

(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なのりの杜	種別:特別養護老人ホーム(広域型、ユニット型)	
代表者氏名:理事長 田中 信幸 施設長 吉田 隆一	定員・利用人数:60名	
所在地:岩手県盛岡市上米内字名乗沢1-58		
TEL:019-665-1310	ホームページ: http://www.sg-miyagikai.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:なのりの杜 平成24年4月1日(認可:平成24年3月31日)		
経営法人・設置主体:社会福祉法人みやぎ会 理事長:田中 信幸		
職員数	常勤職員:41名	非常勤職員:13名
専門職員	介護支援専門員:1名	介護福祉士:1名
	相談員:1名	介護職員:2名
	介護福祉士:25名	看護師:4名
	介護職員:8名	准看護師:1名
	看護師:1名	医師:杜1名
	准看護師:1名	
	作業療法士:1名	
	施設長(兼務):1名	
施設・設備 の概要	居室(個室):60室	洗面、ベッド等
	共同生活室:6室	机、イス、テレビ等
	トイレ:56	便器、手洗い等
	浴室:7室(個浴6、特浴1)	浴槽、特浴等
	医務室:1室	手洗い等
	調理室:1室	調理器具等
	洗濯室:6室	洗濯機等
	介護材料室:1室	棚等
	交流ホール	机、イス等
	職員休憩室:3室	机、イス等、テレビ等
	リネン室:1室	棚等
	相談室:1室	机、イス等
	事務室:1室	机、イス、棚等
	汚物処理室:6室	流し等
宿直室:1室	机、イス等	

③理念・基本方針

1. 入居者の生活の質を最大限に高め、最後までその人らしい暮らしが出来るよう心のこもった介護サービスを提供する。
2. 基礎的介護力の向上や看取り介護の充実、認知症ケアの専門性を高め、稼働率の安定化を図る。
3. 地域と共に歩み、地域の福祉の向上を図り、地域に必要とされた施設になるために地域に出て積極的な貢献活動を行う。

④施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

1. 施設周辺の自然環境を活用した設備開放などにより、積極的に地域に開かれた施設運営の実践
2. 地域や多種団体との交流活動を通し、入居者との社会的交流を促進
3. 職員の技能に応じた体系的研修制度を取り入れ、人材育成の職場風土づくり

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 7 月 9 日（契約日） ～ 令和元年 7 月 9 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回目

⑥総評

◇ 特に評価の高い点

地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な取組

特筆されるべきことは、平成 30 年のグループ法人の基本方針の主要な柱に「地域社会への参加」を立て、グループ全体で公益的な事業、活動を実施している点である。本施設では、「地域との共生」の理念の下で、「IWATE あんしんサポート事業」にも参画して地域生活課題の解決に向けた具体的な取組を行っている。施設の資源（交流ホール、屋外休憩棟、グラウンド等）を地域に広く貸し出している。広報誌、ポスター等で地域に情報発信し、利用の促進と実践活動の可視化を図っている。

また、地域の福祉コミュニティの向上を目指す「なのりの里生き生きプロジェクト」、施設周辺の里山再生を通して地域おこしを目指す「なのりの里山再生プロジェクト」などの地域活性化、再生活動を施設が主体的に担っている。民生委員などの団体の見学を積極的に受入れ、地域への「介護出前講座」なども開催している。さらに、周辺町内会と災害時相互援助協定を締結するなど、地域に還元する取組を積極的に行っている。以上のように、施設の専門性や特性等を活かし、地域住民のニーズに対応した講演会、研修会、また、各種支援事業等、施設独自の様々な取組を推進している。

◇ 改善が求められる点

中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定

なのりの杜の単年度計画は「盛岡事業所年間事業計画」にて、＜運営目的＞＜運営方針＞＜重点目標＞及び各委員会等活動計画等を明確に策定しているが、社会福祉法人並びに盛岡事業所における中・長期計画については、目標程度の策定にとどまっており、明文化には至っていない。

特に、中・長期経営計画は戦略の要であり、法人・事業所の 5 年後を見据え、理念や行動指針に基づいて方向性を示し、目標設定と具体的な実施計画の立案・収支戦略の構築が求められる。

なお、法人及び盛岡事業所の中・長期計画の策定に当たっては、以下の点についても検討し、役職員や関係者のみならず、広く利用者・家族や地域住民にも理解いただけるよう、文章化を望みたい。

- ① 「みやぎ会」設立の経緯、平成 11 年設立からの歩み（沿革）の記録を踏まえ、東北 4 県における広域圏での事業展開の目的と現状・課題について
- ② 上記を受けて、岩手県・盛岡事業所の果たしてきた歩み（沿革）と現状・課題について
- ③ 平成 14 年に加入した「東北医療福祉事業協同組合（SGグループ）」における「みやぎ会」の位置づけと役割、方向性等について

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価を初めて受審するに当たり全職員での取り組みを目指しました。成功のカギは「目的・目標」を全職員で共有し取り組むことにあるものと思い、職員一人ひとりへの説明に多くの時間を要しましたが、取り組むうえで最も重要な出発点であったと思っています。

職員からは、「忙しいからこんな無理」「ユニット型は経験がない」「結果が悪かったらどうしよう？」等の意見もありましたが、終わってみれば、「今後の指針になる取り組みだった」「ほめられた所もあって自信になった」「社会から求められていることや選ばれる施設のあり方を意識するようになった」等の前向きな声が聞かれ、頼もしく感じました。100 名余りの職員一人ひとりが全 64 項目の自己評価に真剣に取り組む中で、多くの課題を感じ取ってくれたことが大きな成果であると思っています。

評価結果については、結果を全職員が真摯に受け止め、課題改善に努めること。併せて、今回の評価に現れない課題を掘り起こし、一つひとつ改善に努めたいと思います。そのことが福祉サービスの質の向上やご家族・地域への説明責任を果たすことになるものと思っています。

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【なのりの杜】

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。	b
<p>評価者コメント1</p> <p>法人(福祉施設・事業所)の理念、基本方針が明文化されているが、内容や周知が十分ではない。 理念が記載されたカードを全職員に配布したり、送り等で唱和をしたり、毎年度の事業計画に明記し全職員向けの職員説明会等を通して、周知が図られていることを確認した。今後は、更なる周知方法の工夫や、職員への浸透度合いを確認する方策が求められる。利用者家族や地域住民への周知については、十分でないことから、周知方法の検討(例えば、家族会等を通して)が求められる。また、利用者に対する周知「インフォームド・アセント」についても検討が望まれる。</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。	b
<p>評価者コメント2</p> <p>事業経営を取り巻く環境と経営状況が把握されているが、分析が十分ではない。 管理者である施設長は、厚生労働省、医療福祉機構、岩手県、盛岡市からの情報収集や、自治体説明会等に出席し動向把握に努め、また、法人、グループの各種会議においては全体的な動向、地域の動向について定期的に情報共有を行っている。さらに、施設の収支、稼働率などの把握、分析を行い、各種会議等の場で周知、報告している。ただし、環境分析については、内部環境と外部環境を分けて現状を把握し、分析していく必要がある。特に、外部環境については、収集された現状把握や課題についての分析に不足感がある。「SWOT分析」(TOWSマトリックス)「3C」などの分析ツールを使い、外部・内部環境を精緻に捉え、事業環境変化に対応した経営資源の最適化、活用を図ることが望まれる。</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。	b
<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、取組を進めているが十分でない。 SGグループ(東北医療福祉事業協同組合)・法人本部主催の経営会議等においては、法人の経営状況が分析・協議され、現状・課題・対策について報告している点、具体的な課題解決等については、会議での周知・担当職員への指導を通じて取り組んでいる点は評価される。一方、事業所全体で組織的な取組には至っておらず、上記の1-2-(1)-①に記載したように、事業環境の現状分析の課題もあり、事業戦略自体が包括的なものになっていないため、具体的な取組としては十分ではない。</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。	C
<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・長期の事業計画または中・長期の収支計画のどちらも策定していない。 単年度計画は目標を明確にして策定しているが、中・長期計画については目標程度の策定にとどまっている。特に、中・長期経営計画(3~5年)等は戦略の要である。事業所の5年後を見据え、理念や行動指針に基づいて、方向性を示し、目標設定などの事業・収支戦略の構築の検討が望まれる。</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。	C
<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おらず、内容も十分ではない。 単年度計画自体は、毎年度見直しを行い、当年度における実行可能な具体的な数値目標や成果を設定しているが、中・長期計画の早急な策定が求められる。</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。	b
<p>評価者コメント6</p> <p>事業計画が職員等の参画の下で策定されているが、実施状況の把握や評価・見直し、または、職員の理解が十分ではない。事業計画・報告は、毎年全職員対象に職員説明会を開催し周知されている。策定時は幹部職員を通して集約しているが、全部署の意向の集約、反映が十分とは言えない。さらに、職員にどの程度浸透しているかを図る仕組みづくりが求められる。評価については、今後数値化するなど定量的な分析を通して、事業計画を見直す機会を設けることが望まれる。</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。	c
<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ない。利用者や家族に対しては、「情報開示ファイル」で周知しているが十分ではない。また、家族会は結成していないため、家族会を通じた周知はされていない。今後は、会の形式にこだわらず、例えば、ユニット単位の利用者懇談会、家族懇談会等の場をつくり、説明の機会を設けること等が期待される。なお、説明の内容や作成された資料(情報開示ファイル)が分かりやすいか、本当に理解されているかなど、利用者や家族がより理解しやすい工夫、改善、取組が必要である。</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。	b
<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ているが、十分に機能していない。第三者評価は今回が初めての受審であるが、毎年自主点検表で内部チェックを行うとともに、各委員会活動等を通して課題抽出、情報共有、改善策を実施している点は評価できる。また、評価の際に、管理者の考える「質の向上」についての定義に関して適切な説明がなされた。ただし、評価の実施、結果分析、改善までのプロセスを組織的に行う体制が脆弱であり、十分に機能しているとは言い難い。さらに「質」の向上とは何かということを確認することも重要である。「質」の定義は人(職員)によって、文脈によって異なる。本事業所における「質」の向上の定義を確認し、全体で共有することが求められる。</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。自己評価では「ケア部門会議や各委員会において活動計画の策定・実施・評価を行い、課題は次年度に反映させ改善を図るなどの取り組みを実施している。今年度も昨年度の評価結果に基づいた委員会の計画を実施」、「継続的な実行力に課題」があるとしているが、持続的、効果的な改善策や改善計画策定にまで至っていない。</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>施設長は、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。施設長の具体的な役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化されている。職員会議等において施設長の役割や責任が職員に理解されるよう取り組んでおり、管理者としてのリーダーシップが発揮され、組織における信頼関係が構築されるよう努めている。一方、施設長の事業経営における理念や想い、価値観、信念といった思想的概念を職員、利用者(家族)、社会に対して表明していくことが求められるため、法人・施設のホームページや広報誌等を活用する等、今後のさらなる工夫に期待する。</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。	b
<p>評価者コメント11</p> <p>施設長は、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が、十分ではない。施設長は、法令遵守の観点で積極的に研修に参加している。また、法人で取り組んでいる法令遵守についても、社会情勢、災害への配慮を含め職員に周知するなどして、施設として積極的に取り組んでいる。職員に対しても法令遵守研修や「法令遵守チェック表」を毎年実施し、職員の認識度の把握や周知に努めている点は評価できる。一方、本事業所における法令遵守の「意義」、「範囲」について確認するとともに、職員が正しく理解しているか、浸透しているか等の確認と工夫も求められる。</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>施設長は、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。施設長は、福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、事故防止委員会、接遇委員会等を通して、また、教育委員会主催の各種内部研修を通じて福祉サービスの質の向上につながるよう工夫するなど、前向きな姿勢で取組を行っている。また、日々の業務において、職員の意見を聞き取り、職員と話し合うなどして、課題を整理し、課題の改善に職員とともに取り組んでいる。上述したように、福祉サービス・質とは何かということを確認しながら、組織的な取組、仕組みになるような指導力を発揮することが今後の課題である。</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。	b
<p>評価者コメント13</p> <p>施設長は、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が、十分ではない。年度初めの職員説明会の際に、業務改善の必要性を説明して取組を促したり、ユニットにおいてリーダーを中心に業務量の分析などを行い取り組んでいる。今後は、職員全体で効果的、効率的な事業運営を目指すため、職員の意向、意欲、能力開発、人材育成等の視点から全職員との面談等の機会を通して(PDCAサイクルを意識しながら)指導力を発揮されるよう期待したい。</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。	b
<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いるが、それに基づいた取組が十分ではない。</p> <p>事業計画において年度の必要職員確保目標を設定し、おおよそ計画通りの人材確保を行っている。新卒者に関しては、グループと共同で計画的に実施し、中途採用者に関しては、職安、介護労働安定センター、各種就職説明会等を通して人材確保に努めている。人材の育成は、グループ・法人主催や施設内教育委員会主催で、新卒者、中途採用者などを対象に各種研修計画を作成し、実施している。グループ法人との関係もあると思うが、本事業所にとって必要な福祉人材、つまり求める「人物像」をより明確、緻密に設定し、そして選考設計に活かしていく更なる体制が求められる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>評価者コメント15</p> <p>総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。</p> <p>評価基準(採用評価票、業績考課表等、目標管理シート等)を有効に活用しながら、職員個々の意向や事情を管理者として尊重している。人事管理制度、キャリアパス等、職員一人ひとりの将来のキャリア形成を描く仕組みづくりについては、現在検討中とのことから、今後、更なる能力開発、活用、報酬、評価等が総合的に実施されるよう期待する。</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。	b
<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する仕組みはあるが、改善する仕組みの構築が十分ではない。</p> <p>有給休暇取得率向上策や時間外労働の調査による指導、メンタルヘルス、セクハラ相談窓口を設置、さらに全職員を対象とした年2回の健康診断と予防接種を実施するなど、職場環境、就業状況の改善に取り組んでいる。また、管理者等との面談は、職員が相談しやすいような環境づくりを目指し、職員の意見、意向の把握を行っている。管理者を中心に、ワークライフバランスに配慮した労務管理を念頭に、職員個々の勤務形態、健康管理等を把握し、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。改善策については、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映されていないことから、今後の対応が望まれる。</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。	b
<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行われているが、十分ではない。</p> <p>年度始めと年度末に個人面談を実施している。年度始めに個人の目標を設定し、年度末に達成度の確認と評価を行う仕組みとして、人事考課規程や実施要領等を整備し、目標管理の取組について周知・理解を図ることが求められる。職員一人ひとりが設定した目標内容に曖昧なものが多いことや、中間面談を計画しているが、実施できていないことが課題である。また、「期待する職員像」を明確にしていないため、今後の更なる取組に期待する。</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。	b
<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ているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。研修計画に基づき、教育、研修が実施されている。また、個別の研修報告書を用いて面談時に振り返りも実施している。教育委員会において、研修アンケートの集計、評価を行い、以後の研修に活かしている。なお、「期待する職員像」、「必要とされる専門技術や専門資格」、「キャリアパス」については明示されているとは言い難い。また、研修における目標設定、目標管理は、施設の全体目標、職員一人ひとりの目標の統合を目指す仕組みとして機能しているかを常に確認することが求められる。今後、研修成果の評価に対する分析と、その分析が次の研修計画に反映させる仕組みづくりが求められる。</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。「外部研修受講履歴確認表」の作成、「プリセプター制度」の導入が行われている。また、年間の外部研修計画を提示し、個別の受講希望を取りまとめている。さらに、内部・外部研修を問わず、受講者のシフトを調整し参加できるよう配慮している等、職員一人ひとりについて、教育・研修の機会や職場環境が確保されており、適切に教育・研修が実施されている。</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していないなど、積極的な取組には至っていない。今後、施設へのフィードバックとして、実習生からみた本施設の実習受入れ体制等の評価をアンケートやヒアリングによって確認するとともに、指導者だけでなく他の専門職、職員にも周知・共有を図りながら、専門職の研修・育成について体制を整備することを期待する。</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。	b
<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を公表しているが、方法や内容が十分ではない。法人のホームページを活用し情報を公表しているが、方法や内容が十分ではない。苦情については、第三者を含めた苦情解決委員会での対応の状況、改善策を報告しているが、苦情解決制度そのものの周知方法や範囲が十分とは言えない。広報誌は定期的に発行し、周辺14町内全世帯に回覧し、広報誌を通して施設の状況報告のほか、地域貢献策の発信を行い、施設の有存在意義や役割を示している。今回の第三者評価の受審及び評価結果も公表し、その結果を踏まえた中長期計画、事業計画を作成し、サービスの向上、課題改善についても示す等、今後の更なる取組に期待したい。</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。法人グループ監査室による内部監査、公認会計事務所による外部監査などを定期的実施している。なお、これまでの指摘事項に関しては、早急に改善が行われている。法人の事務、経理規程、事業計画書が整備されているとともに、職務分掌と権限・責任が明確化され、職員に対しても周知されている。</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。	a
<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積極的に行っている。理念に「地域との共生」を掲げ、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積極的に行っている。施設が有する資源(交流ホール、屋外休憩棟、グランド等)を地域に貸し出しており、年間500人の利用者がある。また、施設行事や地域貢献イベントへの住民の参加を促し、これらを通して地域住民と入居者との交流を積極的に図っている。また、季節に合わせてドライブや誕生日などに合わせた買い物、外食などを企画し、利用者のニーズに応じた社会資源の利用や地域との交流の実現を図っている。</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>地域の小学校、中学校、高校、専門学校、大学などからは介護体験、実習、インターンシップなどの受入れ要請があり、積極的に受入れている。今後は、組織としてボランティアの受入れ体制の確立に向けて、受入れや学習に係るマニュアルの改善等が求められる。また、ボランティアの特性を活かす等、受入れたことの効果を感じられるような実践の工夫も求められる。</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>包括支援センター、職業安定所、社会福祉協議会等が開催する各種会議に出席し、情報交換や連携を行っている。法人グループ内においては、医療機関、高齢者施設、居宅支援事業所とは情報共有のネットワークを構築し、より良い福祉サービスの提供のために定期的に連絡会を開催して、内部の連携強化に努めている。今後、施設が主体的に外部関係機関と連携できるような機会や仕組みをつくり、地域でのネットワーク化に向けた更なる取組に期待したい。</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 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
<p>評価者コメント26</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>施設周辺地域の14町内会長と情報交換会を開催し、具体的な福祉ニーズや課題の把握に努めている。事業の地域密着型に伴う「運営推進会議」などを通して、地域の福祉関係者、地域代表者からニーズや課題を把握している。今日、地域においては、これまでの社会福祉事業や制度だけでは支援することが難しい「制度の狭間の課題」や「複合的課題」が増加している。今後もこうした地域に潜在化している福祉ニーズや生活課題等を意図的に掘り起こす等、取組を継続していただきたい。</p>		
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
<p>評価者コメント27</p> <p>把握した地域の具体的な福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動を積極的に行っている。</p> <p>特筆されるべきことは、平成30年のグループ法人の基本方針の主要な柱に「地域社会への参加」を立て、グループ全体で公益的な事業、活動を実施している点である。本施設では、「地域との共生」の理念の下で、「IWATEあんしんサポート事業」にも参画して地域生活課題の解決に向けた具体的な取組を行っている。施設の資源(交流ホール、屋外休憩棟、グラウンド等)を地域に広く貸し出している。広報誌、ポスター等で地域に情報発信し、利用の促進と実践活動の可視化を図っている。また、地域の福祉コミュニティの向上を目指す「なのりの里生き生きプロジェクト」、施設周辺の里山再生を通して地域おこしを目指す「なのりの里山再生プロジェクト」などの地域活性化、再生活動を施設が主体的に担っている。民生委員などの団体の見学を積極的に受け入れ、地域への「介護出前講座」なども開催している。さらに、周辺町内会と災害時相互援助協定を締結するなど、地域に還元する取組を積極的に行っている。以上のように、施設の専門性や特性等を活かし、地域住民のニーズに対応した講演会、研修会、また、各種支援事業等、施設独自の様々な取組を推進している。</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>社会福祉法人みやぎ会が参画するSGグループ(東北医療福祉事業協同組合)の理念及び法人基本方針を踏まえて、施設の基本方針の一つに「入居者の生活の質を最大限に高め、最後までその人らしく暮らしが出来るよう心のかもった介護サービスを提供する」と明示し、職員が理解し実践するための取組を進めている。具体的には、年度初めの職員説明会、職員ネームプレート(カード裏面)への明記、施設研修(倫理、法令遵守、虐待防止等)、各種の業務マニュアル策定などを通して継続的な実践に努めている。しかし、利用者の尊重や基本的な人権の配慮について、定期的な状況把握・評価に関しては、「法令遵守セルフチェック」や「虐待の芽チェック」を年1回実施しているが、その結果の取扱い(職員各自の自己評価(振り返り)にとどまっている。今後は組織として結果を集約・分析し、現状と課題を共有化できるよう取り組むことが望まれる。</p>		
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
<p>評価者コメント29</p> <p>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が、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。</p> <p>法令遵守マニュアル、虐待防止・対応マニュアルを定め、福祉事業者、従事者としての行動規範を明示するとともに、介護・看護・生活支援に関する各種マニュアルを整備し、新任職員研修及び施設内研修を定期的で開催して理解と周知に取り組んでいる。利用者のプライバシー保護の工夫(配慮)については、「介護業務マニュアル」において、ケア場面ごとに留意点を示し、利用者のプライバシーに配慮したサービス提供に努めている。なお、利用者や家族に対してプライバシー保護に関する取組について、初回見学時と入居時に口頭で説明しているとのことであるが、「利用者・家族向けしおり」や掲示物、広報誌等を通して取組の周知を図ることが望まれる。</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</p> <p>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。</p> <p>グループのホームページ、案内冊子や法人及び施設のリーフレットを作成し、福祉サービス内容や施設の特性を紹介し、これらの資料を自施設のカウンターに設置するとともに近隣の居宅事業所、福祉活動センター、圏内の包括支援センター等へ配布し、情報提供に努めている。さらに地域を対象とする介護・看護教室や出前講座を開催し、介護家族や民生委員等へ積極的な情報提供を行っている。施設利用希望者からの問合せや見学希望には、急な来所や休日であっても対応できるように、相談担当者を配置して受け付けている。一日利用や体験入所についても柔軟に対応し、相談者の要望に応えるよう取り組んでいる。</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。	b
<p>評価者コメント31</p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>施設入居時には、利用契約書、重要事項説明書、しおり「入居・入所が決まった方へ」等の資料を用いて、個別に十分な時間(30分～60分)を取って説明を行っている。サービスの開始・変更時には利用者・家族等(契約者本人、身元引受人、身元保証人の三者)の同意を得た上で書面で残している。なお、意思決定が困難な利用者への配慮については、ルール化はしていないが、本人を良く知る家族から聞き取り、施設側から説明するサービス内容について、本人も同意されると思うか否かを確認の上、「署名代行人」として署名をいただく方法をとっている。今後の課題として、一人世帯や高齢者世帯の利用者が増加する状況の下、要介護度の軽度化や入院等による退所、看取りケアの対応を要するケース等が想定されることから、意思決定が困難な利用者に対する援助方法について、社会福祉協議会の「日常生活自立支援事業」や成年後見制度の利用も含めてルール化を図ることが求められる。</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</p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあ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。</p> <p>他の福祉施設・事業所への変更の際は、退所サマリー、情報提供書ははじめ24時間シート、栄養、看護、リハビリ等の引継ぎ文書を作成し、サービスの継続性に配慮した取組を行っているが、病院入院による退所や家庭への移行等を含めた手順について明示したマニュアル等の文書は定められていない。施設の利用契約書の「第17条・契約の終了に伴う援助」の項目に基づく手順について文書化することが求められる。なお、サービス終了後の利用者、家族に対する相談・支援方法についても口頭説明で終えず、「退所時説明書」により伝えるよう、今後の改善が望まれる。</p>		
III-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		第三者評価結果
33	III-1-(3)-① 利用者満足の上向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>評価者コメント33</p> <p>利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その上向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>満足度アンケートは施設の接遇委員会が所管し、「ホスピタリティ(おもてなしの心)ある仕事の実践を推進し、入居者とそのご家族、また来館者の満足度の上向上を図る」ことを目標に年1回実施(昨年度は2回)している。アンケートは「利用者アンケート」と「家族アンケート」を同一設問で行い、利用者分は各ユニット単位、家族分は施設単位で集計し、自由記述(意見・要望等)を含めて接遇委員会において結果の検討と課題抽出に取り組んでいる。しかし、抽出された課題の解決策について、どの部署や委員会等と連携し具体化を図るのか、その仕組みが未整備であり、取組体制の明確化が求められている。また、アンケート結果を利用者や家族へフィードバックし、利用者や職員、家族と職員が意見交換(懇談)できる場づくりも課題といえる。なお、アンケート項目については、第三者評価の「利用者意向調査」も参考に、分かりやすく、具体的な設問となるよう工夫が望まれる。</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。	b
<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が、十分に機能していない。</p> <p>苦情解決規程、苦情処理マニュアルを定め、苦情解決委員会の体制を整備し、第三者委員(2名)の参画を得て苦情解決・内容の検討と対応に取り組んでいる。しかし、苦情受付記録及び委員会会議等の諸記録から、個々の苦情申し出者(利用者・家族等)の苦情内容や対応状況を読み取ることはできるが、施設・事業所全体として、どの種の苦情(要望含)が何件寄せられ、どのような解決(対応)が図られたのか、年度実績の集約がなされていない。また、苦情解決規程の3条(6)に定める「事業報告書や広報誌等」への実績公表の具体化も求められる。</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。	b
<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ているが、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>利用者・家族に対し、苦情や相談の受付について、入所時に「重要事項説明書」により各施設、法人本部、第三者委員、行政機関等の複数の相談窓口を明示し、説明を行うとともに、各施設内に「苦情申し出窓口」の設置について掲示を行っている。しかし、掲示物は各施設1か所、A4判紙の小さな文字であり、さらに、車椅子利用の利用者からは見えにくい位置に貼られているため、利用者アンケート(平成30年度)でも「不満・やや不満」の声が寄せられている。掲示場所も複数か所(例えばユニット単位等)とするなど改善が望まれる。</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、対応が十分ではない。</p> <p>利用者や家族からの相談や意見等は、意見箱の設置、アンケート(満足度調査の意見記入欄)、サービス担当者会議や施設サービス計画書策定(見直し)における面接時に把握するよう取り組んでいる。また、日常生活場面において、身近な職員に寄せられる意見等については「ご意見用紙」に聴き取った職員が記入し、その内容により苦情・意見・要望・提案等に分類の上、「苦情」に該当する相談は苦情解決の仕組みに委ね、他の意見・要望・提案はユニット単位で検討し対応することとしている。しかし、ユニット内だけでなく施設としての検討と対応が求められる内容もあり、苦情解決の仕組みに準じた「意見・要望・提案等対応フローチャート」等の明文化が望まれる。</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と対応策の検討・実施が適切に行われている。</p> <p>リスクマネジメントマニュアルを定め、「施設の介護事故及び発生防止に対する基本方針」を明示し、事故防止委員会を組織し、三つの専門班(危険予知訓練・ヒヤリハット班、データ分析班、機器管理班)により年間を通して、被害の最小化を目標に介護の質の向上を目指す取組を行っている。委員会は年間活動計画の目標に、ヒヤリハットの報告件数を増やすこと、「気づきノート」の展開、福祉用具管理表・フローチャート見直し、「危険予知訓練(KYT研修)」など種々の工夫を取り入れ、リスクの高い高齢者の特性を踏まえた事故防止と安全確保に向けた実践を継続的に進めている。さらに重大事故(レベルⅢb以上)や感染症の集団発生時には、別途「事故・感染症調査委員会」を設置し、施設長を責任者とし、安全対策担当者(委員長)の下、幹部職員等により、事故分析・再発防止策の実施と検証、家族対応等に組織的に取り組む仕組みを構築している。</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。</p> <p>感染防止委員会要領により基本方針及び活動内容を明示し、体制を整備している。感染対策マニュアルは、対策の基本・管理体制、平常時の対策、発生時の対応、個別の感染対策等について詳述し、記録・報告様式も整備した実務・研修テキストとなっている。感染防止委員会は、年間活動計画を基に、①感染防止対策、②衛生環境整備、③感染防止教育について、年間を通して組織的な活動を推進している。また、ユニットケアに対応した「個室インフルエンザ対策」、「家族の面会制限基準」、「職員・家族がノロウイルス、インフルエンザに罹患した場合の対応」等のマニュアルを作成し、日常的に感染症予防に取り組んでいる。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。</p> <p>防災委員会要領を定め、基本方針及び活動内容を明示し、起こりうる災害を想定した体制を整備している。防災委員会は、①防災マニュアルの整備、②防災・避難行動の習慣化、③防災設備・防火点検の実施、を柱に年間活動計画を立て、組織として継続的に防災対策に取り組んでいる。防災対応マニュアルについては、従来のマニュアルで不足していた自然災害時の対応に関する具体的な方策について補い、改訂版の作成を行っている(平成31年1月)。施設の立地条件として、山火事からの延焼、地震によるインフラの提供停止、大雨による周辺道路の遮断などの災害が想定されることから見直しを行い、今後の防災訓練の中で実証する予定である。なお、災害時における地域との「災害時相互援助協定」を近隣の2つの町内会と締結しているが、施設の総合訓練や通報訓練への参加、定期的な連絡会等の開催等の具体的な取組が不足しており、協定の実効性を高めるためにも、連携強化への改善が望まれる。</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>介護業務マニュアル(平成18年初版、平成29年三訂版)を整備し、基本的な介護・生活支援(17項目)に関する基礎知識・留意点・方法等を簡潔に記している。また、業務時間帯別の業務分担表・夜勤業務の流れ・退勤前のセルフチェックリスト、利用者別の「24時間シート」が明示されている。標準的な実施方法の周知については、介護業務マニュアルを含む各種マニュアル・指針・規程等(19タイトル)を収録した綴をいつでも閲覧利用できるよう、各ユニットに備え付けている。さらに、定期的な内部研修、プリセプター制度による新任職員の育成研修(1年間)を実施し理解と周知に努めている。実施方法の確認や見直しは、見直しシートや周知連絡ノート、ユニット会議において随時取り組み、サービス提供方法の改善へ反映するよう努めている。</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>福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しは、日常的には申し送りや定例のユニット会議・ケア部門会議で協議の上、必要に応じて各マニュアル担当委員会で課題を整理し、運営会議へ提出・改定を行うこととしている。個別的なサービス計画の実施内容の見直しは、利用者一人ひとりから「聞き取りシート」により現況とニーズを把握し、それを「見直しシート」にて検証の上、「24時間シート」に反映するとともに「施設サービス計画書」の変更(見直し)へつなげる仕組みとしている。これらの一連の取組は各種会議録やサービス計画書等によって確認することはできるが、組織として検証・見直しの時期やその方法について定めた文書(手順書、フローチャート等)を策定し、見える化することが望まれる。</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る。	b
<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いるが、取組が十分ではない。</p> <p>施設サービス計画策定及び管理は、相談室主任(介護支援専門員・介護福祉士)を責任者とし、各施設の生活相談員及び介護支援専門員と連携し、入所前面接、アセスメントを通して利用者の心身の状況、生活状況及びニーズを把握した上で多職種参加によるサービス担当者会議を定期的開催している。担当者会議において、利用者及び家族の意向を踏まえた総合的な援助方針、援助目標、援助内容等を定め、個別の24時間シートにて、利用者の意向を反映した施設サービスの提供に努めている。これらの取組は、サービス計画書をはじめとする関係様式や記録によって確認できる。なお、今後は入所前面接から退所(退所後の支援も含む)に至るまでの一連の流れに沿ったサービス計画策定手順に関する要領(フローチャート等)を定め、見える化することが望まれる。</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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>施設サービス計画の見直しは、各利用者の介護保険証更新を基準に、6か月ごとに実施することと定め、期間に合わせてサービス担当者会議を開催している。利用者のニーズや状態変化時には、随時関係職員によるカンファレンスを行い、「見直しシート」を作成し、関係職員へ周知する仕組みとしている。これらの一連の取組は、サービス担当者会議の記録やサービス計画書(総括表)、見直しシート等により確認できる。なお、サービス実施計画の評価や見直しに関する手順についても、前項①に記したサービス計画策定要領に含め文書化が望まれる。</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。	a
<p>評価者コメント44</p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。</p> <p>利用者個々のサービス実施状況は、所定の様式により統一した方法で記録され、サービス実施計画書、24時間シート、支援経過記録、総括表等により確認することができる。諸記録は施設の共有システム内や印刷物、ユニット内の申し送りにより情報共有する仕組みとしている。さらに定期的に開催するサービス担当者会議やユニット会議、ケア部門会議等を通して全職員に周知し共有化を図るよう努めている。記録に関する研修はシステム変更時や新職員採用時に、パソコン使用マニュアルを基に操作方法や記録の書き方を学び、必要に応じて個別指導を継続的に行っている。</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。</p> <p>法人の個人情報保護マニュアル(平成30年4月施行)に基づき利用者の記録管理、情報開示等について規定している。施設長は、個人情報管理者を任命(事務長)し、個人情報の取扱いに関する指導・管理体制を整備している。職員には入職時に「誓約書」の提出を義務付け、機密保持、パソコン・電子メール・記録媒体等の取扱いについて、厳守すべき事項を明示するとともに法令遵守研修会を通して理解と周知に努めている。利用者や家族に対しては、入所時の利用契約書、重要事項説明書の説明に併せて、個人情報の開示に関する説明を行い、理解と同意を得よう取り組んでいる。</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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>新規入居利用者の心身の状況や暮らしの意向の把握は、「聞き取りシート」を活用して把握している。会話等コミュニケーションの難しい利用者に対しては、家族や前施設からも情報を収集し、支援に活かしている。把握した利用者の意向は、日中活動に反映し、塗り絵や間違い探し、ハーモニカなど複数の活動メニューから選択的に支援を行っている。また社会参加の機会には、個別の心身状態や意向に配慮しながら、買い物や外食等を通じて取り組まれている。利用者のきめ細かい意向の確認は、居室担当職員が日々の関わりの中から理解できたことを「ユニット会議」で共有し、他職員と検討を繰り返しながら組織的に継続して行われている。また、月1回開催のリーダー会議では、ユニット間での状況について共有を図る場として機能している。日々の活動では、個々の利用者が何かしらの役割を持てるように工夫がなされている。例えば、施設内の野菜畑での水やりや収穫、新聞の取り込み作業など、継続して取組が可能な役割を利用者の状態に合わせてマッチングできるよう心がけている。今後は、把握した利用者の意向を基にして、自立支援を意識した活動参加に向けて、利用者が主体的に取り組むことができるような動機づけを行っていくことが求められる。</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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>各ユニットに担当職員を配置し、利用者の意向の把握に取り組んでおり、個別性に即した配慮がなされている。経管栄養の利用者も状況に応じてリビングで他者との会話を促すなど、利用者間のコミュニケーションの機会にも工夫がみられる。利用者の思いや希望は、パソコンソフトを介して「24時間シート」に集積されるほか、申し送りノートの回覧も行われている。コミュニケーションスキルの徹底については、入職時に介護業務マニュアルの精読を徹底している。また、不適切な言葉遣い、対応を行わないよう接遇委員会が主となり、ポスターの掲示や、職員アンケートなど啓発活動を行っている。今後の課題としては、利用者の意向の集積を行っている24時間シートについて、「利用者の意向・希望」と「家族の意向・希望」を分けて整理し、支援に活かすことが望まれる。また、接遇委員会、身体拘束対策チームについては、例えば、「権利擁護委員会」として包括的に利用者の権利侵害の撲滅に資する委員会へと進展した対応を期待したい。</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。	C
<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。</p> <p>権利擁護推進員研修に職員を派遣し、権利擁護に関する具体的な取組を実施している。また、施設内でも定期的に研修や職員同士が思いを話す「おしゃべり場」を催し、全ての人に対する権利擁護の意識が向上するよう努めている。利用者支援に当たっては、権利侵害の防止等について積極的に取り組もうとする姿勢が確認できた。やむを得ず実施している身体拘束は、訪問調査時点で2件あり、家族の希望で行われているケースもあった。また、カニューラの自己抜去防止のため、やむを得ずミトン手袋を装着しているケースもあった。身体拘束を行う際には、指針に沿ってケアカンファレンスで検討を重ね、利用者家族の同意を得た上で、あらかじめ決められた期間内での実施を行っている。特に取組として評価できる点は、「おしゃべり場」などを開催し、全職員へ権利擁護の意識啓発を行うなど、工夫されていることである。今後の課題としては、権利侵害の防止等のための具体的な内容、事例に基づいた利用者への提示、説明の周知が求められる。</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。</p> <p>生活の場として求められる清潔で明るい雰囲気居住空間を意識的に作り上げている。各居室は、自分の希望で馴染みの家具や装飾品等を持ち込むことができ、各々が自分の居場所として認識できるよう工夫がなされている。居室ではベッド利用が多いが、希望に応じて畳やカーペットに布団を敷いて就寝することも可能である。施設では温度や湿度について、一元的な管理ではなく各ユニットが独自に利用者の様子を見ながら調整を行い、必要に応じて加湿器も使用して温度や湿度の調整を行っている。また、利用者の動線には危険物を置かないよう注意し、転倒事故等の未然防止に努めている。利用者が頻繁に利用する居室、風呂、トイレには、認知症の方でも認識しやすいよう、大きめの表示がなされている。利用者間の交流や談話スペースである居間には、利用者の体格に応じた2種類の高さの食卓すが配置され、好みに応じてソファも腰掛けやすいような向きに配置している。利用者の快適性への配慮に向けた職員への徹底が図られている点で高く評価できる。</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>入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて実施するために、概ねすべての着眼点について意図的な取組を行っている。利用者の入浴についての意向確認は24時間シートで共有を図り、ユニット会議で支援方法の検討を行っている。入浴介助は、基本は一对一の体制だが、体格の大きな利用者には、二人体制で入るなど安全面にも配慮している。一对一での入浴介助とすることで、職員一人ひとりが責任感を持って業務に当たるよう、意識付けを行っている。利用者の意向に際しては、例えばシャンプーも希望に応じて様々なブランドを選択可能であったり、入浴剤の使用も可能である。入浴の可否判断については、体温37度以下、血圧150以下の方が入浴可能とする基準がマニュアルに明示され、介護職が行ったバイタル計測を基に、看護師が適宜判断を行う。プライバシーへの配慮については、同性介護(安全性の面から抱える力の強い男性介護を望まれる場合もある)も実現できているほか、カーテン等も利用して、羞恥心、自尊心を損なわない関わり方を徹底している。利用者の意向を大事にしつつ、柔軟性のある介護が展開できている点が評価できる。</p>		
A⑥	A-3-(1)-② 排せつ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>排せつの支援では、安易におむつを使用せず、可能な限りトイレやポータブルトイレでの自然な排せつができるよう努めている。また、便秘への対応では、薬使用に並行して、随時声掛け誘導を行い、入浴時には腹部をマッサージしたり、ヨーグルトなど自然食品なども取り入れながら、便秘解消に向けて工夫している。入浴介助と同様に、基本的には一对一での介助を行うが、安全面から、必要に応じて二人体制で介助することもある。排せつにおける自立支援は、「できる事」、「できない事」を24時間シートで共有し、利用者本人にも可能な範囲で、生活動作を取り組んでいただくように意図的に関わっている。プライバシーへの配慮では、カーテンで視線を遮断し、居室を出入りする際は、トートバックに介護用品を備えて出入りするなど、きめ細かな配慮がなされている。</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>移動に関しての支援では、L字柵やシルバーカー、歩行器を施設備品として備え、利用者の歩行状態の変化に応じて即時対応を行っている。介護職も無理な介助を行わないよう、スライディングシートやリクライニングシートなどの補助用具を用いて、安全に介護を行うよう徹底している。介護方針・方法の検討は、ケアマネジャーが中心となり、サービス担当者会議、ユニットケア会議等で、検討が行われている。また、個別機能訓練については、機能訓練指導員が計画及び評価を担当している。「個別機能訓練実施記録」については、介護職が毎日チェックしながら、歩行介助に反映している。前項でも記載したが、歩行動線には危険物を置かない等配慮することで、転倒事故の防止に努めている。</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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>利用者の日々の生活がマンネリ化しないよう、楽しい食事をおいしく食べられるよう工夫した対応が行われている。献立や提供方法の工夫では、旬の食材を使用して利用者の好みに応じた食事提供がなされている。食事はご飯、みそ汁は各ユニットで調理し適温で提供し、おかずは厨房にて一括調理を行い、配膳車で各ユニットへ提供される。管理栄養士、調理師は、食事中的利用者の様子を観察しながら、献立等の改善に努めているほか、年に数回のアンケート(嗜好調査)も実施している。衛生管理については、各ユニットに配備した給食マニュアルによって徹底されている。冷蔵庫にて保管している利用者各自の食材等の管理は、毎日朝夕2回の温度管理チェックを行っている。食器は各ユニットで洗浄し、乾燥させて保管している。今後の課題として、食事提供の際の選択食の工夫が望まれる。</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。	a
<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>利用者に応じた食事提供、支援の実施状況については、ケアカンファレンスや記録システム(24時間シート)にて多職種連携を図りながら、情報収集を行った上で栄養ケア計画書を作成し、実施している。食事形態は、食事中に管理栄養士等が立ち会い、個別に意向や意見を聴取している。利用者の食事のペースや心身の負担の軽減については、食べやすい環境、座位姿勢を見守り観察し、適宜介助を実施している。経口摂取の維持に関する支援は、日々の生活リハビリの実施、食事前の口腔体操により、誤嚥性肺炎での入院が減少する結果も確認できている。誤嚥等の緊急時の対応策としては、ロールプレイ研修を取り入れ、入職時の研修を行っている。</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。	b
<p>評価者コメント10</p> <p>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。</p> <p>利用者が口腔機能の保持及び改善に主体的に取り組むための支援として、歯科医師や歯科衛生士の訪問診療が毎週金曜日に実施されており、対象者には、個別に口腔状態とその取組についてアドバイスを書面等で行っている。また、往診時は、施設の看護師も同行している。口腔機能を保持するための取組は、先にも記載した通り口腔体操の実施である。認知症などにより口腔ケアを拒否する利用者に対しては、嫌にならないために無理強いせず、痛くないようにスポンジを使用して洗浄するなど、個別対応も行っている。今後の課題は、職員に対する口腔ケアの研修の実施、一人ひとりの口腔ケア計画の作成と実施である。利用者にとって、食事の摂取は非常に大切な行為となるため、口腔機能の保持及び改善は重要な支援の一つとなる。利用者の口腔状態のアセスメントに基づいた計画立案と実施の取組は、これから急務の課題といえる。</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</p> <p>褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。</p> <p>褥瘡対策のための指針をマニュアルに整備し、褥瘡予防に向けて実施方法を確立している。栄養面からの予防では、低栄養の利用者に対して食事内容を工夫するほか、食事量を減らして高カロリー食の摂取を行うなどして対応している。褥瘡に関する標準的な実施方法については、ベッドマット検討や体位変換の方法などを内部研修により職員への周知徹底を図っている。褥瘡予防対策の関係職員の連携は、ユニットケア会議で図られており、褥瘡の疑いのある利用者は、すぐに看護師へ報告し対策を行う仕組みが確立している。平成30年4月に褥瘡対策チームが中心となり、マニュアルの見直しが行われ、エアマットや褥瘡の状態(ステージ)を写真付きで分類し分かりやすく可視化するなど、職員への褥瘡の早期発見の対応策の検討も行われている。今後は、外部研修なども通じて褥瘡ケアについての最新情報を収集し、看護職員はじめ介護職員等のケアに活かしていくことが求められる。</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。	b
<p>評価者コメント12</p> <p>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と取組が、十分ではない。</p> <p>実施体制としては、研修修了者を15名程度確保でき、2018年8月に登録、2019年3月に申請を終えている。4月から徐々に取組を開始する時期に来ている。介護職員等による喀痰吸引・経管栄養の実施についてのマニュアルが整備され、方針や責任者が明確に示されている。医師や看護師の指示の下で、安全管理体制が構築されている。職員への医療的ケアの研修は定期的に実施されており、15名の職員が安全に実施できるよう、当面は医務の職員が付き添いながらの実施を検討している。また研修終了から時間が経っている職員もいるため、継続的に研修の実施や指導を行う予定としている。今後の課題としては、利用者の家族への説明や、嘱託医師からの指示書受諾を早急に行い、各体制の整備を図りながら、今後の実施に向けて取組を徹底することである。実施体制の充実・強化については、実際に実施し始めることで、見えてくる新たな課題等も予測されることから、臨機応変に組織として課題解決や対策検討を行う体制づくりも重要であるため、今後、医療的ケア安全対策委員会がイニシアティブを図りながら更なる体制強化につなげるよう期待する。</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</p> <p>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。</p> <p>利用者の生活維持や介護予防に主体的に取り組むための支援については、生活を主としたなかで、ADL維持を目標に取組を実施している。トイレ、椅子からの起居動作など生活リハビリといった内容を意識的に声掛けし行っている。機能訓練指導員は、利用者個々の状態を把握して機能訓練計画を作成し、介護職員からの意見を収集した後、評価につなげている。判断能力の低下している認知症の利用者は、連携病院へ看護師が同行し受診を行っている。また、嘱託医が月1回往診している。今後の課題は、機能訓練指導員(OT)の人材確保を行い、利用者の状況に合わせた指導体制の整備・強化を図っていくことである。利用者に対する機能訓練や介護予防は、心身機能低下の防止のための重要な取組の一つであり、きめ細かな個別計画に沿った実施が必要となる。そのため、専門職による指導助言など、体制整備や工夫が望まれる。</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</p> <p>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。</p> <p>重度の認知症の方は、家族からの聞き取りや観察による情報収集を実施し、24時間シートに整理している。各ユニットで状況を観察し、多職種で対応方法の検討を行っている。認知症であってもできる事やできない事を明らかにして、24時間シートで職員間で把握した対応を行えるように徹底している。「A-2-(1)-①」の評価においても述べたが、風呂、トイレ、入口なども分かりやすいように表示し、認知症の方でも迷わず生活しやすいよう工夫を行っている。年3回の研修を実施しており、外部研修へ参加する職員が、他職員へ伝達研修を行うなど、最新の情報も取り入れたスキルアップを行っている。今後の課題としては、評価の着眼点「あらゆる場面で職員が利用者に対して支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っている」について、職員によってばらつきがあるため、全職員が認知症ケアに対する理解を深め、対応できるような意識付けをすることが求められる。職員全体での研修は行っているが、利用者と個別に関わる職員が、いかなる態度や言動で接しているかは、なかなか把握することが難しい。そのような中で、今後は個別的な指導を強化し、必要に応じて指導(スーパービジョン)を適宜実施する等、さらなる取組が望まれる。</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。	b
<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、取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>利用者の急変時の対応手順や連携医療機関との体制を確立し、取り組んでいる。バイタル計測は介護職員が実施し、異常を発見した際は早急に看護師へ連絡する。夜間はオンコール体制を整え、いつ電話がかかってくるような体制を整え、当番制で看護師・介護職員を各1名体制で自宅待機させている。利用者は毎年1回の定期健康診断を行い、月1回の連携病院からの往診により、健康状態の把握を行っている。服薬管理については、看護師が利用者ごとに薬を分別し、ユニットに持参し、所定のボックスへ配置する。それをユニットの介護職員がダブルチェックする体制をとり、誤薬の防止に努めている。体調変化時の対応についての研修では、毎年1回の緊急対応の研修を行い、ロールプレイも通じて、職員のスキル向上を図っている。今後の課題としては、主に介護職員に対する、健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を行い、正しい知識技術の理解に努めるとともに、利用者に対するケア場面でも、迅速で適切な対応ができるよう、スキルアップに向けた取組が望まれる。</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、方針と手順を「看取りケアマニュアル」等で明らかにして取組を行っている。終末期ケアについての利用者及び家族の意向把握は、まず入居時に必ず確認をとる。また、心身の機能が低下し、食事を食べられなくなった場合に、嘱託医と相談し家族へも相談しながら終末期ケアへと移行する仕組みとしている。本人への意向確認が難しいケースが多いため、家族との連携を強化し、家族の意向を基に取り組んでいる。終末期ケアに携わる職員や家族等に対する精神的なケア対策は、「偲びのカンファレンス」を通じて取り組まれている。何ができたか、何をすべきだったかなど、職員間で話し合う機会を設けることで、「関わって良かった」、あるいは「もっとこうしてあげたかった」というお互いの意識の共有化を図っている。また、家族からの想いもこの場で共有している。終末期ケアについては、家族も揺れ動く時期で、寄り添いながらの意向確認はとても重要になってくる。また、携わる職員も利用者及び家族とともに一体感を持って関わる必要もある。そのような体制が組織的に確立し、メンタルケアまできめ細かく取り組まれている点が評価できる。</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が随時図られており、体制が整っている。家族への利用者情報の提供は、サービス担当者会議の際に報告を行っている他、変化がないときでも様子を写真にして請求書に同封し郵送したり、2か月に1回、広報誌の発送も行っている。家族の要望については、感謝の意見が多いものの、クレーム等が発生した場合は、早急に相談員が窓口となり、解決に向けた対応を行い、申し送りやユニット会議で職員間での情報共有を図っている。意向把握は、サービス担当者会議、満足度調査(無記名)、玄関わきの意見箱などから収集している。利用者と家族がつながりを持てるような工夫については、誕生会など行事の際に、家族にも声をかけて面会を呼びかけている他、例えば家族とのお墓参り、家族の希望による食事介助なども実施している。</p>		