

(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:地域密着型介護老人福祉施設三峯の杜	種別:特別養護老人ホーム	
代表者(職名)氏名:施設長 齊藤敦子	定員・利用人数: 49名	
所在地:岩手県釜石市鶴住居町第2地割22番地1		
TEL:0193-27-8040	ホームページ:http://www.iwate-tokueikai.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:平成25年3月27日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人岩手徳栄会 理事長 齊藤裕基		
職員数	常勤職員: 38名	非常勤職員: 7名
専門職員	施設長 1名	
	生活相談員 1名	
	介護支援専門員 1名	
	看護師 3名	
	栄養士 1名	
	機能訓練指導員 1名	用務員 1名
	介護職員 28名	介護職員 6名
	事務職員 2名	
施設・設備 の概要	居室(全室個室) 特養 29床	個浴 1か所/階
	ショート 20床	地域交流室・会議室
	共同生活室 1か所/1ユニット	相談室
	トイレ 3か所/1ユニット	医務室
	特殊浴室 3か所/2階	家族控室
	1か所/1階	ホール・機能訓練室

③理念・基本方針

基本方針「暮らしの中に意義がある 文化を育み安心な暮らしへ」
理 念 「和顔愛語」親しみやすく温かい態度とことばで接します
「職楽職充」仕事にやりがい感と楽しみをもって続けます
「人在育成」人が在ることに感謝し、互いに育み成長します
「和衷共同」心を同じくし共に力を合わせます

④施設・事業所の特徴的な取組(サービス内容)

利用者さま一人ひとりの生活を大切にしたユニットケアを提供します。
地域の子供たちからお年寄りまで、住民の方々に貢献できる取り組みを進んで実践します。
困っている方々に寄り添い、力になれるよう「断らない・受け入れる」を基本姿勢とします。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30 年 6 月 15 日（契約日） ～ 平成 31 年 2 月 4 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

適切なアセスメントによる福祉サービスの実施計画の策定

アセスメント手法に基づいてケアマネージャーがケアプランを作成し、そのプランを基に介護職員が聞き取りシートを作成している。多職種の関係職員で協議して 24 時間シートに反映させ、利用者の意向も踏まえて福祉サービスが提供・実施されている。関係職員間での情報共有システムも構築されており、ユニットケアによる個別的、家庭的なサービスの充実に向けて取り組んでいる。

◇ 改善が求められる点

中・長期ビジョンを明確にした計画の策定

法人を取り巻く環境について、強み・弱み・機会・脅威の 4 つの視点から、外部環境・内部環境の分析が行われ、課題や対応策が示されているほか、経営状況や改善課題についても把握・分析されている。一方、現段階の計画では、経営戦略の項目への中期ビジョン、長期ビジョンといった表記や、第二期から第四期までの新規事業に対する概略が示され、大枠としての捉え方はなされているが、経営環境や経営状況の分析結果やデータ等が反映された具体的な計画までは至っていない。

理念・基本方針の実現に向けて、自施設としての将来ビジョンを踏まえた中・長期事業計画及び中・長期収支計画の策定が求められる。なお、中・長期計画は、職員の行動に結びつくものであり、策定に当たっては関係職員の参画の下、進められることが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

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【三峯の杜】

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。	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>法人の基本理念、基本方針ともに明文化され、社会的使命・役割も含めて、三峯の杜事業計画をはじめ、ホームページ、広報誌(三峯通信)等に記載されている。職員への周知については、全体会議における職員手帳の活用や毎朝ミーティング時の理念唱和のほか、名札裏への理念用紙の挟み込み等を通して周知が図られている。利用者や家族に対しては、広報誌や施設内掲示によるほか、敬老会時(家族)の説明を通して周知されている。また、隔月で開催される運営推進会議(利用者・家族代表、地域の方等も出席)においても広く周知が図られている。</p>		

I-2 経営状況の把握

I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	I-2-(1)-① 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
<p>評価者コメント2</p> <p>事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。</p> <p>社会福祉事業に関する動向については、各種研修会をはじめ、福祉関連月刊誌の定期購読、WAMネットの活用等により把握されているほか、県・市が主催する説明会・情報交換会や釜石市介護施設連絡協議会、釜石大槌医介連携の会等への参加を通して、地域の福祉計画、福祉サービスのニーズ、利用者に関する情報収集等が行われている。また、釜石市地域包括支援センター運営協議会委員を務めながら自施設をとりまく環境把握にも努めている。さらに、SWOT分析による経営環境(外部環境・内部環境)の把握・分析を実施しているほか、消耗品等のコストや利用者の推移、利用率等の分析を毎月実施し、隔月開催の運営推進会議に報告されている。なお、光熱水費等のコスト管理に関しては、運営会議、全体会議にて周知が図られている。</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。	a
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>経営環境の把握・分析をはじめ、提供する福祉サービスの実施状況や財務状況等の現状分析は毎月の運営会議にて行われ、経営状況や改善課題が整理されている。経営状況や改善課題等は事業活動報告書にまとめられ、年4回開催される理事会において共有がなされているほか、職員に対する周知(職員手帳活用)も図られている。また、経営課題の改善に向けた取組の一つとして、コスト管理(電気料金削減:復興パワー5%+3%削減)に関するグループワークを実施するなど、職員一人ひとりのコスト削減に対する意識化や経営参画意識の醸成に向けた取組も行われている。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	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・長期の事業計画も中・長期の収支計画のどちらも策定していない。</p> <p>法人を取り巻く環境について、強み・弱み・機会・脅威の4つの視点から、外部環境・内部環境の分析が行われ、課題や対応策が示されているほか、経営状況や改善課題についても把握・分析されている。一方、現段階の計画では、経営戦略の項目への中期ビジョン、長期ビジョンといった表記や、第二期から第四期までの新規事業に対する概略が示され、大枠としての捉え方はなされているが、経営環境や経営状況の分析結果やデータ等が反映された具体的な計画までは至っていない。理念・基本方針の実現に向けて、自施設としての将来ビジョンを踏まえた中・長期事業計画及び中・長期収支計画の策定が求められる。なお、中・長期計画は、職員の行動に結びつくものであり、策定に当たっては関係職員の参画の下、進められることが望まれる。</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。	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。</p> <p>単年度の事業計画は、12月の運営会議を経て、1月より反省・評価、課題集約、報告書作成、次年度計画の策定、3月の理事会上程、という流れで策定されている。事業計画策定に当たっての職員の参画や意見集約については、各ユニットリーダーが職員の意見を集約し、運営会議にて反映される仕組みになっている。また、利用者・家族の意見反映については、12月～1月に実施する満足度調査の結果を反映することとしている。一方、法人の目標として「ご利用者様中心のサービスの実践と20年後も生き残る施設」を掲げているが、こうした観点からも、中・長期的な視点に立った事業計画が必要不可欠であり、その内容を反映した単年度事業計画であることが望まれる。</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。	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>事業計画の策定に当たっては、12月の運営会議を経て、1月より各ユニットリーダーが職員の意見を集約し、運営会議にて反省・評価、意見集約、報告書の作成、事業計画の策定等が順次行われ、3月の理事会承認後、新年度全体会議にて職員への周知を図っている。また、事業計画への利用者・家族の意見等は、満足度調査結果を踏まえて反映されることになっている。事業計画の進捗状況の把握については、毎月の運営会議にて行われ、随時見直しが図られているほか、全体会議においてもその都度周知がなされる等、組織的に取組が行われている。</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</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。</p> <p>利用者に対する周知については、施設内掲示や運営推進会議(利用者・家族の代表も出席)を通して周知に努めている。家族に対しては、敬老会の機会を利用し、パワーポイントによる事業計画の説明や意見交換を通して周知を図ったほか、資料配付も行われている。また、家族会の立ち上げについても次年度予定されている。一方、事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関する内容や行事等への参加を促すものであり、パワーポイントやわかりやすく簡潔にまとめた資料等の工夫により、周知を図る取組が望まれる。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
<p>評価者コメント8</p> <p>福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。</p> <p>法人の経営戦略の一つに掲げる「ご利用者様中心のサービスの実践」を踏まえ、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。利用者ケアの質的向上に関しては、ユニット会議、リーダー会議、運営会議の中で、目標立案、実施、進捗状況確認・修正(毎月)、年度末評価、次年度計画へ、という一連の流れで展開されている。また、利用者の安全安心できる環境づくりに関しては、リスクマネジメント、感染予防、防災の各委員会が、利用者が楽しんで暮らせる環境づくりに関しては、給食委員会、行事委員会、計画立案、実施、定時委員会にて進捗状況確認・修正、年度末評価、次年度計画へと、同様のサイクルでサービスの質の向上に向けた取組が行われている。今後とも自己評価等を通して、福祉サービスの質的向上に向けた、切れ目のない取組を期待したい。</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</p> <p>評価結果を分析し、明確になった組織として取り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。</p> <p>自己評価の分析結果については、課題を含めて文書化され、職員間においても共有化が図られている。課題の改善策については、自己評価結果も含め、各ユニット毎に提出される事業評価・反省とあわせて運営会議において検討され、次年度事業計画に反映される仕組みになっている。なお、次年度事業計画についても、運営会議において検討・修正を加えながら成案としてまとめられている。改善課題の実施状況の評価・見直し等も行われているが、今後とも計画的・組織的な取組を期待したい。</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。</p> <p>施設長としての役割と責任については、年度当初の運営会議、全体会議、各委員会(リスクマネジメント・感染症予防・防災)において、組織運営規程・組織機構図・業務分掌等により、職員への理解と周知が図られている。また、全体研修会が行われているほか、広報誌(三峯通信)においても管理者としての所信の一端が述べられている。さらに有事における施設長不在時の権限委任についても、「非常災害対応マニュアル」において代行者が明記されている。一方、施設経営をリードする立場として、理念・基本方針の実現に向けたビジョンの明確化と中・長期事業計画の早期策定が望まれる。</p>		
11	II-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント11</p> <p>施設長は、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。</p> <p>法令遵守に関する管理者の取組としては、コンプライアンスマニュアル(高齢者虐待防止法等を含む)による全体研修や、コンプライアンス行動自己チェックシートによる年2回の自己チェックをとおして、コンプライアンス意識の醸成に努めている。施設長自身も社会福祉法人役員研修に参加し、遵守すべき事項について職員への周知も図っている。また、福祉分野以外の雇用・労働・防災関連の研修に職員を派遣し、復命による法令等の把握や自施設の課題改善につなげている。さらに倫理綱領・法改正による通知等の周知、法人の諸規程の閲覧等、法令遵守に向けた具体的取組が行われている。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント12</p> <p>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。</p> <p>福祉サービスの質的向上に関しては、三峯の杜の特徴的なサービスの一つであるユニットケアをはじめ、個別援助計画の習得、24時間シート記録確立を課題と捉え、これらの取組が重要である旨を研修の場で宣言し、その推進に向けて指導力を発揮している。研修後のアンケートによる職員の意見やユニットリーダー研修、管理者研修に参加した職員の意見を踏まえながら、自施設におけるユニットケアの推進に取り組んでいる。また、いわてユニットケア研究会研修会やユニットケア実習施設(本県で実習施設として2箇所指定)への積極的な派遣等、職員の教育・研修の充実を図っている。さらに、感染症予防対策の取組として、自施設において実技講習等も実施されている。一方、提供する福祉サービスの質の現状把握・分析については定期的、継続的取組が望まれる。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	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。</p> <p>事業計画の進捗状況については毎月の運営会議で確認されているほか、業務課題や人員配置、働きやすい環境整備についても、主任やマネージャー等との相談、業務分担を図りながら積極的取組が行われている。また、運営会議、全体会議において、施設長による業務の実効性の向上に向けた指導・助言等も行われている。一方、経営改善や良質の福祉サービスの実現に向け、人事、労務、財務等の視点から、定期的な検証が望まれる。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
<p>評価者コメント14</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>法人の経営戦略の一つに「ご利用者さま中心のサービスの実践」が明記され、その実現に向けた福祉人材の確保や人材育成が計画的に進められている。福祉サービスを担う専門職の育成に関しては、無資格者を毎年新任者研修に派遣し、さらなる資格取得を目指す職員に対しては受講費や職専免等の配慮も行われている。また、キャリアアップ助成金、人材育成コースを活用した福祉人材の育成にも取り組んでいる。福祉人材の確保に関しては、福祉の仕事地域就職フェア、福祉の就職総合フェア、高校の先生との情報交換会、就職面談会、プチ勤務面談会、ハローワークでの事業所紹介等、担当職員による人材確保が積極的に行われている。なお、利用者の機能回復や維持訓練を担う専門職として機能訓練指導員も配置されている。三峯の杜では、職員の年齢構成や男・女のバランス等を考慮した、風通しのよい職場を描いて、人材確保に努めている。</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>法人の理念・基本方針を踏まえた「期待する職員像」が明確にされているほか、目標管理や人事考課制度も定着し、職員の理解が深まっている。人事考課制度は、目標管理や教育・研修とあわせて人材育成の要として位置づけられ、実施に当たっては、法人の定める「人事考課規程」に基づき、公正かつ客観的の考課が行われている。また、目標管理と人事考課は一体的に行われ、それぞれのシートによる面接及び考課が計画的に行われている。なお、目標管理、人事考課は正規・非正規問わず実施され、実施前には考課者の研修も行われている。さらに、キャリアパスについても、法人の「キャリアパスガイドライン」により実施されている。一方、人事基準の整備と職員への周知が望まれる。</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>職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータなど、職員個々の就業状況が的確に把握されている。また、個人面接(人事考課の一つ)や目標面接を通して職員の健康状態等が把握されているほか、リーダー・スタッフ間のコミュニケーションも図られている。働き方については、子育て等、職員の生活状況にあわせた就業形態を工夫するなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組が行われている。福利厚生については、インフルエンザ予防接種費用の半額補助等が行われている。長く働き続けられる風通しのよい職場環境を目指し、毎月開催している「お昼を一緒に食べよう会」は定着して参加者も多い。さらに、職員の希望を聞きながら、給与手当として、年末年始手当、勤務変更手当を新設したほか、リフレッシュ休暇や有給休暇積立制度等も検討されている。</p>		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
17	II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>評価者コメント17</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。</p> <p>人事考課規程(目標管理を含めた規程)により、目標面接、中間面接、年度末面接が、面接計画に基づいて実施されている。面接は、育成面接シート中心の面接であるが、併せて職員の健康状態や悩みごと等も含めて行われている。最終的には、面接済みの育成面接シートと考課済みの人事考課シートをあわせて、処遇等につなげる仕組みになっている。さらに、本人の弱み、強みを分析し、資格取得を含めて必要と思われる研修につなげ、人材育成が図られている。なお、目標管理、人事考課は正規・非正規問わず実施されている。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
<p>評価者コメント18</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。</p> <p>職員の教育・研修に関しては、目標管理や人事考課との有機的な連動を図りながら、教育体系、研修計画、新人職員教育計画に基づいた研修が行われている。経験年数や将来の意向等を配慮した研修で、教育体系による研修への派遣が行われているほか、外部研修の受講者による伝達研修(全体会議時、新任職員は除く)を実施している。また、新人職員研修に関しては、新人教育計画に基づき、OJT育成記録、介護技術チェックシートによる実践的研修が行われており、これらの研修は臨時職員に対しても実施されている。職員の研修履歴は一覧表にまとめられており、研修計画は新人職員研修、臨時職員研修を含め、毎年年度末に評価・見直しが行われている。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>評価者コメント19</p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。</p> <p>新任職員をはじめ、職員の経験等を配慮した個別的なOJTが正規・非正規職員問わず実施されているほか、階層別・職種別・テーマ別研修についても計画的に実施されている。職員個々の研修履歴カードは未整備であるが、専門資格の取得状況等はデータ化されている。また、外部研修に関する情報等は研修計画に反映されているほか、外部研修の受講後は、全体会議において伝達講習を実施し、職員の研修の機会としている。なお、専門資格の取得希望者に対しては、受講費や職専免の支援等がなされている。</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されていないなど、積極的な取組には至っていない。</p> <p>三峯の社「介護体験及び実習受入れ指針」により、今年度は、職業訓練生の実習、ふれあい介護体験、中学生の職場体験、高校生のインターンシップ等、積極的な受入れを行っている。また、介護等体験特例法に基づく介護等体験として大学生1名を受入れている。受入れにあたっては、選定された担当職員を中心に、関係職員との入念な打合せが行われている。三峯の社においては、社会福祉士、介護福祉士等の資格取得に関わる実習生も受入れたい意向であり、実習指導者講習会の受講をはじめ、実習生受入マニュアル、実習プログラム等の整備を図るなど、今後の取組を期待したい。</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>ホームページでは、理念、基本方針、サービス内容、事業計画、決算、苦情、地域貢献活動等が公表されている。広報誌「三峯通信」では、施設長あいさつをはじめ、四季折々の施設行事や地域の保育園・幼稚園児との交流の様子等を掲載し、地域応援センター、民生委員、居宅支援事業所、他施設、学校、幼稚園、保育園、医院等に配布するなど、情報公開が継続的に行われている。また、地域からの参加委員による運営推進会議においても、法人の理念、基本方針等を説明しているほか、市内外からの民生委員や議会等の見学者に対して、法人の役割等の説明を行っている。今後は、第三者評価の受審結果や利用者・家族の満足度調査結果等の公開が望まれる。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>評価者コメント22</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。</p> <p>経理等に関するルール、業務分掌、責任等が明確にされ、職員等に周知されているほか、各ユニット毎に経理規程が備え付けてある。事務、経理、取引等については、法人の定める経理規程に基づいて行われている。また、法人の監事による内部監査も年3回行われ、適正に処理されている。さらに市、県の指導監査を受けているほか、不明な点は市の担当課や会計事務所(税理士)に相談、指導を仰ぎながら、経理事務等が適切に行われている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
<p>評価者コメント23</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。</p> <p>法人の経営戦略の一つに「地域社会との協働と社会貢献」を掲げ、地域の保育園、幼稚園、小学校、中学校の行事に積極的に参加し、職員も同行しているほか、夏祭りや土砂災害合同訓練は定例となり、隣接の養護老人ホーム、保育園とは互いに協力関係にある。また、夏祭りには中学生、高校生のボランティアの協力により、利用者とのつながりができている。さらに地域応援センター行事への参加を勧め、地域住民との交流を進めている。ショートステイ利用者の病院受診の際、社協無料送迎車の資源利用等も行われている。今後は、活用できる社会資源・地域情報の利用者への提供や必要に応じてボランティアの支援体制を視野に入れた検討が望まれる。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	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。</p> <p>法人の「ボランティアの受け入れに関する方針」により、ボランティア受入れに関する基本姿勢が明文化されている。また、事前説明等に関する内容が記載されたマニュアルも整備されている。実際の活動に当たっては、利用者に関する諸注意・心得等について口頭によるガイダンスも行われている。夏祭りには、近隣の中学生や高校生に呼びかけ、毎年参加を得ているが、職員も一緒に利用者との交流を図っている。また、小学生に対する福祉教育を出前で実施し、今年度は、「認知症を理解しよう」、「高齢者の気持ちを知らう」というテーマで行われている。職員の派遣による地域の学校教育への協力等、専門性を有する地域の社会資源としての役割も果たしている。</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。	a
<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、その関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <p>三峯の杜としての必要な関係機関・団体等のリストが作成され、職員間で情報の共有化が図られている。また、定期的に行われる「釜石市介護施設連絡協議会」、「釜石・大槌医・介連携の会」、「釜石市地域包括支援センター運営協議会」等への参加を通して、地域の福祉課題等の情報共有がなされている。さらに、圏域（釜石市・大槌町・山田町）のケアマネジャー事例検討会の場として施設を開放し、ネットワーク化に取り組んでいる。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 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>定期開催の釜石市介護施設連絡協議会、釜石・大槌医・介連携の会、市地域包括支援センター運営協議会等を通じて、地域の福祉ニーズや生活課題の把握に努めているほか、鶴住居地区センター会議（福祉課題検討会議）においても、身近な福祉ニーズ・課題等の把握・共有が図られている。特に地区センター会議においては、民生委員や自治会長の参加のもと、認知症の方が住みやすいまちづくりについて共に取り組んでいる。さらに、地域のニーズについては、三峯の杜で隔月開催される運営推進会議や地域交流等を通して把握されている。なお、災害時における福祉避難所として、市との協定書も交わされている。</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>地域の福祉ニーズを踏まえ、鶴住居地区生活応援センター、市地域包括支援センター、地域密着型介護老人施設三峯の杜の三者が主催し、市内初となる「認知症カフェ」が開かれている。認知症の人やその家族、地域住民が集い、様々な交流を通して、安心して過ごせる「地域の居場所」として期待されている。また、三峯の杜では、地域住民を対象に、認知症学習会を2地域で実施し、会場として自施設を開放している。さらに、小学生を対象に、福祉教育の出席授業を実施し、今年度は、「認知症を理解しよう」、「高齢者の気持ちを知らう」というテーマで行われ、専門性を有する地域の社会資源としての役割も果たしている。なお、災害時における福祉避難所として、市との協定書も交わされており、福祉的な支援に対する体制も整えられている。</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>基本理念を名札の裏に明示して、いつでも見られる状況にしたり、会議等で唱和しているが、対外的な表示や利用者向けには事務所脇の掲示板への掲示にとどまっており、来客や利用者が日常的に目にするような工夫が必要である。また、利用者の尊重や人権への配慮について、定期的な状況の把握や評価が、組織内で共通理解を図るための取組としては不十分である。今後は種々のチェックリストを活用しながら、利用者を尊重する基本姿勢の確認と理解を深める取組に期待する。</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>施設では、ユニットケアで完全個室対応を取っており、利用者のプライバシー保護については業務マニュアルをはじめ各種規程・マニュアルの整備に則り配慮した対応がなされている。また、多くの利用者が集まるホール（リビング）では、トイレが見えない（臭気を感じない）よう設計上の工夫もされており、他の人の目を気にすることなく介助が受けられるようになっている。さらに、ホールを中心にして各居室が見渡せるようになっており、安全面にも配慮が行き届くよう工夫されている。</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。	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>法人の理念や基本方針等の福祉サービスの内容や事業所の特性を紹介する手段としてホームページは開設しているがパンフレット等は作成中であり、多くの人が情報を入手できる状況には至っていない。また、職員間での情報共有は家庭的な雰囲気を重視する(掲示物を多くしない)という考え方から、申し合せ事項としていることが多く、利用者向けには視覚的な情報提供が少なく、口頭での説明だったり、当日になって分かる情報・対応にとどまっていることも多い。今後は、家庭的な雰囲気を大事にしつつ、利用者へのサービスの充実のためにも利用者目線での掲示や写真等での可視化を図り、利用者の選択の機会を増やしたり、事前告知での情報提供にも配慮することが望まれる。</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わかりやすく説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>契約書、アセスメント票、モニタリング(カンファレンス)票は整備されており、様式に基づいて説明を行い、同意を得てサービスの利用開始につなげている。ただし、現時点ではサービスの利用変更に至った利用者がいないため、特に意思決定が困難な利用者への配慮についてのルール化が図られておらず、家族の同意を得ることで終始している。今後は、意思決定が困難な利用者も想定して対応ができるよう工夫されることが望まれる。</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・家庭への移行等に当たり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>入・退所マニュアルは整備されているが、施設設立から年数が浅いことや、これまで他事業所や在宅へ移行された利用者がいないことから具体的な実践例もなく、サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書は定められていない。アセスメント票やカンファレンス票を公開することには同意を得ているが、今後は利用者の変化や事業内容の拡大・変更等を考慮し、事前に手順書や引き継ぎ書を定めておくことが望まれる。</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。	c
<p>評価者コメント33</p> <p>利用者満足把握するための仕組みが整備されていない。</p> <p>利用者満足度調査は実施されておらず、アンケート項目の検討にとどまっている。隔月で開催する運営推進会議には、利用者の代表が参加し、意見の把握等が行われているが、個々の利用者への調査や家族の意見・要望等の聞き取りは行われておらず、事業運営やサービス内容へ反映する仕組みが確立されていない。今後、計画的な調査の実施と結果の分析・考察を踏まえて、利用者満足の上昇と福祉サービスの充実を図ることを期待する。</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>苦情解決体制は整備され規程・マニュアル等も用意されているが、利用者が活用しやすい状況・環境についての配慮は十分ではない。「ご意見箱」は正面玄関前に設置されているが、ユニット毎あるいは階毎の設置はないため、日常的に利用者が使いやすい状況・環境への配慮には更なる工夫が求められる。また、第三者委員が元職員ということで利用者の立場での聞き取り、判断、フィードバック等客観的要素が十分かどうか検討を要するものと思われる。今後は利用者が苦情を申し出やすい環境や対応への工夫が望まれる。</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、そのことを利用者に伝えるための取組が十分ではない。</p> <p>運営推進会議で利用者の代表から意見を聞く機会を設けているが、全利用者を対象とした定期的な相談日の設定や情報提供が行われておらず、第三者委員も来所日に相談対応はしていない。また、相談室は1階に設置されており、ユニットの利用者が利用する環境にはない。利用者の個室を訪問して相談や要望の聞き取りを行っているが、「ご意見箱」と同様に投書・投函する際のプライバシーへの配慮が望まれる。</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 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。 意見や苦情の申し出があった場合には規定・マニュアルに沿って対応しているが、意見箱の設置場所やアンケートの実施について、今後の検討が望まれる。出された意見や要望に対応するだけでなく、潜在的な意見を積極的に把握する工夫や、移動が困難な利用者に配慮した意見箱の設置等、今後、意見・要望を出しやすい環境作りにも配慮が求められる。丁寧な意見の把握と迅速な対応でサービス・支援の向上に努められることを期待する。</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 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。 リスクマネジメントに関する責任者は施設長となっているが、施設運営全体の統括責任者とは別にリスクマネージャーの選任・設置が望まれる。養成講座を受講させたり、受講済みの職員を配置させるなど委員会体制の再構築を図ることが必要と思われる。また、インシデントレポートの集計を行ってゼロ目標を掲げているが、転倒・誤薬(飲ませ忘れ含み)の発生が続いており、要因分析・改善策・再発防止策が十分とは言えない。必要に応じてダブルチェック体制を再構築したり、分析手法を工夫するなど、具体的な事故発生の傾向と対策についてさらなる改善が求められる。</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。	b
<p>評価者コメント38 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。 感染症防止対策マニュアルが整備され、研修会や感染情報の周知により職員の感染予防に対する意識付けを行っている。インフルエンザ発生時には職員等外部が発生元になっている状況から総体的に職員の罹患率が高くなっている。今後は、利用者が高齢者で体力的に弱い立場であることを考慮し、さらなるマニュアルの見直しと、業務に関わる責任と役割を明確にした周知徹底が望まれる。</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。	b
<p>評価者コメント39 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。 非常災害対応マニュアルが整備され、職員への周知や訓練が実施されている。しかし、震度想定に基づいた行動基準等、具体的な内容は申し合せまでになっており、マニュアルへの反映や、備蓄リストの作成について、見直しが行われていない。いかなる災害においても利用者の安否確認は必須項目であり、今後、マニュアルにも書き込むことが望まれるとともに、安全確保のための定期的な見直しを図り、BCP計画の策定にも取り組まれることを期待する。</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 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。 業務マニュアルが整備されており、介護技術チェックシートの活用とあわせてサービスの提供に生かしている。利用者に対しては、24時間シートを活用して個別に管理され、ユニットケア対応としてサービス提供に当たっている。また、職員のキャリアパス・育成にも力を入れており、計画的な養成に取り組んでいるが、実施内容・方法の見直し、マニュアルの改訂が進んでおらず今後の取組に期待する。</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 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。 日常的・個別的なサービス提供については、朝礼・夕礼・ミニカンファレンス等こまめに情報交換して取り組んでいるが、実施方法・マニュアルの検証・見直しについては定期的に組織として取り組んでいるとは言えない。今後、業務マニュアル・介護技術チェックシートをはじめ各種マニュアルについては、実施方法に職員間で差異が生じないよう利用者に合わせて適宜見直しを図ることが望まれる。</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。	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。 アセスメント手法に基づいてケアマネージャーがケアプランを作成し、そのプランを基に介護職員が聞き取りシートを作成している。 多職種の関係職員で協議して24時間シートに反映させ、利用者の意向も踏まえて福祉サービスが提供・実施されている。関係職員間での情報共有システムも構築されており、ユニットケアによる個別的、家庭的なサービスの充実に向けて取り組んでいる。</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。 利用者個々のケアプランは3か月または6か月毎に他職種の職員でカンファレンス(モニタリング)を実施し、定期的な見直しを行っている。カンファレンスに際しては、事前にユニット内評価を行い、職員全員が関わる形をとっている。また、利用者の状況に応じて随時ミニカンファレンスを行い、対応方法を再検討し、情報を共有しながらケアを実施している。見直された内容はその場で記録され、日報での申し送りや毎月のユニット会議でも報告するなど、情報共有システムが構築されており、随時閲覧も可能となっている。</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。 アセスメント、ケアプラン、カンファレンス(モニタリング)等は所定の様式に基づいて記録され、ネットワークシステムを活用して全職員で情報の共有化が図られている。新任職員向けのオリエンテーションにおいて、記録の仕方の基本的な事項を説明しているほか、職場内OJTで教育、育成に努めている。その他の関連情報についても部署間やシフト勤務にも考慮して情報共有できるようネットワークシステムで共有する体制が整えられている。</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。	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定が定められ、適切に管理が行われている。 個人情報保護規程、情報公開・開示規程を定め、職員に対する研修教育が行われている。職員には、情報の取扱いに関する誓約書の提出を求め、施設で管理している。利用者・家族に対しても個人情報の取扱いについて契約時に説明を行うほか、医療関係への情報提供や広報誌への写真掲載等、その都度必要に応じて説明を行い、同意を得ている。また、情報開示請求に対しても規程に基づいて弁護士を立てて対処している。</p>		

内容評価基準

A-1 支援の基本

A-1-(1) 生活支援の基本		第三者評価結果
A①	A-1-(1)-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	a
<p>評価者コメント1</p> <p>利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるように工夫している。</p> <p>ユニットケアでは、一日の暮らしを家庭にいた時と同じように過ごせるよう支援している。そのため、入所前の暮らし、生活の様子や行動、特徴などを入念に聞き取りする。本人の要望・意向等を詳細に把握・理解し、できることは自力でやってもらい、できないところを支援するように心がけている。日常生活が単調にならないように、複数の活動メニューを設けたり、利用者が役割を持ったり、レクリエーションや楽しみの機会を作ったりして、充実した生活が送れるように配慮・工夫している。「24時間シート」を活用し、利用者一人ひとりの課題やニーズを把握し、カンファレンスして情報を共有し、職員がチームとしてユニットケアに当たるようにしている。</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>ユニットケアでは、日々の生活場面で利用者とのかかわりが濃密であり、より重要である。①話しやすい場や雰囲気づくり、②利用者を尊重した接し方や言葉遣い、③利用者の思いや発したことへの受け止めや理解に努める、④意思疎通の困難な方へは身振りや手振りなど工夫して受けとめる等々、常に細心の注意を払った支援に心がけている。コミュニケーション手段や技術を学ぶ研修会も実施したり、ユニット会議ではカンファレンス等で情報共有などし、コミュニケーション能力を高める努力をしている。「24時間シート」を活用することで、利用者一人ひとりの課題が見えてくることから、今後も引き続き、利用者とのコミュニケーションづくりに役立つよう期待する。</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。	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>①身体拘束禁止の取組、②権利擁護に関する研修等の実施、③職員の倫理綱領の確認等々、年1回、職員教育の一環と位置付けて計画的に実施している。資料も作成、配付し周知を図っている。しかし、職員の気になる言動等について、組織や職員同士で注意喚起等を図る取組は十分とは言えない。例えば、「利用者のプライバシー保護のマニュアル」を作成し、全ての業務マニュアルのトップに位置付ける等、日常から権利侵害の防止や注意喚起に資するような徹底した取組を期待したい。</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25年3月27日開設したユニットケアの施設である。新しい建物で、住環境も清潔で、室温、換気、採光等に配慮され、明るく、安心感を与えるような雰囲気がある。全室個室で、歯磨き、洗顔など身だしなみを整える洗面台が設置され、他にベッド、寝具と整理棚、エアコンなどは施設側が整備している。自宅から馴染みの家具や衣類を持参することも可能である。各ユニット毎にホール(リビング)兼食堂が中心にあり、広い廊下、居室、3か所のトイレなどが配置され、利用する方の利便性や快適性に配慮した生活環境であると言える。また、感染症対策や汚物処理、臭いの防止・解消などの工夫や対応策も検討されている。</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>入浴は週2回実施している。入浴日以外の日でも本人の希望があれば、入浴又はシャワー浴ができる。健康上入浴できない状態の場合は、清拭や足浴を実施している。入浴を拒否する利用者に対しては、決して無理をせずに根気よく声を掛け、誘導して対応するように心掛けている。アレルギー疾患やアトピー症状のある場合は、特に清潔を保持するために、毎日の入浴を実施している。浴槽タイプは4種類あり、本人の希望や身体機能に合わせて入浴支援を行っている。同性介護を原則としており、入浴の介助は職員と利用者が1対1での対応が主だが、職員2名で対応する場合もある。入浴支援の際には、利用者の尊厳や羞恥心の配慮に心掛けている。</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>個々の排せつのリズムやタイミングを重視した支援を心掛けている。本人が自然な排せつを、自由な時間に可能とするような最小限の支援を行うことを基本としているため、食後や定時にトイレ誘導したり、声を掛けたり、排せつの働きかけ等は行っていない。そのため、日中でもおむつやリハビリパンツを着用している利用者もいる。夜間も同様である。トイレでの安全な排せつを確認するための見守りや、個々の健康状態を把握し、確認のため尿や便を観察する等の排便チェックをしている。これらの動きを「24時間シート」に記録、反映し、いつでも、誰が対応しても、利用者には不快感を与えないよう、利用者一人ひとりに合わせた支援ができるよう心掛けている。また、下剤を多用せず、自然排便となるように乳製品を毎日摂取したり、オリゴ糖やオリーブオイルを摂取する等、心身の状況や意向を踏まえて工夫した取組を行っている。下剤を使用する場合は、ユニット職員で協議、連携し、本人が安全で快適に行えるような方法や対応策を話し合いながら支援を行っている。</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>ベッドから車椅子等への移乗は、ベッド柵につかまるなどして自力で行えるように支援している。利用者本人ができる部分は見守り、できないところを支援する姿勢を明確にしている。利用者が施設内でできるだけ自由に移動できるよう、また安全にも配慮し、①廊下の手すり、②エレベーター、③スロープ、④居室のとびら、⑤ベランダ等々、事故防止にも配慮した環境整備を心掛けている。そのため、車椅子、歩行器、ポータブルトイレ等の福祉用具を用意している。施設外への移動には、必ず介助者が付添い支援している。</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に工夫している。</p> <p>一人ひとりの嗜好や意向を基本に、好きなもの、希望の食材を取り入れた献立を作成している。栄養バランスを大切に、不足の栄養素は補食を提供している。例えば、たんぱく質が不足する場合は、トロミ食、刻み食、ミキサー食などで不足の栄養素を補食として提供している。常に喜んで食事をしてもらうため、一品をワンプレートに盛り付けたり、行事食、調理レクリエーション、外食などイベントの中で楽しく食事ができ、栄養バランスにも配慮した食生活になるような工夫を心掛けている。定期的に嗜好調査を行い、献立に反映している。魚料理を好む利用者が多いため、骨を除去し、魚の原形のまま食べられるよう調理の工夫をしている。施設の栄養士と外部委託先の栄養士と随時話し合い、連携・協力して取り組んでいる。</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</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>経口での食事摂取を継続的に行うため、嚥下能力や栄養面に配慮した食事の提供を心掛けている。誤嚥や窒息など、食事事故にならないよう心掛けている。食事、水分の摂取量を把握し、必要に応じて補充等も行っている。本人の希望や意向、心身の状況を「24時間シート」へ反映し、利用者一人ひとりにより良い支援が提供できるよう取り組んでいる。また、食事の摂取状況や体調の変化などを日々把握し、食形態、食べる時間などを見直し、検討作業をチームとして行っている。</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>食後や就寝前の歯磨きや口腔ケア及び口腔内のチェックを実施している。歯科医師、歯科衛生士等による定期的な検診を実施し、口腔状態、咀嚼、嚥下機能の確認などを行っている。口腔ケアに関する職員研修も実施している。しかし、口腔機能保持、改善に関しての取組は、食事前の口腔体操を行ってはいるが十分ではない。今後は、可能なところから、一人ひとりの口腔機能の状態を把握し、口腔ケアに関する計画を作成し、咀嚼、嚥下機能の保持・改善に向けた支援、取組を期待したい。</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。	a
<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。</p> <p>褥瘡対応・対策の指針や褥瘡予防についての標準的な実施方法を整備し、職員への周知に努めている。今年度から「褥そう予防委員会」を設置し、アセスメントを行い、計画書を作成した。利用者一人ひとりに対して、時間ごとに体位交換することやポジショニング方法を検討し、全職員の協力を得ながら「24時間シート」に反映させた。さらに、県立病院の認定看護師に相談したり、研修会を開催したり、常に情報収集しながら日常のケアを実施している。また、食事や栄養管理は、褥瘡の発生予防・ケアに重要であると考え、栄養士との連携・協力も行われている。</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。 喀痰吸引・経管栄養は、計画書、同意書を整備して医師の指示書に基づき適切かつ安全な方法で実施している。看護師2名を配置し、日中は主として看護師が行う。夜間や祝祭日は24時間通して喀痰吸引できる介護職員を配置し対応している。全ての介護職員が24時間通して喀痰吸引ができるような体制整備を目指し、毎年、介護職員が医療的ケア研修に参加・受講し、医療的ケアができる職員を増やしている。さらに、施設内でフォローアップ研修を行い、実施手順の確認や個別指導等を通じて医療ケアの充実・強化を進めている。</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。	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機能訓練や介護予防活動を行っている。 柔道整復師の有資格者1名を機能訓練指導員として配置し、日常生活動作の維持、回復と予防を図る活動を中心に行っている。毎日実施しているラジオ体操や普段の暮らしの生活動作で使う手・足・体幹の動きや全身を動かす工夫等によって、機能の維持向上を図る取組を行っている。また、利用者の意向や要望を聞き取り、一人ひとりに応じた機能訓練や介護予防活動を個別支援計画に基づいて実施している。</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。 利用者が安心して落ちつける、衣食住の整った環境を提供すること、また、一人ひとりの生い立ちに配慮し、支持的、受容的なかわり方や態度を重視した支援を心掛けている。認知症があっても行動・心理症状(BPSD)が顕在化することはほとんどなく、生活している。対応困難な利用者や、認知症の薬を多飲して、副作用などで悩む利用者もいない。利用者が支援困難となることも想定し、実践者研修を終えた職員などがアドバイスをしたり、認知症に対する研修を行っている。認知症の医療・ケア等について最新の知識、情報を得られるような研修会への参加や施設内での勉強会なども積極的に実施している。</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。 日頃から利用者の顔色や表情、バイタル測定、食事摂取状況や水分摂取状況、排便状況、皮膚状況に細心の注意を払っている。体調の変化や異変の兆候に気づいた場合、看護師に報告・相談できる体制が整っており、看護師(2名)と介護職の連携が図られている。また、嘱託医、協力医療機関、協力歯科医への連絡体制も整備し、急変時の対応が迅速に行うことが可能となっている。利用者が服用している薬の効果や副作用等に関する研修会も行っている。特に、異変への気づきに対しては職場でのOJTが発揮されている。</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。	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。 利用者本人、家族からの希望に応じて終末期ケアや看取りケアを実施している。終末期を迎えた場合の対応についての方針と手順があり、「苦痛がないように」をモットーに、全職員、家族も参加してカンファレンスを行いながら実施している。嘱託医が不在の場合、他医療機関等との連携体制も確保されている。年間の研修計画で全職員向けに、終末期ケアに関する研修会等を実施している。「人の死のショック」や「喪失感」を体験することで精神的なケアが必要とされている。特に新任職員には初めての体験で戸惑いも見られるが、ユニット内での先輩の助言等サポート体制を徹底している。</p>		

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携		第三者評価結果
A⑰	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
<p>評価者コメント17</p> <p>利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。</p> <p>夏祭りや文化祭、敬老会等の施設が主催する行事には、いつも決まった家族の方々が参加する傾向である。遠方に住んでいたり諸事情で来られない家族には、利用者の健康状況の報告や生活の様子などを電話や手紙などで情報提供している。家族の面会時は普段の様子を伝えるとともに、変化についても報告している。また、状態変化時はその都度電話で報告している。「家族会」は未結成であるが、施設では定期的に家族へ手紙を送付し、遠方のためなかなか来られない家族への情報提供もコメントを添えるなどして実施している。介護保険制度の変更によるサービス変更時はその都度説明し、了解を得て進めている。家族等と利用者のつながりが継続して持てるような工夫や取組の意欲が見られる。</p>		