

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2012 年 2 月 15 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 011-251-3897

評価機関名 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第10-006号

代表者氏名 会長 三宅 浩次

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)	村田 正義	総合	第0089号
	(2)	堀田 智佳子	福祉	第0134号
	(3)	高橋 春美	総合	第0018号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	たんぽぽの丘			
設置者名称	社会福祉法人 札幌恵友会			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 札幌恵友会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2011 年 2 月 22 日	~	2012 年 2 月 15 日	
利用者調査実施時期	2011 年 9 月 13 日	~	2011 年 10 月 11 日	
訪問調査日	2011 年 11 月 22 日			
評価合議日	2012 年 1 月 25 日			
評価結果報告日	2012 年 2 月 15 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

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 札幌恵友会

代表者氏名: 理事長 木本 由孝

所在地: 001-0930 札幌市北区新川715番地2

TEL 011-531-5000

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

○職員の資質向上を目指した研修の取り組み

たんぼぼの丘は、社会福祉法人札幌恵友会が経営する3番目の介護老人福祉施設として、2001年4月に障がい者施設を併設し、現所在地に開設しています。中央区円山の麓を背にし、北は円山公園、南は旭山記念公園を望み、東は札幌市街を眼下にする場所に位置しています。この地域には他の社会福祉法人が経営する介護老人福祉施設が当該施設を含め3カ所あります。このことから利用者から選ばれる施設を目指し、特色のある介護サービスの提供に向け、とりわけ職員の資質向上を目指した研修の取り組みに切磋琢磨する姿勢は評価できます。

○自然の中の安全で快適な棲家

当施設が所在する恵まれた自然環境のなかで、築後10年が経過する施設は広々としたゆとりある空間を有し、利用者にとって安全で快適な棲家として造られています。

○意見要望を述べやすい環境づくり

月2回、利用者や家族対象に「何でも相談会」を実施しており、日頃の要望を気兼ねなく相談できる体制ができています。複数の職員が相談員として対応し、相談相手を選択できるように設定しており、掲示や口頭で知らせています。定期カンファレンスにおいても、些細な要望も利用者から吸い上げて、ケアプランに活かしており、日頃の関係づくりからも、利用者が意見要望を表出しやすい環境が作られています。

○利用者の個別状態にあわせたサービス提供

利用者の高齢化とともに、認知症も重度化傾向にあり、介護の困難性が想定される状況の中、心のこもった温かいケアが実践されています。利用者一人ひとりの食事・水分、排泄、移動、口腔ケア、身だしなみなど、きめ細かな配慮と様々な工夫をした個別援助マニュアルを作成し、職員間で共有しチームとして協力体制をとり介護サービスを提供しています。

○手厚い専門職配置と利用者の自立・安全・安心のための生活支援

施設運営基準外で、専任の機能訓練指導員として理学療法士を配置し、利用者の個別状態にあわせた機能訓練を行い自立を目指した生活支援をしています。また、施設独自で夜間専従看護師を配置し、状態変化に伴う医師からの指示、治療を受ける体制ができており、日勤から夜勤、夜勤から日勤へと継続した健康管理が行われています。毎朝のミーティングでは医療・看護・介護に関する協議やケアの評価などを行い、連携をしながら生活支援をしています。

◇改善を求められる点

○規程、要綱などの整備

開設から10年が経過するものの、施設独自の理念がなかったことから、今年度新たに施設理念を制定しました。この取り組みを契機に、施設経営に全職員の参画とあわせて各種委員会活動などの拠り所となる、規程、要綱などの整備に着手することを期待します。

○共通理解による体制整備

施設独自の理念が制定されたものの、管理者や職員が持っている思いや構想が明文化されていません。思いや構想を明文化し、全職員が共通理解できる体制の整備を期待します。

○避難装置の再検討

緊急時や災害発生時には利用者が安全で安心した中で避難できるソフト面での仕組みとハード面での施設整備が必要となりますが、利用者の身体状況を考慮すると実際の使用には適さない避難装置が設置されています。避難装置は実際に使用できるものに交換するか、避難方法の選択肢を新たに設ける必要があると思われます。

○介護サービス計画の評価見直し手順の確定

実際に行われている介護サービス計画の評価・見直しの流れはできているようですが、組織として決定しているモニタリングの時期・手順などを明文化することが望まれます。また、利用者の意向の把握、同意を得る手順、変更内容の関係職員への周知方法など、組織としての仕組み整備と文書化に期待します。

○身体拘束排除の取り組み

身体拘束は原則禁止とし、やむを得ない場合の手順書を作成したり、「拘束虐待について」の施設内及び施設外の研修会に参加したりするなど職員の意識向上に向けた取り組みをしていますが、現在、胃ろうカテーテルの自己抜去防止及び皮膚の掻き傷からの出血防止のためにミトンを使用しています。契約書には、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を明文化しており、個人の尊厳を重視し、かつ利用者の安全性を保つために、職員間で身体拘束排除の検討を重ねミトンを使用しないための工夫を望みます。

○サービスの質の向上のための手順書の充実

現在作成されている介護マニュアルは手順が中心で、利用者の尊厳やプライバシーの尊重などの介護サービスの基本に関することの文書化にはなっていません。利用者の尊厳やプライバシーの尊重だけでなく、利用者の自己決定の尊重、利用者の意思決定能力への対応、秘密保持、説明責任など社会福祉サービス従事者として利用者に対する倫理的責任とも言うべき基本事項を、食事・排泄・入浴などの介護マニュアルに明文化し、職員教育の機会やケアの実践で常に振り返るツールとして活用す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

現在、平成24年度の「介護保険制度改正」という大きな変容期を向かえ、ますます「サービスの質の向上」ということが問われ求められている。この度、当施設としては初めてとなる「福祉サービス第三者評価」を受けることが出来た事で、自らの組織やサービス等について「自己評価」により振りかえり、さらに専門家による評価が加わることで、今後の「サービスの質の向上」に向けた改善活動を行うための大きな良い機会となった。今後は、職員一人ひとりが専門職として、各専門性の向上を目指し、より良い連携の中で日々の学びやご利用者等との関わりを大切にしながら、「サービスの質の保証・質の改善」に向けた取り組みが実施できるように努めていきたいと考える。

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 23 年 9 月 1 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 札幌恵友会		
事業所名 (施設名)	介護老人福祉施設 たんぽぽの丘	種別	特別養護老人ホーム
事業所所在地	〒 064-0808 札幌市中央区南8条西26丁目1番2		
電 話	011-531-5000		
F A X	011-531-5200		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	浜崎 雅明		
調査対応ご担当者	美阪 由紀子 (所属、職名：施設福祉課 SW・CM)		
利用定員	入所：80名	開設年	平成 13年 4月 23日
理念・基本方針： ≪法人理念≫ 一、法人施設の一員として、高い倫理的自覚を持ち、協調性、一体感を保持するものとする。 一、保健医療・介護福祉サービスを、不断の教育、訓練により質の向上を図り、利用者本位の良質かつ適切なサービスの提供に努めるものとする。 一、利用者の尊厳を重んじ、その自立を基本に関係機関、団体と協力・連携し支援するものとする。 ≪施設理念≫ (※23年10月1日より、施設理念とする予定。) 一、「はびねす」みんなが幸せに生活します。 一、「ちゃれんじ」みんなの想いを尊重します。 一、「ちーむわーく」みんなで最大限に協力します。			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)	
①障害者支援施設「つばさ」 (定員20名)	●在宅サービス：短期入所 (定員4名) ●生活介護 (通所型：定員15名)
②介護老人福祉施設「たんぽぽの丘」	●在宅サービス：短期入所 (予防) 生活介護： (定員10名) ●通所 (予防) 介護： (定員30名)
③「南円山介護相談センター」	

【利用者の状況に関する事項】（平成23年9月1日現在にてご記入ください）

○年齢構成（成人施設の場合（老人福祉サービスを除く））

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
5 名	0 名	6 名	6 名	21 名	14 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
16 名	8 名	2 名	78 名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

1歳未満	1～6歳未満	6～7歳未満	7～8歳未満	8～9歳未満	9～10歳未満
名	名	名	名	名	名
10～11歳未満	11～12歳未満	12～13歳未満	13～14歳未満	14～15歳未満	15～16歳未満
名	名	名	名	名	名
16～17歳未満	17～18歳未満	18歳以上	合 計		
名	名	名	名		

○年齢構成（保育所の場合）

6ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～2歳未満	2 歳児	3 歳児	4 歳児
名	名	名	名	名	名
5 歳児	6 歳児	合 計			
名	名	名			

○障害等の状況

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	名	1名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	2名	6名	1名	1名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	3名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	3名	7名	4名	1名	名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合計	名	名	名

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

6か月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
0名	7名	10名	8名	5名	3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
8名	6名	6名	6名	19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
0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	0名		

(平均利用期間： 5.3年)

【職員の状況に関する事項】 (平成23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	事務員	主任指導員	指導員
常勤	45名	1名	1名	2名	1名
非常勤	14名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	3名	30名	名	4名	名
非常勤	名	7名	名	6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	2名
非常勤	名	名	名	1名	名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」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 (0名)
介護福祉士	27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	6,676.64 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	13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 22年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

898 人

・ボランティアの業務

ウエス寄贈、ウエス作り。歌・踊り・演奏会等の実施・披露。手芸。夏祭り・餅つきのお手伝い。詩吟の会。書道教室。カラオケ。音楽療法。傾聴。いきいき気功。整体マッサージ。メイクボランティア。交流活動。車椅子清掃。コミュニケーション。クリスマス会等の行事参加やお手伝い。

【実習生の受け入れ】

・平成 22年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 2 人

介護福祉士 41 人

その他 126 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。

①「何でも相談会」の定期開催（毎月2回 曜日をかえ、1F相談室で行っている。相談員が交代で対応し、普段の担当相談員とは別の相談員に相談ができるように努めている。） ②「ご意見箱」の設置と苦情受付担当者を決めている。 ③日々の居室訪問や食堂等でのお声かけにより、細かな対応ができるように努めている。 ④「家族懇談会」の開催。 ⑤各フロアでの茶話会。

【その他特記事項】

①広報誌の定期発行（年4回）。②たんぼぼ寄席「笑って介護。笑って落語」の定期開催（1回/2か月）。③年末の「銭湯の日」（主に当施設デイサービス利用の方を中心に毎年12月末に実施。

評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ－１ 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－１－（１） 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ－１－（１）－① 理念が明文化されている。	b	法人の理念はあるが、たんぼぼの丘（以下「施設」という）としての理念がなかったことから、平成23年10月に施設独自の理念を制定した。法人・施設の理念を明文化し事業計画書や広報誌、パンフレットなどに掲載するなどの広範な周知に期待したい。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	c	法人の理念に基づく施設の基本方針は明文化されていない。各年度ごとに施設の各部門の重点項目を設定しているが、その前提となる法人理念に整合した職員の規範となる基本方針の策定を期待したい。
Ⅰ－１－（２） 理念、基本方針が周知されている。		
Ⅰ－１－（２）－① 理念や基本方針が職員に周知されている。	c	理念や基本方針を明文化し、すべての職員に配付・周知するなど理解を促すための積極的な取り組みを期待したい。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	当該施設実施の福祉サービスに対する安心感や信頼を高めるためにも、理念や基本方針を明文化し、利用者や家族向けのわかりやすい説明資料の作成配付や、パンフレット・ホームページへ掲載するなど、周知について十分な取り組みを期待したい。

Ⅰ－２ 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅰ－２－（１） 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ－２－（１）－① 中・長期計画が策定されている。	c	単年度計画はあるが中・長期のビジョンや事業計画は策定されていない。平成23年度、3年先までの施設改善計画を策定したが予算が伴っていない。中・長期計画及び中・長期収支計画の策定に期待したい。
Ⅰ－２－（１）－② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	単年度事業計画を策定し、年度終了時に評価しているが、中・長期の事業計画及び収支計画が策定されていないことから、その内容を反映する計画とはなっていない。
Ⅰ－２－（２） 事業計画が適切に策定されている。		
Ⅰ－２－（２）－① 事業計画の策定が組織的に行われている。	b	法人の指示に基づき課単位での事業計画が策定されている。関係職員の参加や意見の集約と反映を行うという組織的な仕組みによる計画の策定ではなく、トップダウンで計画が策定されている。職員及び利用者の意見も反映した計画・状況把握・評価・見直しによる事業計画の策定を期待したい。
Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。	c	職員は所属する課内の事業計画は分かるが、所属外他課の事業計画はわからない状況がある。文書として配付しているが、会議や研修において職員に対し組織的に事業計画を理解・周知させる取り組みを期待したい。
Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。	c	事業計画書を玄関ホールに掲出している。利用者や家族に事業計画書などをわかりやすく説明した資料としての配付やホームページの活用など、当該年度における施設の計画を積極的に周知・理解していただくという取り組みを期待したい。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	管理者は施設運営会議や職員会議などを通じその職責を明らかにするとともに、施設の広報誌「たんぼぼつばさ通信」の誌面を通じ継続して、自らの職責、施設経営についての考えを表明している。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b	遵守すべき法令などは施設運営会議やフロア会議を通じて職員に伝達されているが、全職員の共通理解には至っていない。最新の情報も含め手軽に閲覧できるようなリスト化をはじめ、職員全体が正しく理解するための方策の検討を期待したい。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	研修委員会が企画実施する各種研修を通じ介護サービスの質の向上に努めている。管理職は必要に応じ業務改善や見直しの提案を行い、その職責を果たしている。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b	管理者（施設長）は課長や相談主任で構成する経営安定会議で施設経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みの提案を行うなど指導力を発揮しているものの、多様な課題に対応するまでには至っていない。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	b	同一地域内におけるほかの社会福祉法人が経営する介護老人保健施設との合同研修や関係団体主催の研修への参加をはじめ、業界誌（紙）の購読、インターネットを通じて動向把握や情報の把握に努めている。しかし、組織的な取り組みには至らず、事業計画への反映も十分ではない。
Ⅱ-1-(1)-② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	b	施設経営に係る課題は施設運営会議で諮られているが、経営に係る課題の選定や絞り込みも一部偏りがあり、経営全体の改善に向けた取り組みになっていない。改善する課題を発見するためにも、職員の意見聴取を行うなど組織的な取り組みを期待したい。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	外部監査は実施されていない。経営上の改善課題の発見及びその解決のための客観的な情報を得るためにも外部監査の実施を期待したい。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	人事管理はプランに基づいて行われているが、目標に向けた計画的かつ具体的な人事プランが確立されているとは言い難い。利用者の介護レベルに対応するため、必要な人材に関する具体的なプランの確立を期待したい。
Ⅱ-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	c	人事考課基準を整備しているが、客観的なものとなっていない。平成22年度において人事考課は試行されたものの、平成23年度では実施されなかった。効果基準を明確に示し、結果を職員にフィードバックする体制の構築を期待したい。

II-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-2 (2) -① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	有給休暇の取得率は低い。職員の就業状況や意向を把握するための仕組みとして、毎年10月に「自己申告書」の提出を求めている。精神面の相談や支援をする仕組み作りに期待したい。
II-2-2 (2) -② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	北海道民間社会福祉事業職員共済会に加入している。健康診断の実施や野球大会をはじめ歓送会・新年会などの親睦会活動の取り組みはあるが、職員全員の積極的取り組みや参加には至っていない。職員の希望聴取の取り組みに期待したい。
II-2-2 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-2 (3) -① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	c	職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示するものではなく、当該年度の事業計画の項目に職員研修を位置付けている。研修の企画・実施は研修委員会の役割となっている。全職員の研修に対する意識・参加意欲は十分でない。基本方針、中・長期計画を策定し、中に組織が求める基本的姿勢などを明示し、組織としての目的意識を明確化することに期待したい。
II-2-2 (3) -② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	c	研修は施設外研修と施設内研修に大別して実施しているが、個別の教育・研修計画にはなっていない。職員一人ひとりのキャリアやスキルに応じた研修計画の策定及び実施に期待したい。
II-2-2 (3) -③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	c	各種の研修は実施されているが、研修終了後の報告やレポート提出が体系的に取り組まれていない。また評価や分析も行われていない。研修成果の評価・分析による発表の機会を設け、業務に反映させる方策の検討を期待したい。
II-2-2 (4) 実習生の受入れが適切に行われている。		
II-2-2 (4) -① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	実習生受け入れの年度方針を定めるとともに、当該年度の事業計画の項目に実習生の受け入れを位置付けている。実習生受け入れの十分な実績があるが、実習プログラムの策定が未整備となっている。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-1 (1) 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
II-3-1 (1) -① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	事故発生防止のための指針のもと、事故対策委員会を設置し事故の未然防止と事故発生時において迅速な対応ができるよう体制を整備している。事故対応マニュアルは利用者の事故を想定して作成されているが、火災・地震時を想定した対応マニュアルとしての内容の充実も期待したい。
II-3-1 (1) -② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	b	災害発生時における非常時連絡網や体制の整備を行うとともに、避難訓練を定期的実施している。しかし、全職員参加による避難訓練の実施が困難であったり、災害時対応マニュアルの全職員共通の理解に至っていない。実際に火災などが発生した場合、利用者の避難には適さない避難装置が設置されている。
II-3-1 (1) -③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	b	利用者の事故内容や発生場面・時間についての統計をとり、事故対策委員会をはじめとする関連委員会において事故の傾向の把握と対策に努めている。しかし、事故の完全防止には至っていない。

Ⅱ-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	b	地域との関わりは当該年度の事業計画に位置付けられ、具体的にはボランティアの受け入れや地域交流事業を通して行われている。地域交流事業は施設を出ての食事、買物、大通り公園での散歩、敷地内駐車場での夏祭りが毎年実施されている。しかし、施設が所在する町内会、地域住民との関わりは少ない。事業所や利用者への理解を得るためにも、地域との交流機会の定期的設定を望みたい。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	施設内の地域交流ホームを会場に利用者はもとより地域住民も対象にした「介護トークショー」の実施をはじめ、地域住民を対象にした「介護相談」や会議室の地域開放にも取り組んでいるが、PR不足もあってか地域からの協力や参加が少ない。職員対応の難しさもあるが、今後も周知に努めた取り組みに期待したい。
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	a	ボランティア受け入れに対する姿勢・登録手続・事前説明事項などは法人のボランティア規定に明示されており、事業計画にもボランティア受け入れの姿勢を明らかにしている。ボランティア受け入れの企画を担う委員会も設置し、年間を通じたボランティア活動の実績も高い。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	利用者に介護サービスを提供する上で、必要となる行政機関窓口（市役所、保健所、消防署、警察署など）をはじめ、関係福祉団体（社協、ボランティア団体など）の所在、連絡先は明示しているが、それぞれの機関・団体が有する機能や情報について全職員が共有するには至っていない。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	c	施設として関係機関・団体との定期的な連携や情報交換をする場を設定していない。事業推進上の諸課題解決に向け、関係機関との定期的な連携の機会の構築など、協働した取り組みを期待したい。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	c	地域の福祉ニーズを把握するための組織的な仕組みが整備されていない。また、地域の町内会との連携が十分とれていない状況がある。事業所が地域社会における役割を果たすためにも、具体的な福祉ニーズの把握に努められることを期待したい。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	c	施設において企画・実施する「夏まつり」や「介護相談」などの事業は、地域の福祉ニーズを反映した事業・活動にはなっていない。具体的な福祉ニーズの把握により、これに応える事業計画・実施に期待したい。

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。		
Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b	利用者を尊重した、新たな理念を作成した所であり、これから周知を図っていく段階にある。身体拘束や虐待防止については、研修を行い職員間で意識の共有に努めている。

<p>Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。</p>	<p>c</p>	<p>面会簿の取扱や面会場所についてプライバシーに配慮し、日常生活でのプライバシーへの配慮を行っているが、「利用者のプライバシー保護」という観点での研修やマニュアルの整備はされていない。明文化することで、意識の統一、周知徹底を期待したい。</p>
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>年2回家族懇談会を行い、意見要望を聞いている。参加できない人には電話や、面会の時に直接話しを聞いているが、個別対応となっており、施設としての客観的な満足度調査には至っていない。定期的なアンケートの実施などによる分析・検討が、改善へとつながる仕組み作りに期待したい。</p>
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。</p>	<p>a</p>	<p>月2回、利用者や家族に「何でも相談会」を実施しており、利用者が日頃の要望を気兼ねなく相談できる環境を作っている。複数の職員が対応し、相談相手を選択できる環境を整備している。「ご意見箱」を設置している。</p>
<p>Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。</p>	<p>b</p>	<p>苦情解決の仕組みは「ご意見・苦情解決マニュアル」に明示され、利用者へ配布し、玄関ホールにも掲示されている。しかし、苦情を受けた際に、一部の職員と、解決の担当職員で処理され、職員全体や利用者への周知徹底が十分とは言えない。今後の苦情解決後の結果の公表及び相談者へのフィードバックについての検討を期待したい。</p>
<p>Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。</p>	<p>b</p>	<p>意見・苦情の解決に向けての仕組みは確立されているが、それ以外の家族や利用者からの要望については、要望を受けた担当が記録を残しほかの職員へ報告し解決する仕組みとなっており、マニュアルは活かされていない。すべての情報を集約し解決に向けたマニュアルとしての活用とその徹底が望まれる。</p>

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。</p>		
<p>Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的な評価を行う体制を整備している。</p>	<p>a</p>	<p>年2回以上は、評価会議を行っている。評価担当委員会を設置して体制を整えている、今回の第三者評価についても、委員会を中心に組織全体で取り組んでおり、自己評価をする中で、これまでの取り組みの見直しが行われている。</p>
<p>Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。</p>	<p>b</p>	<p>評価会議・評価担当委員会において組織としての課題は把握している。課題分析は一部の職員間で行われているが文書化されていない。職員参画のもとで改善計画を策定し、実施状況の評価の実施・見直しまでの一連の体制構築及び職員間での共有化に期待したい。</p>
<p>Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。</p>		
<p>Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。</p>	<p>b</p>	<p>個別対応のマニュアルを整備しサービスを提供している。業務ごとの標準的なマニュアルも整備しているが、プライバシーへの配慮や介護場面ごとの詳細な対応についてのもとは言えない。標準的サービス提供マニュアルの具体性、緻密性に向けた改善に期待したい。</p>
<p>Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。</p>	<p>c</p>	<p>変更の必要な項目についてのみ見直しを行ってきており、標準的な実施方法について、定期的な検証・見直しを行っていない。改めて、組織としての見直しを定期的に行い、職員・利用者からの意見が反映される仕組み作りを期待したい。</p>

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	介護経過記録や生活状況表を活用している。業務マニュアルに記入例を示している。しかし、内容にバラつきがあり、職員への指導徹底が十分とは言えない。現在記載方法の統一に向けて話しあっている段階にあるので、新たな記載要領の確立と周知徹底に期待したい。
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	記録管理の責任者が設置され、保管・保存・処理規定を定めている。個人情報保護規定を定め、重要事項説明書にて利用者の同意を得ており、掲示も行っている。しかし、記録管理について、職員への周知が十分とは言えないことから、個人情報保護法の趣旨理解及び遵守についての教育・研修の実施に期待したい。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	日々の申し送りと、定期的なケアカンファレンス会議で利用者の情報の共有化を図っている。組織内のパソコンは共有になっており、会議録や施設内の動きが確認できるようになっている。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	b	ホームページ、パンフレットの配布、広報紙の作成にて情報の提供を行っている。見学や体験入所も行い記録に残している。しかし、パンフレットやホームページの内容の更新が滞っており、今回理念を新たにすることを機に、利用者の視点に立った選択に合う情報内容へ変更し、また、提供方法についても検討されることを期待したい。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	契約書及び重要事項説明書によってサービス内容や料金を説明したうえで、利用者及び家族に同意と確認印を得ている。利用まではショートステイで体験を繰り返し、無理なく入所につなげており、相談から契約、入所までの記録を残している。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	c	これまでの利用者で、家庭や他施設への移行事例がほとんど無かったため、サービスの継続性に配慮した手順書や引継文書は定めていない。今後利用者からのニーズが生じた時を想定し、引継体制及び手順書を作成するとともに、退所後も家族が相談できる体制を整備されることを期待したい。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	b	MDS様式を利用し定期的にあセスメントを行い、利用者の身体状況や生活状況、生活面での要望の確認を行い、統一様式に記録し、職員に周知されている。今後は、組織としてアセスメントの内容精査と基準の明確化に取り組むことを期待したい。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	b	ケアマネジャーが責任者として、サービス実施計画を策定している。ケアプラン更新時に、利用者及び家族から意向を確認している。今後は、サービス実施計画策定についての基準及び見直しについての組織的な取り組みに期待したい。

<p>Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。</p>	<p>c</p>	<p>定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行い、変更があればプランを変更し、職員へ周知を行い、日々のサービスにつなげている。しかし、この評価・見直しに関しては担当者に一任され、組織として手順を示した書類は確認できない。今後は、アセスメント、カンファレンスについての、策定から見直しについての手順を組織として策定することに期待したい。</p>
---	----------	--

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A-1 利用者の尊重

	第三者評価結果	コメント
<p>1-(1) 利用者の尊重</p>		
<p>A-1-(1)-① 施設サービス利用契約書の内容は適切であり、契約は説明と同意に基づいて適正に行われている。</p>	<p>a</p>	<p>重要事項・契約内容について、利用者・家族に対して利用前に相談員より説明し同意を得て署名・捺印をしている。</p>
<p>A-1-(1)-② 施設サービス利用契約に当たり、適格な契約者による契約が締結されている。</p>	<p>c</p>	<p>利用者本人に十分な意思表示がある場合は本人と直接契約するが、利用者本人に十分な意思表示がない場合は家族が代書・捺印しており立会人の署名はなく、契約の形態について見直しが求められる。成年後見制度については必要に応じて情報提供し、手続きに関する支援は行われている。</p>
<p>A-1-(1)-③ 施設サービス利用契約の内容に変更が生じた場合は、遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス利用契約の内容に変更が生じた場合には、家族に対して説明会を開催したが出席者は1割程度と少なく、施設来訪時に説明したり、来訪できない場合は郵送により契約変更の同意を得ている。</p>
<p>A-1-(1)-④ 施設サービス利用に関する広報・パンフレット等の内容は、適切であり、わかりやすさに十分配慮されている。</p>	<p>c</p>	<p>パンフレットは10年前に作成したものを利用しており、介護サービスの基本理念である「高齢者の尊厳の保持」や「法人理念及び施設理念」などの記載がない。23年10月、施設理念を策定しており、併せてパンフレットの見直しを期待したい。</p>
<p>1-(2) 利用者の主体性の尊重</p>		
<p>A-1-(2)-① 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。</p>	<p>a</p>	<p>テレビを自室に持ち込んだり、新聞購読申込みや雑誌購入申込みを相談員が支援するなど利用者の希望を尊重し自由に楽しめている。また、各階には寄贈によるミニ文庫が設置され自由に利用できる。</p>
<p>A-1-(2)-② 食料品や嗜好品、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入できるように配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>売店は設置しておらず、月2回来所する移動販売は主に食料品だが利用者の楽しみになっている。冷蔵庫は利用料を負担して持ち込みが可能のため、家族が持参した食品なども保管できる。施設外での買い物は「買い物申込」により職員が購入を支援している。利用者本人が自由に選ぶ機会が少なく、利用者の個性や好みを尊重した生活の楽しみにつなげる支援の取り組みを望みたい。</p>
<p>A-1-(2)-③ 施設が企画する行事やサークルなどへの参加については、利用者の意向を十分に尊重している。</p>	<p>a</p>	<p>ボランティア講師によるサークル活動として「書道」「詩吟」「音楽」「気功」「カラオケ」「手芸」「押し花」などがある。行事として「夏まつり」「餅つき」「クリスマス会」「銭湯の日」「たんぼぼ寄席」などを企画・実施している。参加は職員が口頭で勧め、利用者の希望や体調にあわせて調整している。</p>
<p>A-1-(2)-④ 家族・知人などの外来者との面会については、時間帯の希望、面会場所の用意やプライバシーの尊重などに配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>面会は原則として曜日・時間を自由に行っている。場所は居室、食堂、5階サンルームなどとし、5階サンルームには観葉植物や利用者の創作作品を飾り、広々としたスペースに応接セットを配置するなど、利用者と家族などがゆっくり寛いで交流できる空間となっている。さらに1階の相談室を面会時に開放するなどプライバシーに配慮している。</p>

<p>A-1-(2)-⑤ 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>家族・利用者へ外出・外泊の希望などを確認し実施しており、必要時、介護タクシーの手配及びガイドヘルパーの情報提供と手配も支援している。また、利用者の状態によって車いすなどを外出・外泊先で使えるように貸し出しに配慮している。</p>
<p>A-1-(2)-⑥ 嗜好品（酒、たばこ等）については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望が尊重されている。</p>	<p>c</p>	<p>喫煙の害について説明し、そのうえで喫煙を希望する場合は一日5本と制限し、購入は相談員が支援している。喫煙場所は1F喫煙室と各サービスステーションとなっており分煙対策が徹底しておらず、他利用者の健康などを考慮した改善への取り組みを望みたい。飲酒に関しては自由な飲酒は認められていない。</p>
<p>A-1-(2)-⑦ 預かり金について、利用者ごとに適切な管理体制が作られている。</p>	<p>a</p>	<p>「預かり金等管理規定」を作成しているが現在、預かり金はなく、立替払い利用が多い。預かり物として通帳を預り金庫保管としている。施設長が管理責任者となり2名の相談員が「入金票」「入金票」にて管理している。利用者へは6ヶ月ごとに個人別預かり金品等台帳の写しを交付し、請求があれば都度交付している。個人管理を希望する場合は居室の引き出しの鍵を利用者自身が管理している。</p>

A-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>A-2-(1)-① 施設サービス計画作成のためのサービス担当者会議には利用者、家族、その他の関係の深い人が参加して行われている。</p>	<p>b</p>	<p>サービス担当者会議は平日15時～15時30分に設定し、家族への案内は、面会時及び電話で直接伝えている。参加は家族の仕事の都合により1割程度と低いが、困難な課題を抱える利用者の家族は参加している。現在は、家族が参加しやすい日程の調整が困難な状況にあるが、面会日や土曜日の対応など家族が参加をしやすい配慮に期待したい。</p>
<p>A-2-(1)-② 施設サービス計画の作成に関しては、多職種（各専門職）の参加を得て行っている。</p>	<p>a</p>	<p>理学療法士・看護師・介護職員・相談員・栄養士などの多職種参加の基に施設サービス計画書が作成されている。医療面は嘱託医の療養上の指示やケア上の留意点について施設サービス計画書に反映している。</p>
<p>A-2-(1)-③ 施設サービス計画には、自立支援や要介護状態の軽減または悪化を防止する視点が具体的に反映されている。</p>	<p>a</p>	<p>2名の介護支援専門員が利用者の心身状態悪化防止の視点でアセスメントからモニタリングまで、ケアマネジメントの中心的な役割を担ってすすめている。さらに専任の理学療法士が利用者個々の自立した生活を支援する取り組みを行っている。</p>
<p>A-2-(1)-④ 施設サービス計画の目標が達成されるよう、十分な努力がされている。</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画の目標達成状況は3ヶ月ごとにモニタリング記録として残している。モニタリングは多職種で協議し、担当介護支援専門員がサービス実施の有無・効果・利用者の満足度・今後の対応などに関して文書化し次の計画に反映している。</p>
<p>A-2-(1)-⑤ 施設サービス計画の内容については、利用者またはその家族等に対して、十分に説明を行った上で文書による同意を得ている。</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画の内容については、家族には来所時や電話にて説明し、同意を得て施設サービス計画書に署名・捺印を得ている。</p>
<p>2-(2) 食事</p>		
<p>A-2-(2)-① 栄養ケアマネジメントを全ての利用者に対し、適切に提供できる仕組みになっている。</p>	<p>a</p>	<p>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・捺印を得ている。</p>
<p>A-2-(2)-② 多職種と連携をとり、栄養ケア計画を作成・実施している。</p>	<p>b</p>	<p>栄養ケア計画は多職種協議により作成しているが栄養ケアを共有するマニュアルは作成していない。利用者の状態の変化時は看護師・介護職員・栄養士などが随時協議の場をもち連携している。多職種協働で栄養ケアを共有するためのマニュアル策定を期待したい。</p>

<p>A-2-(2)-③ 栄養ケア計画に基づいたサービスの提供を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>医師の食事処方箋に基づき栄養ケア計画書が作成されている。利用者の状態により減塩食、糖尿病食などを提供し個別対応している。嚥下機能の低下などで食事や水分の摂取量が低下した利用者は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策を検討している。</p>
<p>A-2-(2)-④ 食事を美味しく、楽しく食べるための喫食環境に配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>食堂は4ヶ所に分散し20人程度が集合して食事をしている。家族来所時は5階のサンルームも利用できる。利用者の状態によりテーブル・椅子の高さ調整や配置をしている。さらにテーブルメイトの組みあわせも常に配慮し落ち着いた雰囲気の中で食事している。食堂の設備や雰囲気について定期的な検討会議は開催していないので、施設内での生活になりがちな利用者にとって食事サービスの重要性を認識し、さらなるサービス向上に向けて今後の協議課題として検討することを期待したい。</p>
<p>A-2-(2)-⑤ 食事は適温で食べられるような、具体的な工夫がなされている。</p>	<p>b</p>	<p>保温食器を使用しているが熱すぎることもあり、適温で食べられるように保温調整を工夫するなどの配慮を望みたい。</p>
<p>A-2-(2)-⑥ 食事は適時に提供がなされ、時間的配慮が十分なされている。</p>	<p>b</p>	<p>食事時間は朝食8時、昼食12時、夕食18時を基本としている。30分程度早目の食事提供体制があり、食事摂取に長時間を要する利用者へ食べていただくなどはしているが職員の業務配分の関係で行われている面もある。個々の利用者がゆっくりと食事ができるような時間を配慮していくことを望みたい。</p>
<p>A-2-(2)-⑦ 自力で食事を摂取するための支援や配慮が十分なされている。</p>	<p>b</p>	<p>自力で食事を摂取できるようにテーブルやイスの高さを調節したり、自助具を使用している。食事介助の職員配置数から自力摂取の見守りなどは十分ではなく、自立支援の視点から職員配置や時間設定の見直しに期待したい。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者ごとに食事やおやつ、飲食物の形態・温度・介助方法や移動販売で購入した好みの飲食物などの提供について、「チーム利用者ADL一覧表」に詳細に記載し実践している。利用者の咀嚼能力などの身体状況や病状及び嗜好を考慮した食事を提供している。また、職員の検食体制があり意見・要望などを厨房では把握でき食事提供に反映している。</p>
<p>A-2-(2)-⑨ 調理担当者についても、利用者とのコミュニケーション等の機会を持ち、ニーズや嗜好の把握に努め調理上の工夫に反映するように取り組んでいる。</p>	<p>c</p>	<p>調理担当者は利用者の食事状況を見たり直接にコミュニケーションをとる機会は少ない。給食会議には施設管理栄養士と委託業者の職員と栄養士が参加し、嗜好調査や看護師や介護職員から得た意見を協議し献立や調理の工夫をしている。調理担当者が直接、利用者の食事摂取状況を把握し、会話を通して食事に関する要望を聞き取り調理と食事に反映する取り組みを望みたい。</p>
<p>2-(3) 入浴</p>		
<p>A-2-(3)-① 入浴は、利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の心身の状態やケア方法などを「チーム利用者ADL一覧表」にし、利用者ごとに詳細なケアの方法や注意点に配慮して対応している。入浴は週2回を基本とし入浴不可の場合は清拭を実施し、入浴拒否の場合は時間帯や方法を変えて対応している。また同性介助の希望や大晦日の年越し入浴にも対応している。</p>
<p>A-2-(3)-② 感染症に罹患している利用者の入浴に対して、十分な配慮のもとで行われている。</p>	<p>a</p>	<p>感染症に罹患している利用者の入浴に対して、医師と看護師の指示・指導と感染発生時の対応マニュアル、看護マニュアルに基づき入浴・清拭などの個別対応をとっている。</p>

<p>A-2-(3)-③ 浴室・脱衣場等の環境整備や水質管理を含めた衛生管理に十分な配慮をしている。</p>	<p>b</p>	<p>浴室は入浴の都度、清掃と消毒をしている。定期的に水質検査でレジオネラ菌検査をしている。脱衣室の床暖房は定期的に寒いことがあったり、浴室・脱衣場での事故報告件数が比較的多くなっている。利用者にとって入浴は楽しみであり、安全性を確保したサービスが求められるため、介護業務マニュアルの見直しを行うとともに施設運営会議などで環境整備や衛生管理も含めて協議することを期待したい。</p>
<p>2-(4) 排泄</p>		
<p>A-2-(4)-① 排泄および排泄ケア時には、利用者のプライバシーの保護に十分配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>排泄介助の際は、プライバシー保護を配慮しトイレや居室のドア及びベット周囲のカーテンを閉めているが、まれにカーテンなどがきちんと閉じられていないことがある。実習生やボランティアのオリエンテーションではプライバシー保護について職員から指導をしている。しかし介護業務マニュアルに排泄介助の際のプライバシーについては記載されておらず見直しの取り組みに期待したい。</p>
<p>A-2-(4)-② 利用者の個々の特性に応じた排泄ケアに、十分配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>排泄記録で利用者個々の排泄パターンを把握しトイレ誘導をしたり、ADL状態に応じ2人介助をするなど安全性を考慮している。オムツ使用の場合は複数のオムツのタイプから利用者にフィットする形を選ぶとともに、日中と夜間を使い分けるなど利用者ごとのサービスマニュアルを作成し対応している。また、携帯電話によるコール対応とし利用者の要望にタイムリーに対応している。</p>
<p>A-2-(4)-③ 排泄の自立について、利用者個々の状況に応じた適切な取組を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>トイレ内に手すりを設置し自力でのトイレ排泄を基本としている。オムツ使用の利用者は日中はパットに切り替えオムツははずしを試みたり、夜間はポータブルトイレや尿器を使用するなど自立に向けた排泄介助をしている。</p>
<p>A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>職員は常にトイレの清潔に配慮し、清掃業者以外にトイレの手すりやドアノブを、ノロ対策用消毒液で拭いたり、トイレ清掃チェックリストを使用し清掃が行き届くような工夫をしている。臭気対策として消臭剤を用意している。</p>
<p>2-(5) 整容・清潔</p>		
<p>A-2-(5)-① 寝具などリネン類の交換が適切に行われ、清潔に対して十分配慮されている。</p>	<p>a</p>	<p>シーツ交換は週1回実施している。汚れを発見したときは即時に交換している。</p>
<p>A-2-(5)-② 利用者の身だしなみ等には日常的に配慮し、必要に応じて清潔保持のための支援を行っている。</p>	<p>b</p>	<p>衣類の着替えを朝夕行い、下着は毎日交換している。爪切りは入浴時にチェックし対応しているが不十分なことや時に眼脂の拭き残しがあり、日常的な支援を望みたい。</p>
<p>A-2-(5)-③ 利用者の身だしなみや服装について、生活の場面や季節感に十分配慮した支援を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>朝夕の着替えや整容を行い、身だしなみに配慮している。また、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い物を代行しており、利用者個々の好みを取り入れおしゃれを支援している。理容師及び美容師が月2～3回来訪し希望者が利用している。</p>
<p>A-2-(5)-④ 口腔内の清潔保持に配慮し、適切な口腔ケアを行っている。</p>	<p>a</p>	<p>口腔ケアは毎食後実施している。口腔ケアを拒否する利用者にはマウスウォッシュでうがいしたり、スポンジ歯ブラシなどで拭き取ったりしている。義歯装着者には入歯洗浄剤を使用している。口腔状態変化時や歯科受診希望時には歯科受診につないでいる。また、職員は口腔ケアに関する研修に参加し知識・スキルの向上に努めている。</p>
<p>2-(6) 健康管理</p>		
<p>A-2-(6)-① 利用者に対する定期健康診断が適切に行われ、記録として整理されている。</p>	<p>a</p>	<p>嘱託医の指示の基で年2回の定期健康診断及び随時受診し、健康診断個人票に記録している。また、インフルエンザ予防ワクチンの接種などを実施するとともに、看護師と介護職員が連携し利用者の健康管理にあたっている。</p>

<p>A-2-(6)-② 利用者の健康状態を把握するために、バイタルサインおよび睡眠・食事・排泄等の日常生活の状況を毎日観察し、記録している。</p>	<p>a</p>	<p>バイタルサインチェック、排泄状況は利用者全員の生活状況記録表に記録している。水分や食事の摂取状況は要観察者に対して把握している。看護・介護記録や介護・看護日誌には病態の変化のみならず転倒や外出・外泊などの生活状況の変化も記録し、必要に応じて受診につながるなど健康管理に活用している。</p>
<p>A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。</p>	<p>c</p>	<p>利用者の内服薬・外用薬は医務室で看護師が管理し、介護職員が配薬、与薬介助している。誤薬による急変時対応について健康管理マニュアルに記載され、職員に周知されているが誤薬事故は多く、「誤薬を減少させるには」研修会を開催し、職員の誤薬防止への注意を喚起しており継続的な取り組みを期待したい。</p>
<p>A-2-(6)-④ 利用者に対する水分摂取の援助が適切に行われ、摂取状況が把握されている。</p>	<p>a</p>	<p>水分摂取量は1~1.5ℓ/日を目安に勧めている。水分チェックが必要な利用者は水分チェックシート及び生活記録表に記入し、経時的に状況を把握している。スポーツドリンクやお茶・好む飲料・ゼリーなどの工夫をして水分を摂取している。</p>
<p>A-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的な取組が行われている。</p>	<p>a</p>	<p>褥瘡予防用具はエアマット、低反発マットなど利用者の状態に応じて使用し、体位変換や除圧により褥瘡予防に努めている。また、褥瘡対策委員会を定例で年4回開催し、褥瘡ハイリスク者の予防計画、評価、研修を実施している。</p>
<p>A-2-(6)-⑥ 必要に応じて、医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携に配慮している。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関から専従の嘱託医が定期的に来訪し、利用者の定期健診を行うとともに状態変化に伴う医師からの指示、助言、診断、治療を受ける体制ができています。また、夜間専従看護体制もあり、毎朝のミーティングでは医療・看護・介護に関する協議やケアの評価をしており連携がとれている。</p>
<p>A-2-(6)-⑦ 利用者の救急対応は、協力医療機関の協力を得るなど、適切な対応が行われている。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関の緊急時受け入れ、常時連絡体制は確立している。施設内も夜間専従看護体制を確立している。また、緊急時対応マニュアルを策定し、急変時の対応に関する研修会を開催して職員への周知徹底に努めている。</p>
<p>A-2-(6)-⑧ 利用者の傷病状態に応じた専門医療機関への受診または入院治療が適切かつスムーズに行える体制が確保されている。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関の往診や入院治療の受け入れ体制は確立している。また、泌尿器科、眼科、皮膚科などの専門科との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を行っている。</p>
<p>2-(7) 衛生管理</p>		
<p>A-2-(7)-① 感染防止マニュアルが策定されており、職員全員に周知徹底され、活用されている。必要に応じて見直しも実施している。</p>	<p>b</p>	<p>感染症や食中毒などの感染防止に関する研修会を年2回開催している。感染防止委員会は定例年3回と必要に応じて開催し、指針策定やおしぼりの雑菌について協議し、必要事項を職員に周知している。職員への周知徹底と活用について継続的に取り組むことを望みたい。</p>
<p>A-2-(7)-② 厨房や調理器具、食器類の消毒、殺菌を徹底するなど、衛生管理体制が確立している。</p>	<p>a</p>	<p>外注先の事業者が作成した洗浄マニュアルに基づいて、委託先事業所職員が厨房の清掃及び食器や衣類・履物の消毒、殺菌を行っている。</p>
<p>A-2-(7)-③ 手洗い、うがいの励行については、利用者や職員だけでなく、来訪者にも徹底されている。</p>	<p>b</p>	<p>「手洗い」の研修会を実施し、職員・利用者は励行できている。来訪者に対しては施設の入り口に消毒液やマスクを設置しているが、うがいのできる洗面台などが使いやすい場所でないことなど徹底できていない。インフルエンザやノロウイルスなどの感染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、外部からの感染の防止を徹底するための対策を期待したい。</p>
<p>A-2-(7)-④ 換気・空調設備などにより、施設内の温度や湿度を適切に保つ配慮をしている。</p>	<p>b</p>	<p>温度計・湿度計・加湿器を設置したり、換気をたびたび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るが記録はしていない。年1回の空気調整器の清掃をしている。記録の整備や管理手順書などの作成を望みたい。</p>

<p>A-2-(7)-⑤ 短期入所利用者についても、感染防止マニュアルに沿って、入所者同様の適切な感染症対策を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>看護業務マニュアルに沿って、短期入所の利用者についても入居の利用者と同様の感染症対策を行っている。尿や便・汚れた衣類などを処理する器具庫にはノロウィルス対策表が貼ってあり、確認しながら実施する環境になっている。</p>
<p>2-(8) 機能回復訓練</p>		
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>常勤の理学療法士が個別機能訓練計画書を策定し実施している。機能訓練は5階サニールームなどでも行い、機能訓練スペースだけでなく居室などの日常生活の場所でも実施している。</p>
<p>2-(9) レクリエーション</p>		
<p>A-2-(9)-① レクリエーションや行事の実施に当たっては、利用者の意向を聞き、十分に反映した取組を行っている。</p>	<p>a</p>	<p>日赤奉仕団、花柳社中、札幌ルーテル協会など多彩なボランティア講師によるサークル活動は「書道」「詩吟」など7サークルがあり、平成22年度は898人のボランティアを受け入れている。行事も「夏まつり」「餅つき」などのほか地域住民が参加する「たんぼぼ寄席」や「介護教室」を開催している。職員はレクリエーション評価票を作成し、実施後の振り返りを行っている。</p>
<p>2-(10) 移動</p>		
<p>A-2-(10)-① 移動の介助は利用者個々の心身の状況に応じて適切な技術を用いるとともに、個々の要望に十分に配慮している。</p>	<p>b</p>	<p>個々の利用者の移動能力にあう車いす・ベットなどを選択し、移動に伴う怪我や事故が起きないように配慮しているが、わずかな圧迫でも変色したり、打撲傷などにつながっている。家族への説明は相談員が担当し、家族の希望や要望を聞きケアに反映している。また、職員は事故やヒヤリハットの報告書に基づきチーム会議で再発防止や予防などの協議を行っている。</p>
<p>2-(11) 認知症高齢者への対応</p>		
<p>A-2-(11)-① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別的状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。</p>	<p>b</p>	<p>施設サービス計画に基づき個別的な対応をしており、必要に応じて認知症専門外来の受診や2週1回の精神科医師の往診などで連携している。また、新人職員教育にプリセプター制を取り入れ段階的なOJT研修をしている。しかし、職員が馴れあいの言葉使いや態度になりがちなため、利用者の尊厳を保持したケアの実践にむけて接遇研修を実施している。今後は更なる専門性を高めるために札幌市で行う認知症実践研修などの教育訓練の機会の活用を期待したい。</p>
<p>A-2-(11)-② 身体拘束は原則として禁止としている。</p>	<p>c</p>	<p>身体拘束は原則禁止とし、やむを得ない場合の手順書を策定している。現在は胃ろうカテーテルの自己抜去防止及び皮膚の掻き傷からの出血防止のためにミトンを使用し、利用者・家族への説明と確認、観察、記録をしている。入所契約書には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を明文化しており、今後はミトンを使用しないための工夫に期待したい。</p>
<p>2-(12) 看取りケア</p>		
<p>A-2-(12)-① 看取りケアの実施に当たっては、利用者や家族などの意向を尊重して実施している。</p>	<p>c</p>	<p>看取りについて家族に事前に説明し、確認書に捺印を受けている。病態変化に際しては家族と協議しながら臨終直前までの緩和ケアを行っているが施設における看取りの経験はない。今後、家族が看取りを希望した時に対応するためには職員の看取りケアへの認識や知識・スキルなどを高める研修の実施を望みたい。</p>
<p>A-2-(12)-② 看取りケアの実施に当たっては、家族などの協力を得て実施している。</p>	<p>c</p>	<p>終末期ケアについては家族と協議しながら対応している。家族の宿泊施設はなく、今後は家族宿泊室などの環境整備に関して見直しを期待したい。</p>
<p>A-2-(12)-③ 看取りケアの実施に当たっては、医療機関との適切な連携が図られている。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関の往診や入院可能な連携はできており、施設内看護体制も確立している。</p>