

第三者評価結果【りんどう苑】

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>ホームページ、パンフレットに掲載し、広報誌は3か月に1回利用者家族及び安代地区全戸配布している。また、職員全体会議、中長期策定委員会及び家族会総会等により周知されている。基本理念からの長期ビジョン、重点目標を掲げ行動計画を示しており、福祉サービスに対する考え方や姿勢を示すものとなっている。</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>中長期計画策定は、社会福祉法、盛岡北部介護保険事業計画、八幡平市高齢者福祉計画、八幡平市地域福祉計画等に沿って策定されている。また、戦略課題評価シートを使用し多職種から出された経営課題が共有され、福祉ニーズについては自治体が公開している介護保険事業計画を基に地域の福祉ニーズの概要がおさえられている。</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。	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>幹部職員による経営課題評価シートを活用し経営課題を明確化している。中長期計画策定委員会の構成員は評議員、理事、幹部職員となっており、経営層と職員が経営課題を共有し取組を行っている。職員同士の検討の場には介護士会議やデイサービス会議などセクションによって意見交換を行っている。ただし、例えば法人のあり方について、職員が長期的視野に立って検討する機会等の設置を工夫されたい。</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・長期的な事業計画及び収支計画を策定しているが十分ではない。</p> <p>重点項目ごとに経営課題を打ち出し、課題とあるべき姿のギャップを埋める取組を打ち出している。中長期計画は社会情勢や取り巻く環境に応じて随時見直しを図っているが、具体的な数値目標や成果の設定が明記されていなく改善の余地がある。</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>中長期計画の内容が反映されたものとなり、定量的な目標計画ではないが計画内容は具体的に示している。収支予算においても事業計画に則した内容となり、適切に策定されている。</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。</p> <p>事業計画書作成の手引きに基づき、職員が参画の下、策定に当たっている。事業計画の実施状況においても、あらかじめ定められた時期、手順に基づいて行われている。事業計画は職員全体会においてポイントのほか、取り巻く環境等についても説明されている。</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 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。 事業計画の内容は毎年家族会総会等を捉えて、配付、説明を行っているが、利用者に対して有効かつ適切な周知方法が確立しておらず、課題が残るところである。</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 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。 サービス向上委員会を業務評価・改善を検討する機関と位置付け、満足度調査等委員の意見をもとに、個別支援の向上を図っている。また、部門ごとにPDCAサイクルを活用した評価を行い次年度の事業計画を作成している。第三者評価受審を積極的に行っているものの、定められた評価基準に基づいた自己評価が年1回以上行われておらず各種委員会等に抱き合わせるなどの工夫をされたい。</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。	a
<p>評価者コメント9 評価結果を分析し、明確になった組織として取組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。 サービス向上委員会において第三者評価結果をもとに課題の抽出と改善策を検討している。改善方法は3段階に分析して、すぐできること、次年度で検討すること、中長期計画で検討することと段階的な解決を目指している。</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。	a
<p>評価者コメント10 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。 年度当初に全職員を対象とした会議で、管理者の経営・管理について述べている。組織規程を定め、月1回の経営会議を主宰し、各サービス部門の多方面の状況を確認し検討している。また、定期的(3か月ごと)に職員面談を実施し、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう前向きに取り組んでいる。</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 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。 具体的な法令関係については、経営会議を通じ、管理者から職員へ周知している。年度当初に全職員を対象とした研修会を開催し、基本理念、コンプライアンスや職員の処遇等に関わる法令に加えて職場におけるルールブックをもとに周知が図られている。また、各種マニュアルについても体系化され理解を深めるシステムになっている。</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。	a
<p>評価者コメント12 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十分な指導力を発揮している。 社会福祉法人としてサービスに関する事項は経営会議にて検討し、利用者等に対するサービスの質についての視点はサービス向上委員会、介護士会議では対人援助サービスの内容について検討している。職員からの意見は各会議で聴取し、職員研修教育等については年次事業計画に示し、ハード面、システム等については中長期計画に定め計画的に充実が図られている。</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 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。 毎月経営会議を主宰し、経営実績シート報告の上、人事、労務、財務等経営状況の分析を行っている。各制度の情報や時間の使い方を提案し、職員が働きやすく、サービス利用者にとっても有効であるような取組を行っている。また、各種委員会活動に属し、運営基準や各種制度に照らし合わせて、職員が効果的な事業運営を目指していくために指導助言し管理者の任に当たっている。</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>事業所ごとの人員配置体制が明記され、福祉サービスの提供に関わる専門職の配置等については介護保険制度上の加算算定可能な体制がとられている。</p> <p>人材確保についてはホームページを充実し、時代に合わせた採用方法が実施されているものの、人材の採用計画(いつ、何人、何職種等)について具体的な数値目標の設定を盛り込むことを工夫されたい。</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。</p> <p>事業計画では「期待する職員像」を明示している。職員との個別面談を通しキャリアパス基準、人事考課制度により個別に期待する職員像を示している。職員処遇(給与や有給取得、時間外労働、特別休暇等)については、新たな取得加算を促進し、法令に合わせて処遇改善に努めている。また、ホームページのリクルートサイトでは将来が描きやすいように可視化されている。</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。</p> <p>ワークライフバランスを大切にするため、年間休日数は最低基準を大きく上回る116日で有給休暇、時間外労働データは定期的に取得し就業状況を把握している。また、育児、介護をしながら仕事に専念してもらうため、休暇は有給としている。健康診断では一般健診のほか、希望に応じて婦人科健診、人間ドックを併用できるようにしているなど、職員の就業状況や意向をしっかりと把握し、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。	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>良質な福祉人材の確保と育成する社会福祉法人として、人事考課制度システム及びキャリアパス基準に照らし合わせ、職員各自の目標設定と目標管理がなされ、その目標達成に向けて業務管理シートを用いた面談を行い職員一人ひとりの方向性が明確になるように工夫されたい。</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>組織として職員に必要とされている専門資格は職員全体会を通じ、具体的にはケアマネジャーが組織運営上必要であることを施設長から伝達し情報共有し、キャリアパス基準に基づき、職位、職責に応じた研修を実施しているが、策定された教育・研修計画に、誰が、いつ、どの研修をするなど具体性のある数値目標の設定が望まれる。</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。</p> <p>新任職員にはチューター制度を導入しておりOJTを徹底している。資格取得については介護福祉士をはじめ、専門職として必要な資格取得の推進を行っている。具体的には資格取得支援制度を導入したり、無資格者には介護職員初任者研修を受講させるなど個人のスキルアップに努めている。また、正規職員のみならず非常勤職員の希望も取り入れ、バランス良く定期的な研修となるよう配慮されている。</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。	a
<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、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。</p> <p>平均すると、3か月に1度ペースで実習生を受け入れている。介護福祉士養成校実習とその他の実習については別のプログラムを用意し、その専門性に配慮した実習指導がされている。また、養成校の巡回指導には実習指導者も立ち会うようにしており、養成校とも連携をとりつつ、個々の学生について情報共有されている。</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。 ホームページ等の活用により法人の理念、基本方針を明示し、情報公開規程に基づき定款、役員名簿、事業計画、予算書、事業報告書、決算書、苦情対応状況など公開されている。広報誌は利用者家族及び安代地区へ年4回全戸配布しており、地域に向けて情報発信を行っている。第三者評価結果についてもホームページの他、介護サービス情報の公表においても公表されている。</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。 経理規程に基づき事務、経理、取引にかかるルールの徹底と、定款細則、組織規程に基づき適正な運営に努めている。10年程前から外部会計監査を委託しており、定期的な会計監査を実施、随時改善に努めている。法人自主点検を毎年実施しており、ガバナンスの強化が図られている。</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。 りんどう苑夏祭りはすでに地域の祭りとして定着しており、地域住民の協力及び参加の下で開催されている。他にも、施設近隣で開催されている軽トラ市への参加を通して地域住民と関わる機会を設け、地元の小中学校の学校行事が開催される際には参加できるように企画している。利用者の買い物については希望があった際に購入できるよう対応できている。</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。	a
<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おり、受入れについての体制が整備されている。 ボランティア受け入れ規程及びマニュアルにおいてその姿勢を明文化し、出前講座を行うことでボランティア教育について学校とも協力して行っている。</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。 居宅介護支援事業所が地域ケア会議等へ出席したり、施設長が関係団体の会議に参加することで諸関係機関との連携や地域ニーズの把握を行っているが、そのことについて、職員会議等で職員間での情報共有を図られたい。</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。	b
<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行っているが、十分ではない。 地域ケア会議へ出席し、各関係機関との情報交換に努めているものの、主体的に地域運営委員会等開催しておらず、福祉ニーズの把握には十分とは言えない。また、「介護の日」「福祉を知る日」などの事業に取り組み、地域の福祉ニーズの把握が求められる。</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。 生活困窮者の支援事業として社会福祉事業にとどまらないIWTE・あんしんサポート事業を実施している。毎年開催しているりんどう苑夏祭りは多数の来場者があり地域のコミュニティづくりの一環を担っている。災害時には福祉避難所として開設することとしており、地域住民の安全、安心のための支援を行っている。</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。	a
<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が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。法人の倫理綱領、行動指針によって基本姿勢が明示されている。また、年度始めの法人全体会の際に基本姿勢について職員と共有している。施設内に設置された人権擁護委員会によって、不適切なケアについての状況把握や改善の検討、研修等が実施されている。</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。	a
<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、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。</p> <p>平成29年の施設改修工事によって多床室の間仕切り、カーテンの設置等を通して準居室化を図るなど、環境面でのプライバシー保護に努めている。また、施設内の各業務マニュアルの中にプライバシー保護のための配慮や行動を具体的に記述しており、職員に対してプライバシー保護に関する研修の場も設けている。上記内容について、年に1度開催する家族会総会にて周知を行っている。</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>ホームページ、パンフレット、定期発行の広報誌を通して、基本方針、基本理念、サービス内容等の様々な情報を、写真を多用してわかりやすく発信している。改装後に見直した面会室には、来訪者が見ることができるようパンフレットや利用内容を明記した冊子等を設置し、情報提供を行っている。利用希望者へはパンフレットを渡して説明を行い、見学にも対応している。</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。	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>サービスの開始に当たり、組織として定められている重要事項説明書、契約書を用いて説明、契約を行っている。今後は、利用者の同意を得るまでの過程の記録の作成や、意思決定が困難な利用者や家族への配慮について、組織としての標準的な方法をルール化していくことが望まれる。併せて、サービスの開始に係る説明や契約業務のマニュアルを組織として整備し、活用することが望ましい。</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>利用者の入院時に「看護サマリー」を発行し、医療面での引継ぎに配慮を行っている。ただし、福祉サービスの継続性に配慮したマニュアル等は整備されておらず、事業所としての共通の対応や方針が明確にされていない。施設の特性上、他サービスへの移行や家庭への復帰等の例は少ないとしても、今後の事例に備え、担当者や必要な引継ぎ文書、家族への説明内容等を明確にしたマニュアルや手順書の整備が求められる。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		第三者評価結果
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇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、その向上に向けた取組が十分ではない。</p> <p>毎年、家族会の総会を行い、その場で職員と家族が話をする機会を設けている。毎年利用者家族に対しアンケートによる満足度調査を行い、職員で構成するサービス向上委員会にて情報提供し今後のサービス改善につながるよう検討を行っている。しかし、その検討会議に利用者は参画しておらず、また、回答者は家族のみであり、利用者本人が対象ではない。今後は、利用者本人を対象とした満足度調査の実施や、利用者参画、もしくは利用者の意向をできる限り反映していくような検討会議の設置等が望まれる。</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。	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。苦情に対して規定やマニュアルに沿って受付、解決まで行っている。受け付けた苦情は、リスクマネジメント委員会によって具体的な改善方法等について検討され、広報誌等を通して解決状況等について公表されている。事業所玄関には苦情受付のための投函用ハガキが設置され、家族等が苦情を申し立てやすい環境の整備に努めている。</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。	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>面会室を設置し相談しやすいスペースを設け、また、「ご利用者ご家族等アンケート用紙」を年に1度配付し、意見・要望の把握に努めている。ただ、施設内には「意見箱」を設置しているが、収集実績が十分ではない。利用者が意見・要望を述べやすいような環境整備をさらに進め、複数の選択肢の中から選ぶことができるよう利用者によりわかりやすく伝えるなどの配慮について改善が望まれる。</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>意見箱の設置や定期的なアンケートによって意見要望を収集している。また、意見等について日々の介護ミーティングを通して対応の検討を行っている。ただ、相談・意見等を受けた際の手順や対応等について定めたマニュアル等を設置していない。苦情解決マニュアルとは別に、「相談・意見・要望」等に対してどのように対応していくか、組織としての方針や標準的な実施方法を明確にするマニュアル等の作成が望まれる。</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。	b
<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>法人の定めた「事故発生防止対応指針」に基づき、リスクマネジメント委員会を開催して要因分析や対応等を話し合っている。事故後の終結に向けての確認や報告も行っている。また、介護職員もリスクの情報共有に努めるように、申し送り時とは別に午後業務前にもミニカンファレンスを開いており、事故防止についての職員研修会も開催している。しかし、事故要因の分析や改善策・再発防止策を講じるために行うヒヤリハットなどの事例等の収集がわずかで、事故として取り扱っている事例や発生した事故に対応した再発防止策の検討・実施に十分に結びついていない。</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。	b
<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ているが、取組が十分ではない。</p> <p>法人が定める「感染症又は食中毒の予防及びまん延防止のための指針」に基づいて責任と役割を明確にした管理体制が整備され、委員会も設置して感染症の予防と発生時等の対応マニュアル等を作成して必要な情報共有や必要事項について対策が示されている。現職員には年2回の職員研修会(外部講師の招聘、動画研修)において感染症について勉強会も開催している。しかし、過去にインフルエンザのまん延があり、現在も複数の利用者で褥瘡の発生が見られるなど、感染対策が十分に機能しているとは認めがたい。感染症対策マニュアルを業務手順がより具体的で実効性があるものとし、有効活用できるようにすることが求められる。</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。	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>法人が定めた防災管理規程を基に災害時の対応体制が決められている。災害時における職員との連絡方法も、一斉メール配信と停電・非常時において通話可能な電話番号を共有しているなど対策も講じている。災害時の食糧についても常に最新の備品台帳を備え置き、防災訓練時に実際に炊き出し訓練を行っている。防災計画等も整備し、防災訓練は定期的に消防署、消防団、地域防災組織の沢目むつみ会と連携するなど体制をもって実施している。</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。	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>施設で提供する福祉サービスについての「業務マニュアル」が作成されており、ケア項目ごとのマニュアルを整備している。施設サービス計画書の更新時には、担当する職員にも文書によるモニタリングの協力を得ることで、更新時の担当者会議につなげ周知徹底するための方策も講じている。今後は、標準的な実施に当たってケア項目ごとのマニュアルだけでなく、利用者一人ひとりの標準的な実施方法として取り組んでいる「個別ケアマニュアル(24時間シート)」の充実を期待する。</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・見直しは十分ではない。</p> <p>サービスの実施に当たっては定期的な検証・見直しのほかに、ケアプランの内容に変化があった場合にその都度サービス担当者会議を開催し、利用者本位のケアプランの作成に努めている。また、委員会では心身の状況等に合わせたケア方法の見直しもやっている。今後は、検証・見直しに当たり、他の職員や利用者等からの意見や提案も反映されるような仕組みが望まれる。</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を策定するための体制が確立しており、定められた手順により多職種の意見に基づいて策定が行われている。また アセスメント、ケアプランの作成、実施、モニタリング、評価など、福祉サービスが実施されていることを確認する仕組みも構築し十分に機能している。状態変化に応じた随時の見直しと、状況等に変化がない場合は6か月ごとを基準としたアセスメントを実施している。利用者一人ひとりの具体的なニーズの情報収集として、家族、本人からの聴き取り、介護職との合議で実施されており、入所利用者には24時間シート(個別ケアマニュアル)を作成して、カンファレンスに活用できるようにしている。</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>ケアプラン策定の手順を定め、6か月を基準とした評価とモニタリングを実施し、状況に変化のあった場合は、随時サービス担当者会議を開催して見直しを行って関係職員に周知する手順も定めている。また、短期目標満了時期にも見直しを行い、利用者・家族に計画内容を説明し同意を得ている。直近のサービス担当者会議の検討事項は介護・看護職に閲覧できるようにして周知を図っている。申し送り時には要点や変化した事項を各部署に共有できるアセスメントシートを作成して、活用しながら周知・共有をするように努めている。</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。	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>介護記録は「介護記録マニュアル」に基づいて行われ、パソコンのネットワークシステムを活用した職員間で共有できる統一した記録方式を実施している。また、記録する職員で記録内容や書き方に差異が生じないようにマニュアルで定められている。ケース記録にも記録を書く職種や重要性に応じた種類分け、個々のサービスに必要な項目を抽出して一覧や引継ぎができるように情報の流れを明確にして医務・介護・栄養職員との情報を共有化し、サービス実施計画の実施状況を確認することができる仕組みも整備されている。</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。	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>文書取扱規則に基づいて、記録の保管、保存、破棄に関する規定を定めており、適切な記録管理に努めている。また、個人情報の取扱いについても、「個人情報管理規定」や職員が就業規則において守秘義務が課せられており、情報の安全管理について明示されている。職員にはID、パスワードが付与され第三者による使用が不可能となるなど万全を期して取扱いを厳重に行うように喚起しているが、管理体制にはまだ課題があり、個人情報保護の観点から職員に対して更なる教育や研修が望まれる。</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>利用者の暮らしに対する意向は、ケアプラン作成・見直し時に本人や家族から確認し施設サービス計画書に反映させている。苑内・苑外行事は複数用意され行事委員会が企画している。地域行事に参加する際は、実施計画書に前日入浴の実施や外出時の支援上の留意点を具体的に記載し、楽しく過ごせるよう配慮している。一方、施設サービス計画書におけるサービス内容の記載方法については課題が残る。観察ポイントや職員の動きを具体的に記載することにより、職員の支援に対する意識が高まり、さらにサービス内容の見直しや改善に取り組みやすくなる。</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>平成29年度から24時間シートを導入し、利用者理解を深めコミュニケーションに反映させるよう取り組んでいる。難聴や話すことが困難な利用者に対しては、身振りや筆談、コミュニケーションカードを使用するなど工夫している。尊厳に配慮した接し方や言葉づかいに関しては、人権擁護委員会が中心となり、知識向上を目的とした研修会を開催している。しかし、時折適切でない言葉を使用する場面もあると認識している職員もいることから、さらなる意識向上と実践を期待する。</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。	a
<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徹底されている。</p> <p>法人として人権擁護委員会を設置し、人権擁護及び権利侵害の防止に取り組んでいる。平成26年度から、全職員に対して人権擁護自己評価を実施している。評価表は25項目で構成され、無記名で委員会に提出する。集計結果に対するコメントを各部署から収集し、それを回覧して自己啓発につなげるように工夫している。また、外部の人権擁護研修会に参加した職員が自施設実習に取組む際は、他の職員も参画可能な実習計画を作成し、気づきを共有できるよう工夫している。</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>平成29年度から5か年間の充実計画を策定し、利用者のプライバシー保護と生活環境の向上を目的に、準個室化の改修工事を行った。安全面に配慮した床材や消臭効果のある壁材を取り入れ、安全面と快適性の両面に配慮している。食堂にはカウンター席も用意され、その日の気分や体調に合わせて一人で食事することも可能である。面会室が2か所あり、家族や知人と気兼ねなく落ち着いて話せる環境が整えられている。</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。	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>入浴マニュアルは一般浴、特浴、手浴、足浴、清拭の5種類を独自に作成している。手順のみでなく、プライバシーや羞恥心に配慮したマニュアルとなっており、必要に応じて改訂している。個別の入浴方法を見直す場合は、毎日行うミニカンファレンスで検討し、結果を回覧して周知している。入浴を拒否する利用者に対しては、入浴時間や担当職員を変更するなど対応を工夫している。皮膚疾患のある利用者に対しては、看護職員と介護職員が連携し、入浴回数や留意点を個別に検討した上で対応している。</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>利用者の心身状況、意向、安全面を考慮した上で排せつ支援を行っている。歩行状態や排せつ場所により、居室の位置や個々の居室内環境に配慮し、自然な排せつを促すよう取り組んでいる。安易にオムツを使用するのではなく、トイレやポータブルトイレでの排せつが行えるよう支援している。トイレには可動式のアームバーを左右に設置し転倒防止に努めている。転倒の危険性が高い利用者がトイレで排せつする際は、複数の職員で介助することを徹底し、施設サービス計画書に明記し周知を図っている。</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>移乗介助マニュアルは、麻痺の有無や介助の必要性に応じて対象者ごとに作成している。移動のための福祉用具は、身体機能や環境に合わせて選択できるよう、杖、歩行器、シルバーカー、車いす(二種)を用意している。自分で安全に移動できるよう、移動距離や使用する用具を考慮して居室の場所を決めている。移動に当たっては、食事時間帯が最も混雑するため、接触事故や転倒につながらないよう職員による誘導や見守りを意識している。</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>美味しさと食べやすさに配慮した食事提供に取り組んでいる。食事形態は主食4種類(白米、軟らかご飯、粥、粥ミキサー)、主菜5種類(常食、軟菜食、なめらか食、ミキサー食、流動食)を提供している。見た目の美しさを残した状態で食材を軟らかく仕上げる「軟菜食」を取り入れ、食べる楽しみを持ち続けられるよう工夫を重ねている。週1回選択メニュー、月1回いわて食材の日を設け、選ぶ楽しみや季節感を感じてもらおう取り組んでいる。毎年度嗜好調査を実施し、その内容を食事サービス委員会や給食会議で検討している。その結果を献立や食事量、介助方法に反映させ、利用者満足の向上に努めている。</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が、十分ではない。</p> <p>利用者ができる限り自分で食事ができるように食器を変更したり、自助具を活用している。また、周りの利用者に気兼ねせず自分のペースで食事ができるように、必要に応じて朝食・夕食は時間を早めて食事を提供する工夫をしている。食事形態や本人の食べるペースを観察し、迅速な対応が必要な場合はミニカンファレンスを活用し柔軟に対応している。しかし、誤嚥や窒息など食事中に想定される事故への対応については、実技を含めた研修実施や個別指導には至っていない。栄養ケア計画に関しては、試行的に作成している段階であることから、今後の本格的な実施を期待したい。</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</p> <p>利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。</p> <p>平成29年10月から歯科衛生士を配置し、口腔ケアの向上に取り組んでいる。施設の口腔ケアの課題を踏まえて年間計画書を作成し、具体的な実施方法を明記している。実施に当たり、職員に習得してほしい知識や技術が示されているため、到達度を確認しやすい仕組みとなっている。歯科衛生士の勤務時間は8時から17時までのため、利用者の口腔内の観察や介護職員へのブラッシング指導が行いやすい体制となっている。なお、新任介護職員に対しては、年度当初に歯科衛生士による個別指導を実施している。口腔ケア計画は歯科衛生士が作成し、毎月見直しを行っている。</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>褥瘡発生予防マニュアルは、褥瘡ができやすい要因や体位変換のポイント、ポジショニングの効果について図や写真を取り入れ作成している。医師からの加療指示がある利用者については、医務が行う処置と介護上の留意点を整理し、褥瘡予防対策委員会が注意喚起している。当施設は褥瘡発生予防に努めてはいるが、褥瘡の発生している利用者が数名いる。長時間の臥床や接触が原因であることを踏まえると、発生予防に関しては課題が残る。事例をもとに発生原因や医療との連携手順、支援内容の振返りを行い、褥瘡発生予防・ケアの充実につなげることが必要である。</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。	a
<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を確立し取組を行っている。</p> <p>介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を安全かつ適正に実施するため、安全対策委員会設置要綱に基づき体制を整えている。要綱には安全管理体制のほか、実施手順や役割分担が示されている。ほぼ全ての介護職員が医療的ケア研修を修了しており、積極的に研修への参加を促している。職員への個別指導に関しては、年1回以上看護職員から個別指導を受け、実施手順や留意点を確認している。</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。	C
<p>評価者コメント13 機能訓練や介護予防活動は行っていない。 日課としてのラジオ体操や食事前の嚥下体操は行っているが、利用者の心身状況に応じた個別の機能訓練や計画書に基づく介護予防活動は実施していない。機能訓練指導員を2名配置しているが、終末期ケアや経管栄養を必要とする利用者も一定数おり、看護業務を優先せざるを得ない状況であると思料される。リハビリ委員会を設置しているが、十分な活動はできていない。機能訓練・介護予防活動の現状や課題、取組方針について検討する機会を設け、施設としての方針を示すことが望まれる。</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。 認知症介護実践者研修や認知症介護実践リーダー研修への参加を通して、認知症に関する知識や技術の習得に努めている。利用者間のトラブルを防止するため、同室者や食事の席への配慮、職員による見守りや誘導を行っている。利用者の生活にハリを与え、季節感を感じてもらうことを目的とした活動として、歌の会や行事への参加が挙げられる。しかし、認知症の利用者の状態(例えば行動・心理症状)に配慮したケアの取組を評価・見直す仕組みは十分とはいえない。観察・実践・記録に基づき評価する仕組みを期待したい。</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。	b
<p>コメント15 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。 利用者一人ひとりの体調を把握するため、バイタルチェックや服薬管理を行い記録している。異変の兆候に早く気づくために24時間シートを活用し、情報共有を図っている。しかし、利用者の体調変化時・事故発生時の対応に関する研修については、特定の職員が外部研修に参加するにとどまり、職場内研修会は実施していない。特に夜間は限られた介護職員のみが対応する形となるため、応急手当てや連絡方法をあらかじめ確認しておくことで迅速かつ適切な対応につながる。</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 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。 看取りに関する指針に基づき、終末期を迎えた場合に提供できる環境や支援について、利用者・家族に説明した上で意向を確認している。できる限り本人・家族の意向を尊重する方針であり、平成29年度以降の看取り対象者は毎年度10名を超えている。施設で実施する看取り研修会には全職員が参加し、対応方法や留意点について理解を深めている。介護職員の負担を軽減するため、看護職員から適宜声かけを行っているが、精神的なケアの実施には至っていない。亡くなった利用者の看取りケアについて振り返る場を設け、今後の終末期ケアに生かすことを期待したい。</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 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 体調変化時や報告事項がある時は、家族へ状況を報告している。利用者と家族が交流を深められるよう行事を企画し参加を呼びかけている。施設サービス計画書の見直し時には、利用者の様子を伝えるとともに家族の意向を確認している。家族の意向はサービス担当者会議において共有している。家族会総会において、家族からの要望を把握する機会を設けている。面会に訪れた家族が気兼ねなく過ごせるよう、面会室を整備し環境づくりに努めている。</p>		