

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)	村中 博	総合	第141号
	(2)	深澤 雅子	組織運営管理	第0010号
	(3)	原 由利子	福祉医療保健	第0107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)	2016年7月6日	～	2019年9月25日	
利用者調査実施時期	2016年8月6日	～	2016年10月18日	
訪問調査日	2016年10月21日			
評価合議日	2017年5月9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 28 年 9 月 24 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	011-896-2565		
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	郡司 諭 (所属、職名：生活相談員)		
利用定員	120 名	開設年	平成 28 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】

介護老人福祉施設における短期入所生活介護事業（定員16名）

【利用者の状況に関する事項】（平成 28 年 9 月 24 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	0 名	7 名	7 名	14 名	26 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
26 名	21 名	4 名	105 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	1名	名	1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	11名	6名	3名	3名	名	2名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	3名	名	名	1名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名	名
合計	14名	6名	3名	5名	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	1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
16名	10名	15名	15名	13名	12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
4名	6名	2名	名	2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
2名	2名	名	名	2名	1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： 3年5カ月)

【職員の状況に関する事項】(平成 28 年 9 月 24 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	名	3名
非常勤	13名	名	1名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	2名	48名	名	5名	1名
非常勤	名	7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	5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	39名 (5名)
保育士	名 (名)
看護師	4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 <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	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 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

210 人

・ボランティアの業務

縫製ボランティア、傾聴ボランティア、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 27 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 1 人

その他 45 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。
・ご家族との面談を定期的実施し、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。
・入所者又は家族より頂いたご意見、ご要望、苦情等については苦情要望受付書の作成のうえ、苦情検討委員会にて対応方法について確認、必要に応じて検討を実施し、その後同内容の事案を繰り返していないか1か月後に振り替える機会を設けている。

【その他特記事項】

◇特に評価の高い点

1 組織的な経営・業務体制の構築

厚別栄和荘は、創設以来20余年の経験の積み重ねと福祉にかける情熱のもと、グループケア検討委員会をはじめとして、苦情検討、安全対策、身体拘束・虐待防止、介護力向上、褥瘡予防などの委員会を設け、それぞれの目標、課題への対策に職員が一体となって取り組んでいる。

また、法人内の経営戦略、研修支援、サービス管理、地域事業推進の4つの室が、事業所と有機的な連携をもって、平成25年度に策定した中・長期計画の実現に向けて、毎年度検証を繰り返しながら福祉サービスの着実な向上に努めている。

2 グループケア、利用者満足度調査による質の高いサービスの提供

利用者を30人単位の小規模なグループに分け、居室や居間・食堂などの共有スペースを一つの生活単位とすることにより、利用者と職員の関係性を深め、充実した介護とともに安心と温もりのある生活をもたらしている。

また、家族への満足度調査と職員の自己評価を行い、両者の比較検討を交え、サービスの質の向上に努めている。

3 意見・要望・苦情の掘り起こし

利用者・家族からの意見・要望・苦情については、大きな苦情となる前に把握して、サービスの向上に役立てようとの取り組みから、会話の中からも前広に拾い上げ、苦情検討委員会で検討の上、申し出で者へ回答を行うとともに、事業所内に掲示、第三者委員への報告、ホームページにより広く公開している。その後、同様の事案を繰り返していないか振り返り、再発の防止に努めている。

このことは、事業所の透明性の確保と同時に、利用者・家族の意見の述べやすさの醸成に繋がっている。

◇改善を求められる点

1 地域との交流・貢献活動の推進

現在、ボランティアとして 縫製 ・ 傾聴 ・ 慰問 ・ 施設行事等に年間210名、実習生45名の受入れを行っており、法人としても中・長期計画に地域社会との交流推進を目指して、その検証を行っている。

施設の開放や近隣学校・町内会との連携、ボランティア受け入れシステムの構築・窓口の設置・専門学校への働きかけなど、更なる地域との交流・貢献活動の推進を期待したい。

2 自然災害への対応

当事業所は、災害想定消防計画の作成や定期的な火災避難訓練・消火訓練の実施、連絡体制の整備、避難場所の周知、水・食糧、停電に備えた発電機等の備蓄など、安全確保のための取り組みを組織的に行っている。しかし、最近、各地で集中豪雨や大地震など自然災害が多発していることに鑑み、自然災害対策について、シミュレーションを含む災害対応、突発的な地震から利用者の安全確保のための訓練の実施等を期待したい。

評価細目の第三者評価結果（介護老人福祉施設）

社会福祉法人 栄和会

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

特別養護老人ホーム厚別栄和荘

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	法人理念・倫理綱領、理念と整合のとれた事業所の基本方針を明文化し、目につきやすい施設内の各所に掲示している。内部研修での理解度の確認、登用試験への出題、各職員の理念に沿った年度目標の設定など組織的な共有に努めている。利用者・家族への契約時における説明、広報誌やホームページへの掲載などで周知を図っている。

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	全国や北海道の老人福祉施設（協）、社会福祉経営者（協）に加入し（役員）、行政の動向、経営環境の情報収集や、札幌市から受託している地域包括支援センターと連携のもと、地域の実情についても的確に把握している。事業所職員の参画する法人の中長期計画策定委員会、経営戦略室などで業務ニーズ・潜在ニーズ・方向性を確かめ、事業の運営に活かしている。
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	毎週開催の主要幹部会議において稼働率、収支状況の分析などから、事業所におけるグループケア検討委員会をはじめとする各種委員会において具体的な取り組みを検討し、事業計画や中・長期計画に反映するよう職員に周知を図り、組織的な取り組みを行っている。

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。	a	平成25年度に中・長期事業計画と収支計画を策定し、職員全体で取り組んでいる。事業の骨子は、①専門的かつ満足度の高いサービスの提供 ②利用意欲を高める環境整備 ③職員育成・指導体系・職員定着 ④職員の専門性・接遇意識向上 ⑤良質な職場環境整備、⑥健全・安定的経営基盤確立 ⑦地域社会との関わりなどで、着手年度・3～5年の実施期間と検証年度を明示している。
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。	a	毎年度、中・長期計画の各項目の具体的内容、行動計画、実施項目について、実績を把握・分析しており、その結果を単年度の事業計画、収支計画に反映させている。また、単年度における数値目標を具体化することで実施状況の把握ができるよう配慮している。

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 事業計画は、グループケア委員会において、施設長をはじめ相談・介護・看護・機能訓練・栄養を担当する各職種協働のもとに策定し、年度末に評価のうえ次年度の事業計画に反映させている。策定された事業計画と評価内容は、グループ会議において配布・説明し、各職員への周知を図っている。
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 事業計画は閲覧できるように玄関ホールに配置しているが、積極的な周知は図られていない。今後、事業計画の主な内容を分かり易く説明した印刷物を配布するなど、利用者や家族などに周知され、理解しやすいような工夫を期待したい。

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	中・長期計画に基づき、毎年度、サービスの向上に向けた事業計画の立案・実施・評価・改善を行っている。平成28年3月には法人（サービス管理室）において、利用者および職員から見た利用者の満足度について全職員を対象に調査を実施し、組織をあげて取り組んでいる。毎月のグループケア検討委員会でも必要に応じて検討している。また、毎月オンブズマンの訪問を受け利用者の意見・要望を把握したり、第三者評価を定期的に受け、サービスの向上に活かしている。
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。	a	中・長期計画のもと、毎年度、事業計画の評価による課題は次年度の事業計画に取り込み改善を図っており、今回の満足度調査についても検証の結果を基に改善目標を検討している。また、課題は毎月開催しているグループケア検討委員会で他職種間で検討のうえ、グループ会議を通じ職員に周知し、サービスの向上に努めている。

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。	a	施設長の役割と責任は処務規程、緊急時対応などのマニュアルに明記されており、会議や委員会の席でも表明し、職員の理解を図っている。職務分掌などは、初任者研修時や各パソコンから閲覧することで職員への周知を図っている。
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。	a	事業を取り巻く環境は、社会福祉法・関連する介護・安全・災害・衛生・労務など諸法令に関する知識が必要とされており、施設長自ら福祉施設士（全国社会福祉協議会）資格を取得した後、日本福祉士会に加入し、法令順守について学んでいる。また、法令順守に関する職員研修を自ら講師となり実施している。

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 ケア内容や方法について検討するグループケア検討委員会をはじめ、苦情検討・安全対策・感染症食中毒対策の各委員会に参画し、必要に応じて指導を行っている。また、職員研修の講師をいくつかのテーマで行い、職員の知識とサービスの質の向上に努めている。
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。	a 中・長期計画に盛り込まれた、健全かつ安定した経営基盤の確立を目指して、毎年の業務計画の策定・実施・評価・改善をはじめ、人事・労務・働きやすい職場環境の改善に職制を通じて、指導力を発揮している。毎週開催している幹部会議においては、稼働率、収支状況を分析し、必要に応じて措置を講じている。

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	パート、契約社員の資格・経験年数・登用試験により一般職などへのコース別人事制度の採用（平成27年10月）、職員による採用者の紹介に報奨金を出す職員紹介制度（同26年8月）、就職支度金制度（同28年7月）を導入し、中・長期計画に沿う人事管理を行っている。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a	職員に対して、人事考課の目的や考課方法などを研修や面談時に周知するとともに、人事考課者の研修を定期的に行ったうえで人事考課を行っている。職員は毎年、理念に沿った目標を決め、面談による助言を受けながら目標達成に努めている。また、職能資格制度によるコース転換の実施、職種別キャリアパスの検討など、組織的な人事管理に取り組んでいる。
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。	a	就労・有給休暇・時間外労働の記録を定期的に確認し、個々の就労状況の把握、腰痛対応を含む定期健康診断や予防接種の実施、衛生委員会を設置し、必要に応じた産業医との相談、メンタルヘルスに関する研修の実施、年2回の面談時に職員の意向や相談をうける等の体制を整えている。また、福利厚生面でも、北海道民間福祉施設職員共済会や法人の福利厚生組織への加入など、良質な職場環境の整備、働きやすい職場の雰囲気づくりに組織的に取り組んでいる。
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。	a	人事考課の面談を行い、理念に沿って職員一人ひとりに合わせた具体的な目標を立て、目標達成に向けた具体策を検討している。人事考課の面談を年2回行うことで、中間での進捗状況の確認・評価・修正を行い目標の達成を図っている。また、資格取得のための勉強会を開催し、人材育成に努めている。
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。	a	法人の基本理念・倫理綱領、事業所の基本方針に「専門的な知識と技術」の重要性を謳い、研修制度の確立に取り組んでいる。内部研修では、前年度の振り返りと必要性・希望を組み込むなど、年度計画を立て実施している。外部研修では、定例開催の研修については、年度計画に盛り込んでいる。また、必要と思われる外部研修には、積極的に参加させている。（研修計画の基本は、職掌、経験など個別状況を踏まえて組織的に計画化し、実施している。）

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。	a	新人内部研修は計画に基づき、法人で年2回実施している。また、外部研修の案内があった際には、研修内容を考慮し、職責・経験年数などに応じて、参加に適した職員に対して積極的に参加させている。受講後には報告書の作成、伝達研修を行い他の職員へ広く受講内容の還元を図っている。
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	実習受け入れは組織的な態勢を整え、各養成校のプログラムに合わせたプログラムを作成し、多数の実習生を受け入れている。今後、受け入れ姿勢の明示や基本姿勢について明文化し、担当者の設定や実習生の教育・育成方法の受け入れマニュアルなどの整備を期待したい。

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	理念、収支決算状況、事業報告、苦情・要望、満足度調査結果などを広報誌やホームページに載せ情報の公開に努めている。苦情・要望などは掲示板に掲示のほか、第三者委員にも送付している。理念・倫理綱領・基本方針をパンフレットや事業所内の各所に掲示するほか、職員の意識付けも同時に行うようにしている。
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	事務・経理・取引について外部専門家に相談して対応しており、内部監査も四半期ごとに実施している。今後、法人本部として適正な運営に関するチェック体制の構築や改善が組織としてはかれるように、外部監査の実施に向けての取り組みを期待したい。

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	施設の祭への地域住民の招待や、利用者個々の希望に応じた地域への買い物等により地域資源の活用を図っている。区社協との連携、「札幌市介護サポーターポイント事業」に登録し、ボランティア受け入れ促進を図っている。また、中・長期計画に、地域社会との関わりの検証を掲げ取組みつつあるので、更なる地域との交流の推進を期待したい。
24	II-4-(1)-② ボランティア等の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	縫製ボランティア、傾聴ボランティア、音楽等の慰問、栄和祭での利用者の誘導などに年間200名を超えるボランティアを受け入れている。また、職員の意識向上のため地域と共生する意味を法人倫理綱領に追記している。中・長期計画にボランティアの受け入れ態勢の整備を掲げているが、受け入れの登録手続き、ボランティアの配置、事前説明などのマニュアル化を期待したい。

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 防災、虐待防止、医療、介護タクシーなど、消防署・区役所、地域包括支援センターをはじめ、医療機関、成年後見人との連携など個々の必要に応じて把握・連携を図っているが、さらに、定期的な連絡会への参加、社会資源の明確化などを期待したい。
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。	b AED設置による救急サポーターや徘徊SOSの登録、介護職員初任者研修の実施、地域の団体への講師派遣、備品の貸出し、災害時の地域における役割の確認、法人内他事業所が開催する認知症カフェへの職員派遣など、地域貢献に努めている。今後さらに、事業所のスペースを活用した地域との交流を深める企画の推進を期待したい。
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 同一建物内において、地域包括支援センター、デイサービス、居宅支援事業所を設置しており、連携のもと地域の福祉ニーズに添えている。今後さらに施設の開放、近隣学校との連携、町内会との連携強化を期待したい。

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。	a	基本理念や基本方針に尊厳ある暮らし、自立した生活が明文化されている。倫理綱領にも公平・公正なサービス提供など定められており、施設内に掲示されている。虐待予防研修など基本的人権の研修も行われ、定期的に状況の把握・評価をする取り組みがある。
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。	a	権利擁護に対する規定・マニュアルが整備されている。一人ひとりの入浴・排泄など対応の仕方が文章化されており、カーテンで仕切るなどプライバシーに配慮している。問題点が見つかればミーティングを行い、解決に向けた取り組みをしている。
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	パンフレットやホームページを作成しており、見学者に対しては担当者がパンフレットを渡し説明している。利用希望者がミニショートを利用して、入所に繋がったケースもある。
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	サービス開始時は、重要事項・運営規定に基づき時間をかけて説明し、サービス変更時は、本人、家族へ意向調査を行っている。サービス計画書には自己決定を尊重した内容も盛り込まれており、本人・家族からは同意を得ている。利用者の判断能力に障害が見られる場合は、成年後見人との契約を行っている。
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。	a	地域のネットワークが構築されており、支援事業所の協力下で支援内容の情報を転入先に応じた書式で提供している。昨年は3名の該当者がいた。サービス終了時も相談窓口が設置され、相談出来る仕組みがある。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a 意見箱が設置されており、家族面会時に家族意見を職員がノートに記入し、カンファレンスで話し合い、分析・検討している。家族会には施設長、相談員が出席している。利用者満足度アンケートは定例で行われている。
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。	a 職員が聴取した内容は苦情受付用紙に記入し、施設長、担当者の苦情検討委員会で内容検討し対応している。その結果を利用者、家族にフィードバックしている。苦情内容と解決結果を匿名で施設内に掲示している。苦情解決の体制は、契約時にも説明している。
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。	a 苦情、意見の申し立て方法について文書化され、掲示している。事業所内には職員の名前、顔写真が掲載されており、相談する相手も選択できるよう配慮されている。また、相談室も確保されている。毎月利用者の生活状況と3ヶ月に1度、広報誌を家族に送付している。
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 意見箱を設置しており、3年に1回の満足度アンケートも行っている。苦情も苦情対策委員会で把握し、対応している。相談や意見に対して手順は要綱で定められているが、受付簿・解決課題の整理・対応方法・関係者への周知・改善方法・公表の有無など文書化されたマニュアルが整備されていない。今後は文書化されたマニュアルを整備し、家族などへ明示し、周知を期待したい。
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。	a ヒヤリハット・事故報告書で担当者2名、各職種が加わった安全対策委員会で要因を分析し、再発防止の検討をしている。その結果を利用者、家族に報告している。緊急時のマニュアルも作成されており、全職員対象でリスクマネジメントの研修を行っている。
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 感染症に対する勉強会は、年2回全職員対象に行っている。特に夏場は手洗い方法を図解で壁麵、手洗い場に貼ってある。感染症の疾病毎のマニュアルが作成されており、感染症対策委員会で検討・実施されている。感染症対策の救急セットも準備してある。
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 近隣の西公園、厚別高校を避難場所として地域と連携し、家族・職員も避難場所は周知している。火災訓練は年2回実施している。水、食料、懐中電灯等を停電等に備えて備蓄している。災害時対応のマニュアルは作成しているが、想定訓練の実施には至っていない。今後、地震・風水害など自然災害の対応・訓練の取り組みを期待したい。

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。	a	毎週ケアカンファレンスを行い、全職員が個々の特性を踏まえたサービス計画に沿った支援を提供している。入浴、排泄等のマニュアル等も整備されており、利用者それぞれの状態に応じた施設内研修も行われている。マニュアルは必ず目を通すよう義務付けている。
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。	a	入浴・排泄など各種の業務マニュアルが作成されている。年間の目標・計画確定・実施・評価・修正の時期を明示し、定期的にケア委員会で検討されている。問題があれば随時見直し、全職員に周知する仕組みが確立されている。
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。	a	利用者に対して担当制であり、担当者とケアマネでアセスメントを行い、ケアプランの原案を作成、原案について各職種でのカンファレンスを行っている。1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月毎に評価を行い、次回のケアプランに反映している。利用者、家族との面談でニーズをケアプランに盛り込んでいる。
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。	a	週1回の担当者会議でケア計画を見直し、他の職種も交えて定期的にモニタリングを行っている。課題が明確になるとケア計画に盛り込み、文書にて職員に周知し、利用者、家族に同意を得ている。
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。	a	サービス実施状況を担当職員が統一した書式に記録している。体調に変化があれば、相談員より家族に連絡する仕組みがある。パソコンのネットワークにより情報が職員間で共有できる仕組みになっている。退所されても、5年間記録を保存している。
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。	a	開示請求はないが、個人情報の提供には個人情報保護規定より利用者、家族より同意を得ている。各グループの主任が記録の管理担当者になっており、職員勉強会を行って記録管理は職員に周知されている。

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	利用者の心身状況、ADL、意向を個別に把握し、食事、排泄、入浴など自立に配慮して援助している。個々の希望に添い、レクリエーションなどの日中活動に参加できるように配慮し、利用者一人ひとりに応じた生活となるよう支援している。
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	利用者を尊重し、言葉遣いや接し方に配慮して、希望や意向を聴いている。会話不足の利用者には、日常生活の場面を捉えて話かけ、雰囲気作りをしている。コミュニケーションマニュアルを作成している。

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	利用者の身体状況や希望に添い、一般浴、介助浴、機械浴、ストレッチャー浴、シャワー浴、清拭を行っている。入浴マニュアルや感染防止マニュアルに基づき、清潔保持と安全に配慮した入浴を実施している。
A-2-② 排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	排泄チェック表の記入により、全員の排泄状態を把握し、心身の状況に合わせて対応している。介護力向上委員会を設置し、トイレやポータブルトイレ利用の自立排泄を目指している。水分、食事、運動に配慮し、工夫している。
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	利用者の心身の状況に合わせて安全に移動、移乗ができるように支援している。環境の整備、福祉用具の点検を行い、自力でも移動できるように配慮している。安全対策委員会では研修を行い、事故防止に努めている。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	褥瘡予防委員会が設置され、介護士、看護師、栄養士が参加して皮膚の状態、介護状況、栄養、清潔などについて検討している。褥瘡予防について標準的な実施方法を策定し研修を行い、職員の周知徹底をはかり、褥瘡防止に努めている。

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	献立表を掲示し、利用者の好みによりパン食、米食などの選択ができる。保温食器の使用や身体状況に合わせた椅子の用意、摂取時間の配慮など、快適に美味しく食事ができるように工夫している。
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	個々の栄養状態を把握し、栄養計画を作成して栄養マネジメントを行っている。心身の状態を把握し、栄養士や医療スタッフと連携をとり、嚥下状態などに配慮して食事形態を工夫するなど食事の提供や介助は、心身の状況に合わせて支援している。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	一人ひとりに応じた口腔ケア計画を作成し、実施、評価、見直しを行っている。毎食後の口腔清潔、義歯の管理や手入れを実施し、歯科医師、歯科衛生士の定期的訪問により、指導助言を受けている。

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。	a	終末期対応についてのマニュアルを整備し、職員研修で手順を明らかにしている。利用者、家族の意向を契約時に確認し、終末期を迎えた時は家族の希望があれば、医療連携を取り、施設内での看取り介護を行う体制を整え、実施している。

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	利用者の尊厳を尊重し、その人らしく安心して生活できるように認知症の状態に配慮したケアを行っている。職員は認知症ケアの研修に参加し、カンファレンスで情報を共有、各種委員会に情報を発信して適切な対応を学び、現場で実践している。
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	居室やトイレはわかり易いように表示し、危険なものは身近に置かず安心、安全に暮らせるように環境整備をしている。居室は同室者の組み合わせに配慮し、家族写真など身近に心安らぐ物を飾っている。

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。	a	医師の指示による専門的なりハビリが必要な場合は、機能訓練指導員が2名おり、個々に応じて対応している。日常生活で行う動作や活動を生活リハビリとして施設サービス計画に位置付け、適宜見直しをし、利用者の心身の状況に合わせている。

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	緊急時対応マニュアルを策定し、具体的な対応手順を表示して周知をはかっている。看護師及び職員は、利用者の日々の健康状態を把握し、異変の兆候のあった時は、嘱託医や提携医療機関に迅速に連絡が取れる体制を整えている。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	感染症・食中毒防止マニュアルを策定し、内部研修で職員の周知をはかり、職員自身の健康管理にも配慮している。施設の衛生管理は組織的に実施しており、感染症発生時には定められた手順に従い、速やかに対応している。

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。	a	利用者が安全、安心して暮らせるよう環境を整備している。建物や備品に不具合が生じた場合は、修理伺いを提出し、修理、購入している。リビングは広く、廊下には所々椅子が配置してあるなど快適に過ごせるように配慮している。

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。	a	<p>家族には毎月利用者の生活状況を記載して報告せ、変化があった時は都度、報告している。意見箱の設置、グループ毎のノート記載、アンケート実施で意見を聴取している。家族会があり、親睦をはかると共に施設のイベント時には協力をお願いしている。</p>

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-3-(1)-②）	a	利用契約書、重要事項説明書は、契約時に本人や家族に解り易く丁寧に説明している。利用契約書は利用者の権利を尊重した内容となっており、本人、家族が理解したうえで同意に基づき、契約当事者が署名捺印を押すこととなっている。
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-3-(1)-②）	a	利用者に意思表示能力がある場合は、直接契約の形態により締結されているが、意思表示に問題がある場合は、家族と施設が利用者本人を第三者として契約する三者契約の形態で締結している。成年後見制度の利用が行われている。
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-3-(1)-②）	a	契約内容変更時にはその都度通知し、文書による変更手続きを行っている。介護保険料改定に伴う利用料変更、自己負担費変更については家族説明会を設けたり、個別に対応して理解を得るように行っている。
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-3-(1)-①）	a	広報・パンフレット、ホームページは、施設サービス利用に関する内容を写真入りで解り易く表示している。法人全体の施設事業内容が共に記載されているが関連性があり、参考となっている。
1-(2) 利用者の主体性の尊重		
B-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。（関連：A-1-①）	a	新聞・雑誌・テレビが自由に楽しめるように利用者の希望を尊重している。新聞は個人購読が可能で、また、グループでも用意しており、閲覧可能である。テレビは希望により居室に設置でき、グループフロアにも設置している。
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	施設内に売店があり、食料品や日常生活用品を購入することができる。毎週衣類や果物の移動販売の訪問がある。希望により施設外ショッピングも可能で、日程調整を行い、何人かで大型店などへ出かけている。
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	施設では利用者の意向を尊重して、「栄和祭」や外出行事、イベントを企画、実施している。毎週、室内ゲームや歌などのアクティビティも行っているが、参加については本人の体調や意志を尊重している。
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	家族の面会は利用者や家族の希望、プライバシーに配慮して行っている。面会時間は防犯上の理由から9時から20時に設定し、面会場所はロビーの面談コーナーや居室を利用している。家族の希望があれば、個室での面談の場を提供している。
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）	a	利用者の希望を取り入れ施設は外出行事を企画実施している。外出・外泊は本人や家族の希望に応じて実施し、車椅子や介護用品の貸し出しを行っている。移送サービスについては、介護タクシー利用などの情報を提供している。

<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>酒やたばこが健康に及ぼす影響について情報を提供したうえで、利用者の希望を尊重している。たばこは喫煙所を設けて、分煙対策をしている。酒は医師と連携を取り、飲酒量、時間、場所など節度をもったうえで楽しめるように配慮している。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>預かり金扱い要項を定め、適切に行っている。家族に確認のうえ、必要物品を預かり金から購入し清算している。3カ月に1度、出納記録を家族に送付し確認している。自己管理できる利用者には適切に行われるよう配慮している。</p>

B-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>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-4-(2)-①）</p>	<p>b</p>	<p>施設サービス計画作成の担当者会議には利用者や家族への案内はしていない。担当者会議の前月に家族や利用者とは面談し、本人や家族の意見や希望をあらかじめ聞いている。</p>
<p>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-4-(2)-①）</p>	<p>a</p>	<p>各専門職である介護職、看護職、機能訓練指導員、管理栄養士、相談員の参加を得て、施設サービス計画を作成している。医師の意見は看護師が指示を受けて伝達し、療養上の指示は施設サービス計画に反映されている。</p>
<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-4-(2)-①）</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画作成にあたって、利用者個々の自立した生活についてアセスメントを行い、要介護状態の軽減を目指し、支援不足や過剰な介護がないか検討し、具体的に作成している。</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-4-(2)-①）</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画書はいつでも閲覧できるようにしている。モニタリングは計画作成後3カ月、6カ月で行い、再アセスメントを実施し、計画の目標が達成されるように努めている。</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-4-(2)-①）</p>	<p>a</p>	<p>施設サービス計画の内容については、本人、家族に面会時に説明している。家族には電話で説明するなど本人、家族が充分理解したうえで同意を得ている。同意書を郵送し、署名捺印を得ている。</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>管理栄養士を配置し、全ての利用者に栄養ケアマネジメントを行っている。食事摂取量、体重の増減で栄養状態を把握し、栄養計画の作成、カンファレンス、モニタリングを実施している。献立の原案は管理栄養士が作成している。</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>栄養ケア計画は多職種と連携のうえ作成し、実施している。管理栄養士、医師、看護師、介護福祉士、介護支援員など多職種が共にサービス担当者会議で話し合い、栄養ケアマネジメントを行い、ケア計画を作成・実施している。</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>医師からの適切な指示のもと、身体状況、栄養状態、嗜好に応じ個別に栄養計画を立て、記録している。栄養ケアマネジメントのもと、適切に食事提供している。食事形態の配慮や高カロリー食の提供も考慮している。</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）		
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）		
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）		
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）	a	自力摂取の可能性について検討し、施設サービス計画に位置付け、具体的に取り組んでいる。歯科医による義歯の調整を定期的に行い、手の機能訓練、自助具の使用など工夫している。自力摂取困難な場合は適切に介助している。
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）	a	咀嚼能力や全身状態、嗜好を定期的に把握し、利用者に適した食事形態で提供している。嗜好調査は給食会議で実施し、献立に反映させている。刻み食、ミキサー食、ソフト食、医師の指示による治療食など適切に提供している。
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）	a	給食会議には調理担当者も参加し、情報の共有をはかっている。調理担当者は直接利用者に聞き取り調査を行い、食事に関する感想、嗜好、ニーズを把握し、献立や調理に反映させている。
2-(3) 入浴		
B-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。（欠番：A-2-①に統合）		
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	浴室は一般浴と機械浴があり、保温と衛生に配慮している。循環式の浴室の湯は水質検査を行い、衛生管理を徹底している。清掃は浴槽の種類により毎日と週2回行い、チェック表で確認している。
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	利用者のプライバシー保護に配慮して、支援している。介護者の言葉かけや態度、排泄時の音、臭いに注意し、換気を行い、他者からの視線を遮る等、詳細にわたり配慮して行っている。
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	トイレの清掃は清掃業者に委託しているが、職員が常にチェックしている。便座の消毒、消臭対策としての換気、消臭剤の使用、排便後や尿汚染時のその都度便器の消毒など、常に清潔なトイレとなるように努めている。

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	週1回、定期的にシーツ交換をしている。汚染された場合はその都度交換し、寝具などリネン類の清潔に配慮している。
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	利用者の身だしなみに配慮している。下着交換は毎日行い、衣服は入浴日に取り換え、汚れた時はその都度交換している。爪切り、耳掃除は入浴日に行い、頭髮の手入れにも配慮している。
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	衣服は持参の中から、季節や場面に合わせ対応している。不足している場合は家族に依頼したり、利用者の希望があれば買い物に同行し、購入している。希望により、定期的に訪問する理・美容を利用することができる。
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)	a	利用者は年2回提携病院へ出向き、定期健康診断を行い、検査結果は適切に記録されている。嘱託医による週2回の訪問診療では日常健康管理を行い、健康診断の検査結果は治療や健康管理のためのケアに反映させている。
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	利用者の健康把握の為にバイタルサイン、睡眠、食事、排泄などの状況を毎日チェックし、記録している。利用者の健康状態に変化が生じた場合は、嘱託医や医療機関に連絡し、受診などの対応を即応的に行っている。
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	薬剤の扱いは医務室に看護師が常駐し、医師の指示の下、管理している。職員は薬の目的、性質、効果、副作用、注意事項について情報を得ている。薬剤使用状況は記録し、服用忘れなどはその都度確認している。
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	一人ひとりの水分摂取量の目標量を確認し、水分チェック表で摂取量を確認しながら支援している。水分補給が困難な利用者には、お茶やゼリーなどで対応し、必要な水分摂取が確保できるよう努めている。
B-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。(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	嘱託医の週2回の往診により、日常健康管理が行われている。利用者の体調変化など、必要に応じて看護師及び職員は嘱託医や医療機関へ連絡し、指示、助言、診断、治療を受けることができる。医師や看護師、職員との連携体制を確保している。
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	緊急時対応マニュアルが策定されている。職員は緊急時に落ち着いて対応できるように内部研修を受け、日頃から訓練している。嘱託医や協力医療機関との連携体制を確保している。
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)	a	利用者の各種傷病状態に応じて、整形外科や眼科など各種専門医療機関への受診や治療、入院がスムーズにできるように、日頃から嘱託医や提携医療機関との連携をはかっている。

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）	a	感染症防止マニュアルが策定されている。マニュアルは職員全員に周知されるよう、いつでも閲覧・活用できるようにしている。食中毒感染症対策委員会では年1回又は必要時に見直しを行い、感染防止の施設内研修を行っている。
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	衛生管理マニュアルを策定し、衛生管理を徹底させている。厨房の清掃は毎日行い、食器、調理器具は毎日消毒、殺菌している。調理担当者の衣服や履物の衛生面にも配慮している。
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	感染防止の為手洗い、嗽の励行を徹底させている。外出後の嗽、手洗い後のペーパータオルの使用、アルコールによる手指消毒、マスクの使用を行っている。利用者、職員と共に来訪者にもポスターを掲示して嗽、手洗いを促している。
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	各部屋に温湿度計を設置し、適温に調整することができる。湿度については冬季居室が乾燥する場合、加湿器の持ち込みで対応している。施設内は適温に温度調節し、定期的に換気されている。
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	短期入所利用者については、申込み書や面談で健康状態や感染の有無を事前に認識している。感染防止マニュアルを策定しており、短期入所者も入所者と同様にマニュアルに沿って適切な感染症対策を行っている。
2-(8) 機能回復訓練		
B-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に合っ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）	a	レクリエーションや行事は、利用者の意向を尊重して実施している。行事の「栄和祭」では、隣接する同法人の施設入居者や近隣の人々と交流があり、近郊への外出行事は楽しみとなっている。利用者の希望に添い、音楽や室内運動なども行っている。
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	身体拘束マニュアルを策定し、身体拘束のないケアを実施している。身体拘束禁止についての検討は身体拘束・虐待禁止委員会の中で行い、やむ負えない状況の場合は、家族、本人に説明し一定の手順を踏んでいる。

2-（12） 看取りケア		
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>看取りケアについての指針は入居時に説明し、本人、家族の意向を尊重して署名捺印を得ている。終末期が近いと思われる時期には、再度家族の意向を確認し、施設サービス計画に位置付け、その人らしさを尊重して実施している。職員は看取りについて研修している。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>看取りケアの対応について、ケア内容の見直しやケアプランの立案を行い、1週間ごとに見直し、家族の同意を得て行っている。家族とは連絡を密にとり、協議、情報を共有し、家族の協力を得て実施している。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>医療機関と連携をはかり、嘱託医の往診や入院可能な連携体制が整備されている。施設内では看護師が中心となり、全職員が看取りケアについて理解し、協力して実施している。</p>