

平成 24 年 12 月 28 日

鶴寿荘介護老人福祉施設
施設長 阿部 俊郎 様

福祉サービス第三者評価報告書

特定非営利活動法人埼玉県介護支援専門員協会
理事長千葉道子



埼玉県福祉サービス第三者評価結果報告書

2012 年 12 月 27 日

埼玉県知事様

〒 330-0062

住所

埼玉県さいたま市浦和区
仲町2-13-8 ほまれ会館

電話番号 048-835-4343

評価機関名 特定非営利活動法人
埼玉県介護支援専門員協会

認証番号 埼玉県 2004015

代表者氏名 理事長 千葉道子

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)	千葉 道子	福祉	2004010051
	(2)	野呂 牧人	福祉	2005010113
	(3)	渡邊 良夫	組織・福祉	2001010252
	(4)	山本 隆雄	組織・福祉	2004010049
	(5)	池田 純子	組織・福祉	2004010052
サービス種別				
事業所名称				
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2012 年 7 月 1 日	～	2012 年 12 月 26 日	
利用者調査実施時期	2012 年 9 月 29 日	～	2012 年 10 月 1 日	
訪問調査日	2012 年 10 月 19 日			
評価合議日	2012 年 11 月 14 日			
評価結果報告日	2012 年 11 月 22 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無		☒ 同意あり ☐ 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 24 年 12 月 18 日

設置・運営主体	社会福祉法人		
設置主体			
経営主体	久喜同仁会		
事業所名 (施設名)	鶴寿荘介護老人福祉施設	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 346-0024 埼玉県久喜市北青柳1364		
電 話	0480-23-6288		
FAX	0480-29-2178		
Email	kakuju@chive.ocn.ne.jp		
URL	http://www9.ocn.ne.jp/~kakuju/		
施設長氏名	阿部俊郎		
調査対応担当者	光成 智美 (所属、職名：鶴寿荘新館 生活相談員)		
利用定員	129 名	開設年	昭和 55 年 6 月 1 日
理念・基本方針			
法人の理念 「利用者の尊厳を支え、 一人一人にふさわしいケアを行う」 1. 利用者の権利擁護と人権の尊重 2. 適切な個別ケア 3. 生きがいのある生活 4. 心温まる支援			
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	3 名	4 名	15 名	19 名	19 名
85～90歳未満	90～95歳未満	95歳以上	合 計		
29 名	30 名	9 名	128 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。

○乳児院の場合

（1）施設定員数	人
（2）施設措置人数	人
	一時保護者数 人

○児童養護施設の場合

（1）本体施設定員数	人（分園型自活訓練事業を含む）
地域小規模児童養護施設設置数	か所
分園型自活訓練事業	か所
（2）本体施設措置人数	人（うち、分園型自活訓練事業 人）
一時保護者数	人
地域小規模児童養護施設	人

○母子生活支援施設の場合

(1) 施設定員世帯数	世帯		
(2) 施設入所世帯数	世帯	緊急一時保護世帯数	世帯
		一時保護世帯数	世帯

○自立援助ホームの場合

(1) 定員数	人	
(2) 入所人数	人	
	私的契約等	人

○ファミリーホームの場合

(1) 定員数	人
(2) 受託人数	人
一時保護数	人

○障害等の状況（保育所、児童養護、乳児院、母子生活支援施設を除く）

・身体障害（障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

障害区分	1 級	2 級	3 級	4 級	5 級	6 級	7 級
視覚障害	名	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	1 名	名	名	名	1 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	15 名	11 名	2 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）	3 名	2 名	名	名	名	名	名
合 計	18 名	14 名	2 名	2 名	名	1 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
0 名	0 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	1 名	名
そううつ病	名	1 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	1 名	1 名	名
合 計	1 名	3 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	9 名	21 名	27 名	30 名	41 名

○サービス利用期間の状況（保育所、児童養護、乳児院、母子生活支援施設を除く）

～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
18 名	13 名	20 名	23 名	11 名	22 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
3 名	2 名	5 名	1 名	2 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
0 名	1 名	1 名	1 名	0 名	0 名
17 年～18 年	18 年～19 年	19 年～20 年	20 年以上	(平均利用期間： 3.8 年)	
2 名	0 名	0 名	2 名		

【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	64 名	1 名	4 名	0 名	5 名
非常勤	5 名	0 名	0 名	0 名	0 名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	6 名	37 名	0 名	8 名	0 名
非常勤	0 名	17 名	0 名	1 名	0 名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	1 名	0 名	0 名	0 名	2 名
非常勤	0 名	3 名	0 名	1 名	1 名

社会福祉士	5	名	(	0	名)
介護福祉士	34	名	(	2	名)
保育士	0	名	(	0	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)	
(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。				
(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)	
(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。				

○乳児院の場合

常勤職員数		人		
うち	看護師・保育士・児童指導員(定数)	人	(人)	
	家庭支援専門相談員	人	心理士	人
	栄養士	人	調理員等	人
	その他 ()	人		
非常勤職員数		人		
うち	看護師・保育士・児童指導員	人		
	心理士	人	栄養士	人
	調理員等	人	その他 ()	人

(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（うち看護師・保育士・児童相談員）の平均年齢			歳	(	歳)
(4) 常勤職員（うち看護師・保育士・児童相談員）の平均在職年数			年	(	年)
(注) 現在の施設での在職年数。ただし、同一法人内の児童福祉施設間の異動は通算可。 小数点以下第二位を四捨五入。					
(5) 勤務形態（該当にチェック）					
☐ 住み込み ☐ 断続勤務制 ☐ 住み込み・断続勤務制 ☐ その他 ()					

○児童養護施設の場合

常勤職員数		人			
うち	児童指導員・保育士（定数）	人 (人)			
	職業指導員	人	家庭支援専門相談員 人		
	看護師	人	心理士 人		
	栄養士	人	調理員等 人		
	その他 ()	人			
非常勤職員数		人			
うち	児童指導員・保育士	人	看護師 人		
	心理士	人	栄養士 人		
	調理員等	人	その他 () 人		
(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（うち児童相談員・保育士）の平均年齢			歳	(	歳)
(4) 常勤職員（うち児童相談員・保育士）の平均在職年数			年	(	年)
(注) 現在の施設での在職年数。ただし、同一法人内の児童福祉施設間の異動は通算可。 小数点以下第二位を四捨五入。					
(5) 勤務形態（該当にチェック）					
☐ 住み込み ☐ 断続勤務制 ☐ 住み込み・断続勤務制 ☐ その他 ()					

○母子生活支援施設の場合

常勤職員数	母子指導員（定数）	人 (人)	
	少年指導員	人	保育士 人
	心理士	人	事務員・調理員等 人

その他 () 人	
非常勤 職員数	母子指導員 人 少年指導員 人
	保育士 人 心理士 人
	事務員・調理員等 人 嘱託医 人
	人 その他 () 人
(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（うち母子指導員・保育士・少年指導員）の平均年齢 歳 (歳)	
(4) 常勤職員（うち母子指導員・保育士・少年指導員）の平均在職年数 年 (年)	
(注) 現在の施設での在職年数。ただし、同一法人内の児童福祉施設間の異動は通算可。 小数点以下第二位を四捨五入。	
(5) 勤務形態（該当にチェック） ☐ 住み込み ☐ 断続勤務制 ☐ 住み込み・断続勤務制 ☐ その他 ()	
(6) 夜間警備体制 ☐ 機械警備有り（警備員配置有り） ☐ 機械警備有り（警備員配置無し） ☐ 宿直のみ ☐ その他 ()	

○自立援助ホームの場合

常勤職員数 人	
うち	児童指導員（定数） 人 (人)
	その他 () 人
非常勤職員数 人	
うち	児童指導員 人 その他 () 人
(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（うち児童指導員）の平均年齢 歳 (歳)	
(4) 常勤職員（うち児童指導員）の平均在職年数 年 (年)	
(注) 現在の施設での在職年数。ただし、同一法人内の児童福祉施設間の異動は通算可。 小数点以下第二位を四捨五入。	
(5) 勤務形態（該当にチェック） ☐ 住み込み ☐ 断続勤務制 ☐ 住み込み・断続勤務制 ☐ その他 ()	

○ファミリーホームの場合

主たる養育者数	人
その他養育者数	人
補助者数	人

【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	4 人
介護福祉士	24 人
その他	38 人

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和 56 年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	4929 m ²	
	入所(通所)者 1 人あたり	38.21 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 耐火・耐震構造	耐火	☒ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☒ 2. いいえ
(3) 建築（含大改築）年 昭和 55 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	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
(4) 建築（含大改築）年 平成 年		

○乳児院の場合

(1) 建物面積	m ²	
	乳幼児 1 人あたり	m ² (計算式：建物延べ床面積合計÷定員)
(2) 敷地面積	m ²	
	乳幼児 1 人あたり	m ² (計算式：敷地面積合計÷定員)
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい ☐ 2. いいえ
(4) 建築（含大改築）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)		☐ ・大舎制	☐ ・中舎制	☐ ・小舎制
(2) 建物面積		㎡		
	児童 1 人あたり	㎡ (計算式: 建物延べ床面積合計 ÷ 定員)		
(3) 敷地面積		㎡		
	児童 1 人あたり	㎡ (計算式: 敷地面積合計 ÷ 定員)		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ	
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ	
(5) 建築 (含大改築) 年 平成 年				

○母子生活支援施設の場合

(1) 建物面積		㎡	
	1 世帯あたり	㎡ (計算式: 建物延べ床面積合計 ÷ 定員世帯数)	
居室平均面積	1 世帯あたり	㎡ (計算式: 居室合計面積 ÷ 定員世帯数)	
(2) 敷地面積		㎡	
	1 世帯あたり	㎡ (計算式: 敷地面積合計 ÷ 定員世帯数)	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(4) 建築 (含大改築) 年 平成 年			

○自立援助ホームの場合

(1) 建物面積		㎡	
	入所者 1 人あたり	㎡ (計算式: 建物延べ床面積合計 ÷ 定員)	
(2) 敷地面積		㎡	
	入所者 1 人あたり	㎡ (計算式: 敷地面積合計 ÷ 定員)	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(4) 建築 (含大改築) 年 平成 年			

○ファミリーホームの場合

(1) 建物面積		㎡	
	児童 1 人あたり	㎡ (計算式: 建物延べ床面積合計 ÷ 定員)	
(2) 敷地面積		㎡	
	児童 1 人あたり	㎡ (計算式: 敷地面積合計 ÷ 定員)	
(3) 耐火・耐震構造	耐火	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 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。

- ・施設長が居室をたずねて随時聞き取りを行っています
- ・意見箱を設置しています
- ・年1回 家族にアンケートを行っています
- ・ケアプランの説明を行うときに意向を聞き取っています
- ・機能訓練計画書、栄養ケア計画、近況報告にご意見を自由記述する欄を設けています
- ・苦情受付窓口を設置しています
- ・嗜好調査を行っています
- ・年2回の家族会を開いています
- ・年2回家族を対象にした食事会等を開いて職員が意向を聞き取っています

【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 埼玉県介護支援専門員協会

②事業者情報

名称：	鶴寿荘介護老人福祉施設	種別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	阿部 俊郎	定員(利用人数)：	129 名
所在地：	〒346-0024 埼玉県久喜市北青柳1364		Tel 0480-23-6288

③総評

◇特に評価の高い点

1. 施設で作り上げてきた、社会的なスキル・機能、介護技術、建物のスペースなどを積極的に地域社会に還元している。例えば、高齢者総合相談センターの設置、生活保護世帯の子供たちの学習支援場所の提供、家庭介護講座開催など枚挙にいとまがありません。

2. 望ましい職員像【笑顔のある 心温まるケア】を掲げ、利用者には「大切に」「親切に」接する、ケアは「優しく」「丁寧に」行うなど、具体的な目標が設定されています。この目標は、職員の日々の活動の心のよりどころになっています。

3. 介護老人福祉施設での一般的な離職率は、18%になっています。これに対して貴施設は2.2%と非常に低く、特筆すべきものであり、働きやすい職場環境であることが伺えます。

4. 利用者の好みに応じて様々な取り組みがされています。例えば、お好み昼食会では、中華・ウナギなどが選択できます。また、握り鮎などの実演昼食会、外食会などは利用者の楽しみな行事となっています。

5. 寝たきり防止を図るために、ベッドサイドのリハビリや、リクライニング・チルトタイプ・オートロックブレーキ付きなどの車椅子を利用者の状態の合わせて適切に選定し利用されています。

6. 「感染症・食中毒を発生させない」との強い意思で、感染症予防対策委員会、感染症予防実技研修、感染症予防研修を行い、実践対策ができています。

7. 東日本大震災の反省として、施設入居者・職員はもちろん、地域の方々への食糧備蓄もされています。

8. 専属のボランティアコーディネーターを配置し、ボランティアの受け入れと育成を図っています。その数は実に年間1000名（延べ人数）に達しています。

9. すべての職員の人事考課および面接を年2回実施し、モチベーション向上に繋げています。また、人事考課制度を適宜見直しています。

◇特にコメントを要する点

1. 経営方針や事業計画を、職員全員が理解し、目標に向かって一緒に行動できるように、周知方法の工夫やコミュニケーションを通じた周知活動の充実が望まれます。

2. ケアプラン1, 2表、一日の流れ等は適切に計画・実施し、結果も記載されています。しかし、ケアプランに基づいたケアの実施状況が容易に分るケア記録にはなっていないので見直しが望まれます。

3. 各種マニュアルは整備されています。しかし、「だれでもできる」・「ミスなく支援ができる」マニュアルに至っていないので、リスク管理を意識した見直しが望まれます。

4. 利用者やご家族からの意見や意向を聞く機会が設定されていますが、繰り返し聞くことが必要と思われます。又、意見が出やすいように、第三者例えば、介護相談員の活用を提案いたします。

5. 多くの会議が行われています。その会議録等を、可能な限りに公開し職員間で共有することが大切と考えます。これにより、職員の活力・モチベーションの向上が期待されます。

6. 中長期の事業計画は、構想段階にとどまっております。更なる検討が加えられ、実行可能な事業計画の作成が望まれます。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者が一定の基準に基づき、客観的に評価することは事業者にとって必要性を感じているところではありますが、費用面の問題や、事業者にとって社会的な評価でのメリットが少ないこと、また任意であるために、受審する事業者が少ない現状にあると思われます。

第三者機関として認証を受けていても、受審する事業者が少ないために十分な機能が果たせない状況にあり、第三者評価のシステムや共通の評価項目・個別評価基準の見直しもされずにいることに疑問を感じるとともに、現状では調査員の資質の向上のためにも支障があると思われます。

これらの課題は課題として、当施設は第三者評価を受審して指摘を受けた点を、利用者のサービス向上のために、来年度以降の事業計画や中・長期的な計画に活かしていきたいと考えています。

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	
Ⅰ－１－（１）－② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	
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	
Ⅰ－１－（２）－② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	

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。	b	
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。	b	
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	
Ⅰ－２－（２）－② 事業計画が職員に周知されている。	a	
Ⅰ－２－（２）－③ 事業計画が利用者等に周知されている。	a	

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	
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	
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	
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。	b	

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	
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	
Ⅱ－１－（１）－③ 外部監査が実施されている。	c	

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。	b	
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。	a	
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	
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	
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	
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。	b	
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。	b	
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	

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	
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	
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	

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	
Ⅱ-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	
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。	a	
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	
Ⅱ-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	
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。	a	
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	

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	・法人の理念として「利用者の権利擁護と人権の尊重」を掲げ、年1回の権利擁護をテーマとした研修会を実施し、理念を再確認している。 また、身体拘束廃止に関する研修会を開催し、身体拘束や虐待しないケアを実践している。
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	・個人情報保護規程について、年1回研修会を開催している。新入職者については、別途新人研修のカリキュラム中で研修している。 また、個人情報保護については職員から誓約書を取り、情報保護を徹底している。
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	・年1回家族アンケートをして意見を伺い、運営に活かしている。また、利用者の嗜好調査を行い、食事メニューに反映している。 アセスメント・ケアプラン作成時、ケアマネが聞き取りを実施しサービスに活かしている。
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。	b	・相談窓口は複数設置されている。意見が述べやすいように、本館では面談室を使い、新館は個室でしている。利用者の担当制を敷き、細目に話しやす環境となっているが、意見が述べやすいように第三者の方の活用が望まれる。
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。	b	・苦情については、苦情解決委員会を2ヶ月に1回開催し、報告・対策の検討がなされている。 メンバーには第三者委員が入り、専門的なアドバイスがなされている。全職員への周知が望まれる。
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	・苦情対応マニュアルに沿って、迅速に対応している。又、家族会や家族面談を通じて意見や改善点などの要望を聞き、改善を図っている。

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。	b	・自己評価は、生活相談員が毎年行い、結果を検討し、整備・見直しを実施している。 結果について、職員全員で検討し課題を整理し改善につなげるように、PDCAを回すことが望まれる。
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。	b	・毎年実施している自己評価に加えて、今年度は第三者評価を受審している。この結果について、職員全員で検討され課題の確認と改善が期待される。
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	・介護看護マニュアルに一連のサービスマニュアルが記載・整備され、このマニュアルに基いてケアが実施されている。 また、毎年度作成されている事業計画書には、各職種の業務日課を細かく記載し・チェックポイントも示されている。
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。	b	・介護看護マニュアルは、気が付いた点を見直し、修正・追記がなされているが総合的な見直しも望まれる。 一方、感染症予防対策マニュアル等は、新しい知見を入れ適宜、訂正・追記され、常に最新版が職員に周知されている。
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	・ケアプラン1、2表、一日の流れ等は適切に計画・実施し、結果も記載されている。しかし、ケアプランに基づいたケアの実施状況が容易に分かるケア記録にはなっていないので、見直しが望まれる。
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	・契約書に介護記録等は2年間保管と明記し、遵守されている。記録の保管・廃棄について、規程など整備されることが望まれる。 一方、記録の開示についてはルールに従い開示されている。
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	・定期的(1/6月)にケアカンファレンスを開催し見直しが行われている。 朝礼時の伝達や職員間の連絡ノートを活用し、情報の共有化が図られている。 会議録をカーデックスにいれ、現場で容易に見れるようにし情報を共有している。

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。	a	・ホームページを作成し、公開をしている。見学等については依頼があれば随時行っている。 また、地域包括支援センターには情報提供している。 ・体験入所はないが、ショートステイにより特養の生活を体験している。
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、重要事項説明書、料金表等について、入所前、契約時に担当者が、利用者・ご家族に判りやすく説明している。
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。	a	・養護老人ホームに移行例はあるが、それ以外の事例は無い。契約に基づき、退所の援助(看護サマリーや診断書の引き渡し等)を行い、スムーズに引き継ぎを実施している。

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	・三団体版の簡易版を用い、介護職員・看護職員・栄養士・介護支援専門員等が参加して定期的なアセスメントを行っている。
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。	a	・サービス実施計画策定の責任者は、介護支援専門員である。 利用者のデータ収集等は、会議前に全職員からカンファレンスシートへ気づきを自由記述してもらい、これをもとにケアカンファレンスしている。
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	・基本は６ヶ月ごとに実施計画を見直している。基本の全項目について、アセスメントを行い見直している。

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	・行事食や毎週土曜日の外注食（ウナギ、すし、中華など）は、利用者の楽しみとなっている。ご飯とパン食の選択も可能である。季節食なども積極的に取り入れ、果物も必ずあって、人気が高いメニューとなっている。 米飯は職員が炊き、炊きたてを提供している。
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	・嗜好調査を年2回行い、その結果を食の委員会で検討しメニューに反映している。 また、残食調査は、食事の都度行われ、毎月行われている食の検討会で議論し、献立や盛り付け量の変更等に活かしている。
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	・利用者個人に合わせた食事形態（キザミ食、ミキサー食等）や療養食の食事が提供されている。ソフト食についても昼・夕と2食を提供している。また、食事時間は個人のペースに合わせている。
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	・朝食における、パンとご飯の選択、バイキング食、調理の実演など多彩で多くの選択肢が用意されている。 ・嫌いな食事の場合、他の品に変更可能である。また、晚酌もできる。
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	・利用者の身体状況に応じて、特浴・個浴が選定されている。また、毎年入浴に関して要望を聞き対応している。希望に応じて、柔軟に入浴することが可能である。なお、新館は1対1介助となっている。
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	・脱衣所にカーテンや扉があり、羞恥心やプライバシーを守る配慮がなされている。要望あれば二人介助、同性介助している。
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	・本人からの訴えがあれば必ず対応している。利用者の排泄パターンを把握し、声掛けしている。
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	・新館はウォッシュレット使用。プライバシーを配慮しカーテンを閉めている。同性介助の希望があれば対応している。
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	・体調や障害の程度に応じて移乗し、食堂にて食事している。 希望者には補聴器の選定を支援した。必要に応じて、専門的な判断により、車椅子等の福祉用具が購入手配されている。 食事等では食事補助具も利用者の状況に応じて選定し使用されている。
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。	b	・利用者の希望により寝間着と日常着に着替が行われている。また、美容室に行く人もいるが、訪問理美容を利用する方が多い。
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	・個人個人について、アセスメントを行いケアプランを作成し、障害に合わせた支援が行われている。また、介護事故予防対策委員会においてはヒヤリハット対策を検討し、リスクマネジメント研修では介護事故防止のため様々な取り組みがなされている。

IV-1-(6)-② 認知症高齢者への対応を適切に行っている。	a	・認知症自立度、障害自立度は様々であり、一律の介護は困難な面がある。職員研修として、2ヶ月に1回認知症ケアのさらなるレベルアップに努めている。 一方、定期的に音楽療法を実施し、問題行動緩和にも努めている。犬を飼っているがアニマルセラピーまでは至っていない。
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也受け入れ、医療と連携するなど適切な対応を行っている。	a	・医療依存度の高い利用者に対しては嘱託医、看護師と協議、支援が行われている。夜間については、オンコール体制で対応している。 毎日、夜勤者への申し送りを行う業務連絡会があり、介護と看護の連携が良く行われている。 喀痰認定特定行為業務従事者資格取得者1名。

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看護スタッフを中心に、毎日、計画的に行われている。 救急法の研修は毎月実施し職員全員が対応できるように訓練している。
IV-1-(8)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	b	・服薬管理は、看護師が担っている。看護師は配薬し、それを介護職が利用者に渡している。食卓の名札および名前を呼び掛け確認して、薬を渡している。 服薬マニュアルはあるが、具体的なマニュアル（ダブルチェックや飲み込み確認など）へ見直しが望まれる。
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	・感染症対策に力を入れている。新館では、消毒うがいなど一連の対応が取れる専用設備が玄関に設置されている。感染症対策マニュアルが整備され、対策がしっかりなされている。また、健康診断を年1回実施し、結核感染の有無を保健所に報告している。 ・医療廃棄物は、嘱託医師の所属病院へ回収している。
IV-1-(8)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	a	・調理部門は業者に委託されている。食中毒防止のマニュアルが整備できている。また、衛生管理マニュアルや事故発生対策マニュアルが整備できている。年1回食中毒に関する研修会を行い注意を喚起している。
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）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、アクティビティを実施している。	a	・ケアプランに基づき、個別の機能訓練計画を作成し着実に実行している。機能訓練は主に看護師が担当している。また、評価は3ヶ月に1回実施し、次のプログラムに反映させている。
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。	a	・盛りだくさんのプログラム、週単位で計画実行されている。経管栄養を受けている利用者は、ベッドサイドでリハビリを実施している。
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	・床ずれ防止対策チームを立ち上げ、褥瘡防止を図っている。また、身体的に負担がなければ、床ずれ防止のため離床をしている。 身体状況に応じて、リクライニング、チルトタイプなどの車椅子を適切に選定し利用を促している。
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	・ベッド・車椅子・歩行器等は、利用者の状況に応じてリハビリ担当者を中心に選択している。 ・ベッドや車いすなど福祉用具の手すりは毎日消毒し、ブレーキなど本体は毎月点検を実施している。
IV-1-(9)-⑤ 転倒予防のための取り組みを実施している。	b	・筋力トレーニングを実施し転倒防止に役立てている。その成果が待たれる。 ・リハシューズの方が殆どであるが、スリッパを履いている人もいる。転倒のリスクから考えるとスリッパ使用については再検討が待たれる。
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	・まゆ玉作り、ラベンダー見学など季節に沿った多彩な行事が実施され、利用者も楽しみにされている。また、年1回外出希望者の行き先を聞いて希望に沿うように対応している。
IV-1-(10)-② 利用者のライフスタイルを保障している。	a	・テレビの設置や新聞購読も自由になっている。一方、廊下には新聞が置かれており、利用者は気軽にベッドに持ち込んで読んでいる。 毎週、近くのスーパーへのショッピングがあり、利用者は心待ちしている。
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	・預かり金の規定に沿い、適切な管理がなされている。そして年4回利用者家族に残高の報告を行っている。
IV-1-(10)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。	a	・「起床は配膳前、消灯はおむつ交換後」となっている。 ・他の利用者とのコミュニケーションが苦手な方は、部屋で趣味を楽しんでいる。

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	・希望に応じて馴染のもの（仏壇、筆筒など）を部屋に置いている。レクリエーションは利用者の活動レベルにより組み分けし適切な内容としている。
--	---	--

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	・年2回、家族説明会が行われている。4月には新年度の実施計画を説明し、同意を得ている。都合により参加できない家族には資料を送付している。
IV-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。	a	・年5回の広報誌で情報を提供している。また、体調に変化がある場合は、家族に連絡している。家族の来所時、意向や意見をよく聞いている。

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	・止むを得ず身体拘束を実施する時はマニュアルに沿って実施され、経過をしっかりと記録整理して対応している。身体拘束廃止委員会を2ヶ月に1回開催し、対策を検討して可能なものから実施している。
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	・職員の目標とする「優しく」「丁寧に」に沿って介護し、利用者を傷つけない言葉使いを大切に実践している。緊急時以外はダメ言葉（スピーチロック）を使わないように注意しあっている。
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	・成年後見制度利用される場合は、要望に応じて、リーガルサポートを紹介している。
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	・利用者を3～4名受け持つ担当制を敷いているので、意思疎通がし易い。孤立しないように、好きな話題などを声かけしている。
IV-3-(3) その他。		
IV-3-(3)-① 自己評価を実施している。	a	・毎年自己評価を実施し、不適切な運営がないか確認し、可能なものから対策を実施している。今年度は、第三者評価を実施しているので、原点に立ち返って見直しされることを期待したい。
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	・入所時看取り指針を説明し、指針に同意してもらっている。実際には改めて家族・医師・職員とよく協議し、同意を得て実施されている。昨年度は14名の看取りが行われた。看取り介護など職員研修が定期的に実施されている。