

北海道福祉サービス第三者評価結果報告書

2024 年 5 月 20 日

北海道福祉サービス第三者評価事業推進機構 御中

〒 001-0010
住所 札幌市北区北10条西4丁目1 SCビル2F
電話番号 011-717-6001
評価機関名 特定非営利活動法人シーズネット
認証番号 北海道 22-001
代表者氏名 理事長 奥田 龍人



下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	奥田 龍人	総合	第0219号
	(2)	高橋 春美	総合	第0018号
	(3)	柿沼 英樹	福祉医療保健	第0242号
	(4)			
	(5)			
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	東部緑の苑			
設置者名称	社会福祉法人 北ひろしま福祉会			
運営者（指定管理者）名称	社会福祉法人 北ひろしま福祉会			
評価実施期間（契約日から報告書提出日）	2022 年 4 月 19 日	～	2024 年 5 月 20 日	
利用者調査実施時期	2022 年 10 月 1 日	～	2022 年 10 月 31 日	
訪問調査日	2023 年 4 月 13 日	・	2024 年 2 月 2 日	
評価合議日	2024 年 2 月 2 日	・	年 月 日	
評価結果報告日	2024 年 5 月 20 日			
評価結果の公表について運営者の同意の有無		☒ 同意あり	☐ 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

特定非営利活動法人シーズネット

②運営者（指定管理者）に係る情報

名称：社会福祉法人北ひろしま福祉会

代表者氏名：理事長 渡邊 憲介

所在地：〒061-1123 北海道北広島市朝日町2丁目6番地 9

TEL 011-373-8809

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

1. 管理者のリーダーシップの発揮

施設長は、役職者会議、係長職以上の運営会議他、各種の委員会、すべてのユニット会議に参加して運営計画を説明するとともに、現場の進捗状況や課題等を把握するよう努めています。特に施設理念として位置付けた「利用者満足・家族満足の限りなき追及」を、どう具体的に日頃のケアに反映するのかという軸を堅持して、運営会議等の機会があるごとに職員と話し合っています。また、IT化を推進し、会議や記録時間を減らすなど効率的な運営を心掛け、超勤も減少しています。省力化（ロボットの活用も含めた）にも積極的に取り組んでいる点は高く評価できます。

2. 利用者にも職員にも優しい最新ケア器具等の積極的活用

職員の腰痛予防と利用者の安全のために、床走行式リフト、移乗ロボット、スライディングシートなどを日常的に使用して、ケアの場面でノーリフトケアを実施しています。実施にあたっては、法人関連部門の作業療法士等による研修や指導を受け、誰もが容易かつ安全に行うことができるようにしています。また、おむつ販売事業者と連携して最新のおむつケアを取り入れ、利用者個々の排泄パターンを24時間シートで把握し、ヨーグルトや食事の配慮などとあわせ、できるだけトイレで自然排便ができる様に取組んでいます。

3. 看取りケアの取組

法人の看取り援助推進室が中心となり、看取り援助に関する基本指針を定め、マニュアルを整備し取組んでいます。入所時に意向を確認し看取り期の同意書を頂き、ターミナル期には看取りケア計画書に基づいてケアが行われています。主治医と連携し、看護職員・介護職員・管理栄養士・機能訓練指導員・介護支援専門員などの多職種が連携し情報を共有し、本人、家族も交えて適時カンファレンス（人生会議）を行い取組んでおり、夜間も家族面会ができる体制を整えています。また、デスカンファレンスを必ず行い、関わりの振り返りやそれをもとに職員研修を実施しています。施設での看取りは退所件数の約7割という高い状況です。

4. リスクマネジメント体制の徹底

法人でリスクマネジメント委員会が設置され、統一したリスクマネジメントマニュアルを基に職員研修が行われており、各事業所のヒヤリハットなどを水平展開しています。施設でも各ユニット代表者と管理者層でリスクマネジメント委員会を毎月開催しており、ヒヤリハット、インシデント、事故の3分類で時間帯、場所、人員体制などの項目で検討し再発防止策を提示し、2週間後、1か月後にモニタリングする仕組みが機能しています。転倒防止には見守りセンサーを導入し、誤薬防止のため年2回の研修を実施しており、他にリスクマネジメントに関するオンデマンド研修も実施しています。職員のリスクに対する意識は強く、ヒヤリハットなどの報告件数も増加しています。

◇改善を求められる点

1. 事業計画等の利用者への説明

家族会へは年度初めに事業計画・運営計画を周知する場を設けており、わかりやすい資料を作成して説明していますが、施設の事業計画は広報誌等では広報していません。また、利用者本人に説明する機会は特に設けていないということです。要介護度平均が4近くとなっており、意思疎通が困難な方も少なくはないと推察されますが、事業計画・運営計画はサービス内容や居住環境の整備など利用者の生活に密接にかかわるものであることから、施設長自ら利用者に説明する機会を設けることを望みます。

2. 人材確保の取組

法人としては、人材確保に力を入れてそのための具体的な計画を策定しており、それに沿った採用活動を行っています。企業説明会や人材会社の活用、実習生のアフターフォロー、新人職員紹介の報奨制度、他法人と連携して福祉の魅力を伝えるセミナーの開催なども実施しています。しかし退職者もいて余裕のある人員配置には至っていません。施設としてもかなりの努力をしていることは把握しましたが、介護業界の人材確保は全国的な課題であり今後一層深刻になっていくことは明らかでありますから、例えば外国人人材の採用とか介護助手のさらなる活用、実習生の確保など様々な手立てを検討することを期待したいところです。まずは、専門学校からも実習先として選ばれるような、質の高いケアと職員の育成を実践している施設であるという認識を持っていただけるような施設づくりを目指したいところです。

3. 個別性のあるケアプランの作成

施設のケアプランは日常のケア内容を中心に組み立てられ、利用者の個別性に着目した内容があまり反映されていないことが多くありますが、当施設でも「画一的なケアプランが多い」との職員評価があります。アセスメントで利用者のストレングスを引き出し共有することで、利用者の自己肯定感につながる活動や役割、文化活動、趣味活動、嗜好などが把握できると思います。そのような利用者の希望やニーズなどもできるだけケアプランに反映され、施設理念として位置付けた「利用者満足・家族満足の限りなき追及」が、より具体的に取組まれることを期待します。

⑤第三者評価結果に対する事業者のコメント

この度の評価結果を受け、事業運営における各活動の妥当性と改善点を把握することが出来ました。

特に、各入居者様自身に対しての事業運営上の丁寧な説明や開示については、ご理解能力に合わせて工夫を施しながら実践していきます。

また、社会福祉法人ならびに第一種社会福祉事業である特別養護老人ホームの役割として、目の前の利用契約書のみならず、近隣住民をはじめとする市民に対しての地域活動の機会や場の提供などを通して、これまで以上に当事業所を知っていただき、活用していただけるための活動を協議検討しながら進め、開放的かつ透明性のある運営につなげていきます。

更に、職員評価からの考察では、各職員が携わっている日常の直接介護支援業務やそれに関連づく活動についての理解はできているが、運営法人や当該事業所が担う地域活動などの間接業務に関しては“自分事”として捉えづらい実態にあることがわかった為、これまで以上に丁寧な情報提供を進めていきます。

的を射た事業活動とチームで評価を得た内容については自信を持って継続して実践し、より実態に合わせた活動につなげていきます。

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：		令和5年1月27日	
経営主体 (法人名)	社会福祉法人 北ひろしま福祉会				
事業所名 (施設名)	特別養護老人ホーム 東部緑の苑	事業 種別	特別養護老人ホーム		
所在地	〒 061-1112 北広島市共栄276番地20				
電 話	011-376-8686				
F A X	011-373-8711				
E-mail	honbu@kitahiro-fukusikai.or.jp				
U R L					
施設長氏名	北口 寿雄				
調査対応ご担当者	北口 寿雄・門田 勝 (所属、職名：施設長・支援課長)				
利用定員	100 名	開設年	平成 26 年 5 月 1 日		
理念・基本方針： わたしたちは すべての人の幸福（しあわせ）のために 地域福祉を推進する 役割を担います					
施設・事業所の特徴的な取組： 1. 権利擁護（虐待防止・身体拘束ゼロ）を実践できるチーム 2. 基礎的知識・技術を身につけて実践できるチーム 3. “支援”に根拠を持たせて実践できるチーム 4. “看取り援助”の目的・仕組みを理解してチームアプローチができる 5. 一人ひとりのプライバシーや尊厳を大切にすることの理解→浸透→実践ができるチーム					
第三者評価の受審回数（前回の受審時期）		0 回	年度		
開所時間 (通所施設のみ)					

【当該事業に併設して行っている事業】

(例) ○○事業（定員○名）

短期入所生活介護事業・介護予防短期入所生活介護事業（定員合計20名）

【利用者の状況に関する事項】（令和４年１０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（高齢者福祉施設、高齢者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
1 名	1 名	8 名	4 名	9 名	27 名
90～95歳未満	95～100歳未満	100歳以上	合 計		
35 名	10 名	4 名	99 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か月未満	6か月～1歳3か月未満	1歳3か月～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			

○障がいの状況

- ・身体障がい（身体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
視覚障害	名	名	名	名	名	名
聴覚又は平衡機能の障害	名	名	名	1 名	名	名
音声・言語、そしゃく機能の障害	名	名	名	名	名	名
肢体不自由	10 名	7 名	2 名	3 名	1 名	名
内部障害（心臓・腎臓、ぼうこう他）	名	名	名	名	名	名
重複障害（別掲）	名	名	名	名	名	名
合 計	10 名	7 名	2 名	4 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。

- ・知的障がい（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
1 名	名	名

※知的障害でも70歳を超えていて日中活動などが合わなくなってきた。

- ・精神障がい（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	2 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	2 名	名

○サービス利用期間の状況（保育所を除く）

～6か月	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
20名	12名	18名	10名	15名	6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
名	名	18名	名	名	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	名	名		

（平均利用期間： 2年8ヶ月）

【職員の状況に関する事項】（令和4年10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・管理者	事務員	相談員	機能訓練指導員
常勤	67名	1名	1名	1名	1名
非常勤	7名	名	名	名	名
	介護支援専門員	介護職員	保育士	看護職員	OT、PT、ST
常勤	2名	53名	名	5名	名
非常勤	名	7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	1名	名	名	名	2名
非常勤	名	名	名	嘱託 1名	名

※職種を空欄にしている箇所は、施設種別に応じて記載以外の主要な職種を記入してください。

※保健師・助産師・准看護師等の看護職は「看護職員」の欄にご記入ください。

※その他は用務員

○職員の資格の保有状況

社会福祉士	4名（4名）
介護福祉士	46名（2名）
精神保健福祉士	1名（名）
看護師	4名（名）
准看護師	1名（名）
管理栄養士	1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	204.18㎡		
(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) 建築年	平成	26 年	
(4) 改築年	年		

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	㎡		
(2) 園庭面積	㎡		
(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	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
	耐震	☐ 1. はい	☐ 2. いいえ
(4) 建築年	年		
(5) 改築年	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	㎡		
(3) 敷地面積	㎡		
(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) 建築年	年		
(6) 改築年	年		

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

令和 4 年度におけるボランティアの受け入れ数（延べ人数）

0 人

・ ボランティアの業務

【実習生の受け入れ】

令和 4 年度における実習生の受け入れ数（実数）

社会福祉士 2 人

介護福祉士 人

その他 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。

不定期ではありますが、ご本人及びご家族に対してアンケート調査を実施しています。
※直近では令和3年度3月に実施。
正面玄関に意見箱を設置し、家族会役員会開催時に中身を開封しています。
食事内容については、年に1回意向調査を実施しています。

【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

Ⅰ-1 理念・基本方針

	第三者評価結果
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。	
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 a 【取組状況】 法人理念に「わたしたちは、すべての人のしあわせのために、地域福祉を推進する役割を担います」を掲げ、法人が各事業所にその具体的な取組を明示するよう指示している。施設理念として「利用者満足・家族満足の限りなき追及」を掲げ、その内容を具体的な行動計画に落とし込んでおり、職員会議等の機会に常に職員に確認している。利用者家族へは、2か月に1度の役員会や全体会などで周知している。また、ホームページや法人機関誌などでも理念と基本方針を発信している。

Ⅰ-2 経営状況の把握

	第三者評価結果
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。	
2	Ⅰ-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 b 【取組状況】 法人として部長職会議が月1回あり、地域の各種福祉計画を把握し分析しており、施設長も会議資料の作成から提案までを行っている。市には介護サービス事業者が集まる「サービスネット」という横のつながりがあり、そこに参加して地域の情報を入手して事業計画などの参考にしている。経営状況は、データ分析をするソフト（日々の記録を集計しデータとなる）を利用して、運営会議（係長以上）などで分析して、事業計画に反映させている。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、組織としての検討内容が職員に浸透されていないことがうかがわれる。今後は、より職員が事業経営をとりまく環境がわかるような研修などの取組を期待したい。
3	Ⅰ-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 b 【取組状況】 特に稼働率のアップに重点を置いて取組んでおり、感染や誤嚥など入院につながるアクシデントを極力減らすこと、看取り介護を増やすことなど具体的な数値目標を設定して、月ごとに実績の分析をしている。また、人材確保が経営基盤の要であるとして、職員の育成や働きやすい職場づくりやノーリフトケアなどに取組んでいる。経営状況は半期ごとにユニットリーダーに周知し、職員からの改善案なども検討している。 【期待される取組】 しかし、前項同様に職員の自己評価が高いとは言えず、組織としての取組が職員に浸透されていないことがうかがわれる。今後は、より職員が経営課題への具体的な取組を理解できるよう、数値目標などもその根拠をより丁寧に説明することを期待したい。

Ⅰ-3 事業計画の策定

	第三者評価結果
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。	
4	Ⅰ-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。 a 【取組状況】 SDGs最終ゴール年度に合わせて法人としてのSDGs目標を掲げ、10年の長期計画を策定している。それを基に5年の中期目標を掲げ、施設整備・修繕、地域社会への取組、職員の処遇改善と人材確保、サービスの質の向上、財政基盤の整備など具体的な目標が位置付けられている。施設としても、それを踏まえ「地域の信用を裏切らないためのチームになろう」というスローガンを掲げた中期目標を作成している。

5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a	【取組状況】 施設の中期目標をもとに「権利擁護、基礎的知識・技術の習得、根拠ある支援、看取り援助、プライバシー・尊厳の尊重」という5つの柱を令和5年度の事業目標に掲げ、柱ごとに具体的数値目標も折り込んだ事業計画を策定している。目標はすべてSDGsの目標に紐づけられており、職員が取組むべきことが明確に記載されている。
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b	【取組状況】 事業計画は、各委員会の長とユニットリーダーから集約された意見を基に経営層が策定している。事業計画を土台として具体的取組を部署ごとに明示した運営計画書を作成しており、運営計画の進捗状況は4半期ごとに各委員会でモニタリングを行っている。モニタリングを受け、事業計画の修正も行っている。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、モニタリングの重要性が職員全体に周知されていないことがうかがわれる。モニタリングの仕組みは評価できる取組であるので、今後は、モニタリングが施設運営に欠かせないものであることを全職員に徹底できるように取組を期待したい。
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c	【取組状況】 家族会へは年度初めに事業計画・運営計画を周知する場を設けており、わかりやすい資料を作成して説明している。法人の事業計画は法人広報誌に掲載しているが、施設の事業計画は特に広報していない。また、利用者本人に説明する機会は特に設けていない。 【改善課題】 事業計画・運営計画はサービス内容や居住環境の整備など入所者の生活に密接にかかわるものであるため、入所者へのわかりやすい説明の努力が望まれる。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果	
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。			
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a	【取組状況】 事業計画・運営計画で位置付けられた5本の柱はサービスの質を担保するものとなっており、各委員会で4半期ごとにモニタリングを行って、改善が必要な事項はできる範囲から検討している。職員が自ら提供しているサービスの質のチェックは、個々人の目標管理シートに実践の自己評価を記載するようにしており、数値化され、個人、チームごとの課題が抽出できるようにしている。自己評価結果をもとに、チームとしてサービスの質の課題を検討している。今回、初めて第三者評価の受審に取組んだことは評価できる。
9	I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b	【取組状況】 評価結果を基にチームとして抽出された課題は、ユニット会議等で担当職員と施設長も参加し改善の方向性を検討している。中長期的な課題は、次期計画に反映するようにし、短期間の取組で解決が可能な課題は、今期の運営計画に改善計画を反映しサービスの改善に取組んでいる。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、組織としての浸透は道半ばと見える。今後は、職員が改善の効果をより把握できるような取組を期待したい。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果	
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。			
10	Ⅱ-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a	【取組状況】 施設長は、役職者会議、係長職以上の運営会議他、各種の委員会、すべてのユニット会議に参加して運営計画を説明するとともに、現場の進捗状況や課題等を把握するよう努めている。特に施設理念として位置付けた「利用者満足・家族満足の限りなき追及」をどう具体的に日頃のケアに反映するのかという軸を堅持して、運営会議等で職員と話し合っている。不在時の権限移譲も文書で明確化している。
11	Ⅱ-1-(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	【取組状況】 法人としてコンプライアンスの規程を整備し、毎年1度、管理者を対象にコンプライアンス研修を行っている。外部講師を招いて他法人の様々な事案なども学んでおり、法人内のグループウェアで不適切事案の新聞記事などを職員全員に配布して、注意喚起している。ハラスメント対策やSDGsの取組なども法人全体で徹底するようにしており、施設長はその内容を職員会議等で伝えている。また、法人に所属する職員の必須の研修として、スタンダード研修が職員一人あたり年間5回程あり、業務に関連する根拠法令等を学ぶ機会を設けている。
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。			
12	Ⅱ-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a	【取組状況】 サービスの質の向上には人材育成が必須と考え、認知症ケアや介護技術、コミュニケーション技法など、外部研修を積極的に取り入れ、コロナ後はオンデマンド配信の系統的な研修を導入している。質の向上を担保する運営計画については、毎月のユニット会議や各種委員会で進捗状況を確認し、目標達成に向けた指示を行っている。職員の自己評価の分析結果から、すぐ改善できることは即座に取組み、予算等が必要な事項は法人本部に協議している。
13	Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	a	【取組状況】 収支状況の改善のため、運営計画で具体的な数値を掲げ、特に稼働率アップと上位加算取得の体制づくりに力を入れて取組んでいる。また、グループウェアの会議用アプリなどの積極的な活用で、会議や記録時間を減らすなど効率的な運営を心掛け、超勤も減少している。人員配置に余裕が無い状況が続いているため、省力化（ロボットの活用も含めた）にも取組み、最新のケア機器等の情報収集をし活かせる機器は導入できるよう検討している。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果	
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。			
14	Ⅱ-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b	【取組状況】 法人としては、人材確保に力を入れてそのための具体的な計画を策定しており、それに沿った採用活動を行っている。企業説明会や人材会社の活用、実習生のアフターフォロー、新人職員紹介の報奨制度などは法人主導で行っており、他法人と連携して福祉の魅力を伝えるセミナーを札幌市中部で開催もしている。社会福祉士、介護福祉士の資格取得を推奨し、勉強会を行ったり、スクーリングなどは特別休暇で与えている。専門学校と連携して実務者研修を当法人で行っていてもいる。しかし退職者も発生しているので、余裕のある人員配置には至っていない。 【期待される取組】 介護業界の人材確保は全国的な課題であり今後一層深刻になっていくことは明らかであるので、例えば外国人人材の採用とか介護助手のさらなる活用など様々な手立てを検討することを期待したい。

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b	【取組状況】 法人として「期待される職員像」を明文化して全職員に配布しており、それに基づいた人事考課制度を整備している。職員ごとの目標管理とスキルアップの評価を基に昇給、昇格と連動するシステムで、評価基準は職員にも公表しており、職員が自ら将来の姿を描くことができるような総合的な仕組みづくりとなっている。職員の資格取得にも多大な支援をしている。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、法人の描くキャリアパスが職員に浸透しているとはいえない。職員のモチベーションをさらに高めるための工夫を期待したい。
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。			
16	Ⅱ-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取組んでいる。	b	【取組状況】 職員の就業状況は法人としてデータ管理しており、事業所としても把握している。個別面談で職員の希望なども把握している。事業所の有休消化率は8割程度と高い水準である。メンタルチェックも定期的に行い、契約している社会保険労務士が産業カウンセラー有資格者で、希望があれば面談ができる。腰痛対策としてノーリフトケアに取組んでいる。法人としての福利厚生も充実しており、年5日必ず取得するリフレッシュ休暇制度があり、スポーツや文化活動など様々なサークルもある。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、法人が進めているワークライフバランスの取組が職員に定着できるような方策（人材確保が厳しいことは承知の上で人員の加配など）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。			
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a	【取組状況】 「期待される職員像」については、到達度ごとにキャリアラダーモデルを制定しており、職員は経験年数や職位に応じて個人目標管理シートを作成している。目標管理シートは個々人の目標とチームの目標と連動するようにしており、モニタリングも記載している。管理者は、シート作成時・中間・期末と3回の面談を行い、進捗状況を把握しており、聞き取った個別課題については具体的にアドバイスをしている。
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a	【取組状況】 非常勤職員も含めて個別の研修計画が作成されており、職員個々の研修計画は目標管理シートに位置付けている。法人のラダーモデルに専門技術や資格も位置付け、階層別研修や職種別研修は法人として体系を整えている。資格取得奨励のため、参考書を配布したり、勉強会を行ったりしている。個々の研修計画の進捗状況は個別面談の際に確認し、見直す仕組みがある。
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a	【取組状況】 法人として階層別、職種別研修体系が制定されており、全職員の受講が必須となっている。施設としても所内研修計画を立てており、Eラーニングを取り入れ体系的なオンデマンド研修やグループワークを取り入れた研修を実施している。新人、中途採用には半年かけてOJTをチェックシートに基づいて行っている。専門分野の外部研修は受講料を施設が負担して派遣している。研修結果は職員会議等でフィードバックしている。
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。			
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b	【取組状況】 法人内に実習受入委員会があり、そこで実習プログラムを整備しており、施設はそれを準用して実習指導に当たっている。実習指導者研修には職員を派遣して指導者の資格を有している。社会福祉士の実習生は毎年数名受入れているが、介護福祉士の実習生については専門学校の生徒数の激減があり、当面の受入実績はない。介護福祉士の専門学校などには法人の担当者が出向き、実習の受入などを働きかけているが、生徒数減少の中であまり効果がみられない。 【期待される取組】 介護福祉士を志望する学生が激減しており実習生の確保が困難な状況があるが、それでも学校側が「ケアに関する学びが多い施設なので実習先に選びたい」と思える状況になることを期待したい。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果	
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。			
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a	【取組状況】 法人として広報誌を地域、関係者、家族向けに年2回発行しており、法人の理念や事業計画とそれに基づいた取組の情報、決算情報などを記載している。法人ホームページでは、各種計画や現況報告、各事業所の設備や活動などが紹介されている。また、法人として地域住民向けに「北ひろしま福祉会便り」を毎月発行し、地域住民向けの講座や行事などを紹介している。施設としてもユニットごとに家族向けの広報誌を毎月発行しており、さらにSNSなどでも施設の取組や行事などを知らせており、家族会でも運営状況などを説明している。苦情は、その内容と改善の取組を施設玄関口の掲示板に掲示している。
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a	【取組状況】 法人として、福祉施設・事業所における事務、経理、取引等に関するルールや職務分掌と権限・責任は文書で位置付けており、事業所もそれに従い運用している。法人として税理士による外部監査を定期的実施しており、施設の経理関係もそこでチェックを受け、指摘事項についてはすぐに取組んで法人に報告している。また、法人の監事が定期的に施設を訪問して運営状況をチェックしている。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果	
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。			
23	Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a	【取組状況】 法人理念に「地域福祉を推進する役割を担います」と位置付けており、施設としても事業計画には大項目で「地域福祉の推進を図る取組」を掲げている。小中学校との交流や、認知症理解促進の出前講座、地域交流スペースを地元のサークル活動に開放するなど、地域との交流を積極的に行っている。交流スペースを利用しているサークルが行事などで入所者と触れ合う機会も多い。コロナ禍で中止した活動も多かったが、徐々に戻りつつある。
24	Ⅱ-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a	【取組状況】 法人として積極的にボランティアを受入れるという方針があり、施設としても受入マニュアルを整備し、担当を配置している。法人にボランティア推進委員会があり、ボランティアの研修を行っている。傾聴ボランティアを導入したところ入所者の生活に優れた効果があったので、有償ボランティアとして継続している。近隣に福祉学部を持つ大学があり、学生が入所者の散歩などでボランティアに携わる機会も作っている。コロナ禍で中止した活動も多かったが、徐々に戻りつつある。
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。			
25	Ⅱ-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b	【取組状況】 地域の社会資源についてはグループウェアで情報共有しており、市の介護事業者の集まりであるサービスネットには相談員やケアマネが参加しており、他事業者との連携を深めている。障害等の多岐にまたがる相談などは、法人の利用相談センターと連携する仕組みがある。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、相談員等が行う地域連携の実践についても、それが長い目で見て入所者の処遇向上に結びつく活動であることを、職員全体に周知することを期待したい。
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。			
26	Ⅱ-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a	【取組状況】 市社協と地域包括支援センターが主催する「助け合い会議」という市民の困りごとを検討・支援する場があり、そこに参加して、施設として地域ニーズに応えるようにしており、認知症サポーター養成講座や介護関係の出前講座に協力している。施設のイベントを企画するときには町内会や老人クラブの役員などに参加してもらい、地域ニーズも汲み取っている。

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a	【取組状況】 法人として、地域住民のための福祉講座を毎年シリーズで開催しており、令和5年度は「みんなde介護」という講座に施設職員が協力している。また、町内会や老人クラブを対象に出前講座を開催している。法人では、毎年2回、町内会有志と災害時を想定した炊き出し訓練を行ったり、子ども食堂も開いており、施設職員も協力している。施設は福祉避難所の指定を受けており、災害時の地域の支援を要する方々を受入れる備えをしている。サプライなどに障害者の雇用もしている。
----	---	---	--

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	
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。			
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a	【取組状況】法人として権利擁護専門部会を設置して倫理綱領の研修を行っている。施設には権利擁護委員会・身体拘束適正化委員会があり、施設内勉強会なども実施している。身体拘束については施設だけでなく法人の委員会でもダブルチェックしている。職員の接遇に問題があれば、上長へ報告する仕組みがある。また、施設長は報告しやすい雰囲気づくりに心掛けています。職員には年に1回、虐待防止のセルフチェックリストを記入して提出、分析するようにしている。利用者（家族）調査では「職員の言葉遣いや態度、服装などが適切だと思いますか」については「はい」が90.9%、「どちらともいえない」が9.1%であった。
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b	【取組状況】プライバシー保護規定の他に「支援マニュアル」に個々のケア内容ごとにプライバシー保護に気を付けるべきことが記載され、それを基に職員研修を実施している。特に入浴、排泄についてはOJTで具体的に指導している。居室は全室個室である。利用者（家族）調査では「プライバシーを職員は守ってくれていると思いますか」については「はい」が83.0%、「どちらともいえない」が15.1%、「いいえ」が1.9%であった。 【期待される取組】しかし、ケアの場面でのプライバシーの徹底には管理者も浸透しているとは言えないと感じており、OJTでの徹底はもとより基本を振り返る実技講習などを充実することを期待したい。
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。			
30	Ⅲ-1-(2)-① 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b	【取組状況】法人ホームページに施設のサイトがあり、施設の活動などを紹介しており、パンフレットや入所申込書、料金表などもダウンロードできるようにしている。また、市役所等に要覧を置いている。利用希望者には短期入所で体験していただく取組もしている。 【期待される取組】しかし、ホームページからは施設のケアの方針や日常生活などが具体的に読み取ることができない。SNSの発信にも力を入れ始めたということなので、利用希望者やその家族への一層の情報提供を期待したい。
31	Ⅲ-1-(2)-② 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a	【取組状況】施設入所にあたっては、重要事項説明書などを基に丁寧に説明するとともに、希望があれば体験入所を短期入所という形で受入れている。まれに居室の変更があるが、施設側の都合の場合は利用者・家族に十分な説明を行っている。看取りケアの場合は、ACPをベースとした看取りケアマニュアルに沿って、利用者・家族・関係部署を交え、都度意思を確かめている。

32	Ⅲ-1-(2)-③ 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	【取組状況】 ここ3年間では、施設を退所となる例は入院が3割、看取りが7割となっていて、その他の移行例はほぼ無い。例外的に65歳未満だった入所者について、施設でのリハビリの結果改善が認められ、よりよい処遇を検討した結果、障害の施設入所支援の利用につながったことがある。また、本人の強い希望で自宅復帰したという例も1件ある。その際も、在宅サービスとの調整を十分に行って退所している。 【期待される取組】 特別養護老人ホームも退所可能な方については退所検討することも問われているので、退所の検討をするためのマニュアルの整備などを期待したい。
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。			
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b	【取組状況】 介護度平均が3.8と高いこともあり、利用者の会などは設けていない。家族会があり、年1回の家族会総会や2か月ごとに開催される家族会役員会には施設長以下係長クラスと相談員が参加して家族の要望を聴き取っている。家族アンケートは3年に一度くらい不定期に行っており、結果は運営会議で検討している。食事については、日常的に利用者から嗜好を伺い、給食会議で検討している。 【期待される取組】 毎日の支援の中での観察で満足度を図ることは重要であるが、職員の視点からの評価になりがちなので、今後は定期的に利用者、家族の満足度を調査する機会を設定し、その結果を検討することで利用者、家族の満足度をさらに高めることを期待したい。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。			
34	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a	【取組状況】 苦情は主に相談員が受付けており、その内容は運営会議等で検討し再発防止策をユニット会議に下ろしている。また法人にも苦情内容は報告している。意見箱が玄関フードの見やすいところにあり、家族会で開封して施設に伝える仕組みとしている。意見箱への苦情・意見の投函はほとんどなく、苦情は主に口頭で受け付けることが多い。受け付けた苦情は、改善策も含めて玄関ホールに張り出している。 利用者（家族）調査では「不満に思ったことや要望を伝えたとき、職員は、きちんと対応してくれていると思いますか」については「はい」が77.8%、「どちらともいえない」16.7%、「いいえ」が5.6%であった。
35	Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b	【取組状況】 相談を受けた時には相談室で対応できる環境がある。第三者委員はホールに配架している説明書に記載されており、入所時には第三者委員に相談できることを伝えている。何かあればいつでも相談してくださいというメッセージは、家族面談や家族会等で常に発している。利用者（家族）調査では「困ったときに、職員以外の人（役所や第三者委員など）にも相談できることをわかりやすく伝えてくれましたか」については、「はい」が52.5%、「どちらともいえない」が40.0%、「いいえ」が7.5%であった。 【期待される取組】 利用者、家族が相談や意見が述べやすい環境作りとして、匿名での意見を受け付ける仕組み（定期的に苦情相談シートを配布するなど）や、第三者にも相談できることをより知らせるなどの取組を期待したい。
36	Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b	【取組状況】 利用者や家族からの相談、意見は、受け付けた職員が「家族連絡記録」に記載して報告し、上長が判断してユニット等で対応する仕組みがある。全体にわたるものや予算的な措置が必要なものは運営会議で検討して、相談者に返答している。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、家族連絡記録を記載した職員への評価と、内容のフィードバックについても周知することで、入所者の処遇向上が図られることを期待したい。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。			
37	Ⅲ-1-(5)-① 安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a	【取組状況】 法人でリスクマネジメント委員会を設置して施設の指導に当たっている。統一したリスクマネジメントマニュアルが作成され、職員には研修等で周知されており、また、各事業所のヒヤリハットなどを水平展開している。施設でも各ユニット代表者と管理者層でリスクマネジメント委員会を毎月開催しており、ヒヤリハット、インシデント、事故の3分類で時間帯、場所、人員体制などの項目で検討している。再発防止策を打ち出し2週間後、1か月後にモニタリングしている。転倒防止には見守りセンサーを導入し、誤薬防止のため年2回の研修を実施している。他にリスクマネジメントに関するオンデマンド研修も実施している。職員のリスクに対する意識は強く、ヒヤリハットなどの報告件数も増加している。
38	Ⅲ-1-(5)-② 感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a	【取組状況】 法人で感染症対策室を設置して、専門の看護職員を中心に各事業所の指導にあたっており、統一した感染症対策マニュアルを作成している。施設は、それに基づいて感染予防対策委員会を設置して、基礎的な知識を学ぶオンデマンド研修、専門職による座学のほか、2か月に1度実技を学ぶ機会を設けている。マニュアルは保健所の指導内容を受け見直しをしており、BCPも作成している。コロナ感染もあったが、施設長などの指揮によりフロア内に閉じ込めることができ、施設にまん延することはなかった。
39	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	a	【取組状況】 施設は定員50名の福祉避難所に指定されており、備蓄は3日分以上備え、非常災害時の電源がある。施設として独自のマニュアル、BCPを作成しており、BCPに基づいた卓上訓練を年2回実施している。避難訓練は、火災、地震の夜間対応として年2回行っている。防火訓練では年1回地元の消防署に来てもらい消火訓練を行っている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果	
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b	【取組状況】 「東部緑の苑マニュアル」という支援マニュアルがあり、理念、接遇、権利擁護という基本姿勢の他、ほぼすべての特養に求められるケアの内容が詳細に記載され、入職時には座学で集中的にこのマニュアルで学ぶこととなっている。学んだことはOJTで習得状況を確認している。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、年に1度くらい全体で再確認をすとか、各種委員会の長などが講師となってオンデマンドで講義を配信したりする仕組みづくりなどを期待したい。
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a	【取組状況】 支援マニュアルは、ユニットごとに職員の意見を聴くなどモニタリングしており、担当の委員会へ意見をあげる仕組みがある。利用者の意見は職員が聞いて課題を探っている。各種委員会では都度、見直しの検討をして施設長に上げ、施設長の責任で改定している。

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b	【取組状況】 施設ケアマネは専従1人、兼務1人で、アセスメントはグループウェアのソフトの様式で行っている。サービス担当者会議はケアマネ、管理栄養士、機能訓練指導員、生活相談員、ユニットリーダー、部屋担当介護職で行い、必要に応じて他職種、家族も入る。初回は必ず本人にも参加していた。支援に課題を抱える事例については拡大カンファレンスとしてユニット外の職員なども参加して検討する。ハラスメントなどの事例は、地域包括支援センターや役所などにも参加を依頼して検討することもある。利用者（家族）調査では「計画やサービス内容についての説明は、わかりやすいと思いますか」については「はい」が83.3%、「どちらともいえない」が11.1%、「いいえ」が5.6%であった。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した職員の自己評価が高いとは言えず、「画一的なケアプランも多い」などの意見もあることから、一人ひとりの具体的なニーズのアセスメントをより反映した計画の作成を期待したい。
43	Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	【取組状況】 各ユニットでは毎月カンファレンスで見直しをしており、ケアマネもそれを基に3か月に1回モニタリングを記録している。その時点で計画変更が無い場合でも、半年ごとに担当者会議を開催し計画の再作成をしている。看取りケアの場合は月1回の見直しから始め、看取り期に至った場合は週1回程度の頻度で見直ししている。利用者調査では「サービスに関する計画（目標）を作成したり見直しをする際に、事業所はあなたの状況や要望を聞いてくれますか」については「はい」が80.4%、「どちらともいえない」が17.9%、「いいえ」が1.8%であった。
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b	【取組状況】 記録はグループウェアに入力し、誰もが確認することができる。ケアプランを意識した記録の記載がなされるように記載要領も作成して指導しており、法人の研修でも記録の書き方を学ぶ機会がある。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、施設長も改善の余地があると認識している。その認識をベースに職員のだれもが一定の水準での記載ができるよう、OJTなどの充実を期待したい。
45	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	【取組状況】 法人として、個人情報保護に関する規定を整備し、それを基に入職者研修やスキルアップ研修などで、記録の管理について学ぶ機会を設けている。グループウェアはパスワードなどで保護され、情報を職員が持ち帰ることのないように徹底している。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、管理者も性善説に基づいた管理であると認識している。今後、職員の罹患や災害時などで在宅ワークせざるを得ない場面などの検討も必須であろうから、そういう場面に対応した新たな仕組みづくりを期待したい。

評価対象 介護老人福祉施設 付加基準

A - 1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A - 1 - (1) 生活支援の基本		
A-1-(1)-① 利用者一人ひとり A① に応じた一日の過ごし方ができる よう工夫している。	b	【取組状況】 利用者の心身状態、入所前の生活、本人と家族の意向などを把握し、個別の施設サービス計画、24時間シートを策定している。日中活動は、レクリエーション、ヨガサークルなどに本人の希望に応じて参加している。また、コーヒーやアルコール等の嗜好品を楽しむ時間や塗り絵、囲碁などの自由活動もある。社会活動としてリングブル回収活動に参加している。居室担当介護職員と看護職員が中心となり、ケアマネ、機能訓練指導員、相談員、管理栄養士などが定期的、必要時にケアカンファレンスを行い改善などを協議し、利用者が楽しみをもって生活できるように支援している。利用者調査では「施設で自分のしたいことをして過ごすことができているか」については「はい」が61.5%、「どちらともいえない」が36.5%であった。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、ケアプランの目標をケアチームとしてどのように達成できるのかについて、チーム一丸となった取組を期待したい。また、そのためにはケアプランには個別性のある目標を設定することを意識したい。
A-1-(1)-② 利用者一人ひとり A④ に応じたコミュニケーションを 行っている。	b	【取組状況】 接遇・コミュニケーションマニュアルを整備し、外部講師、オンデマンド、事例検討などのコミュニケーション研修を行っている。日々の関わりでは、丁寧語を基準とし、入所者のニーズを聴き取り、ホスピタリティー精神をもって介護を提供するような関わりを基本としている。24時間シートを活用し、自己決定ができるようなサービス提供により、利用者との信頼関係がつくれるように努めている。意思疎通困難な利用者には、利用者の心身状態や病気の特性に応じて表情、身振り、アイコンタクト、筆談、絵、写真、サインなどを工夫し有効なコミュニケーションについてケアカンファレンスで協議し、介護計画に立案し職員間で情報を共有している。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、意思疎通困難な利用者の意思決定支援についてより高める取組を期待したい。
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-① 利用者の権利擁護 A⑤ に関する取組が徹底されてい る。	a	【取組状況】 法人全体で取組み、虐待防止倫理規程に、基本方針、虐待防止委員会の設置、所管行政への届出・報告の手順書などを策定し、研修会を開催し職員に周知している。施設としても、身体拘束の適正化のための指針を策定し、身体拘束適正化委員会の設置、拘束時はフローチャート管理、経過観察・再検討記録簿を作成し事案の分析及び勉強会を開催、福祉用具使用状況のモニタリング、所内外研修参加なども行っている。また、職員個々が虐待防止のセルフチェックリストなどで自分の実践を振り返る機会を設け、職員相互が注意喚起したりすることで不適切な支援をなくすように取組んでいる。利用者調査では「職員があなたの気持ちを大切にしながら対応してくれていると思いますか」については「はい」が85.5%、「どちらともいえない」が12.7%であった。

A-2 環境の整備

	第三者評価結果	
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。 A⑥	a	【取組状況】 利用者の障害や心身の特性を配慮した家具の配置や動線を確保、温湿度計設置、車いす対応のトイレや洗面台、馴染んだ家具や好きな絵など家族と相談し利用者が安心・安全で落ち着く居室づくりをしている。共用スペースは、季節感のある飾りつけやソファ、テーブルが置かれ寛げる空間となっている。また「住み慣れた居住空間づくりを計画的に実践」をテーマにユニットケア推進に取り組んでいる。居室の清掃や整頓については、なるべく家族と利用者が共同で行えるように働きかけており、必要品の補充や不用品の回収など利用者と家族の会話の中で行っていただいている。利用者調査では「施設の生活スペースは清潔で整理された空間になっていると思いますか」については「はい」が82.5%、「どちらともいえない」が14.0%であった。

A-3 生活支援

	第三者評価結果	
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 A⑦	a	【取組状況】 利用者の心身状態により機械浴と個別浴の入浴方法を選択している。入浴マニュアルに基づきプライバシーに配慮し、利用者が自分で出来ることはやって頂くことを基本に、快適に入浴できる様に支援している。心身状態の観察やバイタル測定を行い健康状態を確認し、看護職員と介護職員が連携して実施している。入浴中止時は、清拭などの代替ケアを実施し、拒否的な時には成功した事例を職員間で共有し対応している。シャワーチェア、移乗サポートロボット、スライディングシートなどを使用し安心・安全な環境を整えている。
A-3-(1)-② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 A⑧	a	【取組状況】 排泄マニュアルを整備し、プライバシーの配慮や手袋使用で感染防止に努めている。排泄委員会を設置し個別的排泄方法を協議している。利用者個々の排泄パターンは24時間シートで把握し、施設サービス計画にケアを記載し、変化時は都度見直し支援方法を変更している。またトイレで自然排便ができる様にヨーグルトや食事の配慮、排泄状態の記録及び健康観察項目を介護職員に周知し、変化時は看護職員や医師と連携し対応している。紙おむつ業者からの提案や研修などを受け最新のおむつケアを実践している。ノーリフトケアにも力を入れ、福祉用具勉強会なども行い、移乗サポートロボット、スライディングシートなどを使用し、利用者に安全・安楽、職員にとって腰痛防止の支援ができる様に取組んでいる。利用者調査では、「生活するうえで必要な介助を受けられていると思いますか」については「はい」が89.1%と高かった。
A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 A⑨	a	【取組状況】 マニュアルを整備し、利用者の心身状態に対応する移乗・移動介助を行っている。自立移動を目指し、靴の選択、居室や廊下などの動線上に障害物を置かないなどを配慮し、転倒防止と安全な環境整備に努めている。機能訓練指導員を中心に心身状態をアセスメントし、多職種連携で協議し、福祉用具の選定や介助方法を決定している。記録は介護ソフトを活用し常に情報共有し、安定した移動方法ができる様に継続的に見直し、更新・実施している。福祉用具勉強会を開催し、床走行式リフトなどを活用し、利用者の安全・安楽と職員の腰痛防止のためのノーリフトケアに取り組んでいる。

A-3-(2) 食生活		
A⑩ A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b	【取組状況】 摂食・嚥下委員会が設置され、行事食のメニューの検討、嗜好調査等の検討をしており、残食調査も行っている。イベント時にはメニューを選択できるようにしている。利用者調査では「施設における食事の献立や食事介助などに満足されていますか」については、「はい」が69.2%、「どちらともいえない」が28.8%であった。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、嗜好調査結果などを踏まえて、予算的な課題も工夫しさらなる改善を期待したい。
A⑪ A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a	【取組状況】 個別に利用者の心身状況、嚥下・咀嚼能力、栄養面に配慮した食事形態をアセスメントし、栄養ケア・経口・移行・経口維持計画書を管理栄養士、介護職員、看護職員、機能訓練指導員、ケアマネなど多職種が連携して作成し、定期的にモニタリングしている。食事・水分マニュアルを整備し24時間シートで飲食状況の計画と記録を行い、不足しない様に関わっている。利用者に合わせたテーブル・イス・食器、福祉用具の活用を行っている。嚥下・咀嚼は歯科医の助言を得て、姿勢は機能訓練指導員の指導の基に食事介助の注意点などを職員間で情報を共有し、本人のペースで自分で食べることを基本に食事提供・支援に取組んでいる。また、機能訓練委員会が開催する「日常生活・食事介助と機能訓練」の研修会も行っている。各ユニットに吸引器が設置され、誤嚥・窒息などの食事時の事故対応のフローチャートを作成し手技訓練をしている。
A⑫ A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a	【取組状況】 口腔ケアマニュアルを整備して口腔ケア委員会を設置し、利用者全員一日3回の口腔ケアを実施するために時間帯別担当者体制や食前の口腔体操等に取り組んでいる。嘱託歯科医は、入所時に全員の口腔スクリーニングを行い口腔状態、嚥下、咀嚼状態を診た上で、毎週往診し口腔衛生管理体制チェック表で利用者個々の口腔ケアの実施状況をチェックしている。また、介護職員に歯磨きの仕方・歯ブラシのサイズ・歯間ブラシの使用など具体的な助言指導をしている。治療や薬剤情報など口腔衛生管理に関する助言指導もしており、歯肉炎は予防できている。必要時には歯科衛生士の口腔ケアなどを行い、きめ細かな口腔ケアが行われている。歯科医による歯と口腔内の健康の研修会も実施している。
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬ A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a	【取組状況】 「東部緑の苑マニュアル」に褥瘡予防の基本を記載しており、褥瘡予防委員会を多職種で構成し定期的に開催している。褥瘡発生時は、ユニットの担当看護職員、介護職員、機能訓練指導員、管理栄養士、ケアマネなどで随時カンファレンスを行い、主治医の指示のもと対応している。血清アルブミン値を毎月検査し、必要時は栄養補助食品を提供している。エアーマットの導入、臥床時ポジショニング、坐位時シーティング、高リスク者のスキンケアなど褥瘡予防に配慮している。
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑭ A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	b	【取組状況】 対象者がいないため現在は取組んでいないが、実施方針を制定している。看護職員が指導者資格を有しており、介護職にも有資格者がいる。対象者を受入れるための有資格者のフォローアップ研修も行うこととなっている。 【期待される取組】 喀痰吸引・経管栄養にも対応できる施設であることをPRして、困難な介護ニーズにも応えられるような運営を期待したい。

A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-3-(5)-① 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b	【取組状況】 機能訓練指導員を中心に個別機能訓練計画書を策定し、日常生活の中で介護職員が個別訓練を実施し、定期的にユニット担当介護職員、看護職員、機能訓練指導員、ケアマネなど多職種で協議し見直している。介護予防活動として、機能訓練指導員が各ユニットで介護職員などと連携し、カラオケ、脳トレーニング、ぬり絵、キャッチボール、地域の音楽サークルの方の演奏などを楽しんでいる。機能訓練一覧表で個々の実施状況をチェックしている。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、今後は施設外に行動を広げた行事計画などの検討も期待したい。
A-3-(6) 認知症ケア		
A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b	【取組状況】 利用者毎に施設サービス計画書と24時間シートを作成し、生活全般の意向を尊重し、自分で出来ることや職員のサポートが必要なことを明記し、日常生活を支援している。居室担当の介護職員、看護職員、機能訓練指導員、ケアマネなどで協議し、定期的または随時に見直している。認知症状が変化した際は、2週毎に往診するメンタルクリニックの医師に相談している。BPSDのケアはユニット毎で研修や事例検討を行い、また外部研修に参加し職員にフィードバックしている。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、現在5人程が資格を有している認知症ケア専門士等を計画的に増やしたりするなど、職員のスキルを高めケアの質向上に向けた取組みを期待したい。
A-3-(7) 急変時の対応		
A-3-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	b	【取組状況】 日常の健康観察や症状への対応は看護・介護で情報共有している。緊急時対応マニュアルを整備し、看護職員・相談員を中心にトリアージし対応できる体制を整備している。夜間は看護職員へのオンコール体制を整備し、適宜指示を受ける体制が整っている。誤嚥、窒息、AEDの使い方・救急蘇生技術訓練などを毎年実施している。内服介助マニュアルを整備し誤薬防止に取組んでいる。利用者調査では「体の調子を、職員は日頃から聞いてくれていると思いますか」については「はい」が87.3%、「どちらともいえない」が10.9%であった。「けがをしたり、体調が悪くなったときの、職員の対応は信頼できますか」については「はい」が87.3%、「どちらともいえない」が12.7%であった。 【期待される取組】 しかし、第三者評価に伴って実施した経営層及び職員の自己評価が高いとは言えず、今後は高齢者の健康観察のスキルを高めたり、薬の効果や副作用などに関する研修、利用者の体調変化の異変に早く気づくための研修、緊急時医療機関との連携体制強化などを期待したい。
A-3-(8) 終末期の対応		
A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a	【取組状況】 法人の看取り援助推進室が中心となり、看取り援助に関する基本指針を定め、マニュアルを整備し取組んでいる。入所時に意向を確認し看取り期の同意書を頂き、看取りケア計画書に基づいてケアが行われている。主治医と連携し、看護職員・介護職員・管理栄養士・機能訓練指導員・介護支援専門員などの多職種が連携し情報を共有し、家族も交えて適時カンファレンスを行い取組んでいる。夜間も家族面談はできる体制にしている。デスカンファレンスで関わりの振り返りや職員研修を実施している。

A-4 家族等との連携

	第三者評価結果	
A-4-(1) 家族等との連携		
A-4-(1)-① 利用者の家族等と A⑩の連携と支援を適切に行っている。	a	【取組状況】 家族等との連絡は、家族の就労状況などに合わせて時間帯や方法を配慮している。居室担当者介護職員が写真を送付したり、定期的な電話、手紙などで利用者の生活や健康状態について報告し相談に応じている。コロナ禍の時の面会はオンライン、スクリーン設置など工夫して実施していた。また家族にユニット内行事や生活などの雰囲気を感じてもらえるような写真を組んだ広報誌を配布している。家族会の支援にも精力的に取り組んでおり、役員会は2か月ごとに開催し、その機会に家族への研修会も行っている。