

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2018 年 9 月 19 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 060-0002

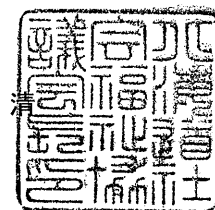
住所 札幌市中央区北2条西7丁目1番地
かでの2.7 3階

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18 - 003号

代表者氏名 会長 長瀬



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)	神内 秀之介	福祉医療保健	第0068号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
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	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)	2017 年 12 月 21 日	~	2018 年 9 月 19 日	
利用者調査実施時期	2017 年 12 月 21 日	~	2018 年 1 月 31 日	
訪問調査日	2018 年 3 月 9 日			
評価合議日	2018 年 4 月 18 日			
評価結果報告日	2018 年 9 月 19 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: 会長 大野 繁嗣

所在地: 〒088-1115 北海道厚岸郡厚岸町梅香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

■新任職員の育成への取り組み

新任職員を育成する取り組みについて職員から提案があり、試行が行われています。施設では、経験や資格がなくても業務に従事することができるため、福祉の仕事に初めて携わる職員にとって、高齢者の特性の理解や、倫理教育を含めて学び合う機会があることは心強いことです。入職した職員の不安や疑問に合わせた学びの機会であるとともに、指導する先輩職員の学び直しや技術の向上などの波及効果も期待されています。座学だけではなく、体験型のカリキュラムを工夫するなど、実践的な内容となっており、今後入職する職員に対して展開できるよう体系的に検討している点なども高く評価できます。

◇改善を求められる点

■指定管理としての中・長期的な視座の確立

施設は、厚岸町の指定管理者として厚岸町社会福祉協議会が運営し、一期目の5年が経過しようとしています。町から運営を引き継ぎ、利用者が安心できるサービスの安定的な提供に向けて取り組んでいます。母体の社会福祉協議会では、地域福祉を担う多岐にわたる活動を行っており、様々な福祉事業を展開しています。そのため、現在のところ施設は法人の一部門としての位置づけであり、中・長期計画も法人全体を網羅して作成したもののみとなっています。また、施設の運営は法人で行っているものの、建物や備品の更新などは町との協議により行っている状況であり、施設独自の事業計画や予算の作成は難しいという現状もあります。

しかし、町から指定管理に移管した経緯や、今後の地域や高齢者福祉の動向を踏まえた上でどのような施設運営を行っていくのかビジョンを作成し、職員はもとより利用者や家族等を含めた関係者全員で共有していくことが求められます。また、職員も運営に参加し、より良い施設を構築していくためにも中・長期的なビジョンを踏まえた事業計画を職員参画の上で策定し、計画を確実に実行していくことを期待します。

■サービスの質の向上と働き甲斐のある職場作りに向けた人材育成への取り組み

より良いサービスを提供することは、利用者にとってのメリットではありません。質の高いサービスを提供できる職場や、志を同じくする仲間がいることは職員のモチベーションやチームワークの向上につながります。そのためには、職員の倫理観を丁寧に育て、知識と技術を絶え間なく向上させる取り組みは欠かすことができません。

現在、施設全体のサービス向上に向けて他施設見学を定期的実施し、先進的な事例を取り入れる試みが行われています。その反面、マニュアルの整備や、職員一人ひとりの研修については計画的な取り組みまでには至っていません。また、職員面談や目標管理なども行われていません。施設として「期待する職員像」など、職員が具体的な目標をイメージできるようにするとともに、個別の職員の成長を効果的に促し、他施設の好事例などを取り入れる基礎力を職員一人ひとりが身につけられるよう取り組んでいくことを期待します。

■福祉サービスの標準的な実施方法確立の必要性について

食事、入浴、排せつなどの介助マニュアルは整備されていますが、施設として提供する福祉サービスについての標準的な実施方法は、文書化されていません。

施設における福祉サービスの提供や実践は、利用者の特性や必要とする支援に応じて柔軟に行われるべきものであり、いわば標準化できる内容と個別的に提供・実践すべき内容の組み合わせです。標準化は、職員誰もが必ず実践しなくてはならない基本となる部分を共通化することであり、全ての利用者に対する画一的な福祉サービス実施を目的としたマニュアル化を求めるものではありません。この標準的な実施方法を定めることで、職員の違いによる福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし、一定の水準、内容を常に実現していくことを目指すものです。

現在、施設では、職員同士による学習会が活発に取り組み始められているとのことなので、この標準的な実施方法の作成についても、職員参画を促し、積極的かつ組織的に取り組まれることに強く期待します。

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4年間の運営を行ってきました。初めに行う自己評価では、職員が個別の評価をし、取りまとめて施設全体の評価として作り上げる中で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。

訪問調査の際は、調査員の対応が丁寧で解りやすく、施設の説明に対しても細かなところまで耳を傾けて頂きました。施設としてもありのままの姿を見ていただけたかと思えます。

今回の結果を施設全体として共有し、どう活用していくかが大事であると感じています。評価された項目は、施設の強みとしてアピールするとともに、職員においても励みや自信に繋げていきたいと思えます。また、評価の低い項目は改善に向けて、施設内で見直しを行い職員全体で挑戦していきたいと思えます。

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。

本調査票の記入日： 平成 30 年 2 月 16 日

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	特別養護老人ホーム
所在地	〒 088-1125 北海道厚岸郡厚岸町白浜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	http://akkeshishakyo.or.jp/		
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	50 名	開設年	昭和 56 年 5 月 1 日
理念・基本方針： 施設運営の基本理念			
<p>利用者に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：			
<p>指定管理4年目を終えようとし、いよいよ締結1期目の5年を迎えようとしています。職員一丸となって、まだまだ不十分で足りないこともあり、試行錯誤しながら利用者の皆さんに、安心・安全なサービスが提供できるように日々頑張っています。</p>			
第三者評価の受審回数（前回の受審時期） 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）

短期入所生活介護 20床 地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護 18床（ユニット）

【利用者の状況に関する事項】（平成30年 2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
1 名	1 名	3 名	6 名	5 名	16 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
9 名	8 名	名	49 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	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	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）	名	名	名	名	名	名
合計	名	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
8名	5名	7名	10名	5名	4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
2名	3名	2名	3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： 5.4年)

【職員の状況に関する事項】(平成30年 2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	生活相談員	介護支援専門員
常勤	40名	1名	1名	2名	1名
非常勤	名	名	名	名	名
		介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	名	25名	名	4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	2名	3名
非常勤	名	名	名	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	26名 (名)
保育士	1名 (名)
介護支援専門員	4名 (名)
管理栄養士	1名 (名)
看護師	4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	1,632.50 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	昭和	55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 29 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

11 人

・ボランティアの業務

介護補助全般・施設内清掃（居室・窓・車椅子等）

【実習生の受け入れ】

・平成 29 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。

特に具体的な方法をもって取り組んでいません。

【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	c	平成26年から厚岸町社会福祉協議会が指定管理者として施設を運営している。法人である町社協のホームページに、理念と運営方針が記載されているが、利用者や家族への周知の機会はない。職員は、理念があることは知っているものの意識する機会は乏しく、施設でも職員の受け止めを確認していない。職員からは理念の見直しの要望も出ており、理念の策定段階から関係者の意見を広く聴取し、施設を目指すべき理念を周知し実践していくことが望まれる。

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	b	指定管理者として5年ごとの更新を予定し、運営を行いながら経営のノウハウを蓄積している。町営からの移行は行政負担の軽減やサービスの質の向上などを目指したものであり、指定管理期間内の費用負担などについて取り決めている。また、町との協力により設備更新も行っている。運営会議では利用者状況などの報告がなされているものの、分析には至っていない。今後は、安定経営のための礎となるデータの把握に取り組むことを期待したい。
3	b	地域の高齢者人口の減少や労働者の流出などの課題を把握している。しかし、要件を満たしている加算の取得などについても具体的な取り組みには至っていない。また、サービス提供のあり方、組織体制や施設・設備の整備状況、教育や人事に関する具体的な課題について、職員との共有がなされていない。指定管理のため町との分掌もあり、施設が社協の一部門であることから制限も多いが、町や社協との情報交換を行い、適切な運営に取り組んでいくことを期待したい。

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	c	社会福祉協議会として介護保険事業実施計画（H29～H33）を策定している。事業ごとに計画を作成しているが、併設の地域密着型特養と一本化しており、実施項目だけで具体的な内容や予算がなく不十分である。事業所としての方向性を明確にし、業務や作業への対応ではなく、予算に裏打ちされた実践的な計画を作成することが望まれる。
5	c	社会福祉協議会の事業計画で「施設通所介護事業」5サービスの一つとして7項目が挙げられている。しかし、中・長期計画に連動したのではなく、項目のみで数値目標や具体的な取り組みは記載されていない。事業計画には運営を行うために必要な内容を備えるとともに、進捗状況や達成度が検証できるよう数値化し、定量的分析が可能な指針を盛り込んでいくことが望まれる。

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。	c 業務の遂行状況について職員から報告を受け、中・長期計画に反映するようにしているが、策定は法人本部で行っており、計画に照らして遂行状況を共有し次の計画の策定につなげる取り組みは行っていない。また、計画の周知も行っていないため、全職員に対して周知や参画を促していくことが望まれる。
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 事業計画は法人のホームページに掲載するとともに、法人広報誌に掲載し町内に戸別配布されている。しかし、町外の家族は受け取っておらず、施設では周知に取り組んでいない。施設として必要な内容を網羅した事業計画を作成し、町外に居住する家族も情報を得られるよう配慮が必要である。また、書面の配布やインターネットへの掲載だけではなく、施設の方向性を含めて説明するなど、理解を促す取り組みが望まれる。

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。	c	毎年度の自己評価は行っていない。今回の第三者評価に当たり、中堅職員が自己評価を実施して施設全体の評価をまとめている。中・長期計画で他施設の見学を位置づけ、今年度から隔年で実施することとなっている。質の向上に向けた取り組みは着手しただけであり、PDCAサイクルを意識した仕組みの構築なども今後の課題となっていることから、職員が参画し、定期的な取り組みとなることが望まれる。
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。	c	評価結果から計画的に改善する取り組みは今後の課題となっている。前回、併設施設で第三者評価を行っているが、その結果から見いだされた当該施設と共通の課題についても着手されていないものが散見される。課題は、施設長と幹部職員で共有されているが、文書化や職員との共有を含めて、改善に結び付く計画を立案し、施設全体の取り組みとして実践することが望まれる。

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	事業所便りに施設長あいさつを記載し、事業所内に掲示している。トップダウンの組織体制ではなく、現場から発信された情報や意見を集約して合意形成を図る方針であることを職員に伝えている。しかし、全職員に対して表明する場を設けておらず、施設長が目指している方向性を端的に伝えていない。事業計画やビジョンなどを文書化して適切な場面で提示し、理解を得ていくことを期待したい。
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。	c	施設として、どの法令について改正などの情報を収集するかを定めていない。法人から定期的に情報を得ているが、コンプライアンスの徹底を図るための仕組みとして、職員研修や適切な運営の体制を整えていくことが必要である。今年度の実地指導を受け、契約書などの不備を是正しているが、外部から指摘される前に法令などに照らして検討できるような仕組み作りと、定期的な取り組みが望まれる。

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 施設長の現場への関与について明文化されていない。指定管理のため、施設長は事業所の現状を職員に伝え、町や法人の方針とのすり合わせを行っているが、課題に対しての主体的な取り組みが求められる。分野ごとの委員会の議事録は確認しているが、課題への助言を行うには至っておらず、効率的な委員会活動とはなっていない。職員の日々の努力や工夫が施設全体の質の向上につながる仕組みを分析し、課題の解決に向けた指導力を発揮していくことが望まれる。
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。	c 運営状況を把握し、経営課題の認識と長期的な見通しを持っているが、明文化したものはない。施設運営会議では毎月の稼働状況と電気使用量の報告にとどまっている。また、業務管理や残業管理、事故防止の取り組みなどには着手しているが、目標値の設定がなく仕組みとして定着していない。加算要件を満たすサービス提供を検討しているが、計画などに具体的な定めがなく、導入時期も現場の環境が整い次第となっており、明確化されていない。現場の主体性を尊重するとともに、モチベーションを高めながら協力していく体制を構築していくことが望まれる。

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	不足している人材の確保を目指しているが、募集方法に最善を尽くしているとはいえ、期日までに増員できない状況となっている。人数や資格者の確保に関する計画は策定しておらず、人員募集は法人本部で行っている。職員は定着しているが、今後、サービスの充実と共に加算要件を満たす有資格者の配置なども含め、人員の計画的な確保を進めていくことが望まれる。
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	c	定期昇給は行っているが、今年度は職員面談を実施しておらず、人事考課や能力の査定も行っていない。今後、理念の見直しをする場合はそれに合わせて期待する職員像を明確化することも検討している。キャリアパスの導入などを含め、職員がモチベーションを持って働きやすい仕組みの構築が望まれる。
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回の職員面談を行うことになっているが、今年度は実施していない。臨時職員に対しては契約更新時の面談で意向を聴取している。就業規則はフロアに設置している。産休や育休取得の実績はあり、有給休暇は職員の希望により取得が可能となっているが、消化率の目標値は高く低い水準となっていることから、ワークライフバランスについて取り組んでいくことを期待したい。
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	職員の育成については、間接業務の職員へは行われていない。また、職員面談も休止しているため、目標管理なども施設全体で取り組んでいる状況とはいえない。職員一人ひとりが期待する職員像を実現するよう目標を達成していけるよう仕組みを構築し、全職員に対して実践していくことが望まれる。

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	職員の研修計画や基本方針が策定されていない。職員が業務を遂行するために必要な技能や知識を習得するためには、サービスの基準となるマニュアルの整備や、期待する職員像などを基に、質を確保していく必要がある。職務の特性に応じた研修の仕組みなどを整え、計画的に研修や資格者の育成を行っていくことが望まれる。
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。	b	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や技術、資格などに応じた体系的な教育・研修の実施とはなっておらず、研修の対象となっていない職種もある。今年度から新任者に対する自主勉強会を立ち上げており、今後は委員会を発足して研修を行うこととなっているため、研修体系を構築していくことを期待したい。
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	研修の要望は受けておらず、マニュアルは策定していない。資格者の育成は社会の要請ともなることから、要望に応じて対応するだけではなく一歩進んだ取り組みが期待される。どのような資格の研修を受け入れるのかなど、施設の持つ専門性を検討し、方針や体制、施設の特性を活かした効果の高いプログラムを策定することが望まれる。

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	法人のホームページに施設の理念を掲載している。利用者家族へは施設広報「黎明」を月1回発行している。法人である町社協の広報誌「しゃっきー」は年6回発行しているが、町内への戸配となっているため、遠隔地の家族は情報を受け取ることができない。広報誌には施設の話題が写真入りで紹介されるなど、情報が充実しているため、家族の居住地により情報が受け取れないことがないよう、発信の方法に工夫していくことを期待したい。
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	利用者の声を介護相談員が定期的に聴取した上で、施設や備品の更新などは町と協議している。施設の状況は法人の評議員会で諮り、運営に反映している。経理は法人の規定により行っている。利用者預り金の本部との確認体制の不備を改善するなどの取り組みを行っているが、仕組みやチェック体制の妥当性についても定期的に見直す体制を構築することを期待したい。

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。	c	法人としての地域連携についての方針と計画はあるが、施設では定めていない。施設が立地する場所が住宅地から離れているため、働きかけが難しいという側面があるが、併設施設の運営推進会議が定期的開催され、地域の参加者から事業所の行事を知りたいとの要望を受けている。今後ホームページで周知するなど、情報発信を含め、利用者の立場に立って地域との交流の意義を再確認し、施設としての方針や計画を作成することが望まれる。

24	II-4-(1)-② ボランティア等の受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の基本方針やマニュアルを明確にしていない。清掃ボランティアなどの受け入れを行っているほか、町内の自治会32カ所に対して周知文書を送付している。今後は、他施設見学から得られたボランティアとの協働の取り組みを参考にしたり、法人のボランティアセンターを活用するなど、施設の取り組みを充実していくことを期待したい。
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	利用者の余暇活動などの充実のため、町の移動図書館や、理美容の訪問などを活用している。法人の持つ豊富なネットワークを活用し、福祉人材の育成や活動の場を提供するとともに、災害時の町内会との避難訓練の実施などを含め将来や非常時にも目を向けた連携を行っていくことを期待したい。
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	広報誌において、高齢者向けのレクリエーションを紹介し、高齢者のリハビリや楽しみにつながる活動のアイデアを紹介している。施設開放や専門的な情報発信の意向があることから具体的な方針を決め、法人の様々な部門との協力を進めていくことを期待したい。
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。	c	法人として地域の福祉ニーズを把握し、地域保健事業実施計画において、方針を打ち出している。しかし、施設としての把握には至っておらず、法人が把握したニーズに施設としてどのように貢献していくか、具体的なビジョンは策定されていない。指定管理者として一期目であり、確実に利用者のニーズに添えていくことに注力しているが、今後は公益的な活動にも取り組んでいくことが望まれる。

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。			
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	施設の経営理念、運営方針が明示され、運営規程と管理要綱も整備されているが、職員が理解・実践するための組織的な取り組みは、十分とは言えない。今後は、平成29年度から取り組みが始まった職員による自主学習会と連動し、利用者の尊重や基本的人権への配慮などに関わる定期的な研修の実施と、その状況の把握・評価を行う組織的な取り組みに期待したい。
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	プライバシー保護マニュアルを整備している。また、入浴、排せつ介助のマニュアルにも利用者のプライバシーに配慮した記述があるが、虐待防止にかかる内容が十分とは言えない。今後は、虐待防止など利用者の権利擁護に配慮したマニュアルに再整備するとともに、組織として職員の理解を深めていく研修の実施などの取り組みに期待したい。

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・施設のホームページでは、基本理念、運営方針が明示され、利用案内、行事予定などの情報が紹介されている。施設パンフレットも作成しているが、施設外には配置されていない。利用に関する問い合わせは、本人（利用予定者）の家族からのアプローチが中心で、本人が入院中の申し込みが多く、見学希望者は少ない状況である。今後は、町内または近隣の公共施設に施設パンフレットを配置するなど、積極的な情報提供の取り組みに期待したい。
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・変更時は、ケアマネジャーまたは介護主任が契約書、重要事項説明書を基に説明し、利用者または家族の同意を得ている。現在、成年後見利用者が入所している。契約書における代理人・立会人の整理がされたところであるが、意思決定が困難な利用者との契約については、組織的な取り決めがされていないことから、今後の取り組みに期待したい。
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 他施設、地域公益活動・家庭への移行などのサービス内容の変更については、必要に応じて十分な配慮の上、対応することとしているが、それにかかる手順・引継ぎ書などは、整備されていない。現状ではあまり想定していないとのことだが、今後、継続的な対応が可能となるよう、引継ぎ書の文書化などの取り組みに期待したい。
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 施設の介護保険実施計画上では平成29年度に「利用者・家族アンケート」実施となっているが、平成29年3月現在実施されていない。また、利用者会や家族会も組織されていないことから、利用者満足を把握する仕組みづくりや取り組みがなされていない。今後、組織的な仕組みの整備が望まれる。
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 法人として、苦情解決規程を整備している。施設内に意見箱を設置しているが、苦情が寄せられたことがほとんどない。今後は、利用者から申し出しやすい環境・仕組みづくりについて、工夫した取り組みを行うとともに、家族会の組織化についても期待したい。
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・意見の対応については、利用者毎に担当職員が配置されているが、誰にでも相談して良いとの周知は行っている。また、相談・意見を述べる際のスペースについても、プライバシーの配慮がされている面会室などを確保している。今後は、意思表示が困難な利用者への対応について検討・実施することに期待したい。
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 利用者からの相談・意見があった場合は、必要に応じて、ケース記録などに記載し、職員が共有するとともに迅速に対応している。また、施設内に意見箱を設置しているが、相談・意見は、ほとんどない。現在、相談・意見などの対応マニュアルは、整備されていない。今後は、職員間で対応に差が出ないようにするため、組織的な仕組みづくりに期待したい。

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。	b 施設として「事故対応救急マニュアル」及び「事故防止対策マニュアル」を整備しているが、策定当時（10年前）のものと直近に改訂したものが混在している。ヒヤリハット報告書、事故報告書は、職員間で共有されているが、その分析・評価が十分ではない。また、職員に対するマニュアル周知及びリスクマネジメントにかかる研修なども実施されていない。今後の取組みに期待したい。
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 施設として「感染症対策防止マニュアル」を整備している。施設内感染対策委員会を設置し、管理体制が明確化されているが、従前からのマニュアル改訂がされていない。また、職員に対する周知や研修なども定期的実施されていない。今後は、適切かつ早急なマニュアル改訂に取り組むとともに、職員に対する感染症予防・安全確保に関する研修の実施など周知徹底を図る取組みに期待したい。
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 施設として「地震津波発生時初動対応マニュアル」を整備しており、年2回の避難訓練を実施している。地震多発地域のため、職員の初動体制については、詳細に取り決められている。今後は、災害の影響を把握し、サービス提供を継続するため、事業継続計画（BCP）策定などの取組みに期待したい。

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 現在、提供する福祉サービスの標準的な実施方法（マニュアル）が文書化されていない。この標準的な実施方法は、職員誰もが必ず行わなくてはならない基本となる部分を共通化することであり、個別的な福祉サービス（食事・排泄・入浴など）の提供と相互補完的な関係にあるものと位置づけられる。この実施方法を定めることで、職員の違いによるサービスの水準や内容の差異をなくし、一定の水準、内容を保つ上で有効であるため、早急な策定が望まれる。
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 標準的な実施方法（マニュアル）の文書化がされていないため、検証・見直しについてもできない。早急なマニュアル策定が望まれる。
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 福祉サービス実施計画は、介護支援専門員が作成し、栄養ケア計画は、管理栄養士が作成している。困難事例に関しては、看護師等も含めてカンファレンスを実施し、必要に応じて、関係機関・団体と連携している。しかし、施設としてアセスメントの手法や計画策定の流れなどが確立されていない。今後の取組みに期待したい。
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 福祉サービス計画の評価・見直しについては、6カ月毎にモニタリングし、サービス担当者会議で検討している。今後は、利用者及び家族の意向把握と同意を得るための手順・仕組みの構築と、計画を緊急に変更する場合の仕組みの整備に期待したい。

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 福祉サービスの実施記録については、専用のソフトウェアを導入し、PCネットワークシステムにより、全職員が閲覧することができる。職員に対する記録の書き方などにかかる勉強会も実施したが、十分とは言えない。今後の取り組みに期待したい。
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 法人として「個人情報保護規程」及び「文書管理規程」を整備している。情報開示の方法など規程と重要事項説明書の間で若干の相違があることから、今後、施設の現状に対応した規程変更または施設独自の規程策定に期待したい。

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	個別性を高める工夫を試行錯誤しながら進めているが、全体に実施できていない。今後施設の構造上の限界や多床室での支援の特性を踏まえた上で、可能な限り個別ケアが実施されるよう工夫し検討され実行されることを期待したい。
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	目が見えない、認知症があるなどコミュニケーションに課題のある利用者に対して、それぞれ個別の支援方法を工夫している。今後職員全体が一人ひとりへのアプローチ方法を定着できるようOJTやOFF-JTにて共有できることを期待したい。

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	突発的に変更する場合、清拭への変更や異常があれば看護師に相談し、看護師が判断している。7割弱の入居者が機械浴で入浴しているが、施設設備の課題で本来自力で入浴できる入居者が入っていない場合がある。現状の設備上の課題についても改善を検討しつつ、現状の中で可能な限り入居者の自立を念頭においた入浴が実施されることを期待したい。
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。	a	入居者の心身の状態状況に合わせて、オムツやパットの使用または、ポータブルトイレの活用をしている。自立している入居者は遠くから見守りをして、声掛けを実施している。汚染時の対応は職員が支援している。
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。	b	施設の備品（車いすやテーブル、歩行器）に入居者を合わせる形で支援している。丁度良い入所者やクッションなどで調整できる入所者は良いが、合っていない場合自立を妨げる可能性がある。今後施設や個人の備品の購入も含めて検討し改善されることを期待したい。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	b	臥床時や座位保持時に体位交換やクッションの使用、体位交換枕などで除圧をしている。介護職員が週1回評価し褥瘡のスケールは取っている。今後は定期的な委員会の開催や全職員が情報を共有する仕組みが構築され、褥瘡発生が予防されることを期待したい。

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	ソフト食、ムース食の検討や食事が美味しく見える、食べやすい工夫が検討されている。嗜好調査で、温度が中途半端との意見を受けて温冷配膳車や食器の購入を予定している。今後食事前のメニュー説明や喫食環境も含めて改善されることを期待したい。
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	食事提供のタイミングや食事内容、食事介助方法については、入居者の状態状況にあわせて都度対応している。とろみの付け方が介護職員次第ではばらつきがある。リスクについても認識が共有されていない。今後ばらつきがないように情報共有や支援方法の統一が確立されることを期待したい。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	月1回歯科衛生士がスクリーニングし歯科医師と連携している。毎食後の歯磨きが標準ケアとなっている。義歯管理についても入居者の状況状態に合わせて管理している。

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。	b	終末期の対応は希望があれば個室に移すなど対応をしているが、看取り介護を実施しているとは公示していない。今後は方針や指針・手順などを整備し組織として対応できる体制が構築されることを期待したい。

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	個々の認知症状に合わせた個別支援の際の約束事などは申し送りなどでは出ているが、全体周知までには至っていない。周知後の理解の確認や共有化ができない。今後は支援方法の共有化の徹底や実践者研修や指導者研修を計画的に受講させるなど組織的に体制を整備することを期待したい。
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	どの位置の居室にするのか、居室の中の位置、ベッドの向きなど居住環境、食事の際の食器、衣類など入居者が安心安全に生活できるよう配慮している。今後は、試行錯誤の際のプロセスがPDCAによって組織的に実践され支援者が全体で共有できる体制が整備されることを期待したい。

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て機能訓練や介護予防活動を行っている。	c	食事前に口腔機能訓練や日常生活の中で介護予防的視点や自立支援の視点で訓練を兼ねた支援を行っている。専門職がいないためアセスメントの時点で明確な課題が抽出できないことや評価の正確性について不安がある。今後は主治医や外部の専門家の意見も取り入れるなど課題の抽出や評価の実戦が工夫されることが望まれる。

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	規定・手順通りに実践している。対応内容や記録はノート、パソコンの介護ソフト、引き継ぎで確認できている。入所者毎の確認基準や受診の基準は、個別に看護師から介護職員へ伝達されている。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b	入居者の各種予防接種や、職員の予防接種を実施している。職員の予防休暇は就業規則に定めてあるが、濃厚接触者の休業などは定めていない。また、その際の処遇も定めておらず、施設では個別に対応している。今後は、予防のための休暇ルールの整理や流行期前の注意喚起や研修、感染対策キットの整備と共有化が繰り返し実践されることを期待したい。

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。	b	トイレ改修や装飾、レースのカーテンで強い陽射しを避けるなど改修や工夫をしている。施設の老朽化のため空調に限界があり換気や空調が万全ではなく、臭気は否めない。現在検討されている改修や改築議論も含め、現状で可能なかぎりの試行錯誤が継続されることを期待したい。

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	入所者が一度入所してしまうと、なかなか面会に来ない家族が多い。関係や連絡が継続できていない家族へは、生活相談員や介護支援専門員などの職員から電話などで連絡を取るようになっている。今後は、職員それぞれの感覚ではなく、施設としてどれくらいの期間でどんな働きかけをするかなど、方針やルール、手順などを決めて組織的に対応することを期待したい。

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）	b	内容などに一部変更が必要な箇所があったが今般新様式に差替えが行われた。平成30年4月から介護報酬改定などで改めて説明と同意を得る予定である。今後も適時の内容更新と説明と同意が継続されることを期待したい。
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-1-(2)-②）	b	契約書などの様式上の課題については、今般改善された。現在第三者契約が多いことから、今般新様式に差替えされる際は、的確な契約者による契約が実施されることを期待したい。
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）	b	適切な手続きがなされていない事例がある。今後は適時遅滞なく通知し、説明し同意を得て、文書による交付の更新を行い、もれなく手続きが実施されることを期待したい。
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）	c	法人である町社協の広報誌「しゃっきー」やホームページは作成されているが、施設の伝えるべき内容が網羅されていない。今後ホームページの更新やパンフレットの改訂について検討されているため、早期に実現されることを期待したい。

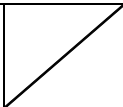
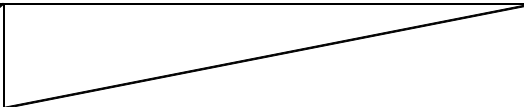
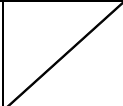

1 - (2) 利用者の主体性の尊重		
B-1-(2)-① 新聞・雑誌の講読やテレビ・ラジオ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる。（関連：A-1-①）	a	雑誌は毎月1回週刊誌を1種類と新聞は2種類準備している。また、図書館バスでDVDを借りるなど、個別に自分で借りたいものを借りることができる。フロアのテレビは自分で見たい番組を見ることができる。居室には希望に応じてテレビやラジオなどを設置できる。
B-1-(2)-② 食料品や嗜好品、衣服などの身の回り品は、利用者が直接選んで購入できるように配慮している。（関連：A-1-①）	b	食料品などは地元業者の移動販売で買うことができる。生活必需品は行事のショッピング会で出かけて買うことができる。現在の取り組みでは全ての入所者への対応はできていないため、今後可能な限り全ての入所者が直接自分で希望したものが購入できるような手段や支援が工夫されることを期待したい。
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	日常の余暇活動は入所者の意向を確認し実施されている。行事委員が個々の入所者から聞き取りを行い、町内の祭りや寺巡り、自分の家を見に行くなどの外出についても対応している。
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	面談室や面談スペースが確保されている。面談室などが使用されている場合は、施設長室など空き部屋を活用しプライバシーに配慮している。相談時間においても時間外を含めて柔軟に対応している。
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）	b	実際に外出や外泊をする入所者は少ないが、日中の外出は、介護職員でなく相談員が同行している。対応できる人員の不足により全てに対応できていない。今後は法人のボランティア活動と連携を取るなどして、希望に沿った支援が都度実施できることを期待したい。
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）	a	酒やたばこなどの嗜好品を摂る入所者は現在はいないが、以前いた時や短期入所生活介護の利用者へは個別に対応ができていない。また食事の制限があっても、希望があれば本人の意向を踏まえて家族に確認して提供の可否を決めている。医療面では、看護師が医師に確認した上で対応している。
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）	a	内規を整備し内部規定通り運用している。責任者を明確にし、最終確認責任は施設長にあるとしている。出納の写しは3カ月ごとに家族へ明細を送っている。

B-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		
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）	b	面会頻度が多い家族や、同業他社のある程度理解の進んでいる家族が参加し、サービス担当者会議が開催されている。今後は継続的に現状より多くの家族などが参加し開催できるような工夫と実践を期待したい。
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）	b	施設サービス計画書の作成の際には、介護支援専門員が中心となり多職種協働にて立案されている。今後は、立案時の状況や関係職員の状況によるばらつきが無いように、計画作成の過程が安定するような仕組みが構築されることを期待したい。
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）	b	自立支援や介護状況の改善を視点に置いた計画が立案されている。今後さらに目標が達成されるような具体的な手段や道筋が計画に反映されることを期待したい。
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）	b	施設サービス計画に沿って、支援が実施されているが、計画の理解度や計画に沿った支援状況にはばらつきがある。今後は目標が達成されるように計画が全ての職員に同様に理解され支援が実施されることを期待したい。
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）	a	可能な場合は入居者本人、家族の場合は、自宅訪問や電話と郵送、面会時に説明を行い、同意と書面交付をしている。

2-(2) 食事		
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）	a	入所者全員を対象として、管理栄養士が中心となり、栄養ケアマネジメントを実施している。多職種協働にて栄養ケア計画が立案され、それに基づいて食事提供や支援が実施されている。
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）	a	多職種協働にて、施設サービス計画書と連動させながら栄養ケア計画が作成され、それに基づいて食事提供や支援が実施されている。
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）	b	計画に基づいたサービスの提供を行っているものの、関係職員全員に周知徹底されているかを確認するまでには至っていない。今後は管理栄養士が中心となって介護職員や看護師などと連携をしながら観察項目などをリスト化するなど、共有化の徹底が十分にできるような工夫を期待したい。
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）	b	食事の前の口腔体操や時間をずらしての喫食、自助食器や自助具などの使用、早食い傾向の人の食器の工夫、食べない人への提供方法の工夫など個別に試行錯誤しながら対応している。今後は、今課題として認識されている机の高さ調整や入所者に合ったテーブルの高さや椅子スペースについて検討し改善されることを期待したい。
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	看護師や介護職員、管理栄養士が連携し咀嚼も含めアセスメントを行っている。その上で個々の入所者に合わせた食事内容を提供している。食事は刻み（複数）、イレウス、減塩、糖尿食など個別に対応している。
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）	c	現状では調理は委託業者へ委託しており、調理担当の厨房職員が直接入所者と関わる機会がほとんどない。今後は意識的に関わりが持てる仕組みを検討し実施されることを期待したい。
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）	b	浴室・脱衣室は施設の老朽化も含めて十分な環境とは言い難い。水質管理については、レジオネラは定時に検査を実施している。入浴1回に給湯1回となっているが、毎日の水質検査はなされていない。お湯が期待通りに出ないなど設備上の不備もあるため、検査の方法や手順も含め今後検討され適正管理が実施されることを期待したい。
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）	b	トイレはドアを必ず閉めて介護する、廊下から居室内が見えないようにカーテンをするなどプライバシーに配慮しているが、十分に実施できていないことがある。今後は視覚的配慮に加えて、音や臭いも含めてプライバシーに配慮しながら職員によるばらつきがないような支援方法が徹底されることを期待したい。

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	男女ともにトイレが全面改修され、新しく清潔になっている。清掃も定期と汚染時都度されており、清潔が保持されている。
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	シーツや包布などは、定期で週に1回以上交換している。その他汚染時や必要時に適時交換している。リネンは委託業者でクリーニングされている。常に清潔であるように努めている。
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）	b	入居者の自立性を尊重しながら、見守りやできないところを支援するように心がけている。しかし、職員によって支援の程度や介入の範囲、継続性にばらつきがある。今後は、職員が変わっても入居者がいつも同様の支援を受けられるよう、施設として体制の構築を期待したい。
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）	b	衣替えなどは、入所者担当職員がすることになっており、適時実施するよう呼びかけているがそこまで手が回っていない職員もいる。やっている人はやっているが、職員によっては遅くなってしまう人もいる。また衣服の入れ替えの判断も職員によってばらつきがある。今後施設として平準化について検討し実施されることを期待したい。
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	全入所者が病院にて定期健康診断を実施し、記録についても一覽及び、利用者毎に管理されている。
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	バイタルや日常の主な活動などの一次記録はそれぞれの職員がチェック表などへ記録している。そのうえで紙媒体に記録された情報は、共有の介護記録ソフトへ入力され管理されている。
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	内服薬・外用薬は入所者ごとに医務室で看護師が管理している。衛生材料や滅菌機も整備されており、こちらも看護師が管理している。
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）	b	個別の水分摂取必要量の管理は、チェック表に積み上げ式で記載している。現在は、摂取できた量を記載しているにとどまっていることがある。今後は対応する職員によってばらつきがないように、実際に必要量の水分が摂取できる方法まで決めて実施する体制が構築されることを期待したい。
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	歯科受診が月1回あり、事前に歯科衛生士が来てスクリーニングの結果を歯科医師に伝えた上で診察している。内科などの診療は月2回嘱託医が協力医療機関から来ている。看護師などが中心となり医療機関との連携がなされている。

<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>協力病院である町立病院が、三次救急まで対応しており、嘱託医と連携を取りながら、スムーズな受診、入院体制が整備されている。</p>
<p>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）</p>	<p>a</p>	<p>医療上の判断が必要な事案が発生した場合には、看護師が中心となり適時対応している。また夜間等不在時にも待機電話で対応したり駆けつけるなどして、協力病院である町立病院の嘱託医と連携を取りながら、スムーズな受診、入院体制が整備されている。</p>
<p>2-(7) 衛生管理</p>		
<p>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）</p>	<p>b</p>	<p>厚生労働省発出のガイドラインや施設で策定した感染防止マニュアルが整備されている。職員への周知状況と活用状況が不十分であり、見直しがなされていない。今後マニュアルなどの周知・活用の促進や必要に応じての見直しを実施されることを期待したい。</p>
<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>給食は委託となっており、衛生管理体制は委託業者側で整備しているマニュアルや手順で順守されている。また、その状況を施設側で備に確認している。</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>施設の設備の構造上、利用しづらい状況となっており、来訪者や業者への働きかけが消極的になっている。今後はそういった事情を前提とした上で、如何に職員同様に感染症予防及び蔓延防止対策の協力をしてもらえるかについて工夫検討し、取り組みが継続的に実施されることを期待したい。</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>温度や湿度管理は職員が適時確認の上、調整している。居室の温湿度計は一つなので、窓側と廊下側に置く、天井付近と床に近いところに置くなど複数設置し、入所者が快適に過ごせるように、今後も継続して努めることを期待したい。</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>b</p>	<p>短期入所生活介護利用者の施設へ入る前に前室を設け、バイタル測定や手指洗浄などを行い感染症予防及び蔓延に努めている。職員の感染予防及び蔓延防止対策は概ねできているが、来訪者のうがいや業者などの実施状況が不十分となっている。施設の構造上の限界はあるが、工夫や啓発により、関係者全員で徹底できるように取り組むことを期待したい。</p>
<p>2-(8) 機能回復訓練</p>		
<p>B-2-(8)-① 機能回復訓練は、個々の利用者に応じ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>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>施設では日々のレクリエーションではなく、月1回程度の工作や厚岸町文化祭に出品するクラフトを行っている。また可能な入所者は編み物をしたり、隣接の大ホールでショートステイの利用者とともに紙芝居や工芸おりがみなどを楽しんでいる。現在は職員の企画や都合で進められているが、今後は入所者本人や家族の意見などを反映させて、日々の余暇活動や行事が企画され実施されることを期待したい。</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>		

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）	b	現在、3要件を踏まえた身体拘束が必要な入所者はいない。また、その他の身体拘束を必要とする利用者もいない。施設では、身体拘束廃止委員会のあり方や方針が明確になっておらず、定期開催や明確な設置が明示されていない。職員の外部研修や伝達研修は行っている。今後は委員会の明確化を始め、施設全体での方針や取り組みなど、職員全体が理解した形で推進されることを期待したい。
2-(12) 看取りケア		
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）	c	施設で最期を迎えることを希望される個別のケースに対しては、個々に施設や嘱託医、家族などが調整の上、看取りケアを実施しているが、施設全体として看取りケアに取り組む姿勢が表明されていない。今後は、施設での看取りケアの方針や手順、職員の教育や施設サービスケア計画への反映など、実施にむけた整備がなされることが望まれる。
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）	a	看取りケアを実施しているケースについては、家族等と都度コミュニケーションを図りながらすすめている。
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）	c	現在町立病院が協力医療機関となっているが、看取り対応について施設側が期待するような協力体制が整っていない。現行の協力医療機関のみならず、今後さらなる協力体制や連携体制の構築が望まれる。