

(様式1－第三者評価機関公表用)

宮城県福祉サービス第三者評価結果

1 第三者評価機関名

NPO法人介護・福祉サービス非営利団体ネットワークみやぎ

2 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームせくれ～Secure～		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 岩渕 あすか		定員(利用人数)： 42 名	
所在地：宮城県登米市迫町新田字狼ノ欠20番地420			
TEL：0220-44-4391		ホームページ： <a href="http://www.facebook.com/tomenitta.secure">http://www.facebook.com/tomenitta.secure</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>			
開設年月日 2012年6月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 ふれあいの里			
職員数	常勤職員： 27 名	非常勤職員	10 名
専門職員	(専門職の名称)		
	医師	1 名	
	施設長	1 名	
	看護職員	4 名	
	介護支援専門員	2 名	
	生活相談員	1 名	
	介護職員	23 名	
	栄養士	1 名	
	調理員	4 名	
	宿直代行員	3 名	
	事務員	1 名	
施設・設備の概要	(居室数) 個室 18室、二床室 5室、四床室 3室、共同生活室、ダイニング、浴室、トイレ、 医務室、相談室、地域交流室、宿直室 (設備等) スプリンクラー、消火栓（散水栓）、消火器、排煙窓、防火扉、防災カーテン、 非常用電源設備		

### 3 理念・基本方針

#### 【施設理念】

当施設の名称である「せくれ」とはラテン語で安全な…安心な…という意味です。法人の経営方針へも記載されているとおり、利用される入居者の皆様が、施設での生活を送る上で「自分らしく有意義な生活」を送るには、前提として心身ともに『安全な場所』『安心できる場所』と思えることが必要不可欠です。

利用される入居者の皆様をはじめとし、関わる全ての皆様にとって『安心・安全な場所』となることをひとつの目的とし、誰からも信頼され、愛される施設づくりに努めます。

#### 【施設経営方針】

地域密着型特別養護老人ホームせくれ～Secure～は、関係法令を遵守するとともに『法人経営の基本方針』に基づき、施設での生活が入居者にとって自然であり、満足を感じることができるよう、入居者一人ひとりの人権を尊重し、心身状態など個々人の特性に焦点を当て「こころの通う支援」を通して入居者と職員の信頼関係を深めるとともに家族・地域の協力を得ながら交流を図ることで、安心・安全な生涯を過ごせるように努めます。

また、介護保険法の基本理念である「自立支援」「尊厳の保持」とは、単に「身体的自立」を目指すだけではなく、「精神的自立（生き甲斐があり、人生の終焉まで気力が持てること）」や「社会的自立（社会的な役割が持てること）」までを包括した意味を持つものであり、入居者お一人お一人が、一日でも長く、自分らしく安心して暮らせることを実現することができるよう、以下の施設サービス基本計画へ努めます。（施設サービス基本計画は略）

### 4 施設・事業所の特徴的な取組

社会福祉法人ふれあいの里は、2004年11月に法人設立、2005年10月「ラボラーレ」、2010年4月「ラボラーレ登米」を開設し、2つの在宅障がい者多機能支援施設で就労継続支援サービス事業等からスタートした。東日本大震災の翌2012年6月に地域密着型特別養護老人ホーム「せくれ」を開所し、地域密着の社会福祉事業の発展をめざしている。

「せくれ」のある登米市が農村地域であることから、住民の所得階層や、独居・老々世帯が多い等に配慮し、個室ユニット型2棟と多床室棟の3棟での地域密着型の介護老人福祉事業を行っている。また、新田地域の高齢化に伴う要望が出され、それに応える形で買い物ツアーや配食サービスに取り組んでいる。そして、近年「介護ロボットの有効活用」等で、職員の働きやすい環境と業務の効率化をすすめている。

### 5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	2019年 7月 23日（契約日） ～ 2020年 3月 10日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	初回（平成 年度）

## ◇特に評価の高い点

## 1. 登米市の農村地域の中であって、地域ニーズをくみ取り、社会福祉法人としての役割を果たしている点

施設長は、登米市の13区長会議に参加している。地域代表や入居者家族代表の参加する運営推進会議を年6回、地域協力会議年3回行う他、地域での行事に参加し、そこで出された要望に応える事業をすすめている。施設のある新田駅前地区から出された要望に応える形で、施設独自の配食サービス、施設バスを使用しての買い物バスツアーに取り組み、地域住民も参加できるカフェや居酒屋を年6回開催している。職員の人員が十分ではない中での取り組みは、高く評価できる。新田駅前地区の高齢化に伴って、施設の果たすべき役割は大きいものがあり、社会福祉法人としての地域活動を今後とも期待したい。

## 2. 自分たちの介護の質をどう高めていくのかを、各事業所ごとSWOT（クロス）分析によって、強み・弱みの分析を行っている点

自分たちの介護の質を、どのように評価するのかは難しいことであるが、その第一歩としてSWOT分析によって、客観的につかもうと努力していることは評価できる。若い職員が多い中で、職場の雰囲気も穏やかなものを感じた。今後は強みや弱みを分析し、施設の現状にあった経営方針やサービスの質の向上に向けて、見直しを行い、職員の総意で追求していくことを期待する。

## ◇改善を求められる点

## 1. 中・長期計画のビジョン（目標）にもとづき、数値目標を明記した事業計画・収支計画を策定する点

SWOT分析を行っており、強み・弱みの把握はできている。今後は、その強みを事業としてどう具体化するのか、弱みを克服するためにはどのようなことをするのか、PDCAサイクルに基づいて、特にCheck（評価）・Act（見直し）を行い、職員共通の目標として明文化して取り組むことを期待する。合わせて、事業計画の主な内容を分かりやすく明記した資料を利用者である入居者に配布し、利用者が理解できるよう説明を行うこと、その記録を残すなどの取組を期待する。

## 2. 「期待される職員像」を明文化して、職員が日々の業務でのめざす目標を共通のものとして取り組む点

法人理念・施設理念があり、「介護職員キャリアパス要件適用表による簡易チャート」の中に任用要件が明確に示されている。キャリアパス要件に示されている職務内容を行うために、日々の業務の中で職員像を明文化して、職員のめざす目標を共有し、業務の中に生かしていくことが望まれる。職員への周知徹底が不十分とされているが、「期待される職員像」を軸として、業務の中で生かしていくことを期待する。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めての第三者評価受審をさせていただき、サービスの質の成果、サービスの具体的な改善点が明確化され、とても良い機会になりました。様々な取り組みをしているものの、やっている事の利用者への周知が徹底されていないことや取り組みの中でのPDCAサイクルに基づいたcheck（確認、評価）とACT（改善）が弱かったと実感いたしました。しかし、a評価の部分や法人や施設としての考え方に対しての一定の評価を頂けたことは今後の取り組みにおおいに励みになりました。第三者評価を受けることにより、改善点の抽出だけでなく自信を持つべき事項の確認をすることができました。今後、直すべき所は改善に向け、社会福祉法人として入居者、ご家族、関係する方々すべての方に信頼される施設づくりを目指し努力していきたくと思っています。

8 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。）

**（社会福祉法人ふれあいの里 特別養護老人ホームせくれ～Secure～）**

**福祉サービス第三者評価結果票**  
**【高齢者福祉サービス版（特別養護老人ホーム版）】**

※ すべての評価項目（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。

※ 評価項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。	
<b>I</b> I-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
<p>〈コメント〉</p> <p>法人理念を基に、施設理念を2018年8月策定、その時に全職員に配布、新入職員にも採用時に配布している。新入職員教育（入職後1ヶ月以内に実施）ではもちろん、年度初めに各ユニット会議で学習を行っている。家族代表の入っている運営推進会議でも説明をしている。ホームページやSNSにも掲載がなされている。職員が自ら考え行動できる指針にしていくために、キャリアパス職能試験問題にも出題を行っている。</p> <p>さらに周知を図るための取り組みを期待する。</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 事業経営を取り巻く環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、13 行政区区長会議に参加、施設主催の運営推進会議を年 6 回、他に地域協力員会議を開催している。そこでの情報や要望から、地域では老々世帯・独居老人が多いことを把握し、2018 年 3 月に 3 床の増床や、地域での買物支援・配食サービスなどに取り組んでいる。赤字経営であることから、職員会議でも収入の増収・支出の削減を話し合い、取組を始めている。</p> <p>今後は職員全体で環境と経営状況を共有するために、課題を明確に分析し、職員全体で取組を進めることを期待する。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>法人管理部で、SWOT 分析（クロス分析）での経営分析に取り組んでいる。役職者会議の提供資料にし、そこで話し合い、課題を明確にする取組を進めている。同様に職員会議でも報告して、取組を始めている。</p> <p>今後は分析結果をもとに、改善に向けて具体的な経営課題を明文化し取り組むことを期待する。</p>		

## 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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画は、2019 年度から策定されている。中・長期計画の中に数値目標がないために、いつまでどうするのかの具体的な計画になっていない。</p> <p>今後は、誰にでもわかる具体的な計画を明文化し、いつまでにやるのかといった数値目標を明確にした中・長期計画の策定を期待する。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度事業計画・予算書は策定されている。しかし中・長期計画のどの課題に繋がるのかが明確ではない。予算書も同様に、数値目標が明確ではないために不明である。</p> <p>中・長期計画を、具体的な計画目標として明文化し、いつまでにどうするかという数値目</p>		

標も併せてもち、単年度事業計画・予算書に反映できるようにすることを期待する。

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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画案の作成指示が本部事務局から各施設・部署にメール配信され、期限（1月末）までに各部署で、今年度事業の反省を行いつつ次年度計画案を全職員参加で話し合い、作成されている。事業計画として決定したものを、2019年度4月に再度事業計画のすすめ方として介護現場の各棟会議で話し合っている。</p> <p>今後は、職員にわかりやすい課題設定を行い、職員が日々の業務の中で取り組んでいける事業計画づくりをすすめていくことを期待する。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年度初めの家族会で報告しているとのことだが、配布資料がなく、記録も残されていない。</p> <p>今後は、今年度何に重点的に取り組むかを、利用者である入居者にわかりやすい資料を配布するなどし、利用者が理解できるよう説明を行うことを期待する。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス向上委員会が設置されていて、入浴・食事介助の技能チェックをしている。キャリアパス要件適用表があり、個々の職員自らがサービス向上に取り組める体制になっている。サービスの質の評価を、年2回の職能試験時に試験問題として出題し、職員が自己評価する取り組みを行っている。</p> <p>今後は、組織全体で福祉サービスの質を評価するために、サービス向上委員会や各棟会議等で、PDCAサイクルに基づいたCheck（評価）を行い、利用者の満足度やサービスの質そのものを追求する取り組みをすすめることを期待する。</p>		
9	I-4-(1)-② 評価結果に基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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>各棟会議で、課題の共有化を図る話し合いをしている。家族アンケートを実施して、結果を基に改善策が話し合われている。個々の職員の入浴・食事介助の技能チェックも行われて</p>		

いるが、それらの結果を踏まえた改善策が明確ではない。

今回の評価結果を参考にして、組織として取り組むべき課題を明文化して、改善策に取り組むことを期待する。

## 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
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>キャリアパス要件適用表、運営規程等に施設長の職務が明記されている。また防災計画の中に施設長の職務分掌が明記されている。年度途中の施設長交代で、その際にも新施設長として決意表明をしており、理解を図っている。</p> <p>今後は、施設長就任時には文書で決意表明することを期待する。</p>		
11	Ⅱ-1-(1)-② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、全国社会福祉法人経営者協議会及び社会福祉経営者研修会の人事管理コースの研修に参加している。事務室には法令ファイル（法令遵守リスト）が備えられている。</p> <p>今後は、施設長自らが関係法令や倫理を十分に理解し、組織全体に法令遵守の徹底を現場と直結させながら取り組んでいくことを期待する。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、年2回職能試験やキャリアパス要件適用表を基に、個々の職員の評価・見直しを行っている。しかし、施設の全体的な質の評価としては十分ではない。</p> <p>今後は、役職者会議等で福祉サービスの質の向上の課題での取組に、リーダーシップを発揮することを期待する。</p>		
13	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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設長は、経営運営会議や事業部運営会議等に参画している。また経営の改善や業務の実効性を高めるために、介護ロボットの導入等にも取り組んでいる。</p>		

今後は、施設長が経営改善や業務の実効性を高める取組に自らの意見を明確に持ち、指導力を発揮することを期待する。

## II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>2019年度事業計画の中に、人材育成・処遇改善の項目がある。資格取得についても、寄付を充当して、働きながら看護学校へ通う取組を行い、専門職の資格取得に援助している。</p> <p>今後は、福祉人材の確保や定着の数値的な目標をもって、取り組んでいくことを期待する。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>キャリアパスの中に要件適用表が、明確にされていて、年2回のキャリアパスの査定が行われている。個人面談も定期的に行われている。</p> <p>キャリアパス要件適用表の職務内容を行うために、どのような職員であるべきかを、職員がわかる言葉で「期待する職員像」を明文化することを期待する。</p>		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「働き方改革」もあり、ワーク・ライフ・バランスを意識して、個人面談を行っている。育児休業・介護休業等にも配慮して、個々の職員に対応して労働時間の短縮等での対応を行っている。また相談できる窓口を外部に設けている。</p> <p>個人面談で出された福利厚生に取り組むことや、相談できる窓口を外部に設けていることを職員に周知徹底し、働きやすい職場づくりに取り組むことを期待する。</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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員一人ひとりの目標管理シートが作成されている。自己評価を行い、それを職責者が評価しフィードバック事項を記載、面談している。</p> <p>今後は「期待される職員像」を明文化し、職員一人ひとりの育成に向けた取組を期待する。</p>		
18	II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b



<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>法人の中期行動計画の中に、人材に関する基本姿勢が明示されている。2019年度事業計画の中に、「職員の資質向上のための研修及び資格取得計画」があり、それに基づいて外部・内部研修が取り組まれている。施設長含め複数体制で「人材育成研修受入指導担当」を担い、職員育成部署が確立されている。</p> <p>人員不足がある現状だからこそ、計画的に教育・研修に責任をもって追求する部署を中心に、教育・育成の計画と評価、見直しを行い、一層の取り組みを期待する。</p>		
<b>19</b>	<b>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>	<b>b</b>
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>外部研修には、ユニット・リーダー研修等に参加させている。内部研修として、年間研修計画の下で階層別・職種別研修を行っている。人員不足の勤務体制から、参加できない職員も出てきているが、補う形での「もやっと」報告と、それに対する「すっきり」コメントで、職員育成を進めている。</p> <p>今後は、職員一人ひとりの教育・研修（内部・外部）履歴シートを作成する等、介護・福祉に必要な教育研修科目の習得を計画的に実施することが望まれる。</p>		
<b>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。</b>		
<b>20</b>	<b>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>	<b>b</b>
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>2019年度は2名ほど実習生を受け入れている。実習マニュアルは現在ないが、学生オリエンテーション内規で対応している。</p> <p>今後は、実習生受け入れマニュアルを作成し、マニュアルに沿った指導を行うことを期待する。</p>		

### Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		<b>第三者評価結果</b>
<b>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。</b>		
<b>21</b>	<b>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>	<b>a</b>
<b>&lt;コメント&gt;</b>		
<p>ホームページで、理念・基本方針、提供するサービスの内容、事業計画・事業報告、予算・決算情報が開示されている。苦情についても、掲示がされている。「せくれーる」等広報誌を入居者家族、地域へ配布し活動等をお知らせしている。</p>		
<b>22</b>	<b>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>	<b>b</b>

＜コメント＞

役職者・責任者会議で経営・運営に関し報告や討議を経て、職員全体会議でも経営について各職員に資料などを配布し報告を行っている。日々の事務処理・財務状況について、契約会計事務所が月1回の巡回監査を行い、指導を行っている。

内部監査や専門家からの指摘事項や改善点についても共有し、職員全員が経営についても理解がもてるよう一層の取り組みが望まれる。

## II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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
＜コメント＞ 年間を通じ、季節ごとに入居者と地域のボランティアとの交流を行っている。また地域での配食サービスや買物バスツアー等に取り組んでいる。入居者がこれまで住んでいた地域との交流を大事にし、社会福祉法人として地域に貢献したいという姿勢もあり、今後の活動を期待する。		
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
＜コメント＞ 2019年度事業計画「年間行事及びクラブ活動実施計画」の中にボランティア受け入れの基本姿勢が明記されている。 今後は、全職員対象の内部研修の中の学びをすすめ、地域に支えられる施設としてボランティアの位置づけや具体的受け入れの合意をすすめていくことを期待する。		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
＜コメント＞ 社会資源リストの作成、運営推進会議や地域協力員会議等で、地域に中での連携をすすめている。災害時応援協定、社会資源リストは掲示されている。地域の関係機関・団体の共通の問題に対しても、解決に向けて具体的な取組を行っている。地域の社会資源の機能や連絡方法について、職員会議で説明するなど情報共有を図っている。		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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
＜コメント＞		

<p>年6回の運営推進会議、年3回の地域協力員会議を開催し、施設長の区長会議へも参加している。さらに地域の行事に積極的に参加して情報交換を行い、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。今後もこうした取組の発展を期待する。</p>		
27	<p>Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>運営推進会議や地域協力員会議で出された要望に応える形で、施設独自の地域での配食サービスや、施設のバスを使用し買い物バスの運行等に取り組んでいる。登米市新田地区の特性をつかみ、高齢化する地域を支える施設になることを期待する。</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

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。</p>		
28	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の理念や基本方針に、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ている。また、法人で策定された倫理綱領やコンプライアンスルールを「職員としての基礎・土台」（職員研修基礎資料）に明記し、この資料を基に職員会議や棟会議、内部研修において共通理解を図っている。個々の福祉サービスの標準的実施方法（マニュアル）にも利用者尊重の基本姿勢が反映されている。</p>		
29	<p>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。</p>	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「プライバシー保護マニュアル」が策定され、職員基礎研修に組み込まれ、内部研修で職員への理解を図っている。利用者や家族へは利用契約書に明記し説明している。入浴や排泄時など生活場面での配慮についてマニュアルに明記し、それを基に利用者一人ひとりの支援方法（24時間シート）へ反映している。居室は個室と多床室（2人・4人部屋）があるが、多床室もカーテンで仕切り配慮している。また、相談室や面会室の利用、セカンドリビングやリビング暖炉の設定で要望に応じた過ごし方ができるよう配慮されている。</p>		
<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。</p>		
30	<p>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。</p>	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設を紹介する資料は、パンフレットやホームページで写真を多く取り入れ、わかりやす</p>		

<p>い言葉で説明されている。情報提供の内容は、空き情報など適宜見直している。介護支援専門員が対応して説明している。紹介資料は区長や民生委員などへは配布しているが、役場など公共施設に置く対応はされていない。</p> <p>今後、利用者が情報を得やすいよう積極的な情報提供が望まれる。</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>〈コメント〉</p> <p>福祉サービスの開始・変更にあたり、利用者や家族にわかりやすく工夫した（特に料金説明など）資料を用いて説明し、同意を得て書面で残している。認知症や障害などで意思決定困難な利用者は、身元引受人の同意を得ている。</p> <p>今まで成年後見制度の利用者はいないが、今後、意思決定困難な利用者等への配慮・対応のルール化が望まれる。</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。	a
<p>〈コメント〉</p> <p>今までの長期入居利用者で他施設や地域への移行事例はなく、移行先は病院のみであった。ショートステイから特養への入居や入院時においては引継ぎ文書を作成し必要な情報を提供し連携を図っている。原則、入院後3ヶ月までは継続利用できることを契約時に利用者・家族に説明し、退院時には改めて意向を確認し対応している。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の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>〈コメント〉</p> <p>2019年度、家族を対象に「満足度アンケート調査」を実施し、結果について役職者会議で検討し改善策を実施している。また、利用者への嗜好調査は定期的実施し利用者満足の向上を図っている。家族会は年2回実施し職員も出席しているが、聞き取った意見を記録し対応する形は取られていない。</p> <p>今後も利用者・家族への満足度調査を定期的実施するとともに、家族会や行事においてアンケートを取るなど、利用者満足の向上を目的とした仕組み作りが望まれる。</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	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>〈コメント〉</p> <p>「苦情処理解決策に関する基本規則」を策定し、責任者を明確化、リスクマネジメント委員会を設置して苦情解決の仕組みを確立している。契約時の重要事項説明書で利用者等に説明し配付している。施設内にも掲示し周知を図っている。2018年の苦情は数件で、苦情については検討結果を利用者や家族に報告し、苦情結果は、内容により施設内に掲示している。</p>		

<p>今後は苦情相談内容に基づき、福祉サービスの質の向上に関わる取組が望まれる。</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>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>玄関に意見箱を設置し、また相談室や面会室を設置し相談しやすい環境を整備している。担当制を取ることで馴染みの関係となり話しやすくなるようにも配慮している。しかし、いつでも相談や意見を言えることをわかりやすく説明することが十分とは言えない。</p> <p>今後は、苦情だけでなく、いつでも相談や意見を言えることを丁寧に周知する取組が望まれる。</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>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>日常介護の中で引き出す利用者からの要望に対し、棟会議などで検討し「24時間シート」に反映するようにしている。家族へのアンケートから出てきた意見についても対応を検討している。また、家族会や行事などで利用者や家族からの相談や意見が出ればその都度対応している。</p> <p>今後、苦情とは別に相談や意見を述べることへの対応マニュアルを作成し、対応記録を明記し、利用者・家族、職員で共有できる仕組み作りが望まれる。</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>	<p>b</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設理念に安心安全な場所とすることを掲げている。リスクマネジメント規定を策定し、事故発生時の対応や手順について明確にし、職員に周知している。リスクマネジメント委員会を設置し分析・対策を検討し対応している。ヒヤリハット・事故報告の事例が収集され、2018年度の報告書ではヒヤリハットの件数が増加していて職員の事故予防の意識共有が図られている。また、マニュアルを基に「危険予知訓練研修会」「事故報告とその対処法」について内部研修を実施している。</p> <p>今後は、安心・安全な福祉サービスが提供できるよう、定期的な事故対策の再評価の充実が望まれる。</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>	<p>a</p>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「感染症・食中毒予防蔓延防止のための指針」を策定し、マニュアルとして職員全員へ配布され、定期的に研修が実施されている。安全衛生・感染予防対策委員会で施設内感染予防・蔓延防止策、発生時の対応などを検討している。感染時期には臨時の委員会を開催し、面会</p>		

制限や職員の対応等について検討している。		
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組織的にやっている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>防火対策委員会を中心に施設防災計画が策定され、災害時の対応体制が整備されている。災害等緊急事態連絡網で安否確認の方法も周知されている。また、「地区自主防災組織との災害対応協定」を結び、近隣住民へ災害時地域協力員を委託し、総合防災訓練を年2回合同開催している。施設の耐震診断や危険箇所の確認など、毎年一級建築士による点検を受けている。</p>		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
40	Ⅲ-2-(1)-① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービスの標準的な実施方法として、サービスマニュアルが策定されていて、利用者尊重、プライバシー保護や権利擁護の姿勢が明示され全職員に配布されている。このマニュアルを基に内部研修を実施している。介護ロボット（身守り支援システム）についてもセミナー研修を受け、支援方法をマニュアル化し有効的な活用を図っている。</p>		
41	Ⅲ-2-(1)-② 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>外部研修での新たな知識や技術、日常の介護現場からの提案、各会議などでサービスマニュアルについて見直しする機会があるが、定期的に見直しをする体制となっていない。</p> <p>今後、サービスの質に関する共通意識を育て向上を図るためにも、PDCAサイクルに基づきマニュアルを定期的に見直しする仕組み作りが望まれる。</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。		
42	Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに基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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画策定の責任者は施設長である。アセスメント手法が決められ、関係職員の参加で協議し、利用者のニーズを把握している。サービス計画策定のため医師・理学療法士や施設関係職員、利用者・家族の参加で担当者会議を開催し、利用者の意向確認と同意を得る手順で実施している。ケアプランに「24時間シート」を反映し、個別の支援方法・手順、注意点などを記載し実施計画を作成している。ケアチェック表によりサービス実施状</p>		

況の確認している。

今後、認知症等支援困難ケースへの対応について、各棟会議などで検討し、より適切な福祉サービスが提供されることを期待する。

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

<コメント>

半年毎のモニタリングは月1回各棟会議で検討し主任に報告している。これを踏まえて一年毎・更新時・状態変化に応じ計画の見直しを実施している。その際、関係職員が参加して合議し、その都度、利用者・家族の意向を確認し同意を得ている。変更プランや内容は各棟会議で周知し、「24時間シート」に反映していく仕組みになっている。

今後は、認知症等支援困難ケースの対応について、福祉サービスの質の向上にかかわる課題を明確にすることが望まれる。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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

<コメント>

利用者一人ひとりの身体・生活状況を記録し、ケアプランも書き込み確認できる仕組みにしている。介護日誌やケアプランチェック表でサービス状況を確認し、各課に2台ずつあるタブレットで支援状況を共有している。さらに、各棟会議や役職者会議などでサービス実施状況を確認し、必要な情報を施設全体で共有している。記録内容や書き方に差異が生じないよう、研修に加え棟会議内で指導するようにしているが十分ではない。

今後、記録内容に差異が生じないよう記録要領の作成や指導方法の工夫が望まれる。

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

<コメント>

「個人情報保護マニュアル」で、施設長が管理者であること、不適切な利用や漏洩に対する対策を規定している。また、県の文書管理規定に準じて、記録の保管、保存、廃棄をしている。個人情報に関する基本方針を施設内掲示し、利用者や家族へは、利用契約書で個人情報の取扱について説明し、個人情報使用同意書をいただいているが、職員への周知が十分でない。

今後、個人情報保護マニュアルに関する独自の研修を継続的に実施し周知を図ることが望まれる。

## 評価対象A 福祉サービスの内容

### A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基		
46	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>納涼祭や敬老会、クリスマス忘年会など年間の行事計画に沿って集団での季節の行事を行っている。余暇時間の過ごし方において、各棟の状況に応じて外出や軽体操などの様々なメニューを考え、実施している。地域と連携して、独居、老々世帯交流として居酒屋やカフェ、ショッピングツアーなどを実施している。</p>		
47	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「コンプライアンスルール」や「コミュニケーションマニュアル（認知症・高齢者）」が整備され、マニュアルに沿って、個別にその方の状況に合わせた対応を行っている。また、会話の困難な事例において、生活歴や面会などの際に家族からの情報を収集し、その方の嗜好を把握するなどの取組が行なわれている。</p> <p>一方で、言葉遣いに関する苦情が挙げられていたことから、定期的な研修や注意喚起する機会を設けるなどの対応が望まれる。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
48	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「コンプライアンスルール」、「高齢者虐待防止のための介護職のマナー向上」に基づき権利擁護、高齢者虐待防止、身体拘束の廃止に取り組んでいる。会議や内部研修において、身体拘束廃止研修・虐待防止研修を計画的に実施している。これまでも、身体拘束を行った事例はなく原則禁止に則った対応がされている。</p>		

### A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
49	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者の生活歴やその状況に合わせて、居室環境が整備されており、各棟の職員の他にも法人内の障がい者施設が週2回清掃を行い清潔な環境への配慮がなされている。館内装飾に</p>		



においても季節感に配慮がみられ、各棟ごとに取り組まれている。

### A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
50	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業所内に4ヶ所の浴室を整備し、「生活援助技術Ⅱ安心安全安楽の『生活保持』」に基づき週2回の入浴を基本として当日の体調確認を行い入浴の可否を判断している。多職種での協議、検討を行い利用者の身体状況に合わせた入浴形態について話し合われている。特殊浴槽以外にも状況に応じてミスト浴で対応するなどの配慮がされている。</p>		
51	A-3-(1)-② 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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「生活支援技術Ⅲ安心安全安楽の『排泄介助』」を作成し、基本的な手順や記録の方法、プライバシーへの配慮などの留意点などが示されている。利用者の状況に合った排泄用品の選定において、業者とも連携し尿量の測定や離床のタイミングを記録できる介護ロボットを使用し、実状に合った誘導の間隔を各棟会議などで共有・検討している。また、コストバランスを考えた取り組みを実践している。</p>		
52	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>入居前の情報、面談等により本人、家族の意向を確認し、利用者の身体状況に合わせた福祉用具が選定され、状態の変化を各棟会議などにおいて多職種間で共有している。リスクマネジメント・サービス向上委員会において、自立支援に則した介護機器の導入について検討している。</p>		
A-3-(2) 食生活		
53	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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「衛生管理マニュアル」に基づき、適切に実施されている。利用者の嗜好調査を年1回行い、メニューに取り入れている他、選択メニューを月2回実施している。また、利用者の利用状況（短期入所）に合わせて食席を調整するなどの配慮がされている。「敬老を祝う会」では、バイキング形式を取り入れ、家族と利用者が楽しく食事ができるような配慮がされている。</p>		
54	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>&lt;コメント&gt;</p>		

「生活支援技術 I 安心安全安楽の『食事介助』」において食事に関するリスクをマニュアル化し、誤嚥・窒息に関する対処方法が会議、委員会を通じて周知されている。入居時より状態の変化に合わせて食形態を多職種間で協議し変更している。栄養士が利用者の食事状況を把握し栄養計画を整備している。

今後は有資格者の職員配置により、栄養マネジメントを実践されるよう期待する。

55	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
----	---------------------------------	---

<コメント>

「口腔衛生管理体制加算」は算定されていない。「生活支援技術 I 安心安全安楽の『食事介助』」の中で口腔ケアの基本や重要性を示し誤嚥性肺炎との関連性を記している。定期的な歯科往診を行い、歯科医や歯科衛生士の指導の下で利用者の状況に合わせた口腔ケアの方法や備品を取り入れている。

**A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア**

56	A-3-(1)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
----	-----------------------------	---

<コメント>

「褥瘡防止マニュアル」に基づき、「褥瘡発症リスクアセスメント一覧表」を多職種で連携して作成しリスク管理を行い「褥瘡マネジメント加算」を算定している。定期開催されている褥瘡防止対策委員会では関係する職員が現在治療されている方の状況や対応方法など必要な情報を共有している。褥瘡予防・ケアに取り組まれている他、委員会主体での職員の経験年数に応じた研修も実施されている。

**A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養**

57	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。	非該当
----	---	-----

<コメント>

**A-3-(5) 機能訓練、介護予防**

58	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
----	---	---

<コメント>

利用者の心身の状況について情報収集し、複数のメニューを取り入れた計画書を作成している。月2回の非常勤の機能訓練指導員(理学療法士)と連携し、定期的に訓練の実施状況を分析し、助言、評価を受け、見直しが行われている。訓練の内容においては、日常生活動作などを機能訓練の中に取り入れている。

**A-3-(6) 認知症ケア**

59	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
----	--------------------------------	---

<コメント>

認知症に関するマニュアルにて認知症の種別とその支援方法、周辺症状への対応方法につ

いて細部に亘り整備している。入所前の生活歴や情報からアセスメントし、1ヶ月を目途にその人らしい生活ができるよう個別の対応方法を検討している。外部、内部での認知症ケアに関する研修を受け、日々の支援に取り入れている。

今後は、困難ケースの利用者に対して、症状の改善に向けたケアや生活上の配慮が望まれる。

**A-3-(7) 急変時の対応**

60	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
----	---	---

〈コメント〉

「これだけは知っておきたい緊急時（事故）対応」に基づき簡易のフローチャートを各棟へ掲示し、緊急時の役割や連絡体制が示されている。法人理事長が主治医となり、定期的な往診により健康管理を行っている他、入院設備のある協力医療機関と協力歯科医院と連携を図っている。「高齢者の疾患と症状」について看護師が主体となってその他の職員へ研修を行っている。

**A-3-(8) 終末期の対応**

61	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
----	---	---

〈コメント〉

以前は加算の算定をされていたが、職員の体制により「看取り介護加算」の算定はされていない。「看取りに関する指針」が整備されており、その中で具体的な方法や実施手順、それぞれの役割が示されており、担当した職員への精神的なケアを嘱託医である理事長が行っている。

加算の算定に関わらず施設内での看取りを行う可能性から、入居時に施設としての看取り対応の説明を行うと共に、職員への看取りに関する研修や対応方法について研修計画に盛り込まれることが望ましい。

**A-4 家族等との連携**

	第三者評価結果
--	---------

**A-4-(1) 家族等との連携**

62	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
----	------------------------------------	---

〈コメント〉

利用者に変化があった場合など、必要時に家族へ報告・連絡がされている。「運営推進会議」が定期的開催され、家族代表者の出席があり施設の取り組み状況について報告されている。敬老を祝う会など、家族が参加できる行事を計画し利用者と一緒に楽しめるよう工夫されている。

施設運営についての意見聴取としてのアンケート等を定期的に行うなど、定期的に意見を聴取する仕組みが整備されることを期待する。