

(公表用)

## 岩手県福祉サービス第三者評価の結果

### ①第三者評価機関名

社会福祉法人 岩手県社会福祉協議会

### ②施設・事業所情報

施設名称:特別養護老人ホーム慈苑	種別:介護老人福祉施設	
代表者(職名)氏名:施設長 本田泰三	定員・利用人数: 110名	
所在地:岩手県宮古市西ヶ丘四丁目53番地8		
TEL:0193 (62) 7496	ホームページ:http://www.jien.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:昭和50年7月1日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人恵心会 理事長 小本 哲		
職員数	常勤職員: 95名	非常勤職員: 0名
専門職員	施設長	1名
	生活相談員	2名
	介護支援専門員	2名
	介護職員	68名
	看護職員	8名(兼務)
	機能訓練指導員	2名(兼務)
	管理栄養士	1名
	栄養士	1名
	調理員	7名
施設・設備 の概要	居室(全室個室) 長期 110室	特殊浴室 2階、3階に各1か所
	短期 10室	トイレ 3か所/1ユニット
	共同生活室 47.48㎡/1ユニット	個浴室 1か所/1ユニット
	地域交流ホーム 150.04㎡	相談室、研修室、理髪室、会議室等
	セミパブリックスペース 52.32㎡	

### ③理念・基本方針

理念・・・生命に光を

基本指針・・・「優しさ」「安心」「その人らしさ」を支援する

### ④施設・事業所の特徴的な取組(サービス内容)

- ・看護師24時間体制(看護師夜勤)
- ・入居者1人あたり介護・看護職員1.7人配置

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 5 月 15 日（契約日） ～ 平成 29 年 12 月 18 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3 回目（平成 2 5 年度）

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

**職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等の適切な実施**

職員個別研修計画書を O J T 指導担当職員と共に今年度の目標・具体的な研修計画・目標の評価・研修計画の評価という一連の流れで進捗状況を確認しながら実施されている。O J T 指導担当職員は一つ上の階層職員が担うことにより担当職員自身も指導する立場となり、職員の教育・研修機能を有するのみならず、モチベーションを高めるための取組となっており職員一人ひとりの育成に向け、組織の目標や方針を徹底し、職員一人ひとりの目標の設定が行われている。

◇ 改善が求められる点

**利用者の権利侵害の防止等に関する取組の徹底**

利用者に対して実施する緊急やむを得ない場合の一時的な身体拘束の実施に際して、「身体拘束に関する説明・経過観察記録」により、拘束の必要な理由、方法、時間帯（時間）、開始及び解除の予定等を明記した書類を基に利用者・家族へ説明し同意を得ている。「身体拘束に関してのガイドライン」、「身体拘束を行う場合の手順」を整備しており、各ユニットでの口頭での申送りや記録ノート等で介護事故等の未然防止について注意喚起している。権利侵害については、これまで報告されていないが、組織的に早期発見するための具体的な取組が十分とはいえない。今後は、権利侵害とはどのようなことか具体的な内容・事例を提示して、根拠説明等を行なうことが求められる。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回で 3 回目の受審となりました。前回の目標であった、福祉人材の確保・育成及び研修体系については達成されていたが、実習生等の研修・育成についてはさらなる改善を示されました。また、地域との交流、地域貢献について、現在検討を進めているところであり、次回の受審までには改善できるよう考えております。

また、福祉サービスの質の確保等についても今回の受審結果をふまえ、今後検討を進めていく事としております。

⑧第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

## 第三者評価結果【慈苑】

### 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

I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント1</p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。</p> <p>社会福祉法人恵心会は「生命に光を」を経営理念に掲げ、恵心会の姿勢及び職員の姿勢を具体的に明示し、これに基づく福祉サービス提供に関する基本指針である「優しさ」「安心」「その人らしさ」の支援は、職員で作り上げた基本指針であることは大いに評価できる。新たに採用された職員には職員会議や研修で周知が図られ、利用者家族には家族説明会で説明すると共に年4回発行の広報誌配布により更なる周知が図られている。</p>		

#### I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>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。</p> <p>経営に影響を与えている事業環境の変化の第一番目に「介護報酬減額の報酬改定による、資金取崩等の事業運営への影響」を挙げ、毎月開催の経営検討会議で組織体制や職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析から事業運営の影響について検討している。また、福祉新聞や専門誌を購読し社会福祉事業全体の動向を把握し事業経営を長期的視野に立って情報収集しており、経営環境を適正に把握・分析されている。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>事業経営をとりまく環境と経営状況の把握・分析にもとづき、事業を維持・向上させていくための課題として社会福祉法人恵心会では「職員の人材育成とキャリア形成」を第一番目に掲げ明確にしている。経営課題は経営検討会議で示され、部長会議で職員意見集約を行うため、職員同士の検討及び話し合いの場の設定指示があり、検討された結果が経営検討会議に戻され、経営検討会議で決定した内容が主任会議を経て職員会議で周知する仕組みで取組が行われている。</p>		

#### I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント4</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>社会福祉法人恵心会中長期経営計画は、理念と指針の実現に向けた目標を明確にするために、経営状況と法人全体環境の把握・分析を踏まえ、職員より吸い上げられた意見を部長会議で集約し、法人本部と特別養護老人ホーム慈苑に分けての現状と課題として経営検討会議へ示されている。明らかになった課題を解決し目標を達成するため、部ごとに事業内容と達成年度を具体的に示すと共に、毎年度の当初に見直しをするローリング方式を採用し、常に5年間の計画を保有する中長期計画を策定している。</p>		
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
<p>評価者コメント5</p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。</p> <p>中長期計画に掲げている部ごとの目標を達成する事業を、事業計画に具体的な事業名、年間事業計画、実施計画に落とし込み実行可能な計画となっている。</p>		

I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント6</p> <p>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。 事業計画の策定にあたり、経営検討会議で課題等を部長会議に下し、部長会議で職員の意見の吸い上げや提案の取りまとめを行い、集約された意見を経営検討会議で検討して計画に反映させる仕組みで取り組んでいる。策定された事業計画は主任会議で説明され、その後職員会議で事業計画を職員が理解する取組を組織的にやっている。</p>		
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。	b
<p>評価者コメント7</p> <p>事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。 利用者の生活にかかわる事項を主とした内容の事業計画を、利用者の家族が参加しやすくするため説明会を二日間開催し、パワーポイントを用いて写真を取り込みながら分かりやすく説明している。また、参加できない家族には連絡とり、後日来所できる方にはその都度説明を行い、来られない方には郵送で説明会資料を送付し理解を促す取組を行っている。今後は、利用者の生活に密接にかかわる事項を利用者へ説明するに当たって、理解しやすい工夫・方法への配慮が望まれる。</p>		

#### I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント8</p> <p>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。 社会福祉法人恵心会中長期経営計画に「サービス評価の推進」を掲げ、サービス評価自主点検を毎年1回、福祉サービス第三者評価を3年ごと受審と、目標を立て取り組んでいる。自己評価の実施は7月～8月に始まり12月までに全職員の評価結果を取りまとめ、改善策についての検討をユニットごとに行い、全て集約されたものを経営検討会議で分析検討する取組が行われ、福祉サービスの質の向上に向けた体制整備がなされ、機能している。</p>		
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
<p>評価者コメント9</p> <p>評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 評価結果から明確になった課題に対して『改善が必要な事項について』として担当者が定められ、定められた担当者が改善策を作成し経営検討会議で改善計画を検討する取組が行われている。改善計画を主任会議で説明し、職員会議で周知しているが、各部やユニットで課題を共有する取り組み方に差があることから全職員で課題の共有化が図られているとは言い難い。今後は職員間で課題の共有化を図り、定めた改善計画を実行する仕組みが望まれる。</p>		

#### 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		
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
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。	b
<p>評価者コメント10</p> <p>管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう取り組んでいるが、十分ではない。 管理者は経営・管理をリードする立場として、職員からの意見を吸い上げる役割認識を持って職務に望んでおり、恵心会の組織における職務と権限で全職員に役割と責任を示しているが、広報誌等での自らの役割と責任を表明するに至っていない。また、管理者不在時における権限委任等を含めた役割と責任についても明確でない。今後は広報誌等に自らの役割と責任を表明と共に、不在時の権限委任等についての明確化も望まれる。</p>		
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
<p>評価者コメント11</p> <p>管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。 職員倫理規程及び職員倫理規程に基づく行動規範を制定し、職員に対して遵守すべき事項を明確に示し、全職員に諸規程を配布すると共に職員研修で周知し遵守すべき取組が行われている。また、福祉分野に限らず遵守の対象となる法令等は、内規一覧を作成し必要な雇用・労働・防災等に関する例示も示している。</p>		

II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
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。	b
<p>評価者コメント12</p> <p>管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。福祉サービスの質に関する重要性として、サービス事業の維持・向上させていくために「職員の人材育成とキャリア形成」を挙げ、職員の意見を反映する仕組みとして「職員の提案制度に関する要綱」を改正して、提案期日を定期から随時提案いつでも提案できる改善に取り組んでいるが、現状では提案実績がない。日常での福祉サービスに関する課題は、ユニット間での職員の話合いの中で出され、リーダーを通し部長へあげられる仕組みが整っている。今後は、福祉サービスの質の向上について「職員の提案制度に関する要綱」に基づいた組織内の体制を構築し、自らもその活動に積極的に参画することが望まれる。</p>		
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
<p>評価者コメント13</p> <p>管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。社会福祉法人恵心会の経営理念や基本方針の実現に向けて、入居者1人あたり介護職員及び看護職員を1.7人配置と基準以上配置を行うことにより、産前産後休暇・計画的年次有給休暇の取得がしやすく、働きやすい環境の整備に取り組んでいる。また経営の改善や業務の実効性を高めるため、毎月の介護収支や電気等使用料等をパソコン共有フォルダーに掲載すると共に、閲覧履歴を確認できるシステムとなっており、職員全体で効果的な事業運営を目指すための指導力を発揮している。</p>		

## II-2 福祉人材の確保・育成

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。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント14</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。法人の理念・基本方針に沿った「質の高い福祉人材の確保」を実現するために、社会福祉法人恵心会職員育成方針を定め「法人の望む職員像」を具体的に5項目挙げている。また、法人として職員は全て常勤職員とする取組が行われると共に、職務において求められる能力や職務内容を示すことにより、必要な福祉人材や人員体制に欠員が生じないよう、組織として計画的に取り組んでいる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>評価者コメント15</p> <p>総合的な人事管理を実施している。年度当初に職員研修方針を示し、「経営者は職員研修により職員の能力向上を支援する。職員は啓発意識を持ち専門性・組織性の向上により人間の成長を目指す。」という基本的役割を明確に表し、法人の望む職員像を周知している。また、キャリア形成の考え方を示し、自己イメージ・キャリアメッセージ・キャリアビジョン・重点項目とキャリア形成プランの一覧の流れを、キャリアデザインシートを用いて自らの将来を描くことができる仕組みを整え、総合的な人事管理が実施されている。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
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り組んでいる。	a
<p>評価者コメント16</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。働きやすい職場であるための「職員の心身の健康と安全の確保」として安全衛生管理規程に基づき衛生委員会が毎月開催されており、産業医からの指導やストレスチェック評価による集計結果の確認を行っている。また、ワークライフバランスに配慮した職場環境づくりとして計画的年次休暇付与、リフレッシュ休暇や新規採用職員への独自有給付与日数を設け福祉人材の確保・定着の組織的な取組と共に、定期的な職員面接機会の他に理事長が職場巡回し職員へ声かけするなど相談しやすい工夫がされ、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント17</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。職員個別研修計画書をOJT指導担当職員と共に今年度の目標・具体的な研修計画・目標の評価・研修計画の評価という一連の流れで進捗状況を確認しながら実施されている。OJT指導担当職員は一つ上の階層職員が担うことにより担当職員自身も指導する立場となり、職員の教育・研修機能を有するのみならず、モチベーションを高めるための取組となっており職員一人ひとりの育成に向け、組織の目標や方針を徹底し、職員一人ひとりの目標の設定が行われている。</p>		

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
<p>評価者コメント18</p> <p>組織として職員の教育・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。</p> <p>年度当初に社会福祉法人恵心会職員研修方針が示され、基本的役割や研修の意義について研修を推進するための取組を行っている。職員育成方針では「法人の望む職員像」を明示し、職種別の目標と行動指針、職階別の目標と行動指針として明記している。目標と行動指針を達成するために職階別と職種別の具体的な知識・技術水準を習得項目として明確にした体系的な計画となっており、これらに基づく教育・研修が実施されている。</p>		
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
<p>評価者コメント19</p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。</p> <p>年度当初の苑内研修日程に基づいた階層別研修課題が示され、各研修対象職員が教育・研修の場に参加できる仕組みが整えられている。また、外部研修についても5年後までの派遣職員を計画に盛り込み職員へ示し、階層別・職種別・テーマ別の研修機会の確保が図られ、職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているとともに、職員研修推進委員会において実施状況の確認も行われている。</p>		
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。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント20</p> <p>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てはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。</p> <p>「特別養護老人ホーム慈苑実習生の受入れについて」を平成25年4月に制定し、実習生を受け入れる基本方針として、次世代を担う医療・介護・福祉の人材を育成するため、慈苑は積極的に実習生を受け入れることを表明し、受入によりマンパワーの育成とともに、職員の資質向上を図る姿勢も示している。しかし、専門職種に考慮したプログラムの準備や実習指導担当者の資質向上のための研修は十分とは言い難い。今後は、法人として受け入れることのできる専門職を検討し、その専門職が計画的に学べるプログラムの策定が望まれる。</p>		

### II-3 運営の透明性の確保

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。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント21</p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。</p> <p>ホームページで法人の経営理念や基本指針、提供サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算の情報が公開されているとともに、施設内玄関脇に関係書類が閲覧できるよう備えつけられている。施設広報誌は年4回250部発行され、利用者家族、関係機関へ配布され経営理念や事業活動の周知が図られ、社会福祉法人恵心会の事業や財務について、運営の透明性を確保するための取組が行われている。</p>		
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
<p>評価者コメント22</p> <p>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。</p> <p>全職員に諸規程配布され経営・運営に関するルールの周知が図られている。監事に外部の専門家である税理士を依頼し相談、助言を得るとともに、公認会計士により指導や経営改善のための講評を受ける外部監査を実施しており、公正かつ透明性の高い経営・運営のための取組が行われている。</p>		

### II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
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。	b
<p>評価者コメント23</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない</p> <p>地域との関わり方について事業計画で「地域貢献への取組みを推進する」考え方を文書化し、生活相談部を主担当として「開かれた施設と地域からの信頼の推進」をするため、学校・ボランティア・地域との交流を深める行動計画が策定されている。地域懇談会、町内会長会議、自治会総会に出席するとともに、敬老会行事や自治会お祭りで利用者との交流の機会を設けている。今後は、利用者の活動範囲を広げ、QOLを高めるための取組として、利用者が地域へ出て行きやすいような社会資源情報による支援と同時に、地域に対して施設や利用者への理解を深めるための取組が期待される。</p>		

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。	b
<p>評価者コメント24</p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されているが、受入れについての体制が十分に整備されていない。</p> <p>事業計画で「地域住民のボランティア等の受入の充実」を明文化し、詩吟、傾聴、ハンドマッサージなどのボランティアを「特別養護老人ホーム慈苑ボランティア受入規程」に基づき受け入れ、業務中傷害保険の加入手続きも行う支援が整えられている。今後は、ボランティアに対して利用者との交流を図る視点等で必要な研修を受ける機会を設けると共に、現在活動しているボランティア活動に対して振り返りアンケートを実施するなどの支援を行うことにより、利用者主体の活動となっているかの配慮が期待される。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント25</p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。</p> <p>地域懇談会を開催し地域の共通の問題として、独居世帯増、看護不安、介護技術の習得など具体的課題があげられ、介護技術については介護教室を開催し解決に向けた取組を行っている。今後は、特別養護老人ホーム慈苑として必要な社会資源となる範囲を明確にし、利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体を社会資源として明示し、必要に応じて職員が活用できる仕組みが望まれる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
<p>評価者コメント26</p> <p>福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>福祉避難所としての指定を受けると共に、災害発生時における施設利用の協力に関する協定を結び、特別養護老人ホームの本体機能を活かした取組が行われている。しかし、介護・看護の理解を深めるための講演会の開催や福祉に関する相談窓口は実施されていない。今後は、特別養護老人ホーム慈苑が地域との係りを深める方法として、施設本体の機能や福祉施設の専門的な知識・技術や情報を地域に提供すると共に、災害時にどのような役割を果たせるか地域住民と予め決めておくことが望まれる。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<p>評価者コメント27</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握しているが、これにもとづく公益的な事業・活動が十分ではない。</p> <p>中長期経営計画の基本計画において「地域福祉ニーズに基づく事業の推進に努める」と明文化し、地域における公益的取組に関するアンケートを実施し具体的な福祉ニーズの把握による結果をとおして、特別養護老人ホーム慈苑が有する機能をもって生活課題・福祉課題を解決・緩和する事業として、介護教室の開催に取り組まれている。今後は、地域住民からの意見や要望を把握する方法として、納涼祭等の多くの地域住民等が集まる場での聞き取りやアンケート実施により相談事業を活性化させて、その中でニーズを把握するなどの具体的な福祉ニーズ把握の取組が望まれる。</p>		

### 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

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		第三者評価結果
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。	b
<p>評価者コメント28</p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢は明示されているが、組織内で共通の理解をもつための取組は行っていない。</p> <p>法人の基本理念及び基本指針、職員倫理規程に利用者を尊重した福祉サービス提供の基本姿勢が明示され、倫理規定に基づく行動指針や介護マニュアルに基本理念等に基づくサービス提供について具体的に示されている。基本理念、介護マニュアル等は職員研修、OJTを通じて各職員に周知徹底されている。身体拘束については「身体拘束に関するガイドライン」により対応されており、毎月開催の安全推進委員会やモニタリングにより経過確認し、家族とも密接に連絡を取りながら、拘束期間を短くするよう努めている。なお、利用者満足度調査によってサービス提供の状況の評価・確認が行われているが、職員の側でも、例えば利用者の人権尊重等について定期的な自己チェックを行うなど、さらなる取組の工夫が望まれる。</p>		

29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
<p>評価者コメント29          利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアル等を整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。          職員倫理規程、職員行動指針に利用者の尊重、差別及び虐待の禁止が明示されているほか、介護マニュアル及びプライバシー保護マニュアルにサービス提供の際の遵守事項等が具体的に示されており、職員研修やOJTによりそれらの内容の周知徹底が図られている。ユニット型の居住環境でプライバシーへの配慮がなされているほか、投書箱や利用者満足度調査、日常の職員対応等を通じて利用者及び家族の意見、苦情等を受け止め、ケースカンファレンスへの家族参加の機会を設けるなどして本人及び家族の意向を尊重したサービス提供に努めている。サービス提供に伴う問題等が生じた際は、安全推進委員会で対応方法、改善策について組織的な協議・検討が行われている。ただし、これまで利用者への権利侵害の報告はないものの、権利侵害の早期発見、未然防止の具体的な取組は十分とはいえない。権利侵害の内容・事例の提示、関係根拠法令の説明等を通じて職員の意識を高め、権利侵害の未然防止と万が一の場合の早期発見につなげる取組の充実が望まれる。</p>		
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。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント30          利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。          施設パンフレットが玄関、各階図書コーナーに置かれ、随時閲覧可能なほか、施設のホームページ、広報誌に法人の理念を掲載し、施設の暮らしや行事等を写真でわかりやすく紹介している。家族説明会で法人の基本理念、事業計画、利用契約の変更事項等について丁寧に説明し、その際の説明資料も家族の意見を踏まえて映像化するなどの工夫が施されている。施設の利用希望者への情報提供は、施設ホームページに利用情報を掲載し、地域包括支援センターに施設パンフレットを置いているほか、生活相談員、ケアマネジャーが利用の相談に応じている。利用申込書等は施設ホームページからダウンロード可能で、利用希望者の利便を図っている。このほか、地域懇談会を開催し、法人の理念、事業計画、地域対象のアンケート結果説明等を行い、地域に対して法人及び施設の運営状況等の周知を図っている。</p>		
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
<p>評価者コメント31          福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等にわかりやすく説明を行っている。          職員倫理規程、行動指針に利用者の主体性や個性を尊重し、自己決定、自己選択ができるような支援を行うことが明記されている。サービスの開始・変更に当たっては、施設管理運営規程に基づき、利用者に対する説明と同意を基本として必要な手続きが進められている。サービスに関する説明の理解や意思表示が困難な利用者が増えているため、日頃から家族とのコミュニケーションを密にし、ケースカンファレンスへの家族参加の機会を設け、利用者本人及び家族の意向を踏まえたサービスの提供に努めている。</p>		
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
<p>評価者コメント32          福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。          退所後の援助についての説明は口頭で行われ、そのための文書は準備されていない。利用契約書、重要事項説明書に円滑な退所のための援助を行うことが明記され、退所の際には生活相談員が必要な援助を行うとともに、退所後の相談に応じる旨を説明し、家族の理解を得ている。実際には死亡による退所がほとんどであるため、退所後の相談援助に関する説明のための書面は準備されていない。短期入所の利用者については、短期入所中の状況を記載した書面を家族に渡し、利用者同意のもとで在宅ケアマネジャーに情報提供することにより援助の継続性が確保されている。今後、施設退所の際にも、利用者本人や家族が継続して相談を希望する場合の施設による援助内容、相談窓口、担当者について、わかりやすく説明した文書の作成が望まれる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		第三者評価結果
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p>評価者コメント33          利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。          苦情解決規程の改正により H29年度から苦情処理委員会が苦情解決委員会に改称され、所掌業務に「苦情に係る調査及び業務改善」が追加されている。これに伴い利用者満足度調査結果等について苦情解決委員会で協議・検討が行われる仕組みとなっている。利用者満足度調査は施設利用者または家族のほか、短期入所利用者を対象に毎年実施されており、その結果は苦情解決委員会で協議・検討の上サービス改善につなげるとともに、家族に報告されている。日常のサービス提供場面でも利用者、家族からの意見、要望等の把握に努めており、意見等が寄せられた際には対応した職員がユニット・リーダーに報告し、各職種参加のカンファレンスでの検討のほか、主任会議や苦情解決委員会でも情報共有を図るなど、利用者満足度向上のための組織的な取組が行われている。</p>		



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。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント34</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。今年度から改称された苦情解決委員会の所掌事項に「苦情に関する調査及び業務改善事項」が追加され、利用者や家族からの苦情や利用者満足度調査結果等を組織として評価・検討し、サービス向上を図る取組が進められている。苦情等への対応結果は経営検討会議等を通じて施設全体で共有し、職員に周知するとともに、家族説明会での報告及び施設広報誌への掲載を行うほか、生活相談員が個別に利用者本人や家族に説明している。苦情や意見を出しやすいように施設広報誌に苦情受付担当者の名称を掲載するとともに、施設内の「なんでも投書箱」への「みなさまの声(ご提案用紙)」の投函を呼び掛けており、匿名意見にも施設長名で改善事項等を明記した文書を作成・掲示し、利用者や家族の理解を得るよう努めている。</p>		
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。	a
<p>評価者コメント35</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。重要事項説明書及び入所契約書に利用者からの相談、苦情に対応する窓口の設置及び迅速な対応等が明記され、利用者及び家族に説明されている。重要事項説明書には「なんでも投書箱」の設置や直接の担当者が不在時にも対応職員が必ず引き継ぎを行うことなどが付記されている。施設パンフレットに苦情解決第三者委員(2名)と生活相談部の電話番号が明記されているほか、家族説明会や家族面会時にも相談窓口について説明されている。相談をいつでも受け付け、かつ、複数の相手に相談可能なことが利用者、家族に周知されており、投書箱の増設や日曜に相談担当の生活相談部職員を在勤させるなど、利用者及び家族が相談しやすい仕組みづくりが進められている。</p>		
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
<p>評価者コメント36</p> <p>利用者からの相談や意見を把握しているが、組織的かつ迅速に対応していない。家族が寛いだ雰囲気の中で利用者本人と面会できるよう、各ユニットのリビングに面談しやすいスペースを確保し、必要に応じて職員が同席し、利用者や家族の意見等を傾聴している。また、投書箱や利用者満足度調査により広く利用者や家族の意見等の把握に努め、投書内容や満足度調査結果は苦情解決委員会に報告され、協議・検討されている。投書箱への投書用紙には秘密の厳守及び回答する旨が明記され、意見等への対応方針は組織的検討を経て速やかに実行されている。対応結果は適切に回答され、匿名の場合も対応内容が施設長名で文書掲示されている。しかし、苦情解決規程に苦情への対応手順等は規定されているが、投書箱の取扱いや利用者満足度調査実施に係る具体的マニュアルが作成されておらず、今後の取組の充実に向けて関係マニュアルの整備が望まれる。</p>		
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。		第三者評価結果
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
<p>評価者コメント37</p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析及び対応策の検討・実施が適切に行われている。介護事故防止・対応マニュアルに事故及びヒヤリハット事例が発生した際の具体的な対応手順が明示され、事故等の発生時に組織的かつ迅速な対応が行われている。現場からの報告を受けて施設長が必要と判断した事故等については、「介護事故検証シート」が作成され、詳細な経過の記録と再発防止策が講じられている。こうした日常のリスクマネジメントの取組を通じて事故及びヒヤリハット事例の収集が積極的に行われ、その集計結果は毎月開催の安全推進委員会に報告されている。安全推進委員会では事故の未然防止対策等が協議、検討されており、施設全体でリスク情報が共有され、事故防止対策、サービス改善策が実施されている。</p>		
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
<p>評価者コメント38</p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。感染症の標準的予防対策や感染経路別予防対策等について詳しく記載した感染症対策マニュアルが作成され、施設全体で積極的に感染症対策が進められている。感染症対策委員会が毎月開催され、感染症動向や利用者の健康状態等に関する情報共有と感染症予防対策の協議、検討が行われているほか、職員会議でも感染症関連の情報提供や職員本人や利用者家族等の体調不良時の対処方法の周知徹底を図るなどして職員の意識を高め、日々の感染症予防につなげている。感染症発生時の対応に関する職員研修が複数回開催され、職員全員の対処スキルの習得を促すとともに、食中毒予防に関する研修が毎年開催されている。公的医療機関の感染症専門看護師の協力を得て、新たにクリストリジウム感染への対応を追加するかたちで感染症対策マニュアルが改訂されている。昨年度から利用者への外部からの感染ゼロの状態が続いているとのことであり、実効性のある感染症対策が今後も維持、継続されるよう期待したい。</p>		

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積極的に行っている。	a
<p>評価者コメント39</p> <p>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。</p> <p>毎年度、自衛消防訓練計画を策定の上、年度当初に改正計画が職員に周知されている。消火及び通報訓練のほか、夜間や山林火災、地震を想定した総合訓練が計画的に実施され、消防署員立会いの下で指導を受けている。年間の消防防災訓練の実施状況等については防火管理委員会に報告され、訓練内容や施設設備、防災用品の確保等、要改善事項の確認及び対応の検討が行われ、組織全体で防災対策の取組が進められている。なお、最近の国際情勢を受けて、Jアラートが発出された際の職員の対応手順も明確化されている。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント40</p> <p>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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>施設運営規程に適切な福祉サービス提供に関する基本的事項が明記され、介護マニュアルにサービスの標準的な実施方法が具体的に示されている。また、職員倫理規程や職員の行動指針、プライバシー保護マニュアルのほか、介護マニュアルの中にも利用者の人権尊重とプライバシーに配慮したサービス提供について具体的に示されている。介護マニュアル等の内容は職員研修やOJTを通じて各職員に周知徹底されている。サービス提供に当たっては、各ユニットにおいて毎日の時間帯ごとの利用者本人の過ごし方や具体的支援内容等を記載した「24時間シート」が作成され、利用者への個別的なサービスが提供されるとともに、入浴や排泄介助等のサービス提供状況はチェックリスト等に適切に記録され、確認できる仕組みとなっている。</p>		
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。	b
<p>評価者コメント41</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定められているが、検証・見直しが十分ではない。</p> <p>介護マニュアルや感染症対策マニュアル等のサービスの標準的な実施方法の改訂は、随時、適切に実施されているが、その検証・見直しの手順が明確化され、定期的に行われるまでには至っていない。利用者のモニタリング結果、リスクマネジメント関連の情報、利用者満足度調査等を通じて得られた情報を積極的に活用し、各部門が連携してサービスの標準的な実施方法の検証・見直しを定期的に行う仕組みづくりが必要と考えられる。</p>		
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。		第三者評価結果
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。	a
<p>評価者コメント42</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。</p> <p>福祉サービス実施計画の策定に係る担当、具体的手順が施設運営規程に定められている。これに基づき、生活相談部の介護支援専門員が利用者及び家族との面接を通じてアセスメントを実施し、計画原案を作成の上、サービス担当者会議(各部門の責任者が出席)で協議、検討している。サービス担当者会議では利用者の援助課題、具体的な援助方法等について専門的立場から十分な検討が行われており、作成計画は利用者、家族に説明され同意が得られている。サービス実施計画を踏まえて、毎日の生活時間帯ごとに提供する具体的なケア内容を記載した「24時間シート」が作成され、利用者の生活の流れに沿ってサービスが提供されており、その実施状況はチェック表等により把握、確認されている。</p>		
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
<p>評価者コメント43</p> <p>福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施している。</p> <p>福祉サービス実施計画の評価・見直しは3か月ごとに行われている。サービス実施計画の評価・見直しを行うサービス担当者会議では、利用者や家族の意向を踏まえつつ、利用者の状況変化の確認、援助課題、具体的な対応方法等の検討が適切に行われ、検討結果は介護部門の「24時間シート」のほか、機能訓練計画、栄養ケア計画などに反映されている。評価・見直し結果は利用者及び家族に説明され、同意を得ており、各部門の緊密な連携のもとでサービスの評価・見直しを行う体制が整えられている。</p>		

III-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	第三者評価結果
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
<p>評価者コメント44</p> <p>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が、記録要領がまだ作成されていない。福祉サービス実施計画に基づく基本的サービスの実施状況はパソコンを活用して記録・管理され、担当職員の閲覧、情報共有が可能な体制となっている。利用者の日常のエピソードや特記事項は個人記録として手書きにより記載され、その内容は施設長までのライン責任者によるチェックを受けている。施設運営規程に福祉サービス提供に係る記録整備に関する規定があるが、効果的な記録作成のための要領はまだ作成されていない。H29年度の法人事業計画に介護サービス情報のデータ管理整備推進の一環として、パソコンによる「24時間シート」や個人記録の作成が盛り込まれているので、パソコン活用の推進に併せて、記録要領の作成や職員への指導の在り方について検討が望まれる。</p>	
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。	a
<p>評価者コメント45</p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。個人情報保護に関する規程に個人情報保護の管理体制、介護記録等の取扱い、保管、記録の廃棄、第三者への情報提供等に関する事項が明確に定められ、これに基づき適正な対応が行われている。個人情報保護に関する規程の内容は職員研修において職員に周知されており、「職員倫理規定」に基づく行動指針にも利用者個人の情報を他に漏らさないこと等が明記され、職員に対して個人情報保護の徹底が図られている。パソコンシステムは外部から保護されており、介護記録等の外部持ち出しが禁じられているほか、個人情報を含む書類は誤送信リスクを伴うFAXではなく郵送とするなど、個人情報の取扱いには十分な注意が払われている。</p>	

## 内容評価基準

### A-1 支援の基本

A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
A①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
<p>評価者コメント1</p> <p>利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 24時間シートに利用者の生活状況を集積し、個々のライフサイクルを踏まえたサービス提供を実施できるよう工夫して取り組んでいる。日々の支援においては、傾聴ボランティアなどの協力を得るほか、「カラオケの会」、「詩吟の会」など利用者の希望を把握しながら、趣味嗜好に合わせ複数のプログラムも取り入れた余暇活動を実施するなど、自立支援に向けた参加の動機づけに繋げている。また利用者一人ひとりの生活習慣に合わせ、無理なく生活機能のリハビリを実施する等快適な生活リズムを整えられる支援も行われている。日常生活の中で利用者が洗濯物やエプロンをたたむなど、自ら取り組まれている様子も見られ、利用者各々が主体的に生活を送ることができるよう職員の意図的な配慮が感じられた。利用者の生活上の課題については、毎月開催されるユニット会議で検討・改善が図られており、重要な懸案事項は全ユニットのリーダー12名と施設長を交えて開催されるリーダー会議でも共有を図っている。</p>		
A②	A-1-(1)-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 各ユニットの人員体制を固定配置にすることで、利用者一人ひとりの小さな表情の変化などにも気付くことができ、職員が利用者と対峙してしっかりと状況把握を行ないながら支援を展開することができる組織となっている。言語的コミュニケーションが難しい利用者に対しては、ボディランゲージや筆談など、利用者それぞれのコミュニケーション能力に合わせた工夫を行っている。利用者との会話の機会は、特に時間等を決めて実施してはいるが、日頃の関わりの中で、気配りなど支援が必要な場面では、利用者に応じて配慮を行いながら声かけを行っている。また職員の言葉遣いについては、常に注意喚起が施され、利用者・家族だけではなく、施設に出入りしている関係業者の方に対しても適切な対応を行うよう徹底が図られている。職員教育の機会は、採用時に外部講師を招いて行われる接遇研修、職階別に実施される利用者への対応方法(心構えなど)でも理解を得られるようにしている。</p>		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b
<p>評価者コメント3</p> <p>権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。 利用者に対して実施する緊急やむを得ない場合の一時的な身体拘束の実施に際して、「身体拘束に関する説明・経過観察記録」により、拘束の必要な理由、方法、時間帯(時間)、開始及び解除の予定等を明記した書類を基に利用者・家族へ説明を行ない同意を得ている。「身体拘束に関してのガイドライン」・「身体拘束を行う場合の手順」を整備しており、各ユニットでの口頭での申し送りや記録ノート等で介護事故等の未然防止について注意喚起している。権利侵害については、これまで報告されていないが、組織的に早期発見するための具体的な取組が十分とはいえない。今後は、権利侵害とはどのようなことか具体的な内容・事例を提示して、根拠説明等を行なうことが求められる。</p>		

### A-2 環境の整備

A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		第三者評価結果
A④	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。	a
<p>評価者コメント4</p> <p>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。 居室はそれぞれの好みの家具や備品等を自由に持ち込むことができるほか、ベッド・畳・じゅうたんの別も希望に応じて選択できる。また“可能な事”だけではなく“できない事”もしっかり説明を行ない納得していただくなかで、生活環境づくりを行なっている。「トイレはここですよ」の貼り紙など認知機能の低下した利用者が生活しやすい工夫をしつつ、安らげる雰囲気づくりへの配慮から、貼り紙だらけにはせず、意向に沿って気づいた職員がさりげなく介助を行うという介護方針でケアを実施している。安全面では、個別でクッション材やじゅうたんを敷くなどケガ防止、風呂場に滑り止めマット、トイレに追加の補助手すり・グリップを設置するなど安全対策を徹底している。ユニットの生活環境は、「行動計画」の中で「リビングのしつらえ」によって、各ユニットリーダーが定期的に検討し問題の改善に努めるなど快適な雰囲気づくりに向けて積極的に取り組んでいる。</p>		

### A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		第三者評価結果
A⑤	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。	a
<p>評価者コメント5</p> <p>入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>利用者の入浴スケジュールは「入浴チェック表」で1か月分の日程を決めているが、利用者の意向や体調変化の応じて、入浴日時やシャワー浴への変更など臨機応変な対応を利用者の了解のもとで随時行っている。一人あたりの入浴時間は概ね30分程度で、利用者の意向や様子によって満身に配慮した入浴に繋がられるよう調整している。入浴介助を行う際には利用者のプライバシーに配慮し、脱衣場と浴室の間に目隠しの為に衝立を立て、互いに同室するのを避ける配慮をしている。入浴介助手順を明記したマニュアルが整備され、適切にケアが実施されている。入浴前には体調変化を把握するためバイタル計測を実施し、体調変化のある方は看護師に報告しているが、入浴可否の判断基準の明確化、責任主体(入浴可否判断者)等が明文化されていないため、今後の検討が望まれる。</p>		
A⑥	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p>評価者コメント6</p> <p>排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>自然な排泄を目指し、リハビリパンツやオムツの利用者についても、トイレでの排泄が可能な方は定期的に誘導している。便秘傾向の方の排泄には薬だけに頼らず、ヨーグルトの提供や家族が持参した水を提供したり、食後のトイレ誘導を実施するなど利用者のニーズに応じて工夫した取組を行っている。排泄の自立に向けた取組について、ポータブルトイレの設置やパンツでも大丈夫な利用者は、職員が最適な方法を検討している。不潔行為など問題行動のある利用者の対応方法については、その都度ユニットリーダーが中心となり「介護記録」、「排泄チェック表」を基にケアカンファレンスを実施し、常に対応方法を検討し改善を図っている。リビングの見守り・安全確保については、早番の職員がユニット当番として目配りを行なうことになっており、他の職員も協力して見守りを実施する仕組みとなっている。</p>		
A⑦	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。	a
<p>評価者コメント7</p> <p>移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>利用者の心身機能を考慮し、立位保持が可能な方はベッド柵をL字柵に変更したり、自力歩行の可能な方は機能訓練士が計画の見直し検討を行うなど、一人ひとりの移動の自立に向けた支援を展開できるよう心掛けて取り組んでいる。移動についての様子や評価はユニット会議で検討を重ね、変更点はケアプランに反映し、会議録で各職員への周知を徹底している。ユニット会議では、利用者の歩行機能に応じてシルバーカー、歩行器、車椅子など安全面にも配慮しつつ、最も適した手段を検討している。</p>		
A-3-(2) 食生活		第三者評価結果
A⑧	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
<p>評価者コメント8</p> <p>食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p> <p>食事はある程度の時間の範囲で自分の好きなタイミングで自由に食べることができる(昼食:12時~14時、夕食:17時~19時)。季節折々の旬の食材を使用して食事の提供を行っており、毎日のメニューが各ユニットに分かりやすいように掲示されている。食事内容は、高齢者に好まれる食材を多く使用し、大きさや味付け、栄養バランス等に気を配っている。普通食を摂る利用者は少なくなってきており、個々の利用者の障害等に対応した食事が提供されている。盛り付けは適温・適量に気を配りながら各ユニットで行なっている。利用者はそれぞれ自分の好きな場所を選び、背丈に合った高さの椅子・テーブルに着いて食事を摂っている。正月はおせち料理、節分はちまき、ひな祭りはちらしずしなど行事食を取り入れており、利用者に応じて月1回は3食の中から選択食を実施している。それらの取組により、楽しい雰囲気でお食べられるよう意識的に支援を行なっている。栄養士及び調理師は利用者の食事の状況を観察し、一人ひとりの様子を把握している。感染症対策の研修を毎年1回実施し職員への周知徹底を行っている。またユニットの冷蔵庫内の食品などは、栄養士がチェックしている他、ケアマネージャーや看護師が手洗い消毒など衛生面の注意喚起を行っている。</p>		
A⑨	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。	b
<p>評価者コメント9</p> <p>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。</p> <p>利用者ごとの食事時間、嚥下能力、摂取量などを担当ケアマネージャー、看護師、介護職、栄養士及び調理師が協働で随時カンファレンスにて検討している。カンファレンスの開催は不定期で、栄養士や看護師と連携しながら必要に応じて開催となっている。食事時の誤嚥や窒息など食事時の事故の発生に対しては、各ユニット当番が携帯しているPHS電話への緊急時通報(レッドコール)を鳴らすことで、看護師から指示を受ける仕組みになっており、有事には全員での緊急対応が基本になっている。異常時や急変時の対応マニュアルが整備され、マニュアルに沿って対応の徹底が図られている。食事量の把握とチェックは利用者の必要性に応じて実施しており、データは生活の記録に集積している。また、水分量のチェックは全利用者を対象に実施し、種類、時間、及び量を一覧表に記載している。利用者個々の栄養マネジメントの取組状況は、代替え食、補助食、カロリー1/2食など、嘱託医の指示に沿って栄養状態の把握に努め、栄養マネジメントによる支援を実施している。</p>		

A⑩	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
<p>評価者コメント10          利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。          利用者に対しての口腔ケアは、毎食後に実施している。自分自身でできる方は声かけ、見守りを行ないながら、一人では難しい方は職員が適宜介助を行っている。なお、口腔ケアの適切な援助方法等に関する研修はまだ実施されておらず、今後の周知徹底が課題となっている。また、利用者個々の咀嚼嚥下機能のアセスメントとその記録に関しても、標準的な実施要綱や記録様式がなく、利用者の状況によっては歯科医師や管理栄養士など専門職の助言を得ながら、口腔ケア計画を基にした多職種協働のケアが求められる。</p>		
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		第三者評価結果
A⑪	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
<p>評価者コメント11          褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。          利用者に応じてエアマットや耐圧分散マットを使用し、予防と改善の対応を行っており、体位変換は2時間に1回を基本として実施している。褥瘡予防等の標準的なケア方法について職員への周知徹底の方策として、外部研修などに参加する職員はいるものの、職員全体に向けた内部研修は未実施のため、今後の課題となっている。また褥瘡対策のための基本マニュアルについても導入に向けて整備中であることから、今後の取組に期待したい。</p>		
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		第三者評価結果
A⑫	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。	非該当
<p>評価者コメント12</p>		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
A⑬	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
<p>評価者コメント13          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が、十分ではない。          利用者ごとに日常生活のなかで、それぞれの心身機能に合わせ、生活行為を通じたりハビリ(生活リハビリ)を実施している。また利用者の状況に応じて、「個別機能訓練基本計画」を作成し、計画を基にした意図的な機能訓練を行っている。ケアカンファレンスは3か月に1回開催し、チーム内で検討している。レクリエーション活動は何種類かの中から選択的に実施できるよう配慮されており、利用者が主体的に自分自身の好みに応じて参加している。判断能力の低下や認知症の症状の変化については、ユニット職員の固定配置により利用者の日々の変化に気づけるよう配慮したケアを実施しているが、今後は、組織的な支援体制を構築し、医師・医療機関をはじめとした多職種連携のもとでの早期発見の仕組みづくりを行なうことが望まれる。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		第三者評価結果
A⑭	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p>評価者コメント14          認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。          認知症の行動・心理障害のある利用者への対応について、不穏になる方には穏やかに過ごせるよう声かけを行い、昼夜逆転の傾向がある利用者には、日中の活動への参加を促している。また、介護に対する抵抗のある方には複数のスタッフで対応するなど支援を行なっているが、一人ひとりに合わせたきめ細かなアセスメントにもとづいた分析、支援内容の検討が十分とはいえない。また認知症の医療・ケア等についての最新の知識・情報を得るための研修体制について、個別に認知症介護実践者研修などは受けているが、施設内の全職員に対して周知する研修が実施されていない点も懸念される。認知症ケアは利用者本人の生活機能の維持・改善を図るだけでなく、生活環境や職員の関わり方など周辺環境も適切に検討される必要があるため、今後は、より意図的な支援体制を作られることに期待したい。</p>		

A-3-(7) 急変時の対応		第三者評価結果
A⑮	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。	a
<p>評価者コメント15</p> <p>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。</p> <p>利用者の体調変化に気づいた場合の対応は、「異常時・緊急時の対応マニュアル」を整備し、対応している。また転倒、転落、誤嚥等の介護事故が発生した際には、「介護事故への対応手順」マニュアルを基に対応するよう、職員へ徹底している。有事の際はユニット当番が持参しているPHSへのレッドコールを行ない、緊急時など状況により協力病院と連携を図りながら迅速に対応するための手順を確立している。緊急時対応などに備えて、看護師が講師となり職員間でのロールプレイ研修を実施しているほか、安全対策委員会を立ち上げ、リスクマネジメントの取組を積極的に行っている。今後も定期的に対応方法等に関する研修を実施し、職員が一丸となって迅速な対応ができるよう、職員個々のレベルに応じた細かな研修・指導の継続に期待したい。</p>		
A-3-(8) 終末期の対応		第三者評価結果
A⑯	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
<p>評価者コメント16</p> <p>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。</p> <p>利用者が終末期を迎えた場合の対応については、「看取りに関する指針」、「看取り介護マニュアル」を整備し、施設としての方針や手順が徹底されている。協力医との連携を図りながらケアを実施しており、利用者が施設で亡くなった際には、即時に医師へ連絡をする体制となっている。利用者が終末期を迎えた場合、利用者本人・家族への意向確認については、家族説明会などの場で介護部職員が説明を行ない、その後は随時個別に意向を確認する仕組みとなっている。職員へのターミナルケアに関する研修は随時実施している。また、ターミナルケアに関わった職員に対するメンタルケアは特別な取組としては行っていないが、それまでの利用者との信頼関係や人間関係ができて上がっていることで、職員も心配されるほど大きなダメージは無く、看護師が24時間勤務の体制をとっており、介護職への確に指示を出しながらケアを実施している。</p>		

#### A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携		第三者評価結果
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
<p>評価者コメント17</p> <p>利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。</p> <p>利用者の家族との連携については、伝える内容に応じて看護師、介護職、相談員が分担し、郵送物や電話などで状況を報告している。家族との相談内容やケアに関する意向などは直接「生活の記録(ケース記録)」に記載している。家族とのつながりの機会として、施設で企画する行事などへ案内を行い、6月「新緑回」、9月「敬老会」、その他「納涼会」なども実施し、家族が気軽に参加できるよう呼びかけている。このほか、各ユニット内でも利用者と家族と一緒に参加して触れ合う機会を設けており、来所の際に家族と職員のコミュニケーションの機会にもなっている。</p>		