

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2009年6月8日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 宛

〒 003-0801

住所

札幌市白石区菊水1条2丁目1-8-215

電話番号 011-815-4008

評価機関名 有限会社 NAVIRE

認証番号 北海道 評価機関認証第1号

代表者氏名 船橋 明美

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)	牧村 美保	福祉	第00054号
	(2)	米田 忠良	組織	第00098号
	(3)	土田 真澄	福祉	第00153号
	(4)	船橋 明美	組織・福祉	第00021号
	(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 新得やすらぎ荘			
運営法人名称	社会福祉法人厚生協会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2008年11月14日	～	2009年6月8日	
利用者調査実施時期	年 月 日	～	年 月 日	
訪問調査日	2009年3月3日			
評価合議日	2009年5月4日			
評価結果報告日	2009年6月8日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし				
※評価結果の公表について事業所が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

①第三者評価機関名

有限会社 NAVIRE

②事業者情報

名称：特別養護老人ホーム新得やすらぎ荘	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：佐々木 忠利	定員(利用人数)： 50 名
所在地：〒081-0023 北海道上川郡新得町西3条北1丁目 TEL 0156-64-5196	

③事業者の基本調査内容
別紙「基本調査票」のとおり

④総評

◇特に評価の高い点

○聴覚障がい者に配慮した支援

当施設は既存の聴覚障がい者老人ホームの利用者の高齢化、重度化に伴い、聴覚障がい者を主体とし設立された経緯があり、同様な施設は全道では当施設1カ所、全国では8カ所のみとなっており、施設の役割の大きさが窺える。毎月一度、利用者と共に『手話の会』を開催し手話を学び、職員は全員手話ができる様になっている。施設設備も聴覚障がい者に配慮し視覚で認識出来る工夫が随所に見られる。職員は、高齢者ケア及び聴覚障がい者ケアに対する意識を高く持ち、年に一度全国8施設持ち回りで行う研修会にも毎回参加し、高齢者、聴覚障がい者ケアの実践と理解を深めている。

○法人の理念・基本方針の具体性

法人の理念が事業計画の冒頭に簡単明瞭に解りやすく記載されている。その理念は、社会福祉、特に、特別養護老人ホームの利用者の立場に立った明るい施設生活の支援を表明している。理念に従い、介護部門、医療部門、給食部門等支援方針が具体的に策定され、利用者、職員に十分理解される内容となっており、業務遂行に活かされている。

○利用者の自立を目指した支援

加齢も加わり、体力低下その他の要因で介護が必要な利用者に対し、一方的に介護すること無く、残存能力を活かした支援が行われている。特に排泄に関してテナの使用を検討するにあたり、個々の排泄リズムやパターンのきめ細かな統計を取る取り組みを行い、その結果オムツの取れた利用者もあり、支援の成果をあげている。排泄委員会等をはじめ、色々な機会を通じ職員の情報の共有が図られていることが、成果をあげた要因と考えられる。

○職員の処遇と定着の確保

当施設の職員構成は、正職員、臨時職員(将来正職員として採用予定)フルパート、パート、嘱託職員となっており、パート職員の施設側の位置付けは“助けて貰っている”“都合の良い時間に働いて貰う”との考えの下、現在は育児中だったり、何らかの事情により時間に制限のある人にも働きやすい環境を提供し、将来、正職員、フルパート職員として働くことを見据えた仕組みとなっている。又、継続して勤務した職員には、自動昇給制度を取り入れ、賞与にも反映する等、職員処遇に努めており、その結果として離職率が少なくサービスの維持、向上に繋げている。

◇改善を求められる点

○利用者、家族の意向の把握

利用者の意向の把握の手段として“お茶の会”や日々の関わりの中での会話等と、努力が窺えるが、家族の意向把握の場としての家族会は開催されておらず、ニーズの把握、プラン作成・確認の場であるサービス担当者会議にも利用者、家族は参加していない。家族が広範囲に居住している等、難しい状況である事は否めないが、利用者本位のケアの実践には、利用者、家族の意向の把握は不可欠と考えられる。今後の取り組みとして、より利用者、家族の意向の把握に努める仕組みの構築を期待する。

○利用者個々のペースを尊重した支援

利用者個々の要望があっても業務上すぐに取り掛かれず待つて貰って対応する事がある。例えば、爪切りや車椅子を押す速度等、業務の効率を考え急ぎがちになる場面も見受けられる。細かな事に配慮して行く事は、利用者の生活の質の向上に資する。更にゆとりのある質の高い生活を支援する為の検討を期待する。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

今まで介護サービス情報公表制度の調査を受け、必要とされる資料等の整備を行ってきましたが、その内容については多々疑問に思うことがありました。この度、第三者評価を受けるにあたり、細かな点まで確認して頂き、施設としてできているところ、改善が必要なところについて教えて頂きました。自分たちの頑張りが外部より評価されたことは、職員の自信へとつながるのではないかと感じました。また、改善に努めるための方向性を示して頂いたことで、これからの取り組みの参考になると思いました。

この結果を受けてより良い施設づくりを目指していきたいと考えています。

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

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。	a	事業計画書の前面に理念の役割が簡単明瞭に記載されている。特に、施設の利用者の立場に立った明るい施設生活を表明している。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に従い、介護、医療、給食等各部門の支援方針を具体的に表現し、又、解りやすく職員、利用者十分に理解される内容になっており、業務遂行に十分に活かされている。
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。	b	記載されている事業計画書が各部署の職員の手が届くところに常備している。職員会議、各委員会会議で確認及び説明がされている。職員の理解度を把握していない面があり、その手法の検討を期待する。
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	掲示板に貼付するとともに、入所契約時に説明をしているが、利用者の家族等が道内は基より全国に居住している為、内容が十分に周知徹底されていない面がある。

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	5年計画として具体的に策定されており、各部署の意見を組み入れた会議を開催し、毎年更新している。
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	毎年度中間報告として、進捗状況を把握し、評価した上で次年度に反映させている。
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。	b	各種委員会の中で協議し、次年度に反映させているが、策定経過が職員全体に把握されていない面があり、別途、策定会議を設けるなど、職員に周知徹底する仕組みの構築を期待する。
Ⅰ－２－（２）－② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	各会議、各委員会での会議等で説明されているが、担当部署以外は希薄になりがちであり、全体の共通認識に至っていない面がある。策定後単独の説明会議を開催するなど継続的な取り組みを期待する。

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。	b	管理者として各会議等に積極的に出席し、また、自らも行動し、職員や利用者から信頼されている。運営規定で役割と、責任が記載されているが、具体的な範囲は、積極的には表明していない。
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	経営に関する研修会に数多く参加し、これを内部の研修会、会議等において報告するなど、具体的な取り組みを行っている。
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	各会議、委員会会議に出席し積極的に発言し、また、現場では、介護技術の助言をするなど、指導力を発揮、職員の意識向上に努めている。
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	各委員会において、業務評価とともに、職員各自の自主性を生かしながら業務の効率化と改善に取り組んでいる。

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。	b	社会福祉事業全体の動向を把握する方法が限られ、インターネット中心に見られる。情報を収集する担当部署を置くなど、他の方法も考慮されることを期待する。
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	事業計画に基づき分析も含め評価、点検を実施している。これらを計画に反映し実現を図り、ショートステイの増設など、計画に基づき具体的に実行している。
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	a	外部監査として年２回、監事監査を年４回を受けており、指摘事項に基づき、経営改善を行っている。

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	職員の退職が少なく正職員、臨時職員、フルパートの人員体制、配置のあり方が一定程度確立され、また、有資格職員が適正に配置され、人事管理が適正に行われている。
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。	b	人事考課の試行を実施しているが、考課者育成に不十分な面がある。今後は、考課者の研修、育成に努め、客観的な人事考課を期待する。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ－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	職員との面接により意向の把握をしているが、具体的な就業状況等のデータを活用されていない面があり、今後は、従業状況の改善について検討することを期待する。
Ⅱ－２－（２）－② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	福利厚生事業の一環として保険等に加入するなど、職員の働きやすさを実現する取り組みが行われている。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ－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。	a	事業計画に職員の教育・研修に関する基本姿勢が掲載されており、同計画に従い内部研修のほか、外部の研修に担当職員を積極的に参加させている。
Ⅱ－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。	a	基本方針に基づき、部署ごとに計画を策定し、計画に従い、積極的に教育研修が実施され、資質の向上を目指している。
Ⅱ－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	教育・研修計画に基づき研修会に参加し、報告、発表を実施しているが、研修後の評価・分析は行われていない。今後は、評価・見直しを行い、充実した研修の実施を期待する。
Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ－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	実習生受け入れの基本姿勢が明確化されており、受け入れに向けた職員の研修を実施し、受け入れマニュアルも整備されている。
Ⅱ－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	効率的な実習が受けられるよう計画が策定されている。実習指定校になるなど、積極的に受け入れを行っているが、職種に配慮したプログラムが未整備であり、今後の検討を期待する。

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 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	事故防止、感染症対策委員会が設置され、管理者は定期的開催される検討会の中で、積極的に指導力を発揮している。対応マニュアルを作成し、職員に周知されている。
Ⅱ－３－（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	対策の取り組みについて検討会の他、各会議において、職員の共通項として周知されている。

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。	a	地域との関わり方について契約書、事業計画書に文書化されており、具体的に買い物や、広報紙の全戸配布など関わりを大切にしている。また、地域町内会の祭事等には積極的に参加し、施設存在感を常にPRしている。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	町の唯一の施設として住民に認知されており、介護相談等の住民の活用度が高い。一職員が地域貢献を進め、キャラバンメイトによる研修会の開催や地域交流ホール開放など、十分に事業所が有する機能を地域に還元している。
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	受け入れ基本姿勢が明文化され、各種のボランティアを積極的に受け入れている。今後はボランティアの質の向上に向け、研修の実施を期待する。
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。	a	行政機関、医療機関、福祉団体、地域商店街等との連携を密にしながら、利用者へのサービスの質の向上に向け、会議で説明し、職員間で情報の共有化を図っている。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	関係機関との連携は、会議等で図られているが、情報交換に終わらないように、積極的に活用することを期待する。
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。	b	施設内に意見箱の設置を行っている。行政機関、医療機関、団体との連携を密に取りながら、町内唯一の施設として相談事業等を実施しているが、地域ニーズの把握は十分とは言えない。積極的な把握の方法の検討を期待する。
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	地域の要望があり、行政機関と連携し、ショートステイの増設など、事業活動が具体的に行われている。

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り組みを行っている。	a	利用者尊重、プライバシー遵守については理念に明示され、「接遇委員会」「身体拘束・抑制防止委員会」を開催し利用者に対する言葉づかい、態度を学び、職員で周知しサービス向上に活かしている。
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。	a	プライバシー保護に関するマニュアルは各種整備されている。（職員モラル・身体拘束廃止・接し言葉づかい・プライバシー等）研修もやっている。
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。		
Ⅲ-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。	b	月一度のお茶の会、給食会議等で利用者の意向を汲み取る仕組みが出来ているが、必ずしも全員の意向を汲み取る迄には至っていない。家族の意向調査の仕組みも未整備となっている。
Ⅲ-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。	a	利用者の意見、意向は、サービス向上委員会にて検討し、向上にむけて取り組んでいる。もちを食べる等のリスクを伴うサービスに付いても可能な限り取り組んでいる。
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。		
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。	a	重要事項に苦情受付、第三者委員を明示し、玄関ホールにも意見箱が解り易く設置されている。廊下にも苦情受付のポスターを掲示し、常に苦情、意見を受け付ける姿勢を示している。
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。	b	苦情、解決にあつては内容、対策、結果等職員間で共有しているが、利用者、家族全体に報告する仕組みにはなっていない。第三者委員の設置はあるが会合は持たれておらず、今後の課題となっている。
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。	a	苦情、意見に対してはマニュアルが整備されており内容によって各委員会で話し合い迅速な対応に取り組んでいる。

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) 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 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	サービス向上委員会及び各委員会で目標を立て、評価を実施している。又、組織的に単年度計画の見直しを行い反映する仕組みがある。
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ている。	b	各委員会の評価は出来ているが、職員全体の評価又、取り組むべき課題の明文化が不十分となっている。
Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	課題に対しては、各委員会→リーダー会議→介護員ミーティング→職員会議と改善実施のシステムが確立しており、改善期間についても職員会議を一つの目安として取り組んでいる。
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。		
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。	b	標準的なサービスについてはマニュアル化されている。個別のサービスの細かな部分で徹底されていない部分がある。
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。	a	年一回マニュアルの見直しを行い整備されている。見直しに際しては、介護員ミーティングにてパート職員の意見も聞き様々な方向からの見直しに留意している。
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	毎日、9時と17時に、課長、相談員、介護員、看護師、栄養士の各専門分野による引き継ぎが行われ、個々の記録に反映されている。ケアプラン委員会が定期的にモニタリングを実施し、個人記録は一冊に整備されている。
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。	b	個人情報の取り扱い及び開示に付いては、研修が行われ、職員に周知されているが、個人記録は鍵のかかる所での管理が望ましく、管理体制の整備検討を期待する。
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	日々のサービスは一年毎の担当制を取っており、主任、副主任4人のチームが介護職をサポートし状況の変化のある無しに拘らず目配りが出きる様に配慮し情報の共有を図っている。

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。	a	法人としてホームページを作成し公開している。法人広報誌を全町内に年に二度配布し地域の理解へと繋げると共にショートステイ希望者等への情報提供を行っている。
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	重要事項説明書、契約書は読み易い配慮がされている。利用前には時間をかけて説明し、検討、同意を得た上でサービス開始となっている。
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	入退所に付いては、マニュアル化されている。同法人経営の介護老人ホームと同一敷地内にあり、同法人内の変更、移行によるサービスの継続はスムーズに行われる。退所時のサービスの継続性に付いてもマニュアルに沿い適切に配慮されている。

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。	a	利用者の身体状況や家庭状況をきめ細かく定められた様式によりアセスメントを行っている。アセスメントは相談員が統括し見直しされているが、時期の明文化はされていない。
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	アセスメントに基づき、個別のニーズを明確化している。
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	各業種の意見の吸い上げは十分に出来ており、自立に向けたプランの策定を行っている。
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。	b	月に一度、担当職員によるモニタリングを行っているが、利用者、家族の参加はなく意向の把握が不十分となっている。

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
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	契約書は適切な内容になっており課長、相談員により時間をかけて説明がされ同意に基づいて利用が開始されている。今後、契約者の署名欄に利用者との関係を明記する事も検討することを期待する。
A-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。	b	現在、成年後見人制度利用予定者が数名いるが諸般の事情により利用出来ていない状況にある。意志決定の不十分な利用者の支援として今後更に成年後見人制度や、リーガルサポート、パートナー制度等の情報提供がなされる事を期待する。
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	契約変更時には其の都度通知し、適切に変更手続きが取られている。平成18年の制度改訂時には家族に説明する機会を設け、個別に説明を行っている。
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。	b	パンフレットは“やすらぎ荘”事業独自の物を使用しているが、当施設の情報があまり記載されていない状況になっている。新しいパンフレット作成を検討しており、作成の際には理念や、施設平面図、職員配置状況、年間行事予定等、施設内の状況が理解出来る内容を期待する。
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	2種の新聞、数種類の雑誌、テレビを利用者の集うロビーに設置し、自室でもテレビ、ラジオを自由に楽しむことが出来る様に配慮されている。
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	週に一度、町内の商店による売店が開かれ、食料品、日用品等を購入することが出来る。年に二度、衣類の販売も行われている。利用者の希望により、外出支援も定期的に行われ、年に二度、帯広市内への買い物外出も行っている。
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	幅広く多彩な行事を用意し、利用者の希望や選択を尊重しながら、支援している。
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	防犯の為21時に施錠しており、面会時間も定められているが、夜の面会等も希望により対応されている。
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	福祉有償移送サービスを行っている。利用者の希望により、外出支援も定期的に行われ個別対応もされている。車椅子の貸し出しを行い、利用者、家族の外出、外泊に配慮がされている。
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	利用者の希望や健康に留意し対応している。喫煙場所を定め、分煙と安全確保に努めている。
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	利用者個々の管理能力に合わせた支援を行っている。預かり金に対する管理体制も整備されている。

A-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		
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。	c	施設サービス計画作成の為のサービス担当者会議開催時、利用者、家族等に参画の為の案内はされていない。今後は参加の有無に関わらず、利用者、家族に担当者会議の参画について促していく事を切望する。
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	介護、看護、栄養など、各部門の職員が参加し、利用者の自立支援にむけたプランが立てられている。
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	計画作成にあたっては、利用者個々の自立した生活について検討し、具体的に反映している。
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	職員の意見を反映させ計画が立てられる仕組みがあり、内容について共有され支援されている。モニタリングの結果が解り易く記入されている。
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	施設サービス計画について、利用者、家族に十分説明し同意を得ている。

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	1ヶ月の献立を写真を貼り紹介し、それを利用者の見やすい所に掲示している。栄養ケアマネジメントを適切に提供するしくみができている。
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	介護、看護、相談員など各職種が密に会議を持ち、計画を作成し実践している、食事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	必要な場合医師と連携を取り、計画が立てられている。計画に基づき提供されたサービス内容について経過評価を行なっている。
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。	b	同施設内の養護老人ホームの利用者らと一同に会して食事をする為、食事のペースが違い、落ち着かない面もある。
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。	b	直前にもりつける努力をしているが利用者数が多い為、配膳時は適温とはいいがたい状況にある。
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。	b	夕食は18：00～となっており適時に提供されている。介助を必要とする利用者が多く、ゆとりのある食事の提供が出来ない場面もある。
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	利用者の心身の状況に合わせ、食事場所を変えるなどの配慮をしている。義歯の調整を行なうなどし、食事が摂取しやすいよう支援している。
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。	a	週に2回、肉又は魚を選べるなど、選択メニューを実施し嗜好に対応している。自助具の利用又はキザミ食など利用者個々に対し適切な食事を提供している。
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	実際の調理は業者に委託している事もあり利用者とのコミュニケーションは十分ではない。調理担当者が食事を取っている利用者の様子を直接把握し、希望を聞くなど交流する機会を作ることを期待する。
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	個浴、大浴、機械浴と個人の心身の状況に応じ浴槽を使い分け、対応している。個浴のシャワーの蛇口を通常より高くし利用者が使いやすいよう配慮している。
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	浴槽の区分はないが感染対策マニュアルに従って支援が行なわれている。入浴順の配慮がされている。
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	建物の点検、整備、清掃、衛生管理マニュアルを基に支援が行なわれている。循環型浴槽に付いては水質検査が行なわれており、全て使用後はマニュアルに従い消毒がされている。脱衣場の確保については、今後の課題となっている。
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	排泄の際など利用者のプライベートに配慮、声かけがされている。排泄時はカーテンを閉じ臭いや音への配慮がされている。扉ではなくカーテンでの仕切りが利用者にとって快適な環境になっているか、検討を期待する。
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	排泄委員会等で個々の利用者の状況について検討し、職員間で情報の共有がされ支援されている。
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。	b	排泄委員会の中で利用者個々の状況について話し合い、対応の検討がされている。テナの使用によりオムツがとれた実績もある。時間帯によってはトイレの数が不足する場合もある。
A-2-（4）-④ トイレは清潔で快適である。	a	サービス向上委員会においてトイレ設備の点検・改善の為の検討が行なわれている。チェック表はないが、常に清潔に保たれている。

2-（5） 整容・清潔		
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	週に1回シーツの交換が行なわれている。汚染時はそのつど交換している。
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。	b	下着の交換などは、必要に応じ対応され、常に清潔な衣服が身につけられるよう支援している。爪きりなど時間帯によってはすぐに利用者の希望に添えない場面もある。利用者の希望については、適時対応できる仕組みの検討を期待する。
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	美容ボランティアが定期的に施設を訪れている。化粧をしたり髪飾りやアクセサリをつけ、おしゃれを楽しんでいる利用者もいる。衣類購入の為に買い物支援も行なわれている。
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。	b	一日に2回、昼食後と夕食後に口腔ケアの支援がされている。週2回歯科衛生士によるチェックがあるが全員見てもらう状況ではない。今後は利用者全員が、定期的に歯科衛生士によるチェックを受けられる体制の検討を期待する。
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	年に1回レントゲン、血液、尿、エコーの診断を受け、記録されている。
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	日々の利用者のバイタルサインについて記入がされて健康状態に変化がある場合、必要に応じ医師との連携を図っている。
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	事故防止検討委員会等で話し合いがもたれ、服薬介助の際、声だし確認を行なう事で誤薬防止の成果が出ている。
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。	b	必要な水分量の摂取の為に利用者によってはとろみ材の使用等に対応している。利用者個々の水分摂取量に付いて把握されているが、摂取量が不十分な面があり、支援の工夫を期待する。
A-2-（6）-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。	a	体位交換表を作成し、オムツ交換時等褥瘡の有無についてチェックしている。利用者個々の状態に合わせた介護用品を活用している。
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	週1回の回診が行われており、体調不良者がいる場合はその都度診察して貰える体制が出来ている。
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	休日や夜間は法人が抱える医師、看護師が所属の枠を超え、対応する仕組みがある。急変事故マニュアルを策定している。
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	利用者の傷病状態に応じ、協力医と連携が図られ受診、入院が適切に行なえる体制がある。
2-（7） 衛生管理		
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。	b	感染防止マニュアルが策定されている。マニュアルは必要に応じ見直しされている。職員に周知徹底されていない部分もあり、今後は会議や研修の場で周知、徹底する機会を持つよう期待する。
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	清掃、衛生管理マニュアルがあり、調理器具や食器類などは消毒が手順に沿って行なわれている。
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	トイレはペーパータオルで対応している。玄関には手の消毒液を置き、張り紙などしているが徹底しているとは言えない。うがい、手洗いを徹底させる為、家族や関係者に、文書で依頼、または来所時に協力を乞う等、積極的な方法の検討を期待する。
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	日に3回窓を開け換気を行なっている。加湿器を使用しているが十分な湿度は得られていない。特に冬期間の湿度をどのように確保するか検討するよう期待する。
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	短期入所利用者についても感染の有無について確認がされ、入所利用者同様感染防止マニュアルに沿った支援がされている。

2-（8） 機能回復訓練		
A-2-（8）-① 機能回復訓練は、個々の利用者に合った個別プログラムを策定し、実施している。	a	理学療法士等が利用者個々の状態に合わせた計画を立て実施している。廊下を歩き来するなど、施設の利点を活かした内容もある。
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。	b	季節に合わせた豊富な行事やレクリエーションを計画、実践している。参加は利用者の意志を尊重し行っているが、職員がレクリエーション指導技術を学ぶまでには至っていない。
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。	b	移動に関し個々の施設サービス計画に明示されている。個々の利用者の状態に合わせた車椅子の配慮が不十分である。今後も利用者の状態の変化が予想される中、個々の要望に十分対応できる体制の検討を期待する。
2-（11） 認知症高齢者への対応		
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。	b	認知症の研修に参加しており、職員間で情報の共有がされている。昼夜逆転の利用者など個別の生活リズムへの対応が十分でない面もある。認知高齢者の特性に配慮し、個々の状態に合わせたきめ細かな対応を期待する。
A-2-（11）-② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束廃止マニュアルがあり、それに添って支援がされている。安全の為に拘束する必要がある場合は、手順に従って行なわれている。
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。	a	契約時に施設の看取りについての方針を伝えている。医師が終末期に入り必要と判断した段階で利用者、家族と話し合い、契約を結び実施している。
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。	a	家族と、終末期ケアにどう対応するか話し合っている。又、重篤な場合にそなえ、家族と連絡が取れる体制を整えている。利用者が仲間の死を受け入れる看取りケアの実施で、他利用者への安心感に繋がっている。
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。	a	協力医等を含め連携が取られており、状態に応じ入院その他がスムーズに行なわれる体制ができています。

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 21 年 1 月 26 日

経営主体 (法人名)	社会福祉法人 厚生協会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム新得やすらぎ荘	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 081-0023 北海道上川郡新得町西3条北1丁目		
電 話	0156-64-5196		
F A X	0156-64-6094		
E-mail			
U R L			
施設長氏名	高畑訓子		
調査対応ご担当者	飯田 浩 (所属、職名：生活課長)		
利用定員	50 名	開設年	平成 2 年 4 月 1 日
理念・基本方針： 1. 明るく楽しく快適な生活環境を提供する。 2. プライバシーを守り、思いや自己決定を尊重する。 3. なじみの関係の中で安心して生活できるように支援する。			
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) ・ 短期入所生活介護事業所 (定員10名) ・ 通所介護事業所 (定員25名) ・ 養護老人ホーム (定員50名)

【利用者の状況に関する事項】（平成 21 年 1 月 26 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
0 名	1 名	4 名	11 名	7 名	16 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
7 名	4 名	0 名	50 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	1名	5名	1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	名	名	2名	名	名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	1名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	21名	1名	名	名	名	名	名
合計	23名	6名	4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
2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ヶ月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
4名	9名	8名	7名	4名	2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
1名	3名	3名	1名	1名	1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	名	1名	名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
名	2名	名	名		

（平均利用期間： 4.6 ）

【職員の状況に関する事項】（平成 21 年 1 月 26 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	37名	1名	1名	1名	2名
非常勤	7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	22名	名	2名	1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	1名	4名	名	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（名）
介護福祉士	14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	1, 924.85	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	1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) に行つて外遊びを行っている。	
(3) 耐火・耐震構造	耐火 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震 <input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(4) 建築年	昭和	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積		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 19 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

485 人

・ボランティアの業務

・衣類等の修繕	・床屋	・セラピー犬	・踊り	・三味線
・唄	・童謡	・窓拭き	・シーツ交換	・話し相手
・手芸	・楽器演奏			

【実習生の受け入れ】

・平成 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 5 人

その他 33 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 1 回の給食会議で行事食や日常の食事について、利用者代表に参加して頂き意見を討議する。
- ・毎月 1 回、利用者全員対象で、集会の場を予定し、毎月の行事や日常生活での不便なことや、職員への意見など話せるように企画している。
- ・毎日の生活の中では、部屋の担当職員や相談員、看護員など直接に話すことも多い。
- ・苦情受付のボックスをホールへ設置している。

【その他特記事項】

--