

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2019年9月25日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 064-0806

住所 札幌市中央区南6条西11丁目1284番地4
高砂サニーハイツ401

電話番号 011-522-9772

評価機関名 特定非営利活動法人
福祉サービス評価機構Kネット

認証番号 北海道 18-001

代表者氏名 理事長 吉村 信義



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)	立花 富士男	総合	第0178号
	(2)	阿波加 和子	福祉医療保健	第0139号
	(3)	吉原 幸子	福祉医療保健	第0064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 厚別栄和荘			
設置者名称	社会福祉法人 栄和会			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2010年6月9日	～	2019年9月25日	
利用者調査実施時期	2010年10月1日	～	2011年1月12日	
訪問調査日	2011年1月18日			
評価合議日	2011年6月30日			
評価結果報告日	2019年9月25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			

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

特定非営利活動法人 福祉サービス評価機構Kネット

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 栄和会

代表者氏名：理事長 藤井 和子

所在地：〒004-0069 札幌市厚別区厚別町山本750番地6

TEL 011-896-5010

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

別紙添付

◇改善を求められる点

別紙添付

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

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 22 年 10 月 8 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 栄和会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム厚別栄和荘	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 004-0069 札幌市厚別区厚別町山本750番地6		
電 話	011-896-5010		
F A X	011-896-2566		
E-mail	tokuyou-eiwasou@eiwakai.or.jp		
U R L	http://www.eiwakai.or.jp/		
施設長氏名	瀬戸 雅嗣		
調査対応ご担当者	中野 升 (所属、職名：生活相談員)		
利用定員	120 名	開設年	平成 7 年 4 月 1 日
<p>基本理念：私たち栄和会職員は利用者、家族、地域社会との和を大切にすることを信条とし、</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 その人らしい尊厳ある暮らしの実現を目指します 2 自立した生活ができるよう支援します 3 専門的な技術と知識を持ち、質の高いサービスを提供します 4 安心、安全、快適な施設・設備の充実に努めます <p>基本方針</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 誰に対しても笑顔で敬意を持って接し、誰からも信頼され、地域に永く必要とされる施設を目指します 2 一人ひとりの声を大切にし、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努めます 3 いつまでも「自分らしく」生活していただけるように、支援していくことを私たちの誇りとします 4 職員一人ひとりが、学ぶ心を常に持ち、専門性も向上に努めます 			
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)

【利用者の状況に関する事項】（平成 22 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
名	1 名	6 名	11 名	21 名	23 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
29 名	14 名	2 名	107 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	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	名	名	2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	10名	4名	4名	2名	1名	1名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	2名	名	名	名	名	名	名
合計	12名	4名	4名	3名	1名	3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	1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	1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
11名	11名	14名	11名	11名	7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	11名	3名	4名	3名	4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
2名	4名	名	名	3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： 4年6カ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 22 年 9 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	68名	1名	4名	1名	2名
非常勤	15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	1名	50名	名	4名	1名
非常勤	名	10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	3名
非常勤	名	名	名	名	4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	3名 (名)
介護福祉士	36名 (4名)
保育士	2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	5060.91	m ²
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい 1 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい 1 2. いいえ
(3) 建築年	平成	7年
(4) 改築年	平成	12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)に行って外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	1 1. はい 1 2. いいえ
	耐震	1 1. はい 1 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	1 1. はい 1 2. いいえ
	耐震	1 1. はい 1 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

230 人

・ボランティアの業務

ご詠歌、縫製ボランティア、通所介護のボランティア（利用者誘導、補助等）、話し相手、レクリエーション活動のサポート、慰問、お茶会（茶道部による活動）、栄和会祭り（利用者誘導等）

【実習生の受け入れ】

・平成 21 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 18 人

その他 75 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。

ご意見ボックスを設置し、いつでも投函できるようにしています。
ご家族との面談を実施し、その際に意見も聞くようにしています。
苦情の担当者を重要事項説明書に記載していたり、施設内に掲示しております。

【その他特記事項】

◇特に評価の高い点

1、サービスの質を高めるグループケアの取り組み

利用者 1 人ひとりが日々の暮らしに満足し、自分らしく生活できるよう施設をあげてグループケアに取り組んでいる。

グループケアを円滑に進めるために管理者が中心になり、関係職種職員等によるグループケア検討委員会を立ち上げ、定期的にグループの編成、ケアの内容・方法の調整等の基本事項の決定や各グループのケアの状況の把握・分析・課題の明確化、改善策の提案をするなど施設独自のサービスの創造に努めている。この実践は、施設の基本方針・目標に向かう確かな取り組みを感じさせるものがある。

2、安心、安全、快適な設備と丁寧な職員対応

施設内は明るく換気も良い。広い廊下に季節を感じさせる観葉植物、花、絵などが飾られ、要所要所にラウンジがあり、利用者が好きな机、椅子、ソファで寛ぎ、グループ仲間とお喋りしている。職員はそれを穏やかな笑顔で眺め、時々利用者によく声をかけている。利用者への口頭調査での評判も極めて良い。

◇改善を求められる点

1、地域との協力関係の構築

法人内事業所では、介護予防事業や在宅サービス事業を実施し、地域の中核機関・団体として活動している。本施設としても地域活動委員会を立ち上げ、会議等で地域の機関・団体、町内会、学校等との情報交流、ボランティアの受け入れ、災害対策などについての協力体制の必要性は認識されているが、具体的な取り組みまでには至っていない。早い機会に法人内関係事業所との連携で、地域との協力体制の構築を望みたい。

2、家族との協力関係の構築

施設サービス実施計画作成の基となる会議への家族の参加率や家族アンケートによる施設基本方針・目標の理解度、困った時の相談対応についての指数は低い傾向にあり、施設と家族との意向の反映が不十分な感がある。これからの施設運営にあたっては、家族も利用者を支える人という視点をもって関係性を重視し、互いに課題の共有化を図り、更なるサービスの向上に努めるよう期待したい。

評価細目の第三者評価結果

社会福祉法人 栄和会
特別養護老人ホーム厚別栄和荘

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。	a	法人では理念を明文化し、事業計画等の事業所内文書、広報誌、ホームページなどに記載している。その内容は法人の社会的使命や目指す方向、考え方を明らかに示している。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づき、特別養護老人ホームの基本方針として明文化している。ホームが年間事業計画の策定や重要事項の決定など基本的な事項について、利用者等の理解を得られるよう、また職員の行動規範になるような具体的な内容となっている。
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。	a	常にカンファレンスや職員会議・研修の場において、理念や基本方針の周知状況を確認し、継続的な取り組みに努めている。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者と家族には、入所時と年2回の介護計画策定時に説明している。パンフレット、話題提供等について、改善の工夫が望まれる。

Ⅰ－２ 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。	a	法人の理念や基本方針の実現に向けたビジョンを明確にしている。とりわけサービス内容、設備、人材育成等については、具体的な目標を定めた計画を立てている。
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。	a	中・長期計画に基づき、役職者会議、各担当委員会において各年度事業計画が策定されており、その年度内における事業内容を具体的に示し、実施可能な計画となっている。
Ⅰ－２－（２） 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ－２－（２）－① 計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画等の策定は、介護、看護、相談、機能訓練など各職種毎の会議や施設長・職員が参加する職員会議等において、意見集約・反映する仕組みが整備されている。また、見直しも随時行っている。
Ⅰ－２－（２）－② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	職員には職員会議や研修会等において資料を作成し、説明している。利用者家族等には来訪時に説明をしているが、理解出来ていない状況があるので、説明の仕組み等についての工夫が望まれる。

	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	施設長は自らの役割と責任について文書化し、常に会議や研修会において表明している。その責任と指導性については、職員や利用者・家族等から合意と理解を得ている。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	施設長は法令遵守に関する経営者研修会等に積極的に参加すると共に、職場においても職員が遵守すべき法令等の研修会を定期的に開催している。
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り組みに指導力を発揮している。	a	サービスの質の向上を目指して、グループケアに取り組むためにグループケア検討委員会を設置している。職員と共に定期的、継続的に評価・分析を行い、課題を明らかにして改善のための具体的な取り組みを明示するなど、指導力を発揮している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	施設長は毎週幹部会議で、組織体制、稼働率、収支状況の報告と分析を行っている。また、これらを基に組織の理念や基本方針の実現に向け、人事配置、職員の労働環境の整備等、具体的な取り組みを積極的に行っている。

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。	a	全国福祉施設経営者協議会等の全国的組織また札幌市福祉関係機関・団体などから、国の動向、地域の動向について情報を収集・分析し、年度の事業計画の策定に資するべく検討している。
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り組みを行っている。	a	定期的に幹部会議でコスト分析やサービス利用者の推移、利用率等の分析を行っている。その結果を関係職員会議等で討議し、改善すべき課題を明確にし、改善に向けた取り組みが年度事業計画に反映されている。
Ⅱ-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	公認会計士が監査を実施している。監査結果による指導や指摘事項については、経営改善に努めている。

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。	a	職員採用にあたっては、人事管理方針プランに基づき、各職種の有資格者を採用している。また、無資格者には資格取得を奨励している。職場環境や勤務条件の改善等を行っている。
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。	a	人事考課基準に基づき、人材育成に重点を置き、施設長、役職者などの協議による評価体制が確立され、安定した人事考課が行われている。

II-2-2 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		評価結果詳細 (特養)
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。	a	職員の時間外労働、有給消化率、疾病等のデータは的確に把握されている。職員も自由に意見を述べる体制が整えられている。
II-2-2 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	法人として福利厚生センターに加入している。また、法人内にも互助会を組織し、スポーツ大会や親睦会などの福利厚生事業にも、積極的に取り組んでいる。
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。	b	職員研修計画が策定されており、その方針として組織が職員に求める基本的姿勢や知識を具体的に明示している。さらに日々のサービスの質を向上を目指す専門技術や専門資格などの計画についても今後検討されることが望まれる。
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り組みが行われている。	b	職員個々の技術水準、知識、専門資格の必要性などを把握し研修計画を策定しているが、職員1人ひとりの個別の研修計画の策定までには至っていない。
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。	b	研修修了者はレポートを作成し、職員会議・研修等でその成果を発表するシステムがある。今後これらの研修成果を評価・分析し、その結果を研修計画に反映されることが望まれる。
II-2-2 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-2 (4) -① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	実習生受け入れマニュアルがある。実習の意義・方針等を職員会議で説明、職員の理解を得ている。研修担当者の決定、養成校との調整、覚書の取り交わし等、受け入れ体制を整備している。
II-2-2 (4) -② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	養成校との実習生の種別(社会福祉士、介護福祉士、ホームヘルパー等)の実習プログラムが用意され、学校側の要望にも沿いながら指導に取り組んでいる。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-1 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-1 (1) -① 緊急時(事故、感染症の発生時など)の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	緊急時(災害時、感染症等)対応マニュアルを作成し、これに基づき安全確保の担当者、担当部署(安全対策委員会・感染症食中毒対策委員会)を設置し、各種関係職員を交えて、毎月ケース検討やマニュアルの整備を行っている。
II-3-1 (1) -② 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。	a	安全対策委員会にてリスク管理を行っている。事故、ヒヤリハット等の発生要因を分析、未然防止策を検討し、各グループにてカンファレンスを行い、具体的な安全確保対策に取り組んでいる。

	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	地域との関わりについては、基本理念・方針に「地域との和」「地域に必要な施設」を明記し、利用者の散策、買い物、通院、地域イベントへの参加等、日常的な活動の範囲になっている。今後、利用者に地域の社会資源の状況や地域に対して事業所情報の情報を提供していくことが望まれる。
Ⅱ－４－（１）－② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	地域との関わりについては法人内の介護予防センターが担当し、それぞれの法人内施設の機能を地域に還元するよう活動委員会を立ち上げているが、具体的活動までには至っていない。今後の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。	b	ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明文化し、受け入れマニュアルがあり、縫製、書道、ご詠歌等のボランティアを受け入れている。今後ボランティアの登録、種類、配置等についてのマニュアル整備を望みたい。
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	法人では、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示し、地域の行政機関、医療、福祉関係団体等について、その連携の必要性を含めたリストを作成している。今後、これらの情報が法人内の各施設職員に周知するようなシステムの構築が望まれる。
Ⅱ－４－（２）－② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	法人では、区行政機関、福祉関係団体等と定期的に連絡会を開催している。また、施設においても同業事業者と定期的に連絡会をもち、情報交換、職員研修などを行っている。
Ⅱ－４－（３） 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
Ⅱ－４－（３）－① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	法人の介護予防センターでは、地域の福祉ニーズの把握に努めている。把握した情報は、施設の活動委員会で実践化に向けての検討を進めている。
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。	a	法人内の地域包括センターでは、矯正施設での自立支援のための活動や身元引受人不在者への支援活動などに取り組んでいる。

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 (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-1 (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り組みを行っている。	a	理念・基本方針に利用者を尊重したサービスの実施を明示しており、利用者尊重や基本的人権への配慮について、組織として職員会議や研修会などで周知徹底を図っている。その際に、利用者への身体拘束や虐待防止についても周知させている。
Ⅲ-1-1 (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。	a	利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアルを作成し、職員会議・研修会などで周知徹底を図る一方、書類管理はもとより個人ロッカー、トイレなど施設・設備等についても細かな配慮をしている。
Ⅲ-1-1 (2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-1-1 (2) -① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。	a	利用者満足を把握するために意見箱の設置の他、利用者懇談会も開催している。さらにオンブズマンを配置するなど、積極的に利用者の意向把握に努めている。
Ⅲ-1-1 (2) -② 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。	b	利用者や家族の意向に関する担当職員を配置している。把握した結果の分析・検討をするための会議システムもあるが、その改善の取り組みにまで至っていない。もう一步の前進に期待したい。
Ⅲ-1-1 (3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-1 (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。	a	利用者が気兼ねなく話しやすい雰囲気をつくると共に、相談室の設置、相談員も複数配置し、利用者・家族が選択し、自由に発言できる環境を整えている。
Ⅲ-1-1 (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。	a	苦情解決システムを整備している。この仕組みについては入所時の重要事項説明書等で説明すると共に、施設内に掲示するなど、周知に努めている。苦情があった場合は、苦情内容や解決結果等を公表している。
Ⅲ-1-1 (3) -③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	実際に意見や提案を受けた際には、記録の方法や報告の手順、対応策のプロセスで処理をしているが、これらを成文化したマニュアルがない。速やかに整備されるよう期待したい。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-1 (1) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-1 (1) -① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	グループケア検討委員会を設置し、年1回の自己評価を実施している。職員にアンケートを実施し、集計・分析・検討の機会と位置付け、福祉サービスの質の向上や改善に取り組んでいる。
Ⅲ-2-1 (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ている。	a	グループケア検討委員会で自己評価や情報の公表などで指摘された項目等について検討を行い、分析し、課題が文書化されていることが会議録から確認できる。
Ⅲ-2-1 (1) -③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	これらの課題について、全職員の参画のもとで改善策や改善計画を策定するまでの仕組みの構築に向けて、もう一步踏み出すことに期待したい。

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		評価結果詳細(特養)
Ⅲ-2-(2)-① 個々の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。	a	個々のサービスに関するマニュアルが整備されている。これを基本としたケアプランには、個々のケア目標や内容が適切に記録されている。とりわけ利用者尊重、プライバシー保護の姿勢が明示されており、徹底指導している。
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。	b	介護マニュアルに基づき、定期的あるいは必要に応じて見直すことになっているが、十分機能しているとは言えない。
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。	a	利用者1人ひとりの記録等の書面が整備されており、サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録から確認できる。
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。	a	文書等管理規程により、記録管理責任者を置く等、管理体制が整備されている。また記録管理については、個人情報保護と情報管理の観点から、職員に対し研修や指導を行っている。
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	施設における情報の流れが明確であり、情報の分別や必要な情報が的確に届く仕組みが整備されている。週一回の各グループによるカンファレンス等においても、横断的な情報共有を目的とした取り組みが行われている。

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。	a	法人全体のサービス概要や設備について掲載したパンフレットは、施設の受付窓口や地域包括支援センターに配置している。インターネット上ではホームページを開設し、法人の持つ全事業の情報提供をしている。また、事業計画や財務内容の閲覧、施設見学についても随時対応している。
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	サービス開始にあたっては、利用者・家族が理解しやすいよう配慮された入所のしおりや重要事項説明書を用い、サービス内容や利用料金を説明した上で、同意を得て契約を取り交わしている。
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。	a	施設から在宅復帰の事例は少ないが、必要に応じ医療機関や他事業所を紹介し、移行先へは引継ぎ書を添えて情報提供している。また、サービス終了後の担当者や相談方法を説明し、文書で伝えている。

	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。	a	事業所で統一したアセスメント様式と手順により、身体・生活状況を把握し記録している。アセスメントに関する協議には、チームケアの視点で多職種が参加し、利用者一人ひとりのサービス場面毎に具体的なニーズや課題を明示している。開始前後の相違の発見は実施記録に明記され、カンファレンスの場で再検討される。状況変化が無い場合も、最長6ヶ月毎に再アセスメントを実施し課題を検証するなど、見直しの時期と手順が定められている。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	
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。	a	施設サービス計画書策定の統括責任者はケアマネジャーで事前に家族の意向を聴取し、各関係職種が参加するケアカンファレンスの場で合議を経て策定した後、家族へ説明し、同意を得ている。
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。	a	施設サービス計画書を基に、ケア項目毎のチェック表に実施の具体的内容、随時評価を記録している。1ヶ月、3ヶ月の短期目標・6ヶ月の長期目標のモニタリング時期に合わせ、多職種参加のカンファレンスで見直し、関係職員に書面で周知している。

A-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		
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。	a	入所決定時に相談員が施設利用契約書、重要事項説明書を丁寧に説明した後、持ち帰ってもらい、熟読の上、利用者や家族等が利用契約書等の内容に同意した旨の契約当事者の署名・捺印が行われている。
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。	a	契約書は、利用者と家族それぞれの署名欄があり、「本人による記入が困難のため代わって家族が同意し記入する」旨の付記事項を記した形態としている。主治医意見書や面談で意思表示能力を確認し、本人に能力がある場合は直接契約、能力不十分の場合は制度の情報提供をするが、利用に至るケースは少なく、本人の名も家族が代筆し、連名で署名捺印している。
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。	a	制度改定等で契約内容の変更があった場合は速やかにその旨を通知し、家族説明会を設けたり個別にも対応している。契約書変更への記名と押印があり、文書による手続きが確認出来る。
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。	a	施設の案内パンフレットは法人全体の事業内容を記載しているものを使用している。提供サービスの説明に加え、居室・食堂・浴室等の写真が掲載され、分かりやすい内容になっている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
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。	a	居室でのテレビは各自持込みで自由に楽しめる。新聞や雑誌は希望に応じて、個人購入・購読手続きの援助をしている。
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。	a	施設の1階に日用雑貨の売店が常設されている他、週2回の果物屋や月1回の洋品店の外部業者の訪問販売があり、自由に利用できる。その他希望品があれば、担当職員が代行購入してきたり、近くの商店への同行支援もしている。
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。	a	施設の行事やグループ毎のレクリエーションへの参加については、体調面も考慮しながら本人の意向を確認し、十分に尊重している。
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。	a	面会時間は防犯上9:00~20:00としているが、事前連絡により時間外にも対応できる。個室での面会希望者には談話室を用意している。
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。	a	通院の送迎は施設が対応している。外出・外泊時に車椅子は貸し出しているが、付き添い者や車両送迎については外部の事業者を紹介し、手配している。
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。	a	嗜好品については場所や方法・時間のルールを設定し主治医と連携した上で、利用者の意思や希望を尊重している。1階に喫煙所を設けており、分煙・安全対策を講じている。
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。	a	預かり金取り扱い要綱を定め、契約を締結して適切に行っている。物品購入前に家族の了承を得て、出納記録は3ヶ月毎に家族の確認を受ける。自己管理能力があり希望される利用者には、小額ずつ渡し、床頭台の引き出しに施錠して保管してもらう事で自立支援に繋げている。

	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		
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。	b	サービス担当者会議の前月に家族と面談し、意向を把握している。利用者、家族の希望や意見を尊重した計画書にする為に、日程調整や早目の案内で積極的に参画を呼びかける等、参加率を意識した取組みが望まれる。
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。	a	施設サービス計画はアセスメントの段階から意見や課題を明確にし、各専門職の参加で作成している。主治医や嘱託医からの療養上の注意や意見は、看護師が指示を受け、サービス計画に反映させている。
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。	a	施設サービス計画作成にあたってはケアカンファレンス等で利用者個々の自立した生活についての検討記録もあり、この視点での要介護状態の軽減、悪化を防止する取組みがなされている。
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。	a	施設サービス計画の目標とケア内容は支援経過記録に記載され、達成を意識した介護が実践されている。定期的なモニタリングと目標が達成された時点でケアプランの見直し等が実施されている。
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。	a	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に直接説明し、会えない家族には電話で説明し、文書による同意を得ている。
2-（2） 食事		
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。	a	栄養ケアのマネジメント機能を担える管理栄養士を配置し、全ての利用者に対応できる仕組みがある。
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。	a	多職種が参加するケアカンファレンスにより、栄養ケア計画を作成し、実施している。栄養ケアを共有するマニュアルが作成されている。
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。	a	医師の指示に基づき栄養ケア計画を作成し、食事提供がなされている。高カロリー食や飽きが来ないよう数種の味のゼリーを提供する等食事形態の工夫がなされている。
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。	a	食堂は明るく、会話をしながら楽しく食べることができる。利用者の体格や身体状況に応じて、テーブルや椅子の高さを調整する等、落ちついて食事が取れるように配慮されている。
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。	a	保温食器を使用し、フロア配膳を行っている。各フロアに電子レンジを配置して利用することができる。
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。	a	食事は適時に提供がなされ、個人のペースに合わせてゆっくりと食事ができるよう配慮されている。

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。	a	定期的には歯科医による治療や義歯調整などが行われている。利用者合った自助具を使用し、自力摂取が困難な方には、適切に食事介助がなされている。
A-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。	a	利用者の身体状況に合わせ、刻み食、ミキサー食など健康状態に応じ療養食が提供されている。定期的に給食会議で嗜好調査を行い、結果を献立に反映している。
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。	b	調理担当者は給食会議に参加して、ニーズの把握など情報の共有は図っているが、各フロアへの配膳、下膳のみで利用者とのコミュニケーションはとれていない。
2-(3) 入浴		
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。	a	入浴ケアマニュアルに沿って支援している。毎週2回は入浴しており、利用者の身体状況にあわせて一般浴、介助浴、機械浴に分けて実施され、必要に応じてシャワー浴、部分浴、清拭等が提供されている。
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。	a	感染症防止マニュアルを策定している。現在、感染症の利用者はいないが、入浴順の調整などで対応する仕組みがある。感染症の有無に関わらず、入浴後は床等の清掃、爪切り等の共有物は消毒を行っている。
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。	b	浴槽は2カ所あり、1カ所の浴室と脱衣場は外部業者が毎日清掃している。循環濾過式の浴槽は水質管理が適切に行われ、衛生管理に十分配慮している。浴室の清潔については、実施の確認が出来るチェック表の活用が望ましい。
2-(4) 排泄		
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。	a	プライバシーに配慮し、声かけをしながら排泄介助を行っている。排泄ケア時にはプライバシーカーテンを使用している。
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。	a	利用者の排泄の変化に対応できるよう、排泄記録の確認で排泄サイクルを把握し、オムツ交換は随時対応している。
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り組みを行っている。	a	排泄ケアマニュアルに沿って対応している。安易にオムツに頼らない排泄ケアに取り組み、使用する場合でも個々の特性に応じたオムツの形状・種類に工夫をしている。
A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。	a	ドアノブや手摺はこまめに拭き掃除をし、便器の汚染時は、その都度清掃と消毒を行い、清潔を保つようにしている。防臭対策として換気や消臭スプレーを設置している。

2 - (5) 整容・清潔		評価結果詳細 (特養)
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。	a	シーツ・枕カバー等は週1回交換し、汚れを見つけた時は随時交換している。交換が適切に行われたことを確認する仕組みがある。
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。	a	利用者の衣服の着替えは入浴日に、下着は毎日交換し、汚れがあるときはその都度交換している。爪切り、耳そうじは入浴日に行われ、清潔保持のための支援を行っている。
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。	a	家族が用意した衣服を季節に合わせて対応している。理容は毎月3回、美容は毎月1回(隣接のケアハウスにて)施設への訪問があり、利用出来るよう配慮されている。
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。	a	利用者の口腔状態により、毎食後歯磨き、うがい、脱脂綿で残渣物を取り除くなど、口腔内の清潔保持に努めている。
2 - (6) 健康管理		
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。	a	嘱託医による週2回の往診と年2回協力病院での健康診断を実施し、記録している。健康診断の結果は健康管理のケアに反映されている。
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。	a	毎日、利用者の睡眠、食事、排泄状況等が個別ファイルに記録されている。バイタルサインチェックは個人の状態に合わせて行い、記録されている。健康状態に変化がある場合は、必要に応じて協力病院へ受診等の対応を行っている。
A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。	a	内服薬、外用薬は医務室で管理されている。利用者ファイルに薬の使用状況が随時記録され、各フロア毎に保管されている。
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。	a	水分摂取量はチェック表で把握し、摂取量の少ない利用者にはゼリーの味を変えるなど飽きがこないよう工夫し、必要量を確保している。
A-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的な取り組みが行われている。	a	日常、体位交換や離床を行い、除圧マット等の介護用品を取り入れている。保清に配慮し、栄養状態の確認を行って褥瘡予防に努めている。褥瘡予防マニュアルを策定し、褥瘡予防の内部研修を行っている。
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。	a	嘱託医による週2回の往診により健康管理が行われている。必要に応じて利用者の情報を医師へ伝え、指示、助言を受ける等連携している。
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。	a	救急患者対応マニュアルを策定し、内部研修を実施している。24時間体制が整備され、夜間には医師より携帯電話で指示を仰いでいる。
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。	a	嘱託医と連携し、利用者の傷病状態に応じて必要な専門医療機関への受診、入院ができる体制になっている。

2 - (7) 衛生管理		評価結果詳細 (特養)
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。	a	感染防止マニュアルが策定され、内部研修が行われている。感染症・食中毒防止委員会ではマニュアルの見直しを年1回、または必要時にやっている。
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。	a	衛生管理等のマニュアルを策定している。食中毒予防のため厨房の清掃は毎日行い、調理器具、食器類も毎日消毒、殺菌を行っている。
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。	b	手洗い、うがいの励行についてはポスターを掲示し、注意を喚起している。各所に手指消毒器を設置し、マスクも用意しているが、来訪者に徹底されていない。
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。	b	換気・空調設備は万全ではないが、室内の温度は各部屋で調整できる。温湿度計を設置し、チェックしている。
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。	a	入所者と同様、感染防止マニュアルに沿い、利用前面接などで確認し、感染症対策に努めている。
2 - (8) 機能回復訓練		
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。	a	機能回復訓練は医師の指示に基づき、個々の利用者に応じた個別プログラムを策定し、2名の機能訓練指導員が実施している。
2 - (9) レクリエーション		
A-2-(9)-① レクリエーションや行事の実施にあたっては、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。	a	レクリエーションや行事の取り組みは、グループごとに行われている。個別ニーズを把握し、実施にあたっては利用者の意向を尊重したものとなっている。
2 - (10) 移動		
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。	a	移動の介助は利用者のペースに合わせて行われている。利用者個々の身体状況に応じ、車椅子や歩行器を使用し、履物、ベッドの高さについても配慮している。

2 - (11) 認知症高齢者への対応		評価結果詳細 (特養)
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。	a	認知症高齢者のBPSDアセスメントを行った上で、施設サービス計画書に反映している。認知症についての職員研修を行い、外部研修にも参加している。
A-2-(11)-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束禁止マニュアルを策定し、身体拘束は原則禁止している。緊急やむを得ず身体抑制が必要な場合は、身体拘束・虐待禁止委員会で検討し、その手順を定め、本人、家族へ詳細に説明して記録を残している。家族の同意を得ない限り行っていない。
2 - (12) 看取りケア		
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。		未実施
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。		未実施
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。		未実施