

宮城県福祉サービス第三者評価の結果

1 第三者評価機関

名 称	特定非営利活動法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ	認 証 番 号	指 令 第 194 号
所 在 地	仙台市青葉区柏木一丁目2-45 フォレスト仙台5F	評価実施期間	平成26年 9月19日～ 平成27年 3月31日

2 事業者情報

事業者名称 (施設名):	社会福祉法人 宮城厚生福祉会 介護老人福祉施設 田子のまち	種 別 :	特別養護老人ホーム
代表者氏名 (管理者):	理事長 福岡 眞哉 施設長 丸田 礼子	開設年月日:	平成 25年 9月 1日
設置主体:	社会福祉法人 宮城厚生福祉会	定 員	長期入所者数 80人
経営主体:	社会福祉法人 宮城厚生福祉会	(利用人数):	
所在地:	〒983-0021 宮城県仙台市宮城野区田子字富里153 TEL 022(388)9970 FAX 022(388)9980		

3 総評

◇特に評価の高い点

1. 事業所の開設から1年半で「第三者評価」を受審したことは評価できる。

事業所の開設は、平成25年9月1日であり、10ユニット定員80人の入居者に対する介護サービスを始めて1年半で本第三者評価を受審したことは、法人・事業所の「介護サービスの質の向上」への意欲を端的に表すものであり、自己評価及び本評価の結果の如何にかかわらず、当事業所及び職員の成長を考えると期待値が大きいと評価できる。

2. 事業所全体で理念を具体化する取り組みを行っていることが評価できる。

(1) 理念の具体化を目指す取り組みが全職員に浸透している。

法人理念「乳幼児から高齢者まで安心して育ち暮らすことのできるまちづくりを、広く市民とともににつくりあげる」を掲げ、事業所の基本理念の核心は「二度とないこの瞬間（とき）を“あなたらしく”輝ける場所に」であるが、このことの実現を目指してユニット毎に年度の目標を決めて取り組んでいる。事業所全体でも10月を理念強化月間として設定し「全職員が自分の言葉で話せるように」組織的な取り組みが行われている。あるユニットでは理念の具体化のための職員の行動基準について検討した事例も生まれている。

(2) 豊かな居住環境を整え、「地域と共に歩む」理念を具体的に表現している。

個別ケアを実践する基盤となるハード（建物環境）に対する認識も高く、全居室へのトイレの設置、各ユニットへの個浴の設置、共同生活室の分散など豊かな居住環境とケア環境をつくり出すべく多くの努力がうかがわれる。また、豊かな地域交流スペースやレストランの設置など、地域に開かれた施設づくりへの意識も高く、非常に質の高い施設環境を実現している。

◇特に改善が求められる点

1. 中・長期計画（3年～5年）の策定及び年度計画のPDCAの徹底が望まれる。

毎年度の事業計画は、各ユニット・委員会・医務・事務などの部門ごとに全職員参加のもと策定されているが、中・長期計画は明文で策定されていない。そのため介護サービスの質の更なる改善に向けた、具体的課題ないし目標達成のプロセスが不明確であり、年度計画の策定と総括する上において、否定的な影響を及ぼしている。今後は（中・長期計画を策定した上で）諸々の事業課題についてPDCAのサイクルを徹底し、目標達成率の検証が出来るよう改善することが望まれる。

2. 組織運営上「ボトムアップ」の機能しない場合があり、管理者まで情報や問題、職員の意見等の一部届いていないことが懸念され、適宜な介入が望まれる。

「ボトムアップ」が機能しない場合（コミュニケーションの詰り等）、職員からの情報、意見、問題が管理者へ伝わらず、人材不足を背景とする苦情や不満、ストレスの生まれる懸念がある（職員アンケート6, 7, 8）。今後は「ボトムアップ」のリスクを考慮し、適宜「トップダウン」や「介入」の手法を駆使した組織運営が期待される。

3. 看護と介護の連携と協力を図り双方の信頼関係を強める取り組みが望まれる。

誤薬（配）事故は、平成25年度多かったため「誤薬撲滅委員会」が活動しているが、その後も「服薬マニュアルが守られていない」など対策に苦慮している。服薬においても看護職と介護職の連携・協力がなければ誤薬は防げないことは明らかで、マニュアルの徹底だけでは防止が困難である。看護と介護の専門性を認め合い双方に信頼関係が育っていることがもっとも大切である。その点で「職務分掌」において看護師が介護職員を「指導」との規定は問題があると思われる。又、服薬の作業手順を見直して「配薬」ではなく「与薬」することが望ましい。

管理者のリーダーシップの下、看護と介護の連携・協力に関する研修教育を実施し、多職種の協働会議を開催するなどして早急に改善することが期待される。

4. 利用者のQOLの観点から、利用者が毎日の食事の内容に満足できるよう改善が望まれる。

利用者にとって、食事は日常生活の中での最大の楽しみともいえるものである。利用者の身体状況等に応じたものが提供されることはもとより、個々の嗜好や欲求を満たすことも重要とされる。施設において、個別の嗜好に合わせた飲酒ができ、レストランでコーヒーを楽しむことができるなど、様々な取り組みを行っている。しかし、日々の食事内容については、味付け・メニューなど課題が多い。今後、食事内容について、利用者の希望や関係職員の意見等を踏まえ、業務委託している業者との定期的な改善の機会をもって進めることを期待する。

4 第三者評価に関する事業者のコメント

今回の評価に関し、自分たちが考えていた以上の高評価を頂き、嬉しいと同時に、そのように評価されていることへの重みを感じました。当施設は開所して1年半であり、その中でも必要なマニュアルやシステムが整っているのは、同法人でこれまで行ってきた高齢者福祉事業や保育事業がベースにあるからです。今後も、「田子のまち」で考えるのではなく、法人全体で改善すべき点は検討していきたいと思えます。

今回のアンケートでは職員、入居者様、ご家族からの意見や質問があったかと思いますが、日頃から入居者様、ご家族の声を伺うあらゆる手段を整え、またそのご意見への対応方法をいかに素早く行えるかが大事であると考えます。求めるもの以上の事が出来てこそ、満足感を得られるものです。職員ひとり一人の意識向上を目指します。

職員研修についても、来年度は計画性持って組み立てていこうと考えています。参加するだけでなく、それを施設に持ち帰り伝え、理解し、理解したかどうかを確認するまでを研修と考え、取り組みます。

また、介護職員の悩みや不満、不安をこれまで十分に聞くことが出来ていなかったと思えます。風通しの良い職場をつくり、聞く側の体制を整え、働きやすい職場を作ります。

長い時間をかけ、丁寧に評価して頂き、本当にありがとうございました。

5 各評価項目にかかる第三者評価結果 (別紙)

（別紙）各評価項目にかかる第三者評価結果【特別養護老人ホーム 田子のまち】

評 価 項 目	評価結果 (a～c)	連番号
<p>I 福祉サービスの基本方針と組織</p> <p>I-1 理念・基本方針</p> <p>I-1-(1) 理念・基本方針が確立されている。</p>		
<p>I-1-(1)-① 理念が明文化されている。</p>	a	1
<p>法人・施設の理念を明文化しており、法人と施設の使命・役割を反映している。</p> <p>法人理念 「乳幼児から高齢者まで安心して育ち暮らすことのできるまちづくりを、広く市民とともに作りあげる」</p> <p>1 市民参加で、地域に開かれた施設に 2 乳幼児から高齢者までみんなが生き生きと暮らせる子育て・福祉の拠点に 3 乳幼児から高齢者まで人権が生きるまちづくりを、市民とともに作りあげる。</p> <p>田子のまち 基本理念 ～わたしたちのおもい～ 『二度とないこの瞬間（とき）を“あなたらしく”輝ける場所に』 しあわせを願うまち 人をおもい、おもいを分かち合える“まち”を共に作り出す もうひとつの我が家 自分らしく暮らせる、こころ安らぐ“家”を共に作り出す 憩いの広場 みんなが集う憩いの“広場”を共に作り出す</p> <p>評価者コメント</p> <p>法人理念・田子のまち基本理念は、『事業報告・事業計画書』、パンフレット、ホームページで公表されている。</p> <p>法人理念には、地域福祉の推進・福祉の質・人権の尊重という法人が担うべき社会福祉の方向性が明確に示されている。</p> <p>田子のまち施設理念は、開所の際に職員の討議によって作りあげられた。誰もが住み慣れたまちで、安心して最後まで暮らし続けたいということが叶えられる施設を目指す、という思いが込められてる。施設を「しあわせを願うまち」「もうひとつの我が家」「憩いの広場」という括りで、施設理念を明確にしている。又、ユニット毎に施設理念を踏まえた分かり易い各自の理念をつくっている。</p>		

I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	b	2
<p>事業計画で、利用者への姿勢や地域との関わり方を5項目に表し、職員自らの業務への意識付けや利用者への接し方、介護サービスへの具体的な取り組みを理念に沿って行うことが出来るようにしている。</p> <p>評価者コメント 理念に基づいた、事業者・職員の姿勢、地域との関わり方等について事業計画に以下5項目の記載がある。 1. 基本理念を基に、利用者が安心して暮らせるよう支援します。 2. 健全な職場環境をつくります。 3. 地域の一員として社会貢献に努めます。 4. 法令を順守し施設運営をします。 5. 目標稼働率 平均95%</p> <p>しかし、事業者は自己評価で「ケア方針」を基本方針と誤認していた。ここでは「理念に基づく基本方針が明文化されている」か否かがポイントであり、上記5項目を基に、より適切な基本方針の整備が望まれる。</p>		

I-1-(2) 理念・基本方針が職員に周知されている。

I-1-(2)-① 理念・基本方針が職員に周知されている。	a	3
<p>法人・施設の理念や、事業所の方針を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取り組みを徹底して行っている。</p> <p>評価者コメント 理念は、事業計画に明記され、職員に配布されている。全職員会議や新任者研修等で、周知に努めている。ユニットリーダーは理念を自分なりの言葉で伝え、行動を示すという役割を自覚しており、ユニット会議で復唱する等の工夫をしている。理念強化月間が設けられ、理念を意識し立ち返るための取組をしている。理念を実践するために、ユニット毎に年度目標を作成している。</p>		
I-1-(2)-② 理念・基本方針が利用者等に周知されている。	b	4
<p>法人・施設の理念や方針を利用者等に配布しているが、理解を促すための取り組みが十分ではない。</p> <p>評価者コメント 法人理念、田子のまち基本理念は、法人・施設それぞれのパンフレットやホームページに記載されている。それぞれの理念は、分かりやすく、目指すべき方向が明確である。利用者等には、入居時に説明されており、家族懇談会時にも、事業報告・事業計画とともに説明されている。施設開所から1年半で、家族懇談会の開催は、1回に留まっており、利用者等への理解を促すための取り組みを継続し工夫することが望まれる。</p>		

I-2 計画の策定

I-2-(2) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。	c	5
<p>中・長期計画が策定されていない。</p> <p>評価者コメント 中・長期計画は策定されていない。組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等に関する具体的な計画の策定が、事業所のみならず、法人全体として取り組むことを期待する。</p>		

I-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	6
<p>中・長期計画が策定されていないため、これを踏まえた事業計画が策定されていない。</p> <p>評価者コメント 単年度では解決できない課題も想定されるので、中・長期計画の内容を反映し、数値目標を設定した事業計画を策定することを期待する。</p>		

I-2-(2) 計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 計画の策定が組織的に行われている。	b	7
<p>年度計画が、職員参画のもとで策定されているが、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われているとは言えない。いわゆるPDCAが十分ではない。</p> <p>評価者コメント 単年度の事業計画は、各ユニット・委員会・医務、事務等の部門ごとに全職員参加のもとに、年度の総括をしたうえで、次年度目標、会議や行事計画が策定されている。ボランティア委員会等が職員に対してアンケート調査を行い、計画に活かしている。計画は上期・下期で振り返っているが、評価し見直すまでには至っていない。食養部門が食事について利用者から意見を聞いているが、満足度調査等は実施していない。今後、中・長期計画を踏まえた事業計画を策定することを期待する。</p>		
I-2-(2)-② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	8
<p>各計画を職員や利用者に配付しているが、理解を促すための取り組みが十分ではない。</p> <p>評価者コメント 単年度の事業計画は、職員や家族に配布されており、全体職員会議、家族懇談会で報告されている。情報紙に計画策定の記載はあるものの、中身については触れられていない。利用者への周知の取り組みや、理解を促す取り組みを工夫することが望まれる。</p>		

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	b	9
<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。</p> <p>評価者コメント 管理者の役割は、田子のまち職務分掌によって明文化されており、自ら全体職員会議等で周知に努めている。また、理念を具現化することを目指していることを、事業計画やホームページで表明している。管理者は職員主体、ボトムアップの運営を目指している。このことが全ての職員に理解されよう取り組むことが望まれる。</p>		

I-3-(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	10
管理者自ら、遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っているが、十分ではない。 評価者コメント 管理者は、法人管理者研修等において、法令に基づいた社会福祉法人の経営について学んでいる。職員はキャリアパス指針によって定められた研修の一環として、老人福祉法や介護保険法について学んでいる。また、管理者は各種会議において、遵守すべき法令や、法改正について伝えている。介護保険法関連の書籍は職員が常に閲覧できるように整備されおり、必要に応じてネット検索等での情報収集している。更に、雇用・労働や防災等の関連法等まで含めた遵守すべき法令等を把握し、リスト化する等の取り組みが望まれる。		

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-① 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	b	11
管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲を持ち、組織としての取り組みに指導力を発揮しているが、十分ではない。 評価者コメント 管理者は、理念の具現化に意欲を持ち、ユニットケアに取り組み、推進するための体制の構築に努めている。サービスについては事業報告において、各ユニット・各委員会・各部門が総括し、次年度の目標に活かしている。職責会議やユニットリーダー会議、各種委員会において日常的にサービスの質の検討、改善が行われている。管理者は、ボトムアップの運営をめざし、職員の気づきによる質の改善と、そのためのスピード・連携を重視しているが、これらのことを全ての職員が十分に理解しているとは言い難い。今後、運営体制の検討等管理者の更なる指導力発揮が望まれる。		
I-3-(2)-② 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	b	12
管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮しているが、十分ではない。 評価者コメント 管理者は毎月経営報告を受け、必要に応じて検討改善を行っている。職員の健康に配慮し、残業の原因を分析し、残業する部署が偏っていたために体制の変更等の対策を講じ、また「NO残業デイ」を作った。パソコン業務効率化のために入力場所の変更等を実施し改善した。また、光熱費等のデータ化等を行い、職員への周知を予定している。経営や業務の効率化と改善の取り組みを進めていくことが求められる。		

II 組織の運営管理

II-1 経営状況の把握

II-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

II-1-(1)-① 事業経営を取り巻く環境が的確に把握されている。	a	13
事業経営を取り巻く環境を的確に把握するための取り組みをおこなっている。 評価者コメント 社会福祉事業全体の動向は、老人福祉施設協議会や民医連、21世紀・老人福祉の向上をめざす施設連絡会等から情報を得ている。法人本体は仙台市から地域包括支援センターの業務を委託されており、法人全体の管理者会議等で、地域情報を得ている。被災地ということで、仙台市から入所者の優先順位について指導があり、入居検討委員会で検討されている。介護業界の人材不足に対応するための健全な職場環境整備や、社会福祉法人に求められる地域貢献が事業計画に反映されている。		

II-1-(1)-② 施設の経営状況を分析して、改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a	14
経営状況を分析して課題を発見するとともに、改善に向けた取組を行っている。 評価者コメント 定期的に開催される職責会議やユニットリーダー会議において、稼働率や、平均介護度、入退去者数が報告され、光熱費等の経費削減や、超過勤務手当等の課題を分析し、改善の取組を行っている。これらの課題は、ユニット会議等において全職員で検討し改善に努めている。ユニットごとに年度の総括を行っており、事業所として目標稼働率を設定している。		
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている。	a	15
外部監査を実施しており、その結果に基づいた経営改善を実施している。 評価者コメント 税理士に毎月経営報告し指導を受け、年1回外部監査を受けている。経費を分析するように指導を受け、分析を開始した。		

II-2 人材の確保・養成

II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	16
組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、必要な人材や人員体制に関する具体的なプランが確立しているが、それに基づいた人事管理が十分ではない。 評価者コメント 必要な人員体制について、運営規程に職種・員数・職務内容が示されている。法人が作成したキャリアパス指針に、より具体的な職務内容・求められる能力・研修内容・経験年数・資格が明示されてる。現在、人材確保が厳しくなっており、今後、人材確保や職責者育成のプランも必要となってくるが、これらのための人事管理を進めることを期待する。		
II-2-(1)-② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	17
定期的な人事考課を実施しているが、客観的な基準に基づいて行われていない。 評価者コメント 人事考課は年1回管理者が面談を行い、目標管理及び達成結果を評価している。評価結果は人事に反映させている。組織において意図的な人材育成を推進していくうえで、職員に対して公正で的確な評価がおこなわれているかどうかは、職員の仕事に対する意欲にも大きく影響を与える。考課基準の明確化、結果の職員へのフィードバック等の具体的方策の策定を期待する。		

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-① 職員の就業状況や意向を把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	18
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、改善の取組が十分とはいえない。 評価者コメント 職責会議で月度ごとの職員の勤務状況が報告・分析されており、必要な対策を検討している。ユニット毎に生活時間に合わせた勤務体制をつくり、効率的な勤務に繋げている。また職員面談により意向・意見を把握し改善に努めている。しかし、十分な就業状況の改善に繋がらず、職員の安全衛生上でも課題となっている。労働安全衛生委員会がメンタルケアについての学習会を実施し、法人全体の相談窓口は設置されているが、今後は周知の取組を徹底することを期待する。		

II-2-(2)-② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	19
法人として共済会を設立する等、総合的な福利厚生事業を実施している。 評価者コメント 法人には共済会があり、親睦や福利厚生に関する事業を推進している。職員の健康保持のため検診や予防接種を実施している。労働安全衛生委員会があり、職員の健康の保持増進のため、職員アンケートを実施し、腰痛ベルト使用や体操の定着を進めている。衛生管理者として看護師を指名している。労働組合に職員全員が加入しており、法人として職員の相談窓口を設置している。		
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	20
組織として職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されており、体系的な計画が策定されている。 評価者コメント 年度計画書に「『利用者満足』の支援を行うことにつながる、職員育成のための教育システムづくり」に、全職員で取り組んでいきたい」としている。法人が作成したキャリアパス指針に、職務内容・求められる能力・外部研修の内容・内部研修の内容（法人職員研修）・資格が示されている。また、職員研修委員会が事業所内部研修の年間計画をたて、外部研修へ参加しやすい環境を整え、研修会参加後の報告の場を作り、職場全体のケアのスキルアップを図っている。		
II-2-(3)-② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいた具体的な取組が行われている。	c	21
職員一人ひとりについて、基本姿勢に沿った教育・研修計画が策定されていない。 評価者コメント 職員の内部研修や外部研修は行われているが、今後、職員一人ひとりの教育・研修計画を策定することが望まれる。		
II-2-(3)-③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	c	22
研修成果の評価が定期的に行われていない。 評価者コメント 職員が外部研修を受講すると、復命書に所感を記載して提出している。また受講内容をテーマに発表をしている。研修の成果に関する個別の評価・分析が望まれる。		
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-① 実習生の受け入れに関する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	c	23
実習生の受け入れに関する基本的な考え方や方針を明示していない。 （社会福祉士及び介護福祉士養成に係る実習に関する基準の見直しH21.4施行により、従来は設置後3年以上経過した施設・事業所が実習の対象であったが、今後は設置後の年数を問わず実習が可能となった） 評価者コメント 管理者は、福祉の人材育成のために実習生を受け入れることを、社会的責務と考えており、栄養士の実習や、中学校の職場体験は受け入れている。今後、実習生の受け入れに関する基本姿勢を明文化し、受け入れに関するマニュアル等を整備する予定である。		

II-2-(4)-② 実習生の育成について積極的な取組を行っている。	c	24
実習生を受け入れていない。 評価者コメント 管理者は、事業所設置後3年を経過していないため、実習の受け入れ対象事業所ではないと考えていた。今後積極的に実習生を受け入れることを期待する。		
II-3 安全管理		
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-① 災害に関する対応体制を整備している。	b	25
地震、津波、火災等の災害に対して、利用者の安全確保のための体制を整備し取り組みを行っているが十分ではない。 評価者コメント 防災マニュアル・危機管理マニュアルが作成されており、地震・津波・火災への対応が明確にされている。水害対応マニュアルは、作成予定である。緊急連絡網が作成されており、施設まで10分圏内在住職員がリスト化されている。消防署立会いのもと年3回、夜間等を想定した避難訓練が行われている。消防署のアドバイスと訓練の分析から、マニュアルを見直し、より迅速な避難が可能になるようレスキューシートを購入した。様々な災害を想定し、2階から1階のみならず、2階から3階への避難も検討することとした。また、職員への連絡訓練、定期的な消火訓練を実施し、福祉避難所としての役割も考慮した備蓄がなされている。同法人のケアハウスが隣接しており、連携体制は確立している。今後、地域住民とのベストな協力体制を築いていくことが望まれる。		
II-3-(1)-② 衛生管理に関するマニュアルを整備している。	a	26
委員会機能を活かし、各種マニュアルを作成し、委員会を中心に衛生管理を行っている。 評価者コメント 感染症基準予防マニュアルで、基本部分を運用している。労働安全衛生委員会が、チェックリストに沿って、室温・湿度をチェック、入浴委員会が特浴の掃除マニュアルを作成、感染症褥瘡対策委員会が掃除マニュアルを作成している。調理部門は外部の調理業者に委託しているが、施設内の調理作業工程について、食養委員会が指示・見直しを行っている。委員が中心になり、各ユニット等で周知徹底している。		
II-3-(1)-③ 感染症予防と対応体制を整備している。	a	27
感染症予防と対応体制を整備している。 評価者コメント 感染症基準予防マニュアルを作成し、感染症褥瘡対策委員会で恒常的に、感染症対策と予防について検討している。研修は年間計画として「感染症予防と対策について」、状況に応じ「嘔吐物の処理・消毒について」等を実施している。また、ノロウイルスに備えた感染防護キットも準備している。		
II-3-(1)-④ サービス実施時に発生した事故を把握している。	a	28
サービス実施時に発生した事故並びに事故につながりそうな事例について、全て把握するための組織的な取組を行っている。 評価者コメント 事故対策マニュアル・行方不明対応マニュアル・服薬マニュアル等が作成されている。事故対策委員会が設置されており、事故速報・事故詳細報告書により事故が報告されている。法人の新人研修において、事故報告書の記録の仕方を学んでいる。誤薬事故に対しては、誤薬撲滅委員会を設置している。事故につながりそうな事例は、状況・背景・原因・対策が記録報告されている。		

II-3-(1)-⑤ 事故防止のための具体的な取組を行っている。	a	29
事故発生事例や、事故につながりそうになった事例を分析し、事故防止に向けた具体的な取組を行っている。 評価者コメント 事故は各ユニットで検討し対策を講じているが、困難なケースや重大な事故に関しては事故対策委員会が関わる。事故対策委員会が事故情報や、ヒヤリハットを分析し、職員への周知、マニュアルの見直しを行っている。行方不明者の捜索訓練やリスクマネジメントの研修を実施している。誤薬事故は、誤薬撲滅委員会や、医務会議において報告検討されている。事故につながりそうな事例は、ユニットにおいて状況・背景・原因を分析し対策が立てられている。		

II-4 地域との交流と連携

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-① 利用者と地域との関わりを大切にしている。	a	30
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。 評価者コメント 法人理念に「市民参加で、地域に開かれた施設に」、田子のまち基本理念に「憩いの広場 みんなが集う憩いの“広場”を共につくります」と謳われている。施設内に地域住民が利用できるレストラン、理・美容室を設置し、パブリックスペース(会議室)を開放し、図書スペースや、子どもの遊び場スペースも設けられている。地域と事業所の相互交流促進を強く意識した建物の造りである。利用者が地域行事に出かけたり、法人主催の「宮城野の里まつり」を開催し、多くの近隣住民の参加があり交流した。事業所として定期的に、近隣のゴミ拾いをしており、町内会に加入したいと考えているが、地理的に難しい。		

II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	31
事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取り組みを積極的に行っている。 評価者コメント レストラン、パブリックスペース(会議室)、図書スペース、理・美容室を地域に開放し、地域住民が活用できるようにしている。広報誌を回覧、市民センターに掲示し、パブリックスペースでの地域の敬老会開催に繋がった。地域包括支援センターにも、事業所が有する機能を記載したチラシ配布を依頼している。これらの取り組みにより、地域住民の訪問が増えている。また、地元中学の職場体験を引き受けている。		

II-4-(1)-③ ボランティアの受け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	32
ボランティアの受け入れに対する基本姿勢が明示されており、受け入れについての体制が整備されている。 評価者コメント 法人理念「市民参加で、地域に開かれた施設に」を実現するために、事業計画に「ボランティアの受け入れを積極的に行い、利用者の生活の質の向上と地域のコミュニティとしての役割を發揮できるようにしていきたい」としている。このことを実施するために、ボランティア委員会を設置し、目標を「受け入れの姿勢を学びます・今後の地域交流に繋げていきます。」としている。ボランティアは、広報誌やホームページで募集している。委員会で、職員アンケートを実施し利用者のニーズを把握し、「ボランティアの皆様へのお願い」を作成した。ボランティアの登録は着実に増加しており、登録情報、実施状況は管理されており、活動予定も作られている。職員心得の作成を準備中である。		

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	33
<p>必要な社会資源を明確にしているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>評価者コメント 個々の利用者の状況に対応できる社会資源を地域包括支援センターでリスト化しているが、職員間の共有には至っていない。</p>		
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	34
<p>関係機関・団体と定期的な連携の機会を確保し、具体的な課題や事例検討を行っている。</p> <p>評価者コメント 法人として地域包括支援センターを仙台市から委託されている。事業所は地域包括支援センターとの定期的な会議において、情報交流と課題分析等をしている。評議員会には町内会長、児童・民生委員がメンバーに含まれており、定期的に意見交換し、地域の問題解決についても検討されている。又、仙台市老人福祉施設協議会に参加し、福祉・介護利用者の種々の支援に取り組んでいる。</p>		

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	35
<p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取り組みを積極的に行っている。</p> <p>評価者コメント 隣接する同法人の宮城野の里の地域包括支援センターや、居宅介護支援事業所には地域の福祉ニーズ情報が集約されている。事業所はこれら地域包括支援センター等との連携により、地域の福祉ニーズの把握に努めていると認められる。把握した情報は、施設長会議や、職責者会議において共有化されている。評議員会のメンバーの児童・民生委員や町内会長から地域福祉ニーズが提供されている。</p>		
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	b	36
<p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画はあるが、実施されていない。</p> <p>評価者コメント 近隣に復興公営住宅が完成した。入居者の年齢が高く、買い物や日々の生活の支援の必要性が明らかになっている。事業所としてもこれらの課題に取り組もうとしている。</p>		

III 適切な福祉サービス実施

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。

III-1-(1)-① 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解を持つための取組を行っている。	a	37
<p>利用者を尊重したサービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内での共通理解を持つための取り組みが行われている。</p> <p>評価者コメント 法人理念に「乳幼児から高齢者まで人権が生きるまちづくりを、市民とともにつくりあげる。」と謳われており、パンフレットや事業計画書に明記されている。職員全員が共通理解を持てるよう、理念強化月間を設け、職員の意識の向上を喚起する取り組みを行い、ユニット会議や全体会議で理念を復唱し、確認する等周知徹底している。理念を実践するために事業計画に、ユニット毎に目標を掲げ、利用者一人ひとりの思いに沿ったケアができるよう努力している。</p>		

Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備している。	b	38
利用者のプライバシー保護に関する規定・マニュアル等を整備しているが、職員に周知する取り組みが十分ではない。 評価者コメント マニュアルや規定は整備され、重要事項説明書や契約書にも「守秘義務」を明記している。保護方針や目的も明示され、同意書も作成されている。また、ケアマニュアルにもプライバシーの配慮について記載されている。日々のケアにおいて、リーダーを中心にケア方法や声掛けの仕方等具体的に指導しているが、周知が十分でない点もある。研修や学習の機会を設ける等、職員へ周知を図るような取り組みが望まれる。		

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。

Ⅲ-1-(2)-① 利用者の満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	b	39
利用者の満足の上昇を目指す姿勢が明示されているが、満足度を把握する具体的な仕組みが十分ではない。 評価者コメント 事業計画には、「『利用者の満足』の支援を行うこと」と明記されている。面会時や家族懇談会で、本人や家族の意見、要望を聞いている。今年度、家族懇談会は5月に開催した。事前にアンケートを実施し意見要望を聞き、改善に繋げている。サービス担当者会議でも検討し、利用者の満足度の上昇に努めているが、利用者の満足度に関する調査を定期的実施する等の仕組みの構築が望まれる。		
Ⅲ-1-(2)-② 利用者の満足の上昇に向けた取組を行っている。	b	40
把握した利用者の満足度の結果を活用するための仕組みが整備されているが、その向上に向けた取り組みが十分ではない。 評価者コメント 家族アンケートで、職員の態度への意見やケア内容に対する要望が出され、ユニット毎に検討して改善に繋げ、サービス担当者会議で話し合い、ケアプランに反映させることができた。組織として、定期的に満足度を聞く仕組みや、分析・検討する仕組みを早急に構築することが望まれる。		

Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	41
利用者が相談や意見を述べたいときに、相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、利用者に伝えるための取り組みが行われている。 評価者コメント 重要事項説明書に相談担当窓口を明記しており、入居時に説明している。また、苦情受付ボックスを玄関前フロアに設置している。また、家族懇談会に合わせ、アンケートを実施し、意見を聞く機会を作っている。		
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	42
苦情の仕組みが確立され利用者等に周知する取り組みが行われ、苦情解決の仕組みが機能している。 評価者コメント 重要事項説明書に第三者委員の設置や苦情解決の体制を明記し、事前に利用者・家族にも説明している。また玄関フロアにも掲示してある。苦情を申し出た利用者や家族には解決結果を知らせ、必要時には、個人情報に配慮した上で、家族懇談会やお便り等で知らせている。又、職員にはケアの中で、ゆっくり静かな環境で、個別に悩みや要求を聞き、些細なことでも曖昧にせず拾い上げ、問題意識をもつよう、会議や研修で周知している。		

Ⅲ-1-(3)-③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	b	43
利用者からの意見等に対する対応マニュアルは整備しているが、迅速な対応が不十分である。 評価者コメント 苦情対応マニュアルに沿って対応している。マニュアルは年1回見直しを行っている。ヒヤリハットも含め、職員の初期対応を、ユニット会議や各種委員会で検討している。新人職員が多く、情報の共有化や記録の仕方等に課題があり、迅速な対応が望まれる。		

Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。

Ⅲ-2-(1)-① サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	b	44
サービス内容について、定期的に評価を行う体制が整備されているが、十分に機能していない。 評価者コメント ユニット毎や委員会毎に、年度総括と活動内容の評価を行っている。単年度の目標と計画が立案され、年度毎の活動の指針となっている。しかし、自己評価の評価基準があいまいであり、組織的な評価体制の整備（PDCAの徹底等）が求められる。今回の第三者評価結果を分析・検討する場を組織として定め、今後、第三者評価を定期的に受審することを期待する。		

Ⅲ-2-(1)-② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	b	45
実施した評価の結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、十分ではない。 評価者コメント 平成25年度、育成の為の教育システムや健全な職場環境作りに、全職員で取り組むと言う目標を掲げ、ユニット毎に評価結果を分析し、取り組み課題を明らかにしている。しかし、施設全体での課題の明確化や共有化を図る必要がある。また、単年度だけではなく、中・長期的な視点での課題の明確化も求められる。これらを実施するために、今回の第三者評価結果を活用することが望まれる。		

Ⅲ-2-(1)-③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	b	46
評価結果から明確になった課題について、改善策や改善計画を立て実施しているが、十分ではない。 評価者コメント 単年度の総括方針の中で課題や改善策等ユニット毎に話し合われている。施設全体に関わる人員体制や設備に関しては職責者会議で検討されている。今後の施設全体の質の向上を目指し、PDCAサイクルを意識した仕組みを構築する必要があり、単年度では解決できない課題も想定されるので、中・長期計画の策定を期待する。		

Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	47
個々のサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、サービスが提供されている。 評価者コメント ケアマニュアルが整備され、ケア方針は利用者尊重の視点で確立されている。ケアの標準化を図る為に個別の24時間シートを作成し、パソコンを活用し、共有化を図っている。ユニット会議でケアの中身を個別に検討し、指導や研修を実施している。標準的なケア技術をベースにして、利用者毎個別のケアが提供されている。		

Ⅲ-2-(2)-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。	a	48
<p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを行っている。</p> <p>評価者コメント ユニット会議で、ケアマニュアルは年1回定期的に見直しをしている。事故対策委員会では服薬マニュアルの見直しや事故報告書の書式の見直し等も行われ、改定日も記入されている。標準的な介護マニュアルは、職員の介護技術の差をなくすためのツールであり、施設全体の介護の基準でもあるので、今後も継続して見直しを行い、技術レベルの向上に努められたい。</p>		
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	49
<p>利用者一人ひとりのサービス実施計画の実施状況が適切に記録されているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント パソコンを活用し、職員がタイムリーに記録できる仕組みを作っている。しかし、パソコンの操作、記録の仕方が、職員によって力量に差があり、記録内容にばらつきが見られる。現在、記録システムを作り、記録の仕方や記録内容について改善を行っている。記録は「ケアの証」との認識に立ち、記録の質の向上と情報の共有化を更に行うことが望まれる。</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。	b	50
<p>利用者に関する記録管理について規定が定められ管理が行われているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント ユニット毎にパスワードを設定し、記録はすべてワイズマンのソフトを使用し行っている。個人情報保護方針と情報の取り扱い規定を策定し、記録の保管・保存、廃棄に関する規定等、管理体制が整備されている。管理責任はユニットリーダーが担っている。管理規定の職員全員への周知が徹底が望まれる。</p>		
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	b	51
<p>利用者状況等に関する情報を職員が共有するための具体的な取組が行われているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 毎月実施されるカンファレンス、ユニット会議、リーダー会議をはじめ、他の職種も参加する委員会等の報告書は、10日以内にパソコンに入力し、パソコン上に掲示され、情報が共有できるようにしている。閲覧は、各職員がそれぞれに行うが、全員が閲覧しているかどうか確認していない。ワイズマンシステムを有効に活用しながら、情報の共有の徹底には、さらなる工夫が必要と思われる。</p>		
Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	b	52
<p>利用希望者に対してサービス選択に資するような工夫を行って情報提供しているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 施設を紹介したホームページを作成して公開している。法人施設のパンフレットに写真・イラスト等を入れ、見易く工夫している。地域や外部等での普及・啓蒙活動では、パワーポイントを活用してわかりやすく情報を提供している。しかし、パンフレットの置き場所が、施設事務所の中であり、見学者や来所者が、いつでも手に取ることができない。必要な情報はいつでも手にする事が出来るよう、改善が望まれる。</p>		

Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり、利用者等に説明し、同意を得ている。	a	53
サービス開始の同意を得るにあたり、組織が定める様式に基づき利用者やその家族等にわかりやすく説明している。 評価者コメント 玄関付近に重要事項説明書、運営規定、契約書等の一式をそろえ、誰でもいつでも閲覧可能である。利用開始時に、契約書・重要事項説明書・料金表・パンフレットをもとに説明し、同意を得ている。インテークから初回のアセスメントまで、担当者が記録し、経過を明らかにしている。生活状況や生活習慣、家族の状況等詳細に記載されており、丁寧に聞き取りをし、同意を得ている。		

Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b	54
サービスの内容や事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたりサービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。 評価者コメント 在宅復帰者は未だいない。ユニット毎のカンファレンスで情報を共有しあい、ケア記録や24時シートをもとに、利用者の状況を的確に申し送りできるようにしている。入院時はリーダーが窓口となり、相談対応している。利用者・家族の要望を聞き、嘱託医の紹介で安心して入院出来るように配慮している。利用者の安心につながる、在宅移行や転居・入院時のスムーズな対応のための引継ぎや申し送り手順、文書の内容等を定めることが望まれる。		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	55
利用者の身体の状態や生活状況等を正確に把握するために、手順を定めて計画的なアセスメントを行っている。 評価者コメント 24時間シートを活用し、利用者一人ひとりのアセスメントが行われている。ケア内容は、個別ケアチェック表に記載され、利用者ができることや留意点が記入されている。初回アセスメントと、入居後のアセスメントの違いがわかるように記録され、正確性を保つよう努めている。年2回の定期的なアセスメントを行い、体調や状況の変化によっては随時見直しを行っている。家族の意見も取り入れ、ユニットリーダー会議にケアマネジャーも参加し、職員の意見や情報をアセスメントに活かしている。		
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	a	56
利用者すべてについて、アセスメントに基づき、サービス実施上のニーズや課題を具体的に明示している。 評価者コメント ケア項目毎に課題、目標（短期・長期）、援助内容が記載され、ケアプランが作成されている。定期的にモニタリングを実施、評価して、プラン継続か、あるいは変更が必要かを検討している。変更の理由や変更後の目標や援助内容も記載され、利用者の状況の変化が読み取れる内容となっている。		

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	57
利用者一人ひとりのサービス実施計画策定のための体制が確立しており、実際に機能している。 評価者コメント サービス実施計画策定責任者はケアマネジャーである。毎月、日々のケア状況をユニット会議でケアカンファレンスを行い、そこで出された意見をサービス担当者会議（利用者・家族・介護職員・医務・管理栄養士・生活相談員）で検討し、ケアプランを作成している。利用者の個性や特性を考慮した、個別性のあるプランの作成を目標としている。		

Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	58
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。 評価者コメント ケアプランの見直しは6ヶ月毎に行う。体調の変化や状況によって、随時見直しを行うこともある。ケアマネジャーが変更後のケアプランを職員に説明し、利用者の担当者、ユニットリーダーに周知している。変更したケア内容は、24時間シートにも反映され、職員間で共有されている。		

Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ-1 個別サービスの提供

Ⅳ-1-(1) 利用者に対する食事の提供。

Ⅳ-1-(1)-① 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a	59
利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。 評価者コメント 食事に関してのアセスメントは主に栄養士が行っている。食事時間は利用者の希望に合わせて対応している。リーダー会議や職責者会議、食養委員会で食事内容の改善や、利用者からの要望について提案し検討している。利用者の栄養補助食品の利用については栄養士がケアマネジャーと話し合い、ケアプランに位置づけ、きめ細かに対応している。使い慣れた食器や調味料等も持ち込むことができ、その人に合った食事の提供を行っている。		

Ⅳ-1-(1)-② 利用者が食事を楽しめるような工夫を行っている。	b	60
-----------------------------------	---	----

利用者が食事を楽しめるような工夫を行っているが、十分ではない。 評価者コメント 食卓テーブルの配置や着席の位置等、ユニット毎に考慮され、ゆったりと食事が楽しめる環境づくりをしている。一人ひとりに合わせた食事時間で、温かいものは温かく、冷たい物は冷たいうちに提供している。出前や外食の希望にも対応している。しかし、利用者への嗜好調査等は行われていない。味付けや献立への不満や肉禁食の工夫の必要性等食事改善に関しての意見が、利用者や職員から出されている。定期的な嗜好調査を行い、利用者の嗜好を把握し、メニューへ反映させ、より食事を楽しむことができるよう期待したい。		
--	--	--

Ⅳ-1-(2) 利用者に対する入浴の提供。

Ⅳ-1-(2)-① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a	61
入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。 評価者コメント 「安心して入浴が楽しめるようにする」を目標に掲げて取り組んでいる。入浴前にバイタルチェックや体調を確認し、個人のペースに合わせ、マンツーマンで入浴介助をしている。入浴委員会で、手すりの位置の検討や新たな手すりの設置等、環境面の改善に取り組んでいる。委員会では入浴データを作成し、入浴方法やケアの統一を図っている。		

Ⅳ-1-(2)-② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。	a	62
---	---	----

入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。 評価者コメント 入浴マニュアルに沿って羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。利用者1人に対して職員1人のマンツーマンでの入浴、脱衣場にのれんをかけて目隠しをする等環境の整備、また、ユニット間で協力し、同性介助に対応できるよう職員の配置の検討等、プライバシーに配慮する工夫をしている。ユニットには機械浴や個浴があり、利用者の状態や希望に応じて入浴ができています。		
---	--	--

IV-1-(3) 利用者の適切な排泄管理。

IV-1-(3)-① 排泄の自立に向けて、利用者の状態に合わせた支援を行っている。	a	63
<p>排泄の自立に向けて、利用者の状態に合わせた支援を行っている。</p> <p>評価者コメント トイレでの排泄を基本目標に、自立に向けての排泄支援を行っている。排泄委員会で、個々の対応を検討・評価を行い、研修や勉強を重ね、オムツ外しの意識を職員全員が持てるよう努力している。委員会議事録やケア記録でもその事が確認できた。夜間のオムツ使用がリハビリパンツへ、リハビリパンツから布パンツとパッドへと改善した事例もある。パッドの大きさ等、利用者の状況に応じて変更し、対応している。現在「日中帯のオムツ、リハビリパンツ0を目指して」を目標に、オムツ交換ではなく、下着を交換するという考え方のもとで排泄ケアの見直しをしている。</p>		
IV-1-(3)-② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。	a	64
<p>排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介助を行っている。</p> <p>評価者コメント 同性介助を基本に対応している。夜間帯には、ユニット間の協力で、できるだけ同性介助ができるよう配慮している。ケアマニュアルにも、プライバシーの配慮を明記し、研修も行っている。排泄介助はさりげなく行われている。</p>		

IV-1-(4) 利用者の適切な褥瘡予防。

IV-1-(4)-① 褥瘡の予防と治療を適切に行っている。	b	65
<p>褥瘡予防と治療に取り組んでいるが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 褥瘡予防委員会を中心に事例検討や学習会を行い、褥瘡をつくらないケアを目指している。褥瘡リスクのある利用者には、マットレスの見直しや予防用品（体位交換用シート、移乗用シート）の積極的な活用等を検討している。離床、栄養、日中の過ごし方等、褥瘡予防を目標にしたケアプランを作成し、実施記録も確認できた。しかし、褥瘡の発生ゼロを目指し、マニュアルの見直しや発生リスクのチェック、体位交換等ケア方法を客観的に把握・評価できる仕組みが必要である。</p>		

IV-1-(5) 利用者の離床、移動の支援。

IV-1-(5)-① 利用者の意思に基づいた離床や移動のための支援を行っている。	b	66
<p>利用者の意思に基づいた離床や移動のための支援を行っているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 24時間シートを活用し、ユニット毎に一人ひとりの状況を把握し、利用者・家族の希望も取り入れて、離床を促す支援をしている。福祉用具の使用（移動用のシート、リクライニング用シート、スライディングボード等）で、離床しやすい環境の整備を行い、車イスや歩行器等障害に応じた福祉用具を使用し支援している。しかし、福祉用具の選定や、必要性のアセスメント等に課題があり、利用者にとってより適切な用具の選定が行えるよう改善が望まれる。</p>		

IV-1-(6) 利用者の整容の確保。

IV-1-(6)-① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	a	67
<p>利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。</p> <p>評価者コメント 利用者や家族の要望や意見を尊重した24時間シートやケアプランを作成している。一緒に買い物に出かけて希望の衣類を購入したり、季節毎の衣類交換で家族の協力を得たりしている。洗濯物はユニット毎まとめて実施し、清潔に配慮して実施している。利用者の好みで服装や髪形、お化粧品、マニキュア等おしゃれが楽しめるよう声掛けし、施設内の理・美容室を利用してもらう等、支援している。また、馴染みの美容室の利用にも同行している。</p>		

IV-1-(7) 個々の生活、障害に合わせた介護。

IV-1-(7)-① 個々の生活、障害に合わせたケアプランに基づき適切な介護を行っている。	b	68
<p>個々の生活、障害に合わせた介護を行っているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 利用者の意向、好み、自分で出来る事や介助の内容等24時間シートを活用し、ケアを実施している。定期的にカンファレンスやサービス担当者会議を行い、ケアプランを検討し、職員に周知して介護を行っている。認知症ケアには、認知症実践者研修修了者が中心となって、学習や研修を行い、理解を深める取り組みをしている。しかし、開設から1年半のため、職員間での介護技術や力量に差があり、個々の生活・障がいに合わせてケアができるよう、さらなる取り組みを期待したい。</p>		

IV-1-(8) 日常の健康管理。

IV-1-(8)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	b	69
<p>日常の健康状態の把握に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 嘱託医と看護師を複数配置し、協力病院とも連携し、体調管理を行っている。看護師の夜間拘束体制もととり、緊急時にも対応している。日々のケアの中で、バイタルチェック、体重測定等を実施している。記録はパソコンで管理し、職員の情報共有化を図っている。口腔ケアは食養委員会主催で歯科医師と連携して誤嚥口腔ケアに関しての研修を行っている。しかし、食後の歯磨きやうがい等口腔内の清潔に努めているが不十分であり、食後の歯磨きやうがいを希望されない利用者にはケアを実施していない場合もある。声掛けや介助方法等に一層の工夫が必要と思われる。マニュアルの整備とともに、口腔ケア技術のさらなる取り組みを期待する。</p>		

IV-1-(8)-② 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	a	70
<p>孤立、退屈、無気力にならないよう配慮している。</p> <p>評価者コメント 理念に「もうひとつの我が家」と掲げ、どのように暮らしたいか、利用者・家族に意向を確認している。ユニット毎のカンファレンスで、利用者の要望を把握し、レクリエーションの企画や、外出の予定等を決めている。行事企画書を作成し、松島水族館や紅葉狩り等に出かける等、個別の外出伺い書を作成し個々の要望に対応している。フラワーアレンジメント教室といきいき美容教室が、施設内サークルとして活動を始めている。大正琴、囲碁教室はボランティアと一緒に楽しんでいる。</p>		

IV-1-(8)-③ 服薬の誤りがないように対策を講じている。	b	71
服薬の誤りがないよう対策を講じているが、十分ではない。		
評価者コメント 服薬マニュアルを作成し、服薬管理をしている。24時間シートに個別の服薬状況を記録し、職員間で情報を共有し、一人ひとりの服薬管理ができるようにしている。平成25年度、誤薬事故が多く、事故対策委員会の中に服薬マニュアルチームを設け、マニュアルの見直しを行った。誤薬事故が起こった場合は、24時間以内に誤薬撲滅委員会を開催し、原因分析、対応の検討を行い、再発防止の取り組みを行っているが、十分ではない。誤薬防止のためには、看護師との連携が欠かせないため、さらなる医療連携への取り組みを期待する。		
IV-1-(9) 利用者に対する機能訓練または生活の活性化（アクティビティケア）の実施。		
IV-1-(9)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	b	72
個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施しているが、十分ではない。		
評価者コメント 個別機能訓練加算は取得していないが、生活リハビリの観点で個別計画にそってアクティビティケアを実施している。家族からの要望により、ケアプランで離床目標を立て、ベッド上での生活から、居間で過ごせる時間をつくる実践が確認できた。しかし、介護技術や力量に職員間で差があり、十分なアクティビティケアができていない。生活リハビリへの理解や介助技術の習得にさらなる努力を期待したい。		
IV-1-(10) 利用者の主体性の尊重。		
IV-1-(10)-① 利用者の主体的な生活や活動を尊重している。	a	73
主体的な生活や活動を尊重し、支援している。		
評価者コメント 利用者の希望を、会話や家族へのアンケートからくみ取り、家族や看護師と相談して個別外出ができるよう支援している。ユニット毎に毎月の行事を検討し、個別の活動への参加を促している。ボランティアによる演奏会やお茶会に参加者を募り、隣接のケアハウスでの「歌う会」に参加する等の支援をしている。施設内サークルは現在2つあるが、今後増やしていきたいと考えている。		
IV-1-(10)-② 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	74
預かり金は、利用者の希望によって適切に管理している。		
評価者コメント 利用者の希望に応じて、本人管理か施設預かり等を決めている。ユニットでは5000円までの小口を預かり、利用者の希望で、出し入れができるよう支援している。その他の現金や通帳は金銭管理規定に基づいて事務所で管理している。毎月の出納は出納帳を作成し、記録している。月に1回、出納帳のコピーや通帳のコピー等必要な記録を、利用者・家族に報告し、確認、同意を得ている。		
IV-1-(10)-③ 生活に継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	a	75
生活の継続性がある、馴染みのある暮らしができるよう配慮している。		
評価者コメント 初回アセスメントで、利用者・家族の意向を聞き、これまでの生活環境が継続できるように、馴染みの家具や物品を持参してもらうように説明している。居室内には、仏壇、タンス、椅子、ソファ、食器等馴染みのものが置いてある。理念でもある「もう一つの我が家」を目標に、ユニット全体が馴染みになるように、職員は担当制をとり、利用者同士の間人間関係に気を配り、できるだけ家庭的な雰囲気作りに努めている。食事時間も一定ではなく、希望時間に食事をとることができ、食卓も好きなところで食べられるよう、配慮している。		

IV-1-(11) 認知症の正しい理解と適切な対応。

IV-1-(11)-① 認知症を理解し、利用者に対して適切に対応している。	b	76
<p>職員が認知症を正しく理解し、認知症の利用者に対して適切に対応しようとしているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 認知症実践リーダー研修や認知症実践者研修を修了した職員が講師となり、内部研修を実施している。入所後に認知症状が進行したケースには、嘱託医から専門医への受診を勧めている。認知症への対応は、日々の生活の中で、利用者の行動変化への気づきが重要であり、早期発見、早期治療に結び付けることが必要である。また、認知症の人の心理状態を理解することも介護職員には求められる。職員間の認知症の理解の習熟度に差があり、さらなる職員の理解や介護技術を深める取り組みを期待したい。</p>		

IV-1-(12) 終末期のケア。

IV-1-(12)-① 終末期ケアを実施する体制を整えている。(あるいは研究・検討を進めている)	b	77
<p>終末期ケアについて検討し、実施体制を整えつつあるが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 「看取り介護に関する指針」があり、利用者家族にも説明している。看取りは経験した。嘱託医から家族に「看取り介護の導入」について説明し、同意を得られた。看護師や医師とは夜間でも連絡が取れ、緊急対応ができるようになっていく。家族も宿泊ができるよう施設整備をしている。新人職員が多い中での看取りケアであったため、職員のメンタルケアが必要であった。看護師が話を聞く等対応したが、今後、終末期ケアについての職員の学習や研修機会を増やし、なおかつ、メンタルケアができる仕組みの構築が望まれる。</p>		

IV-2 家族との交流の確保

IV-2-(1) 利用者と家族の交流、家族との連携確保。

IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流、施設と家族の連携を図っている。	a	78
<p>利用者や家族との交流及び施設と家族の連携を図っている。</p> <p>評価者コメント 面会時間は制限せずいつでも対応している。家族や知人等の面会者は多く、面会場所は、居室でもリビングでも希望に合わせてことができ、併設の喫茶室の活用もできる。年1回、家族懇談会を開催し、7割以上の家族の参加があり、意見や要望等も出され好評であった。また広報誌「穂の風」を年2回発行し、施設内の取り組みや諸行事、職員紹介等を行っている。家族の全体行事や外出等への参加や同行等、希望に応じ一緒に参加できるよう配慮している。</p>		

IV-3 利用者の人権の擁護

IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止。

IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	79
<p>身体拘束廃止について明確な対応策を講じている。</p> <p>評価者コメント 家族から転倒防止の為にベッド柵をしてほしいとの要望には、身体拘束の廃止の理念の説明や、代替えの介助の工夫等を提案し、家族の理解を得るように努めた。転落の防止の対策検討に、どんな時になぜ転落するのかを、ケア記録を検証し、観察して原因を考えた。対策として低床ベッドやマットレス変更、ベッドの配置の変更等を行い、転落の防止に繋がった。施設として「身体拘束ゼロ宣言」をしており、身体拘束に関する規定で明文化し、職員への研修を行っている。身体拘束廃止委員会では具体的事例に基づき、拘束しないケアの検討をしている。契約書にも「身体拘束ゼロ宣言」明記し、利用者・家族にも説明している。</p>		

IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	b	80
<p>利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための対策を講じているが、十分ではない。</p> <p>評価者コメント 施設の理念や基本方針、就業規則にも虐待の防止が明文化されている。ユニットリーダーが中心となり、「ちょっと待ってね!」「ダメよ!」等の言葉使いや不適切ケアへの指導等、日々のケアでも細かく注意喚起をしている。虐待防止委員会が中心となり、虐待についての研修会を開催し、職員の知識や意識を高める取り組をしている。しかし、新人職員が多い中で、職員のストレスに関する取り組みが少ないように思われる(職員アンケートや面談シート)。今後、職員に対し、スーパーバイザー、カウンセラー等の設置、労働環境の整備が望まれる。</p>		
IV-3-(1)-③ 利用者に成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供等支援を行っている。	c	81
<p>成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用につて、特に支援は行っていない。</p> <p>評価者コメント 現在まで、制度の利用者がいないため、支援の実績はない。今後、認知症の進行等に伴う支援の必要性が考えられる。制度の周知や、地域の社会資源の活用、関係事業所や機関との連携も含めた、研修や仕組みづくりが必要である。利用者・家族が安心して生活ができるよう、情報が提供でき、具体的に支援ができるように準備を行えるよう期待したい。</p>		