

## 北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2016 年 10 月 21 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 011-241-3766

評 価 機 関 名 社会福祉法人 北海道社会福祉協議会

認 証 番 号 北海道 第15-004号

代 表 者 氏 名 会長 長瀬 清



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)	小野寺さゆみ	総合	第0116号
	(2)	野村 宏之	総合	第0158号
	(3)	坂本 豊	福祉医療保健	第0093号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護			
事業所名称	厚岸町立特別養護老人ホーム 心和園			
設置者名称	厚岸町			
運営者(指定管理者)名称	社会福祉法人 厚岸町社会福祉協議会			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2015 年 7 月 9 日	～	2016 年 10 月 21 日	
利用者調査実施時期	2015 年 11 月 16 日	～	2015 年 12 月 22 日	
訪問調査日	2016 年 2 月 15 日			
評価合議日	2016 年 5 月 9 日			
評価結果報告日	2016 年 10 月 21 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無		<input checked="" type="radio"/> 同意あり	<input type="radio"/> 同意なし	
※評価結果の公表について運営者が同意しない場合のみ理由を記載してください。				

北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

①第三者評価機関名

社会福祉法人北海道社会福祉協議会

②運営者(指定管理者)に係る情報

名称：社会福祉法人 厚岸町社会福祉協議会

代表者氏名：大野 繁嗣

所在地： 〒088-1115 厚岸郡厚岸町梅香2丁目1番地

TEL 0153-52-7752

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

◆利用者の食に関する取り組みの充実

利用者の健康作りや、食べることの喜びなどを大切にされた取り組みが行われており、栄養面では管理栄養士が中心となり、利用者ごとの個別のアセスメントと栄養ケア計画を作成し、毎日の食事の様子を観察と希望の聴取を行っています。利用者に必要な栄養を適切に提供できているかを、介護職員の記録する食事摂取量や水分摂取量、排泄記録などからも検討しています。また食べる喜びを支えるため、歯科医師、言語聴覚士とも連携し、利用者に合わせて歯磨きや個別の利用者へのアドバイスを職員研修の一環として実施するなど、多角的な取り組みが見られます。栄養面と食べるための機能についての支援を充実させており、次の段階としてユニットごとに設置されているキッチンを活用し、利用者に食事の準備や片付けへの参加で役割を感じてもらったり、手作りのおやつなどで利用者の食べたい物や旬の献立を一緒に作るなど、楽しみを持てる機会への工夫は評価が高い点です。

◇改善を求められる点

◆経営環境の変化に適切に対応していくための中・長期計画策定の重要性

中・長期計画とは、理念や基本方針の実現に向けて具体的な取り組みを示すもので、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成などに関する具体的な内容である必要があり、財務面での裏付けとなる収支計画策定も必要不可欠です。運営法人である厚岸町社会福祉協議会は「第5期地域福祉実践計画」を策定していますが、施設運営にかかる中・長期計画としては、内容的に十分とは言えません。指定管理者という立場での計画化は困難な面もありますが、町の地域福祉計画及び介護保険事業計画などに連動した形で、行政との緊密な連携をベースにした指定管理期間における早期の計画策定に期待します。

◆介護人材確保のためのきめ細かい職員教育・研修の必要性

福祉・介護人材確保が叫ばれている中、基本理念及び運営方針に基づいた組織としての職員教育・研修に関する基本方針・計画策定は、必要不可欠です。現在実施している福祉サービスの内容・目標を踏まえ、組織が職員に求める知識・技術、専門資格など具体的な到達目標が明確化され、その実施体制をいかに構築していくかを体系的に組み立てたものが職員の教育・研修に関する基本方針や計画です。この計画では、職員一人ひとりの目標管理のための仕組み作りが求められます。職員個々の知識・技術水準・専門資格取得状況を把握した上で、職員の経験や習熟度に対応・配慮した個別的なOJTを適切に行うとともに、それぞれの職務や必要とする知識・技術水準に応じた教育・研修に取り組み、研修成果の評価・分析を行う仕組みを構築していくよう期待します。

◆利用者を尊重した姿勢の明確化と職員への周知

利用者の尊重や基本的な人権に配慮した標準的なマニュアルが整備されていません。そのため、職員の利用者への姿勢が明確にはなっていません。特にこれまでの多床室ではなく、ユニットケアという機能や環境で支援を進めていく上では、職員がなすべきことの指針は必要です。標準的なマニュアルを策定し、新たな姿勢で支援にあたることが望まれます。また、各種マニュアルや規程はある程度整備されていますが、その存在の周知と記載内容への習熟度は決して高いとは言えません。今後、標準的なマニュアルの整備と併せて、職員への周知に取り組むことを期待します。

◆利用者の自由な生活と権利を保護する姿勢

冬期間、町内に数件インフルエンザの発生があると、収束するまでの数ヶ月について面会が制限されています。ボランティアなどの来訪も制限され、外部との交流が行われていません。利用者は家族との交流が安心につながることもあり、感染症リスクとその対処法について再考することを期待します。また、月の外泊日数を契約書で制限していることについても検討が望まれます。特別養護老人ホームが生活の場であることや、地域密着型サービスに位置付けられている意味を再考し、利用者の権利保護を行っていくことが必要です。

◆薬の管理状況

利用者の服用する薬に対する介護職員の知識の向上とともに、誰でも出入りできる職員詰所に鍵の掛からない引き出し等に薬が大量に保管されている状況や、残薬の管理等が適切に行われていない状況について改善していくことを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

指定管理者として、この第三者評価実施時で2年が経過しました。運営主体が社協に移行になって、また、この第三者評価は本施設にとって初めてのものとなりました。正直なところ、評価項目が一つ一つ細かく、施設運営に最も必要な事項が多くあると感じました。職員が自己評価をし、その評価を取りまとめた施設全体の評価として作り上げる過程では、各職種から見た視点によって、その評価が分かれる項目もありましたが、改めて、自分たちが取り組んできたことを再確認できたことと、第三者評価を受けたことで今後の取り組みに対する非常によい材料になりました。まだまだ、運営者として未熟なところもあり、不十分なことが多々ありますが、第三者評価をきっかけに職員も自分たちのケアや取り組みに対し、意識を高め、利用者の方々に安心・安全なサービスの提供、施設内が笑顔で溢れるサービスが提供できるよう職員全員で一丸になって、この第三者評価を受け止めて、一つ一つ向上していけるよう努力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

## 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。

<b>本調査票の記入日： 平成 28 年 1 月 15 日</b>			
経営主体 (法人名)	社会福祉法人 厚岸町社会福祉協議会		
事業所名 (施設名)	厚岸町立特別養護老人ホーム 心和園	事業 種別	地域密着型介護老人福祉施設入所 者生活介護
所在地	〒 088-1125 厚岸郡厚岸町白浜4丁目1番地		
電 話	0153-52-6373		
F A X	0153-52-1331		
E-mail	akkeshi.syakyo-shinwaen@bz04.plala.or.jp		
U R L	<a href="http://akkeshishakyo.or.jp/publics/index/1/type014_3_limit=20/#page1_3">http://akkeshishakyo.or.jp/publics/index/1/type014_3_limit=20/#page1_3</a>		
施設長氏名	小池 文一郎		
調査対応ご担当者	小池 文一郎 (所属、職名：施設長)		
利用定員	18 名	開設年	平成 26 年 4 月 1 日
理念・基本方針：			
<p>施 設 運 営 の 基 本 理 念</p> <p>利用者の充実した日々を送って戴くために常に「Smile(笑顔)」で「Speedy(迅速)」に「Sincerity(誠実)」に対応する「3つのS(サービス)」と</p> <p>常にプラス思考で『見て聴いて「感謝する心」』『知識と経験と技術に「謙虚な心」』『相手の立場に「共感できる心」』で接する「3つの心」を施設の基本理念とし、両者の理念を利用者の対応に生かし、常に理念に基づいた「より質の高いサービス」を公平・公正・平等に提供できる運営が行われるように取り組むものである。</p>			
施設・事業所の特徴的な取組：			
行政移行後、2年目の施設運営であるが、行政運営時にできなかったことを本来のユニットケアを取り組めるように積極的に少しずつ取り組んでいる。また、新たに職員をユニットリーダー研修への受講を実施することで、以前と現在との状況比較で視野が広がっている。			
第三者評価の受審回数(前回の受審時期) 0 回 (平成 年度)			
開所時間 (通所施設のみ)			

**【当該事業に併設して行っている事業】**

(例) ○○事業(定員○名)
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 特別養護老人ホーム/従来型 (定員50名)</li> <li>・ 短期入所生活介護 (定員20名)</li> <li>・ 通所介護/予防 (定員35名)</li> <li>・ 訪問入浴</li> </ul>

【利用者の状況に関する事項】（平成28年1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（高齢者福祉施設、高齢者福祉サービスを除く））

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

○年齢構成（高齢者福祉施設・高齢者福祉サービスの場合）

65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満	85～90歳未満
名	名	2名	2名	3名	3名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
6名	2名	名	18名		

○年齢構成（児童福祉施設の場合（乳児院、保育所を除く））

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

○年齢構成（保育所の場合）

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

○障がいの状況

・身体障がい（身体障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

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

・知的障がい（療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

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

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

○サービス利用期間の状況(保育所を除く)

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
1名	6名	5名	2名	1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
名	名	名	名	名	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
名	名	名	名	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： 1年11ヵ月 )

【職員の状況に関する事項】(平成28年 1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・管理者	事務員		
常勤	21名	1名	4名	名	名
非常勤	1名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	11名	名	1名	名
非常勤	名	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	1名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	0名 ( 名)
介護福祉士	13名 ( 名)
保育士	0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	1403.2㎡	
(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	22年
(4) 改築年	平成	年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m <sup>2</sup>	
(2) 園庭面積	m <sup>2</sup>	
(注) 園庭スペースが基準を満たさない園にあっては、代替の対応方法をご記入ください。	(例) 徒歩3分のどんぐり公園 (300平米ぐらい) に行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	平成	年
(5) 改築年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)	<input type="checkbox"/> ・大舎制 <input type="checkbox"/> ・中舎制 <input type="checkbox"/> ・小舎制	
(2) 建物面積	m <sup>2</sup>	
(3) 敷地面積	m <sup>2</sup>	
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(5) 建築年	昭和	年
(6) 改築年	平成	年



### 【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 27 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

90 人

・ボランティアの業務

- ・外出行事（花見/1名）
- ・手芸品作成のお手伝い(2名)
- ・慰問（吹奏楽/18名、民謡14名、大正琴13名、ピアノ・フルト演奏/2名、獅子舞/30名）
- ・地域交流（子育てサークル/10名）

### 【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 0 人

その他 0 人

### 【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設（事業所）において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

- ・ご意見箱の設置（家族用）
- ・地域密着型サービス運営推進会議への利用者・家族の代表の参加
- ・入居者の担当、生活相談員による定期的な声掛け、相談。
- ・介護支援専門員によるケアプラン作成、評価時等の入居者からの要望や意見の聴取。

### 【その他特記事項】

# 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・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。	b	厚岸町社会福祉協議会が町の指定管理者として、平成26年より運営している。社会福祉協議会本体としての事業方針、重点推進項目とは別に、施設運営にかかる基本理念及び運営方針が明文化され、法人のホームページで確認できる。しかし職員、利用者に対して、その内容の周知が十分ではない。今後、職員には会議や研修において周知徹底することから始め、利用者・家族に向けたわかりやすい資料を作成するなど、継続的に取り組んでいくことを期待する。

### 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。	b	社会福祉協議会が母体法人であることから、社会福祉事業全体の動向及び地域における福祉状況については、利用者などのデータについても具体的に把握している。把握した内容は月1回の運営会議において提示しているが、そのデータの分析にまでは至っていない。町内唯一の特別養護老人ホームとして、役職員の参画による施設経営状況の把握・分析に早急に着手することが望まれる。
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。	c	地域の福祉環境や利用者状況などの経営状況は把握できているが、サービス提供のあり方、組織体制や施設・設備の整備状況、職員体制などの現状における具体的な課題・問題点の明確化までには至っていない。指定管理者という難しい立場は理解できるが、役職員間で様々な課題の共有を図りながら、解決に向けた取り組みを進めて行くことを期待する。

### 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。	c	社会福祉協議会として「第5期地域福祉実践計画」を策定しているが、施設運営にかかる中・長期計画の内容としては不十分である。今後は、社会福祉協議会と指定管理者それぞれの立場で、行政の地域福祉計画、介護保険事業計画などと連動した計画づくりに早急に取り組んでいくことを期待する。
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。	c	施設運営については、社会福祉協議会全体の事業計画中の「施設通所介護事業（指定管理者）」として位置づけられ、数値目標などが盛り込まれている。しかし、中・長期計画が策定されていないため、継続性が担保されていない。指定管理期間における中・長期計画を踏まえた単年度計画の策定に期待する。

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。	b 現場職員の参画により作業の積み上げを行い、施設全体で計画作りに取り組んでいるが、事業の進捗状況について、あらかじめ定められた時期・手順による把握・評価・見直しを行うところまでには至っていない。次年度計画への反映や中・長期計画策定につなげるため、事業計画のPDCAサイクル構築を期待する。
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。	c 利用者・家族に対する事業計画の周知を行っていない。事業計画は、利用者に対するサービス提供に関わる重要な事項であるため、資料を配布するとともに理解を促すためのわかりやすい説明を行うなど、早急な取り組みの実施が望まれる。

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。	b 今回の第三者評価受審にあたっては、各ユニットリーダーが実施した自己評価について、課長、主任、ケアマネジャー、管理栄養士のチェックなどを経て施設長が最終確認を行い、再び各ユニットリーダーにその確認結果を返し、組織として自己評価を完成させている。今後は、評価結果の分析・検討する場を組織として定められた時期・手順により定例化していくことを期待する。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b 職員間の課題共有を目的として感染褥瘡委員会、ユニット排泄・体位交換委員会、オムツ勉強会などを実施し、課題解決に取り組んでいる。今後は、サービス評価を定例化し、評価結果をきめ細かく分析し、職員参画による改善計画策定に期待する。

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。	b 施設長は、自らの役割・責任について広報誌などで表明している。施設全般の責任者として職員は理解していると思われるが、具体的な職務分掌はない。今後は、施設長自らの役割・責任を含む職務分掌を文書化するとともに、非常時における権限委任についての明確化を期待する。
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。	b 施設長は、法令遵守に関わる外部研修会に参加し、必要な情報については施設運営会議などで職員に伝達している。今後は、施設における法令遵守規程の整備、雇用・防災・環境などに対する配慮にリーダーシップの発揮が望まれる。

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。	c 就任1年目のため、施設運営管理面を重点化させるを得ない状況にあり、福祉サービスの質の向上に関する取り組みは十分ではない。今後は、自らもそうした活動に積極的に参画し、職員の範となる指導力を発揮することを期待する。
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b 指定管理2年目を迎えて人事、労務、財務などを踏まえた経営改善のための分析・検討に着手し始めた状況にある。今後は、経営資源を有効活用して、基本理念・運営方針を具現化した質の高い福祉サービスの実現を図っていく取り組みを、職員の先頭に立って実施していくことを期待する。

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。	c 組織としての人員体制に関する基本的な考え方や、人材確保・育成に関する方針が確立していない。福祉サービス提供に関わる専門職の配置など、必要な福祉人材・人員体制についての具体的な計画の早期策定を期待する。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b 法人の人事基準に基づき、年1回の職員面談を実施し評価が行われているが、人事考課にまでは至っていない。施設の基本理念・運営方針を踏まえた「期待する職員像」を明確化し、将来展望を描くことができるキャリアパスの導入などを期待する。
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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。	b 年1回の職員面談において、就業状況や意向の把握に努めている。福利厚生として、福利厚生センター及び運営法人独自の制度に、臨時職員を除く全ての希望職員が加入している。また、昨年ストレスチェックにかかる勉強会を開催するなど、働きやすい職場作りに取り組んでいる。今後は、福祉人材の確保・定着の観点から中・長期計画に位置づけて計画的に取り組んでいくことが望まれる。
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。	c 組織として個々の職員の育成に向けた目標管理の設定までには至っていない。今後は、組織が期待する職員像を明確化し、職員一人ひとりの目標設定、進捗管理、達成度の評価の仕組み作りを早急に着手することを期待する。
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。	c 組織の教育・研修に関する基本方針・計画は、策定されていない。福祉サービスの質の向上に資する取り組みの一環として、必要とする職員の知識・技術、専門資格について具体的な目標を設定し、その目標に沿った体系的な職員研修計画の早期策定が望まれる。また、この職員研修計画は中・長期計画の主要な柱の一つでもあることから、その取り組みにも期待する。
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。	c 職員は、必要に応じて外部研修を受講しているが、職員一人ひとりの知識・技術水準・専門資格取得状況などを把握した上での体系的な実施とはなっていない。今後は、新任者を始め職員の経験や習熟度に対応・配慮した個別的なプログラム（個別計画）を策定し、研修成果の評価・分析を行った上で次の研修計画に反映していく仕組み作りを期待する。

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。	c 実習生の受け入れは、その都度対応しているが、マニュアル等は策定されておらず、受け入れ体制も未整備の状態である。福祉人材の育成は、福祉施設・事業所の社会的責務の一つであることから、組織としての姿勢を明確にするとともに、その体制整備に取り組んでいくことが望まれる。

II-3 運営の透明性の確保

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b 法人ホームページ上に、社会福祉協議会全体の事業方針、重点推進項目並びに施設運営における基本理念、運営方針、事業計画・予算書、事業報告・決算書、現況報告書を公開している。また、社会福祉協議会広報誌「しゃっきー」を年6回、利用者家族を対象とした施設広報「黎明」を月1回発行している。今後は施設利用希望者などを意識した公開方法と、介護に関わるQ&Aコーナーの設置など、情報提供面において工夫が望まれる。
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 法人全体における事務・経理に関する規程が整備され、職務分掌も明文化し、職員に周知されている。今後は、より公正で透明性の高い経営を目指し、外部の専門家によるアドバイスを活用するなどして、経営・財務改善に取り組んでいくことに期待したい。

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 運営法人が社会福祉協議会であるため、ボランティア、子育てサークルなど利用者の交流活動は、定期的実施されている。現在は、ボランティアの訪問を受けることが多く、地域への働きかけという面では、社会福祉協議会の特性を生かしたメニューの開発に期待する。
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。	c ボランティアの受け入れ実績はあるが、基本姿勢やマニュアル等が未整備である。法人（社会福祉協議会）としてのボランティアセンター運営と分けて考え、施設としての早急な受け入れ体制整備が望まれる。
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 施設長が地域包括支援センター会議、入所判定会議などに参画し、地域の社会資源（地域包括支援センター、病院、行政、学校など）と連携するとともに、必要な情報は職員会議などにおいて伝達している。今後は、利用者のより良いサービス提供に資する関係機関との具体的な連携（ケース検討、介護講座など）が図られる取り組みの強化に期待する。

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 福祉施設として、法人の取り組みと連動し、地域住民向けの福祉講話を内容とした地域福祉研修会、2地区において介護講座や出前相談を受ける地域福祉懇談会を実施している。今後は、福祉施設の持っている機能をより強くアピールしていく取り組みに期待したい。
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 母体法人が社会福祉協議会であることから、地域の具体的な福祉ニーズの把握はできており、地域においてワークショップなどの事業展開を行っている。今後は、福祉施設の専門性を発揮した独自の取り組みに期待したい。

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。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b 利用者の意思及び人格を尊重した支援について運営方針に明示し、ユニット会議を通じて職員が共有している。しかし、これに基づく指針や規程などは整備されていない。今後、利用者を尊重したサービスの提供に関して、職員がより理解し実践するための取り組みを期待する。
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。	b プライバシーに配慮した入浴介助や排泄介助のマニュアルがある。職業体験の学生が訪れる際は、利用者の撮影方法を取り決めている。各マニュアルは事業所内2ヶ所に配架され、職員はいつでも閲覧可能である。プライバシー保護マニュアルが整備されているが個人情報保護の要素が強く、虐待防止などの内容も希薄である。今後、プライバシー保護や虐待防止に特化したマニュアルを整備し、職員がそれを共有することを期待する。
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。	b 法人のホームページにおいて、入居手続きや利用料金が紹介されているが、地域密着型についての説明は少ない。一日体験利用は相談員が対応し、入居希望者に対し自所以の特別養護老人ホームやグループホーム、療養型病床などの情報提供を行っている。現在、事業所独自のパンフレットを作成中であり、ホームページと併せてより積極的な情報提供の取り組みに期待する。
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。	b サービスの開始期は契約書、重要事項説明書、運営規程の説明を行い同意を得ている。キーパーソンとなる家族を契約者としているが、家族の高齢化や介護度の高い利用希望者の増加などを見据えて、成年後見人との契約など意思決定困難な利用者との契約のルール化や契約書の整備などを期待する。
32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b 利用者が他の事業所や家庭へ移行するケースは少ないが、過去には、利用者の同意を得たうえでフェイスシートや個人情報記録を移行先に提供した事例がある。今後は、利用者や家族に対してサービス終了後の相談方法や担当者について説明を行うなど、過去の事例も参考に引き継ぎ書を作成し、明文化する取り組みを期待する。

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c 給食に関する嗜好調査は、介護職とケアマネジャーが取りまとめている。給食会議は看護職や介護職が参画のもと、月1回開催されている。家族会は組織されていないため、献立を始め利用者や家族の意向をサービス全般に反映させる仕組みは運営推進会議が主であるが、家族の参加は少ない。今後、利用者・家族アンケートの実施などサービス全般に家族の意向を反映させる取り組みを期待する。
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。	b 苦情対応マニュアルが整備されている。事業所内に苦情対応の掲示があり、玄関に苦情受付ボックスが設置されている。今後、事業所の広報誌に苦情解決の仕組みを掲載するなど周知に取り組むとともに、苦情に関わらず意見の表しやすい環境の整備に期待する。
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。	b 利用者からの相談や意見に対しては、事業所内の応接室のほか、ユニットの機能を活かして利用者個々の居室で対応している。月2回行政の介護相談員が事業所を訪れ、意見集約の機会がある。今後、利用者・家族へのアンケートを実施するなど、意見を述べやすい体制作りを期待する。
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 利用者から相談や意見があった場合には、引継ノートや日誌などを通じて職員が共有し、改善に取り組んでいる。しかし、相談などを受け付けた際の記録方法や報告手順などのマニュアルは整備されていない。相談対応の仕組みを確立することは重要であり、対応マニュアルの策定を期待する。
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b 施設長を始め介護職員、看護職員、生活相談員、ケアマネジャーが参画する事故対策委員会が設置されている。また事故対応や薬品管理についてのマニュアルも整備されている。しかし、リスクマネジメント規程は整備されおらず、事故対策委員会は事後に開催されている。また、設備などの点検はルール化がなされていない。今後はマニュアルの整備とリスクに対する職員研修の機会と併せて、職員間で事前にヒヤリハットを予測するなどの取り組みを期待する。
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。	b 施設長、生活相談員、看護職、介護職、管理栄養士などが参画する感染予防対策委員会が事業所内に組織されている。町内でインフルエンザが発生した場合などは、その情報が即時伝達される仕組みを整えている。感染症対策マニュアルは整備されているが、新人職員の研修には用いられていないため、感染症予防の取り組みとして職員研修に活用することを期待する。
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 避難訓練は、夜間の火災と津波を想定して年2回実施している。また、地震や津波が発生した場合の初動対応マニュアルも整備されている。しかし夜間の職員配置と火災時の利用者避難については明確とはいえない。今後、自治会や行政も含めた協力体制を検討するとともに、より詳細なマニュアル作成に期待したい。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	c	食事・入浴・排泄などの詳細なマニュアルは整備されているが、事業所のサービスについての標準的なマニュアルは整備されていない。個々のマニュアルが職員間で共有されず、マニュアルに基づいた支援が不足していることから、職員への周知が望まれる。マニュアルの検討は日々の実践の振り返りともなるので、一つひとつのサービスを網羅した標準的なマニュアルを整備することが望まれる。
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。	c	個々の利用者に対する食事支援など、個別の見直しは行っているが、組織的な取り組みにはなっていない。ユニット毎にサービス提供に差が生じており、標準的なマニュアルを策定する過程で、これまでの実践を定期的に見直すことを期待する。
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。	b	計画はアセスメントに基づき医療関係者、機能訓練指導員、管理栄養士などのチームで検討し、担当職員が策定している。統一した様式に記録し、実施状況は担当者が日常的にモニタリングし、毎月開催されるサービス担当者会議にて共有している。計画は利用者と家族の同意を得ているが、家族の意向などをより多く把握するため、運営推進会議などに家族が参加する取り組みを期待する。
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。	b	サービス計画の評価と見直しは、モニタリングを通して半年ごとに経過、評価、表出した課題を分析して、サービス担当者会議で検討している。ADL（日常生活動作）の低下などの場合は、担当職員が看護職と協議し、チームとして対応している。サービス全般に係る利用者や家族の意向の反映や参加はこれまで少ないため、家族などの参加を募る体制の構築を期待する。
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。	b	実施状況は生活（ケア）記録、申し送りノートに記載され、事務室と各ユニットに設置したパソコンのネットワークシステムで共有できる仕組みを整えている。記録は統一した方法で記載されているが、今後は記載手順や記録閲覧のルールなどの策定により、共有に向けた一層の取り組みが望まれる。
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。	b	法人に個人情報保護規程が整備されるとともに、利用者の個人情報の取り扱いに関する規程も整備されている。事業所には管理責任者が配置されておらず、各職員が状況に応じて管理を行っていることから、記録の管理に係る指針などを整備し、組織として統一した管理体制の確立に期待する。



## 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。	b	入所時に利用者の生活歴等の把握と身体能力についてのアセスメントを行っている。起床時間など、入所前の生活リズムを継続できるように利用者に合わせて暮らしを尊重しているが、まだ全員に対して実践できていない。成功事例などを基に更に多くの利用者の意向を踏まえた生活ができるよう取り組んでいくことを期待する。
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。	b	利用者に合わせて筆談など、理解しやすい方法で意思疎通を行っている。言葉だけではなく寄り添うなどの非言語的なメッセージの大切さを職員に伝えているが、全職員の取り組みには至っていない。反応が豊かな利用者や難しい利用者に対して温度差が見られる場合があるため、職員からの語りかけなどの工夫を期待する。

## 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。	b	入浴日と時間が決められており、利用者の選択の自由度が低い状況にある。機械浴や介助浴など身体状況に合わせて設備が整えられており、安全に配慮されている。しかし、同性介助や浴室の一部が外部から見えることなど、プライバシーについて検討することを期待する。
A-2-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	排泄・体位交換委員会があり、排泄委員会はユニットごとに設置している。利用者の身体状況に合わせて排せつ介助方法や時間帯に応じた介助、下剤の影響などについて検討を行っている。しかし、排泄に関する事柄について利用者名をユニット内に掲示しているなどプライバシーへの配慮について検討を期待する。
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	利用者の歩きたいという気持ちや転倒の心配などのリスクを考慮し、安全に自立した生活が送れるように検討している。個別の利用者の移乗などにスライディングボードの使用を検討をするなど、利用者が気兼ねなく移動介助を頼めるよう取り組んでいる。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	現在、褥瘡の発生の危険のある利用者はいないため、排泄・体位交換委員会での活動はあまり行っていないが、入浴時に皮膚状態の確認などを行っている。また管理栄養士が個別の利用者ごとに栄養状況のアセスメントを行い、褥瘡ができにくい健康状態の維持を目指している。

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。	b	調理は隣接の特養と共同のセントラルキッチンで行い、温冷配膳車でユニットに届けられている。ユニットごとに利用者が参加しながら盛り付けなどを行い、保温食器なども使用し工夫している。食事は外部事業者が作り、給食会議などで意見交換を行っているが、見た目への配慮など、今後の充実を期待する。
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。	b	管理栄養士が食事の様子を確認し、食事の形状や味付けなど利用者に合わせた提供ができているか確認を行っている。配膳されたから食事介助を行うまでに時間が経過した場合には、食事が冷めてしまうことがあるため、日々の利用者の状況に合わせて介助手順の検討が望まれる。また、食事介助を通して利用者の満足や安心につながるケアについて職員の理解を深めることを期待する。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	施設外の言語聴覚士を招聘するなどし、介護の方法について学んでいる。歯が痛い、義歯が合わないなどは歯科の受診に結び付けるなど、食事量が落ちないように調理の工夫も行っている。

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。	c	終末期に関するマニュアルの整備は行われていない。利用者ごとに個別での対応を行っているが、地域医療資源が乏しいため、医師の判断により入院などの対応になっている。行政や医療との情報交換や連携を行い、今後は入所時の説明を行うための指針と職員向けの手順の整備に取り組んでいくことを期待する。

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。	b	認知症ケアについてのマニュアルがあるが、職員への周知が不十分である。個別の利用者への対応について職員間でルールを申し合わせているが、職員一丸で行うユニットケアにはマネジメントの必要性があり、職員全員が共通理解を持ち取り組んでいくことを期待する。
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。	b	地域密着型特養と従来型特養の建物がつながっており、施設内は運動や気晴らしを兼ねて安全に行き来しながら生活することができる。利用者が一緒に洗濯物をたたんだりする時間の中で、職員が関わりながら混乱なく過ごせるよう取り組んでいる。しかし、薬の保管や酸素ボンベなど危険物の置き場所が適切に管理されていないことから、配慮することを期待する。

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。	c	利用者からの要望は寄せられているが、体制が整っていないため、個別のリハビリについてはベッド上で介護職員が行うなど、計画的な取り組みとはなっていない。ラジオ体操や生活リハビリとしての散歩などを行っている利用者もいるが、利用者の心身の状況に合わせた機能訓練について、専門職を交えて取り組んでいくことを期待する。

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。	b	毎日のバイタルチェックは行っているが、利用者の体調変化時の対応マニュアルはない。ユニットとユニットの間に酸素吸入装置があるが、使い方がわからないなど、緊急時に活用できない状況がある。全職員への救急救命講習の実施や手順の周知などを行うことを期待する。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	c	町から運営委託を受ける前からの決まりとして感染症が町内で発生した場合に、面会を中止している。しかし、感染症を外から持ち込まない手立は行っているが、施設内の湿度管理などが行われていない。また、面会中止が半年近くに及ぶ年もあるため、利用者が家族に面会できない時期が長期化している現状がある。感染症について事業所内での対策を行うとともに、面会できない期間について検討を行っていくことを期待する。

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	地域密着型の建物は新しく増築されており、ユニットは職員詰所を挟む形で配置されている。ユニットの間には非常口を兼ねた利用者の交流ホールがある。午前と午後に換気を行っている。

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。	b	一次産業が盛んな地域であり、繁忙期には職員が家族を訪問し状況を伝えている。家族は毎月の奉仕で施設を訪問し、全戸に配置されているテレビ電話も活用されている。しかし、感染症の流行期間に長期の面会禁止を行っており、今後は利用者との交流が適切に行える工夫が期待される。さらに、運営推進会議についても家族に情報を提供し、運営に役立てよう取り組んでいくことを期待する。

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-1-(2)-②）	c	入居契約書はすべて第三者契約の形式となっており、立会人と施設が契約の当事者となっている。利用者すべてが契約能力がないということではないため、契約書の書式について見直すことが望まれる。また、利用者の外泊は1ヶ月に6日を限度とすることが契約に盛り込まれており、利用者にとって不利益な内容となっていないか見直しを期待する。

<p>B-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。（関連：Ⅲ-1-(2)-②）</p>	<p>c</p>	<p>すべて第三者契約となっており、他の書式は作成していない。利用者の契約能力について必要なアセスメントや医師の診断書などにより意思表示能力について確認を行い、必要に応じて成年後見制度の活用などを行っていくことを期待する。</p>
<p>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-1-(2)-②）</p>	<p>b</p>	<p>すべて第三者契約で契約を行っているが、契約者が変更になった事例はまだない。平成27年度の介護保険料改定時には家族に説明を行い、重要事項説明書の差し替えを行っている。契約書では、立会人も契約を解除できることになっていることから、変更があった場合に説明を行う範囲なども明確にしていくことを期待する。</p>
<p>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-1-(2)-①）</p>	<p>c</p>	<p>パンフレットは作成していない。また運営を行っている厚岸町社会福祉協議会のホームページでも、地域密着型サービスについては詳しく触れられていない。従来型特養と一体的な運営を行っているが、公表されている内容は定員やユニット数などに限られており、利用者が選択に際してどんなケアが受けられ、どんな暮らしができるのかを読み取ることが難しい。ユニットケアや個室など提供するサービスの特徴や取り組んでいるケアについてわかりやすく記載した資料の作成を期待する。</p>
<p>1-(2) 利用者の主体性の尊重</p>		
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>共有スペースのテレビの設置とともに、居室へのテレビの持ち込みができるようになっていく。新聞も希望により購読でき、町の移動図書館も2週間ごとに訪問し、貸し出しを受けることができる。</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>施設内に売店があり、利用することができる。売店では注文をすると希望の物を取り寄せてくれるほか、職員が代理で購入することもある。気候の良い時期には利用者がドラッグストアなど買い物に出かけているが、冬期間は感染症予防のため外出自体を行っていない期間が長く、自分で選んで購入する機会が少なくなっている。年間を通じて利用者が主体的に購買できる機会を提供できるような取り組みを期待する。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>利用者が希望により参加できるよう手芸や折り紙、塗り絵などの活動を行っている。また、隣接する特養と合同でボランティアの来訪を受けたり、毎月の誕生日会に希望を取り入れたりしている。</p>
<p>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）</p>	<p>c</p>	<p>家族や知人に会いたいという利用者の希望には、来訪の働きかけを行っている。面会については感染症流行期間に面会できない期間が長期間あり、その期間は例外的に玄関で面会を行うことになっており、自由な面会ができていないとは言えない。面会できない期間について見直しを行うとともに、面会の希望について感染防止などの目的達成のための措置と利用者の権利の調整を行っていくことを期待される。</p>

<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>正月などに自宅で過ごしてもらえるよう家族に働きかけ、社会福祉協議会から電動ベッドを借りなどの支援を行っている。介護計画でも利用者の希望を叶えられるよう外出・外泊について挙げている。しかし契約書に外泊日数の制限があるなど、利用者本位ではなく施設が受け取る介護報酬の仕組みを基にした条文となっていることから、利用者の立場に立った支援の検討を期待する。</p>
<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>嗜好品は利用者の健康状態に合わせて、他の利用者の迷惑とならないように習慣を継続する支援を行っている。飲酒などの場合は家族、医療関係者、管理栄養士なども参加して検討し、利用者の楽しみにつなげている。</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>b</p>	<p>居室に鍵の掛かる引き出しなどは設置されていないが、管理できる利用者は自己管理を行っている。多くの場合は事務所で預かっている。しかし現在は施設長が責任者となっているが、預り金のマニュアルなどがいないため、手順や担当者業務について明文化することを期待する。</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-2-(2)-①）</p>	<p>b</p>	<p>利用者ごとに担当職員がおり、計画作成の会議を行っている。しかし、家族の希望の日時に合わせることが難しいため、参加できる家族はまだ少ない。今後は、より多くの参加者が集まるような工夫を期待する。</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-2-(2)-①）</p>	<p>b</p>	<p>介護計画の作成には、介護職員、看護職員、管理栄養士、生活相談員などが参加し、毎月2回往診を行う医師からも意見を聴取して作成している。利用者の自立にとってどのような支援計画が必要かについて参加者の意識統一を含め、より良い介護計画の作成について検討していくことが期待される。</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-2-(2)-①）</p>	<p>b</p>	<p>毎日の生活の記録や半年ごとに作成するケアチェック表を基に利用者の身体状況を把握している。しかし、利用者が希望するリハビリなどを実施できる体制が整っていないため、今後の職員研修の実施や看護師などの専門職の関与などが期待される。</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-2-(2)-①）</p>	<p>c</p>	<p>ユニット会議で利用者の状況と介護計画についての話し合いを行っているが、全職員が計画に沿ったケアを意識することが少ない状況にある。介護計画が事務所保管からユニット保管に変更になり、限定的な職員だけしか閲覧できなかった状況が改善されているが、申し送りや引き継ぎなども十分な時間が取れず徹底されているとは言えない。今後は介護にあたる職員全員がチームケアを行う基本として利用者の介護計画について理解し、一丸となって目標の達成のための取り組みを行うことを期待する。</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-2-(2)-①）</p>	<p>a</p>	<p>介護計画のモニタリングとともに作成した計画の説明を行い、同意を得ている。利用者のこうありたいという姿をプラスイメージの言葉で記載し、家族と共に支援を行っていくことを伝えている。計画の説明については、契約書では利用者または家族のいずれか一方に行うとなっているが、重要事項説明書においては、両方を行うこととしており、現在は、利用者と家族両方に対して丁寧な説明を行っている。</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>入居時に栄養スクリーニングを行い、ケアマネジャーからの情報も参考にし栄養ケア計画を立てている。利用者全員に対して3ヶ月ごとにモニタリングを行い、管理栄養士を中心に取り組んでいる。</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>食事の際に、利用者の食事に対する希望や困っていることを丁寧に聴取し、食に対する思いや価値観を確認しながら栄養ケア計画を作成している。町立病院と連携し嚥下のアドバイスを受けている。</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>b</p>	<p>自力摂取が可能な場合は、自助具を実際に使ってみて利用者が使いやすいものを選ぶようにしている。食欲が出るようおやつ調理をユニットで実施するなど、楽しく食べられる環境作りも行っている。しかし、計画は管理栄養士が中心となって作成しているため、介護職への周知について取り組んでいくことが期待される。</p>
<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）</p>	<p></p>	<p></p>
<p>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）</p>	<p></p>	<p></p>
<p>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）</p>	<p></p>	<p></p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>配慮が必要な利用者に対し自助具の使用や、テーブルの高さを利用者に合わせて工夫するなどの取り組みが行われている。体幹が傾く傾向がある利用者にはクッションなどを使って正しい姿勢が保てるようにするなど、誤嚥を防止安全に食事ができるよう見守りを行っている。しかし、体調などによりなかなか食事が進まない、手を付けないなど喫食状況が変化する場合もあるため、どのような状況に介助を行うかなどを職員間で共有する取り組みを期待する。</p>

<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>管理栄養士が毎日食事の様子を確認している。職員は口腔体操の研修を受け、利用者の覚せい状態にも配慮しながら盛り付けやお粥などを利用者に合わせて提供できるようにしている。</p>
<p>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）</p>	<p>c</p>	<p>調理は外部事業者が施設内で調理しており、利用者と直接面談する機会などは設けられていない。事業所の管理栄養士が毎月の給食会議の際に利用者の様子や要望を伝えている。今後は調理者が利用者の食事の様子や感想を聞く機会を設け、献立や調理の工夫を行っていくことを期待する。</p>
<p>2-(3) 入浴</p>		
<p>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）</p>		
<p>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）</p>		
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>水質検査は保健所で定期的に行っており、脱衣所と浴室の清掃マニュアルも整備されている。機械浴室の一部が外部から見えるため、プライバシーへの配慮を期待する。</p>
<p>2-(4) 排泄</p>		
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>居室でオムツ交換を行う場合はトートバッグにオムツなどの物品を入れ、他の利用者にわからないように配慮している。またトイレ誘導も本人にだけ聞こえるよう周りに配慮しながら行っている。</p>
<p>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）</p>		
<p>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）</p>		
<p>B-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。（関連：A-2-②）</p>	<p>a</p>	<p>1日1回、外部業者に清掃を委託している。その他の時間帯に汚れがあった場合はその都度職員が清掃を行っており、清潔に保たれている。</p>
<p>2-(5) 整容・清潔</p>		
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>毎週1回介護職員がシーツの取り換えを行っている。汚染などがあった場合はその都度取り換え、汚れを落とした後に業者に委託し洗濯している。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>入浴時に整容を行っており、マニュアルが整備されている。入浴できない場合には清拭なども実施し清潔に配慮している。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>外出時の整髪や日常生活の中で、化粧など利用者の生活歴に合わせた支援を行っている。また、居室のクローゼットは季節に応じて衣替えを行っており、気温などに合わせて服装の支援を行っている。</p>
<p>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）</p>		

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	毎年定期健康診断を行っている。結果は介護員室にファイルしている。看護師は毎日訪問し、日常的な健康管理に活用している。
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	利用者のバイタルは毎日計測し、入浴前にも確認を行っている。介護職員が記載したチェック表からパソコンにデータを打ち込み、管理栄養士が食事と排泄パターンの分析を行うなど、専門職がそれぞれの立場から利用者の状況を把握している。
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）	c	服薬時には職員2名で氏名を確認するなどチェックを行っている。しかし、薬の管理は介護員室の鍵の掛からない棚で行っており、残薬もビニール袋に詰めて棚に収められているが管理が行われていない。職員の薬品に対する意識が低く、看護師などの専門職との協力をし、適切な配薬方法の徹底や保管を含めた管理状況について検討し、適切に取り扱うことを期待する。
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	水分の摂取状況は管理栄養士が管轄し、水分制限がある場合には尿路感染症などのリスクについて注意深く観察するなど、介護職と看護職とも連携して支援を行っている。
B-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的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	通院を行う場合は看護師が同行し、医師の指示を受けている。町内の病院だけでなく、釧路市の病院への通院も看護師が同行し、職員と家族に状況と介護の注意点などを伝えている。
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	夜間など、看護師が不在になる場合もオンコール体制で指示を仰ぐことができる。全員が町立病院を主治医としているため、予め申し合わせなども行っている。
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	町立病院以外の町外の専門病院への受診も看護師が行っているほか、緊急の場合にドクターヘリでの搬送を行った事例もある。
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）	b	通年で感染症の排除に取り組んでおり、施設長を中心として方針を表明している。また、ノロウイルスなどの処理キットもユニットごとに設置されている。しかし、感染症を持ち込ませないことに主眼が置かれており、施設内消毒や湿度管理などには力を入れていない。感染症に対する面会中止などの措置については運営主体が替わる前から見直しが行われていないため、方針について検討していくことが期待される。



<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>厨房は外注業者が管理しており、毎日衛生管理チェックリストの提出を受けている。厨房職員の研修記録を整備している。今後ユニットでの調理の機会が増えることになっているが、職員に対し食中毒の研修を行い衛生管理の意識を喚起している。</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>玄関には除菌剤やマスクを設置し、面会時に活用している。またユニット入り口には除菌マットを置き、感染症を持ち込まないようにしている。職員には周知徹底しているが、感染症の流行期には面会自体を行っていないため、感染予防と自由な面会についての検討を行うことが期待される。</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>1日2回の換気を行っている。冬期間の室温管理は温度差ができないようにしている。居間には加湿器があり、毎週清掃を行って清潔に保たれるようにしている。しかし、事業所内の湿度について数値目標を設定し定期的に計測するなど、積極的な湿度管理や記録は行われていない。居室には温度・湿度計が設置されていることから、その運用について定め、適切な湿度管理に取り組んでいくことが期待される。</p>
<p>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）</p>	<p>非該当</p>	
<p>2-(8) 機能回復訓練</p>		
<p>B-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に向け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）</p>	<p>非該当</p>	<p>非該当</p>
<p>2-(9) レクリエーション</p>		
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>夏の期間については、地域の祭りなど外出行事が多く、利用者の意向が反映される機会が多い。しかし冬期間は外出が制限され、面会ができない時期が長いことから、外部ボランティアの訪問なども行われていない。誕生日やクリスマス会など季節の行事は行っているが、利用者の意向を反映したレクリエーションが実施できるよう取り組んでいくことを期待する。</p>
<p>2-(10) 移動</p>		
<p>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）</p>	<p>非該当</p>	<p>非該当</p>
<p>2-(11) 認知症高齢者への対応</p>		
<p>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）</p>	<p>非該当</p>	<p>非該当</p>
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>身体拘束の方針を定めマニュアルを整備しているが、職員研修などは実施していない。利用者ごとに自由な生活を送るための支援についての話し合いを行っているが、今後は継続的な研修に取り組み、身体拘束廃止委員会などでも検討を行うよう体制作りが期待される。</p>

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>○</p>	<p>現在、実施の実績はない。地域柄、最期は病院を希望する利用者や家族が多く、事業所としても意向を尊重し医療機関への移行支援などを行っている。今後、地域医療の整備や終末期に対する価値観などの変化に対応していくためにも、現状の説明と、利用者と家族の意向の把握を行い、どのように準備していくかの検討を期待する。</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>○</p>	<p>実績はまだない。一次産業に従事する家族が多いため、忙しい時期など家族の状況などを聴取しながら看取りなどの希望を記録するように取り組んでいる。高齢期の利用者は病院での最期を希望する場合であっても、終末期まで事業所での生活を望む場合もあるため、看護師と連携し介護職員の技術と知識の向上にも取り組んでいくことを期待する。</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>○</p>	<p>実績はまだない。利用者の主治医との連携は図られており、入院の受け入れも可能となっている。しかし施設への往診を実施している医療機関がないため、看取りケアの協力機関が地域にない状況となっている。今後医療と介護の連携について行政との相談を行っていくことになるため、利用者の現状や今後の利用者の終末期や看取りケアの希望を伝え、相互に協力していくことを期待する。</p>