

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

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)	清水 俊弘	組織	2001510344
	(3)	新井 結花	福祉	2001010250
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	特別養護老人ホーム 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 10 月 29 日			
評価合議日	2017 年 10 月 29 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 11 月 1 日

設置・運営主体	社会福祉法人 ふじみ野福祉会		
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)	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	〒 354-0003 埼玉県富士見市南畑新田16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	池ノ内裕一 (所属、職名：生活課 生活課長)		
利用定員	73 名	開設年	平成 15 年 4 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
1 名	0 名	4 名	1 名	14 名	19 名
85～90歳未満	90～95歳未満	95歳以上	合 計		
18 名	10 名	6 名	73 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	2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	4名	3名	1名	1名	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）	名	名	名	名	名	名	名
合計	7名	3名	1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
1名	1名	0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	3名	10名	35名	25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
8名	13名	11名	9名	8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
4名	1名	5名	3名	3名	1名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
2名	0名	1名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

（平均利用期間： 3.09）

【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	39名	1名	3名	1名	0名
非常勤	48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	0名	19名	0名	2名	0名
非常勤	0名	12名	0名	3名	0名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1名	0名	2名	0名	0名
非常勤	0名	0名	6名	3名	0名

社会福祉士	5名	(0名)
介護福祉士	22名	(12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（定員11名）
- ・ 指定通所介護・指定介護予防通所介護（定員25名）
- ・ 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護
- ・ 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）
- ・ 配食サービス事業
- ・ 生計困難者に対する相談支援事業

【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	3944 m ²	
	入所(通所)者1人あたり	30.48 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 居室数 (入所施設の場合)	個室	12 室
	2人部屋	室
	3人部屋	24 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	15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。

- ・ 傾聴ボランティアによる利用者への聞き取り（隔週 水曜）
- ・ オンブズマンによる利用者への聞き取り（隔月 第2火曜日）
- ・ 嗜好調査（食事に携わる職員から利用者への聞き取り）
- ・ 家族懇談会（平成29年4月1日 実施）
- ・ ご意見用紙の設置

【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。

食事には新調理システムを採用し、真空調理、クックチル、クックサーブを献立によって使い分けながら提供している。朝食は主食（米飯食かパン食）、昼食は主菜の選択食を実施、年中行事食のほか寿司（生もの）の提供も定期的に行っている。

入浴は個浴（ひのき浴）、座位式浴槽、仰臥位式浴槽の3タイプを採用し個浴についてはマンツーマンにて対応している。マンツーマンで対応していることから、利用者さんとゆっくりと話ができる時間となっている。座位式浴槽については個室対応、仰臥位式浴槽について入浴中は1人対応のため、個浴同様にゆっくりと話ができています。

排泄は尿側を行い、その方に適した紙おむつを使用、定時及び随時の排泄介助（トイレ誘導等）を行っている。メインの行事として納涼祭、長寿を祝う会、もちつき、新年会を行う他、定期的にボランティアさんに協力をいただき余暇支援を行っている。特に納涼祭は地域の方にも参加を呼びかけ盛大に行うため、職員は3ヶ月前より実行委員会を立上げ準備をしている。餅つきは年末に新年を迎える準備として、利用者さん、ご家族、職員と一緒に餅つきを行い、つきたての餅を食べてもらっている。

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。

【第三者評価の受審状況】

- ・ 受審回数（前回の受審時期）

2 回 （平成 25 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：	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)：	73 名
所在地：	〒 354-0003 埼玉県富士見市南畑新田16番地1	TEL	049-255-6102

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、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を通し、職員全体への浸透を図っていきこうと考えています。

「家族との関わりや、報告や情報共有を大切にしています」
事業所として家族との関わり、報告を大切にしています。施設の取り組みについては毎月の請求時に事務連絡として情報提供を実施、家族懇談会の際にも必要な情報提供を行い、欠席した家族に対しても懇談会の質疑応答も含めての詳細を文書にして送付するなどの丁寧な対応を意識した取り組みが行われています。

「選択食を取り入れ、盛り付けも利用者の目の前でやることで自己選択や食の楽しみ、意欲の向上につながっています」
食事は主菜を2種類の中から、その日に食べたいものを選ぶことができる選択食を取り入れています。その場で、自分で食べたいものを選ぶことで自己決定を促し、利用者が選ぶ楽しみを感じるにつながっています。また、食事はメニューを伝えながら、食べるその場で盛り付けを行うことにより適温での食事の提供や利用者の食への意欲の向上につながっています。

◇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。

「職員全体で学んだことを共有し、実践に繋げることができる工夫が期待されます」
階層別や各テーマの研修が定期的に行われています。現状として、業務状況との兼ね合いで参加できる職員に限られています。今後の取り組みとして、より多くの職員が同じ内容の研修を受け、共有し、全体として現場での実践に繋げていけるようにしていくことが期待されます。

「利用者への声の掛け方や、関わり方の工夫によってより質の高い支援が提供されることが期待されます」
事業所として課題と感じている「利用者の自己決定」や認知症のある方の「意思の尊重」といった部分をクリアしていくため、何かをする時の声の掛け方の工夫として、「〇〇をしましょう」ではなく、「〇〇をしませんか」という問いかけ、本人の自己決定を促すことができるような声掛けを全体として徹底していきこうという取り組みを始めました。

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。また、ご家族の関りやおいしい食事の提供が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 (1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-1 (1) -① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b	ホームページやパンフレットに法人理念を掲示しており、業務評価面接時には職員へ理念を直接伝える機会を作り、理念の浸透を図っています。家族へは懇談会の際に説明と資料を配布しています。

I-2 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-1 (1) -① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a	行政機関による経営分析レポートを確認して介護業界を取り巻く経営状況を把握しています。
I-2-1 (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	月に一度の会議において経営課題を抽出しています。しかし、改善活動の実施までに時間を要していることを事業所として課題と感じています。

I-3 事業計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-3-1 (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) -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	部門ごとに課長・主任が中心となり経営ビジョンを踏まえた事業計画の見直しを策定しています。
I-3-1 (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。	b	事業所の中・長期計画を意識した単年度計画を策定しています。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。
I-3-1 (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-1 (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	部門ごとに事業計画を策定し、発表の機会を設けています。しかし、計画内容を把握出来ていないという声も聞かれるため更なる取組が期待されます。
I-3-1 (2) -② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b	事業計画書は家族懇談会にて家族に対して説明し、事業所が目指す方向性や具体的な行動計画などを示しています。しかし、利用者本人に対しての周知といった点では取り組みはできておらず、事業所としての今後の課題であると感じています。

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 (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) -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	オンブズマン制度を取り入れて利用者及びご家族の意見を客観的に取り入れる体制を整備しています。また、第三者評価を実施し、外部評価を受けています。
I-4-1 (1) -② 評価結果にもとづき組織として取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	年度ごとに取り組むべき課題を明確にし、次年度の事業計画に反映させています。計画の内容を現場の職員まで浸透させることが今後の課題です。

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。	b	入職時のオリエンテーションや会議等の場において、管理者の役割や責任を伝える機会を設けています。管理者の業務状況を形として見える化していくことが今後の課題であると推察されます。
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。	a	外部で開催される法令遵守に関する研修へ参加しています。また、研修内容の報告を全職員が閲覧する事が出来る仕組みがあります。
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。	a	指導力を発揮するために管理者研修及びリーダー研修を実施し、現場指導に努めています。事業所としては、今後、自発的に職員からの業務改善等についての意見がより上がるようになっていくことが望ましいと考えています。
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	職員ひとり一人に対して、業務を通じた個別指導を実施しています。

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	法人として採用窓口を設けて人材確保のための取組を実施している。しかし、採用が困難な状況においては、更なる経営努力が求められます。
Ⅱ-2-（1）-② 総合的な人事管理が行われている。	a	業務評価制度による人事効果、キャリアパス制度を採用して総合的な人事管理を実施している。
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組んでいる。	a	ワークライフバランスや職場環境に伴った業務評価制度を使用し、職員の意見を職場環境の改善に反映させる取り組みをしています。
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	年度を通じて3回の業務評価を実施し、各職員の目標に対する取組みや達成度を確認して職員を育成しています。
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	年間の研修計画に基づいて職員を育成しています。基本方針を明文化や継続的に方針を職員に伝えることにより、更なる充実を図っています。
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。	b	階層別や各テーマの研修が定期的で開催されています。現状として、業務状況との兼ね合いで参加できる職員に限られています。今後の取り組みとして、より多くの職員が同じ内容の研修を受け、共有し、全体として現場での実践に落とし込む仕組み作りが期待されます。
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。	a	各教育機関と連携してヒヤリングによる希望に沿った実習を計画しています。また、教育と現場において隔たりがあるケースもあるため改善に努めています。

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	ホームページは「一般向け」「職員向け」に分けて運用されており、一般向けには事業計画書、現況報告書、事業報告書、決算報告書、利用者の状況、第三者評価等の情報公開等が行われ、職員向けにはより業務に則した情報が公開されています。
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。	a	管理職会議、会計報告会議にて経営と運営の取り組みがなされています。今後は「職員への周知」、「専門性の高い客観的な経営改善の活用」を課題として捉えており、今後の取り組みが期待されます。

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	地域の老人会、町会、ボランティアへ向けて招待状が出される法人の「お祭り」が地域のお祭りとなって定着するほど活発な交流が行われています。また、利用者には地域で行われるボランティアコンサート、町会主催の運動会などへの参加も積極的に行われています。
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	市のポイント制を利用し、地域のボランティア（傾聴、配膳・下膳、草むしり、生活支援等）の受け入れが積極的に行われています。また、受け入れに際しては「ボランティアのしおり」が作成されており、さらにボランティア自身に活動記録を書いてもらう事により、利用者に資する情報を収集し、施設運営に役立てられています。
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	社会福祉協議会、市のボランティア人材バンクとの連携によるボランティアの受け入れ、嘱託医、関連医療機関との連携による緊急時の対応等がなされており、社会資源の明確化が図られています。
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。	a	防災面では地域との災害援助協定が結ばれ、施設が福祉避難所に指定されていることから、施設を利用して地域住民との合同防災訓練などが行われています。また、中学生の職場体験、民生委員や児童委員に対しての施設紹介を積極的に行っています。
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。	a	市のセーフティネット事業、社協との連携により地域の生活困窮者に対する相談支援活動を行っており、施設内に担当者配置し、過去の事例として「家賃、光熱費、食材の支給」等の相談支援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	倫理規定を策定し、職員が理解し実践するための取り組みとして、「身体拘束ゼロへ向けた委員会」を設置、利用者の尊重や基本的人権への配慮について内部研修を行い、ケアの見直し等へ向けた取り組みが行われています。
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	個人情報保護規程と権利擁護規程が作成されています。施設は多床室においても各ベッドは仕切りにより準個室的な作りになっていて、ハード面でもプライバシーに対する配慮がなされています。現在、利用者のプライバシーに関する職員間の会話・声の大きさ等、より繊細な部分について課題とする認識があり、今後の取り組みが期待されます。
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	利用希望者に対する情報は、ホームページ、施設入り口掲示板等に掲載し誰でも見れる状態にしています。見学は予約がなくても随時対応しており、重要事項説明書を基に説明、施設見学を通してその場所、その場所においてサービス内容を具体的にかつ丁寧な説明がされています。
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	サービス開始時は、重要事項説明書に基づいた詳しい説明が行われています。変更にあたっては利用者や家族の自己決定を尊重し、同意を得るようにされています。また、施設の取り組みについては毎月の請求時に事務連絡として情報提供を実施、家族懇談会の際にも必要な情報提供を行い、欠席した家族に対しても懇談会の質疑応答も含めての詳細な文書にして送付するなどの取り組みも行われています。
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	在宅復帰へ向けての支援、医療機関への入転院、他の高齢福祉サービス施設への移行等、利用者の状態の変化に基づいた移行支援が行われています。移行においては、各関係機関との連携を図り利用者がかかる福祉サービスへの継続性について配慮がなされています。
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。	b	利用者に対しては、利用者懇談会における聞き取り、またオンブズマンによる聞き取り調査が3ヶ月に2回程度行われています。しかし、現在利用者全員を対象とした定期的な取り組みがなされていない事を課題として認識されており、今後の取り組みが期待されます。
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。	a	苦情解決の仕組みの一つとしてオンブズマンの聞き取りが、重要事項説明書にて明示されており、また施設内には「意見箱」を設置、さらに施設長を始めとした経営層のラウンドを実施しています。
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	利用者懇談会、オンブズマン、ボランティア、担当職員、経営層のラウンド等、利用者が相談したい時や意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が組織として整備されています。
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。	b	利用者からの意見や相談に対しては担当者からリーダーを通してフロア会議にて討議され、必要に応じて経営層へ上げられて迅速に対応されています。しかし、行っている方法や報告の手順、対応策等についてはマニュアルとしては整備されており、現在はマニュアル化し利用者、職員に周知して行く事が望まれます。
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	安全委員会が設置され、リスクマネジメントに関する責任、手順等を明確にしています。また、ヒヤリハットは月15～20件の報告があり、分析結果等については、職員用のホームページにて随時閲覧・確認が可能な状態になっています。
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	衛生委員会が設置されており、マニュアルの整備を始め同委員会が主導して感染予防に対する研修が行われています。また、年間を通して出勤職員全員の検温を実施、職員の体調管理に関する取り組みを行っています。
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	火災を想定した訓練は年2回定期的に行われています。また、災害対策の新人研修や備蓄も行われており、水害を想定した地域との合同訓練等も行われています。しかし、職員全体を対象にした災害対策訓練はまだ定期化しておらず課題として認識されていることから、災害対策のマニュアル整備、訓練の定期化についての取り組みが期待されます。

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	各業務マニュアルが整備され、また、研修やOJTにより職員に周知徹底、福祉サービスが適切に実施されています。また、各マニュアル類は職員用ホームページでも常に閲覧可能となっています。
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	マニュアルの見直しは、職員からの提案や個別的な事例の検証をもとにフロア会議やリーダー会議で随時行われています。また、改定部分については赤字で示すなど職員に伝わりやすい工夫がされています。
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	年間のケース会議予定をもとにアセスメント、施設サービス計画が実施されています。また、職員はパソコンのネットワークシステムから常に会議録、施設サービス計画を確認することが可能であり、情報共有のもと利用者ケアの実施に活かされています。
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	利用者の状況変化と意向に応じたサービス実施計画の見直しは、主にケース会議にて検討され、変更された内容については日々の「申し送りノート」にて周知が図られています。また、変更があった際は利用者の家族に対しても電話等で説明、同意を得ています。
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	サービス実施状況の記録類については、全てパソコンのネットワークシステムで情報共有され、サービス実施計画の評価・見直しを行う際の基本情報となっています。
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	個人情報保護方針については規定に基づいた管理がされています。サービス提供の記録・保存・開示、機密保持の遵守については重要事項説明書に記載、利用者より同意を得ています。また、広報活動に用いる写真等の扱いについては個別に同意を得るようにしています。

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	DVDを見て過ごしたい人、活動的に過ごしたい人等、入居前の過ごし方や意向が書かれている「面接表」を職員間で共有し、その人が「したいこと」が反映された過ごし方ができるように支援をしています。
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	難聴の利用者に対しては、職員間でコミュニケーション方法を検討し、筆談を取り入れる等しています。「挨拶」や「利用者の選択」を大切にという考えから接遇研修を実施し、「〇〇しましょう」という声掛けではなく「〇〇しませんか」という利用者の自己決定を促す声掛けを徹底しています。
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。	b	3種類の浴槽が設置されており、利用者の状態に合わせて選択しています。入浴方法については業者からの研修を受け、利用者に安全かつ統一された支援が提供されるよう工夫をしています。また、マンツーマンの対応と同性介助を基本としており利用者の尊厳を大切にしながら支援を行っています。
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。	a	排泄用品の業者からの研修を受け、適切な使用方法等を職員全体で学ぶ機会があります。尿がバットから漏れてしまう利用者に対しては、衛生面や本人の不快感を取り除くため、尿量と排泄パターンの分析を行い、バットから尿が漏れてしまう回数の軽減につなげています。
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。	b	職員間の共通認識として「車イスは移動のためのもの」という考え方を意識しています。普段車イスを使って移動している利用者も、食事の時間等には椅子に移ってもらっており、少しでもできることはしてもらうことでその人が保持している能力を発揮できるケアを行っています。
A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a	3か月に1度、栄養値の検査を実施し、嘱託医や事業所の栄養課とも相談をしながら食事の量や質の検討をしています。また、体位交換はチェック表を活用し、職員全体確認・実施ができる体制が整っています。エアマットの使用や、適度に起きている時間を増やすなど、メリハリをつけることによって褥瘡の予防・改善に努めています。
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	衣類はその時々によって利用者に対して「どの洋服にするか」を確認し、自己選択を促すことにつなげています。また、歯磨きや整髪などの動作については利用者自身で行う機会が少なく、事業所として課題であると感じています。今後の取り組みとして細かい整容についての動作等も自身で行うことができるよう、一歩待つ支援の実践により、自立支援につなげていくことが期待されます。

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	家庭生活の延長の場であることを意識し、利用者が食べたいものは自分で選ぶ事ができる「選択食」を導入しており、利用者がその日、その時に食べたいメニューを2つの中から選ぶ事ができるようになっています。食事の盛り付けは利用者に量などを確認しながらその場で行うため、利用者の自己決定や温かい食事を提供することにつながっています。
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。	a	定期的な血液検査による栄養状態を把握し栄養課とともに今の利用者に必要な量や質を考え、1人ひとりに合った食事を提供しています。介助方法についても状態の変化に応じ、食事形態等を変更し、1週間の試行期間、評価、再試行といったサイクルで一人ひとりにあった方法を考え実践することにより安心、安全な食事につながっています。
A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b	月4回の訪問歯科の受診を受けることができます。そこで口腔ケアについて助言や指導を受け、1人ひとりにあった口腔ケアを行っています。また、歯科衛生士の資格を持った職員がおり、その職員が中心となり、口腔ケアを行うことが困難な利用への対応などについて検討をしています。
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	嘱託医は看取り介護についても協力的であり、急変があった場合においても連携を取れる体制が整備されています。連絡手段についてもマニュアルがあり、言葉が羅列してあるものではなく、図表が多く使われており一目見ればわかるようなフロー図になっています。終末期を迎えた際には普段の会議とは別に会議を設け、看取りに関する研修を行うなど、職員の意識的な部分での準備も徹底しています。
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	認知症がある利用者に対しては、全てを支援するのではなく、「できることはやってもらう」ということを大切に支援を行っています。また、言葉での抑制を予防・改善していくために、抑制に該当する場面等について職員から意見を集め、今後それをマニュアルに落とし込み、事業所として症状が少しでも落ち着いて過ごせるような支援に繋げていきたいと考えています。
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	認知症の方が混乱しないよう、表札を用意し、自分の居室であるということを確認できるようにしています。また、居室の設えも、利用者の生活習慣や希望を前提としたうえで、必要以上に物を置かない等、工夫をしています。
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	機能訓練指導員が利用者に対してリハビリを実施しているほか、車イスの方でも食事の時には椅子に座ってもらう等生活の場面でもリハビリを行っています。しかし、個別機能訓練については、全ての利用者への実施までは至っておらず、今後はより多くの利用者への継続的なリハビリを実施していきたいと考えています。
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	急変時のマニュアルが整備されており、看護師や医師、上長への連絡方法等についてフロー図で分かりやすくまとまっています。普段から看護師への連絡は密に行っており、何かある前にこまめに報告・連絡・相談ができる連携体制はがとれています。
A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a	食中毒について真空調理することで、二次汚染のリスクを軽減することにつながっています。職員に対しても出勤時の検温実施等、感染症に対する意識づけを徹底しています。
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。	a	酸素吸入が必要な方や胃ろうが増設された方であっても、原則的には入所することができるようになっています。今後の利用者の重度化に備え、職員に対しての医療的な研修の実施や、各たん吸引の研修に積極的に職員が参加しています。
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。	b	「身体拘束ゼロに向けた委員会」を設置しており、委員会主体で利用者の尊重や基本的人権への配慮について内部研修を行い、日々の中で不適切な支援にならぬよう意識づけをしています。
A-8-② 職員による利用者への虐待が行われないたための具体策を講じている。	a	身体拘束ゼロに向けた委員会にて外部の講師を招き、アンガーマネジメントについての研修を実施しています。虐待や身体拘束の発生を未然に防ぐためにも、職員が自身のタイプを知っておくことが必要と経営層は考えており、衛生委員会からの発信でストレスチェックや自己覚知等を行っています。

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	飲酒や喫煙の習慣があった利用者に対しては、医療的な制限が無い限りで自由にすることができます。また、お酒については、施設内で模擬居酒屋を設営し、実際にお酒を飲んだりすることができる「居酒屋行事」も実施しています。
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。	a	現在は預かり金の対象になる利用者は入居していませんが、預かり金規定は整備されています。別途金銭が必要になった場合は、立て替え金として領収書を発行しています。
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	居室は多床室であっても、必ず1人ひとりの生活空間には窓がついており、壁に囲まれた空間にならないように工夫がなされています。また、どこを向いても他の利用者の事が目線に入らない作りになっており、プライベート空間が確保されるような配慮がされた作りになっています。共有スペースには広く、季節のお花や川の流れを見ることができるフリースペースがあり、利用者や家族の憩いの場として活用されています。
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	家族懇談会や、面会の際の利用者の日々の様子や支援の考え方について伝える機会があります。また、家族と外出や外泊をする利用者も少なくなく、毎週外出、外泊をしている利用者もいます。その際にも、家族が介護の方法や対応に困らないように、ポイントや注意点、生活の様子等について伝えるようにしています。