

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2020年8月6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

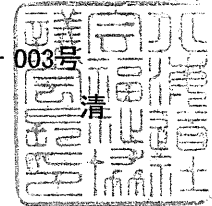
住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地  
かでの2.7 3階

電話番号 011-241-3982

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)	原 正 己	組織運営管理	第0233号
	(2)	坂 本 豊	福祉医療保健	第0093号
	(3)	神 内 秀之介	総合	第0068号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	軽費老人ホーム(ケアハウス)			
事業所名称	ケアハウス豊寿			
設置者名称	社会福祉法人 函館厚生院			
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)	2019年7月22日	～	2020年8月6日	
利用者調査実施時期	2019年7月25日	～	2019年9月27日	
訪問調査日	2019年12月18日	～	2019年12月19日	
評価合議日	2020年1月21日			
評価結果報告日	2020年8月6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 函館厚生院

代表者氏名：高田 竹人

所在地：〒040-0011 北海道函館市本町34番8-1号

TEL 0138-51-9588

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. 地域貢献に向けた施設としての姿勢と取り組み

社会福祉法の改正に対応し、法人として地域貢献に関する具体的な取り組みを協議するための委員会を立ち上げています。その活動に先駆け、施設ではオープンスペースを開放した講座などの開催、町内会との協働活動、隣接する病院と連携した災害時の住民支援の仕組み作りなどに取り組んでいます。今後に向けても、地域ニーズを把握した上で複数の取り組みが具体的に計画されており、法人で策定される広域エリアの計画とは別に、施設の所在する地域に着眼して地域貢献に取り組んでいる姿勢は高く評価できます。

◇改善を求められる点

1. 非正規職員に対する人事管理並びに育成に向けた取り組み

人事考課制度に基づき、個々の職員の目標設定と面接による評価を踏まえた個別の教育・研修計画が策定・実施されています。しかし、人事考課制度の対象となるのは正規職員及び常勤の契約職員であり、パートタイマーや有期雇用契約などの非正規職員についての管理・育成計画が不十分な状況となっています。今後、増加が予想される高年齢層職員の雇用や、働き方改革への対応も踏まえた賃金体系の整理、さらにはサービス全体の質の向上を目指す上で、すべての職員についての教育・研修計画が必要であることから、その策定と実施を強く期待します。

2. 利用者や家族が意見を表出しやすい体制作り

施設では、利用者の全体懇談会で意見を聞いたり「意見箱」を玄関に設置するなど、利用者やその家族の意見・要望を聞くための取り組みを行っています。しかし、全体懇談会で意見を表出できない利用者への配慮や、意見の投函しやすさを考慮した「意見箱」の設置という点では、十分な環境とは言えません。今後、「意見箱」を職員や他の利用者から見えない場所に複数配置するなど、意見の匿名性や申し出しやすさに配慮した取り組みを期待します。また、全体懇談会に第三者委員が出席する機会を設けたり相談日を設定するなど、利用者やその家族がより意見を表出できるための取り組みを通じて、さらに利用者寄り添う支援に活かせるような体制作りを期待します。

### 3. 専門的な自立支援への取り組み

介護保険法上の特定施設入居者生活介護の指定を受けたことにより、「安心して生活を営める住まい」である施設の中で、「居宅(住まいの)支援」と「生活支援」から「身体介護も含めた総合支援サービス」までが、生活場面全般で提供されています。また、いつまでも自立した生活が送れるように、様々な生活リハビリなどが提供されています。今後は、さらに利用者の自立と健康維持増進を目指して、介護予防・フレイル予防・オーラルケアについてリハビリ専門職種などの介入による適切なアセスメントが実施され、計画に基づいた継続的な支援が行われることが望めます。隣接病院や行政などと機能的に連携し、自立度の高い方から介護度の重い方まで、全ての利用者の自立支援と健康延伸に取り組まれることを期待します。

### ⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、当施設として初めてとなる「北海道福祉サービス第三者評価」を受審いたしました。以前より施設独自の自己評価によるサービス向上及び専門性の追求を進めてまいりましたが、第三者機関の専門家から審査や助言、更に上を目指した施設づくりへの取り組み実践を確認することができました。

評価いただきました点について、改めて資質向上へ取り組み、より良いサービス提供へ繋げ、各職員が専門性を追求し合い、求められる介護がチーム連携のもと提供できるよう、ご入居者様が心豊かに日々の生活が送れるよう行動してまいります。

ケアハウス豊寿へのご入所を検討される方々の入所前の情報として活用いただき、是非、施設見学から入所へ向けて進めていただければと考えております。お待ちしておりますので、ご気軽にお越し願います。

### 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： 令和 1 年 10 月 25 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 函館厚生院		
事業所名 (施設名)	ケアハウス豊寿	事業 種別	軽費老人ホーム(ケアハウス)
所在地	〒 041-1111 北海道亀田郡七飯町本町7丁目657番地5		
電 話	0138-66-3377		
F A X	0138-66-3388		
E-mail	maeda@kosei.in.or.jp		
U R L	https://houju.kosei.in.or.jp/		
施設長氏名	前田 敦		
調査対応ご担当者	檜山 宏章 (所属、職名：庶務主任)		
利用定員	50 名	開設年	昭和 61 年 7 月 1 日
<p>理念・基本方針：「慈しみのこころ」わたしたちは、法人創設の精神である「慈しみのこころ」を基(もと)とし、地域における保健・医療・福祉の中心的な役割を担い、社会福祉の増進に貢献します。</p> <p>※「慈しみのこころ」・・・社会的に弱い立場にあるひとたちを大切に思う心 目の前のひとを”しあわせ”にしたいという人間観 惻隱の情 困っているひとを見たら黙って放っておけない、手を差し伸べずにはいられない、そうしたやむにやまれぬ思いが3人の創立者を法人設立へと突き動かした。わたしたちは今日においてもこの創設者の思いを保健・医療・福祉において守るべき核心の価値観と考え、法人としての歩みを続けてまいります。</p>			
施設・事業所の特徴的な取組：当施設は10名1単位のユニット(生活単位)に分けられ、季節感あふれる食事やクラブ活動、行事の他、隣接するななえ新病院から医療サービスを受けることも可能です。また、特定施設入居者生活介護事業の指定を受けており介護が必要な状態になっても、引き続き施設職員から介護サービスの提供を受けることができるため、住み替えすることなく安心して生活を継続することができる施設です。			
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)	特定施設入居者生活介護事業
----------------	---------------

**【利用者の状況に関する事項】（令和元年10月25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
0 名	0 名	0 名	1 名	10 名	13 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
13 名	10 名	2 名	49 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	1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	1名	1名	1名	名	1名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	3名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合計	3名	1名	1名	2名	名	1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	5名	2名	6名	5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	2名	3名	3名	0名	2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	1名	1名	0名	2名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	1名	1名		

(平均利用期間： 5年9か月)

**【職員の状況に関する事項】 (令和元年10月25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	支援相談員	介護支援専門員
常勤	21名	1名	1名	1名	1名
非常勤	6名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	14名	名	2名	名
非常勤	名	6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	名	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	11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	3,521.14		m <sup>2</sup>
(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	18	年
(4) 改築年	平成		年

○保育所の場合

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

118 人

・ボランティアの業務

体操教室の指導、創作活動の指導、民謡クラブの指導、施設周囲の環境整備、レクリエーションの指導。

### 【実習生の受け入れ】

・平成 30 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 0 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。

・毎月下旬、全体懇談会を開催して、各部署から連絡事項、行事予定等を説明、この際、利用者の生活上の困り事や要望を伺っている。  
・年1回、食事に関する「嗜好調査」及び生活に関するアンケート調査を実施。その中で要望等を把握し、業務検討のなかで取り入れられないか検討。このアンケート集計結果は各フロアに設置し、入居者、見学者他、誰もが閲覧できるようになっている。  
・苦情・相談を受け付ける窓口を設けている。各部署では普段の関わりの中で利用者のニーズの把握に努めている。

### 【その他特記事項】

## 評価細目の第三者評価結果

### 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。	a	理念・基本方針は、各階ユニットのオープンスペースに掲示され、利用者及び家族への周知が図られている。職員に対しては、入社時のオリエンテーションや年度末の職員会議などの機会に、全職員・全職種に継続して伝えている。また、人事考課における職員面談の際に、浸透度を確認している。

#### 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	七飯町の第7期医療・介護事業計画の策定に施設として参画し、その中で将来動向を分析して中・長期計画や事業計画に反映させている。また、町内の社会資源の状況を把握し、他事業者との経営の差別化を図っている。
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	各部署リーダーによる「業務検討会議」を定期的に開催し、課題の共有と改善策の協議を進めている。協議された重点課題と対応策は事業計画に反映させており、例えば「職員のスキルアップ」という課題に対しては「専門研修への参加促進」を計画するなど、具体的な取り組みを図っている。

#### 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。	b	ケアハウス独自の中・長期計画を策定している。外部環境・内部環境の分析、現場の要望等の集約をもとに優先順位をつけ、年次の計画に落とし込んでおり、定期的な評価も実施している。しかし、必要な予算の裏付けとなる財源確保の計画が策定されていないため、中・長期の事業計画と連動した具体的な収支計画を立案し、さらに実効性あるものとすることを期待したい。
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。	b	中・長期計画における3年程度の中期プランの重点目標をもとに、各部門ごとの目標と合わせて単年度の事業計画として具体化している。事業計画を実現するための収支計画については、前提となる中・長期の計画が策定されていないため、今後は中・長期の収支計画を策定し、それを反映したものとすることを期待したい。
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。	a	事業計画の策定は、事前に現場からの意見集約を行い、その内容をもとに業務検討会議で当該年度の評価を踏まえ成案化している。計画内容は2か月に1度の職員会議で進捗状況の確認・評価をすすめるなど、組織的な取り組みが確立されている。
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	事業計画は全利用者を対象とした全体懇談会で周知するほか、消費税増税など利用に関する変更事項については、全利用者に個別に説明するなど、きめ細かく情報開示を進めている。今後、利用者全員が理解できるような伝え方・掲示等の工夫とともに、広報やお便りの配布など、遠方の家族等への配慮を期待したい。

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。	a	職員を対象としたサービスに関する自己評価と、利用者を対象とした満足度調査及び嗜好調査を毎年実施している。調査の結果は課題把握や業務改善につなげ、業務検討会議で評価し、次年度計画に反映させるという組織的な流れが整備されている。
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	利用者を対象とした満足度調査・嗜好調査を実施し、調査結果及び改善事項を全体懇談会や掲示等でフィードバックしている。職員の自己評価については、評価項目内容の理解にばらつきがみられることから、内容の共通理解と、結果に基づく改善事項の文書化を期待したい。

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。	b	施設長は、運営方針や重点目標について職員会議などにおいて全職員に伝えるほか、不在時の対応も各種マニュアルで明文化している。今後は、職務権限等に加えて管理者自らの役割と責任を明確に文書化するとともに、広報や掲示などを活用し内外に表明していくことを期待したい。
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	集団指導等における伝達事項や法令改正などの情報は、文書の回覧に加え、施設長が中心となって共通理解のための勉強会を開催している。利用者に関わる事項については、本人・家族にもわかりやすく伝えるなど、きめ細かく法令理解・遵守のための取り組みを行っている。
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	サービスの自己評価および利用者満足度調査などにより、課題の把握と改善に取り組んでいる。また、年2回事業進捗状況を確認し各部署レベルの課題把握と改善に努めるなど、組織的にサービス向上を進めていく上での指導力を発揮している。
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。	b	経営状況の分析や中・長期計画に基づき、人事・労務・財務の面から課題把握と改善に取り組んでいる。しかし、正規職員・常勤契約職員・非常勤職員のバランスの調整や働き方改革への対応については、サービス向上とコストバランスの検討・整理が現在進行中であるため、管理者としてこれらの改善を進めていくリーダーシップに期待したい。

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。	a	職員採用は法人全体で行うため、採用計画も法人としての計画となっている。採用時に配属先の希望を取るほか、法人内事業所間の異動については中間面接の際に希望を聞くなど、職員に対する配慮と定着に向けた取り組みが行われている。募集についてもハローワーク・学校経由・新聞広告など、各社会資源や媒体を通じて進められている。

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	正規職員及び常勤契約職員については人事考課制度の等級ごとに「期待する職員像」を明示し、初期・中間・期末の年3回の面談により目標達成度の評価を行っている。評価は賞与・ベースアップなどに反映させ、考課者の育成・研修も法人として実施している。今後は、高齢層等の非常勤職員など考課対象となっていない職種に対する人事管理面でのフォローに取り組むことを期待したい。
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り組んでいる。	a	年2回の健康診断のほか、毎年ストレスチェックを実施している。結果は大まかに管理者にフィードバックされ、年3回の面談時のほか、職員によっては随時面談の機会を設けている。職員数50名以下であるが、職員の心身の健康に配慮し産業医と契約するなど、きめ細かく取り組んでいる。
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	人事考課制度に基づき、職員自らが目標を設定し、年3回の考課者による面談で達成度のチェック及び助言を行っている。職員の向上心に配慮し、希望に応じて他職種や法人内の他施設での研修も実施しており、職員個々の意欲や能力等に応じた育成に取り組んでいる。今後は、人事考課の対象となっていない職員についても同様に、個々の能力等に基づいた育成方針の立案及び取り組みが進められることを期待したい。
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	研修計画は年間計画を策定し、人事考課での職員ごとの目標設定に応じ受講を勧めている。受講歴などは人事考課の中で個人別に管理されている。人事考課制度は正規職員及び常勤契約職員が対象のため、非常勤職員の育成方針や研修・教育の機会の確保なども期待したい。
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	職員は年間計画に基づき内部研修・外部研修に参加し、外部研修受講の際は復命・回覧、職員会議での報告のほか、内容に応じ伝達研修を実施している。資格取得に係る経費は、介護支援専門員の更新研修以外は自己負担となっているため、計画的な資格取得を進める上で、経費面の配慮も期待したい。
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。	a	実習生受入マニュアルが整備されており、受入れ担当者も配置されている。養成校からの実習実績はないが、実習担当者の指導にかかる研修は実施されており、中高生等の介護体験などの場面で活かされている。

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	ホームページ及びパンフレットに施設の特色や事業内容等をわかりやすく公開している。また、施設内で決算書等の閲覧ができるようにしている。今後、事業所としての運営方針や財務情報なども含め、迅速かつ的確な公開方法や公開時期を検討し、公表すべき情報の再整理と充実に取り組むことを期待したい。
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	事業規模から法人自体が特定社会福祉法人となっており、会計監査法人による外部監査を年2回受けている。監査のチェックに基づく経営改善等については、決算時に理事会・評議員会で今後の展開も含め報告を行うなど、適正に取り組んでいる。

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。	a	施設として町内会に加入し、利用者と職員が町内会の清掃活動や役場の花壇づくりに参加している。また、地域内のスーパーへの買い物ツアーなどを企画し、曜日を定めて利用者呼びかけするなど、地域との交流の機会を増やすよう積極的に取り組んでいる。
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。	b	町のボランティアポイント制度を活用し、貼り絵や体操、民謡などのボランティアを定期的に受け入れている。ボランティア受入れの確認事項はあるものの受入れ時のチェック項目にとどまっている。今後、受け入れマニュアルに記載する内容を検討し、活動中の留意事項や説明内容等を盛り込んだものとして整備することが望まれる。また、基本姿勢を職員と共有した上で、マニュアルを活用した実践とその定着に向けて取り組むことを期待したい。
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	町内の社会資源はリスト化されており、函館市周辺をエリアとする法人の事業所・サービスも個別にファイリングされ、誰でも閲覧可能となっている。地域内の関係機関との協働事業や合同勉強会など、具体的な連携活動にさらに取り組み、地域内のネットワークを一層密にしておくことを期待したい。
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	施設のオープンスペースを町内会の会合などに解放するほか、町内会の住民を対象に認知症サポーター養成講座を開催している。災害時には、隣接する医療機関とも協働し、避難住民の受け入れを始めとする支援を計画しており、施設機能を地域に還元するという方針が明確となっている。
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	法人内に地域貢献を検討する委員会を立ち上げ、具体的な取り組みを協議している。施設の所在する地域においては、町内遠隔地への移動支援、精神障がいの方などを対象に医療も提供できるショートステイ、病院が持っている町内全体の生活習慣病の統計データを活用した健康講座など、いくつかの候補を検討しており、把握した地域ニーズに基づいた具体的な取り組みが計画化され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	年度始めの勉強会の際に、施設長から倫理綱領に基づく「人権の尊重」の説明があり、職員は利用者の自己決定を尊重した支援に努めている。しかし、定期的な状況の把握や客観的なスケールによる評価を行う仕組みはないため、職員会議などを活用して職員の習熟度や実践を確認する仕組みづくりに期待したい。
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	プライバシー保護マニュアルが整備され、身体拘束廃止勉強会などの研修の機会がある。また、実習生受入の際の「実習オリエンテーション」においても権利擁護の周知に取り組むなど、各場面で配慮するよう努めている。今後、利用者間のプライバシー保護についても職員の共通理解を図るとともに、利用者やその家族に周知する機会を設ける取り組みに期待したい。

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。	a 施設パンフレットを町の窓口に配置している。ホームページでは、施設の利用に関する情報や設備について、写真や動画も活用しわかりやすさに配慮して公開している。現在、十数名の待機者がいるが、見学希望者には「生活のしおり」をもとに情報を提供している。
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。	a 施設でのサービス開始に当たり、重要事項説明書や「生活のしおり」を用いて、利用者とその家族に施設の運営方針や入浴時間などの生活の基本的事項を説明している。認知症の利用者には家族等に説明し、同意を得ている。
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 介護が必要になった場合は、法人内の別サービスの紹介や情報提供を行っている。しかし、在宅への移行については、支援体制が不足している。今後、マニュアルや手順書に記載する内容を整理し、在宅への移行を含めた支援が実践されることを期待したい。
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 利用者の満足度調査を年1回実施し、結果を全体懇談会で利用者へ報告している。また、嗜好調査を実施し、食事メニューに反映させている。今後、職員と利用者の双方が参画する会議を開催するなど、施設の事業や行事を利用者とともに検討し、意見や要望が反映できる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 苦情窓口担当者を設置し、重要事項説明書及び利用契約書に明示している。毎月開催される利用者の全体懇談会に職員が出席し、意見集約を行っている。第三者委員は設置しているが、現時点で相談・意見の申し出はない。第三者委員による個別相談の機会や全体懇談会参加の場を設けるなど、第三者委員が相談相手となることを「見える化」できる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 施設内に個室の相談室がある。年1回利用者満足度調査を行い、利用者の意見を集約している。意見箱は正面玄関の事務室前に設置しているが、より投函しやすさに配慮し、設置箇所の変更や各階への設置についても検討するなど、利用者がさらに意見を表出しやすくなる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 「苦情対応マニュアル」が整備されている。苦情窓口担当者と責任者を定めており、利用者から相談や意見があった場合は、対応結果を玄関に張り出して利用者へ公表している。苦情窓口担当者の不在時には、苦情対応委員会の職員が対応することとしているが、対応する職員の順や対応方法は明文化されていないため、具体的な対応を定めてマニュアルを見直し、利用者に対しても周知することを期待したい。
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。	b 「事故対策マニュアル」が整備され、未然防止や危機管理の具体的な取り組み、発生後の対応などを定めている。法人内で発生した事故の内容や状況を共有するとともに、事故対策委員会において、リスクマネジメントの検討を行っている。正月期には、家族に餅の持ち込みを控えるよう周知するなど、想定されるリスクにも対応している。今後、利用者の加齢や認知症状の進行を想定し、外出先でのヒヤリハットも含めた事例収集・検討の実施や、法人や他施設の情報収集・勉強会などの取り組みに期待したい。

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。	a	「衛生管理マニュアル」「感染症予防マニュアル」を整備している。職員会議では、感染予防委員会を中心として感染症の対応や手洗い・うがいの実施を全職員に周知している。また、看護師による勉強会では、ノロウィルスキットや手洗いチェッカーを使用して研修を行っている。利用者へは全体懇談会の場で注意喚起し、来訪者へは掲示でマスク着用や手指消毒液の使用を促している。刺身などが持ち込まれた際は、利用者同意の下巡回し、各居室での保管状況等を確認している。
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。	b	「防災マニュアル」が整備され、昼夜それぞれの火災、地震、施設の立地を踏まえた土砂災害発生時への対応を定めている。また、備蓄も用意している。胆振東部地震発災時には、併設病院の発電機により即座に電力が復旧しており、停電時でも対応できるよう備えている。今後、災害発生の想定を広げ、外出時における利用者との連絡方法の確保や避難場所の周知など、安全確保のための一層の取り組みに期待したい。

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	介護マニュアル・プライバシー保護マニュアルなど各種マニュアルが整備され、個々のマニュアルの中に標準的な実施方法を記載している。施設では、業務チェック表を活用し実施事項を確認しているが、前提となるサービス提供全体を把握し、提供するサービスの質を標準化できる仕組みは十分ではない。今後、施設で提供される支援全体が把握できるマニュアルの整備・改訂に取り組むことを期待したい。
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	業務チェック表に基づき、職員会議などで手順等の見直しを行っている。標準的な実施方法について、施設で提供されるサービス全体を把握できるよう整備し、個々のマニュアルをもとに見直しが行われる仕組みを定めることを期待したい。
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	サービス提供の基本である「個人支援計画」は、介護職員日誌や看護日誌をもとにケース会議などで状況を確認し、年2回策定されている。計画には、介護職員・看護師のサービス提供方法や目標を記載し、利用者本人の同意を得ている。今後、サービス担当者会議への利用者・家族等の出席など、計画の精度を高める取り組みを期待したい。
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	「個人支援計画」は、半年ごとに経緯と留意点をまとめて見直しが行われている。今後、加齢に伴う疾病の罹患など個々の状況変化も想定されることから、利用者家族の面談やサービス担当者会議への出席など、意向の把握と反映の仕組みを工夫して策定することを期待したい。
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	利用者に関する情報は、介護職員日誌や看護日誌に記録され、介護職と看護職相互に回覧し情報を共有している。記録の書き方については、施設長や主任が文言・表現などの指導を行っている。記録要領は介護サービス利用者のケース記録の記入方法が主体となっているため、自立の利用者に対しても記録の方法を定め、利用者全体を見据えた適切な記録内容や書き方の工夫に期待したい。

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。	b	法人で「個人情報取扱規程」と「個人情報取扱運用内規」が整備され、職員は個人情報管理表に基づき遵守に努めている。今後は、個人情報に関する研修の機会を通じて、USBの使用や電子データを含む情報管理について職員の意識を高め、ハード面・ソフト面の双方向で取り組むことを期待したい。
----	----------------------------------	---	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

評価対象 養護・軽費 付加基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果	コメント
A-1-(1) 生活支援の基本			
A③	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a	生活相談員が各階訪問時に利用者へ声をかけ、様々な要望などを聞き取っている。また、福祉制度利用や介護保険に関連する申請代行などの手続きを支援している。ユニット担当職員が、朝と夕方に全居室を巡回して生活上の希望や意見などを聞き取りし、生活相談員などと情報共有し対応している。
A④	A-1-(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	現在コミュニケーションに大きな不都合を抱えている利用者はいないが、多少話が聞こえづらい方や目が見えにくい方などには、声のボリュームを工夫したり、字を大きく書いて筆談するなど個別に対応している。また、職員によるばらつきが無いように、必要な留意事項をケアプランに落とし込み対応している。
A-1-(2) 権利擁護			
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。 ※a/cのみ選択	c	身体拘束廃止や高齢者虐待防止については、定期的な研修や外部講師による研修が開催されている。現在は事例なども無いが、普段から感度を上げて権利侵害や権利擁護などのヒヤリハット事例の収集に取り組み、権利擁護・身体拘束廃止の指針や手順書の整備・更新などが、全職員参画のもと継続的に実施されることが望まれる。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果	コメント
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮			
A⑥	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a	個人の居室では、できる限り在宅から自分の使用しているものを持ってきてもらうなど、馴染みの環境で落ち着けるように配慮している。家具の配置や飾りも、可能な限り個人の自由となっている。また、自立して取り扱可能な利用者は、ユニットの共有キッチンを使うことができる。ユニットには、冷暖房や冬場に大型の加湿器などを配備し、環境に配慮している。

A-3 生活支援

		第三者評価結果	コメント
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援			
A⑦	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	一般及び介護の利用者それぞれに、基本的な入浴可能曜日・時間を設定し、入浴支援を行っている。温度管理は、1時間に1回実施している。入浴前に体調を確認し、状況に合わせて清拭やシャワー浴への変更、シャワーキャリーの活用など適時対応している。
A⑧	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	利用者の羞恥心やプライバシーに配慮しながら支援している。一般の利用者の排泄支援については、洗濯物やパットの使用状況などから、支援の必要度を判断している。介護の利用者へは施設サービス計画書に基づきながら、一人ひとりに合わせた方法で支援している。



A⑨	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	移動支援について、施設として転倒リスク評価を実施し、その評価結果をもとに支援方法を取り決めている。また、施設職員のみでの判断が難しい時は、隣接病院との連携によりセラピストなどによる再評価を実施している。シーティングも含めた支援方法を検討し、施設サービス計画書に反映させている。
A-3-(2) 食生活 * 食事の提供を行っていない場合は「非該当」とすることができます。			
A⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	食事に関するアンケートに加えて栄養士がミールラウンドを実施し、利用者から希望や意見などを直接聴取して、季節や行事食、選択食なども含め献立に反映させている。ユニットにて個別盛り付け配膳を行い、温かいものは温かく、冷たいものは冷たく適温で喫食できるように配慮している。また、希望があれば個人の食器でも食事がとれるよう配慮している。
A⑪	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	利用者の疾患や療養上の留意事項に合わせた食事形態にて食事を提供している。また、体調に合わせて喫食時間の調整や介助、居室での個別対応など、その時々状況に応じて対応している。
A⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	介護対象の利用者には、毎食後に口腔ケアや口腔内チェックを行っており、必要な歯ブラシなどの備品を整備している。また、状況に応じて隣接病院の言語聴覚士に相談している。今後は、一般の利用者も含め歯科医師や歯科衛生士の定期的な評価や指導を受けられる体制を整え、専門的見地から口腔ケアに取り組むことを期待したい。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア * 利用者の状況により「非該当」とすることができます。			
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b	現在ハイリスクの利用者はいるが、処置までを必要としている方はいない。褥瘡の評価スケールは特に決めておらず、目視で確認し受診対応して医師から指示をもらっている。今後は、医療職の責任者の配置や評価スケールの導入により定期的な評価を実施し、継続的・計画的な褥瘡発生予防体制が構築されることを期待したい。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 * 利用者の状況により「非該当」とすることができます。			
A⑭	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	/	
A-3-(5) 機能訓練、介護予防			
A⑮	A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。	b	現在は、様々な体操や創作活動、レクリエーションなどの生活リハビリを実施している。今後は生活リハビリに留まらず、利用者一人ひとりの心身機能の向上と維持に向けて、専門職などの評価により計画が立案され、可視化された定量的な評価につながることを期待したい。
A-3-(6) 認知症ケア			
A⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a	個別の認知症症状については、ユニット担当職員や介護支援専門員がアセスメントを行い、施設サービス計画書へ反映させている。また、計画に基づき都度支援方法を工夫しながら対応している。
A-3-(7) 急変時の対応			
A⑰	A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a	隣接する病院とのバックアップ体制が整備された上で、日中の緊急時対応のマニュアル・手順書が策定されている。夜間・休日などは看護師がオンコール対応している。急を要する場合は、介護職員が直接隣接病院の看護師へ連絡できる体制となっている。AEDの使用については年1回研修を実施し、年度始めに職員が受講している。また、心肺蘇生の研修にも定期的に参加している。
A-3-(8) 終末期の対応 * (訪問介護、軽費) 取組の状況により「非該当」とすることができます。			
A⑱	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	/	

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果	コメント
A-4-(1) 家族等との連携			
A⑩	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a	家族との連携は、介護主任、生活相談員、介護支援専門員、栄養士それぞれが行っている。家族等が週1回程度来訪する利用者も多いなど面会の機会も多く、その際に様々な情報交換をしている。転倒や変色などがある場合は、速やかに家族に連絡している。家族等とのやり取りは、基本的にケース記録に記載している。