

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2013 年 1 月 22 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 011-251-3897

評価機関名 北海道社会福祉協議会

認証番号 北海道 第12-006号

代表者氏名 会長 三宅 浩次

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)	齊藤 和雄	総合	第0202号
	(2)	高橋 修一	福祉	第0156号
	(3)	宮川 良介	総合	第0213号
	(4)	中静 紗弥子	福祉	第0208号
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	南幌みどり苑			
設置者名称	社会福祉法人 南幌福祉会			
運営者(指定管理者)名称	同上			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2012 年 5 月 22 日	～	2013 年 1 月 22 日	
利用者調査実施時期	2012 年 7 月 9 日	～	2012 年 8 月 20 日	
訪問調査日	2012 年 10 月 2 日			
評価合議日	2012 年 12 月 18 日			
評価結果報告日	2013 年 1 月 22 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

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 南幌福祉会

代表者氏名: 理事長 白倉 健一

所在地: 〒069-0238 空知郡南幌町元町2丁目2番2号

TEL 011-378-1556

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

○地域福祉の核としての取り組み

施設開設から29年目に入り、地域における福祉の核として各事業を展開され、ショートステイやデイサービス事業などを実施し、地域のニーズに応じております。職員は利用者に対し明るく接しており、また、職員の資質向上を目指し、各種研修に積極的に取り組み切磋琢磨する姿勢は、評価できます。

○苦情解決の仕組みにおける第三者委員への意識付け

苦情解決の仕組みに関して、当該年度内で苦情の有無に関わらず、事例検討会を実施し、検討結果を第三者委員に報告して、苦情対応に臨める意識付け、注意喚起を図っており、実効性ある仕組みを構築する工夫をこらしています。

○介護力向上委員会の取り組み

各職種が参加している介護力向上委員会では、全国老人福祉施設協議会主催の生活機能向上研修で学んだ「生活リハビリ」に注目し、学習したことを介護職員にフィードバックし「排泄ケア」や「食事」などで実績を上げています。「排泄ケア」は、水分摂取管理、食物繊維の利用で浣腸や下剤使用者が1日平均10名から0名になる日があるまでに減少、特に座位保持による腹圧、補助具を使用しての自力排泄ができるまでに回復する事例や、胃ろうの利用者が経口摂取(刻み食)まで回復した事例などが見られます。利用者のエンパワメントに注目し、実績を上げている介護力向上委員会の取り組みは高く評価できます。

○利用者の外出・外泊に対する対応

事前に申し出れば、利用者または利用者家族の希望に応じていつでも外出・外泊ができるように体制が整えられています。外出・外泊の際には、希望があれば施設による送迎も行い、介護用品の貸し出し・おむつ・配薬など、外泊先での生活の支援についても十分な配慮がなされています。

◇改善を求められる点

○理念や基本方針の整備

法人には、その存在理由や信条を明らかにした理念の明文化が期待されますが、明文化されておりません。また、基本方針は明文化されておりますが、理念に基づいたものとはなっておりません。理念や基本方針は法人や事業運営の基本となるものであり、福祉サービスに対する姿勢を示すものですので、理念及びこれに基づく基本方針の明文化を期待します。

○中・長期計画の策定

中・長期計画が策定されておきませんが、法人経営や福祉サービスを実施するにあたっては、組織の理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示した、中・長期計画(概ね、3~5年)が必要となりますので、策定を期待します。

○プライバシー保護規程整備の必要性

プライバシー保護に関する規程が整備されていません。ただ、サービス提供に関する各種マニュアルにおいては、プライバシーに配慮した内容となっており、また、施設内のハード面、サービス提供場面においてもプライバシーを配慮したものとなっています。今後は、これらの取り組みを普遍的に裏付けるためにも、早急にプライバシー保護規程の整備に向けた取り組みに期待します。

○各日常生活支援サービスにおけるマニュアル・プログラム化の必要性

各サービスについては、看護師や介護職員がうまく連携し、質の高いケアが提供されています。しかし、一部、マニュアルやプログラムの策定ができていません。例えば、服薬マニュアルは策定されていますが、万が一のための誤薬に対するマニュアルが策定されていないなどがあげられます。また、実績をあげている介護力向上委員会主導の「生活リハビリ」を、日常の支援から機能回復訓練プログラムとして位置づけし、目標化されるような取り組みがあれば、日常生活支援サービスの提供や機能回復のさらなる向上が期待できます。

○施設サービス利用に関する広報、ホームページの整備について

利用者及び家族向けの広報誌は、カラフルで分かりやすく工夫されており、施設パンフレットの内容も誇大な表現は無く、見やすいものとなっています。しかし、ホームページについては、一般の方が見て分かりやすいものとは言えません。現在、見直し検討に入っているということです、訴求力のあるものとなることに期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度、初めてとなる「福祉サービス第三者評価」を受けることが出来た事で、「自己評価」に「専門家による評価」が加わり、今後の「サービス向上」に向けた取り組みができます。「改善を求められる点」については改善に向けて取り組んで参りたく、また、「特に評価の高い点」については、引き続き継続、さらなる向上に向けて取り組んで参ります。

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 24 年 8 月 13 日

事業者名 (法人名)	社会福祉法人 南幌福祉会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム南幌みどり苑	種別	特別養護老人ホーム
事業所所在地	〒 069-0238 空知郡南幌町元町2丁目2番2号		
電 話	011-378-1556		
F A X	011-378-1526		
E-mail	n.midori@n-fukushikai.or.jp		
U R L			
施設長氏名	山下 孝二		
調査対応ご担当者	横道 淳 (所属、職名：事務長)		
利用定員	70 名	開設年	昭和 59 年 4 月 1 日
理念・基本方針：「いつも 明るく 笑顔のある みどり苑」～ 利用者の権利を尊び、本人と家族の思いに寄り添いながら、「喜び・安堵・愛情・娯楽」のある生活が送れるよう、安心と信頼のサービスを提供します。			
開所時間 (通所施設のみ)			

【本来事業に併設して行っている事業】

(例) 身体障害者施設における通所事業 (定員〇名)

- ・ 短期入所生活介護事業 (定員 8 名) ・ 通所介護事業 (定員 25 名) ・ 居宅介護支援事業
- ・ シルバーハウジング生活援助員派遣事業

【利用者の状況に関する事項】（平成24年 8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（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

○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
0名	0名	4名	7名	20名	21名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
9名	7名	2名	70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ヶ月未満	6ヶ月～1歳3ヶ月未満	1歳3ヶ月～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			

○障害等の状況

・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	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	名
肢体不自由	8名	5名	3名	2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	1名	名	名	名	名
合計	9名	5名	5名	2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。）

最重度・重度	中度	軽度
名	名	名

・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

○サービス利用期間の状況(保育園を除く)

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
11名	8名	15名	8名	3名	5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
6名	3名	3名	2名	2名	2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	1名	1名		

(平均利用期間： 3年7ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(平成24年 8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	事務員	主任指導員	指導員
常勤	36名	1名	3名	1名	1名
非常勤	11名	名	名	名	名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護職	OT、PT、ST
常勤	名	24名	名	4名	名
非常勤	名	6名	名	1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	1名
非常勤	名	名	名	2名	2名

※高齢者福祉サービスでは「指導員」を「(生活・支援)相談員」と読み替えてください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職」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	2名 (名)
介護福祉士	16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)

【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	2, 209. 3 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	58年
(4) 改築年	平成	2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 23 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

240 人

・ボランティアの業務

車椅子清掃、ガラス拭き、利用者との交流、行事のお手伝い、演芸慰問他

【実習生の受け入れ】

・平成 23 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 5 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。

家族会（年 1 回）、家族交流会（年 1 回）、ご意見箱設置

【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、基本方針が確立されている。		
Ⅰ－１－（１）－① 理念が明文化されている。	c	法人の理念が明文化されていない。理念は、法人の社会的存在理由や信条を明らかにしたものであり、職員の行動規範であることから、法人経営や様々な事業を進める上での基本となるものなので、理念の策定を期待したい。
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	c	事業計画書に基本方針が明文化されているが、理念に基づくものではない。基本方針は、当該事業所の利用者に対する姿勢や地域との関わり方、あるいは組織が持つ機能などを具体的に示す重要なものであり、年度ごとに作成する事業計画などの基本ともなるものなので、法人の理念と整合性がとれた基本方針の策定を期待したい。
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。	b	法人や施設の基本方針について、職員会議や研修の場で周知している。パート職員は基本方針を知る機会がないが、基本方針も職員の行動規範となるものなので、全職種を対象に周知されることを期待したい。
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	c	基本方針は施設内に掲示しているが、家族会などで説明していない。理念や基本方針を利用者などに周知することは、法人が実施する福祉サービスに対する安心感や信頼を高めるためにも必要であり、わかりやすく説明した資料の作成と周知に期待したい。

Ⅰ－２ 事業計画の策定

	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。	c	施設建設から30年近く経過し、現在、施設整備に係る平成25年度からの3ヶ年計画を検討中である。中・長期計画は、組織の理念や基本方針の実現に向けた具体的な取り組みを示すものなので、これら施設整備や実施する福祉サービスが盛り込まれた中・長期計画の策定を期待したい。
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。	c	法人や施設の事業計画は毎年作成されているが、中・長期計画や中・長期の収支計画に基づくものではないことからその内容を反映する計画とはなっていない。
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	全職種の代表が集まり、組織的に次年度の事業計画を策定するとともに、年度途中においても、事業計画の評価、見直しを行っている。
Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。	a	事業計画は当該法人の事業計画書として配布され、職員会議や主任クラスが集まる会議で説明されている。計画書は職員が理解しやすい内容となっている。
Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。	c	利用者向けに事業計画書を施設内に掲示している。年1回、家族会の総会が開催されており、事業計画を家族に周知するための仕組みはできている。わかりやすく説明した資料を作成し家族会で説明するなど、事業計画の理解を得る取り組みを期待したい。

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	管理者は職員会議や研修などを通じその職責を明らかにするとともに、広報誌「みどり苑だより」の誌面を通じ自らの職責、施設運営についての考えを表明している。
I-3-(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。	a	管理者は各種研修会に積極的に参加し、幅広い分野において法令などを把握している。また、これら研修資料について、主任クラスを対象とした会議や一般職員を対象とした会議において周知を図り、共通認識を図っている。
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組に指導力を発揮している。	a	施設が実施する福祉サービスに関する課題などを把握するため、事故防止委員会、褥瘡防止委員会、身体拘束廃止委員会、介護力向上委員会、広報委員会などを立ち上げるとともに、これら委員会に管理者が参加しリーダーシップを発揮している。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	事業所の健全運営と施設機能の充実向上を目指し6つの委員会を組織しており、管理者自ら委員会に参加するとともに、業務の改善なども念頭に入れながら指導力を発揮している。

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	福祉新聞、介護新聞などの購読、インターネットを駆使しての福祉を取り巻く動向などの把握、各種研修会へ出席しての情報収集に努めている。今後は、これら取得した情報などについて、中・長期計画や各年度の事業計画に反映させることを期待したい。
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組を行っている。	b	サービス利用者の動向、コスト分析などを行っているが、不定期であり、また、組織としての取り組みになっていない。改善すべき課題を発見するためにも、職員から意見を聴取したり職員同士の検討の場を設定するなど、組織的な取り組みを期待したい。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	c	外部監査は実施されていない。経営上の改善課題の発見及びその解決のための客観的な情報を得るためにも、外部監査の実施を期待したい。

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。	c	欠員が生じた場合補充するなど、必要に応じ職員を採用しているが、人事プランはない。組織を適切に機能させるために必要な人数や体制、社会福祉士や介護福祉士などの有資格者の配置などが盛り込まれた具体的なプランの策定を期待したい。
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。	c	人事考課は、実施されていない。人事考課は人材の能力開発・育成に活用され、公正な職員処遇を実現すること、また、職員の意欲を喚起し組織の活性化に役立つものなので、人事考課の実施を期待したい。

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。	b	管理者は、機会あるごとに職員に声掛けし、職員の意向、意見の把握に努めている。有給休暇については、消化率は低いが希望通り取得できている。個人の意向を確認する個別面接は、有期職員に対し行われているが、今後は、全職員を対象に行うとともに、把握した職員の意向やチェックの結果などについて、分析・検討されることを期待したい。
II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	b	北海道民間社会福祉事業職員共済会及び福利厚生センターに加入し、総合的な福利厚生事業を実施している。今後は、職員が健康上の問題や職場での悩みなどを気軽に相談できるような窓口が整備されることを期待したい。
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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。	c	毎年度、研修計画が策定され実施されている。しかし、職員の教育、研修に関する基本姿勢を明示したものはない。基本方針や中・長期計画を策定し、組織が求める基本的姿勢などを明示し、組織としての目的意識を明確化することに期待したい。
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組が行われている。	c	組織として計画している個別職員に対する研修は、採用時の新入職員研修を実施しているのみであり、個々の職員に対する教育や研修計画は策定されていない。職員一人ひとりのキャリアやスキルに応じた研修計画の策定及び実施に期待したい。
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。	c	研修参加者は、研修報告書を作成し提出している。介護職員や生活相談員は、介護力向上委員会の場で研修内容を共有し評価、分析を行うとともに、自らの業務に活かしている。しかし、個別職員に対する研修計画は策定されていないので、個別職員に対する研修計画を策定し、上記取組を実施されることを期待したい。
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。	b	毎年、実習生を受け入れ、福祉人材の育成に貢献している。実習生の受け入れについての基本的な体制は構築されているが、その体制整備のためにもマニュアルの作成と、効果的な育成プログラムの整備に期待したい。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 災害時に対する利用者の安全確保の取組が行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	b	緊急時マニュアルが策定されており、利用者の容態急変時の対応が明記されている。安全確保のための取組は、組織的、継続的に行われる必要があることから、担当者・担当部署の設置や事故防止策の定期的な評価・見直しの実施などの取組を期待したい。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保の取組を行っている。	b	避難訓練が実施されており、備蓄食糧などを購入するための経費も予算化されている。災害発生時の対応や職員の出勤基準、利用者及び職員の安否確認の方法などが明示された災害時対応マニュアルの策定を期待したい。
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。	b	事故防止委員会規程が整備され、ヒヤリハット報告や事故報告書に基づき、その要因や予防策が検討され事故予防に努めている。なお、検討結果などは主任クラスまでしか周知されていないので、全職員が共有できるよう組織的な取組を期待したい。

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。	b	事業計画書の「年間行事計画表」に地域との交流事業が掲載されており、事業報告書にも地域との交流活動について実施状況が記されている。地域との交流は、単に行事を行うということだけではなく、組織が地域社会の一員として社会的役割を果たすということからも、地域との関わりについて基本的な考え方を文書化されることを期待したい。
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	b	事業所に対し、中学校や高校から福祉の話などについての依頼があった場合、講師として出向くことはある。今後は、講演会や研修会の開催、福祉に関する相談窓口を設置するなど、事業所の持つ機能を積極的に地域に還元する取り組みを期待したい。
Ⅱ-4-(1)-③ ボランティア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	平成23年度は延べ240人のボランティアを受け入れ、その内容も車椅子清掃、ガラス拭き、演芸慰問、利用者との交流など多岐にわたっている。事業所側の姿勢や受け入れ体制が明確になっていないと、トラブルを誘因することもあり得るので、ボランティア受け入れについて、マニュアルなどの作成を期待したい。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	事業報告書には、「関係機関との緊密な連携を保ちつつ」との文言があり、行政機関、医療機関、緊急時連絡先、苦情受付窓口、社会福祉協議会などの関係機関を把握しリスト化している。今後は連携の必要性の理解をさらに深め、職員間での情報の共有化が図られることを期待したい。
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	b	町の「医療・保健・福祉推進会議」や「町立病院あり方検討会」に、施設長が参加し関係機関とのネットワーク化が図られている。今後は、このネットワークを有効に活用し、介護事業など地域全体で課題となっている点について、関係機関へ積極的に問題提起し、解決に向けて協働して取り組んで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。		
Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	b	法人内事業所や関係機関からの情報はあがるが、不定期で受け身の姿勢である。関係機関、団体との連携に基づく具体的な把握方法の構築や、地域住民に対する相談事業の活発化などにより福祉ニーズの把握に努められることを期待したい。
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	把握した福祉ニーズに基づき、地域生活を支援するデイサービス事業、ショートステイ事業を行っており、これらは事業計画の中にも明示されている。

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。		
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組を行っている。	b	玄関のわかりやすい位置に、利用者や職員、家族、訪問客が見えやすいように大きな字体で、法人の基本方針が掲示されている。また、各種サービス提供マニュアルにも基本方針が反映された内容が記載されている。ただ、研修会などによる職員への周知徹底が十分とは言えず、今後の組織的な取り組みに期待したい。

<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>プライバシー保護に関する規程などは整備されていない。ただ、実際の施設内の浴室、居室内トイレはプライバシーに配慮した造りになっている。今後は、規程の整備及びハード面での一層の整備を期待したい。</p>
<p>Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に務めている。</p>		
<p>Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。</p>	<p>c</p>	<p>組織として利用者や家族向けアンケートの実施などの利用者満足向上のための取り組みを定期的、継続的には行っていない。ただ、年に1度開催される利用者連絡会議において利用者からの意見を聞く機会はある。今後は組織的、継続的な利用者満足の向上を目指す仕組みの構築に期待したい。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>わかりやすい場所への意見箱の設置や、意見を述べやすいスペースの設置に配慮している。また、誰にもわかるように役職員、第三者委員を含めた大きな顔写真入りの紹介掲示を貼り出している。さらに、利用者連絡会議を設置し意見を述べやすい機会を確保している。ただ、わかりやすい書面による相談方法の周知などについては十分とは言えず、今後の取り組みに期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>苦情受付担当者、第三者委員を設置し、苦情解決規程による体制を広報誌、掲示、重要事項説明書により周知している。苦情案件の有無にかかわらず、年1回北海道運営適正化委員会発行の苦情事例集を活用し事例検討を行い、結果を第三者委員に報告し苦情対応に臨める意識付け、注意喚起を図っている。</p>
<p>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。</p>	<p>c</p>	<p>利用者代表会議を開催し利用者の意見を把握する場を設けている。対応マニュアルは整備していないが、実際に利用者から意見を伺い迅速に改善した実績があり、今後は実績を踏まえた対応をベースにマニュアル策定に期待したい。</p>

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
<p>Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた組織的な取組が組織的に行われている。</p>		
<p>Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。</p>	<p>b</p>	<p>四半期ごとに自己評価を行っているが、評価手順、分析、改善に至るまでの一連のマニュアルが整備されておらず、実施体制が十分に機能しているとはいえない。現状の実施体制が十分に機能するような対応整備の取り組みに期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>各種会議などを通して得た分析結果に基づいた課題は、職員間で共有されている。今後は単年度のみでは解決できないハード面整備などについて、課題解決に向けた取り組みに期待したい。</p>
<p>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。</p>		
<p>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。</p>	<p>b</p>	<p>施設で実施する個々のサービス全般に関して、文書化された標準的なマニュアルを整備している。活用状況については、職員研修などによって周知徹底が図られているが、実際のサービス提供場面でマニュアルに基づき実施されているかどうかの確認体制は十分とは言えない。確認体制の改善の取り組みに期待したい。</p>
<p>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。</p>	<p>a</p>	<p>いわゆる「ヒヤリ・ハット」案件や介護事故発生につながる恐れがあった場合など、事故防止委員会などに図り必要に応じて随時マニュアル内容を検討・見直しを行い、マニュアル文書を更新している。</p>

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。	b	サービス実施状況についての必要な記録は整備されている。ただ、適時担当職員より指導はしているが、1ヶ月単位での利用者の状況を記した経過記録の分量、記述内容をまとめる視点に差異が大きい。今後も引き続き適切な指導と改善に向けた工夫に取り組むことに期待したい。
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	法人が定める個人情報に関する基本方針のもと、「個人情報に関する基本規則」を制定し、この規則に則り、記録の管理を図っている。ただ、記録管理責任者は明確に位置づけておらず、今後の改善に向けた取り組みに期待したい。
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	施設内で利用者個別の状況が情報共有できるようにネットワークシステムを構築し、各部門間でのケア会議、研修などで横断的かつ適切に活用できるように仕組みが作られている。

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。	b	施設を紹介するパンフレットは作成しているが、公共施設などへの配架は行っていない。ホームページは、よりわかりやすい内容にしたいという問題意識のもと、平成24年度より1ヶ月に一度関係職員による検討会を開催している。まだ、顕著な改善に結びついてはいないが、訴求力のあるホームページ作りに期待したい。
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	契約書や重要事項説明書には適切な説明があり、「同意を得た後に契約を締結した」と、利用者アンケートにおいて90%の利用者・家族が回答している。また、ケースによっては成年後見制度の活用も図っている。
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。	b	あらかじめ定められた引き継ぎ書類により引き継いでいるが、利用者が一時的に入退院する際の引き継ぎの流れが不明確であるので、今後の改善の取り組みに期待したい。

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	統一化された様式に基づき、定められた手順に従って、定期的かつ部署を横断した協議を前提としたアセスメントを実施している。また、利用者一人ひとりの具体的なニーズについては、担当職員からケアマネージャーへ伝達される体制が整備されており、作成されたケアプランにも反映している。
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。	b	サービス実施計画に基づいたサービス提供状況を確認する仕組みは構築している。また、担当部署を横断した合議による策定体制も構築している。ただ、サービス実施計画策定にかかわる担当者の役割分担に不明瞭な点もあることから、今後の改善に向けた取り組みに期待したい。
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	組織的に見直しの仕組みを定めた上で、手順通りにサービス実施計画を見直している。また、見直した計画を職員間においても適時共有される仕組みが作られ、実際にこれらの仕組みの基、見直しが行われている。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A-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		
A-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。	a	契約書には料金、事業者の責務、契約終了の事由・手続き、苦情申し立て手続きなどが明示され、利用者の権利を尊重した内容となっている。また、事前見学を受け入れるなど、丁寧な説明がなされていると同時に、契約書・同意書などへの署名、捺印もきちんとして行われている。
A-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。	b	利用者の家族を契約者とした第三者による入所契約書が散見される。家族による代筆時に立会人の同席、署名を求めるなどの工夫をした上で本人契約を結ぶことに期待したい。また、意思能力を欠く利用者場合には、成年後見制度の活用を紹介するなど、より適切な契約締結とすることを期待したい。
A-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。	b	説明、変更がある場合は事前に周知しており同意の書名・捺印を受けている。利用者の家族（第三者）による同意の署名・捺印が散見される。
A-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。	c	入所者、家族向けの広報誌は、分かりやすく工夫されている。施設パンフレットの内容も誇大表示のようなものは無く、適切に表示されている。ホームページについては、一般の方が見て分かりやすいものとなっていないことから、見直し検討に入っているため改善に期待したい。
1-（2） 利用者の主体性の尊重		
A-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。	a	新聞やテレビなどは、共有スペースで自由に楽しめるように十分に配慮されている。消灯後のテレビ視聴の希望にも対応している。新聞・雑誌などの個人講読にも対応している。
A-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。	a	食料品や嗜好品の購入については、医師の判断や家族の了承も得ながら、その範囲内で適切に対応している。
A-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。	a	利用者に対して、行事、サークル活動の説明が行われており、かつ強制的な参加とはしていない。平均要介護度が上昇する中で、参加しやすいレクを検討している。
A-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。	a	外来者との面会は随時可能であり、時間外での面会に対する対応もされている。プライバシーも面会室や娯楽室などの個室を利用することにより守られている。
A-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。	a	事前申し出制ではあるが、希望に応じていつでも外出・外泊ができる。さらに、介護用品の貸し出し・おむつ・配薬など、外泊先での生活の支援についても十分配慮がなされている。
A-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。	a	現在利用者には喫煙希望がないが、喫煙場所を設定している。酒・ビールなどは希望により行事食として提供している。酒、たばこによる健康上の影響などについて情報提供している。
A-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。	a	預り金や通帳、印鑑の預かりについて、「預かり金取扱要領」により適切な管理体制が敷かれている。また、出納に関し家族へは3カ月に一度の定期報告を、要望があれば月に一度として対応するなど、利用者または家族に対し要望に適切に柔軟な対応を行っている。

A-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		
A-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。	b	サービス担当者会議への利用者・家族の参加要請は都度行われているが、参加者は少ない。事業所策定のサービス計画を送付した時点で意向や要望があった場合にはそれを反映し計画変更している。参加できない家族や利用者に対して、事前の原案提示による希望・意向の把握や、家族の参加しやすい日時での会議開催についての検討を期待したい。
A-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。	a	サービス担当者会議には多職種職員が参加し、サービス計画が策定されている。各職種の意見を反映させる取り組みとして、介護力向上委員会が有効に機能している。この取り組みから生まれた、水分を一日1500CC摂取する提案が実施され、今年度の猛暑の中、脱水症状に陥る利用者がいなかったことは、特筆に値する。
A-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。	b	利用者個々の状況についての把握はあるが、施設サービス計画についての定期的な見直し及び検討についての具体的な取り組みへは運動していない。しかし、介護力向上委員会で検討し実施している各種取り組みは、当事業所利用者総体の要介護状態の悪化防止の視点が十分に反映されている。個別チェックによる状況把握が、個々人の定期的なサービス計画見直しに反映されることを期待したい。
A-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。	b	施設サービス計画の目標の職員間での共有に関して、ケアマネージャーが随時必要事項を説明し、確認を行っている。今後は、目標が達成されたことに対する職員の気づきの反映や新たな目標の設定で、より一層介護の実践に取り組まれることを期待したい。
A-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。	a	家族面会時に施設サービス計画について説明し、同意を得ている。また、来訪不可の家族にはサービス計画書及び内容を説明した書面を郵送し、同意を得ている。
2-(2) 食事		
A-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。	b	栄養ケアマネジメントを適切に提供する体制は構築されている。一方、利用者やその家族への説明という点に関して、分かりやすい資料を作成して、十分な説明と同意を得ることを期待したい。
A-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。	a	利用者の栄養ケアについて支援途中に気になる方については、随時各専門職で意見を交換しながら、適切な計画・実施に取り組んでいる。各職種の連携がスムーズに行われ、協働による栄養ケア計画が策定されている。
A-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。	a	適正な栄養所要量を算定し提供している。摂取状況などにより医師の判断を仰ぎ、栄養ケア計画の見直しなど対応できる体制が整っている。
A-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。	a	食卓テーブル・椅子の高さなどに工夫が見られる。座席については利用者の希望により指定されている。利用者同士の会話も散見され、テーブルメイトと楽しく食事をしている。エプロン着用を決めたが、拒否する者は無く他の人も付けているから自分もほしいと言う声が多く希望に応えている。
A-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。	a	厨房が食堂の隣にあり、また、適切な時間に調理されることによって、適温の食事が提供されている。保温食器も用意している。

<p>A-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。</p>	<p>b</p>	<p>食事時間を原則30分間としているが、時間のかかる利用者にはペースに合わせ適宜対応している。また、早く食べ終える利用者に対しても、適宜下膳、居室への誘導が行われている。夕食は17時30分から提供している。15分ほどの早出しには対応している。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>食事摂取のための歯科医師による適切な治療や義歯の調整を行っている。介護会議などで自力摂取のための自助具活用を検討し、利用につながっている。自力摂取が困難な利用者への食事介助も適切である。</p>
<p>A-2-(2)-⑧ 利用者の身体の状態（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。</p>	<p>a</p>	<p>食事形態は嚥下状態により一般食、刻み食（大・中・小）、みじん、ミキサーと大別して4種類用意され、減塩食の対応もある。身体状況に応じて随時厨房に対し要望ができる。正月、誕生日、クリスマスなどでは旬の食材を利用した行事食が提供されている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>b</p>	<p>利用者・家族から、嗜好に関するアンケートを取り献立に反映している。調理は施設利用の外部委託であることから、調理担当者が介護職員や利用者から直接要望を聞く機会を設けることを期待したい。また、定期的な嗜好調査について取り組まれることにも期待したい。</p>
<p>2-(3) 入浴</p>		
<p>A-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。</p>	<p>b</p>	<p>限られた職員体制の中、希望により同性介助に対応している。利用者個々の身体状況に合わせ、マニュアルに沿って一般浴、機械浴、座浴の支援をしている。身体状況の変化など、定期的な観察による入浴に係るサービス計画の見直しの取り組みに期待したい。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>感染防止マニュアルを整備しており、発生時の罹患者の入浴は、シャワーにするか入浴順を最後にするなどの対応を定めている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>b</p>	<p>浴室・浴槽の清掃・消毒などの衛生面は、専門清掃業者に依頼しており、浴槽内の換水も毎日行っており配慮されている。脱衣場には床暖房があり、室温への配慮もなされている。脱衣場の仕切りがカーテンであり、一部利用者より寒いとの声もあることやプライバシー配慮の観点から、今後の検討に期待したい。</p>
<p>2-(4) 排泄</p>		
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>各居室に車椅子が入れる広さが確保されたトイレが設置され、壁とアコーディオンカーテンで区切られた空間となっている。介護マニュアルに排泄介助の手順として居室ドア、さらにカーテンを閉める、声掛けの留意などプライバシーに配慮した手順が載っており実践している。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>利用者の排泄サイクルを把握するために、排泄記録としてチェックしている。夜間についても排泄サイクルに合わせた介助・パット交換に取り組んでいる。また、水分摂取量も記録しており、1人あたり1日1500cc以上の水分摂取を目標に掲げており実行している。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>介護力向上委員会からの提案を踏まえ、施設内の「おむつゼロ」を目標にしている。現段階では「便はトイレで」として、座位排泄の補助具「ふんばる君」の活用や、自力で着衣を脱ぐことができるよう壁を使った着脱方法を考案するなど、排泄の自立に向けて支援している。また、ショートステイ時に紙パンツを使用していた利用者にはあえて下着を持参してもらい、排泄の自立の支援に努めている。</p>

<p>A-2-(4)-④ トイレは清潔で快適である。</p>	<p>a</p>	<p>トイレ清掃については業務委託であり、業者による清掃が毎日行われている。清掃のチェック記録は業者によるが、職員も見回りながら確認をしている。感染症が発生する可能性がある時期については、次亜塩素酸消毒なども毎日行われている。照明や換気も適切である。利用者・家族アンケートでも清潔であるとのコメントが多く見られる。</p>
<p>2-(5) 整容・清潔</p>		
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>寝具類はリース対応であり、シーツ交換は週2・3回の交換となっている。包布交換は隔週である。汚れた場合は即時交換で対応しており、寝具使用枚数報告書などの記録もされている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>爪切りについては入浴時や日常の気が付いた際にも対応している。頭髪は毎朝、寝ぐせ直しなど整髪料の使用や、ブラッシングの支援なども行っている。下着は毎日交換されている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>b</p>	<p>理容師が月1回訪問し、パーマなどの希望にも応じている。朝夕の着替えの支援、着衣について利用者の希望を意識しながら支援している。買い物希望者については外出支援、取り寄せで対応している。行事の際は女性に口紅の支援を行ったり、おしゃれする支援を行っているが、普段より希望があれば対応されるように期待したい。</p>
<p>A-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。</p>	<p>b</p>	<p>週1回以上の協力医療機関による歯科往診、また月1回の歯科衛生士による嚥下体操などの協力体制がある。また、介護マニュアルに口腔衛生・義歯管理についての手順があり、義歯は毎晩消毒されている。口腔を清掃マッサージするスポンジの活用や口腔内乾燥防止のスプレー・ゼリーの活用などの工夫もみられるが、全員の口腔内の状況を把握する取り組みにも期待したい。</p>
<p>2-(6) 健康管理</p>		
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>年2回（春・秋）に定期健診が行われている。記録は看護師により管理されている。診断結果でケアにより再発防止できるものは、ケアプランに反映される仕組みになっている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>c</p>	<p>入浴日に入浴される方に対して血圧・脈拍・体温などのチェックがされている。睡眠、水分摂取、排泄は毎日記録されている。体調が急変された場合は隣接の協力医療機関での即時対応が確保されている。急な体調変化が把握できるよう、血圧・体温などのバイタルチェックは毎日実施されることを期待したい。</p>
<p>A-2-(6)-③ 内服薬・外用薬等の扱いは確実にされている。</p>	<p>c</p>	<p>薬の取扱は服薬マニュアルに従って管理されている。誤薬防止のための取り組みとして、利用者の顔写真付きのケースに薬を入れ配薬している。ケースには薬の種類や氏名、薬の袋にも氏名が記載されている。服薬の際にも氏名を読み上げ確認を行い、誤薬防止に努めている。今後、薬の保管については紛失が起らないように施錠できる棚の活用や、万が一の服用忘れ、誤薬などが起こってしまった場合の対応マニュアルを準備されることを期待したい。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>介護力向上委員会が主導となり、利用者個々の水分摂取量を1人1日1500ccを目標とし記録している。夏場については、内150ccを電解質入りの物を摂取してもらい、さらに個人の嗜好や病気の状況にあわせて、ジュース類などの嗜好にあったものを用意し対応している。</p>

<p>A-2-(6)-⑤ 褥瘡の予防に対して、具体的取組が行われている。</p>	<p>a</p>	<p>褥瘡防止委員会を2ヶ月に1度開催し、発生したケースや予防について検討を行っている。入所される際に褥瘡がある方については、ご家族などに説明し褥瘡の状態を写真にて記録して、改善に向け取り組んでいる。体位交換は2時間おきに実施し記録されている。栄養面では栄養補助食品なども活用し、寝たきりにならぬよう可能な限り座位姿勢を保持するように努めている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関が隣接しており、週2回の定期検診並びに24時間体制での電話、往診などの支援体制ができています。医師からの指示は看護師を通じて朝のミーティングで周知・共有し、緊急な場合は看護師から各棟へ直接伝達されている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>緊急時対応マニュアルが策定され、緊急時対応研修を行い、日頃より職員の訓練を行っている。緊急時には隣接の協力医療機関が対応し、必要に応じて往診などが受けられる体制が整っている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>協力医療機関の診療科は内科・外科・歯科となっている。受診の付き添いについては主に看護師が対応している。協力医療機関にて対応できない場合は、協力医療機関にほかの医療機関の紹介を受ける形で受診する体制となっている。</p>
<p>2-(7) 衛生管理</p>		
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>感染防止マニュアルが策定されており、各職員へ配布され、職員研修会でも取り上げられている。感染予防対策委員会が月1回開催され、防止に向けて検討している。また、発生した場合の対応も研修会で実践訓練を行っている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>調理に関する衛生管理については委託業者が対応している。厨房へは調理関係者以外は立入禁止となっている。食器類の消毒は高温滅菌消毒にて対応している。衛生管理マニュアルについても業者策定のマニュアルで対応している。万が一、感染症が発生した場合などは感染者の配膳トレーの色を変えるなど、非常時の対応についても準備されている。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>玄関に洗面台・手指消毒液・紙コップ・ペーパータオルを完備している。また玄関先の掲示にて来訪者へ手洗い・うがいを促している。来訪者に面談票の記入をお願いしており、来訪者の健康状態のチェック項目も面談票の中に含んでいる。</p>
<p>A-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。</p>	<p>b</p>	<p>各居室に温度・湿度計及びパネルヒーターが設置されている。加湿については、以前は加湿器を各居室に配置していたが、加湿器にも衛生上の問題がある場合があることから、濡れタオルを日に3~4回干すようにし、乾燥が厳しい場合はカーテンを濡らして下げるなどの工夫をしている。今後の具体的な取り組みとして毎日、定期的に温度・湿度をチェックし記録するとともに、適切に管理することを期待したい。</p>
<p>A-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。</p>	<p>a</p>	<p>短期入所利用者にも入所利用者と同様の感染防止マニュアルが適用され、持ち込まれた衣類に関しても必ず乾燥機で高温殺菌するなどの対策に取り組んでいる。</p>

2－（8） 機能回復訓練		
A－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。	c	個々の利用者にあった個別プログラムは、策定されていないが、介護力向上委員会が主導となり、全国老人福祉施設協議会の生活機能向上研修で学んだ「生活リハビリ」を実践している。3年前より自立可能な利用者に対しては、日常の中で歩行訓練や自力での排泄支援などに取り組んでおり、胃ろうだった利用者が経口摂取へ改善したケースや、自力排泄ができるようになったケースが見られる。今後、個々の利用者に向けた個別プログラムを策定し、機能回復訓練として実施されることを期待したい。
2－（9） レクリエーション		
A－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、十分に反映した取組を行っている。	b	利用者の意向調査については、介護支援専門員が対応している。レクの実実施計画にあたっては、行事委員会、生活相談員（介護支援専門員）、介護職員の3つのチームでそれぞれが計画し、レクリエーションや行事を運営している。家族やボランティアなどの参加行事（家族交流会、夏祭りなど）やレクリエーション（書道・ビーチボールゲームなど）も設定されている。生活相談員以外のチームでも、利用者の意向を汲み事業に反映できる体制の整備を期待したい。
2－（10） 移動		
A－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。	b	車椅子や歩行器などについては、本人の意向に基づきサイズや高さなどを選んでいく。また、介護力向上委員会の取り組みにより、車椅子使用者についてもリハビリを兼ねて日2回などと設定し、歩行器に切り替え訓練を行っている。今後は機能回復訓練プログラムと合わせて移動ケアについてもサービス計画に明示されることを期待したい。
2－（11） 認知症高齢者への対応		
A－2－（11）－① 認知症高齢者への対応は、利用者の個別状況を十分に把握した上で、適切なケアに努めている。	a	今年度より北海道社会福祉協議会主催の認知症介護実践者研修に各棟1名ずつ計3名の介護職員が参加し、認知症ケアの専門教育訓練を受けている。研修内容を各棟へフィードバックし、研修資料（認知症介護研究・研修センター策定の認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式等）に基づいて個別のアセスメントやケアを展開している。
A－2－（11）－② 身体拘束は原則として禁止としている。	a	身体拘束廃止委員会を設置し、さらにマニュアルを策定し、ケース検討を行っている。ベッド柵については、必要な方に対して2本までとしている。ベッド柵の設置についても委員会にて是非を協議している。身体拘束を止むを得ず実施する場合は、説明の実施や同意書などを交わす手順ができていく。
2－（12） 看取りケア		
A－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。	c	職員体制・家族の宿泊設備などが整っていないため、実施していない。今後、要望があれば体制を整えられることを期待したい。
A－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。	c	看取りケアは実施していない。実施される場合は、家族などの協力体制を得られるよう検討されることを期待したい。
A－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。	c	看取りケアは実施していない。実施される場合は、協力医療機関との連携に配慮されることを期待したい。