

宮城県福祉サービス第三評価結果

1 第三者評価機関名

| |
|----------|
| 株式会社福祉工房 |
|----------|

2 施設・事業所情報

| | | |
|------------------------------|---|--|
| 名称： 特別養護老人ホーム リベラ荘 | 種別： 介護老人福祉施設 | |
| 代表者氏名： 施設長 水澤 里志 | 定員（利用人数）： 50名 | |
| 所在地： 宮城県仙台市青葉区国見ヶ丘7丁目141番地9 | | |
| TEL： 022-277-1122 | ホームページ： http://www.sendan.or.jp | |
| 【施設・事業所の概要】 | | |
| 開設年月日 平成8年4月1日 | | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）： 社会福祉法人東北福祉会 | | |
| 職員数 | 常勤職員： 21名 | 非常勤職員： 2名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 11名 | 介護支援専門員 |
| | 管理栄養士 | 看護師 |
| | 機能訓練指導員 | 生活相談員 |
| 施設・設備の概要 | （居室数） 多床室（4人部屋） 8室 個室 14室 夫婦（2人）部屋 2室 | （設備等） 居室内の洗面所、居室内の 便所、共同生活室、共同洗面所、共同 便所、食堂、機能訓練室、脱衣所、浴 室（一般浴・特別浴）、静養室、医務 室、面接相談室、介護職員室、調理室 （厨房）、洗濯乾燥室、汚物処理室、リ ネン庫、事務室、など |
| | | |

3 理念・基本方針

| |
|---|
| <p><基本理念> すべての人がひとりの人間として尊重され、個性が輝く、共生の地域づくり</p> <p><基本方針></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 法人運営の基本に”利用者主体の原則”を掲げ、質の高いサービスの実践をめざす。 2. 新しい地域福祉サービスの開発と、住民参加によるまちづくりを進める。 3. 教育・研究機関との共同による福祉教育と福祉文化の醸成に寄与する。 |
|---|

4 施設・事業所の特徴的な取組

| |
|--|
| <p><サービス提供にあたり大切にしていること></p> <p>家庭的な雰囲気を大切にし、利用者個々に合った生活環境の把握に努め、ニーズに適応した柔軟なサービスを個別的、総合的に実施しています。また、利用者の心身の状態にも配慮しながら、笑顔や楽しみのある日々の提供やこれまでの生活との継続性のある生活支援を大切にしており、施設の行事に限らない楽しみのある余暇時間を柔軟に提供したり、毎日どなたかは買い物や外食、趣味活動等に職員と共に出かけたりしています。</p> <p><職員等について></p> <p>私たちは“利用者主体”という言葉を常に立ち返る場所として心に持ち、提供するサービスや環境等を照らし合わせると共に目標を設定しながら常に課題改善に取り組むことを大切にしています。</p> |
|--|

職員体制は、介護職員をはじめ、看護職員、管理栄養士、機能訓練指導員、介護支援専門員、生活相談員等の様々な資格を持つ専門職種の職員がおります。また、研修参加等も積極的に行っており、仙台市の認知症介護指導者、認知症介護実践者研修・認知症介護実践リーダー研修修了者が複数おり、認知症介護に関する研修等を定期的に開催し、専門的な認知症ケアを実施しています。併せて、お看送り（看取り）についても多職種で研修会を重ねており、積極的なターミナルケアの実践も行ってまいります。

<働く環境として>

育児や介護をしながらでも仕事を継続できるように法人内規程等を整備すると共に、職員についても「お互いさん」の気持ちで支えあう風土づくりを推進しています。また、介護職員の身体的負担軽減のために、介護ロボット等の導入も積極的に検討し、利用者及び家族等に加えて、職員にとってもより良い環境作りに努めています。

5 第三者評価の受審状況

| | |
|---------------|--|
| 評価実施期間 | 平成 28 年 4 月 20 日（契約日）～平成 28 年 9 月 30 日評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時期） | 1 回（平成 年度） |

6 総評

◇特に評価の高い点

- ・地域との連携

法人の理念にも共生の地域づくりがうたわれ、地域との連携が緊密に取り組まれている。地域への体操、音楽会、囲碁クラブ等への事業所の開放、認知症カフェの開催、地域で行なわれる介護に関する講習会への職員の派遣、活発なボランティアの受け入れ、地域の福祉避難所としての協定の締結等地域の方と利用者の交流、地域への貢献が積極的に取り組まれている。

- ・各種マニュアルの整備、記録類の作成

支援に関わるマニュアル、手順書等が整えられ職員による統一性の取れた支援が行える環境が整備され定期的な見直しも行なわれている。支援の記録に関しても統一された様式に従い記入され職員間での情報の共有が確実に行なわれるような取組みが行なわれている。

◇改善を求められる点

- ・中長期計画の策定と単年度計画への反映

法人としての中長期計画は立案されているが、実施状況の評価が無く、事業所としての計画が策定されておらず、具体的な事業所の方向性が見えない。又、中長期計画には具体的な目標の設定が無く、実績としての評価が難しい面がある。法人における中長期計画をもとに事業所としての中長期計画を具体的に策定していくことが望まれる。

- ・職員と利用者とのコミュニケーション

利用者からは職員による対応の差、一部ではあるが感情的な態度、融通性の無さ等の声が聞こえる。職員の忙しさもあるが、利用者との円滑なコミュニケーションが進められるような指導が行われていくことが望まれる。

第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

「私どもの提供するサービスの質の向上を図ること」「利用者及び家族、職員、評価機関等の様々な視点からのご意見をもとに改善行動につなげること」「透明性のある施設運営を行うこと」の3点を目標に受審いたしました。

評価につきましては、私どもも課題として認識し改善に取り組んでいる事項もありましたが、様々な方々からの意見をもとに自己覚知できた事項もたくさんありました。また、利用者や家族からは、職員の頑張りを評価してくださっているような内容もあり、とても嬉しく感じる部分もありました。

今回、皆さまに認めただけの箇所はさらに向上することに努め、他方、ご期待いただいた箇所については、即座に具体策を策定することとし、皆さまからいただきました評価を活かせるような施設運営を図ってまいりたいと考えております。

7 各評価項目にかかる第三者評価結果

別紙のとおり（施設の区分に応じ福祉サービス第三者評価結果票を添付する。）（様式2－第三者評価機関公表用）

(別紙)

福祉サービス第三評価結果（特別養護老人ホーム版）

※すべての評価細目（62項目）について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

Ⅰ-1 理念・基本方針

| | | 第三者評価結果 |
|--|-----------------------------------|---------|
| 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・b・c |
| <p><コメント></p> <p>母体法人である社会福祉法人東北福祉会の理念、方針を事業所の理念、方針としている。理念及び方針は地域との関わり、利用者主体の支援、職員の資質向上等、法人としての使命や役割等を明確に表しているものとなっている。期初に理念方針を踏まえた年度の取り組みを全職員に説明、又、期中における研修においても理念、基本方針に関する課題を取り上げ、職員への周知を図っている。反面、事業所のパンフレットやホームページには理念や方針の明記がなく、利用者、家族へ提示する書類への記載も無い。理念・基本方針を記載し、職員への周知とともに利用者、家族、地域に対し事業所の理念や方針を伝えていくことが望まれる。</p> | | |

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適切に対応している。 | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業経営を取り巻く環境に関しては、行政や関係機関からの情報、老人施設協議会等の同業者団体等からの情報を基に、厚生労働省のホームページや業界紙を通じて適宜得ている。得られた情報は管理職会議での共有が図られ、具体的な取り組みが必要な場合は係長クラスの出席の会議で対策が話し合われている。</p> | | |
| 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。 | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>経営状況に関しては毎月詳細な分析が行なわれ、管理職出席の会議で現状の課題の共有が図られ、対応が検討されている。具体的な取り組みは係長ミーティングで共有され実施に移されている。年度末には前年の実績を基に当年度の計画が立案され職員への周知が図られてい</p> | | |

る。介護保険の改定や、事業所の規模、設備の老朽化等いくつかの要因はあるが、現状での経営状況は厳しいものがあり、具体的な対策を検討していくことが望まれる。

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・ ④ ・c |
| <p><コメント></p> <p>母体法人である東北福祉会の中長期計画が策定され事業所はこれに則った活動を行なっている。現在の中長期計画は2010年度から2019年度までの10ヵ年の方向性が示され、3年間の具体的実施計画が示されている。初回の3年間の実施計画は示されているがその後の計画が策定されてはいない。又、実施計画に対する結果等の評価も行なわれていない。法人としての中長期計画策定のプロセスを明確にするとともに、事業所としての中長期計画を具体的に策定していくことが望まれる。</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。 | a・ ④ ・c |
| <p><コメント></p> <p>法人の年度の計画を基にして事業所の計画が策定され、各部門単位での月別の目標値が設定されている。事業所としての中長期計画の設定とそれに基づく単年度の計画の作成が望まれる。</p> | | |
| 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。 | ④ ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業所全体での方針の基に、各担当が前年の実績及び課題を踏まえて年度の計画を作成、部門の管理者が確認し事業所全体の計画としている。</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。 | ④ ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事業計画の主な内容に関して、別途記載を行い、利用者や家族に配布説明が行なわれている。又、制度改定時には家族に説明するとともに、家族が出席する運営推進会議での報告も行なわれている。</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

| | | 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・ ④ ・c |

| | | |
|---|--|----------------|
| <p><コメント></p> <p>26年度より職員の自己評価を行ない、課題の整理、解決に関しての話し合いが行なわれている。更に、質の向上への取り組みとして今年度は第三者評価を受審することとした。利用者へ食事に関する聞き取りは行なわれているが、家族へのアンケート等は行われていない。現在は質の向上のための組織的仕組み（委員会、プロジェクト等）は未整備である。質の向上のための取り組みを促進するためにも、担当する仕組みを整備し継続的に取り組んでいくことが期待される。</p> | | |
| 9 | <p>I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。</p> | a・ ⑥ ・c |
| <p><コメント></p> <p>自己評価の結果に基づく課題は管理職会議で話し合われ、具体的取り組みが職員と話し合われている。又、取り組みの結果に関しても担当からの報告に基づき確認が行なわれている。更に組織的な仕組みを構築し、より効果的な取り組みとして行くことが期待される。</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

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|----------------|
| <p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。</p> | | |
| 10 | <p>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。</p> | a・ ⑥ ・c |
| <p><コメント></p> <p>職務分掌（事務分掌）としての制定はないが、法人のキャリアパスとして各職階における役割と責任が定められ、各職員に配布され説明がされている。職場における組織図が作成され、指示命令、報告系統が明確化されている。管理者不在の際の代理決裁者についても明確となっている。事業所内に各種委員会組織が作られているが、それぞれの機能と管理者の役割を明確にしておくためにも一覧表として、明示しておくことも期待される。</p> | | |
| 11 | <p>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。</p> | ⑨ ・b・c |
| <p><コメント></p> <p>宮城県老人施設協議会等の業界団体や仙台市等からの情報をもとに厚生労働省のホームページから詳細な内容を確認し、職員に対し一般的な法令も含め伝達している。法人においてコンプライアンス規定が作成されており、職員への研修会等を通じた周知が行なわれている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p> | | |
| 12 | <p>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。</p> | ⑨ ・b・c |

| | | |
|---|---|----------------|
| <p><コメント></p> <p>現在事業所においては、目標管理制度を導入し、職場単位での目標の設定と、それに基づく各職員の目標を設定、年度末に結果を評価し昇給、昇格に反映。目標の立案、実施に対し先輩職員による支援が行なわれている。又、年間の研修計画が立てられ、キャリアラダー制度に基づき教育が実施されている。</p> | | |
| 13 | <p>Ⅱ-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。</p> | a・ ① ・c |
| <p><コメント></p> <p>衛生委員会が組織され、事業所の全体の労働環境の確認が定期的に行なわれ、業務環境のチェックと必要に応じた改善を行なっている。職員からの意見を収集するために職員と支援担当者による面談、管理者とリーダーによる面談が年度末には行なわれている。管理者と職員との面談が限られた範囲であり、全体の職員の意見を聞くために、より幅広く面接を行なっていくことが期待される。</p> | | |

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

| | | 第三者評価結果 |
|--|---|----------------|
| <p>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。</p> | | |
| 14 | <p>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。</p> | a・ ① ・c |
| <p><コメント></p> <p>年度末に翌年度における体制を検討、必要な人員及び資格者の配置を考慮し、採用計画を立案し、新卒については法人で、それ以外は事業所での募集採用を行なっている。職員への資格取得等の目標を持たせ、取得に対するインセンティブ制度を設け定着に結びつける取組みが行なわれている。</p> | | |
| 15 | <p>Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。</p> | a・ ① ・c |
| <p><コメント></p> <p>職務ごとの求められる職員像がキャリアパスに記載され、職員への周知が行なわれている。目標管理制度により職員の目標の設定と、年度末での結果及び人材評価に基づき上司による評価、事業所での管理職による確認、法人での最終評価が行なわれ、職員にはリーダーによる面談が行なわれ、結果がフィードバックされている。</p> | | |
| <p>Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。</p> | | |
| 16 | <p>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。</p> | a・ ① ・c |
| <p><コメント></p> <p>目標管理に対するリーダーによる面談が年度末に行なわれ、結果の評価と同時に、職員の希望等の聞き取りも行なわれている。職員のストレスチェックとして総務部門の衛生管理者2名があたる体制を整えている。福利厚生制度は現在のところ一部を除き整えられていない。職員の意向確認の為に面談は、人事評価とは別に、管理者もしくはそれに準じる職員の管理職による面談を行い、職員の現状や業務上の悩み、個人的な目標、将来への希望等を聞き取っていくと同時にアドバイスを行なっていく、職員の業務への意欲の醸成に繋げていくことが望まれる。又、職場での福利厚生制度に関しても検討していくことが望まれる。</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。 | | |
| 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・b・c |
| <コメント> 職員による目標管理の設定、中堅職員による支援、目標に基づく研修の受講等の取組みが行なわれている。目標管理シートは係長による管理が行なわれ、個人面談が行なわれている。更に、管理者による面談とアドバイスが行なわれていくことも期待される。 | | |
| 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・b・c |
| <コメント> 法人の基本方針、事業所の事業計画に職員のスキルアップ、人材育成が明確に示されており、年間の研修計画が立てられて、実施されている。 | | |
| 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・b・c |
| <コメント> 職員の目標管理に基づき、必要に応じた研修が行われ、外部の研修に関しても案内が行なわれている。 | | |
| 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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a・b・c |
| <コメント> 事業所全体での実習生の受け入れは東北福祉大学の関連法人でもあり、同大学の学生はじめ他の大学、専門学校等からの受け入れも活発に行なわれている。27年度における実習生の受け入れは3,357人/年あり1日平均9人強となっている。実習受け入れのマニュアルも整備、受け入れの意義や目的も明記され、指導者に対する研修も行なわれており、受け入れの窓口として実習相談課が設置される等、受け入れに関しての体制は充実している。 | | |

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・b・c |
| <コメント> 事業所を含め法人全体の取り組みや事業報告などがホームページに公開されている。事業所における苦情に関しても、処理規程に則り公表が行なわれている。今回の第三者評価の結果に関する公表も行う予定となっている。又、ホームページを利用し事業所の活動内容等についての公開も行なわれている。 | | |
| 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・b・c |

| | |
|---|--|
| <p><コメント></p> <p>法人の経理や事務処理規程に基づき処理が行なわれており、年2回の内部監査、及び外部会計事務所による自主監査が行なわれ経営の透明性が確保されている。</p> | |
|---|--|

II-4 地域との交流、地域貢献

| | | 第三者評価結果 |
|---|---|---------|
| <p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p> | | |
| 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人及び事業所の基本方針として地域との連携を重視しており、地域との交流は活発に行なわれている。地域の祭りへの参加、地域の方のボランティアとしての来所、地域の方との食事会等が行なわれている。</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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>地域との交流の一環としてボランティアの受け入れに関しても活発に行なわれており、受け入れのためのマニュアル、窓口の組織化も行なわれている。昨年度は延べ811人/年のボランティアが来所されており歌や演奏等が行なわれ、利用者が毎週の歌の会を楽しみにしている。</p> | | |
| <p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p> | | |
| 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>仙台市で発行している資料をもとに、地域における関係機関は明確化されており、利用者、家族への情報の提供が的確に行なえるように取り組まれている。利用者個々のニーズに応じて対応できるように、職員間での情報の共有も行なわれている。</p> | | |
| <p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p> | | |
| 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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>仙台市との間で災害福祉避難所としての協定を結んでおり、地元である吉成地区との災害時における拠点としての提携がなされている。又、地域に対する事業所の開放も行なわれており、地域の方の体操、囲碁、音楽会等に利用されている。地域の老人会や市民センターでの認知症や介護技術に関する講習会に職員が招かれ講演を行なっている。又、地元の方の介護に関する相談にも応じている。</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。 | ㉖・b・c |

<コメント>

地域包括支援センターとの連携や、運営推進会議での民生委員からの情報として地域における福祉ニーズの把握に努めており、現在毎月事業所において認知症カフェを開催し、地区の方々40～50名の参加があり、音楽の演奏会、認知症や介護に関する講演、フリートークを通じた地元の方々や職員との交流等が取り組まれている。

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。 | ㉑・b・c |
| <コメント> 利用者を尊重したサービス提供に関し、各ユニット毎に基本姿勢が明記され共通の理解を持つための取組が行われている。職員の共通の理解として、標準的实施方法としての支援マニュアルが各ユニットに整備されている。OJT や OFF-JT の強化を通じ、利用者があたり前の生活が継続できる取り組みを行っている。 | | |
| 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。 | ㉑・b・c |
| <コメント> 利用者のプライバシー保護のマニュアルが作成され、入浴・排泄に対する規程が記載されている。不適切な事案に対しても就業規則に明示され、職員に配布されている。設備面においても多床室はカーテンを利用してプライバシーが保たれる工夫がされている。身体拘束の排除のマニュアル等があり、身体拘束は行わないとの宣言が行なわれている。 | | |
| 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。 | a・㉑・c |
| <コメント> パンフレット・ホームページが作成され、法人全体と合わせ情報が提供されている。事業所としての明確な理念、方針を示して行くことが期待される。見学者にはパンフレットや見学を通して丁寧に対応している。 | | |
| 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。 | ㉑・b・c |
| <コメント> 組織が定める様式に基づき利用者、家族には重要事項説明書、契約書等を説明し、署名、押印もいただいている。詳細に作成され、利用者、家族には入所・変更の時に説明されてい | | |

| | | |
|---|--|-------|
| <p>るが、理解しづらい面もある。利用者、家族が理解しやすい説明資料の工夫が望まれる。説明を行なうリストや、マニュアルの作成が望まれる。</p> | | |
| 32 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの継続の引継ぎ、申し送りは、ケースサマリー、個別支援計画、経過記録等の情報を提供し、手順や担当職員を明確にした文書をわたす仕組みとしている。</p> | | |
| <p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p> | | |
| 33 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>入所時の個別面接でアセスメントされ、利用者満足の上昇の為に個別や懇談会等で聞き取りを行い2か月に1回の利用者、家族、第三者委員、地域、包括支援センター等の参加で利用者満足度を把握する為に検討会を開催している。更に、利用者満足度に関しては定期的な調査と実施が望まれる</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 34 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>法人として苦情解決の体制ができています。受付担当者、第三者委員、苦情解決責任者が配置され、相談、苦情に対応するマニュアルも整備されています。利用者、家族へのフィードバックも行われ、結果の公表は機関紙、提示等で行なわれている。</p> | | |
| 35 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者が相談したい時の窓口は明示され、課長が担当している。更に、相談相手、方法が選択できることも明示していくことも望まれる。</p> | | |
| 36 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>相談対応マニュアルが作成されていて、定期的に見直しも行われている。玄関に意見箱が設置され利用者、家族等からの相談、意見があった場合は対応マニュアルに従って会議、担当職員等で協議、申し送り等で他の職員にも周知されている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 37 | <p>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。</p> | a・b・c |

| | | |
|---|---|-------|
| <p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会が設置されていて月1回の検討会議が開催されている。委員会は職員より選出され役割が明確にされている。規程も作成され見直しも行なわれている。</p> | | |
| 38 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>感染症対策委員会が設置され規程も作成されている。月1回定期的に、必要がある場合は臨時に開催されている。感染症対策担当者が選出されていてマニュアルも作成され、感染症、食中毒の発生の予防等に関するマニュアルもあり、職員には研修で周知されている。</p> | | |
| 39 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>事故発生、非常災害時の対応マニュアルも作成、通報する関係機関の一覧表や備蓄（6日間）の整備、地域（吉成地区）、仙台市との防災協定もされている。利用者の避難訓練は年4回の定期訓練が行なわれている。</p> | | |

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

| | | |
|---|--|--------------------|
| | | 第三者評価結果 |
| <p>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。</p> | | |
| 40 | <p>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。</p> | a・ b ・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの標準的な実施方法として入浴、排せつ、食事その他のマニュアルが整備されてユニットに配置して業務に関する確認の機会を設けている。更に、マニュアルに基づく研修や指導を行い、サービスの向上に結び付けていくことが期待される。</p> | | |
| 41 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>必要な見直しを組織的に行うためのワーキングチームが設置されている。月1回多職種でケアマネジメント、排泄、環境、介護技術、医療、業務の改善を目的に利用者のケアの内容に対応した見直しが行なわれている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 42 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> | | |

| | | |
|--|---|-------|
| <p>事業所独自のアセスメントシートが作成され、情報共有に関しての工夫がなされている。策定されたサービス実施計画書に基づく利用者の情報が職員に正確に伝わるようにユニットでのミーティングや提供板の利用が行なわれ、情報の共有化が図られている。</p> | | |
| <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。</p> | | |
| 43 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービス実施計画の見直しは具体的な支援、解決方法を検証して、変更に関する利用者の意向を確認して利用者、家族から同意を得ている。</p> | | |
| 44 | <p>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、職員間で共有化している。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービス実施計画書の実施が適切に記録されて、職員間で共有化されている。ユニットの介護日誌、日々の利用者の体調管理状況、生活ぶりや会話、家族連絡等が記録されている。計画書どおりのサービス提供が行われているか各ユニットの申し送りの提供板で確認する仕組みとなっている。</p> | | |
| 45 | <p>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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>個人情報保護規定と利用者の記録の管理の規程は法人で作成され、情報開示のルールも定められている。ケース記録はリーダーが管理者となり、ファイルは総務課で保管され、PC上のデータは事業所のサーバーに保存されている。緊急時における対応も検討されている。</p> | | |

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保 IV-1

個別サービスの提供

| | | |
|---|--|---------|
| | | 第三者評価結果 |
| <p>IV-1-(1) 支援の基本</p> | | |
| 46 | <p>IV-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。</p> | a・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の一日の過ごし方は、サービス実施計画に生活のメリハリを付け、寝たきり防止の観点から作成されている。更に、職員が気づいた情報を共有するために、利用者の一日の過ごし方を連絡ボードに記入している。</p> | | |
| 47 | <p>IV-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。</p> | a・b・c |

| | | |
|---|--|-------|
| <p><コメント></p> <p>利用者の意向や希望を十分聞き取るために、接遇に関する継続的な検討、研修を行いコミュニケーション深める工夫が望まれる</p> | | |
| <p>IV-1-(2) 身体介護</p> | | |
| 48 | IV-1-(2)-① 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>マニュアルが作成されている。利用者の心身の状態や希望等に応じて入浴できるようにしている。入浴が困難の時は部分清拭を行っている。サービス実施計画書に記載、記録されている。</p> | | |
| 49 | IV-1-(2)-② 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>マニュアルが作成されている。オムツの随時交換や個室トイレの随時介助、共同トイレを使用する時はカーテンで仕切るなどプライバシーに十分配慮している。排泄自立が可能となるようにトイレでの必要な介護を行っている。</p> | | |
| 50 | IV-1-(2)-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>自力で移動ができるように支援している。福祉用具が利用者の心身の状況にあっているのか、常時点検をおこなっている。心身の状況に合わせた福祉機器、福祉用具が用意されている。</p> | | |
| 51 | IV-1-(2)-④ 褥瘡の発生予防を行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>委員会が設置されマニュアルも作成されている。職員には年1回研修が実施されている。</p> | | |
| <p>IV-1-(3) 食生活</p> | | |
| 52 | IV-1-(3)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の嚥下能力に合わせて工夫して提供している。リスクマネジメント委員会で事故対応、予防等月1回開催されて対応している。</p> | | |
| 53 | IV-1-(3)-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | ㉓・b・c |
| <p><コメント></p> <p>利用者の食事提供は利用者の心身の状態にあわせて実施されている。誤嚥の緊急対応としてフロア毎に吸引器を設置している。利用者の栄養ケア計画が作成されていて、体重の測定も実施されており低リスク予防のための観察を行っている。</p> | | |
| 54 | IV-1-(3)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | a・㉓・c |

| | | |
|---|--|-------|
| <p><コメント></p> <p>マニュアルが策定されている。歯科医師、歯科衛生士の助言、指導を受けて、定期的にチェックを行っている。口腔機能の低下予防、口腔の乾燥、誤嚥性肺炎の予防のための体操を毎食時実施していくことも期待される。</p> | | |
| <p>IV-1-(4) 終末期の対応</p> | | |
| 55 | IV-1-(4)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>終末期を迎えた場合の対応の手順として、事業所で行う医療的ケアに関する指針にかかわる同意書及び看護職と介護職の連携による医療的ケアに関する指針が作成され、職員への研修が行なわれている。医師・医療機関との連携がとられている。</p> | | |
| <p>IV-1-(5) 認知症ケア</p> | | |
| 56 | IV-1-(5)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>残存機能保持の計画、日常生活能力、役割等が支援計画に記載されている。職員には2ヶ月に1回研修予定である。</p> | | |
| 57 | IV-1-(5)-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>居室には氏名が表示されて、トイレ等の表示が明確にされている。居室には馴染みの物が飾られて安心できる環境となる工夫が行われている。</p> | | |
| <p>IV-1-(6) 機能訓練、介護予防</p> | | |
| 58 | IV-1-(6)-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。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>サービスの実施計画書には機能訓練のプログラムとしてその人の残存機能を保持する為にレクリエーション、趣味活動、行事等への参加が計画されている。ピアノを弾く、ぬりえ、碁を打つなど利用者の希望に応じて催しを企画している。</p> | | |
| <p>IV-1-(7) 健康管理、衛生管理</p> | | |
| 59 | IV-1-(7)-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。 | ㉖・b・c |
| <p><コメント></p> <p>体調変化時の対応マニュアルが作成され職員への周知が図られている。医師による週1回の定期回診が行なわれ、利用者の希望に応じてインフルエンザ予防接種や肺炎球菌ワクチンの接種等の疾病予防を行っている</p> | | |
| 60 | IV-1-(7)-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | ㉖・b・c |

<コメント>

感染症対策委員会、衛生委員会の規程が作成されている。職員の為の環境整備、保護具が用意され、救急用具、機械設備点検が定期的実施されている。

IV-1-(8) 建物・設備

61

IV-1-(8)-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。

㉓・b・c

<コメント>

器具関係の定期保守点検がおこなわれている。各ユニット内の温度、居室も体調に応じて調整している。玄関、1階のフロアや廊下には椅子が設置され休憩できるようになっている。自動販売機も利用できる。

IV-1-(9) 家族との連携

62

IV-1-(9)-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。

a・㉔・c

<コメント>

事業所での行事開催時やレクレーション等の催物、お便りで近況報告されている。定期的にアンケート等を実施し、運営に対する要望の聞き取りを行なって行くことが期待される。