

埼玉県福祉サービス第三者評価結果報告書

2018 年 3 月 13 日

埼玉県知事あて

〒 140-0001

住所

東京都品川区北品川4-7-35
御殿山トラストタワー9階

電話番号 03-5422-7938

評価機関名 株式会社 医療福祉経営研究所

認証番号 埼玉県 2009036

代表者氏名 薄井 照人

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)	加藤 将	福祉	2001610372
	(2)	神林 祐介	組織	2001210307
	(3)	清水 俊裕	福祉	2001510344
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	地域密着型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)	2017 年 7 月 1 日	～	2018 年 1 月 10 日	
利用者調査実施時期	2017 年 8 月 4 日	～	2017 年 10 月 20 日	
訪問調査日	2017 年 11 月 30 日			
評価合議日	2017 年 11 月 30 日			
評価結果報告日	2018 年 1 月 10 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 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 29 年 9 月 29 日

設置・運営主体	社会福祉法人 ふじみ野福祉会		
設置主体			
経営主体	社会福祉法人		
事業所名 (施設名)	地域密着型特別養護老人ホームむさしの	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 354-0011 埼玉県富士見市大字水子1882番1		
電話	049-275-6300		
FAX	049-253-0460		
Email	musashino@f-musashino.jp		
URL	www.f-musashino.jp		
施設長氏名	吉江 孝行		
調査対応担当者	細川 信吾 (所属、職名： 地域支援課 地域支援課長)		
利用定員	29 名	開設年	平成 24 年 10 月 1 日
理念・基本方針	<p>○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 利用者さんの笑顔は良質なサービスを提供することによって生まれ、家族の笑顔は安心して介護を依頼できることによって生まれ、 職員の笑顔はこの福祉というたいへんな仕事を通じて得られる充実感から生まれ、それらの活動を通じて地域福祉を推進していく という意味が込められております。</p> <p>○利用者の尊厳ある生活を守り継続する施設作り「生存」から「生活」へ 利用者の「食べる」「寝る」「排泄」「入浴」といった単なる「生存」のためのサービス提供で終わるのではなく、利用者が「学ぶ」「遊ぶ」「話す」「創造する」「安らぐ」といった生存を超えた「生活」行為を支援するためのサービスを提供することによって、 利用者の尊厳ある生活を守り継続していくことができます。介護の視点を「生存」から「生活」へと変えることにより、利用者が地域のなかで尊厳ある生活を維持しながら、生き生きと生活できる施設づくりをしていくという意味が込められています。</p>		
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
0 名	0 名	0 名	1 名	6 名	6 名
85～90歳未満	90～95歳未満	95歳以上	合 計		
7 名	7 名	2 名	29 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	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	2名	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	名
重複障害（別掲）	1名	名	名	名	名	名	名
合計	3名	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
0名	0名	1名	10名	12名	6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
3名	2名	8名	5名	1名	10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： 2年6ヵ月）

【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	16名	1名	1名	1名	0名
非常勤	11名	0名	0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	10名	0名	0名	0名
非常勤	0名	5名	0名	2名	0名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	0名	0名	0名	1名
非常勤	0名	0名	1名	3名	0名

社会福祉士	2名	(0名)
介護福祉士	8名	(2名)
保育士	名	(名)
	名	(名)
	名	(名)

（非常勤職員の有資格者数は（ ）に記入）

○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）

（例）救護施設における通所事業（定員５名）

- ・ 指定短期入所生活介護・指定介護予防短期生活介護（空床型）
- ・ 指定小規模多機能型居宅介護・指定介護予防指定小規模多機能型居宅介護（定員22名）
- ・ 指定居宅介護支援事業
- ・ 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）

(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 28 年度におけるボランティアの受け入れ数(延べ人数)

249 人

・ボランティアの業務

- ・入居者の居室及び各フロアの清掃
- ・入居者の話し相手(普段、職員では聞けないこと等傾聴して頂いております)
- ・尺八の披露
- ・フラダンスの披露
- ・オカリナの披露
- ・三味線の披露

【実習生の受け入れ】

・平成 28 年度における実習生の受け入れ数(実数)

社会福祉士 1 人

介護福祉士 0 人

その他 0 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	1567.78 m ²	
	入所(通所)者1人あたり	29.25 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室	29 室
	2人部屋	室
	3人部屋	室
	4人部屋	室
	5人以上の部屋	室
(3) 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
(4) 建築(含大改築)年	平成	24年
(5) 主な設備	<ul style="list-style-type: none"> ・消火器 ・スプリンクラー設備 ・自動火災報知設備 ・消防機関へ通報する火災報知器 ・非常警報設備(放送設備) ・誘導灯 	

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	
	児童1人あたり	m ² (計算式: 建物延べ床面積合計÷定員)
(2) 園庭面積	m ²	
	児童1人あたり	m ² (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。

毎月入居者懇談会を開催し、施設での生活全般についての意見を聞いている。運営推進会議にて入居者の代表より意見を聞く機会を設けている。嗜好調査にて食事に関する意見をアンケート形式で聞き取りを行っている。

【その他特記事項】

貴施設（事業所）の特徴的な取り組み等について具体的にご記入ください。

毎日昼食時には主食を2種類から選べる選択食を実施し、入居者自身が食べたい料理を自己選択できる機会を設けている。真空調理システムを活用した調理により、各ユニットで再加熱した料理や直前まで冷蔵庫にて冷やした料理をテーブルごとにまわりながら盛り付けを行い、温かいものは温かいまま、冷たいものは冷たいまま提供している。個人個人の食器や家具、愛用品の持ち込みにより家庭的な環境で生活することを進めている。季節ごとのイベントやユニットごとの外出を年間を通して実施している。また、誕生日にはそれぞれ希望を聞き、外出や好きな食事の提供など個別に企画し実施している。入浴は檜の浴槽にてお一人おひとり入浴できるようあえて座位式・寝台式機械浴は設置せず、個浴のみの設備としている。浴槽をまたぐことが困難になった方に対しては設置している入浴介助用の移動リフトを使用し、どの方も同じ檜浴を楽しんでいただいている。新しく入職した職員には指導マニュアルを基に一人立ちまで職員が付き指導にあたっている。

職員教育については業務評価制度（目標成果シート、職務記述書、行動基準書の3種類の書式）を採用し、①4月・目標成果シートを使用し目標設定、②4月・目標設定面接、③10月・中間面接、④3月・評価、⑤3月・年度末のフィードバックを行っている。目標成果シートでは目標を上司・部下で共有し、職務記述書は職種毎に望まれる働き方を示し、行動基準書は組織人として望まれる働き方を示す書類となっており、後者2種類の書類についてはOJTにも活用をしている。新人職員OJTにおいては担当職員による1ヶ月ごとに面談で指導内容を確認している。研修については年間の内部研修や階層別研修の他に、職員ごとの立場や課題、学びたい希望等に合わせて外部研修を受ける機会を多くとっている。

地域との交流としては公民館の文化祭での模擬店の出店や、近隣の小さなお子さんのいる家族を対象とした花火行事を通して施設の周知を図っている。その他には地区の祭りや敬老会などその方の住み慣れた地区へ参加できるよう支援している。施設内で完結するのではなく、ここは入居者にとってあくまで自宅という考えのもと入居してから地域とのつながりを持てるよう支援している。

【第三者評価の受審状況】

・受審回数（前回の受審時期）

0 回 （平成 _____ 年度）

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

株式会社 医療福祉経営研究所

②事業者情報

名称：	地域密着型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：	吉江 孝行	定員(利用人数)：	29 名
所在地：	〒 354-0011 埼玉県富士見市大字水子1882番1	TEL	049-275-6300

③評価実施期間

平成29年7月1日（契約日）～平成30年1月10日（評価結果確定日）

④総評

◇特に評価の高い点

「職員への浸透を図るために、職員面談時には必ず理念を伝えていきます」
事業所として、全体としての目標、向かうべき方向性が示されている「法人理念」の職員全体への浸透を図ることが重要であると考えています。浸透させていくための取り組みとして、ホームページや施設内掲示の他、職員面談時には法人理念を経営層から直接伝えるようにしています。また、面談時には職員の業務評価も行います。自身の業務、目標や業務と法人理念を結びつけて考えられるようになることで、職員全体への浸透を図っていこうと考えています。

「業務評価制度を実施し、職員全体のスキルアップに繋がっています」
「業務評価制度」は、常勤、非常勤を問わず事業所の全職員が法人理念、方針に基づいた個人目標を設定しています。年3回の上長との面談にて、進捗状況の確認、年度を通しての振り返りや達成状況の評価を実施しています。また、前年度の未達成、改善事項を踏まえた目標設定をすることで、自己の課題を明確にし、職員の着実なスキルアップに繋がっています。

「利用者のできることに着目した支援を行うことで、自立に繋がっています」
食事は主菜を2種類の中から、その場でメニューを確認しながら選ぶことができ、利用者の「選ぶ」という保持している能力を発揮できる場面を作っています。また「車イスは移動の手段である」という考えから、食堂で過ごす際には車イスから椅子へ移って過ごすことができるように支援する等といった支援を通して、利用者が保持している機能の維持、向上に繋がっています。

◇特にコメントを要する点

「中長期をふまえた単年度の計画の更なる職員への浸透が期待されます」
事業所の単年度事業計画は、中長期計画を意識した計画になっています。しかし、事業計画の職員への浸透、理解度、計画の実行性といった点では課題があると経営層は感じています。今後は、より職員が計画を自分事として捉え、事業所全体で取り組むことができる計画の運用への取り組みが期待されます。

「利用者に対しての接遇、尊厳を守った支援の統一へ向けた取り組みを始めています」
接遇研修や尊厳についての研修を実施し、より適切なコミュニケーションが図れるような取り組みをしていますが、「接遇」や「尊厳を守った関わり」を統一・浸透できていないことを事業所として課題であると感じています。言葉による抑制のマニュアル作りやユニット会議等での支援の振り返りなど、具体的な取り組みが期待されます。

「24時間シートの工夫や更なる活用が期待されます」
利用者一人ひとりの過ごし方が、詳しく記載されている24時間シートを作成し、寝たい時間や起きたい時間は健康に支障がない範囲で自由に過ごすことができます。24時間シートの内容として過ごし方とは別に、「利用者の気持ち」や「利用者のできることで、サポートが必要なこと」の記述欄を設けることで、より利用者の意思や意向を反映した支援に繋がることができると推察されます。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

ここ数年、法人理念の浸透を大きな課題とらえ事業を進めてきました。職員には理念達成のための組織の一員であることを意識するように、と年3回の面接時に伝えてきました。その結果、日頃のサービス提供を進める上で職員との合意形成がしやすくなりました。それが利用者サービスにも良い影響を与えていると思います。開設から5年を経過しておりますが、経験年数の少ない職員が多いことから職員との面接には時間を割き職員とのコミュニケーションを大切してきました。また、利用者の自立支援について評価されたことについては職員の努力の結果です。

特にコメントを要する点については事業所全体で課題解決ができるよう次年度以降の事業に活かしていきたいと考えています。

⑥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」のとおり

評価細目の第三者評価結果

（特別養護老人ホーム）

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。		
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	法人理念や運営方針は法人のホームページやパンフレットなどに示されています。職員は「目標成果シート」を用い、理念・方針の実践目標を設定することで、実践的に周知が図られています。

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。		
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	法人全体での「会計報告会議」は毎月実施されており、事業別の収入・稼働率、経費等の支出の推移を分析しています。
I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b	職員採用を効率的に行うため「採用計画会議」を立ち上げ、採用活動の一元管理を行っています。また法人の経営課題は会計報告会議から管理者会議を経て課長会議へと落とし込み、各現場で具体策を検討することとしています。

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。		
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。	b	3か年毎に中期計画を策定しており、毎年度の事業計画の冒頭にも示されています。今後は、これらの計画に付随する収支計画の立案も検討しています。
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	中期計画に基づく単年度計画は、各課・各委員会別に作成した計画を集約した内容となっています。計画の策定にあたっては、前年度の計画の到達状況を振り返り、未達成の内容については継続的に取り組むようにしています。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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	職員の目標成果シートには事業計画に基づく個人目標を各自が設定しており、その進捗確認は年3回の面談を通じて行われています。事業所全体では、会計報告会議などの会議体や委員会を中心に、実施状況の評価が行われています。
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	利用者の家族には年度末の家族懇談会にて次年度の計画を説明しており、参加できなかった家族に対しても書面を郵送することで報告しています。今後、利用者への周知をより深めるための取り組みを検討しています。

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。		
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	中期計画に則り今年度より第三者評価を受審しています。また、全職員を対象とした業務評価制度、階層別研修、新人職員のOJT確認書などを用い、組織的にケアの質の維持向上に努めています。
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	業務評価制度では、前年度の未達成・改善事項を次年度の取り組み目標に設定します。また、今年度より第三者評価の受審結果を、業務改善に活かす取り組みを行っていきます。

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。		
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	キャリアパスや行動基準にて職層毎の役割を明確にしており、入職時のオリエンテーションは施設長が自ら行い自身の役割などについて説明しています。施設長の不在時には原則、地域支援課長を中心に管理体制を整えています。
Ⅱ－１－（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。	b	個人情報保護に関する研修の実施に加え、法令違反事例を朝礼の場面などで共有するなど、法令順守に対する意識の統一を図っています。
Ⅱ－１－（２） 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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。	b	入職時のオリエンテーションは施設長が自ら担当し、法人理念・求める職員像・接遇・業務評価制度などの説明を行うことで、質の向上を図っています。
Ⅱ－１－（２）－② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b	施設内の取り組みに加え、近隣施設との共同のプロジェクトにおいて介護ロボットの導入などについて検討しています。

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。		
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。	b	採用計画会議にて法人の採用活動を一元管理しており、各課から必要人員数や時期などの要望を収集する仕組みが整っています。職員の定着に向け、OJT確認書やマニュアル、引継ぎ書などを用い、新人の育成に取り組んでいます。
Ⅱ－２－（１）－② 総合的な人事管理が行われている。	a	入職時オリエンテーションからOJT体制、階層別研修、業務評価制度などの一連の人事管理制度が浸透しており、人材育成に取り組んでいます。
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、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a	職員の就業意識や意向については年3回の面談時に確認しています。有給休暇の取得に際しては、年末年始にかけて各職員が5連休を取得できるよう配慮しています。
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 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	非常勤職員を含めた全職員が業務評価制度に基づき個人目標を設定しています。特に新入職時には、OJT確認書と引継ぎ書を用い、チーム全体で新人を育成する取り組みを行っています。
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	職務別の職務記述書に業務内容が明記されており、到達状況を年度末に確認しています。また介護福祉士や介護支援専門員の受験予定者に対しては、秋口から事業所内で施設長が講師となる勉強会を実施し、教育をサポートしています。
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	職員は目標成果シートへの記述や面談を通じて受講したい研修の要望を出すようにしています。外部研修は少なくとも年1回以上受講することができます。その他にも内部研修や、他の職員が受けてきた外部研修の内容をパソコン上で閲覧することができます。
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。		
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	実習生の受け入れにあたり、指導者研修を受講し、実習生別の受け入れ計画表を整備しています。これまで、社会福祉士の実習生に加え、初任者研修の受け入れなども行っています。

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。		
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	法人のホームページに事業計画・決算情報・第三者評価結果などの運営状況を掲載しており、加えて施設内への掲示や家族懇談会などでの報告を行っています。
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	運営推進会議、オンブズマン制度などにより、外部の視点も含めた運営管理を行っています。

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。		
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。	a	事業所で実施している花火大会には多くの地域の方の来てもらっています。また、事業所の行事に来てもらうだけでなく、地域の方からの呼びかけで地域のお祭り等に参加することで、利用者が地域の中の一員として認めてもらえるような取り組みをしています。
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。	a	ボランティアの受け入れについては、マニュアルを活用し、職員間で統一した認識が持てるようにしています。ボランティアに対しての研修等も実施し、高齢者福祉への理解を深める取り組みも行っています。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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。	a	市の事業所連絡会に所属し、情報交換や研修へ参加しています。町内会とも協力し合い、防災協定を結び、毎年の合同防災訓練を行う等し、日頃から連携をとっています。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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	地域の方と協力し、毎年の合同防災訓練を実施しています。また、認知症サポーター講座の実施、地域の方の活動の場としてのスペース解放を行っています。
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	b	地域のニーズは、町内会との関わりや運営推進会議での民生委員とのやりとりのなかで把握しています。活動としては、認知症サポーター講座の開催等の実施をしています。

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	法人としての倫理規定を定めています。「利用者を苗字で呼ぶ」「トイレと言わない」等の丁寧な言葉遣いに取組んでいます。
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	イライラや怒りをコントロールするアンガーマネジメントを実施しており、職員のストレスによる虐待の発生を防止しています。また、入浴においても個室であり、誘導から入浴後のケアまでを1人の職員が担当し、プライバシーに配慮してサービス提供しています。
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。		
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	他施設の紹介や在宅サービスの利用を含めて総合的に福祉サービス情報を提供しています。見学を希望する本人及びご家族には随時対応をしています。
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	介護報酬の変更等については年度初めに家族懇談会を開始して周知しています。説明内容には難しい内容もあるため分かりやすい資料作成が課題です。
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	地域包括ケアセンターと連携して、他施設の利用方法や医療機関の情報を提供しています。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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	職員には直接言えない意見を汲取るために入居者懇談会を毎月開催しています。入居者の意見をユニット会議で検討してサービス提供に反映させています。
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。		
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	苦情解決の仕組みとして不満受付簿を設置しています。仕組みはあるものの、職員全体として活用しきれていないことを課題捉えています。
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	オンブズマン制度を取り入れており、施設職員には言いにくい意見を述べやすい環境を整備しています。日常的に相談員が施設を巡回して意見聴取しています。
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。	a	入居者代表から意見を聴取する機会を運営推進会議において設けています。利用者の意見に迅速に対応していくことを今後の課題と捉えています。
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。		
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	安全委員会の設置、ヒヤリハットの報告会を通じて事故の防止に取り組んでいます。リスクマネジメント責任者の選任配置と再発の防止が今後の課題です。
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	アルコールの使用や換気の計画的な実施、衛生委員会の設置、感染症マニュアルを整備して利用者の感染症の予防に取り組んでいます。
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	地域防災に取組んでおり、災害マニュアルの整備、災害時に備えた備蓄、避難訓練を実施している。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 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-(1)-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福祉サービスが提供されている。	a	基本的な介助方法についてのマニュアルを整備しています。介護技術、リハビリ、医療知識については専門職による研修をして標準化を図っています。
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	ケアプランの見直し、ケース検討会議やユニット会議においてサービスの標準化と介護サービスの提供方法について見直しを行っています。
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。		
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	利用者ごとにケアプランを作成しています。また、サービス計画も個別作成し、サービスを提供しています。
Ⅲ-2-(2)-③ 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	ケース検討会議やユニット会議において個別の介護計画について見直しを行っています。評価の方法や計画への反映についての改善が今後の課題です。
Ⅲ-2-(3) 福祉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	PCや連絡ノートを活用してサービス提供の実施状況を記録のうえ情報共有を図っています。今後は、個別観察の記録充実が課題です。
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	個人情報に関する保護規定を定めています。また個人情報の取り扱いについて職員研修を実施して情報保護の徹底を図っています。

評価対象Ⅳ 個別評価基準

	第三者評価結果	コメント
A-1 支援の基本		
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	利用者一人ひとりの過ごし方が、詳しく記載されている24時間シートを作成し、寝たい時間や起きたい時間は健康に支障がない範囲で自由に過ごすことができます。24時間シートの内容として過ごし方とは別に、「利用者の気持ち」や「利用者のできること、サポートが必要なこと」の記述欄を設けることで、より利用者の意思や意向を反映した支援に繋げることができると推察されます。
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	接遇研修や尊厳についての研修を実施し、より適切なコミュニケーションが図れるような取り組みをしています。「接遇」や「尊厳を守った関わり」を統一・浸透できていないことを課題であると感じています。事業所として、今後はより浸透、統一していくために会議や研修を通してもう一度接遇や尊厳について考えていきたいと考えています。
A-2 身体介護		
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	入浴は午前中に入りたい、午後に入りたいなどといった本人の希望を考慮して支援をしています。また、希望される方に対しては同性介助を基本とし、着替えの準備から入浴後の支援まで1人の職員が担当し、利用者の羞恥心、プライバシーに配慮しています。また、3つの入浴方法を工夫しながら実践し、利用者の身体に負担のない介助を意識して行っています。
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	定時でトイレへ誘導するのではなく、尿量の測定や排泄パターンの分析を行った結果を反映させ、その人に合った時間で声をかけるなどの工夫をしています。また、トイレへ誘導する際も「あちらに行きませんか」等といった排泄に直結する内容ではない声掛けをすることで利用者の羞恥心へ配慮しています。今後は、そういった定時以外でのトイレ誘導や、声掛けの工夫を職員間で統一して行っていくことが課題であると感じています。
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	「車イスは移動の手段（道具）」という考え方のもと、食堂では可能な限り車イスから食堂の椅子へ座りなおすことを基本としています。利用者が持っていること、できることをしてもらうことによって、機能の維持向上につなげています。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	褥瘡を予防するため、褥瘡予防研修を開催し、職員の褥瘡に対する意識向上を図っています。また、栄養課と連携し、栄養状態が芳しくなく、通常の食事の摂取が難しい方に対しては栄養価が高く、摂取しやすいゼリーを召し上がってもらうなど、栄養面からのアプローチも行っています。入院し、褥瘡ができた状態で帰ってきた利用者に対しても、体位交換、清潔保持、栄養管理にて改善した事例があります。
A-2-⑤ 着替え、整容等の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b	就寝時は、普段着でそのまま横になるのか、寝間着に着替えるのか直接利用者に聞き、その結果を踏まえた支援を行うことで利用者の自己決定や習慣を大切にしています。入浴時にも着替える洋服を利用者に確認しながら選んでいます。また、美容院についても訪問のヘアカットだけでなく、行きつけの美容院まで外出している利用者もいます。

A-3 食生活		
A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a	炊き込みご飯を定期的に提供しています。具材も秋ならきのこといった、季節の食材を使用することで、利用者が季節を感じるとともに食事を楽しめる工夫をしています。味だけではなく、見て選択する楽しみを感じてもらうためにも、選択食を導入しており、主菜は2種類の内から当日に選ぶことができます。テーブルを周りをしながら目の前でおこなっています。また、好きな物は多めに配膳する等一人ひとりの嗜好に合わせた食事提供を実践しています。
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	栄養課と連携し、利用者の栄養マネジメントを実施しています。画一的に提供するのではなく、その日の嚥下状態に合わせて食形態を変更する等といった工夫をしています。実際の介助については、自身で食べることができる利用者への過度な介助を課題と捉えており、今後は一歩まっ支援が期待されます。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	歯科医の往診による定期的な診療、口腔ケア計画の定期的な見直し、実施によって利用者の口腔衛生が保たれるように工夫をしています。また、洗面台は利用者が使いやすい高さに設定されており、利用者が自身で歯磨きやうがいができるよう配慮がなされています。口腔ケアの拒否がある利用者に対し、口腔ケアを行うことができない日がある等、拒否がある方に対してどういったアプローチをしていくかを課題と感じています。
A-4 終末期の対応		
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	看取り介護に関する研修は毎年実施しており、職員間での看取り介護に対する意識の共有を図っています。看取り期に入った利用者であっても、本人の意思を尊重し、食堂で食事をとってもらうなど、最後まで本人の意思を大切にしています。また、家族に対しては「いつでも連絡をしかまわれない」ことを伝え安心感につなげています。看取り後にはユニット会議で振り返りを必ず行い、職員のメンタル面のケアや、次の看取りへの対応へつなげています。
A-5 認知症ケア		
A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	利用者が日常的に何か役割を持てるように、洗濯物たたみをしてもらう等といった働きかけをしています。基本的には他のユニットに行くことも含めストレスを感じない様に自由に生活を送ってもらうのですが、職員間で統一された対応を実践できていないことを課題であると感じています。
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	利用者が生活する居室には、今まで使っていた馴染みの家具などは持ち込むことにより、その人が安心できる環境を整えています。また、それだけではなく必要以上に物を置かないなど転倒や混乱のもとになる物は置かないように配慮をすることで、認知症があっても安心・安全に暮らすことができるようにしています。見守りの面においても視野を広く持てる位置に職員のカウンターを設置し、作業をしていても利用者の生活の様子が見通せる環境になっています。
A-6 機能訓練、介護予防		
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。	b	1週間に1度、機能訓練を受けることによって、機能維持、向上につなげています。その他にも、原則、車イスから椅子への移動等、生活の中でも利用者が機能を維持できるよう工夫した支援を行っています。今後の課題として利用者がより主体的に「やってみよう」と意欲的に取り組めるプログラムを考えていくことが課題であると感じています。
A-7 健康管理、衛生管理、医療ケア		
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	職員に対する医務研修にて、基礎的かつ介護の場面に必要な医療の知識が学べるようになってきました。緊急時のマニュアルも整備されており、連絡経路や順序等が文字の羅列ではなく、フロー図になっており見やすいものになっています。「少しおかしいな」と感じた時点で、看護に連絡して受診につなげるなど対応をし、早い段階で受診ができるようにしています。
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、おう吐物処理の研修を職員全員が受講し、冬季はマスク着用を原則としています。これまでインフルエンザ等感染症の発症例もなく、予防・対策が確立されています。今後の更なる取り組みとして職員が熱がある場合や家族の面会についてのお願等についての文章化等が期待されます。
A-7-③ 医療依存度の高い利用者も受け入れ、適切に対応している。	b	バルーンカテーテルが装着されている利用者、酸素療法が必要な利用者の受け入れ実績があります。医療職と連携をとりつつ、介護老人福祉施設として可能な範囲で受け入れをしています。現状として喀痰吸引の研修受講者は少なく、胃瘻が必要な利用者は受け入れていませんが、今後は受講者を増やしていきたいと考えています。
A-8 利用者の人権の擁護		
A-8-① 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を定期的に実施しています。どういったケースが身体拘束に当てはまってしまうのか等といったことを理解するためにも、職員向けに研修を実施しています。直接的な身体拘束だけではなく、また、今後は玄関の施錠をせずに、自由に入出入りできる環境をつくっていくと考えています。
A-8-② 職員による利用者への虐待が行われないための具体策を講じている。	b	アンダーマネジメントの研修を実施し、職員自身の感情のコントロールをすることによって未然に虐待を防ぐ取り組みを実施しています。身体的な拘束だけではなく、言葉での拘束（待って等）を未然に防ぐためにも、全職員にアンケートを実施し、意見を集約しマニュアルを作成している段階です。

A-9 利用者の希望の尊重		
A-9-① 利用者が自由な生活を送れるように配慮している。	a	ユニット間の行き来は制限なく、自由にすることができます。就寝時間や起床時間も24時間シフトを基に原則は個々のリズムに沿って生活することができます。また、飲酒や喫煙も医療的制限が無い限り可能です。ベランダへ出ることも可能であり、設えの設定も生活に支障がない範囲で家具の持ち込み等は制限はありません。その人の習慣を大切にし、慣れ親しんだ環境に近い状態の中で生活してもらうことによって安心感が得られるようになっています。
A-9-② 預かり金の管理を利用者の希望に沿って適切に行っている。	c	現状、預り金がある利用者はおらず、立て替え金として希望したものを購入できるようになっています。
A-10 建物・設備		
A-10-① 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	中庭は自由に散歩ができるようになっています。異なるユニットでも行き来がしやすい環境になっており、利用者同士の交流にもつながっています。共有スペースにはソファを設置し、利用者や家族がともに過ごせる空間となっています。
A-11 家族との連携		
A-11-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a	体調不良には小さいことでも家族に連絡し、報告・連絡をしっかりと行っています。他にも面会時には日々の様子をリーダーや職員から伝えるようにしています。家族懇談会を年度初めに実施し、年に4回ほど家族参加の行事があり、利用者の実際の生活の様子や状態を知ってもらう機会となっています。