

## 埼玉県福祉サービス第三者評価結果報告書

2014 年 2 月 26 日

埼玉県知事あて

〒 338-0002

住所

さいたま市 中央区 下落合 5-10-5

電話番号 048-840-1920

評価機関名 特別非営利活動法人  
ケアマネジメントサポートセンター

認証番号 埼玉県 2004010

代表者氏名 理事長 長谷川 佳和

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)	長谷川 佳和	福祉	2004010033
	(2)	五井 章雄	組織	2005010109
	(3)	伊藤 貴美子	福祉	2007010186
	(4)	林 賢治	組織	2006010146
	(5)	西井 眞理子	福祉	2001210293
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 むさしの			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013 年 10 月 1 日	～	2013 年 2 月 20 日	
利用者調査実施時期	2013 年 10 月 15 日	～	2013 年 11 月 19 日	
訪問調査日	2013 年 12 月 9 日			
評価合議日	2014 年 1 月 31 日			
評価結果報告日	2014 年 2 月 26 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			

## 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 26 年 1 月 31 日

設置・運営主体	社会福祉法人 ふじみ野福社会		
設置主体	社会福祉法人		
経営主体	社会福祉法人		
事業所名 (施設名)	むさしの	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 354-0003 埼玉県富士見市大字南畑新田 1 6 番地 1		
電 話	049-255-6102		
FAX	049-255-6601		
Email	musashino@f-musashino.jp		
URL	http://www.f-musashino.jp		
施設長氏名	吉江 孝行		
調査対応担当者	嶋田 幸子 (所属、職名：管理課長)		
利用定員	70 名	開設年	平成 15 年 4 月 1 日
理念・基本方針	<ul style="list-style-type: none"> <li>●利用者・家族・職員の3つの笑顔を大切に地域に根ざした施設作り</li> <li>●利用者の尊厳ある生活を守り継続する施設づくり「生存」から「生活」へ</li> </ul>		
開所時間 (通所施設のみ)			

【利用者の状況に関する事項】

○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

○老人福祉サービスの場合

60歳未満	60～65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満
2 名	名	4 名	11 名	8 名	12 名
85～90歳未満	90～95歳未満	95歳以上	合 計		
14 名	9 名	9 名	69 名		

○保育所の場合（通常保育）

	定 員	利用児童数	クラス数	1クラスあたり 平均児童数	1クラスあたり 平均保育士数
0歳児					
1歳児					
2歳児					
3歳児					
4歳児					
5歳児					
計				—	—

（注）1クラスあたり平均児童数は2クラス以上ある場合に記載。非常勤保育士等については常勤換算で計算。異年齢児クラスはその区分ごとに記載。

○障害等の状況（保育所を除く）

・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	1名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	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	名
肢体不自由	5名	4名	1名	名	1名	名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	1名	2名	名	名	名	名	名
合計	8名	6名	1名	名	1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。）

A ※	B	C
名	名	名

※「A」には丸付きのAを含む。

・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

○要介護区分の状況（介護保険対象サービス事業所のみご記入ください。）

自立・要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
名	2名	5名	9名	27名	26名

○サービス利用期間の状況（保育所を除く）

～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
7名	6名	12名	4名	10名	30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： 4.0年）

【職員の状況に関する事項】

○成人施設の場合

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	32名	1名	3名	0名	2名
非常勤	38名	0名	2名	0名	0名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	1名	17名	0名	2名	0名
非常勤	0名	16名	0名	4名	0名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	2名	0名	2名	0名	2名
非常勤	0名	0名	8名	3名	5名

社会福祉士	0名（0名）
介護福祉士	18名（7名）
保育士	0名（0名）
介護支援専門員	2名（1名）
看護師	1名（4名）

（非常勤職員の有資格者数は（ ）に記入）

○保育所の場合

常勤職員数		人		
うち	保育士	人	保健師・看護師	人
	栄養士・調理員	人	その他（ ）	人
非常勤職員数		人（常勤換算 人）		
うち	保育士	人（常勤換算	人）	
	保健師・看護師	人（常勤換算	人）	
	栄養士・調理員	人（常勤換算	人）	
	その他（ ）	人（常勤換算	人）	
<p>（注）常勤換算計算式 非常勤職員：それぞれの週あたりの勤務延時間数の総数÷当該保育所の常勤職員が勤務すべき時間数。栄養士・調理員：調理業務を委託している場合には「委託」と記載。</p>				
（２）前年度採用・退職の状況	採用	常勤： 人	非常勤： 人	
	退職	常勤： 人	非常勤： 人	
（３）常勤職員（うち保育士・保健師・看護師）の平均年齢		歳（	歳）	
（４）常勤職員（うち保育士・保健師・看護師）の平均在職年数		年（	年）	
<p>（注）現在の保育所での在職年数。ただし、同一の運営主体（法人・自治体）内の児童福祉施設間の異動は通算可（公営の場合には保育主管課在職期間も通算可）。小数点以下第二位を四捨五入。</p>				

【本来事業に併設して行っている事業】

（保育所を除く）

<p>（例）救護施設における通所事業（定員５名）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・指定短期入所生活介護・指定介護予防短期生活介護（定員１４名）</li> <li>・指定通所介護・指定介護予防通所介護（定員２５名）</li> <li>・指定訪問介護・指定介護予防訪問介護</li> <li>・指定居宅介護支援事業</li> <li>・地域包括支援センター指定介護予防支援事業（富士見市受託事業）</li> <li>・配食サービス事業</li> </ul>
--

(保育所の場合)

事業名	実施の有無	利用料
乳児保育		—
延長保育		
休日保育		
障害児保育		—
一時保育		
地域子育て支援センター		
乳幼児健康支援一時預かり事業(病後児保育)		
アレルギー等対応給食		—
その他(事業名: )		

(注) 実施事業には有無欄に○を付し、利用料を記載する。自主事業も含む。

### 【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 24 年度におけるボランティアの受け入れ数(延べ人数)

605 人

・ボランティアの業務

・清拭たたみボラ ・食事片付けボラ ・外清掃ボラ ・傾聴ボラ  
・お茶、カラオケ、書道、音楽、大正琴、ハーモニカ  
エレキ、踊り、三味線、紙芝居、コーラス

### 【実習生の受け入れ】

・平成 24 年度における実習生の受け入れ数(実数)

社会福祉士 7 人

介護福祉士 0 人

その他 5 人

### 【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	3,944 m <sup>2</sup>
	入所(通所)者1人あたり 56.3 m <sup>2</sup> (延べ床面積÷定員)
(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(含大改築)年	平成 15 年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)		m <sup>2</sup>
	児童1人あたり	m <sup>2</sup> (計算式: 建物延べ床面積合計÷定員)
(2) 園庭面積		m <sup>2</sup>
	児童1人あたり	m <sup>2</sup> (計算式: 園庭面積合計÷定員)
(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(含大改築)年    平成            年		

**【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。

- ・各ユニットごとの利用者懇談会(2カ月に1回)
- ・家族懇談会(平成25年4月6日 実施)
- ・嗜好調査(食事に携わる職員から利用者への聞き取り)
- ・毎月第2火曜日 オンブズマンによる利用者への聞き取り
- ・ご意見用紙

**【その他特記事項】**



福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人  
ケアマネージメントサポートセンター

②事業者情報

名称：	特別養護老人ホーム むさしの	種別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	施設長 吉江孝行	定員(利用人数)：	70 名
所在地：	〒354-0003 埼玉県富士見市大字南畑新田16-1		Tel 049-255-6102

③総評

◇特に評価の高い点

- 1、地域のニーズに立脚し、中・長期を見据えた介護事業の展開が強化されています。
  - ・特養を核に、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援、配食サービス、地域包括支援センターの受託に加え、平成24年度より、地域密着型特養、小規模多機能居宅介護を開設し、地域のニーズ(人口推移・高齢化率等)や地元行政の今後の方向性と利用者や家族から求められるサービスのありかたを汲み取った事業展開が行われています。
  - ・地域に対して事業所の果たすべき役割を明確にし、防災協定の締結や地域に向けた情報発信を行い、相談窓口を設置するなど、事業所の機能を地域に還元されています。
- 2、行動計画や提供されるサービスの評価と見直しを、定期的に行う仕組みが作られています。
  - ・中長期計画に基づいた毎年の事業計画は、部門別の数値目標、提供されるサービスの内容と向上目標、行事計画、地域との関わり、職員の育成計画など、いずれも具体的な行動目標を含んだ計画として策定されています。
  - ・目標に対して月単位の評価が行われ、未達や課題があれば、それらの改善と対応策の検討が行われ、直ちに改善すべきことの指示がなされています。
  - ・提供されているサービス内容に対して月単位の評価が行われ、課題を現場にフィードバックする仕組みが作られています。また、フィードバックされた課題は、ケース会議や各委員会にて改善方法と改善スケジュールを策定し、実施に移されています。
- 3、職務の内容と評価の仕組みが職階級毎に定められ、併せて権限の委譲も行われています。
  - ・全職の職務記述書と行動基準書が策定され、目標成果シートと組み合わせ、発揮能力を中心に評価する仕組みが作られています。
  - ・現場の各委員会と委員長、リーダー・副主任・主任のそれぞれに明確な業務権限の委譲が行われており、自主性を持って担当業務の遂行と評価や見直しが行われています。
  - ・権限の委譲と研修の継続により、自ら考え仕組みを作る中間管理職の育成が進んでいます。

- 4、利用者と家族の思いや要望を汲み取り、サービスに反映させる仕組みが作られています。
  - ・日頃の利用者とのかかわりや利用者懇談会、傾聴ボランティアを利用して、一対一のコミュニケーションの機会を作り、汲み取られた意見や要望には定められた期限内の解答がなされ、提供されるサービスに反映されています。
  - ・面会来訪時や家族懇談会などに加えて事業所の催しの場なども活用し、家族との活発な交流が行われ、意見交換や情報の共有が進められています。
- 5、利用者一人ひとりの異なる状況に応じて、質の高いサービスが提供されています。
  - ・利用者一人ひとりの状況に合わせた栄養計画やきめ細かいケアにより、褥瘡の大幅な改善がなされています。
  - ・着替えの支援と十分に行き届いた整容が行われ、日常生活のリズムが作られています。
  - ・選択食が毎日取り入れられ、嗜好品もできる限り利用者の希望に沿って提供されています。
- 6、衛生管理や緊急時対策について、十分な管理体制と再発防止の仕組みが作られています。
  - ・真空調理法の採用や徹底した感染症対策の実施により、衛生管理が行き届いています。
  - ・カテゴリ別に緊急対応マニュアルと防災マニュアルが整備され、緊急事態やヒヤリハットに迅速に対応すると共に、原因の究明と今後の対策も講じられています。
- 7、自然環境と良くマッチし、開放的でありながら個室感覚を持った居室が提供されています。
  - ・3人居室が中心ですがベッド毎に窓が配置され、採光の良さとプライベートの確保を両立させた居室が提供されています。
  - ・荒川の支流、びん沼川の畔で自然環境に恵まれた立地は、春の桜並木や川面の四季の変化とどかな釣り公園の風情を、一年を通じて利用者や訪問者に提供してくれます。

◇特にコメントを要する点

- 1、中・長期計画や単年度事業計画の意義と目的を、職員へより浸透させる事を望みます。
  - ・事業計画の策定は各部門の各職階級の職員が参加し、組織的に行われていますが、参画意識や理解に多少の個人差が感じられます。
  - ・事業所を取り巻く環境や今後求められるサービスの質とあり方などが中・長期計画に反映されていますが、職員に対して事業の向かうべき方向の周知がやや不足していると思われま。
  - ・業務を遂行する上で、部門間や職員間の連携や協力がよく取れている点と不足が感じられる点が見受けられます。
- 2、進めつつある事業の展開に対して、より人材育成面の強化を期待します。
  - ・常勤職員の短時間勤務や非常勤職員の希望時間勤務など、職員の希望に沿った勤務形態が取られ、評価は高いですが、現場とのマッチングに、より多様な勤務形態の検討を望みます。
  - ・今後求められる地域のニーズやサービスの質を満たして行くには、職員教育制度の充足や能力向上に、やや不足を感じます。中・長期的な視点からの採用と育成の継続を望みます。
- 3、業務管理全体のIT化により整備されたデータベースのより積極的な活用を望みます。
  - ・必要と思われる情報がデータベースとして常に開示され共有の効果が見られますが、職員間に情報の質と量の格差が見受けられます。積極的に情報を取りに行くことの習慣化で、より効果的な利用が進むことを期待します。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

前回の総評を基に、この3年間努力した結果が、特に評価の高い点として評価されたことに関しては、施設全体のレベルアップにつながりました。

一方、特にコメントを要する点については職員間の情報周知不足が露呈されました。業務を進めていく過程において、より密な報・連・相を充実させると同時に、今後の事業運営に総評を活かしながら、利用者・家族・職員のそれぞれの立場からの満足度が、向上するよう努力していきたいと思います。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果別紙

# 評価細目の第三者評価結果

## 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	平成24年に事業の拡張が行われたのを機に、より地域に根差し、生活を続ける場としての施設作りをめざして、新しい法人理念が作られています。事業所内に掲示され、パンフレットやホームページに加えて事業計画書にも掲載されています。
I-1- (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	各年度の事業計画に運営方針として、部門・課・委員会ごとの数値目標や行動計画が具体的に明文化され、事業所のホームページに掲載されています。
I-1- (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1- (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	事業計画冊子を配布し、年度初めの職員会議で説明がなされています。年3回の個人面接時にも理念の意味合いを含めて確認がなされ、職員への周知と理解が進められています。
I-1- (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者とは利用者懇談会で説明が行われ、家族には家族懇談会の場で資料を配布(欠席者には郵送)し、説明と質疑応答を通じて周知が図られていますが、周知活動への職員の積極的な関与が望まれます。

### 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	地域ニーズ(人口推移・高齢化率等)を踏まえて、今後求められるサービスの質や地元行政の方向性及び経営環境の変化の予測などを基に、収支計画を含めた中長期計画が策定されています。
I-2- (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	中長期計画に基づき、毎年、部門別の数値目標、提供されるサービスの内容と向上目標、行事計画、地域との関わり、職員の育成計画などを含んだ事業計画が策定されています。
I-2- (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2- (2) -① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	事業計画の基本項目を基に、リーダーが現場の職員の意見や考えを引出しまとめたものを、課長が集約をして施設長へ上げる仕組みが確立され、各職階級が参加した計画が策定されています。また、計画に対して月単位の評価と見直しも行われています。
I-2- (2) -② 事業計画が職員に周知されている。	b	組織の各職階級が参加して事業計画を作る過程が、職員への周知に効果を上げていますが、職員間の理解には個人差が見られます。職員間の周知と理解が進むことを期待します。
I-2- (2) -③ 事業計画が利用者に周知されている。	b	利用者には利用者懇談会で事業計画の説明がなされていますが、説明には一般職員の関わりがあまり見られません。積極的な職員の関与が望まれます。

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。	a	職階級ごとの職務記述書と行動基準書及びそれに基づく評価の基準が改定され公表されたことで、管理者の役割と責任がより具体的で解り易い表現となり、明確になっています。
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	新任職員にはオリエンテーションや入職時研修を行い、現任職員には年三回の個別面談時に、周知理解の確認が行われています。また、疑問が生じた場合には、職員用ホームページにて正しい情報を得たり、確認したりすることが、可能となっています。
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	現場の各委員会と委員長、リーダー・副主任・主任、それぞれの職階級に、明確な業務権限の委譲が行われており、意欲を持って担当業務の遂行と評価や見直しが行われています。
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	課長会議にて、目標や課題に対する月単位の結果報告が行われ、未達や課題があればそれらの改善と効率化に向けた対応策の検討が行われ、直ちに改善すべきことの指示がなされています。

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	地域課を中心に、市の高齢者保健福祉計画と高齢化状況が把握されており、中長期の事業計画の策定に反映されていますが、職員には、事業所を取り巻く環境の周知が不足していると思われる。
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	会計会議と課長会議で、毎月の財務諸表を基に経営状況を把握し、目標未達の場合は原因の究明と対応策の検討が行われ、取り組むべきことの指示がなされています。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	毎年決算後に社会福祉法人の監事監査が実施され、結果は経営改善に繋がられています。

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。	b	職員採用の環境は厳しい状況にありますが、6か月かけての採用計画が策定されています。また、採用後の職員育成の強化を図る為、新たな教育計画が作成されており、その効果を期待します。
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a	全職種の職務記述書と行動基準書がより具体的な内容に改定され、目標成果シートと組み合わせ、発揮能力を中心に評価する、新たな人事考課制度が策定されています。

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。	a	良質な就業環境があって良質な介護を提供できるとの原則を基に、常勤職員の短時間勤務や非常勤職員の希望時間勤務など、職員面談を基に多様な勤務形態がとられ、一定の評価を得ていますが、より多様な就業形態の検討を期待します。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	独立行政法人福祉医療機構の退職金制度及び埼玉県社会福祉事業共済会に加入の他、被服費の負担、親睦会の開催、特別有給休暇制度などの、充実した福利厚生事業がなされています。
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	職員用ホームページに基本姿勢が示され、継続的な研修が行われるとともに、教育・研修に関する情報を職員が自由に入手することができるようになっています。また、継続的な職員育成を強化する為、新たな教育計画が作成されています。
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。	b	年3回の個人面談で、希望する職務につくためにどのような研修を必要とするかなどを一緒に考える取り組みがなされていますが、目標へ向けて、個人の特性を活かして育成をしていく仕組みとしては不十分です。
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	研修委員会により、実施された研修の評価や職員の意向を次の研修に反映させる取り組みが行われていますが、新たに作成された教育計画に、職員一人ひとりに適した個別育成計画の組み合わせが必要と思われる。
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 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	事業計画に明示され、受け入れマニュアルを完備し、実習生の希望にそえるように教職課程の学生も含めるなど、介護以外の職種も経験できるように多様なプログラムが準備され、十分な受け入れ体制が整えられています。

## 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	感染症対応・事故報告基準・延命処置などのカテゴリ別に、詳細な緊急対応マニュアルが作成され、緊急度別に定められた連絡網と併せて、緊急時に職員が統一した行動が取れるように体制が整備されています。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a	予防と対策に分けて部門の役割を詳細に定めた防災マニュアルが作成されており、消防署立会の訓練と自主訓練を合わせ年6回の避難訓練が行われています。また、地域との防災協定が締結され、協力体制が確立されています。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	安全委員会により、ヒヤリハット事例と会議録が開示され、どの段階でミスが生じたのかなどの情報が提供され事故防止に努められていますが、職員の周知レベルに差が感じられます。

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	地域の催しへの参加は積極的に継続されていますが、介護度が高くなる中で、利用者と地域のかかわりを維持して行くために、友人・知人にボランティアに参加いただくなど、積極的に来訪していただくことを勧められています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	地域に対する予防講座や介護教室などの開催に加え、困ったときの相談窓口や駆け込み寺的機能も果たし、災害対策についても地域防災協定を結び、合同での防災訓練や応急救護の研修などが行われています。
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。	a	ボランティア受け入れマニュアルが完備され、ボランティア保険にも加入し、利用者のニーズに合わせて多くのボランティアを受け入れられています。また、利用者の友人・知人にもボランティアとして参加していただくことを勧められています。
II-4-(2) 必要な社会資源を明確にしている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	市役所などに登録されている社会資源の把握が行われており、適宜利用もなされていますが、より効果的な活用をするために、職員間の情報の共有と一元化が進むことを期待します。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	市役所、社会福祉協議会、提携病院、民生委員などとの連携に加えて、昨年、市内特別養護老人ホーム連絡協議会が設立され、円滑な情報交換や協力のための体制が築かれています。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	地域包括支援センターを通じて地元5町会と連携し、出前相談会などを実施することで、地域の具体的なニーズが捉えられています。また、市の高齢者保健福祉計画と高齢化状況も把握され、事業計画に反映されています。
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	本施設である特養を核とし、デイサービス・訪問介護・居宅介護支援・配食サービスに加え、平成24年度に地域密着型特養及び小規模多機能型居宅介護の開設を行い、地域の福祉ニーズに多角的に答えられる事業活動が行われています。

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	利用者の思いや要望などがフロア会議や申し送りにて共有され、意識のズレや不満が生じた場合は、共通の理解を持つために、職員間だけでなく家族やオンブズマンを含めて話し合いが行われています。
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	個人情報保護規程と権利擁護規程(プライバシー保護を含)が作成されており、施設内に掲示されると共に職員用ホームページに掲載され周知されています。

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a	ユニットリーダーとの一対一の利用者懇談会に加えて、オンブズマンや傾聴ボランティアの協力による聴き取りが実施されており、汲み取られた意見や要望は、委員会を中心に検討が行われ、迅速にサービスに反映されています。
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	ユニットリーダーによる利用者懇談会や傾聴ボランティアの利用の他、日常の関わりの中でも、職員と利用者が一対一でコミュニケーションを持つことに努められています。
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。	a	オンブズマンが設けられており、利用者及び家族には制度の説明が行われています。苦情の解決には苦情担当受付と苦情解決責任者を定めて対応が行われており、事例の公表により、職員間の情報共有もなされています。
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。	b	汲み取られた利用者の意見や要望に対しては、現場でできることは直ちに対応され、時間を要する内容の場合は、定められた期間(7日以内)での回答と検討を経て、提供されているサービスへの反映がなされています。

### 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な評価を行う体制を整備している。	a	ユニットリーダー会議とフロアー会議で、オンブズマンからの意見も含めて、サービス内容の評価が月1回行われ、課題を現場にフィードバックする仕組みが作られています。
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、改善策・改善実施計画を立て実施している。	b	ユニットリーダー会議やフロアー会議からフィードバックされた課題は、ケース会議や各委員会にて改善方法とそのスケジュールを策定し、実施に移されていますが、職員への周知と理解に不足が見られる部分があります。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	マニュアルに基づいた標準的なサービスの提供のほか、ITシステムや申し送りノートの活用で利用者の状況を職員が共有し把握することができています。
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	毎月のフロアー会議や隔月の各委員会及び半年に1度のカンファレンスで検討し、随時見直しがおこなわれています。また、職員はITシステムから会議録を確認することも可能で、利用者のケアに活かされています。
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	サービス計画書の実施状況は定期的に記録され、ITシステムで、データベース化が図られています。内容が変更された場合は「引継ぎノート」に記載し、情報に漏れがないように確認されています。
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	個人情報保護の観点から、ITシステムの取扱いや保管方法が徹底され外部漏洩を防いでいます。情報の開示についても規則に従って行われています。
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	ITシステムを中心に情報の共有を図り、フロアー会議や朝礼・夕礼時と申し送りノートでの伝達も行われ、情報を共有する仕組みが作られています。



### 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	ホームページで公開しているほか、パンフレットの配布や施設見学時、入所時には他施設の情報も提供されています。
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	契約書・重要事項説明書で利用者、家族に、解り易く丁寧に説明し、同意をいただいています。
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	退所の支援として他施設の情報提供を行い、今後も相談に応じることや、再入所も可能である事を伝えていきます。また在宅復帰に向けて定期的な外泊などにも取り組まれています。

### 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	統一様式をもとに職員間でアセスメントが行われ、導き出されたニーズは、具体的かつ詳細に記入されています。状態変化に合わせ、適宜対応策も検討されています。
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	利用者の意向を確認し、個別のケース会議や懇談会で意見を聴き取り、実施計画を策定されています。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	半年ごとの見直しが基本ですが、利用者の状態変化に合わせ、随時見直しも行われています。

## 評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

### Ⅳ-1 個別サービスの提供

	第三者評価結果	コメント
Ⅳ-1-(1) 利用者に対する食事の提供。		
Ⅳ-1-(1)-① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	a	朝食・昼食は毎日、夕食は週2回の選択食や多彩な行事食の提供で、選べる楽しみも味わっていただいています。食事だけでなく食器にも気を配った対応で、家族からも喜ばれています。
Ⅳ-1-(1)-② 定期的に食事の環境を見直すシステムができていて、機能している。	a	嗜好調査を年2回行い、その結果を食事委員会で検討し献立に反映させています。個々の利用者の身体状況の変化に合わせ、適切で柔軟な対応がなされています。
Ⅳ-1-(1)-③ 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a	定期的に血液検査や身長・体重測定を行い、管理栄養士が中心となり栄養状態をチェックし、身体状態に合わせた栄養ケア計画書が作成されています。その結果、褥そうが大幅に改善されるなどの効果が現れています。
Ⅳ-1-(1)-④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	a	利用者懇談会や日々の暮らしの中で要望を汲み取る機会が多く、可能な限り要望に応えるようになっています。希望があれば、晩酌も可能です。

IV-1-(2) 利用者に対する入浴の提供。		
IV-1-(2)-① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a	入浴方法は一般浴・座位浴・寝台浴の3種類があり、入浴委員会で個々の利用者に最も適した方法を検討し、入浴の提供が行われています。また、体調や気分により入浴方法を変更されるなど、入浴を楽しんでいただける配慮もなされています。
IV-1-(2)-② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	脱衣所が設けられ、プライバシーの確保に配慮されています。利用者の身体状態に適した方法で入浴が提供され、同性介助にも配慮がなされています。
IV-1-(3) 利用者の適切な排泄管理。		
IV-1-(3)-① 排泄の自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している。	b	利用者に適したパットを使用することで安眠確保に効果が上がっていますが、ややパットに頼りすぎの感があり自立支援が遅れる状況も見受けられます。
IV-1-(3)-② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	トイレのドアや居室のカーテンは必ず閉め、同性介助にも対応されています。消臭機を設置し臭気にも配慮がなされています。
IV-1-(4) 利用者の移乗の確保。		
IV-1-(4)-① 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。	a	機能訓練指導員と職員が、利用者一人ひとりに適した移乗方法を検討し、可能な限り離床できるように取り組まれています。
IV-1-(5) 利用者の整容の確保。		
IV-1-(5)-① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	a	就寝時と起床時に着替えの支援が行われ、日常生活のリズムが作られています。出張理容を利用したり、髭剃り・爪きりなどの整容も、十分に行き届いています。
IV-1-(6) 個々の生活、障害に合わせた介護。		
IV-1-(6)-① 個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	a	多職種と協力し、個々の障害に合わせた必需品や福祉用具を選定し、安全で快適な介護が行われています。また、各マニュアルをもとに、統一したケアが実践できるように取り組まれています。
IV-1-(6)-② 認知症高齢者への対応を適切に行っている。	a	認知症状の重い利用者については、フロアー会議で対応策を検討し、見守りの強化や寄り添った支援などで周辺症状の緩和に努められています。
IV-1-(7) 医療依存度の高い利用者への対応。		
IV-1-(7)-① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携するなど適切な対応を行っている。	a	提携病院や医師・看護職員と連携し、介護職員への研修が行われています。医務引継書を活用し、利用者の状態を把握して対応できるように、定期的にカンファレンスが実施されています。
IV-1-(8) 利用者の健康管理。		
IV-1-(8)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	a	バイタルチェックは看護師を中心に計画的に行われています。嘱託医や精神科医の受診もあり、朝礼や夕礼で情報を共有し、疾病の早期発見に努められています。
IV-1-(8)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	b	マニュアルと複数職員の確認で誤薬を防いでいます。ヒヤリハット事例の検討もなされていますが、誤薬ゼロを目指してさらなる取り組みに期待します。
IV-1-(8)-③ 感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a	感染症対策には力を入れ、日常的に感染源を遮断するように対策が取られており、嘔吐物の処理などについても、日頃から職員間で感染防止策が徹底されています。
IV-1-(8)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	a	真空調理法による食材の取り扱いや食事前の手洗いの徹底など、衛生管理に力が入れられています。研修も行われ食中毒予防対策が適切に行われています。

IV-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施。		
IV-1-(9)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	b	機能訓練指導員により個別リハビリ計画が作成され、訓練が継続的に実施されていますが、人的問題から特定の利用者には行えないなど、改善を必要とされる点が見受けられます。
IV-1-(9)-② 機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。	a	寝たきりの人であってもベッド上でマッサージなどを行い、拘縮防止やむくみの解消を図っています。また、生活リハビリとして自室の掃除や車椅子を自走することなどを促し、身体機能の維持に努められています。
IV-1-(9)-③ 寝たきり防止・離床のための取り組みを適切に実施している。	a	エアーマットや除圧マットなどを用いて、床ずれ防止が図られており、食事時やボランティア来所時には、必ず離床して生活リズムを作り、褥瘡ができないように取り組まれています。
IV-1-(9)-④ 利用者の身体状況に応じて福祉用具などを適切に提供している。	a	機能訓練指導員と共同で、利用者ごとに身体状況にあった福祉用具が提供されています。使用状況についても適宜確認しており、利用者からも満足しているとの声が聴かれています。
IV-1-(9)-⑤ 転倒予防のための取り組みを実施している。	b	ヒヤリハット事例を共有し、転倒防止策の検討が行われています。見守りや下肢筋力改善の機能訓練、離床センサーの設置などが行われていますが、防止策が活かしきれていない面が見受けられます。
IV-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重。		
IV-1-(10)-① 主体的な生活や余暇活動を保障している。	b	ボランティアによる余暇活動や野菜作り、あみもの、買物などに取り組む努力はなされていますが、人的問題から十分とは言えません。利用者全体の余暇活動を保証できる環境作りが望まれます。
IV-1-(10)-② 利用者のライフスタイルを保障している。	a	植木の手入れや居室でテレビやラジオを楽しんだり、希望により飲酒や喫煙も可能で、利用者一人ひとりが自由に暮らせる環境が整えられています。
IV-1-(10)-③ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	要綱で定められた方法で適切に管理されています。希望があれば、インターネットを利用したの買物にも応じられています。
IV-1-(10)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。	a	就寝・起床時間は自由で、利用者は体調や習慣に合わせて生活され、行事やレクリエーションへの参加も自由で、利用者の一人ひとりの自主性が尊重されています。
IV-1-(10)-⑤ 生活の継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	a	思い出の品や食器類などが持ち込まれ、これまでの生活習慣や趣味が継続できるように配慮されています。少人数でコーヒーを楽しむオープンキッチンを開催し、家庭的な雰囲気作りに努められています。

IV-2 家族との交流の確保

	第三者評価結果	コメント
IV-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保。		
IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	a	家族面会時のスペースも用意し、来訪しやすい環境作りがなされています。年4回の大きな行事の際には家族の参加を得て一緒に食事をするなど、楽しく交流していただいています。外出・外泊は自由で、面会時間についても柔軟な対応がなされています。
IV-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。	a	家族懇談会や面会時を利用して、積極的に声かけや近況報告をすることで、意見や要望が聴き取られています。広報誌の送付や意見箱の設置も行われています。

IV-3 利用者の人権の擁護

	第三者評価結果	コメント
IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止。		
IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束廃止委員会で事業所独自のマニュアルを作成し、具体的な対応方法や実施状況が検討され、身体拘束ゼロを目指して取り組みが行われています。
IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	虐待に関する研修や個人面談を通じて言葉使いについて指導されていますが、時折、不適切な言葉が使われることも見受けられるようです。言葉使いの向上を期待します。
IV-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。	a	成年後見制度や権利擁護事業については、施設内にもポスターなどを掲示するなど、周知が図られ、現在、数名の利用者がおられます。
IV-3-(2) 生きがいのある生活。		
IV-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	b	利用者に関わりを持つことを意識し、できるだけ職員からのコミュニケーションを図り、各種の活動への参加が促されていますが、より生きがいのある暮らしへの配慮を期待します。
IV-3-(3) その他。		
IV-3-(3)-① 自己評価を実施している。	a	県で定めた自主点検表に取り組むことにより、目標達成度の確認がされています。また、今回の第三者評価の自己評価により、課題の確認とその改善が期待されます。
IV-3-(3)-② ターミナルケアを利用者、家族の希望に応じて行っている（ターミナルケアの検討をしている）。	a	本人・家族の意思を尊重し、可能な限り対応する方針が定められ、必要に応じて各専門職が集まり対処方法が協議されています。看取り時は利用者が1人にならないように、常に職員が付添うなどの配慮がなされています。