適性は大切なポイントとなります。

施設では入所者全員について、一人ひとりにあった食事内容・形態や健康管理のために必要な栄養量、支援方法を各職種で共通認識とするために、管理栄養士が中心となり栄養ケアマネジメントが実践されています。その栄養ケア計画作成過程で、各専門職員が専門の見地から情報を提供し、管理栄養士がとりまとめて計画を立案しています。また、各専門職員協働でモニタリングを行い連携して、入所者が安全な支援体制で必要な栄養の摂取が可能となるよう、食事内容や形態を提供できる体制が整備されています。

また喫食環境において、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく食事できるよう、厨房での主菜・副菜の調理とユニット内での主食・汁物の調理を分業し、入所者の生活に近い場所で、最終的な盛り付けを個別の器に行い、その時の心身状況に合わせて提供するように工夫されています。さらに、食べる時間や位置についても、一人ひとりが快適に食事できるよう24時間シートにより情報が共有され、実践されています。入所者の「食事」に関わる一連の事柄について、栄養ケアマネジメントから実際の食事の提供に至るまでの取り組みが高く評価できます。

◇改善を求められる点

1. 理念・基本方針の実現に向けた中・長期計画策定の必要性について

中・長期計画は、理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示すものです。実施する福祉サービスの更なる充実、現状抱えている課題の解決のほか、地域ニーズに基づいた新たな福祉サービスの実施も含めた目標を明確にし、その目標を実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成などに関する具体的な計画となっていることが必要です。法人内の各施設・事業所の役職員が一丸となって、早急に計画策定作業に着手していくことが望まれます。

また、単年度の事業計画についても、中・長期計画を踏まえて策定される必要があり、施設の現状分析、課題・問題点の把握、課題解決のために必要な取り組みの検討などについて、職員参画のもと、組織的に取り組んでいくことを期待します。

2. 福祉人材の確保・定着・育成に向けた仕組みづくりの必要性について

福祉人材の確保・定着については、福祉業界が抱える喫緊かつ最重要課題となっています。当該施設においても、介護福祉士等養成校やハローワークへの訪問活動、職場説明会への出展など、様々な人材確保の取り組みを行っていますが、採用に結びつけることが難しい現状にあり、大変厳しい結果となっています。

今後は、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方を整理するとともに、福祉人材の確保・定着に関する方針を確立し、計画的に取り組んでいくことが望まれます。

また、職員の育成については、法人・施設内外での研修機会を用意していますが、職員一人ひとりの目標管理のための仕組みが十分とは言えません。今後、職員との個別面接を行い、職員一人ひとりの目標設定を行い、その目標についての進捗管理を行っていく仕組みを構築していくことに期待します。

3. 施設全体としてのリスクマネジメントの取り組みの強化について

施設では、職員一丸となって利用者に対する個別ケアの充実を目指しており、尊厳ある利用者の生活の支援について、高い意識を持って取り組んでいます。しかし、組織全体を維持・向上させていくための仕組み作りと運用は、まだ十分に進んでいません。

施設を運営する法人は長年障害者支援を行っており、障害分野に関するノウハウを蓄積し、それを基に様々なルール作りがなされています。それらを活用しながら、介護保険法を始めとする高齢者支援に必要な法令などの改正について、積極的にキャッチアップしていく必要があります。

社会からの要請や社会的責任など、事業を取り巻く環境も大きく変わりつつあります。施設が目指す理念の必達の為にも、利用者への支援場面から組織運営までの様々な階層におけるリスクマネジメントの強化が求められます。

法人としての決まりはあるものの、高齢者の施設に沿った内容であるかなど、現場での運用が適切に行われているかの確認も必要です。今一度、業務全体について規定(介護マニュアルを含む)などと実施状況の確認を行うとともに、見直しの仕組みを整備し、事故防止は勿論のこと、質の高いサービスの実施へもつながるよう、定期的な現状把握と見直しなどを含めたPDCAサイクルを活用し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

中・長期計画については、H31年度で策定の予定です。

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 30 年 5 月 21 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 緑ヶ丘学園		
事業所名 (施設名)	稚内緑風苑	事業 種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 098-6642 北海道稚内市声間5丁目44番11号		
電 話	0162-26-2626		
F A X	0162-26-8146		
E-mail	ryokufuen@aioros.ocn.ne.jp		
U R L			
施設長氏名	荒岡 愁一		
調査対応ご担当者	佐藤 なぎさ (所属、職名：生活サービス課 課長)		
利用定員	80 名	開設年	平成 17 年 10 月 1 日
<p>理念・基本方針： すべての人たちの人間としての尊厳が守られ、豊かな人生を営むことができるよう多様で良質な福祉サービスを創意工夫し、総合的に提供します。</p>			
<p>施設・事業所の特徴的な取組： ・看取りケア ・日本ユニットケア推進センター指定ユニットリーダー実施研修施設</p>			
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所 (定員10名)
- ・ 地域密着型通所介護事業所 (定員18名)

【利用者の状況に関する事項】（平成30年 4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
4 名	1 名	3 名	4 名	15 名	16 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
17 名	6 名	3 名	69 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
4名	10名	15名	7名	10名	4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
5名	3名	2名	3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	4名	名	名	名	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： 5年)

【職員の状況に関する事項】(平成30年 4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	機能訓練指導員	生活相談員
常勤	46名	1名	3名	1名	1名
非常勤	12名	0名	0名	0名	0名
	介護支援専門員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	2名	26名	0名	3名	0名
非常勤	0名	5名	0名	1名	0名
	管理栄養士・栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	2名	0名	5名	0名	2名
非常勤	0名	0名	0名	1名	5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	1名 ()名
介護福祉士	20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	5,103.04 m ²		
(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	17年	
(4) 改築年	平成	年	

○保育所の場合

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

67 人

・ボランティアの業務

・車いす清掃 ・花壇の花植え
・歌と踊り ・そば打ち

【実習生の受け入れ】

・平成 29 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 30 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。

直接ご本人に尋ねたり、家族が代弁となるための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・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	法人として、経営基本理念、経営指針、重点経営目標を定め、事業計画書や事業報告書などに明文化している。理念などに係る研修を全職員に対して毎年実施し、職員行動規範についても、介護・障がい部門にそれぞれ定められ、基本的姿勢や具体的行動について遵守するよう周知が図られている。しかし、現在の経営指針・重点経営目標については、障がい部門を含む法人全体を網羅した内容になっているため、本施設の介護サービスを具体的にどのような方針によって実施していくのかが見えづらい状況にある。今後は、介護や障がいの部門毎のサービス実施にかかる基本方針を明確化するとともに、利用者や家族に対する周知方法の工夫に期待したい。

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。	b	福祉業界の動向並びに地域の各種福祉計画を把握・分析しながら、当該施設の利用者状況を踏まえ、月次ベース実績などのデータ収集・分析に取り組んでいる。しかし、入所者を上回る退所者の増加、介護度の低下傾向と稼働率の漸減などにより、現在厳しい経営状況にある。今後は、組織体制整備、職員体制・人材育成などの現状分析を行い、事業経営の安定性や将来展望を描いていく取り組みに期待したい。
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	経営環境と経営状況の把握・分析により、稼働率アップと職員体制整備などの経営課題を明確化し、理事会で議論するなど法人内での共有化は図られている。今後は、経営上の課題解決のために、職員の意見を聞いたり、職員同士が検討する場を設定し、担当部署の設置や把握・分析時期を決定するなど、組織的な取り組みとしていくことに期待したい。

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	中・長期計画は、策定されていない。計画とは、理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示すもので、経営状況・環境の把握・分析を踏まえた、3～5年間の事業計画と収支計画を指している。実施する福祉サービスの更なる充実、地域ニーズに基づいた新たなサービスの実施も含めた目標を明確にし、それを実現するために、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成などに関する具体的な内容となっていることが必要である。今後、迅速かつ組織的な取り組みに着手していくことが強く望まれる。
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	単年度の事業計画はあるが、中・長期計画が未策定の状況である。早急な計画策定に着手するよう強く望まれる。

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
	第三者評価結果	コメント
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 事業計画は、施設長や各事業所管理者が法人本部と連携して策定しており、職員には、月1回実施されるリーダー会議、主任会議、全体会議で周知している。また年度末には、各ユニットにおける利用者一人ひとりのケアの見直し・検討を行っているが、事業計画に十分反映されているとは言えない。今後は、利用者のケアを中心とした計画策定を意識し、より職員参画を促進していく取り組みに期待したい。
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 利用者や家族に対する事業計画の周知については、施設内に「情報提供コーナー」を設置し、閲覧できるようになっており、ホームページにおいても公開している。ただし、事業計画書は配布しておらず、個別の説明も行っていない。今後は、事業計画の意図が利用者や家族に理解されるよう、計画内容を簡潔にまとめた資料を配布するなど、周知・説明の工夫に期待したい。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。		
	第三者評価結果	コメント
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 質の向上に向けては、看取り・感染対策・身体拘束廃止にかかる施設内外の職員研修を充実させており、それぞれの課題別委員会を機能させて取り組んでいる。今回の、初めての第三者評価受審を契機に、定期的な評価の実施から評価結果の分析・検討に至る組織的な仕組みづくりが定着していくことに期待したい。
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 評価結果に基づき、諸課題を取りまとめ、次年度事業計画に反映させている。しかし、その課題についての改善策・改善計画を策定し、施設・法人内で共有する取り組みにまでは至っていない。今後の取り組みに期待したい。

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

Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
	第三者評価結果	コメント
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 施設長は、経営・管理に関する情報収集・現状分析に取り組むとともに、それにかかる課題などについても役職員と共有している。また、業務分掌が明文化され、各種職員会議において、自らの役割と責任について表明している。非常時の権限委任についても明確に規定している。
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。	b 全道並びに宗谷地区における老人福祉施設協議会に所属し、会議・研修に参加している。会議で収集した重要な情報については、職員会議などで説明・伝達している。今後は、施設長自ら制度改正に対応し、法令遵守のための積極的な取り組みに期待したい。
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 サービスの質の向上のための各種委員会（身体拘束廃止・虐待防止・感染症予防・給食・事故防止など）で、自ら委員長として職員をリードしている。また職員の声を反映させるため、職員会議などで随時意見を聴取しており、質の向上に関する研修にも積極的に参加を呼びかけている。

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。	b	経営改善や業務の実効性向上のためには、人材確保が第一であり、基本という認識が強い。法人の事業計画に項目として盛り込み、施設長自らも対応しているが、非常に困難な現状にある。今後は、施設内に人材確保の課題対応プロジェクトを組織するなど、具体的な体制を構築していくことに期待したい。
----	---	---	--

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。	c	人材確保のために、介護福祉士養成校やハローワークへの訪問活動、福祉職場説明会への出展などの取り組みはあるが、全く採用につながっていない。今後は、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方と、福祉人材確保・育成に関する方針を確立し、計画的に取り組んでいくことが望まれる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	「職員の昇任等に関する基本的要件」を人事基準として運用し、職員に周知されている。しかし、法人として「期待する職員像」は明確化しておらず、人事考課にも取り組んでいない。今後は、職員との個別面談を実施し、職員それぞれの意向・意見などを把握・分析し、職員の専門性や能力、職務に関する成果や貢献度を評価するとともに、職員自ら将来の展望が描けるような、総合的な仕組みづくりに取り組んでいくことを期待したい。
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組んでいる。	b	職員の有給休暇の取得状況や時間外勤務の確認を含めたシフト勤務調整は、各ユニットリーダーが確認・管理している。福利厚生については、職員の希望により契約職員も福利厚生センター（ソウェルクラブ）に加入することができる。今後は、定期的に個別面談の機会を設け、職員それぞれの就業状況や意向を確認・把握する組織的な取り組みに期待したい。
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。	c	就業年数により、法人・施設内外で実施する研修を受講させているが、職員一人ひとりの育成に向けた目標管理のための仕組みが構築されていない。今後は、個別面接を行い、組織の目標・方針を徹底し、職員一人ひとりの目標設定がなされ、その目標についての進捗管理を行っていく仕組みづくりが望まれる。
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	施設として職員年間研修計画を策定し、就業年数などにより受講する研修を選定できるようにしている。今後は、教育・研修に関する基本方針・計画の中に「期待する職員像」を明示し、必要とされる専門技術や専門資格を明確化するとともに、研修計画の評価・見直しを行っ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	法人内で虐待防止・身体拘束廃止・認知症・事業計画などの内部研修を充実させている。外部研修についても適宜情報提供し、参加促進を図っている。また、職員の専門資格並びに研修履歴の管理を行っている。今後は、研修成果の評価・分析を行い、そのことが次年度計画に反映していくよう期待したい。
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	介護職員初任者研修や看護科インターンシップにおける地元高校生などの受け入れ、ユニットリーダー研修実地研修受け入れ施設として、積極的に取り組んでいる。今後は、実習生受け入れ体制整備のためのマニュアル作成に期待したい。

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・施設の理念や提供する福祉サービスの内容、事業計画、決算報告、現況報告書などが公開されている。また、施設内に情報提供コーナーを設置し、利用者や家族が会計資料を閲覧できるようにしている。
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。	b	経理・事務決裁規程を整備し、事務、経理、取引などに関する権限・責任が明確化され、その内容が職員に周知されている。また会計に関しては、外部の専門家（税理士）と顧問契約を結び、助言を得ている。今後は、法人運営の透明性確保のために、定期的な外部監査の活用についても期待したい。

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	地域住民に対して、施設主催の交流祭への参加呼びかけを行ったり、地域のお祭りに法人・施設が出店（食品販売）する関係を継続している。また、地域の幼稚園や小学校の子どもたちとの交流についても定期的実施している。今後は、地域との関わり方についての基本的な考え方を整理・文書化し、利用者との交流機会を増やしていく積極的な取り組みに期待したい。
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。	b	ボランティア受け入れについては、「サポーター緑の会規約」に基づき、体制整備がなされている。車イス清掃、花壇整備、そば打ちやフォークダンスの披露など多種多様なボランティアを受け入れており、利用者の楽しみのひとつとなっている。今後は、受け入れに関するマニュアル整備と、ボランティアに対する研修などの実施に期待したい。
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。	a	連携が必要な関係機関・団体については、施設内ネットワークパソコンにより連絡先などを管理し、それを職員が活用している。また、施設長の地域ケア会議への出席を始めとして、職種毎に関係機関・団体との連携のための会議などに出席し、都度職員会議において報告し、職員間における情報共有が図られている。
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。	b	利用者家族や地域住民を対象に認知症の勉強会を開催している。また、行政と連携し、災害時における福祉避難所として登録している。今後は、施設の専門的な知識・技術や情報を地域に提供し、関わりを深めていく取り組みに期待したい。
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	法人の公益的な事業・活動としては、養成校の学生を対象とした介護福祉士修学資金貸付事業や介護保険利用料減免に取り組んでいる。今後は、地域の民生委員児童委員協議会や町内会との連携を強化し、具体的な福祉ニーズを把握して、そのニーズに基づいた具体的な事業・活動を実施することを期待したい。

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。	b	毎年度、全職員を対象とした法人理念研修を実施している。名刺の裏に理念を記載し、いつも意識できるようにしている。また、経営基本理念の実現を目指し、職員が個別に「しあわせシート」にて年間目標を立てている。しかし、毎月の目標が抽象的で、具体的な行動が不明確であり、ユニットリーダーからのフィードバックも必ずしも向上に結び付く内容とはなっていない。今後、個々の取り組みがユニット職員の共通認識に基づくものとなる仕組み作りや、ユニットに属さない職員への周知を行っていくことに期待したい。
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	ハード面では、入浴時や排泄介助時の羞恥心への配慮ができるよう、職員の動線などが工夫されている。プライバシーを含む尊厳を守るため、3カ月おきに虐待チェックシートに記載し、統計的に処理して施設全体の状況を把握している。しかし職員不足により、言葉がけなどに配慮する余裕がないケースがあることから、人員配置の工夫とともに、今後整備・改訂を行う個々のマニュアル全体にプライバシー保護の視点を盛り込むことを期待したい。
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	見学の希望を受け入れており、契約前にパンフレットや必要な書類について説明している。入所希望者と家族の状況に合わせて、在宅でのサービスや認知症対応型共同生活介護なども紹介し、生活に対する希望を聞き、料金などを説明している。しかし、パンフレットは施設の情報提供コーナーに設置しており、施設外の多くの人が入手ができる配慮がないため、インターネットに馴染みのない世代にも情報が入手しやすい工夫を行うことを期待したい。
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	必要に応じて、相談員や課長職が入所希望者を訪問し、契約に当たっての説明を行っている。しかし、重要事項説明書が第三者契約の様式を使用しており、身元引受人は求めていないが、実質的に本人の判断能力が低下した場合について、契約時の説明が十分とはいえない。契約時に適格な契約者と締結することなど、書式に盛り込むべき内容の検討に期待したい。
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。	a	他施設などへの移行に際して、情報提供書の書式が整備され連携を行っている。また、家庭への移行についても、居宅介護支援事業所への橋渡しやショーステイの受け入れなどを継続し、希望に応じて本人や家族への支援を行っている。介護度が軽くなり施設の入所要件を満たさなくなったケースにおいては、必要性を検討し特例入所などで対応している。
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	管理栄養士が各ユニットでの喫食状況と利用者からの意見を聴取し、食事提供の改善を行っている。また昨年度は職員の身だしなみに関する家族アンケートを実施している。しかし、施設サービス全体についての定期的な意向調査などは行っていない。家族来訪時や日常的な利用者からの意見は聴取しているが、施設全体として利用者満足につながる組織的な取り組みに着手していくことに期待したい。

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 苦情解決の仕組みと第三者委員の連絡先などが重要事項説明書に記載され、契約時に説明を行っている。仕組みの掲示は行っていないが、情報提供コーナーやホームページで公表し、第三者委員の連絡先を事務室前に掲示している。意見箱が設置され、寄せられた内容を記録する様式があるが、昨年度以降苦情の申し出はない。施設から案内を行うのが契約時であることから、家族会などで定期的に周知していくことを期待したい。
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 苦情窓口が法人本部事務局職員であり、身近に接する職員などへ表明があった場合の仕組みが整備されていない。また、第三者委員の連絡先はユニットから出られない入所者は目にする機会がないため、施設側から情報を伝えていくことを期待したい。
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 入所者からの相談や意見に対しては、ユニット職員が対応しているが、施設外部やユニットを超えた調整や連携が必要な場合の役割分担や、対応方法を定めたマニュアルなどは整備されていない。現在は各ユニットに任されており、臨機応変に対応しているが、ユニット間で差が出ないように、施設としての対応指針などを定めることに期待したい。
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。	b 事故発生防止のための指針において、サービス検討委員会を毎月定期的開催することとしているが、現在は開催していない。指針通りの運用を行うか、適切に機能するよう指針を見直すことが望まれる。施設長が毎月ヒヤリハットの把握を行っているが、事例全体の分析には至っておらず、事故が発生した際に役職者が検討している。また、職員に対してリスク管理や事故発生時の研修を行っていない。リスクマネジメントについては施設一丸となった取り組みが不可欠であることから、研修体制の構築や事例検討と再発防止に向けた取り組みを組織的に行うことを期待したい。
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。	b 感染対策分会委員会があり、各ユニットが参加するリーダー会議を通じて周知を行っている。消毒や加湿器に、感染予防のための専用液（次亜水）を使用するなど予防に努めている。また、吐物処理の研修を行い、拡散防止の取り組みも行っている。来訪者に対する手洗いの掲示があり、消毒液なども備え付けている。今後、マニュアルの見直しや、職員研修の計画的な実施を検討していくことを期待したい。
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 年2回の避難訓練を実施し、隣接する同法人施設の体育館または裏山と、災害別に避難先を定めている。備蓄は1週間適度確保しており、大規模停電の際の経験から、必要な物資を洗い出している。しかし、ユニットに設置しているマニュアルの内容には、法人内の非常時の連携やBCP（事業継続計画）など、文書化されていない部分があるため、整備していくことを期待したい。

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。	b	個別ケアを徹底するため24時間シートを作成している。今後、施設の基本的な介護方法を踏まえて実施しているか、見直しの機会を持ち、基本となる介護方法について整理するとともに、対応する職員によって介護方法が変わらないよう、現在ユニットごとに実施しているOJTの方法などについても文書化することが望まれる。また、どのようにケアを提供するか、基本となるマニュアルが三大介護に限られているため、それ以外についても整備することを期待したい。
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。	b	24時間シートは、利用者の生活リズムの変化に合わせた支援ができるよう、随時加筆や訂正を行っている。多職種が参加し、利用者之苦痛を与えない介護であるか、その人らしい暮らしが実現できるかを検討し、施設サービス計画の更新時に見直している。しかし、入浴、食事介助などの個別のマニュアルとの整合性については見直していない部分もあるため、一人ひとりの介護内容の妥当性や安全性について、基準を明確にするなど、見直しの際の着眼点を定めていくことが望まれる。また、今後は介護マニュアルの整備を進め、定期的に見直すことを期待したい。
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。	b	24時間シートをアセスメントとして活用している。しかし、生活の様子を時系列で記載する様式であり、身体状況や能力の程度、計画策定に必要なその他の情報について、必要な項目が定められていない。また、能力の低下や向上を時系列で把握し、検討する様式とはなっていないため、現状に対する「苦痛を与えない支援」が中心となっている。今後、課題を抽出し、介護計画の目標の根拠を分かりやすく記載するとともに、課題分析に必要な項目について一人ひとりの必要な情報を網羅し、的確に分析していくことが望まれる。シートの作成に当たっては、OJTによる周知や立案スキル・実施状況を確認する仕組みがないため、チェック体制を整えることを期待したい。
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	24時間シートを活用した、アセスメントから計画作成、見直しの一連の流れの中で、結論を記載した書類は整備されているものの、決定のプロセスについての分析や根拠は十分に記録されていない。また24時間シートは毎月見直し、支援方法も随時変更や加筆を行っているが、施設サービス計画への反映が行われていないケースが散見される。利用者や家族等への説明と同意は施設サービス計画で行っていることから、実際の支援の内容を実施計画に反映していくことを期待したい。

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。	b 介護記録マニュアルがあり、記載方法は統一されている。提供されたサービスは、パソコンのソフトを活用し記録している。ユニット内の連絡事項は連絡ノートを併用し、必要な情報が伝達できるようにしている。介護記録の記載については、ユニットごとにリーダーが確認し、必要に応じて指導を行っているが、ユニット間で記録の内容などに差が生じないように取り組んでいくことを期待したい。
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 介護記録などは専用ソフトを活用し、職員ごとにパスワードを使用してアクセスできるようにしている。また、共有フォルダには、全職員が共有する文書が格納され、データを閲覧できるようになっている。USBなどの媒体にデータをコピーすることは禁止している。しかし、個人情報保護に関する法人の基本方針はあるものの、施設としての運用は文書化されていない。また、個人情報の保護やシステムのアクセスについての教育を行っていないため、早急に行うことを期待したい。さらに、施設全体として法令などの改正をフォローし、データの改ざんなどのリスクに対応していくことが望まれる。

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。	a	家族や本人から入所前に聞き取りを実施した上で、入所後の個別に設定した時期にアセスメントやモニタリングを実施し、入所者一人ひとりの生活のリズムや特徴を捉え、支援を実施している。
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。	a	家族にこれまでの生活歴や成育歴などを聞き取り、一人ひとりのアセスメントやモニタリングを継続的に実施し、入所者それぞれの認知症の状況や障害の特性に合わせてコミュニケーションの手段を工夫している。

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。	a	施設サービス計画書に基本的な支援を位置付けた上で、その時々の入所者の心身の状況に合わせて機械浴や一般浴を実施している。また、気分など希望を確認した上で入浴介助や清拭を実施している。汚染があった場合などは、都度シャワー浴や清拭を実施している。また、曜日や時間の振替などにも対応している。
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。	a	入所者の各居室にトイレがあり、排泄に必要な備品や福祉用具なども準備されている。施設サービス計画書や24時間シートに、入所者それぞれの個別の支援方法や心身の状況での留意点が反映されている。
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	24時間シートで、身体状況の変化を継続的に把握し、状況に合わせて支援している。移乗時の床走行式リフトやスライディングボード・スライディングシートを活用、移動時の多種の車椅子・歩行器の使用など、福祉用具を多岐に活用している。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	b	現在、栄養状況の把握や離床時間の担保により、褥瘡の発生を予防している。ただし、治療や予備軍の対象入所者が少ないことから、委員会活動やスケールの選定などの施設としての体制が十分に整っていない。今後、全入所者を対象とした褥瘡予防ケアの方針や方法について、施設で体制が整備されることを期待したい。

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。	a	入所者一人ひとりの嗜好を把握し、食事開始時間に変更があっても温かいものは温かく、冷たいものは冷たく提供できるよう工夫している。また、食事位置や食事量（盛り付け）も都度、状況に合わせて対応している。
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。	a	入所者一人ひとりの嗜好を把握し、喫食時間や開始時間もそれぞれの希望や体調に合わせて食事ができるように支援している。また、介助方法についてもそれぞれの支援の必要性に応じて、食器や補助具、介護方法を選定している。食事を摂る位置や食事量（盛り付け）、食事形態も、都度状況に合わせて対応している。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	介助の必要な入所者への支援は、ガーゼやブラシなど対象者に合わせて、都度支援ができています。自立者については、声掛けや歯ブラシなどの使用状況を把握し確認しているが、施設全体で、いかに自立者の口腔ケアを徹底するかは共通認識を持つまでには至っていない。今後、口腔ケア自立者や拒否が強い入所者などへの口腔ケアの重要性・必要性の啓発や、施設としての支援の方向性と支援方法などの共通理解が促進される取り組みがなされることを期待したい。

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。	b	現在、指針やマニュアルに沿って看取りケアが実践されている。今後は、都度看取りのプランを更新と担当者会議を開催したうえで、終末期のコミュニケーションの機会が増え家族や関わっている職員や嘱託医などの連携が強化されることを期待したい。

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。	a	施設サービス計画書・24時間シートを活用し、入所者それぞれの認知症の状況にあわせて日常の支援を実施している。職員には、順次認知症の実践者研修やリーダー研修を受講させている。
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。	a	認知症の原因とされる基礎疾患を理解し、そこから派生するであろう行動・心理症状に合わせて環境を整備している。入所者一人ひとりの生活場面の中で、居室の環境作り、日中の居場所作り、食事の位置や入所者同士の関係性などに配慮し、「苦痛を与えない支援」を共通認識として支援している。

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	現在、経験のある看護師が中心となりアセスメントを実施し、日常生活の中で実践できる機能訓練や生活不活発病の予防を行っている。今後は、専門職の採用や、採用に至らないまでも市内外の社会資源と協力して各セラピストと連携できる体制を構築し、専門職としてのアセスメントと支援方法が現在の支援の充実につながることに期待したい。

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。	a	24時間365日、自宅待機も含めて看護師がオンコール対応している。マニュアル・手順書に従って職員が対応できるよう、オリエンテーションやOJTにより実践に向けた体制が整備されている。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	毎月の感染対策分会委員会にて、現状の把握や今後の予防について状況共有し、インフルエンザなどの流行期の前には研修を実施している。また職員はもとより来訪者にも、入室前に手洗い・うがいをするように掲示物にて啓発し、備品や場所を用意している。入所者への手洗い・うがいも都度実践している。

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	共有部分や各ユニット内の什器や掲示物について、入所者への見やすさや使いやすさを考慮し、配置や形状などに配慮している。今後は中・長期計画において、建物・設備の更新に係る総合的な管理を行うファシリティマネジメント体制の構築を期待したい。

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	経過の報告や相談、心身の状況に変化がある場合については入所者家族等に連絡を密に行っている。現在は、来訪や連絡事がない家族へも施設サービス計画更新や栄養ケア計画更新時の3カ月や6カ月をめぐりに連絡しているが、高齢者の特性として、いつどのように変化するかはわからないので、今後は特に顕著な変化がなく落ち着いた経過している入所者についても、連絡が密に取れる取り組みが検討されることを期待したい。

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）	b	相談員や課長職が契約者に対して説明と同意を行っている。しかし、重要事項説明書が第三者契約の様式を使用している。認知症などで判断能力が不十分な入所者本人への説明と同意に対する工夫が、今後の課題となっている。契約書・重要事項説明書に盛り込む内容や入所者本人への説明と同意の方法などについて今後検討し、改善されることを期待したい。
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）	b	入所者に代わり、その家族や成年後見人がいる場合は、後見人と契約行為を実施している。ただし、入所者の契約行為の可否の判断基準が施設内で統一化されておらず、また様式も第三者契約の様式となっているため、契約者の選定の適格性が不十分である。今後は契約書の様式や入所者本人と契約する場合のルールに共通認識ができるよう検討し改善されることを期待したい。

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	契約書や重要事項説明書の内容についての説明・同意と同様に、施設サービス契約書なども含め、入所者本人への説明と同意、文書による交付について検討し改善されることを期待したい。
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	見学希望への対応や訪問により説明を行っている。また施設内に情報提供コーナーを設置している。ホームページの充実などに努めているが、インターネットになじみのない方や、初めて施設を検討する入所希望者やその家族が、容易に資料を手にとり、内容を理解できる工夫の検討を期待したい。
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	新聞や雑誌の定期購読やテレビ・ラジオなどについては、入所者の希望により自由に選択し、個別に購入できる。また「まちづくり委員会」にてユニット内の共有の新聞や雑誌の購入をしており、定期的に入所者の意向を取り入れながら変更している。施設内に売店があり、自由に購入できる体制が整備されている。
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）	a	食料品や嗜好品、身の回り品など施設内の売店にて自由に選択し購入できる。家族が食料品や衣類を差し入れる際にも、入所者の希望や必要なものについて確認している。また買い物物の外出などにより、個別にも施設外で購入できるよう支援している。
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	協力ユニットの2つのユニットで会議やミーティングを実施し、入所者の好みや意向を確認し、心身状況に合わせて余暇活動や行事の計画を立案し実施している。
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	基本的に決められた面談時間はあるが、事情による個別対応にも応じている。ユニット内では、各入所者の居室にて面談などができ、共有部分にも相談室や談話する場所、喫煙所など遮蔽された環境を設けている。
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）	b	現在も間接支援職員の応援体制やシフトの調整などを実施し、外出・外泊の希望について対応しているが、希望に添えない状況も発生している。今後は実現の機会が充実するような工夫を検討し、体制を整備することを期待したい。
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	医療上の療養上の留意点に配慮し、医師とも報告・連絡・相談しながら、酒やたばこ、おやつの間食、サプリメントなどを嗜むことができている。
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	預り金管理契約・規程に基づき、法人本部・施設事務職担当職員、ユニットの担当入所者と連携しながら、適切に管理できる体制が構築され実践されている。

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）	b	必要時に介護支援専門員の主催により、各職種が集まりサービス担当者会議が開催されている。ただし、まだまだ入所者本人の積極的な参画や家族等の出席が少ない状況である。今後は、入所者本人の出席はもとより、家族等が参加できる工夫を期待したい。
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）	a	施設長を始め、各職職種が出席または照会にて適時参加している。

<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>「苦痛を与えない支援」を中心に入所者の現状を踏まえ、現状の生活や健康状態の維持を中心とした施設サービス計画が立案されている。今後は介護保険の理念・目的である自立支援に沿って、積極的な関わりをどのように支援していけばよいのかについて検討し、具体的な取り組み方法などが実施できる体制の構築を期待したい。</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>現状の維持を目標とする場合であっても、維持をする場合にはADLなどの向上は必要であり、医療的根拠やセラピストなどによる専門的な見立てが必要となってくる。現在は施設サービス計画書の支援方法の具体化において、医療的な根拠や専門的な見立てが不足している。今後は、根拠に基づいた計画の立案と具体的な支援方法が確立され、効果が発揮されることを期待したい。</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>契約者への説明や同意、文書による交付は実施されているが、契約者ではない入所者への説明と同意並び文書による交付が不足している。また担当者会議への入所者や家族等の参画も不足していることから、今後は介護保険法の趣旨に基づき実施できる体制の検討や工夫を期待したい。</p>
<p>2-(2) 食事</p>		
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>管理栄養士が中心となり、マニュアル・手順・プロセスが確立しており、入所者全員に栄養ケアマネジメントが実践できる体制が整備されている。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>栄養ケアについての必要性や方針を新人研修や内部研修、倫理研修時などに説明している。また、サービス担当者会議など様々な機会に多職種協働にて栄養ケア計画を立案し、計画に基づき食事が提供されている。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>立案された栄養ケア計画は、サービス担当者会議を始め、各種会議やモニタリングなどで多職種と情報共有され、計画に基づいて食事形態や摂取方法などのサービスが提供されている。</p>
<p>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）</p>	<p></p>	<p></p>
<p>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）</p>	<p></p>	<p></p>
<p>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）</p>	<p></p>	<p></p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>食事はユニット毎で、毎食入所者一人ひとりの器にそれぞれの心身の状況に合わせて適量に盛り付けられ、食器の選定やテーブル上での配置、スプーンや箸、フォークなどについても配慮した支援がなされている。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>入所者の基本的な食形態（常食・軟菜食・ムース食・ミキサー食）が把握されたうえで、提供時の心身の状況にあわせて盛り付け時にもユニット毎で細工をし、疾患や嗜好に配慮し食事が提供されている。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>ミールラウンド（食事観察）に留まらず、ユニットへ出前調理に参加したり、茶話会に参加するなど入所者の日常の生活を調理員が直接現認し、理解を深める取り組みが実践できる体制が整備されている。</p>
<p>2-(3) 入浴</p>		
<p>B-2-(3)-① 入浴は、利用者の心身の状況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）</p>	<p></p>	<p></p>

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）	a	全ての浴室・脱衣室などにおいて、施設全体で感染予防のための専用液を使用し、定期・随時に清掃・除菌している。また定期検査やメンテナンスをアウトソーシングしており、報告書を基に確認をしている。
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）	a	入所者の各居室にトイレが設置されており、支援の際も音やニオイ漏れなどに配慮している。またおむつなど汚染したものを移動させる際にはトートバックを活用するなど、入所者が不快にならないように配慮している。
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	トイレについても浴室・脱衣室などと同様に、感染予防のための専用液として消臭・除菌効果のある次亜水を使用し、定期・随時の清掃をしている。
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	清掃担当職員が配置され、シーツなどのリネン類は定期的に交換している。また汚染時などは随時職員が交換している。寝具などは入所者や家族の意向を聴取しながら季節に合わせて職員が交換している。
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）	a	各ユニット職員が、入所者本人の意向を聞き取りながら、爪切りや髭剃り、整容など24時間シートに基づき支援している。不足していると思われる時は、ユニットリーダーや全体を管理している課長がフォローをしている。
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	各ユニット職員が家族や入所者本人と相談しながら、衣類の選定や入替を実施している。不足部分や取り組みの遅れ、バラツキについては、ユニットリーダーや全体を管理している課長がフォローをしている。
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）	b	結核に係る定期健康診断が年に1回実施されている。現在、体調不良時や3カ月に1度の採血以外の医療データが乏しい状態である。今後は入所者全員について、定期継続的に必要な医療データが取得できる体制の構築を期待したい。
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	入所者の健康情報については、各職員が現認し24時間シートを活用し多職種協働でパソコンに情報を入力し、共有している。
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	嘱託医や他科受診時の医師と看護職員が窓口となって診療情報や服薬・療養上の留意点について管理し、各ユニットと連携しながら服薬などの支援がなされている。
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）	a	各専門職が連携しながら、入所者一人ひとりの必要量や嗜好性、飲み込みの能力などを勘案し、実際の摂取状況を都度確認している。24時間シートを活用しながら、パソコン入力にて情報の一元化を図り、情報共有のもと支援している。

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	嘱託医や他科受診した際の医師との連携体制は看護師を中心に確立している。
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	看護師が24時間365日オンコール対応している。協力医療機関、嘱託医と連携し随時適切な対応ができる体制が整備されており、実践されている。
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）	c	嘱託医や他科受診した際の医師との連携体制は看護師を中心に確立している。地域事情もあるが、本来入所者にとって必要とされる専門医との連携について課題があり、今後の連携体制の構築について検討と工夫が望まれる。
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）	b	感染防止および蔓延防止に関するマニュアルが策定されている。また各種研修の機会にマニュアルや実践について周知されている。しかし、制定後は定期や必要時の見直し・更新がなされていない。今後、組織として見直し時期の設定や、見直しのプロセスなどの構築に取り組むことを期待したい。
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	法令上定められた大量調理マニュアルに準じた衛生管理を行っている。また、所轄官庁などから発令される食中毒警報や感染症流行時には、全職員で情報を発信している。施設全体で感染予防のための専用液を活用している。
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）	a	入所者のみならず、面会の家族や取引のある業者などの来訪者については、掲示と場所、物品の設置も含め、手洗い・うがいに対応している。また流行期などには文書も発信している。
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）	a	施設全体で温度などは集中管理している。各ユニット、各居室では、加湿器や除湿器、扇風機、窓の開閉、カーテンの利用などを随時行いながら快適に過ごせるように配慮している。
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）	a	入所サービスと同様に対応している。
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）		
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	24時間シートの情報や個別の聞き取りをしながら、レクリエーションや余暇活動、行事が実践されている。今後は、当初予定していた入所者が、ADL（日常生活動作）や認知症症状の変化により参加が叶わない時のプログラムやメニューなどのサービスフォロー体制の工夫と確立を期待したい。
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	平成30年度の介護保険制度改正の法令を遵守し、委員会の設置や新人（雇い入れ職員）・既存職員の研修の実施、全職員への情報の周知が実践されている。

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）	a	指針・マニュアルが策定されており、医師の説明に基づき、入所者家族などの同意のもと、看取りケアが実施されている。
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）	a	希望のもとに看取りケアの説明と同意を行い、家族などの協力が得られるよう、看取りプランの説明やDNR（蘇生処置拒否）の説明を行っている。付き添いのための宿泊が可能となっている。
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）	a	24時間365日看護師がオンコール対応しており、協力医療機関・嘱託医と連携体制が構築されている。