

(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さくらぎの里	種別: 特別養護老人ホーム
代表者(職名)氏名:雪ノ浦昭子(施設長)	定員・利用人数: 62 名
所在地:〒020-0102 岩手県盛岡市上田字松屋敷 103 番地 1	
TEL: 019-664-1188	ホームページ: http://www.sakuraginosato.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日:平成 16 年 7 月 15 日	
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人河北会 理事長 雪ノ浦昭子	
職員数	常勤職員: 46 名 非常勤職員: 18 名
専門職員	施設長 1 名 介護員 12 名
	介護支援専門員 1 名 調理員 2 名
	生活相談員 2 名
	機能訓練指導員 1 名
	看護師 5 名
施設・設備 の概要	管理栄養士 1 名 介護員 28 名 調理員 4 名
	居室(全室個室) 長期 50 室 洗面、ベッド等
	長期 12 室 特殊浴室 2 階 (寝台浴、椅子浴) 個浴 各ユニット 1 か所

③ 理念・基本方針

1. 私たちは、利用者の意向と尊厳に配慮し、多様な福祉サービスを提供できるよう創意工夫することにより、良質な生活が営むことが出来るよう支援します。
2. 私たちは、人間としての尊厳と社会連帯の思想を基本理念とし、公平、公正な法人運営に努めます。
3. 私たちは、利用する人たち自身が主体的に社会参加を図り、そのかわり合いの中で人としての喜び、生きがいを持てるよう支援します。
4. 私たちは、施設の機能及び専門性の活用を図り、地域社会の充実発展に寄与するとともに、その目的を達成するために施設機能の充実と職員の資質向上に努めます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組(サービス内容)

理学療法士が中心となり、生活の活性化のための臨床美術、フラワーアレンジメント、園芸療法、さくらぎコーラス等、アクティビティが充実している。

ギター研究会、傾聴ボランティア、絵本の読み聞かせ等、ボランティアさんが中心となり、ご利用者様のサービスの充実を図っている。

家族交流会を通じて、施設内のサービスに関する聞き取り等行っている。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5 月 29 日（契約日） ～令和 2 年 1 月 20 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1 回（平成 26 年度）

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

特筆されるべきことは、まず、管理者が、施設長として豊かな人間性を持ち、柔軟に物事を受け止め、職員の指針となるリーダーとして行動している点である。常に、良い組織体系を検討し、職員の意見交換、共通認識の場の作り方の機会を考えている。地域の行事やまちづくり委員会、異業種の集いに参加し、相互の使命を理解するとともに、地域における社会的な役割を担っている。

本施設では、「IWATE あんしんサポート事業」にも参画して地域生活課題解決に向けた具体的な取組を行っている。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」への対応を図ることを始めたほか、松園地区まちづくり委員会で多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくり、認知症サポーター養成講座の実施、住民の安全・安心のための福祉避難所の契約を盛岡市と締結するなど、地域の福祉向上の取組を行っている。

また、ワーク・ライフバランスに配慮し、人材定着の観点から、介護補助及びパート職員の時間が多様な勤務シフトとなるよう配慮しており、結婚や子育てといった女性のライフサイクルに合わせた雇用管理各種支援事業等、施設独自の取組を推進している点も高く評価できる。

◇ 改善を要する点

災害時における利用者の安全確保のための組織的な取組

災害時の対応体制が、防災対策計画マニュアルに特別養護老人ホーム、グループホームごとに記載され、地震、風水害、土砂等の災害に対して、発生時の予想、対応策、避難誘導について規定されている。立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じているほか、利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、職員に周知されている。食糧や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を決めて備蓄するとともに、入居者引継ぎカードも常備している。

しかし、消防訓練、地震訓練、土砂訓練等が実施されていない。松園地区活動センター、市役所危機管理課、消防署と地域消防団との連携のもと、避難訓練が必要である。避難時の病院との契約、取決め、所有している公用車 6 台を使ったシミュレーション訓練、地域と連携した訓練について改善されたい。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第 1 回受審から 5 年経過し、今回 2 回目の受審です。

前回から少しでも理念に沿う形で施設運営に取り組んでおりましたが、まだまだ、認識不足と努力の足りなさを痛感しています。それと同時にこの受審を経験している職員が在籍していることで、取組の伝達や洗い出しに大きな力を出してくれました。また、それに取り組んでいくうちに、各職員に成長が見られたことが喜びにつながりました。改善を要する点として明記されている災害時の対応体制については、施設の立地状況の把握に努め、関係機関との連携に取り組んでいこうと思います。

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【さくらぎの里】

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>法人の理念・基本方針は、形式的には一体となっているが、内容的には法人が目指す理念と、福祉サービスの内容や特性を踏まえた法人、福祉施設の使命や目指す方向(方針)が具体的文章によって明記されている。原則として、理念と基本方針は分けて明文化されることが望ましいと考える。一般的に理念や基本方針に書かれている用語は抽象的で耳ざわりの良いものが並びがちなので、理念と基本方針について解説する必要がある。例えば、「尊厳」という用語は、「施設ではこのような意味として使用する」というように施設の文脈で捉え直す必要がある。理念・方針は、各ユニット、各部署の部屋に掲示されているが、A4判で記載されているため読みづらくなっている。ポスター版に拡大して掲示する等の工夫が求められる。</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>事業経営をとりま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。</p> <p>第2期盛岡市福祉計画、第7期盛岡市介護保険事業計画を踏まえながら、中期経営計画を作成している。法人経営の環境分析においては、地域での特徴・変化等の経営環境や課題を把握し分析する「外部環境分析(マクロ分析)」と、今回課題となった福祉サービスのコスト分析、福祉サービス利用者の推移、利用率の分析等の内部環境分析(ミクロ分析)がある。外部環境に対する法人の「強み」(追い風)、「弱み」(向かい風)を確認し、さらに法人内部の「強み」と「弱み」の洗い出しを行われたい。</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。</p> <p>具体的な課題と現状認識を行い、取組方針と数値目標を策定しているが、経営課題の解決・改善に向けて具体的な取組が課題となっている。取組に際しては、解決・改善に向けた「具体的な目的」と、目的への到達度合を定量化(つまり計測可能であること)すること、つまり「指標」が重要である。ポイントは、目的と結果の指標とが結びついていることである。また、容易ではないが、目的については、達成可能な水準を目指すこと、重要なものに集中しているかなどを再度確認することである。要諦は、「今すぐに始める」「考えすぎない」ことなので、今後の取組を期待したい。</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。	b
<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かを策定していなく、十分ではない。</p> <p>中期経営計画は、単年度で目標設定を見直しているが、中期経営計画自体を必要に応じて見直しできていないことで、「b」評価になった。経営環境が激変する今日において、中期経営計画自体を変更することはむしろ当然だと思われる。また、中期経営計画の見直しに当たっては、各施設・事業所の現状と展望を踏まえた具体性のある計画の策定が望まれる。また中長期計画については、その計画をただ明文化するのではなく、中・長期的視点で経営を考えて実行に移し、そして職員も同様の思考を共有する仕組み作りが必要である。</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>職員の参画による計画の策定・見直しで、意識づけがされている。中期経営計画を受けて単年度計画の事業計画が具体的な取組方針と数値目標も設定されている。</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。部署ごとに活動の反省と今後の活動内容を取りまとめ、購入・修繕予定(概算要求)の書類とともに提出され、計画を立案するなど、職員の参画による計画の策定・見直しで、意識づけがされている。事業計画はリーダー会議、職員会議で周知している。職員全員に理解を促す取組が今後の課題となっており、日々の業務の中で理解浸透を目指す工夫が求められる。職員一人ひとりが、中長期的視点や事業計画の視点を持ち、自ら考える力を備えることができるよう取り組まれない。</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。事業計画・予算書は綴られており、施設の玄関でいつでも見られる「状況になっている」が、それらが「周知され」、さらに、「理解されているか」という観点で再考が求められる。利用者の重度化、家族会がないことから、事業計画を説明する機会を設けていない、とのことだが、「伝える」という前提でその方法、チャンネルを考へてみるこゝが望まれる。</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。	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。組織的にPDCAサイクルを回し、業務管理年間スケジュール(法人用及び施設用)にのっとり、各部署年度単位で評価を行い次年度の事業計画に反映させている等、福祉サービスの質の向上に向けた取組を行っている。「評価結果を分析・検討する場を今後組織することが課題」と認識されているので、組織化するに当たって、「完璧」を目指さず代わりに、まずは初めの形を試作し、すぐに実践されたい。ちなみに、第三者評価は、平成26年に1度受審済である。</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。前項とも関連し、評価結果を分析した結果は事業報告に記載され、リーダー会議で周知されているが、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。計画的な改善とは、「振り返り」であり、「学び」(Learn)の機会であるので実行(D)に移すことが求められる。</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、自らの福祉施設、事業所の経営・管理に関する方針と取組を職員会議等で明確にしている等、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。自らのビジョンや価値などを含め、自らの役割と責任について、会議や組織内の広報紙等において「意識的」(戦略的)に情報を発信されたい。また、職員等に対し、管理者にどんな役割と責任を求めているかアンケートをとり把握することも一つの方法である。</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>管理者は、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。管理者は、遵守すべき法令等を十分に理解している。社会福祉法人の使命である「社会、地域における福祉の充実・発展」に寄与するために、今以上に、法令遵守の徹底、組織統治の確立に向けて取り組まれない。高齢者介護及び福祉活動だけでなく環境問題にも積極的に取り組んでいく必要がある。例えば、経費削減を図るためにエコプロジェクトを始めることは、地域の環境問題へと職員の間関心が高まることとなり、さらに利用者やボランティアにも活動の輪が広がっていくものと思われる。</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>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。</p> <p>管理者は、施設のリーダーとしての施設長の役割と責務を認識し、組織目標達成のための人材育成、組織の円滑な運営など、福祉サービスの質を高めるために必要な施設長のマネジメントを実践する能力を身につけている。具体的には、リーダー会議等でサービスの現状を把握し、四半期の出納調査等で評価・分析など、継続的に評価・修正をかけながらサービスの向上に向け取り組んでいる、第三者評価の積極的な受審を決定し、面談を通して、職員の意見を反映するよう取組を行っている、職員の研修、教育には外部研修の充実を図っている等である。福祉サービスの向上に向け、管理者が主導しながら組織的取組体制の構築をどのように進めていくか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>管理者は、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。</p> <p>良質な福祉サービスを持続的かつ安定的に利用できるためには、経営機能の強化、経営基盤の確立に向けた指導力を発揮する必要がある。その意味で管理者は、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一方で、既述の通り、経営改善に向けた組織を構築することが課題となっている。</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。	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、それにもとづいた取組が十分ではない。</p> <p>実習生、離職者等再就職訓練事業の受入れ、養成校との連携強化が図られている。また、福祉人材の確保と育成に関する方針が中期経営計画にも反映され、就職フェアへの積極的参加等、採用活動を実施している。今後は、福祉の仕事のイメージアップ、福祉の仕事のやりがい・魅力についての理解促進、職場定着のための職員間の交流、ネットワークづくり、職員採用計画と育成計画に基づいた人材育成(研修)に一層の取組が期待される。</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>総合的な人事管理の実施、役員と職員の相互理解の促進が図られている。「人事管理」はそれぞれの法人・施設の経営戦略自体が基準となり、法人・施設の考えやメッセージをどのように伝え、職員の理解と納得が得られるような工夫と努力が求められる。人事管理を考える場合、賃金・給与という処遇面や、職員の成果や貢献度の一面だけではなく、法人・施設の人事管理の流れを全体的に俯瞰して、どこにどのような問題があり、それを引き起こしている原因は何かを把握することも必要である。</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>職員の就業状況や意向を定期的に把握する仕組みがあり、かつ計画的に取り組まれている。職員の労務管理については業務分担表への明記、有給休暇の取得状況や時間外労働のデータの状況把握、さらに職員の心身の健康と安全確保に関しては、安全衛生委員会において、心身の健康を把握している。また、ワーク・ライフバランスに配慮し、人材定着の観点から、介護補助、パート職員の時間が多様な勤務シフトとなるよう配慮しており、結婚や子育てといった女性のライフサイクルに合わせて雇用管理を考えている。福祉人材や人員体制に関する具体的な計画立案が課題なので、早急な取組が求められる。</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>施設長面談を踏まえて、職員一人ひとりの目標が設定されており、年単位で評価を行っている。組織の目標を達成するには、組織構成員である個人の活動が、組織の目標と整合性が取れている必要がある。組織の目標を踏まえながら、個人の目標を設定することは、個人の成果が上がると同時に、組織の成果に寄与する。個人の成果であり、組織の成果になるような目標管理の設計をしていくことを今後の課題とされたい。</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。</p> <p>研修委員会で定期的に内部研修カリキュラムの見直し等を行っている。期待する職員像を明確に示し、基本方針や計画の中に、組織が職員に求める専門技術や専門資格を明示するとともに、研修効果の測定を行うなども課題である。職場における研修とは、組織使命の達成に向けた「職員の成長」と、それを支える「魅力ある職場づくり」の双方を目指す取組全体である。職員が将来の自分のキャリアが鮮明にイメージ・デザインできるよう、教育・研修の基本方針の具体的な取組等は、今後とも充実されることを期待する。</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。	b
<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ているが、参加等が十分ではない。</p> <p>職員の一人ひとりについて、外部研修の情報提供を行い、参加を積極的に奨励している。内部研修においても、可能な限り全職員が受講できるように配慮されている。職場における教育・研修といえば、職場内の研修や外部研修への派遣など、職務を離れてのOFF-JTの研修がイメージされるが、それを生かす上でも重要になるのがOJTといわれる職務を通じての研修である。集合研修に参加した職員のモチベーションが上がり、良い気づきが得られたとしても、OJTがなければ研修での学びが業務に反映されない。職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTも併せて実施することが求められる。</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>実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化等、体制を整備し受入れを実施してはいるが、「効果的な育成プログラム・マニュアル」までには至っていない等、積極的な取組にはなっていない。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、当該の研修・育成について体制を整備されることを期待する。</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。</p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務、苦情や第三者評価等に関する情報を積極的に公表している。情報の公表の方法(手段)を増やし(例えば、SNSや新たな広報媒体の検討)たり、内容をさらに充実させていく必要がある。特にウェブサイト(HP)は、「わかりやすく、見やすいサイト」を目指すと同時に、常に更新が行われるよう、広報活動の最低ラインに留意されたい。一方、行き過ぎると必要な福祉サービスや情報の提供を妨げる危険性がある。情報発信していく上で、利用者等のプライバシーや個人情報保護に十二分に留意されたい。</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。	b
<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が、十分ではない。</p> <p>事務、経理、取引等について出納調査や、会計事務所の監査支援等を実施している。今後、監査等の指摘事項に関しては、早急に改善されているか確認が必要である。また、法人の事務・経理規程、事業計画書を整備するとともに、職務分掌と権限・責任を明確化し、さらに職員にもそのことが周知されるよう取組を期待する。</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>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。具体的には、掲示板で利用者に学園祭等の情報を提供し、地域行事や活動に参加する際は職員やボランティアが支援を行う体制が整っている。また、福祉施設・事業所や利用者への理解を目的に、地域住民と利用者との交流の機会を「介護フェア」(11月)として実施している。利用者の重度化により、地域の買い物等のニーズに対応しにくくなっているのが課題である。</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>ボランティア受入れや、地域の学校教育への協力(学習体験等)に関する基本姿勢は明文化されている。ボランティア登録等の整備をはじめ、ボランティアの受入れ・学習に係るマニュアル等は、まだ不十分なので、組織として受入体制の整備が必要である。さらに、ボランティアの効果(ボランティア側と施設側双方にとって)を感じられるような実践、内容の工夫も今後、施設側に求められる。</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>管理者が、松園地区まちづくり委員会の専門員の委嘱を受けており、地域課題の解決に向け、協働して取組を行っている。地域の社会資源を明示した社会資源一覧表も作成している。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作り、地域でのネットワーク化に向け、さらなる取組を検討されたい。</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>上述のように、松園地区まちづくり委員会との関係を通して、地域の問題解決に向け、協働して取組を行っている。また、IWATE・あんしんサポート事業を通して、地域のいわゆる「制度の狭間」の福祉ニーズ・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。今後も、あらゆる機会、チャンネルを使い、地域に潜在化している福祉ニーズや生活課題等を掘り起こしていくことが必要である。</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もとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。</p> <p>地域貢献に関わる事業として、IWATE・あんしんサポート事業を実施し、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」への対応を図ることを始めている。松園地区まちづくり委員会で多様な機関等と連携して、社会福祉分野のみならず、地域コミュニティの活性化やまちづくり、認知症サポーター養成講座の実施、住民の安全・安心のための福祉避難所の契約を盛岡市と締結するなどの取組を行っている。施設が有する機能・資源は、ハードや介護技術だけでなく、職員の持つさまざまな特技、知識も資源であるので、施設の機能の一つとして活用(還元)することも一方である。</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>理念4項目が玄関、6ユニット、浴室、事務室や地域交流センターに掲示され、「さくらぎだより」に記載されている。年度当初、職員会議において、理念(基本方針)、運営規程第1条「目的・方針」、中期計画「理念・基本方針」が明示され、説明されている。かつ支援方針3項目、生活、介護3項目、健康1項目に、利用者を尊重する具体的な姿勢が明記され確認されている。権利擁護・虐待について採用時研修、職場研修会(年2回)で説明されている。高齢者虐待、身体拘束、経管栄養等23種類のマニュアルが整備されている。日々の実践やモニタリングが適切に行われている様子が伺われるが、その実践の日々の評価や定期的な評価と見直しの仕組みが策定されていない。個々の支援技術の向上とともに、定期的に状況の把握・評価を行い、必要な対応を職員の共通理解を図り、かつ定着させることが望まれる。</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>利用者のプライバシー保護について、姿勢・責務等を明記した規程・マニュアル等が整備され、職員研修により、その理解が図られている。全室個室になっており、一人ひとりの利用者にとって、生活の場にふさわしい快適な環境が提供され、利用者のプライバシーが守られるようになっている。相談等においても会議室やコーナー等を個別に利用している。情報もユニットごとにパソコン上で共有が図られている。</p> <p>しかし、利用者や家族に対するプライバシー保護に関する取組が十分ではない。不適切事案が生じた場合の対応方法を定め、契約時、家族交流会、ホームページ、「さくらぎだより」等にて周知する取組が必要である。</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。	b
<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提供しているが、十分ではない。</p> <p>必要な情報は、パンフレット、サービスインフォメーション、ホームページ等で、写真・図・絵の使用等により、誰にでもわかるような内容になっている。利用希望者についても、個別に丁寧な説明をしている。特別養護老人ホームは常に満杯のため、体験入所には応じていないが、ショートステイの利用は対応している。見学は随時受け入れている。情報も随時新しいものに変更している。</p> <p>上記の資料を、市役所介護保険課、松園公民館、生活協同組合、地区病院(内科、歯科、耳鼻科等)、関連施設に配置することが望ましい。</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もと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>サービス開始・変更時の福祉サービスの内容に関する説明と同意に当たって、利用者の自己決定を尊重している状況がうかがわれる。利用者によりわかりやすいように工夫した資料、さくらぎの里サービスインフォメーションや利用に際する説明書を用いて利用者や家族に説明している。利用者や家族等の同意を得た上で、その内容を書面で残している。</p> <p>意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化し、適正な説明、運用が求められる。</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>施設、事業所の変更、契約終了は、重要事項説明書に記載されている。契約終了後の援助について契約書に記載されている。所持品チェック表、金品などの預り書、看護サマリーの受領等基本的な様式があり、活用されている。</p> <p>利用が終了した時、入院・退院した時に、利用者や家族等に対し、引継ぎや送りの手順、相談方法及び担当者について、文書にしておくことが必要である。そして、他の福祉施設、事業所や行政を始めとする関係機関との連携が十分に図られることが重要である。</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>利用者満足を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>苦情委員会が利用者からの聞き取り調査を5項目(意見箱、困っていること、職員の支援介護、改善点、その他)にわたって個別面接で実施している。ほぼ満足の回答であるが、改善点が数点あった。また、毎年3月実施の家族交流会で実施したアンケートがまとめられている。サービスの質に関する聞き取りでは、ほぼ満足の回答であるが、2~3の要望事項があった。施設の接遇及び職員の質の上向上のためのアンケート5項目は集計されグラフ化している。総合的には十分満足している様子が伺われる。自由意見では手続きの仕方の支援、料金の引き下げの希望があった。調査結果について、その都度改善するだけではなく、具体的なサービス改善に結びつけるため、分析・検討する担当者や担当部署の設置、年1回のみではなく定期的な調査とその検討会議開催の仕組みが求められる。</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>苦情解決の体制が重要事項説明書に明記されており、各階に意見箱(匿名)が設置されている。苦情内容については、受付と解決を図った記録が保管されている。苦情内容に関する検討内容や対応策について、利用者や家族等にフィードバックされている。苦情内容及び解決結果等は、利用者や家族等に配慮した上で、広報で公表している。苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料作成と周知が求められる。かつ約9割の利用者が認知症であるという実態から、支援場面での満足度、日常会話等を通しての利用者本人の意向を推察する等の取組が望まれる。</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、そのことを利用者伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>利用者、家族等から意見があった場合は、第三者委員から説明がされている。重要事項説明書に委員の氏名が記載され、利用者や家族等に、その文書の配付やわかりやすい場所に掲示する等の取組を行っている。意見箱が2か所に設置されている。</p> <p>パンフレットやお知らせ版として、文書を定期的に配付するとともに支援場面や日常会話での相談や意見を述べやすい状況設定が重要である。</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>職員が、利用者や家族が相談しやすく、意見を述べやすいように相談と意見の傾聴に努めている状況が伺われる。1階・2階に「意見箱」を設置し無記名で投書できるようになっている。</p> <p>規程の見直し、意見に基づく支援の質の上向上に関わる定期的な会合、及び対応マニュアルの策定が求められる。具体的な検討、対応方法、利用者への経過と結果の説明、公表の方法が具体的に決められていることが重要である。かつ事業所の方針を伝え、理解を求める取組が支援の上向上につながる。</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管理体制が構築されている。	b
<p>評価者コメント37</p> <p>リスク管理体制を構築しているが、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集や要因分析と対応策の検討・実施が十分ではない。</p> <p>安全委員会設置要項に施設長はじめ8職種の役割、緊急対応、職員研修、安全確保、事故対策、感染症対策が規定されている。また、事故、ヒヤリハットの事例収集や月1回の安全委員会で事故等の検討を行い、再発防止策等の検討が行われている。年1回リスクマネジメントの研修を実施している。居室、リビング等ごとの事故件数、事故内容等、5年前にさかのぼって集計されている。食事介助、医療的ケア、感染症対策には特別養護老人ホームとして特に力を入れて取り組んでいる。</p> <p>安全確保・事故防止については職員間の情報共有が重要で、職員の危険への気づきを促すものであり、個人の反省や責任を追求するものではないことを確認することが大切である。さらに安全確保・事故防止の実施状況と実効性の評価、見直しをすることで職員の見識と工夫が生まれてくる。</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。感染症委員会が設置されており、原則3か月に1回、季節、発生時季を考慮して開催されている。感染予防マニュアルを各ユニットに置き、職員が利用している。定期的に感染症の予防や安全確保に関する勉強会等を開催している。感染症の予防策がマニュアルにのっとり適切に講じられている。季節、サービス提供場面に応じた適切な対応が定められ、職員への周知も図られている。対応マニュアル等を定期的に評価、見直し、その後の具体策も徹底されている。職員の健康管理の記述があればさらに良い。</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。	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。災害時の対応体制が、防災対策計画マニュアルに特別養護老人ホーム、グループホームごとに記載されている。地震、風水害、土砂等の災害に対して、発生時の予想、対応策、避難誘導について規定されている。立地条件等から災害の影響を把握し、建物・設備類、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、職員に周知されている。食糧や備品類等の備蓄リストを作成し、管理者を定めて備蓄している。入居者引継ぎカードも常備している。しかし、消防訓練、地震訓練、土砂訓練等がなされていない。松園地区活動センター、市役所危機管理課、消防署と地域消防団との連携のもと、避難訓練が必要である。避難時の病院との契約、取り決め、所有している公用車6台を使ったシミュレーション訓練、地域と連携した訓練について改善されたい。</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。	b
<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ているが、それにもとづいた福祉サービスの実施が十分ではない。</p> <p>特別養護老人ホームの性格から、標準的な実施方法として23種類の介護関係マニュアルが、文書化され整理されている。高齢者虐待防止、身体拘束、経管栄養、緊急時対応等。マニュアルは、各ユニットにおいてあり、いつでも見られる環境にある。これらのマニュアルに基づき、一定の水準と内容を保った上で、個別の支援計画が実施されることが大切である。そして日々のサービスを提供しながら、標準的な実施方法に基づいて実施されているかどうかを確認する仕組みづくりが望まれる。</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>個別的な福祉サービス実施計画の内容は、施設サービス計画書に必要に応じ反映され、カンファレンスにおいて多職種協働で意見提案できる仕組みになっている。福祉サービスの標準的な実施方法(マニュアル等)の検証・見直しは、「随時」から「定期的」に実施することが大切である。利用者のニーズの変化、新たな知識・技術等の導入を踏まえ、定期的に現状を検証し、見直しの方法と仕組みを定め継続的に実施されることが必要である。</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。	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>施設サービス計画書(ニーズ、長期短期目標、援助内容)、週間サービス計画表(24時間)、機能訓練・介護予防活動計画書(主疾患、合併疾患、心身機能・構造、ADL、生活リハビリプラン)が、標準的なケアプラン作成方法により個別的なニーズを引き出し、作成されている。医療面、リハビリ、メンタル面での支援も含まれている。特別養護老人ホームの特性を考慮し丁寧に作成され、実施されている。実施計画の実効性を高めるために、個別的な支援の声かけが利用者定期的にに行われるとより喜ばれる。</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>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、カンファレンス、担当者会議、事前資料、退居と新規受入れ、介護保険手続き等が詳細に決められており、それに即してサービスが提供されている。評価・見直し等カンファレンス、担当者会議で行われている状況が伺われる。PDCAサイクルの明確化、評価見直しの時期の設定、記録の方法、実施計画変更の手順と関係職員への周知の方法等が明示されることが望まれる。また実施状況が確実に責任者に伝わる仕組みを工夫されたい。システムとして成立し、責任者が総合的な視点で情報を管理している状態が重要である。</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>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、職員間での共有化が十分ではない。</p> <p>利用者に関する引継ぎ、送り、回覧等が適切に行われている。利用者の状況、状況の変化、日々の情報等ほぼ網羅して整理され、記録されている。実施状況がパソコン(高齢者用ソフト)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(8月から)。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で記載され、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。カンファレンスが特に充実しており、定期的に情報が整理され、共有化されている。</p> <p>記録内容や書き方に差異が生じないように、伝えてはならない情報、担当者で留めてよい情報と責任者等へ伝えるべき情報、他部門への伝達が必要な情報、速やかに伝えるべき内容、後日整理して伝えるべき内容等が分別され、決められた方法で、伝達されていくような様式の設定と記載要領の設定が望まれる。</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。	b
<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管理が行われているが、十分ではない。</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ている。8月に特別養護老人ホーム用ソフトを導入し、活用している。個人情報保護に関する規程及び「行動指針に利用者個人の情報を他に漏らさないこと等が明記されている。</p> <p>「医療・介護関係業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」(平成16年12月24日通知、平成18年4月21日改正、平成22年9月17日改正)の理解が望まれる。書面による管理に加え電子データによる取扱いや情報漏洩対策、開示請求への対応が大切である。記録管理責任者の設置、教育研修が不可欠である。</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。</p> <p>入所時のアセスメントや面談で一人ひとりの心身の状況や暮らしの意向等を確認してケア計画に反映させるとともに、実際の支援は本人の意向や自分のできること、サポートが必要なこと等を時系列でまとめた24時間シートに基づいて行われている。また、個々の身体状況に対応した活動プログラムを作成してマッサージやリハビリを行い、実施状況については6か月ごとのサービス担当者会議でモニタリングされている。施設行事の他に外出活動や地域のお祭り等に参加する機会を設け、地域社会とのつながりを持つようにするとともに、個々の希望に基づいた趣味・文化活動を実施し、生活リズムの調整や楽しみのある生活づくりに努めている。</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。</p> <p>施設としてコミュニケーションマニュアルを整備するとともに、個々の状況に対応したコミュニケーション方法をケア計画に反映させている。また、コミュニケーション技法の効果的なスキルと位置づけている「スピーチロック研修会」を年2回開催し、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣い等を周知徹底している。研修前に職員を対象としたアンケートを実施し、そこから得られた具体的な事例に基づき実効性のある研修に努めている。利用者が話したいことや希望等については普段の関わりの中で確認し、その内容については朝のミーティングで共有しているほか、意思表示が難しい利用者に対しては文字板を使用した筆談や、指での○×サイン、ジェスチャー等で意思確認している。さらに、毎月1回の傾聴ボランティアによる活動は利用者の居室で行われ、落ち着いて話せる環境やプライバシーも保たれている。</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。	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>施設として高齢者虐待マニュアル・身体拘束マニュアル・プライバシーマニュアルを整備するとともに、身体拘束委員会を適宜開催し権利侵害の防止に努めている。なお、高齢者虐待マニュアルには不適切な対応例や虐待が疑われる場合の「サイン」が明示されているほか、市町村への通報義務や内部告発の仕組み等が明示されている。さらに、身体拘束マニュアルには、施設として廃止に向けた強い姿勢が示されているほか、同意から解除に至る手順等も明示されている(経管栄養の利用者が頻繁に滴下中のチューブを抜き取るうとする場合でも身体拘束は行わず、指にガーゼを巻く等の代替策で根気よく対応している)。職員の言葉遣いや介護者としての姿勢等についてはスピーチロックの取組で対応している。ただし、施設として利用者や家族に権利侵害の具体例を示していないこと、虐待や不適切な言動等を日常的にチェックする仕組みが整備されていないこと、権利侵害への担当職員が事務分掌上で明記されていないこと、虐待や人権侵害への対応手順や責任体制等も明確化していないことから、これらの改善が求められる。</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>施設として環境マニュアルを整備するとともに、月1回安全衛生委員会を開催し、快適な生活環境作りに努めている。また、各ユニットは快適な温度や湿度であるほか、清掃員や介護スタッフによる毎日の清掃作業を通して清潔さが保たれている。各ユニットの出入り口には、職員が製作した季節感のあるペーパークラフトが飾られ、施設環境の向上に一役買っている。車いすやセンサーマット等も月1回点検チェックするとともに、食事席についても利用者同士の相性や身体状況等に配慮しながら組み合わせるなど工夫している。さらに、排泄後はすぐにオムツを交換し快適さに配慮するとともに、排泄物による臭いがユニット内に拡散しないよう、交換したオムツはビニール袋に入れユニット外の汚物処理室に運んでビックペールに収納するようにしている。入所前に使用していた家具や私物の持込みも制限していないことから、十分なスペースを確保した居室には本人お気に入りの写真や絵画等が飾られ、生活感を醸し出している。</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。	b
<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が、充分ではない。</p> <p>施設として入浴支援マニュアルやバイタルサイン測定マニュアルを整備するとともに、利用者の心身の状況や意向等を反映した施設サービスケア実施計画書に基づいて入浴支援し、その状況は入浴チェック表で管理している。また、脱衣室や浴室は清潔で適温や明るさが保たれスペースも十分である。入浴設備についても最新の機器が導入されており、安全かつ効率的な入浴支援がなされている。入浴支援には利用者の誘導や着脱等を担当する2名の職員を含む8名で支援に当たるとともに、看護師も必ず立ち会うようにしていることから、バイタルの事前チェックや体調の異変、皮膚疾患の発見等に即応できるようになっている。入浴を拒否する利用者には入浴日の変更や清拭等に対応するとともに、感染症の利用者は最後に入浴するなど、万全な感染症対応を行っている。ただし、機械浴を終えた利用者についてはスタッフが抱えて着替え用ベッドに運んでいるが、転倒等による怪我のリスクが高いことから、浴室用車いす等に移乗して移動するなど安全を確保する必要がある。</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>排泄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>施設として排泄マニュアルやプライバシーマニュアルを整備し、利用者の安全や羞恥心に配慮しながら快適に排泄できるように配慮している。また、一人ひとりの身体状況や意向に沿った支援方法を施設サービスケア計画書で管理するとともに、自然な排泄を促すため看護師、管理栄養士、機能訓練指導員等が連携し、個々の排泄パターンを捉えたトイレ誘導による脱オムツ化や乳製品等による排便の促進、さらには車いすでの自走訓練等で排泄の自立のための働きかけを行っている。排泄状況はチェック表で把握するとともに、6か月ごとに開催されるサービス担当者会議で支援方法の見直し等が行われている。また、使用するオムツや尿取りパット等については、専門業者の指導を得ながら一人ひとりに合ったものを選定して快適性を保つとともに、居室で使用するポータブルトイレは室内に放置しないようにして衛生管理に努めている。</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>利用者はほとんどが車いすを利用しているが、ユニット内では本人の身体状況や意向を尊重し、個々の運動機能等に合わせた手押し車や1本杖を使用するとともに、車いすの場合でも可能な限り自力操作するよう支援している。また、車いす等の機器については月1回の点検日を設け、ブレーキやタイヤの空気及びエアマットの状況等を管理表でチェックするとともに、専門業者にも定期的な点検等を依頼している。一方、安全配慮が必要な利用者については、センサーマットやサイドコールを効果的に使用し、本人の移動状況や移動の目的等をいち早く察知して対応するようにしている。車いすのリクライニングや操作方法等についての実地研修を適宜実施し、操作技術の向上に努めている。さらに、利用者の移動支援については、移乗・移動・歩行介助マニュアルに明記されており、その内容については研修等で職員に周知されている。</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 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 個々の利用者の食事状況や嗜好等については、入所時のアセスメントで把握して提供するとともに、管理栄養士1名と調理員6名が毎日ローテーションを組んで各ユニットを巡回し、食事状況を確認している。また、毎月1回開催する給食委員会や、6か月ごとに実施する嗜好調査を通して提供する献立の見直し等を行っている。さらに、1週間ごとの献立表を各ユニットに掲示するとともに、厨房出入りに食事の盛り付けサンプルを用意し、介護員が各ユニットで効率的にバランス良く盛り付ける際の手本としている。選択メニューについては、利用者が事前に選んだものを覚えていないこと等の混乱が生じやすいことから、お粥食やパン食の選択のみとしているが、おやつについては毎月1回ケーキ等が選択できる。また、利用者の身体状態や相性等を考慮しながらテーブル配置を行い、ゆったりと快適に食事できる環境作りに努めているほか、各種点検表や記録簿及び食中毒への対応方法等が整備され、適正な給食管理がなされている。</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。	a
<p>評価者コメント9 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。 施設として食事介助マニュアルを整備するとともに、個々の利用者の身体状況に応じた栄養ケア計画を作成し、実施状況は栄養提供経過記録等で管理している。また、嚥下能力が低下している利用者については、刻み食やゼリー・ムース食等を提供して誤嚥や窒息のリスクを防止しているほか、食事量の低下等で褥瘡になった利用者については、受診等で栄養管理を行っている。なお、管理栄養士が中心となって個々の利用者が安全かつ効率的に使用できる食器類を選定するとともに、全職員を対象に誤嚥や窒息など緊急時の対応についての研修会を定期的に開催し、緊急時の対応スキルの向上やリスクの軽減等を図っている。</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 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、充分ではない。 現在、施設には経管栄養の利用者が13名入所しているが、施設として経管栄養の口腔ケアマニュアルや唾液腺マッサージマニュアルを整備するとともに、ケアが必要な利用者については生活リハビリプランの中に位置づけ、唾液腺マッサージによる口腔内の乾燥の軽減や、口腔内刺激による口腔内筋力の向上等を図っている。また、施設では週1回の歯科治療と月1回の口腔ケアを担当する歯科医2名と連携し治療や指導等で利用者の口腔機能の維持に努めており、実施状況については歯科ファイルや個別の記録管理に記録されている。さらに、歯科医による口腔ケアの実地研修を定期的に開催し、職員の口腔ケアや器材の取扱い等のスキルを高めている。ただし、利用者の口腔機能の維持に積極的に取り組んでいることは評価できるが、全利用者を対象とした口腔ケア計画が作成されていないことから、これらの対応が求められる。</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。 現在、褥瘡が発生している利用者はいないが、過去に食事量の低下が影響して褥瘡になった利用者がいたことから、施設として褥瘡ケアマニュアルや栄養ケア計画書等を整備している。褥瘡予防や発生時の対処方法等についての内・外研修に職員を派遣するとともに、入浴時の皮膚観察や褥瘡予防チェックシートを活用して早期発見に努めている。発生リスクの高い利用者には看護師と栄養士が連携し、予防のため車いす用エアマットやクッションを使用している。アルギニンを含む栄養補助食品を試行・検討し、家族の協力の下、継続的な使用へとつなげているほか、ミネラルが豊富な食事や補食で対応するなどしている。ただし、褥瘡への対応については月1回開催する安全委員会の中で検討しているが、看護師や栄養士等を中心とした職員間の連携が欠かせない支援であることから、褥瘡対策を検討する委員会を単独で設置し、迅速かつ効果的に対応できる体制を強化するとともに、施設として「褥瘡発生予防等に関する指針」を明示して取り組むことが求められる。</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 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り組みが、十分ではない。 現在、胃ろう・食道ろうの利用者が13人入所していることから、施設として経管栄養マニュアルや吸引マニュアルを整備し、胃ろうや吸引の手順及び感染防止等について職員に周知している。また、職員を「介護職員等医療的ケア実地研修」に積極的に参加させるとともに、指導看護師による実地研修を定期的に開催し、安全かつ適切に喀痰吸引や経管栄養等を行う体制を整えている。さらに、毎月安全委員会を開催し、実施状況の確認等を行いながら安全で適正な実施方法を職員間で共有している。ただし、施設として喀痰吸引や経管栄養の実施に係る方針及び管理者の責任が明示されていないことや、業務手順に必要な備品の衛生管理や取扱いの手順等が示されていないことから、これらの対応が求められる。</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。	a
<p>評価者コメント13</p> <p>利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防活動を行っている。</p> <p>利用者一人ひとりに係る機能訓練・介護予防活動実施計画や生活リハビリプランを作成するとともに、週1回介護予防活動を実施し、その状況は機能訓練評価表で記録管理している。また、一般的な体操等を中心とした機能訓練の他に、ギターボランティアやクラス等も導入し、肺や口腔機能の維持向上に取り組んでいるほか、生活リハビリの一環として野菜作りや水やりなど多様なメニューを用意し、認知機能や身体機能の低下防止を図っている。さらに、月1回協力医療機関から派遣される医師から身体機能や認知機能の低下が見られる利用者に対する的確なアドバイスを受け、機能訓練や介護予防活動に反映させるようにしている。誤嚥や窒息等のリスクが高い経管栄養の利用者も多いことから、言語療法士等によるスピーチセラピーの導入などはさらなる支援の充実につながる。</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。	a
<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。</p> <p>施設として、認知症者への対応の仕方を解説した高齢者コミュニケーションマニュアルを整備するとともに、認知症の理解を深めるための内・外研修への出席や研修報告会を開催し、認知症や認知機能の低下等に関する職員の理解や知識の共有化を図っている。また、個々の状況については入所時アセスメントや施設ケアサービス計画書で把握され、実施状況についてはサービス担当者会議でモニタリングされている。併せて、認知機能の低下を予防するため、臨床美術やフラワーアレンジメント等も取り入れ、認知機能の低下を予防している。さらに、医師や看護師等の指導を得ながら認知症利用者の行動・心理症状(BPSD)に受容的態度で接し、穏やかに生活できるように支援しているほか、医師からの助言指導等は包括指示表で職員に周知している。施設内研修で使用した資料「認知症の理解」等も含めて既存のコミュニケーションマニュアルを整理し、よりわかりやすいものにアレンジすると、さらに充実したケアにつながる。</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。	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>施設として、緊急時対応マニュアル、症状別対応マニュアル、バイタルサイン測定マニュアルを整備し、協力医療機関や施設の看護師と連携しながら利用者の異変の早期発見や緊急対応に当たっている。また、薬剤マニュアルに与薬の手順等を明記するとともに、薬の準備や投与の際にはチェック表も活用しながらダブルチェックしているほか、薬の効能や副作用等をまとめた薬事情報を個々に整備し与薬事故の防止に努めている。夜間に利用者の異変が見られた場合には、日中に勤務した看護師を夜間対応の待機看護師に位置づけ、連絡を取りながら緊急対応している。さらに、全職員を対象としたAEDによる心肺蘇生訓練や酸素ボンベ及び吸引機の取扱訓練等を定期的に開催し、緊急時における職員個々の対応スキルの向上を図っている。</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。	b
<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、取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>現在、協力医療機関の週末・時間外等の対応が困難なため、施設での看取りは実施していないが、将来の導入に備え看取りケアマニュアルを整備しているほか、家族や利用者の要望に応じ、できる限り施設での生活を継続できるように配慮している。また、入所時には「終末期の医療についての事前調査書」に基づき、終末期において施設にどのような対応を希望するかの確認も行っている。ただし、終末期対応に関する実践的な対応フローに基づいた実地訓練や、終末期に関わる職員に対する精神的なケアや「死生観」をテーマとした研修等が行われていないことから、これらの実施が求められる。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。</p> <p>施設では、定期的に広報誌を発行するとともに、担当者会議や面会時に利用者の健康状況や生活状況等の近況報告を行っている。また、家族へのアンケート調査を実施し、施設に対する要望や満足度等を聴き取っている。特に、毎年3月に開催している家族交流会では幅広い意見等が出されることから、施設と家族との信頼関係を築くために貴重な役割を果たしている。ただし、前年度は広報誌を年1回しか発行していないことや、利用者の近況等を随時お知らせする家庭通信的なものもないことから、これらの対応の充実が求められる。併せて、家族交流会から一歩進めた家族会を設立し、より家族と施設との協力関係を強化していくことが求められる。</p>		