

## 北海道福祉サービス第三者評価結果公表事項

### 第三者評価機関名

タンジェント株式会社

### 事業者情報

|                             |                  |
|-----------------------------|------------------|
| 名称：医療法人社団 慶友会               | 種別：老人保健施設 さくら館   |
| 代表者氏名：理事長 吉田 威              | 定員(利用人数)： 86名    |
| 所在地：〒070-0054 旭川市4条西4丁目2番1号 | TEL：0166-27-0200 |

### 事業者の基本調査内容

別紙「基本調査票」のとおり

### 総評

#### 特に評価の高い点

「おむつを減らす」という目標が明文化されて、排泄・排尿記録、食事摂取チェック表を排泄ケアに活用しながら傾向を把握し、当初目標設定5人の予定が10人の成果をあげてご本人の喜びと共に家族の負担軽減にも繋がっている。

事業所は、ISO14001(環境マネジメントシステム)国際認証を受け具体的な数値目標の行動計画が作成され、定期的に外部機関によるモニタリングが実施されている。また、本年度の目標は環境に配慮した「残菜物の減少」を掲げ、嗜好調査の実施や食事の提供内容の調査・検討が行われ、その減少の効果をあげている。

機能回復訓練では、利用者から「親切で優しい」との声が聞かれ利用者との信頼関係が厚く、利用者の心を和やかにする取り組みが実践されている。

#### 改善を求められる点

ISO9001(品質マネジメントシステム)に沿って年度毎に教育・研修計画が策定され、具体的な取り組みが行われている。今後は、法人が大切にする考え方や行動指針、教育・訓練及び研修後の有効性の評価について計画策定に確実に反映されることが期待されます。

まだ起きていない事故、事故が想定される原因分析についてヒヤリ・ハットの活用やQC活動が取り組まれています。今後は、より多くの情報収集でデータ分析され、事故の未然防止に取り組まれることを期待します。

感染症対策として、カーテンや手すりなどの消毒が実施され効果をあげている。今後は、職員以外にも掃除の際などきめ細かな対策を実践されることを期待します。また、P-D-C-Aの実践について施設サービス計画にあるサービスの提供内容のエビデンス(証拠)の記載、記録に基づく評価の実践、次回施設サービス計画への反映等一連の流れが連動する取り組みを期待します。

### 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価は今回が初回でありましたが、評価を通じてサービス提供に関する具体的な改善提案を受けることができ、大変有意義な取り組みであったと感じています。アンケートにより利用者家族はじめ職員からの意見も取り入れられる機会となり、今後の計画策定や実行に対して大きなアドバイスとなりました。評価時に高い評価をいただいた点については維持向上を目指し、改善を求められた点については、プロセス等を検証した上で、一つ一つ確実なものにし、サービス向上に向けて取り組んで参りたいと考えております。

### 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 20 年 12 月 29 日**

|  |  |     |              |
|--|--|-----|--------------|
| 経営主体<br>(法人名)                                | 医療法人社団 慶友会   |     |              |
| 事業所名<br>(施設名)                                | さくら館(種別：老人保健施設)  | 種別  |              |
| 所在地  | 〒 070 - 0054 旭川市4条西4丁目2番1号   |     |              |
| 電話   | 0166-27-0200   |     |              |
| F A X  | 0166-27-0225   |     |              |
| E-mail                                       | <a href="mailto:sakurakan@keiyukai-group.com">sakurakan@keiyukai-group.com</a> |     |              |
| U R L  | <a href="http://www.keiyukai-group.com">http://www.keiyukai-group.com</a>      |     |              |
| 施設長氏名  | 富永 吉春  |     |              |
| 調査対応ご担当者                                     | 千葉まり子・佐藤真 (所属、職名：副施設長・事務課長)  |     |              |
| 利用定員   | 86名  | 開設年 | 平成 4年 12月 1日 |
| 理念・基本方針：慶友会の総力を結集して、生活者に安心圏の構築及び健康創造の支援活動を行う |  |     |              |
| 開所時間<br>(通所施設のみ)                             |  |     |              |

**【本来事業に併設して行っている事業】**

老人保健施設における通所リハビリテーション事業(定員40名)

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

**【利用者の状況に関する事項】（平成21年3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 |
| 2 名      | 4 名       | 8 名      | 13 名     | 17 名     | 23 名     |
| 90～95歳未満 | 95～100歳未満 | 100歳以上   | 合 計      |          |          |
| 11 名     | 6 名       | 0 名      | 84 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  | 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             | 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）          | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  | 名  |
| 合計                | 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。）

| 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～1年  | 1年～2年   | 2年～3年   | 3年～4年   | 4年～5年   |
| 名       | 53名     | 15名     | 4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 |
| 0名      | 1名      | 0名      | 1名      | 1名      | 0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 |
| 0名      | 0名      | 0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: 1年3ヵ月)

【職員の状況に関する事項】(平成21年3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  | 名         | 1名   | 3名   | 名     | 1名       |
| 非常勤 | 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  | 2名        | 30名  | 名    | 9名    | 4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  | 2名        | 1名   | 10名  | 1名    | 3名       |
| 非常勤 | 名         | 名    | 名    | 名     | 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 | 0名(名)  |
| 介護福祉士 | 11名(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    | 3,755.73 m <sup>2</sup> |   |
| (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 type="checkbox"/> 1. はい <input checked="" type="checkbox"/> 2. いいえ |
| (3) 建築年     | 昭和                      | 57年   |
| (4) 改築年     | 平成                      | 年(61年・62年増築)  |

保育所の場合

|  |   |  |
|--|---|--|
| (1) 建物面積<br>(保育所分)                         | m <sup>2</sup>                          |  |
| (2) 園庭面積                                   | m <sup>2</sup>                          |  |
| (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 <sup>2</sup>  |  |
| (3) 敷地面積            | m <sup>2</sup>  |  |
| (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 20 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

256 人

・ボランティアの業務

行事の援助（利用者移動、露天手伝い）・音楽療法援助・日常コミュニケーション（会話等）

### 【実習生の受け入れ】

・平成 20 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 1 人

その他 42 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。

- ・館内エレベータ内にご意見箱を設置し利用者及び家族からの意見聴取を行っている。
- ・家族アンケートの実施により、サービス内容等について満足度調査を行っている。
- ・食事内容について管理栄養士及び栄養士が直接意見を聞く機会を設けている。
- ・食事に関する満足度アンケートを行っている。

### 【その他特記事項】

- ・近隣の小学校の総合学習を受け入れ、利用者との交流を図っている。その結果、日常での小学生の訪問もあり、地域に根ざした施設づくりを進められつつある。
- ・将来の福祉従事者の養成につなげられるよう中学生の職場体験学習を受け入れている。
- ・環境マネジメントシステムに基づき、環境に配慮した取り組みを推進している。

## 評価細目の第三者評価結果（老人保健施設）

評価対象 福祉サービスの基本方針と組織

### - 1 理念・基本方針

|                                     | 第三者評価結果 | コメント   |
|-------------------------------------|---------|--|
| - 1 - ( 1 ) 理念、基本方針が確立されている。        |         |  |
| - 1 - ( 1 ) - 理念が明文化されている。          | a       | 事業所は、ISO9001（品質マネジメントシステム）及びISO14001（環境マネジメントシステム）の国際標準の認証組織で、理念が明文化されている。 |
| - 1 - ( 1 ) - 理念に基づく基本方針が明文化されている。  | a       | 経営計画の中で基本方針が明文化されている。また、基本方針に基づき重点目標が記載されその達成度が判定されている。                    |
| - 1 - ( 2 ) 理念、基本方針が周知されている。        |         |  |
| - 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が職員に周知されている。   | a       | 品質方針及び環境方針が明文化され、職員は常にカードを携帯し周知への取り組みが行われている。                              |
| - 1 - ( 2 ) - 理念や基本方針が利用者等に周知されている。 | a       | 基本方針が明文化されて、来訪者に分かりやすく掲示している。また、ホームページ等を通じて利用者等に周知する取り組みが行われている。           |

### - 2 計画の策定

|  | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| - 2 - ( 1 ) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。    |         |  |
| - 2 - ( 1 ) - 中・長期計画が策定されている。          | a       | 各年度に理事長方針、経営計画で策定され、経営計画を達成するための具体的な運営計画、各部門の実行計画が作成されている。                             |
| - 2 - ( 1 ) - 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | a       | 経営計画に基づき運営計画が策定され、BSC(バランス・スコアカード)で具体的な数値目標の行動計画が作成されている。また、定期的に外部機関によるモニタリングが実施されている。 |
| - 2 - ( 2 ) 計画が適切に策定されている。             |         |  |
| - 2 - ( 2 ) - 計画の策定が組織的に行われている。        | a       | 各計画は、組織の関係職員が参画して策定され、外部機関による定期的なモニタリングが実施され、計画の実施状況の把握と評価で、目標の軌道修正や今後の課題を明確にしている。     |
| - 2 - ( 2 ) - 計画が職員や利用者等に周知されている。      | a       | 職員全体会議を通じて、さくら館年度方針、目標を説明し、周知している。   |

### - 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   |
|--|---------|--|
| - 3 - ( 1 ) 管理者の責任が明確にされている。                   |         |  |
| - 3 - ( 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       | 組織図、及び職務権限規定で責任と権限が明文化され理解される取り組みが行われている。                                    |
| - 3 - ( 1 ) - 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       | 遵守すべき法令やその他の規範について、「法令遵守チェックリスト」で正しく理解する取り組みが行われている。                         |
| - 3 - ( 2 ) 管理者のリーダーシップが発揮されている。               |         |  |
| - 3 - ( 2 ) - 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       | 内部監査の実施や外部審査機関の定期審査で、課題と改善点が明確にされ是正に向けた取り組みに強いリーダーシップが発揮されている。               |
| - 3 - ( 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       | ISO9001、14001及びBSCの手法、人事考課制度の導入で経営や業務の効率化、コストバランスの分析に基づき、具体的な改善の取り組みが行われている。 |

評価対象 組織の運営管理

- 1 経営状況の把握

|  | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| - 1 - ( 1 ) 経営環境の変化等に適切に対応している。                |         |  |
| - 1 - ( 1 ) - 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。          | a       | 老人保健施設協会の研修参加、社会福祉の動向の把握や福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータの収集・分析で事業経営を取り巻く環境を的確に把握している。 |
| - 1 - ( 1 ) - 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       | BSCで外部機関の定期的なモニタリングで経営状況の分析や潜在の利用者に関するデータの収集・分析などで改善すべき課題を明確にし、是正の取り組みが行われている。 |
| - 1 - ( 1 ) - 外部監査が実施されている。                    | a       | BSC手法で外部機関の定期的なモニタリングやISO9001、ISO14001で定期的な外部審査機関の審査を受審している。                   |

- 2 人材の確保・養成

|  | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| - 2 - ( 1 ) 人事管理の体制が整備されている。                                     |         |  |
| - 2 - ( 1 ) - 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。                           | a       | 福祉サービスの質を確保するための具体的なプランが各部門の実行計画で確立している。   |
| - 2 - ( 1 ) - 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。                            | a       | 組織の客観的な考課基準を職員に示し、人事考課制度を導入している。   |
| - 2 - ( 2 ) 職員の就業状況に配慮がなされている。                                   |         |  |
| - 2 - ( 2 ) - 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       | 職員アンケートを実施し、法人運営、施設運営について職員の意見を取り入れる工夫をしている。   |
| - 2 - ( 2 ) - 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。                                | a       | 個々の職員の希望や意向のもとに、互助会や福利厚生センターへの加入等総合的な福利厚生事業を実施している。  |
| - 2 - ( 3 ) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。                               |         |  |
| - 2 - ( 3 ) - 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                          | a       | 理念、経営計画、運営計画の中に組織としての職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示され、計画されている。また、組織として職員のニーズに基づいた目的意識を持った研修計画が策定されている。    |
| - 2 - ( 3 ) - 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       | 教育・研修計画が実施され、職員の力量が把握されている。今後は、法人が大切にしている考え方や行動指針、教育・訓練及び研修後の有効性の評価について計画策定に確実に反映されることが期待されます。 |
| - 2 - ( 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。                       | a       | 研修参加後は、報告書やレポート提出でその研修成果の評価が都度実施されている。   |
| - 2 - ( 4 ) 実習生の受け入れが適切に行われている。                                  |         |  |
| - 2 - ( 4 ) - 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。                  | a       | 実習生受け入れの際には、基本マニュアルが整備され、受け入れ先の学校と覚書を交わして実習における責任体制を明確にしている。                                   |
| - 2 - ( 4 ) - 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。                          | a       | 実習生、研修生の受け入れの際には、効果的なプログラムが用意され、育成について積極的に取り組んでいる。   |

- 3 安全管理

|  | 第三者評価結果 | コメント  |
|--|---------|---|
| - 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。                       |         |   |
| - 3 - ( 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       | 利用者の安全確保の為に、緊急時マニュアル、感染症対策マニュアルが整備されている。また、緊急時に速やかに対応できるように火災避難訓練、救急救命訓練や連絡体制が整備され機能している。 |
| - 3 - ( 1 ) - 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       | まだ起きていない事故、事故が想定される原因分析についてヒヤリ・ハットの活用やQC活動が取り組まれています。今後は、より多くの情報収集、データ分析で事故の未然防止に期待します。   |

- 4 地域との交流と連携

|  | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| - 4 - ( 1 ) 地域との関係が適切に確保されている。                   |         |  |
| - 4 - ( 1 ) - 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。              | a       | 利用者と地域との交流を広げるために、近隣の幼稚園、小・中学生とのふれあいの機会を設けて交流に取り組んでいる。             |
| - 4 - ( 1 ) - 事業所が有する機能を地域に還元している。               | a       | 地区の老人クラブ、町内会の人たちに「介護保険制度」など講演会を実施している。                             |
| - 4 - ( 1 ) - 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       | 音楽療法やボランティアを受け入れるなど基本姿勢やマニュアルが明文化されている。                            |
| - 4 - ( 2 ) 関係機関との連携が確保されている。                    |         |  |
| - 4 - ( 2 ) - 必要な社会資源を明確にしている。                   | a       | 病院、緊急時の連絡先、行政の連絡先、苦情受付窓口、社会福祉協議会などの関係機関を具体的に掲示している。                |
| - 4 - ( 2 ) - 関係機関等との連携が適切に行われている。               | a       | 包括支援センターや社会福祉協議会などの関係機関の研修会や説明会に参加し、具体的な課題や事例の検討が行われている。           |
| - 4 - ( 3 ) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。               |         |  |
| - 4 - ( 3 ) - 地域の福祉ニーズを把握している。                   | a       | 町内会活動や老人クラブとの交流を通じて地域福祉のニーズを把握している。                                |
| - 4 - ( 3 ) - 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。          | a       | 把握された地域福祉のニーズに基づき老人クラブでの講演や小学校の交流学習、中学生の体験学習の受け入れなど具体的な活動が実践されている。 |

評価対象 適切な福祉サービスの実施

- 1 利用者本位の福祉サービス

|  | 第三者評価結果 | コメント  |
|--|---------|---|
| - 1 - ( 1 ) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。                        |         |   |
| - 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       | 理念や基本方針に利用者を尊重したサービス提供について明示されている。                                      |
| - 1 - ( 1 ) - 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       | 個人情報管理や接遇委員会での研修など行われ職員に周知されている。  |
| - 1 - ( 2 ) 利用者満足の向上に務めている。                            |         |   |
| - 1 - ( 2 ) - 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備している。                 | a       | 利用者満足の向上を目指して利用者・家族アンケートを実施して収集・分析して、改善課題を明確にして、対応策の評価・見直しを実施している。      |
| - 1 - ( 2 ) - 利用者満足の向上に向けた取り組みを行っている。                  | a       | 利用者・家族アンケートを実施して、利用者満足の向上に努めている。今後は、さらに評価・分析を実施して継続的に改善策を講じられることを期待します。 |
| - 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。                   |         |   |
| - 1 - ( 3 ) - 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       | 利用者が相談したり意見を述べたい時に相談場所、相談方法や相談相手を選択できる環境が整備されている。                       |
| - 1 - ( 3 ) - 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       | 苦情・相談受付窓口が掲示され、苦情解決の体制が整備されて利用者・家族に周知されている。                             |
| - 1 - ( 3 ) - 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。                  | a       | 利用者からの意見等に対する「苦情処理規定」が整備され苦情対応の手順は決められている。                              |

- 2 サービスの質の確保

|  | 第三者評価結果 | コメント  |
|--|---------|---|
| - 2 - ( 1 ) 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。             |         |   |
| - 2 - ( 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。          | a       | ISO9001の内部監査実施や利用者・家族アンケートの実施で利用者満足の向上に努めている。また今後は、継続的に評価・分析を実施して改善策を講じられることを期待します。 |
| - 2 - ( 1 ) - 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ている。        | a       | ISO9001及びISO14001の内部監査、実地審査、BSCによって課題を明確にし、改善策及び改善計画が立案されている。                       |
| - 2 - ( 1 ) - 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。               | a       | 内部監査、自己評価結果から明確になった課題について、改善計画が策定されている。   |
| - 2 - ( 2 ) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。                 |         |   |
| - 2 - ( 2 ) - 個々の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       | ISO9001及びISO14001によって個々のサービスについて標準的な実施方法及び国際標準に沿って文書化され、サービスが提供されている。               |
| - 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       | 各委員会、カンファレンス、ミーティングで見直しが行われている。また、ISOの定期審査及び内部監査によってマネジメントレビューが実施され見直し、検証されている。     |
| - 2 - ( 3 ) サービス実施の記録が適切に行われている。                     |         |   |
| - 2 - ( 3 ) - 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       | 施設サービス計画に基づくサービスが実施され、個別の記録、リハビリ記録及びカンファレンス議事録など一人ひとりの記録が適切に記録されている。                |
| - 2 - ( 3 ) - 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                 | a       | 責任と権限が文書化され、利用者に関する記録について個人情報保護法に基づいて、適切な管理が行われている。                                 |
| - 2 - ( 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       | 定期的にカンファレンスやミーティングが行われ、施設サービス計画の実施状況、他部門への伝達が必要な情報、利用者に係わる日々の情報等の共有が行われている。         |

- 3 サービスの開始・継続

|   | 第三者評価結果 | コメント   |
|---|---------|--|
| - 3 - ( 1 ) サービス提供の開始が適切に行われている。                        |         |  |
| - 3 - ( 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       | 法人のホームページに施設紹介を公開している。また、見学が自由にできるように取り組んでいる。                        |
| - 3 - ( 1 ) - 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       | サービス開始にあたり、サービス内容や料金等が具体的に記載された重要事項説明書や利用契約書、運営規定を利用者・家族に説明し同意を得ている。 |
| - 3 - ( 2 ) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。                     |         |  |
| - 3 - ( 2 ) - 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       | 在宅や他事業所への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した情報提供が行われている。                            |

- 4 サービス実施計画の策定

|  | 第三者評価結果 | コメント   |
|--|---------|--|
| - 4 - ( 1 ) 利用者のアセスメントが行われている。           |         |  |
| - 4 - ( 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       | 利用者の身体状況や生活状況を把握して、定められた手順に従ってアセスメントを行っている。  |
| - 4 - ( 1 ) - 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。 | a       | 利用者一人ひとりの課題について、施設サービス計画書に記載され目標達成に向けた具体的な取り組みが定期的に評価され、見直されている。                                 |
| - 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。     |         |  |
| - 4 - ( 2 ) - サービス実施計画を適切に策定している。        | a       | 介護支援専門員の適切な監理のもとに、利用者一人ひとりの施設サービス計画書が作成されている。  |
| - 4 - ( 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。 | b       | P-D-C-Aの実践について施設サービス計画にあるサービスの提供内容のエビデンス（証拠）の記載、記録に基づく評価の実践、次回施設サービス計画への反映等一連の流れが運動する取り組みを期待します。 |

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) - 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       | 重要事項説明書、利用契約書の内容は適切であり、説明と同意に基づき適切に契約が締結されている。                              |
| A - 1 - (1) - 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。                     | a       | 利用者本人或いは家族、法定代理人等によって直接契約の形態により締結されている。                                     |
| A - 1 - (1) - 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。 | a       | 制度改正による利用契約の内容に変更が生じた場合は、家族説明会開催や遅滞なく通知・説明を行い文書による契約変更手続きを行っている。            |
| A - 1 - (1) - 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。      | a       | ホームページによる施設案内とパンフレット等の内容は、分かりやすく適切な内容となっている。                                |
| 1 - (2) 利用者の主体性の尊重  |         |   |
| A - 1 - (2) - 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       | 利用者の意思や希望に応じて、新聞やテレビ等を自由に楽しめるようになっている。                                      |
| A - 1 - (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       | 業者による移動販売や訪問販売を週1回行い、利用者は自由に利用できるようになっている。また、ご家族に連絡をとったり、身寄りのない方の購入援助をしている。 |
| A - 1 - (2) - 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       | お花見、運動会、秋祭り、収穫祭参加や毎月の誕生会など利用者の意向を十分に反映している。                                 |
| A - 1 - (2) - 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       | 面会時間、面会場所、プライバシーなどについて利用者や家族等の希望を尊重し、配慮している。                                |
| A - 1 - (2) - 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       | 外出・外泊は利用者の希望に応じて行われており、必要に応じて外出する際に送迎や付き添いなどの支援を行っている。                      |
| A - 1 - (2) - 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       | お酒については、主治医と相談しながら適量を考慮している。また、喫煙については、場所を限定して安全面に配慮した支援が行われている。            |
| A - 1 - (2) - 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       | 利用者の預かり金については、個別の預かり金台帳を作成し出納を管理している。                                       |

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) - 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。    | a       | 居宅介護支援事業所と協力しながら、利用者、家族の参加のもとサービス担当者会議が開催されている。                   |
| A - 2 - (1) - 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       | 施設長、介護士、看護師、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士、作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、医師等の参加を得て行っている。 |
| A - 2 - (1) - 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。         | a       | 介護支援専門員の監理のもとで、施設サービス計画の評価と見直しが行われ自立支援や身体機能の維持・向上について取り組まれている。    |
| A - 2 - (1) - 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。                          | a       | 施設サービス計画の目標が達成されるように定期的なカンファレンス、モニタリングが実施され、必要に応じて随時見直されている。      |
| A - 2 - (1) - 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       | 施設サービス計画の内容について利用者、家族に説明を行い、文書による同意（署名・捺印）を得ている。                  |

|   |   |  |
|---|---|--|
| 2 - ( 2 ) 食事  |   |  |
| A - 2 - ( 2 ) - 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。                             | a | 管理栄養士が主体となって、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。                             |
| A - 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 | 栄養ケア計画を、対象者のケアに関わる職種間（介護士、看護師、生活相談員、介護支援専門員、管理栄養士、理学療法士、言語聴覚士、医師等の参加）で協議し決定している。 |
| A - 2 - ( 2 ) - 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 | 医師の指示に基づき栄養ケア計画が作成されサービスが提供されている。  |
| A - 2 - ( 2 ) - 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 | テーブルの配置や椅子の高さ、車椅子への移乗、職員の人員配置にも配慮され適温で食事ができるように取り組まれている。                         |
| A - 2 - ( 2 ) - 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 | 食事が適温で食べられるように、盛り付けやフロア配膳等配慮されている。   |
| A - 2 - ( 2 ) - 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。  | b | 食事は適時に提供され、ゆっくりと食事できるように時間的配慮がされているが、介助が必要な方に対しては時間的配慮が不十分である。                   |
| A - 2 - ( 2 ) - 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。  | a | 残存機能を活用して食べられるように、状態を見ながら声掛けしたり、本人にあった自助具の使用をしている。また、必要に応じて歯科受診も行っている。           |
| A - 2 - ( 2 ) - 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。                | a | 医師や他職種と相談しながら、利用者の身体の状況（嚥下、咀嚼等）病状及び嗜好を考慮し、個々の利用者に対して適切な食事を提供している。                |
| A - 2 - ( 2 ) - 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。 | a | 給食委員会、嗜好調査、利用者からの意見や希望を調理担当者も参加して利用者の希望に沿った適切な食事が提供できるように取り組まれている。               |
| 2 - ( 3 ) 入浴  |   |  |
| A - 2 - ( 3 ) - 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。                                   | b | 利用者の心身の状態やケア方法など個人的事情への配慮が行われている。今後は、利用者のペースや希望に合わせて対応できるよう中間浴など検討されることを期待します。   |
| A - 2 - ( 3 ) - 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。                               | a | 感染症に罹患している利用者の入浴順番を最後にするなどの配慮を行っている。   |
| A - 2 - ( 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。                               | a | 入浴の都度、浴室、浴槽、入浴介護用品などの衛生管理に十分な配慮をしている。  |
| 2 - ( 4 ) 排泄  |   |  |
| A - 2 - ( 4 ) - 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。                                | b | 感染症対策として有効な取り組みが実施され効果をあげている。しかしながら、利用者のプライバシー保護の観点での両立に有効な対策の検討を期待します。          |
| A - 2 - ( 4 ) - 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。  | a | 身体状況や本人の希望などにより、トイレへの誘導などの排泄ケアを行っている。  |
| A - 2 - ( 4 ) - 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り組みを行っている。                                | a | できるだけオムツに頼らない利用者個々の状況に応じた排泄ケアに取り組んでいる。   |
| A - 2 - ( 4 ) - トイレは清潔で快適である。   | a | 防臭対策が行われ常にトイレの清潔が保たれている。   |

|  |   |  |
|--|---|--|
| 2 - ( 5 ) 整容・清潔  |   |  |
| A - 2 - ( 5 ) - 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。                        | a | 最低でも週1回はシーツなどの交換が行われている。   |
| A - 2 - ( 5 ) - 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。                | b | 利用者の整容や身だしなみ等に配慮し、誇りや尊厳を尊重した取り組みを行っている。今後は、入浴時などこまめに衣類の交換ができるように期待します。                                   |
| A - 2 - ( 5 ) - 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。                 | b | 利用者の身だしなみや服装について、訴えの無い利用者に対応した取り組みを期待します。施設内の美容院で月一度、カットを無料でやっている。                                       |
| A - 2 - ( 5 ) - 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。                                | a | 口腔内の清潔保持に配慮し、毎食後適切な口腔ケアを行っている。   |
| 2 - ( 6 ) 健康管理   |   |  |
| A - 2 - ( 6 ) - 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。 | a | 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水分・食事摂取量、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。また、状態変化が見られる場合には、医療機関への受診など随時対応されている。 |
| A - 2 - ( 6 ) - 内服薬・外用薬等の扱いは確実に行われている。                                     | a | 内服薬・外用薬等の扱いは保管・管理が確実に行われている。   |
| A - 2 - ( 6 ) - 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。                        | a | 個々の利用者の水分摂取量が把握され、記録されている。   |
| A - 2 - ( 6 ) - 褥瘡の予防に対して、具体的取り組みが行われている。                                  | a | 栄養状態の確認、入浴や清拭など、清潔面に適切な配慮を行っている。また、褥瘡委員会を設置して活動している。   |
| A - 2 - ( 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。         | a | 必要時に医師による指示、助言、診断、治療を受けることができるなど、医師との連携が行われている。  |
| A - 2 - ( 6 ) - 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。                     | a | 利用者の救急時の対応については、緊急時対応マニュアルが整備され、看護師、医師と24時間の連絡体制がとられ適切な対応が行われている。  |
| A - 2 - ( 6 ) - 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。      | a | 利用者の傷病状態に応じて、必要な診療科目を持つ医療機関の受診や入院治療が適切かつスムーズに行えるように、医師、看護師、生活相談員等の連携が確保されている。                            |
| 2 - ( 7 ) 衛生管理   |   |  |
| A - 2 - ( 7 ) - 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。    | a | 感染防止マニュアルが策定され、必要に応じて見直されている。また、研修会の開催などで職員に周知徹底されている。   |
| A - 2 - ( 7 ) - 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。                    | a | 厨房関係の清掃や消毒、殺菌に関するマニュアルに基づき、温度・湿度管理、殺菌の作業点検など衛生管理体制が確立している。   |
| A - 2 - ( 7 ) - 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。                  | a | 手洗い、うがいの励行が実施され、来訪者にも徹底され感染症対策が行われている。   |
| A - 2 - ( 7 ) - 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。                       | a | 施設内の温度や湿度管理は配慮されている。また、空調設備については、必要に応じてメンテナンスが実施されている。   |
| A - 2 - ( 7 ) - 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。           | a | 短期入所利用者についても、利用前に感染症の確認をし、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。  |

|  |   |   |
|--|---|---|
| 2 - ( 8 ) 機能回復訓練   |   |   |
| A - 2 - ( 8 ) - 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。                | a | 理学療法士、言語聴覚士、作業療法士により、個々の利用者のアセスメントを実施し、看護師や介護士等と協議した上で、個別プログラムを策定し、機能回復訓練を実施している。   |
| A - 2 - ( 8 ) - 機能回復訓練のプログラムに在宅生活の場で行うことができる視点を入れている。                | a | 在宅復帰を想定した機能回復プログラムを策定している。  |
| A - 2 - ( 8 ) - 機能訓練指導員の指導のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している。                   | a | レクリエーションや趣味活動、日常生活の中で機能訓練ができるようにリハビリスタッフの意見や助言を受けながら訓練を実施している。                      |
| A - 2 - ( 8 ) - 介護職員等が日々の介護の中で気づいたことを機能訓練指導員に返している。                  | a | カンファレンスやミーティング、会議等で日々の介護の中で気づいたことを話し合っている。  |
| A - 2 - ( 8 ) - 福祉用具は定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている。                    | a | 車椅子等は、定期点検を実施し、記録している。  |
| 2 - ( 9 ) レクリエーション   |   |   |
| A - 2 - ( 9 ) - 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。    | a | 音楽療法、レクリエーションなど利用者の趣味や希望に応じて支援したり、花見や運動会、幼稚園児や小学生との交流など本人の希望や意向を尊重した取り組みが行われている。    |
| 2 - ( 10 ) 移動  |   |   |
| A - 2 - ( 10 ) - 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。 | a | 個々の利用者に応じた車椅子や履物など利用者の要望に十分に配慮している。   |
| 2 - ( 11 ) 認知症高齢者への対応  |   |   |
| A - 2 - ( 11 ) - 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。        | b | 介護支援専門員の適切な監理のもとに、アセスメントが実施され取り組まれている。今後は、必要に応じて認知症専門医のアドバイスも受け適切なケアに努めていくことを期待します。 |
| A - 2 - ( 11 ) - 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けて、身体拘束廃止マニュアルを策定し、研修会の開催などで職員に周知して身体拘束ゼロに取り組んでいる。                       |