

埼玉県福祉サービス第三者評価結果報告書

2014 年 4 月 18 日

埼玉県知事あて

〒 338-0002

住所

さいたま市 中央区 下落合 5-10-5

電話番号 048-840-1920

評価機関名 特別非営利活動法人
ケアマネジメントサポートセンター

認証番号 埼玉県 2004010

代表者氏名 理事長 長谷川 佳和

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	長谷川 佳和	福祉	2004010033
	(2)	五井 章雄	組織	2005010109
	(3)	伊藤 貴美子	福祉	2007010186
	(4)	林 賢治	組織	2006010146
	(5)	菊地 京子	福祉	2001110275
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 あけぼの			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2013 年 12 月 1 日	～	2014 年 4 月 20 日	
利用者調査実施時期	2014 年 1 月 10 日	～	2014 年 2 月 6 日	
訪問調査日	2014 年 3 月 3 日			
評価合議日	2014 年 4 月 7 日			
評価結果報告日	2014 年 4 月 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 同意あり <input type="checkbox"/> 同意なし			

基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 26 年 3 月 31 日

設置・運営主体	社会福祉法人 彩光会		
設置主体	社会福祉法人 彩光会		
経営主体	社会福祉法人 彩光会		
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム あけぼの	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 362-0058 埼玉県上尾市上野567番地		
電 話	048-726-6514		
FAX	048-726-6545		
Email			
URL	http://s-akebono.or.jp		
施設長氏名	皆木 越治		
調査対応担当者	中村 通啓 (所属、職名：特養・主任生活相談員)		
利用定員	155 名	開設年	平成 8 年 10 月 1 日
理念・基本方針			
<p>○「理念」 私たちは、愛し愛される施設として、利用者様の「おもい」・「きずな」・「えがお」を大切に、「その人らしい生活」の、実現のための支援をします。</p> <p>○「理念の実行方法」</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 必要な医療・介護・福祉・生活支援が継続的かつ適切に利用できるシステムづくりに努めます。 2. 役割体験・自発的活動・仲間づくりなど、自己能力を活かし、選べて楽しいアクティビティケアづくりに努めます。 3. 終末期をご家族・職員とより添い、信頼しあえる「看取りケア」の実践に努めます。 4. 地域住民の一人として実感できるように、施設のオープン化に努めます。 5. 職員に求められる倫理と専門性の実現に向け、トータルな人材マネジメントシステム整備に努めます。 6. 安全快適に過ごせる環境実現のため、健全経営を継続します。 			
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	2 名	10 名	20 名	18 名	34 名
85～90歳未満	90～95歳未満	95歳以上	合 計		
32 名	27 名	14 名	157 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	0名	0名	0名	0名	1名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	3名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
肢体不自由	16名	6名	5名	1名	0名	0名	0名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	1名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
重複障害（別掲）	1名	0名	0名	1名	0名	0名	0名
合計	18名	6名	5名	2名	1名	3名	0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
2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	4名	0名	0名
そううつ病	0名	0名	0名
非定型精神病	0名	1名	0名
てんかん	0名	1名	0名
中毒精神病	0名	0名	0名
器質精神病	0名	0名	0名
その他の精神疾患	2名	0名	0名
合計	6名	2名	0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	2名	16名	32名	56名	51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
24名	12名	31名	20名	11名	32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
7名	2名	7名	0名	1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
3名	1名	1名	1名	1名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
1名	0名	0名	0名		

（平均利用期間： 3.6年）

【職員の状況に関する事項】

○成人施設の場合

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	85名	1名	8名	1名	2名
非常勤	28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	2名	60名	0名	8名	1名
非常勤	0名	10名	0名	1名	0名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	2名	0名	0名	0名	0名
非常勤	0名	0名	0名	2名	13名

社会福祉士	1名	(0名)
介護福祉士	39名	(6名)
保育士	0名	(0名)
介護支援専門員	8名	(1名)
看護師	8名	(0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）		
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）

<ul style="list-style-type: none"> ・ 指定短期入所生活介護・指定介護予防短期生活介護（定員 8 名） ・ 指定通所介護・指定介護予防通所介護（定員 4 0 名） ・ 上尾市地域活動支援センター（定員 4 0 名）（上尾市受託事業） ・ 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（上尾市受託事業） ・ ケアハウス（定員 5 0 名）
--

【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		4,811 m ²
	入所(通所)者1人あたり	31.03 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築(含大改築)年	平成	8年

○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。

- 年に1回満足度調査を実施。匿名なので利用者様ご家族からの率直な意見を聞いている。
- 家族懇談会、フロア懇談会、利用者懇談会を行っている。
- 常日頃から部屋持ち担当制になっており、利用者様を把握することで話をよく聞ける体制となっている。
- フロア相談業務制をとっており、利用者様から一番身近な職員が利用者様・ご家族との調整をすることで双方の意見をしっかりと反映できる仕組みである。

【その他特記事項】

--

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人
ケアマネージメントサポートセンター

②事業者情報

名称：	特別養護老人ホーム あけぼの	種別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	皆木 越治	定員(利用人数)：	155名
所在地：	〒362-0058 埼玉県上尾市上野567番地		Tel 048-726-6514

③総評

<p>◇特に評価の高い点</p> <p>1、事業計画が部門の目標から個人の行動目標まで繋がられ、周知徹底されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画に基づいて策定された各年度の事業計画は、各部門の目標及び、目標に対する具体的な取組方法まで作成されています。また、それらの目標と取組方法は、職員のキャリアパス計画を通じて、1人ひとりの行動目標まで繋がられています。 ・各部署や委員会が参加して事業計画やそれに伴う目標と取組み方法を作る過程を通じて、事業計画と目標及び取組方法の職員への周知や理解が深められています。 <p>2、中長期計画に基づいた、人材の育成制度が設けられています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護看護職教育育成指針にしたがい、専門性の向上を目的とした資格取得を含む人材育成の中長期計画が策定されています。また、職員には1人ひとりのキャリアパスが作成され、定められた必須項目をクリアする為にOJTや研修も行われ、レベルアップできる仕組みが設けられています。 ・研修に参加した職員へのアンケートや学んだことを施設内研修の講師をすることを通じて理解度や達成度を確認し、結果は研修計画の見直しにも反映されています。 <p>3、細分化された委員会は、課題の解決から事業計画作成までの機能を果たしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・部門を横断する形で各委員会が設けられ、各課題の解決やマニュアルの作成、研修の企画などに加えて、該当年度の目標に対する評価やその結果を反映させた次年度の事業計画の策定の役割も果たしています。 <p>4、選択肢が多く、多様性のある就業制度が作られています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・夜勤/日祝勤/勤務時間などに多くの選択肢が設けられ、個人面談による要望を捉えて、最適と思われる就業条件や環境の選択を可能とし、この制度により、職員の定着と育成計画の両立が図られています。
--

- 5、利用者の状況に沿って、きめの細かいケアが職員の努力と工夫により実践されています。
- ・リアリティオリエンテーションの実施や利用者へのマンツーマン体制をとることで、馴染みの関係ができ、利用者の安心へ繋がっています。また、SOAPを導入することで、課題が明確になり、チームにおける意見交換と情報共有の基準としても活用され、利用者の課題を捉えやすくしています。
 - ・職員の1人ひとりの努力や工夫により、利用者1人ひとりの異なる状態に沿ったケアや快適な環境作りがなされています。
- 6、多職種が連携し、個別性を重視したサービスが提供されています。
- ・利用者一人ひとりの状況に配慮して、各種のサービスを画一的に提供するのではなく、食堂のテーブルや椅子の高さにも気を配るなど、職員の気付きと工夫により、個々の利用者に合わせて生活の質を高めるように、配慮がなされています。
 - ・利用者一人ひとりのニーズを把握し、様々なレクリエーションやグループでのもの作り、少人数での外出などが行われ、多彩で個別性のある余暇が提供されています。

◇特にコメントを要する点

- 1、既成概念に捉われない発想や他者と異なる思考方法を充実させてください。
- ・理念や実行方法の周知徹底と職務の標準化やマニュアル化が相まって、介護の質の向上には十分に効果を上げていますが、反面、多くの職員の思考や解答が画一的になるきらいがあります。大きな環境の変化が生じた場合などのために、答えを与えるのではなく、新しい答えを導き出す力を養うことも期待されます。
- 2、発揮能力を中心に評価できる人事考課制度を期待します。
- ・現在の人事考課制度は、抽象的な評価項目もあり、貴事業所が評価したいことが反映されていない面が見受けられます。介護の質を確保し向上させるための技術と行動を中心に評価がされることを期待します。
 - ・介護看護職教育育成指針にしたがい人材育成計画が策定され、職員1人ひとりのキャリアパスが作成されされています。キャリアパスと人事考課の関連付けが求められます。
- 3、利用者への機能訓練のさらなる充実を望みます。
- ・生活リハビリを中心に、離床への取り組みが行われていますが、全体的に不足が見受けられます。機能訓練を充実し、残存能力を活かして活動場面が広がることを期待します。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

88項目にわたる事細かな熱心なご指導をいただき、9割のa評価結果を得られたことは、私ども全職員の喜びとするところであるとともに、利用者様への満足度向上に役立っているものと自信につながったところがございます。また利用者ご家族様のコメントもそれなりの評価を得ているとの感触を得、嬉しいかぎりでございます。

しかしながら、特にコメントを要する点のご指摘にある通り、当施設のウィークポイントや努力不足な面はまだ存在し、改善の余地は大いにありと再認識しております。今回のご指導を活かし、介護技術の向上はもとより、日常業務において教育、人材育成に力を入れ、より良い施設の構築に邁進していく所存です。

評価細目の第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-(1)-① 理念が明文化されている。	a	地域に根差し、介護を通じて安心して生活していただける施設を提供し、高齢者にやすらぎと生きがいを得ていただくことを明文化した理念が、玄関や各フロアなどの事業所内各所及びホームページや広報誌に掲示されています。また、職員のネームカードやキャリアパスファイルにも記載されています。
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	理念に基づいて作成された具体的行動が「理念の実行方法」として明文化され、理念と共に事業所内各所やホームページに掲示され、利用者・利用者家族・来訪者・職員のだれもが閲覧可能となっています。
I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。	a	朝礼の場での唱和による確認が継続的に行われています。また、職員1人ひとりのキャリアパスファイルに記載することで、職員1人ひとりの行動目標とも結びつけて、周知と理解が図られています。
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	b	利用者や家族・来訪者が閲覧可能なように掲示されると共に、広報誌やホームページにも掲げられ、家族懇談会でも周知が図られていますが、利用者には日常のケアや支援と結びつけて、解り易く周知するための工夫が望まれます。

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。	a	収支計画を含めた法人全体の中長期事業計画に基づき、特別養護老人ホーム事業では、資格者の育成を中心とした人材育成計画と現場の職員も参画した大規模修繕計画を中核とした5年計画が策定されています。
I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a	中長期計画に基づき、収支の裏付けを持って毎年の事業計画と予算書が策定されています。また計画には、全体目標と各フロア目標及び具体的な取組方法まで含まれています。
I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。	a	各部署と委員会が該当年度の目標に対する評価を行い、その結果を反映させて作成した次年度計画を統合し、次年度の事業計画が策定されています。また、事業計画に基づいて作成された目標に対する期中での評価と見直しも行われています。
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。	a	各部署、委員会が参加して事業計画やそれに伴う目標を作る過程や、部門ごとに作成された目標に対する期中の評価が、職員への周知や理解を深めるのに効果を上げています。
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。	b	利用者家族には、年初の家族懇談会において周知が図られていますが、利用者には日常のケアや支援、月単位、週単位の方針や行事などと結びつけて、解り易く周知するための工夫が望まれます。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	b	職種と職位別の業務分掌表に基づき、各管理者の役割と責任が明確にされています。また、事業計画と役割に基づいて策定された目標に対する評価もおこなわれていますが、中間管理職の意識と職員への周知には、いささか不足が見られます。
I-3-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	新任研修や現任研修に、関連法令関係の講義が行われ、疑問点については、すぐ確認できるように介護保険解釈本が配置されています。また、関連する委員会により、法令理解のための施設内研修など、法令順守の取り組みも行われています。
I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a	運営会議を通じて設定された、収支面、人員配置、施設整備、地域活動などの目標に基づき、各部署の主任目標が設定され、成果報告に基づいて期中の修正を行い、次年度の計画にも反映させるなど、意欲を持って指導力が発揮されています。
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a	運営会議において、労務財務などの数字的側面と提供されているサービスなどの質的側面の双方から課題を捉え、優先順位を含めて検討が行われ、各委員会を通じて対応策が講じられています。

評価対象II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
II-1-(1)-① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	生活相談員を中心に、厚労省の社会保障審議会資料や上尾市高齢者福祉計画・上尾市介護保険事業計画などから情報が把握され、運営会議で報告されることにより、地域包括ケアへの対応など、中・長期計画の方向性や各年度の事業計画に反映されています。
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。	a	運営会議において、利用者稼働率や収支状況の報告がなされ、予測される結果に対して事前に対策が講じられています。また、施設設備面・提供されるサービス面から課題をとらえ、中・長期計画や各年度の事業計画に反映されています。
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	毎年、決算時に公認会計士事務所の監査を受け、指導や結果は経営改善に繋がられています。

Ⅱ－２ 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ－２－（１） 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ－２－（１）－① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a	中長期教育計画に基づき、介護職の自主配置基準の2.3：1を満たすための採用計画と専門性向上のための資格取得計画を中核とする人材育成計画が策定されています。
Ⅱ－２－（１）－② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	人事評価の基準項目に沿って、自己→2次→3次評価の三段階で行われています。また、評価後のフィードバックが個人面談により行われており、透明性は確保されていますが、評価項目には抽象的な内容が見受けられます。介護の質を確保し向上させるための技術と行動を中心に評価される人事考課を期待します。
Ⅱ－２－（２） 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ－２－（２）－① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a	就労条件の多様化に伴い、夜勤/日祝勤/勤務時間などに多くの選択肢が設けられています。また、勤務状況もデータとして把握され、個人面談による要望を捉えて改善する仕組みも作られています。有給休暇の消化や育児休暇の取得も十分に行われています。
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。	a	職員が任意で加入できる共助会に事業所が加入しているほか、定期健康診断やインフルエンザ予防接種の実施などに加えてメンタルケアホットラインの導入によるカウンセリング制度など、福利厚生の充実が図られています。
Ⅱ－２－（３） 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ－２－（３）－① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	介護看護職教育育成指針に、教育・研修に関する姿勢が明示され、教育育成委員会により、専門性向上を目的とした資格取得を含む人材育成の中・長期計画が策定され、施設内研修と施設外研修への職員の積極的な参加が図られています。
Ⅱ－２－（３）－② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a	個人別のキャリアパスが作成され、各レベルでの必須項目が設定され、必要なOJTや研修を受け、チェックリストをクリアすることでレベルアップがなされる制度が作成されています。
Ⅱ－２－（３）－③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a	施設内の研修に参加した職員への理解度アンケートや施設外研修の受講者が学んできたことを施設内研修として講義をすることなどを通じて、理解度や達成度を評価し、必要に応じて、個別の研修計画の見直しが行われています。
Ⅱ－２－（４） 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ－２－（４）－① 実習生の受け入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。	a	実習生受け入れマニュアルや実習指導者マニュアルに、基本的な姿勢と体制が明示され、平成25年度で105名の受け入れ実績があります。また、1対1の指導が行われ、実習指導者研修修了者を指導者とするように努めるなど、積極的な取り組みが見受けられます。

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
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。	a	緊急時に職員が統一した行動が取れるように、事故防止マニュアルと感染症対応マニュアルが作成されています。また、感染対策委員会では、流行時には臨時研修を行うなど、職員全員参加の研修が行われ、蔓延を防ぐ対策が取られています。
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a	消防署立会の防災訓練が毎年実施され、毎月開催される災害対策委員会では、災害時の対応の確認が行われています。また、緊急事態の通達や職員招集のための一斉メールシステムが設けられ、指揮系統も明確にされています。地域防災協定も締結されています。
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a	リスクマネジメント委員会において、ヒアリハット報告書や事故報告書をもとに、原因の分析とレベル区分に基づいた再発の防止策が策定され、OJTや施設内研修により、職員への周知が図られています。また、医療安全管理者研修修了者の配置も行われています。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	理念に基づいて作成された「理念の実行方法」に、地域との関わりについても明文化されています。利用者の希望に沿って外出計画が作成され、地域での散策や買物、外食などが行われています。また、近隣の小学生の慰問を受けたり、納涼祭などの催しに地域の方々を招くなど、双方向の交流が進められています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	上尾市通所型介護予防事業である「元気アップ体操教室」や地域包括支援センターの主催の「脳の健康教室、家族介護教室、アニマルセラピー」などに、場所の提供や講師派遣が行われています。また、庭園の拡張を進めており、完成後は地域に開放される予定です。
II-4-(1)-③ ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし、体制を確立している。	b	ボランティア受け入れマニュアルに基本的な姿勢と受け入れ体制が明示され、社会福祉協議会との連携が行われるなど、平成25年度で、延べ213人の受け入れが行われています。市のボランティア協会への登録やボランティア保険の導入などを含めて利用者のニーズに合わせた受け入れを望みます。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	a	地域の医療機関、地域包括支援センター、ボランティア、生活を楽しむための施設など、カテゴリー別に、社会資源リストが作成配布され、必要に応じて利用するための情報を得られるようになっています。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	市役所、社会福祉協議会、消防署などとの連携に加えて、中央地区老人ホーム協議会や地域ネットワーク会議に参加し、テーマ別の話し合いや情報の交換、課題への取り組みなどに連携や協力が得られています。

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 地域の福祉ニーズを把握している。	b	上尾市の高齢者福祉計画、事業計画をとらえて、市の高齢者の状況、施策、介護保険事業の方向性を把握し、特養が果たすべき役割が把握されていますが、職員の地域ニーズの周知には不足が見られます。
Ⅱ－４－（３）－② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	地域包括支援システムに沿って、予防から看取りまでの中で、事業所が果たすべき役割が中長期計画に反映され、地域の福祉ニーズに多角的に答えられるように、各年度の事業活動が進められています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－１－（１） 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ－１－（１）－① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	理念に基づいて作成された「理念の実行方法」に、利用者の尊重が行動として明示されています。また、各倫理委員会、虐待防止委員会、身体拘束廃止検討委員会が設けられ、各委員会の指針やマニュアルの作成と事業所内研修により、全職員に対する共通の理解と知識の習得に取り組まれています。
Ⅲ－１－（１）－② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	プライバシー保護規程が完備され、特にプライバシーの保護が欠かせない排泄、入浴、更衣などには、介護の手順書も作成されています。また、不適切ケアチェックリストの記入と面談により、各職員への周知徹底が行われています。
Ⅲ－１－（２） 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。	a	利用者家族に対して満足度調査を実施し、サービス担当者会議での聴き取りと併せ、利用者が望む介護が何であるかを捉えるための取り組みがなされており、1人ひとりの利用者に対するケアや支援の具体的な改善に努められています。
Ⅲ－１－（３） 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ－１－（３）－① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	毎日各フロアに、介護職を含む各職種の出勤者の氏名を掲示し、話し易い相手や話したい内容に合った職員を選んで話せる仕組みが作られています。また、定期的に介護相談員の来所があり、利用者の話を聴かれています。
Ⅲ－１－（３）－② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情対応マニュアルが作成されると共に、苦情受付責任者、苦情解決責任者が設けられ、必要に応じて第三者委員会の意見を聴くなど、相談員と現場の介護職も含めて迅速に対応・解決し、申出者に回答できる仕組みが作られています。記録は事務所で保管、管理されています。
Ⅲ－１－（３）－③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	苦情に対しては、フローチャートにより対応の手順が明確化され、多岐にわたる意見や要望に対して迅速に責任者への報告がなされ、適する職種・職位が対応する体制が取られています。また、汲み取られた意見や要望は検討を経て、サービスの向上に活かされています。

Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a	県指導による自主点検表を用いて、年1回サービス内容の評価が行われ、その結果を共有して改善策を検討し、実施する仕組みが作られています。
Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a	業務改善会議、主任会議、カンファレンス等で明確化された課題は、PDCAの展開で、職員への周知と理解が図られています。
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-① 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	整備されたマニュアルに基づき、標準的なサービスが提供されています。また、定期的な面談と評価が行われることで、職員の介護に対する目的が確認され、介護過程に応じた介護が提供できる体制が整えられています。
Ⅲ-2-(2)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	業務委員会が設置され、月1回、実施方法について検討され、必要な見直しが行われています。また、利用者や職員の意見や提案を反映しやすくするために、アンケート等の実施も検討されています。
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a	介護過程プロジェクトチームを組織し、ケアプランと日々の生活記録が繋がるように介護計画が作成されています。また、SOAP形式により記録することで、記録方法が標準化され、見落としや漏れが防がれています。
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a	個人情報保護規程やIT管理規程に基づき管理され、外部漏洩を防いでいます。また、個人記録の取り扱い、スタッフルーム内に限定するなど、管理の徹底が図られています。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	多職種合同で半年に1回、カンファレンスを開催し、利用者の情報が共有されています。また、回覧を利用した伝達も行われ、情報を共有する仕組みが、複数作られています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページや広報誌で随時情報提供がなされています。広報誌は地域の施設や近隣へ配布され、見学や相談にも随時対応できる体制が取られています。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	利用開始時には、相談員から利用者や家族にサービス内容の説明が丁寧に行われ、理解いただいたことを確認の上、同意をいただいています。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	退所される際には、ケアプランや看護サマリーなどで情報提供を行い、スムーズな引継ぎが行われるように手配が取られています。サービス終了後についても、その後の状況をフォローされるなど、サービスの継続が望まれます。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	施設介護支援専門員業務マニュアルに沿って、アセスメントが実施されています。入所時にはカンファレンスが開催され、多職種によるアセスメントが行われ、利用者のニーズが検討されています。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	多職種でのカンファレンスによるアセスメントの結果から、個々の課題が明確にされ、具体的に記入されたサービス計画書が作成されています。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	定期的に評価や見直しが行われています。利用者、家族、主治医及び多職種にも意見を求め、状況変化に合わせた介護計画が作成され、また、必要に応じて、見直しも随時行われています。

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ-1 個別サービスの提供

	第三者評価結果	コメント
Ⅳ-1-(1) 利用者に対する食事の提供。		
Ⅳ-1-(1)-① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	a	主食は選択でき、利用者の好みに合わせ代替食も提供されています。おせち料理や流しソーメン、秋刀魚祭りなど、行事食も工夫され、食器も家庭的な雰囲気を感じてもらえるために、柄を揃えないなどの配慮がなされています。
Ⅳ-1-(1)-② 定期的に食事の環境を見直すシステムができていて、機能している。	a	満足度調査を年2回実施され、その結果を残食量の記録と合わせて、栄養管理委員会で検討し、献立に反映されています。また、季節の食材を取り入れ季節感を味わっていただいたり、温いものは温く提供することにも努められています。
Ⅳ-1-(1)-③ 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a	利用者の状況に合わせた食事形態で提供されています。栄養アセスメントをもとに評価が行われ、多職種で連携し、テーブルや椅子の高さについても検討され、安全に食事を楽しんでいただける支援が行われています。
Ⅳ-1-(1)-④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	a	栄養士が定期的に聴き取りを行い、できるだけ希望を取り入れるように努められています。行事の際にはノンアルコール飲料で飲酒の気分も味わっていただくなど、嗜好にもできる範囲の配慮がなされています。
Ⅳ-1-(2) 利用者に対する入浴の提供。		
Ⅳ-1-(2)-① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a	大浴場、個浴、機械浴、リフト浴を備え、利用者の身体状態に合わせた入浴方法が取られています。最初から最後まで同じ職員が支援し、BGMを流すなど、安心して入浴を楽しんでいただける支援が行われています。
Ⅳ-1-(2)-② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	脱衣所はドアとカーテンを閉めるように徹底されています。また、男女別に入れ替えを行い、希望者には同性介助が行われています。

IV-1-(3) 利用者の適切な排泄管理。		
IV-1-(3)-① 排泄の自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している。	a	排泄委員会が中心となり、パットの色分けで排泄状況が把握できるように工夫されています。個々の状態に合わせて、尿器や差込便器、ポータブルトイレなど、適したものを使用されています。また、機能訓練を継続したことにより夜間もトイレでの排泄が可能になるなど、自立度が改善した事例も見受けられます。
IV-1-(3)-② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	定期的に研修が実施され、消臭や換気にも気を配った介助が行われています。また、別の階や併設のデイサービスのトイレを利用することもでき、利用者一人ひとりの気持ちや羞恥心に配慮した支援がなされています。
IV-1-(4) 利用者の移乗の確保。		
IV-1-(4)-① 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。	a	機能訓練士が利用者の身体状態に合わせた福祉用具を選定し、可能な限り離床していただけるように取り組まれています。
IV-1-(5) 利用者の整容の確保。		
IV-1-(5)-① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	a	就寝時と起床時に着替えの支援が行われ、生活のリズムが整えられています。また、洗顔や口腔ケアも行き届いており、月2回の理美容も楽しまれています。
IV-1-(6) 個々の生活、障害に合わせた介護。		
IV-1-(6)-① 個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	a	半年に1度、多職種でのカンファレンスが行われ、SOAP形式で記入することで見落としや漏れが防がれ、個々の障害に合わせた介護計画が作成され、適切な支援が行われています。
IV-1-(6)-② 認知症高齢者への対応を適切に行っている。	a	様々な集団レクリエーションや個別レクリエーションを楽しまれています。また、リアリティオリエンテーションを継続することで、日常生活動作が改善され、ナースコールが押せるようになり、トイレでの排泄が可能になるなどの改善効果も見られます。
IV-1-(7) 医療依存度の高い利用者への対応。		
IV-1-(7)-① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携するなど適切な対応を行っている。	a	在宅医と連携し、対応手順書に基づき受け入れが行われています。施設で点滴や酸素療法が実施できる環境も整えられ、適切な対応が取られています。
IV-1-(8) 利用者の健康管理。		
IV-1-(8)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	a	バイタルチェックは定期的に行われ、月1回の体重測定、年1回の健康診断で体調に変化が見られた場合は、随時、医療機関へ報告と連絡がなされ、必要な対応が取れる体制が整えられています。
IV-1-(8)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	a	手順書に基づき、職員2人で確認するなど、誤薬を防ぐためのチェック体制が整備されています。また、疾病による副作用対策も講じられ、情報は職員間で共有されています。
IV-1-(8)-③ 感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a	感染症対策委員会が設置され、毎月検討会が開かれています。また、研修も行われ、嘔吐処理方法についても日頃から勉強され、職員間で迅速に対応できる体制が作られています。
IV-1-(8)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	a	衛生管理マニュアルや予防マニュアルが整備され、年2回の研修を通じて、職員間にも周知徹底されています。また、定期的な検便検査や食器類の衛生管理も行われ、予防対策が適切に実行されています。

IV-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施。		
IV-1-(9)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	b	個別リハビリ計画書に基づき、機能訓練士により、週1回実施されています。また、月1回体重測定をもとに、管理栄養士による健康状態の評価も行われています。多職種での評価と見直しが行われ、身体機能維持に努められていますが、実施できる利用者が限られているように見受けられます。
IV-1-(9)-② 機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。	b	食事を自分で食べられるように、食事時の椅子やテーブルの高さや配置などの検討、また排泄や入浴を安全に行うための立位保持訓練が生活リハビリとして行われ、機能維持が図られていますが、寝たきり利用者への取り組みには、改善の必要があると思われれます。
IV-1-(9)-③ 寝たきり防止・離床のための取り組みを適切に実施している。	a	褥そう予防委員会が設置され、褥そう予防ケアスクリーニングにより、個々の状態に応じた対応がなされています。栄養士による評価では低栄養にも配慮され、活動する楽しみを提供することで離床を促し、生活リズムが整えられています。
IV-1-(9)-④ 利用者の身体状況に応じて福祉用具などを適切に提供している。	a	多職種で協議し、利用者の身体状態に合わせた福祉用具が提供されています。使用方法への理解が難しい利用者には練習を重ね、安全に使用できるように取り組まれています。
IV-1-(9)-⑤ 転倒予防のための取り組みを実施している。	a	転倒アセスメントシートを活用され、リスクマネジメント委員会が中心となり、転倒への対策が講じられています。生活リハビリで筋力維持を図り、事故が発生した場合には分析し再発防止にも取り組まれています。
IV-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重。		
IV-1-(10)-① 主体的な生活や余暇活動を保障している。	a	余暇活動には力を入れられ、季節の行事のほか、創作活動や外出、生け花クラブ、調理レクリエーションなどの様々な活動が提供され、利用者1人ひとりにあわせて、楽しんでいただいています。
IV-1-(10)-② 利用者のライフスタイルを保障している。	a	入所前の生活環境や個別性を重視した生活の継続に配慮がなされています。新聞や雑誌、テレビは各フロアで見ることができ、訪問理美容で、気に入った髪型や髪染めを楽しんでいただくなど、好みの生活をしていただける環境が整えられています。
IV-1-(10)-③ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	預かり金規定に定められた方法で管理されています。希望時には職員2人で対応し、出納状況は年4回、家族に報告されています。
IV-1-(10)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。	a	起床、就寝時間は個別に対応され、レクリエーション活動や行事への参加も自由で、利用者の自主性が尊重されています。また、食事や入浴時間なども体調や気持ちに配慮した対応がなされています。
IV-1-(10)-⑤ 生活の継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	a	仏壇や植木など大切にしていたものが持ち込まれ、これまでの生活習慣が継続できるように配慮されています。また、居室担当を決めることで、利用者と職員が馴染みの関係となるように努められています。

IV-2 家族との交流の確保

	第三者評価結果	コメント
IV-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保。		
IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	a	面会時間に制限はなく、利用者と家族がゆっくり過ごしていただける環境が整えられています。また、施設の行事には積極的に家族の参加を呼びかけ、外出や外泊時には現在の健康状態を伝えるなど、安心と安全に配慮して支援がなされています。
IV-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。	a	広報誌やホームページを通して事業所の様子が伝えられています。また、日常の利用者の様子は、家族懇談会や面会時、電話などで報告され、介護計画作成時の連携も図られています。

IV-3 利用者の人権の擁護

	第三者評価結果	コメント
IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止。		
IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	身体拘束防止委員会が毎月開催され、定期的な研修により、職員への周知が図られています。緊急やむをえない場合にはマニュアルに沿った対応がなされ、直ちに家族への説明と経過観察が行われています。
IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	倫理委員会や虐待防止委員会を開催し、職員全員へアンケート調査を実施し、その結果を反映した研修が行われています。また、職員へのストレスケアの制度も設けられ、いつでも相談できる環境が作られています。
IV-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。	a	成年後見制度については、ポスターやパンフレットで周知が図られています。現在、数名の利用者がおられ、後見人の方と連携して、利用者の暮らしが支えられています。
IV-3-(2) 生きがいのある生活。		
IV-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a	居室担当職員が利用者と毎日関わりを持ち、コミュニケーションを取ることで、利用者のニーズをくみ取り、レクリエーションや創作活動、外出企画、アニマルセラピーなどへの参加に反映させ、日々の生活が退屈にならないように努められています。
IV-3-(3) その他。		
IV-3-(3)-① 自己評価を実施している。	a	県で定めた自主点検表により、自己評価が実施されています。また、今回の第三者評価の自己評価により、課題の確認とその改善が行われ、よりよいサービスへつながるものと期待します。
IV-3-(3)-② ターミナルケアを利用者、家族の希望に応じて行っている（ターミナルケアの検討をしている）。	a	利用者や家族の希望に応じられるように、看取り担当者が配置され、24時間の連絡体制や静養室も整備されています。また、ターミナルケアの実施については、特に、利用者が孤独にならないための配慮がなされています。