

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 第二白東苑	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 高橋 秀	定員（利用人数）：	29 名
所在地：宮城県仙台市太白区袋原4丁目36-18		
TEL：022-748-5581	ホームページ： http://sendai-venus.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：2011年 8月 1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 仙台ビーナス会		
職員数	常勤職員： 19 名	非常勤職員 9 名
専門職員	(専門職の名称) 名	
	介護支援専門員 1 名	介護福祉士 1 名
	看護師 1 名	介護職員 2 名
	管理栄養士 1 名	調理員 6 名
	生活相談員 2 名	
	介護福祉士 14 名	
施設・設備 の概要	(居室数)	(設備等)
	個室 29室, 共同生活室, 浴室 4ヶ所 (個浴 2ヶ所, 特殊 浴槽 2ヶ所), トイレ 15ヶ所	スプリンクラー, 消火散水栓, 消火器, 自動通報 装置

3 理念・基本方針

1. 仙台ビーナス会の理念

1. 運営の理念

私は目の前の高齢者を大切にします

- (1) 私たちは、すべての人の基本的人権を保証し、個人として尊重します。
- (2) 私たちは、高齢者がいつまでも生きがいを持ち、安らかな生活を継続できるよう支援します。
- (3) 私たちは、地域に開かれ、信頼できる施設づくりに努めます。
- (4) 私たちは、法を遵守し、規則を大切に、業務の運営管理を行います。

2. 運営の方針

私たちは必ず報告、連絡、相談を実施します

- (1) サービスの質の改善に努め、私たち自身が受けたいと思うサービス提供を目指し、利用者、家

族の満足度の向上を推進します。

(2) 5S（整理・整頓・清掃・清潔・躰）を基本とし、報告・連絡・相談を徹底し、業務の改善を継続的に推進します。

(3) 職員の資質と能力向上のため、あらゆる努力をします。

3. 福祉サービスの基本態度

私たちは、必ずイエス、すべてを受け入れます

私たちは、専門性を体得するために、不断の努力を行い、いつも利用者の身になって、相手が何を望んでいるのかを正しく知り、直ちに対応します。

1つは、先ずイエス 【すべてを受け入れる】

2つは、すぐにサービス 【すみやかに対応する】

3つは、じっくりケアプラン 【基本的には、ケアプランに基づくサービスを着実に実践する】

4 施設・事業所の特徴的な取組

特別養護老人ホーム第二白東苑は、社会福祉法人仙台ビーナス会を母体として、2011年に開設された仙台市指定の地域密着型介護老人福祉施設である。

社会福祉法人仙台ビーナス会は、『高齢化率の高いこの地域で、事業を実施する以上は、援助を求める高齢者にはどんな形であろうが応えて行きたい。困った人には、できるだけ手助けして行きたいという素朴な方針を貫くことに心掛け』（20年のあゆみより）、四郎丸・袋原・西中田の地域に介護老人福祉施設・短期入所生活・特定施設入居者生活介護・軽費老人ホーム・通所介護・認知症対応型共同生活介護・小規模多機能型居宅介護・訪問介護・定期巡回随時対応型訪問介護看護・訪問看護・在宅療養支援診療所・居宅介護支援・地域包括支援センター・配食サービス・高齢者住宅援助員派遣等の事業所を次々と開設してきた。それぞれの事業所は、法人の方針を実現すべく多岐にわたり連携協力している。事業所ごとの連絡調整のために、全事業所代表による朝のミーティングが毎日行われている。

第二白東苑においては、法人が運営する地域包括支援センターと連携した地域の困難事例の解決や、在宅療養支援診療所と連携した利用者の健康管理と看取り、災害時の事業所間協定などが特徴的な取組みである。

また、地域密着型サービスである本事業所は、地域に開かれたサービスをめざし、町内会長・民生委員児童委員協議会会長・利用者家族代表・地域包括支援センター職員・管理者・介護主任などの参加により運営推進会議を年6回開催している。会議において、事業所から現状報告がなされ、参加者による意見交換や情報提供がなされている。

5 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 4月 26 日（契約日） ～ 平成 30年 9月 21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. 理念を実現するための事業運営

法人の運営の理念には「基本的人権の保障・個人の尊重・自立支援・地域貢献・法令順守・規則遵守」について明記されている。このことを確実に実現するための事業運営が行われている。

職員が利用者の人格を尊重し、相手の立場に立とうとする基本姿勢を持ち、福祉専門職に求められる質の高いマナーを身に着けるための講習会や強化月間等が実施されている。利用者の一人ひとりの24時間シートが作成され、必要な支援を抽出し、個別支援計画に反映させ、これに基づきサービスが実施されている。事業計画には地域貢献の取組みが明記されており、法令遵守規程と法令遵守マニュアルが策定され、法人として個別職員の質問にも答える役割を担う法令遵守担当者を配置している。

2. 人間形成とチームワーク形成を目的とした、充実した研修実施

法人として研修の目的を「福祉サービスを向上させるためには、全職員が、運営の理念、方針、基本的な態度をはじめ、事業計画について共通の理解と認識に立ち、役職員全体の資質及び技術の向上、チームワークの形成を目指す。」としている。

この目的を達成するために、法人全体の研修委員会が研修計画を作成し、年度ごとに見直している。研修は、課題研修（外部派遣研修・苑内全職員研修・新人職員向け介護技術研修・事業所内研修）、苑内自主研修、苑外研修交流会という研修体系で計画され、効率的に進めるということも意識されている。

特徴的な研修の苑外研修交流は1泊2日で4回に分けて行われ、理事長・常務理事も参加している。職員が理事長・常務理事の話を聞いたり相談する機会にもなっている。

3. 福祉サービスの向上と事業運営改善を進める職員による委員会活動

法人全体の『研修委員会』『身体拘束廃止・虐待防止委員会』『リスクマネジメント委員会』『感染症対策委員会』『介護力向上委員会』『接遇向上委員会』『機関紙・かっこ編集委員会』『実習担当委員会』『業務改善管理委員会』『キャリアパス委員会』があり、各事業所の代表の職員で運営されている。この委員会に連動して、事業所でも各々の事業所の職員による委員会が運営されている。

法人全体の委員会は、研修や法人全体としての取組みの年間計画作成、マニュアルの見直し、実施状況を確認するための取組み（アンケート・事業所調査等）、そして実施状況の評価を行う。事業所ごとの委員会は、法人全体の委員会の計画を実践する組織である。

委員会には全ての職員が何らかの形で関わって、職員の育成・教育にも大きな役割を果たしている。

◇改善を求められる点

1. 中・長期的なビジョンを明確にした計画の策定

社会福祉法人ビーナス会は1995年7月設立され『高齢化率の高いこの地域で、事業を実施する以上は、援助を求める高齢者にはどんな形であろうが応えて行きたい。困った人には、できるだけ手助けして行きたいという素朴な方針を貫くことに心掛け』（20年のあゆみより）というビジョンのもと事業運営されてきた。評価のコメントに記載した通り、組織統治体制、経営管理機能は適切であり、公表されている決算書からは経営状況が良好だということが読み取れる。加えて職員の補充・育成も順調に行われている。明文化された中・長期的なビジョンがなくても、明確なビジョンの基に運営されてきたことがうかがえる。

現在、法人組織が大きくなり職員が増え、高齢者を取り巻く状況は困難にそして複雑になっている。ビナス会が事業を継続・発展させることへの、社会的な期待や関心が高まっている。これらのことを鑑み、人材確保や管理職・リーダーの育成計画も含む中・長期計画を明文化するとともに、この情報を発信することが求められる。

2. 家族への情報提供方法や、事業運営について意見を聞き家族同士での交流のできる場の設定

家族への利用者の状態の報告・連絡は適切に行われている。事業所の花見や夏祭り、敬老会などの行事への案内をしている。また、面会が滞ることのないよう家族が毎月来所して利用料支払うことにし、その際、本人の様子を説明し要望を聞いている。施設運営などへの要望を聞く機会として年1回家族へのアンケートも実施している。

日常的な情報提供のツールの情報紙は法人全体として作成されているが、情報掲載のスペースは限られている。事業所としての事業計画や事業報告を家族に情報提供するには至っていない。

運営推進会議に利用者家族の代表が参加し連携の機会が持たれているが、家族代表の位置づけが明確とはいえない。

今後、介護保険制度の改定時や、利用者の重度化や看取り期において、家族同士の情報交流や、事業所としての情報を提供することの重要性が増している。これらを行うことができる場、例えば家族会など創設する、事業所としての情報紙を作成するなどの取組みを期待する。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

法人全体としての理念に掲げている、目の前の高齢者を一番に考え、地域の声にしっかりと向き合いながら福祉サービスの質の向上に職員全員が取り組んでいることについて十分にご理解頂いた評価であると感じております。

結果を真摯に受け止め、今後も事業所としての資質向上に努めて参ります。

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。）

(特別養護老人ホーム 第二白東苑)

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。		
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。	b
<コメント> 法人の『運営の理念』『運営方針』が明文化されている。『運営の理念』は「基本的人権の保障・個人の尊重・自立支援・地域貢献・法令順守・規則遵守」について明記されており、「事業所の運営規程 第2条（運営方針）」は理念に沿った方針となっている。パンフレットやホームページに、理念,方針が記載されている。毎年の事業計画書には事業計画とともに、運営の理念,運営の方針とともに福祉サービスの基本態度も記載されており、全職員に配布され、年度初めの全職員会議において周知徹底されている。 利用者・家族への周知のための継続的な取組が不足しているため、今後の改善に期待したい。		

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。	a
<コメント> 法人職員が仙台市老人福祉施設協議会経営制度委員会の委員として介護保険制度や、地域の実情の情報を把握分析しており、事業所運営に活かされている。管理職の職務として、事業所の経営資源把握と調整戦略の策定が位置付けられており、2018年度の事業所の事業計画の「重点課題」として国の政策を分析し、介護報酬改定に対する対応が明記されている。法人として仙台介護ネットワークにおいて中心的役割を担い、定期的に仙台市に要望書を提出し意見交換会を実施している。 また、仙台市から地域包括支援センターを3ヶ所委託されており、法人内の運営会議等において、地域包括支援センターが把握している情報を共有し連携協力している。事業所の収支は、月度ごとに集計し本部に報告、年度末には分析し次年度の計画に活かしている。		
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
<コメント> 事業所の2018年度事業計画に第7期介護保険制度について分析し、取り組むべき内容が記載されている。成功報酬型の加算に対応するために、『事業所内介護力向上委員会』『事業所内褥瘡予		

防委員会』を立ち上げ、職員一丸となった体制を整備している。また前年度比の運営収入の増加目標も数字で明確にしている。これらの課題を解決するために、ユニットごとに検討し、検討内容がユニットの事業計画に反映している。

なお、2017年度の事業報告において、重点課題である「加算算定に係る充実した研修の実施」は100%実施できたと報告されている。監事も参加する理事会において、事業報告や新たな事業の検討、予算が検討されている。評議委員会も適切に開催されている。

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	c
<p><コメント></p> <p>中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されていない。今後、中・長期計画を策定することが求められる。</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><コメント></p> <p>単年度の計画が策定されているが、中・長期計画を踏まえたものとはなっていない。今後、中・長期計画を踏まえた単年度計画を策定することが求められる。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
<p><コメント></p> <p>前年度の事業所の事業報告は、部門ごと（各ユニット・ショートステイ・ケアマネジメント・医務室・栄養マネジメント）に職員が事業計画に対して実施状況を分析評価している。評価はコメントとともに実施率（%）によって表されている。これらを基に、部門ごとに次年度の事業計画を検討し、さらに事業所としての事業計画を検討決定している。</p> <p>また、法人の専門委員会において活動評価と次年度の計画を立てている。これらの計画は、事業所の専門委員会の活動と連動している。事業所内に策定した事業計画を合体したものが法人の事業計画となる。この計画は、全職員会議で検討している。なお、予算に関しては理事会で議決している。</p>		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
<p><コメント></p> <p>家族代表・町内会長・民生委員児童委員・四郎丸地域包括支援センター職員が参加する運営推進会議において、事業計画が報告されている。また、利用料は現金で事業所に納めるという仕組みにして、月1回家族と面会する機会を確保し、事業計画にあるケアの方針等について必要に応じ情報を提供している。また、法人の情報紙に、法人事業報告は掲載している。</p> <p>今後、事業所としての事業計画を分かりやすく利用者や家族に伝えるための取組を期待する。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体として、福祉サービスの質の向上の取組を推進する『研修・身体拘束廃止・リスクマネジメント・感染症対策・介護力向上・接遇向上・業務改善・キャリアアップ』の委員会がある。委員会は法人内の各事業所の代表で構成され、事業計画として重点目標や年間計画を決めている。これらの取組は、事業所内の委員会と連携して、福祉サービスの向上に取り組んでいる。例えば、介護力向上委員会が各事業所の骨折ゼロ・褥瘡ゼロ等の取組の進捗状況の把握と検証を行い、業務改善委員会がISOの項目を参考に、事業所調査等継続的に検証・提案している。また、職員一人ひとりが福祉サービスの向上に向けた個人目標を設定し行動計画を立て実行し評価責任者により評価されている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体の委員会が、「全職員に身体拘束チェックリストアンケートの実施」「ヒヤリハットの事業所毎の傾向分析」「感染症対策の進捗状況の確認」「介護マニュアルの検証」「職員の基本的態度、言葉遣い等接遇に関する自己・他己チェック」等を事業所内の委員会と連携して行い、これらの結果をもとに課題を明確にし、改善策を検討し実施している。これらの取組は、事業所のユニット会議・職員会議・多職種協働会議で共有されており、年度ごとに評価し次年度の計画に反映している。</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

		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。	a
<p><コメント></p> <p>『業務分掌基準』があり、施設長及び管理者の業務、責任及び権限が明記されている。管理者はこの業務に基づき、事業所の事業目的や最重点目標も掲げられた事業計画を取りまとめている。『業務分掌基準』や『事業所の事業計画』は、職員会議で説明されている。また、このことは運営推進会議（家族代表・町内会長・民生委員児童委員・四郎丸地域包括支援センター職員が参加）においても説明されている。事業所として自衛消防隊を編成しており、施設長が隊長、副施設長（管理者）が副隊長、防火管理組織においては管理者が防火管理者でもある。</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><コメント></p> <p>『法令遵守規程』と『法令遵守マニュアル』を策定している。法人の事業が法令を遵守して遂</p>		

<p>行されるよう提案や確認を行い、個別職員の質問にも答える役割を担う法令遵守担当者を配置している。管理者は、行政や民間が主催する法令に関する研修に参加するとともに、事業所内で法令遵守に関する研修を定期的開催している。法令遵守マニュアルには、「ご利用者および取引相手に対する私たちの行動規範」「福祉事業者としての行動規範」「福祉従事者としての行動規範」等が規定されており、守るべき法令のポイントが網羅されている。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</p>		
12	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>＜コメント＞</p> <p>管理者を中心に、事業所としての重点目標の取組結果を評価し、評価を活かした次年度の事業計画を作成している。管理者は職員会議や、多職種協働会議を統括し、この会議で事業所運営の方針等を伝え、進捗状況を確認し評価し、職員から出された意見の検討をしている。また、事業所内のすべての委員会に参加し必要に応じ指示をしている。介護事故・予防処置（ヒヤリハット）・是正処置の報告書に、管理者として、原因の特定・再発防止策に所見を述べ、指示を行っている。職員は外部研修、事業所内研修、苑内全員研修、苑内自主研修、苑外研修交流会、新人職員向け介護技術研修等の多くの機会を確保されている。事業所の事業計画に事業所内研修として、職員会議内研修及び厨房内研修を計画し、実施している。</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。	a
<p>＜コメント＞</p> <p>管理者を中心に、事業所として収益や人件費・事業費等の予算の執行状況の評価し、次年度の予算を作成している。福祉サービスの向上と収益を上げるために加算取得をめざし、事業所内に『事業所内介護力向上委員会』『事業所内褥瘡予防委員会』を立ち上げ、全職員が一丸となる体制を構築し、研修を充実させている。また、事業所内の委員会や研修の時間を確保する工夫もなされている。入居者が自立した生活を目指し、「おむつはずし」を進めたことで、おむつの費用の大幅削減につながった。</p>		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
<p>Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。</p>		
14	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>＜コメント＞</p> <p>必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方は、『組織図』『業務分掌基準』に明記されている。業務分掌基準には、「業務、責務及び権限」、「力量基準」が規定されている。福祉人材の確保と育成に関する方針は、キャリアパス一覧から読み取れる。キャリアパス一覧には、習熟に必要な業務教育、資格が規定されて、研修や資格取得の時間は業務としている。事業所運営規程に従業者の職種・員数及び職務内容が規定されており、必要な人材の確保は法人本部として行っている。特徴的な取組として仙台市老人福祉施設協議会が行う就職ガイダンスに参加したり、学校訪問を実施することもある。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>『運営の理念』『運営方針』に基づいた『福祉サービスの基本態度』を「私たちは、先ずイエス、すべてを受入れます」としています。法人として『就業規則』『職員給与等支給規則』が策定されている。『職員給与等支給規則』には（昇給と昇格）（管理職手当）（職責手当）等について規定されており、前歴換算基準や昇給基準表もある。キャリアパス一覧表には、習熟に必要な業務教育、資格が規定されている。</p> <p>今後、キャリアアップ基準に基づき、法人としての評価基準を一定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。	a
<p><コメント></p> <p>『業務分掌基準』に管理者が職員の労務・勤務管理に対する責任と権限があることが明記されている。職員の就業状況は管理者が月度ごとに集計把握し、職員の体制や就業時間等に問題があれば、都度、改善に取り組む。ストレスチェックの取組が導入されており、産業医に相談できることを職員に周知している。管理者は職員と、年2回面談を行い、事業所目標にリンクした個人目標とともに私的な目標について確認し、相談・評価している。また、年1回常務理事との面談があり、個人的な相談の機会にもなっている。『育児休業等に関する規程』及び『介護休業等に関する規程』が策定されており、リフレッシュ休日にも取り組んでいる。苑外研修交流会や福利厚生組織の『コメントクラブ』等は特徴的な取り組みである。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
17	Ⅱ-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの『個人目標管理票』が作成されている。目標は「事業所目標にリンクした目標」と「私的な個人目標」、それぞれに「行動計画」が立てられている。評価責任者（管理者）は職員と年2回面談して9月には進捗状況の確認し、3月は達成度（%）を評価し、本人が結果の振り返りを行い次年度の目標に繋げている。</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><コメント></p> <p>『福祉サービスの基本態度』を「私たちは、先ずイエス、すべてを受入れます」として、「私たちは、専門性を体得するために、不断の努力を行い、いつも利用者の身になって、相手が何を望んでいるかを正しく知り、直ちに対応します。」と続けている。目標を実現するためにキャリアパスを示し、職責・求められる能力、対応役職、職務内容、任用の要件（習熟に必要な業務教育、必要経験年数、資格）を明記している。これらに対応する多様な研修が計画され実施されている。研修計画について、法人全体の研修委員会が、毎年見直している。研修内容については、それぞれの委員会が評価し見直している。</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><コメント></p> <p>職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は把握されている。職員一人ひとりが『個人目標管理票』において、個人目標や行動計画を掲げることで、より具体的に技術水準や必要な資格が明</p>		

<p>確にされている。入社3年未満の介護職員と全パート職員に対してOJTが実施されている。また、OJTの講師の職員にたいして事前の勉強会が開催されている。厨房においては、適宜OJTが実施されている。活発な委員会活動は現職員のOJTといえる。年度初めに内部・外部の研修計画が示され、外部研修には研修テーマにより受講が必要な職員が派遣されている。テーマ別研修として、苑内全職員研修と事業所内の職員会議内研修、厨房会議内研修が実施されている。これらの他に自主研修も実施されており、このために充実した資料が作成されている。</p>		
<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。</p>		
20	<p>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。</p>	a
<p>＜コメント＞</p> <p>『実習担当委員会』が設置されている。この委員会の目的として「実習生、研修生が充実した実習、研修が出来るよう、指導を行う職員が統一した対応が出来ることを目的とする。また、実習生、研修生を多く受け入れることにより、チームケアが実践でき、さらに介護の魅力を確認し、職員個々の指導性、資質の向上を目指す。」としている。実習区分（介護実習・初任者研修・現任者研修・認知症研修等）毎にマニュアルを整備している。マニュアルは定期的に検証し改定している。法人全体の『実習担当委員会』は事業所内の『実習担当委員会』と連携し、実習を実施する体制がある。仙台市認知症介護実践者研修は主に同法人の白東苑が担うことが多い。</p>		

II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
<p>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。</p>		
21	<p>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。</p>	a
<p>＜コメント＞</p> <p>法人のホームページにおいて、法人の理念や基本方針、提供するサービスの内容、定款、貸借対照表、現況報告書、収支計算書、役員報酬基準が公開されている。また事業計画書は求めれば閲覧することができる。利用者・家族には苦情・相談体制が示されており、運営推進会議において、事業所の取組や苦情・相談について報告されている。また、年3回発行の『法人の情報紙「かにっこ」』において、法人の事業報告・事業所としての取組の実施状況・地域ボランティアの活動状況が公開されている。情報紙は、家族・町内会・地域包括支援センター等に配布している。『運営の理念』『運営方針』が記載されたパンフレットも作成されている。</p>		
22	<p>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。</p>	a
<p>＜コメント＞</p> <p>法人事務所が経理、購買、施設インフラ・環境管理の業務を行っている。事業所は利用料金授受・預り金入金マニュアルに沿って、現金を管理している。業務分掌基準に、業務、責任及び権限が明記されている。また、『法令順守マニュアル』に【ご利用者および取引相手に対する私たちの行動規範】として、（情実取引の排除）（公正な取引先選定）（リベート要求の禁止）等の項目がある。なお、法令遵守についての研修も行われている。法人として公認会計士による会計監査とともに、日常的にも助言を得ている。事業所として、4半期ごとに経営状況を確認しており、法人として上半期決算を実施、補正予算を作成している。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>法人の『運営の理念』に「私たちは、地域に開かれ、信頼できる施設づくりに努めます」と明示している。これを受け事業所の事業計画に「地域貢献活動の一層の促進, 地域密着型サービス事業の拡大」を掲げている。法人としては東中田地域の街づくりと高齢者の健康づくりを目的に、地名由来調査を実施し、史跡めぐりロードマップを作成し各方面に配付し、事業所としては地域の社会資源情報を収集したマップを作成し掲示している。地域住民による地域防災協力員体制を構築しており、説明会も実施している。運営推進会議を2ヶ月に1回開催, 事業所の状況報告とともに、地域の困難事例の相談を受けることもある。近隣の3福祉施設（第三白東苑・あおぞら保育園・たんぼぼホーム）と災害協定を結んでいる。利用者の個別の希望で、町内会行事や初詣に職員と出掛けており、事業所で実施している出張デパートの取組を地域での活動に展開し、地域の買い物弱者支援とする計画である。</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。	b
<p><コメント></p> <p>法人の『運営の理念』に「地域に開かれた」と掲げており、事業所の『運営規程』には（地域との連携）が規定されている。ボランティアや学校の研修の受け入れの専任の担当がいる。登録手続, ボランティアの配置, 事前説明等を担当職員が適切に行っている。ボランティアは個人情報保守する旨の誓約書を提出し、活動記録をつけ、記録には事業所としてコメントも記載している。ボランティアには、都度必要な情報を提供し、学校教育への協力に際して担当職員が打合せを実施している。マニュアルは作成されていない。</p> <p>今後、担当職員以外の職員がボランティアや学校教育の受け入れる際のマニュアルを整備するとともに、ボランティアが利用者と交流を図る場合必要とされる情報や対応についての研修等を実施することを期待する。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>法人として地域包括支援センターを3ヶ所運営しており、事業所は日常的に地域包括支援センターと連携しており、地域資源情報等も共有している。利用者の活用できる社会資源のマップが作成されており、地域住民も活用できる『東中田地区史跡めぐりロードマップ』も作成されている。2ヶ月に1回開催される運営推進会議（家族代表・町内会長・民生委員児童委員・四郎丸地域包括支援センター職員が参加）において、参加者から地域情報が提供され、特別養護老人ホームが地域ではたすべき役割について等も話し合われている。これらの情報は、職員会議で報告され必要な取組が計画され進められている。</p>		
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		

26	Ⅱ-4-(3)-① 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体として地域住民も参加する夏祭りを開催し、連合町内会西中田高齢者相談連絡所の運営に協力し、市営住宅の緊急通報システムによる安否確認の役割を担っている。事業所としては、地域の買い物弱者支援の解消の一端を担うべく出張デパートの取組を地域へ開放する計画がある。また、地域包括支援センターと連携して講演会を開催し、介護保険や認知症等についての講師をしている。地域住民の民謡やギター等のサークルがボランティアとして訪れ、コンサート等を開催している。事業所として、近隣の3福祉施設と災害協定を結び、自然災害時や火災の場合、当事業所が避難所となること等が決められている。</p>		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>運営推進会議を開催し、家族代表・町内会長・民生児童委員・地域包括支援センター職員が参加し、地域の地域福祉ニーズ等についても話合われている。同法人の他の特別養護老人ホームが地域住民の相談業務を担っている。地域包括支援センターと連携して日常的に地域の福祉ニーズを確認している。これをもとに、地域の困難事例に対応し、買い物弱者の解消の一端を担うための出張デパートの地域への開放を計画している。近隣福祉3福祉施設と災害協定を結んでいる。</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

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	Ⅲ-1-(1)-① 利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
<p><コメント></p> <p>『運営の理念』『定款』『第二白東苑 運営規程 運営の方針』に利用者を尊重する姿勢が明示されている。『プライバシー保護マニュアル』の基本的な考え方において「高齢者が『自立と尊厳』を持てることは重要な課題である。」としており、すべてのケアマニュアルのベースとなっている。法人全体の接遇向上委員会が「入居者、利用者の人格を尊重する」基本的態度を全職員が遵守することを目的とし年間計画を立て、利用者尊重の基本姿勢を理解し学ぶ機会や強化月間を設定し、『自己・他者チェック』を実施し各職員を評価する等、法人内各事業所と連携して取り組んでいる。</p>		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	a
<p><コメント></p> <p>「高齢者が『自立と尊厳』を持てる事はとても重要な課題である。」との基本的な考え方に基づいて、利用者の『プライバシー保護マニュアル』『高齢者虐待防止マニュアル』『身体拘束廃止マニュアル』が作成されており、『入浴ケアマニュアル』や、『排泄ケアマニュアル』にもプライバシーの保護についての記述がある。『重要事項説明書』に「入居者の尊厳」と「身体拘束の廃止」の項目があり、利用者・家族にも周知している。法人全体の身体拘束廃止・虐待防止委員会が中心になって、全職員に『身体拘束チェックリストアンケート』を実施し、身体拘束廃止を促進している。</p>		

<p>職員研修はじめ職員会議内で年2回, 自主研修で年1回実施し, 欠席者にも回覧し周知を図っている。職員会議は不適切事例について検討する機会でもある。利用者の選挙権を行使しやすくするために, 事業所として不在者投票所となっている。居室は個室で, 洗面台が設置されており, 独立した相談室もある。</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	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><コメント> ホームページ及びパンフレットが作成され, 理念や基本方針を明記しており, 事業所の紹介もしている。ホームページには, 事業所について問い合わせ先や人員配置, 利用基準や日常の生活様子の写真等も掲載している。法人情報紙を年3回発行して行事の様子等を掲載している。事業所独自のチラシも作成し, 費用や体制, 設備等について記載している。介護・福祉・医療等の様々な面から支援を行う地域高齢者の窓口の役割を担う地域包括支援センター3ヶ所（四郎丸地域, 袋原地域, 西中田地域）を同法人が運営している。事業所は, この地域包括支援センターと協力連携し利用希望者に必要な情報を提供できるように対応している。町内会や民生委員等にもパンフレットや情報紙を配布している。事業所独自のチラシは, 介護保険制度変更時等随時見直しをしている。施設見学等にも積極的に対応しており, 申し送りノートに記録している。</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。	a
<p><コメント> 『契約書』『重要事項説明書』があり, 利用開始時に利用者と家族に説明し, 利用者・家族の同意を得ている。補足するために, 費用や体制・設備について分かりやすく記載した事業所独自のチラシを作成している。利用料の支払いは, 事業所で現金で行うことにしているため, 必ず1ヶ月に1回は, 家族に状況報告や相談が出来る仕組みとなっている。成年後見制度の利用についても積極的に支援している。介護計画書にも利用者・家族の同意を得ている。</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> 『契約書』に（契約の終了に伴う援助）（入居者の入院にかかる取り扱い）について規定されており, 家族に説明している。また, 運営規程にも（入退居）について規定されており, 介護・看護サマリー等引継ぎは, ケアマネ・看護師・相談員が行っている。当施設で対応困難となった場合, 本人家族の意向も確認し, 利用者にとって不利益が生じないように, 同法人内の他施設へ転居する事もあるが, 基本的には「終の棲家」として対応している。</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> 利用者・家族アンケートを毎年1回（10月頃）定期的実施している。利用者には, 聴き取り形式で行い, 必要に応じて追跡調査を行っている。ユニットリーダーを中心に職員が会議で検討・分析している。その内容を「共通申し送り」用紙に記入し回覧して, より確実に職員が共有する仕組みになっている。把握した結果の分析・検討には利用者や家族が関わっているとは言い難い。</p>		

今後、把握した結果を利用者や家族が参画のもとで検討する場を設置することを期待する。		
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。		
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>苦情解決の仕組みが整えられている。苦情解決の体制（苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員）が整備されており、解決・改善、解決結果の公表までの手順が決められている。玄関に苦情対応のフローチャートが掲示されている。法人全体の『リスクマネジメント委員会』が事業所のリスクマネジメント委員会と連携して、苦情を未然に予防する目的で、集計・分析、啓発、事業所間で情報交換を行い、リスクの管理体制の強化に向けて取り組んでいる。</p> <p>現状は苦情よりは相談が多い、また、苦情を未然に予防しているということで、『リスクマネジメント委員会』で集計・分析しているのは介護事故に特化されている。</p> <p>今後、苦情をマイナスイメージで捉えるのではなく、「利用者からのアドバイス」として積極的に活用することを期待する。</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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者が相談や意見を述べやすいように、相談方法や相手を選択できるように「苦情相談窓口」や「苦情解決制度について」等は『重要事項説明書』で説明している。『重要事項説明書』は玄関に掲示し、合わせて手に取って見やすいように冊子にして設置をしている。意見箱も設置している。利用者・家族が利用しやすいように1階に相談室があるが、居室での対応が多い。10人単位のユニット型特養であり、職員は家族とも馴染の関係が構築されており、話しやすい環境も整っている。職員は、利用者2～3人を担当しており、担当する利用者の思いや要望の把握の中心的な役割を担っている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>『苦情対応解決制度』があり、定期的に見直している。実態は苦情よりは相談が多い。すみやかに改善が必要な事例は『是正報告書』に原因の特定や、再発の防止策を検討した結果を記載し、職員間で情報の共有化を図り、組織的に速やかに対応している。</p> <p>意見箱の設置しアンケートも実施している。アンケートの評価や、日々の支援の中で相談や意見を受けた場合、ユニット会議や職責会議等で検討し、対応している。</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。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>法人全体及び事業所内に『リスクマネジメント委員会』を設置し、施設長を責任者とした体制が整備している。事故発生時の対応と安全確保についての責任、手順（事故対応マニュアルに沿って）を明確にし、職員に周知している。事故発生時には当日中のカンファレンスで原因特定し、2～3日中のカンファレンスで再発防止策を検討し、3ヶ月後に対策について評価することを基本としている。重大事故の発生要因を未然に防ぐ事を目的に、ユニット毎に職員は月10件以上の簡易ヒヤリハット報告書の提出に努めている。同一利用者で同月内に2回以上事故発生した場合は、事業所</p>		

<p>全体で検討する等の内規ルールを設けている。法人全体の『リスクマネジメント委員会』で事故を集計, 分析, 対応策を検討した報告書を作成し, 各事業所で共有し, 職員会議で周知徹底している。</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。	a
<p><コメント> 『感染症防止マニュアル』があり, 定期的な見直しも行っている。事業所内の『感染症対策委員会』の責任者は看護師である。マニュアルのなかにインフルエンザや食中毒はじめそれぞれの感染症について予防方法や特徴, 対応方法, そして「日頃の7つの健康法」も掲載され, 職員会議内で年2回, 厨房会議内で年3回, 苑内全職員・自主研修で年3回, 学習会や研修会を行い, 職員会議時にも状況に応じ, 感染症対策を職員へ周知徹底している。さらに早期発見と再発防止に向けて, 医療機関との協力連携もとっている。</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組織的に行っている。	a
<p><コメント> 管理者が防火管理者で, 防災計画書の中に火災予防, 地震対策, 風水害対策等すべてがマニュアル化されており, 担当や役割等が明記されている。震災時における職員招集基準マニュアルもあり, 全職員のメールによる安否確認方法も記載されている。地域住民に防災協力員を依頼しており, 近隣3福祉施設と災害協定を結んでいる。備蓄は近隣の施設分も含め100人×5日分(栄養士の管理)を, 水害に備え3階に保管してある。避難訓練は年4回(夜間1回, 地域防災協力員の参加, 第三白東苑との合同訓練も1回)実施しており, 避難訓練実施記録簿を作成している。4月には, 新人職員・異動職員に対する教育が行われている。</p>		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
<p>Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。</p>		
40	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><コメント> 『食事提供マニュアル』『排泄ケアマニュアル』『入浴ケアマニュアル』があり, これを進化させるべく法人全体の『介護力向上委員会』が『介護力向上マニュアル』を作成し, これを標準的な実施方法として活用している。すべての職員が同一の介護力でサービスが提供できることを目指して, 『研修委員会』と協力して年間計画にそって研修を企画している。実施状況を確認できる仕組みとして『個別チェックシート』を活用している。特に5つのゼロ(オムツ, 骨折, 褥瘡, 胃瘻, 身体拘束)への具体的な取り組みを重点に, 介護方法等の把握と検証を行っている。マニュアルについては, パソコンから職員がいつでも閲覧できるようになっている。</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。	a
<p><コメント> 『介護力向上マニュアル』にそって行われているケアの実施方法について, ユニット毎で利用者・家族の要望も参考に検討をしている。また, カンファレンスや多職種協働会議で実施方法につ</p>		

<p>いて出されたOT（作業療法士）、看護師、歯科医等の意見も反映してマニュアルを見直している。法人全体の『介護力向上委員会』が、理解しやすいように写真を掲載する等工夫・改善しており、改定日も記載されている。</p>		
<p>Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。</p>		
42	<p>Ⅲ-2-(2)-① アセスメントに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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>『施設介護サービス計画書』の策定責任者はケアマネジャーで、アセスメントの協議はユニットリーダー、栄養士、看護師、ケアマネ、相談員で、場合によっては医師、家族も参加して行っている。また、『栄養マネジメント計画』『機能訓練実施計画書』も作成されている。アセスメント手法は施設ケアアセスメント表を活用し、利用者一人ひとりの24時間シートも作成されている。24時間シートで、本人・家族等の情報・意向、そしてサポートが必要な事が1日の暮らしぶりとして可視化している（シートは状態が変化した時や、モニタリング・ケアプラン更新時に更新されている）。24時間シートから必要な支援を抽出し、『個別支援計画』に反映させ、サービスが実施されている。『サービス実施計画書』には利用者・家族の意見や要望も記載されている。看護師の意見で、湿潤のリスクを排除するために膀胱留置カテーテルを一時的に使用して褥瘡が軽減している利用者もいる。『機能訓練実施計画書』は、支援内容について外部専門家による助言指導を受け、より適切な支援につなげている。</p>		
43	<p>Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。</p>	a
<p><コメント></p> <p>24時間シートとケアプランの更新が連動する仕組みである。ケース担当者が利用者一人ひとりの24時間シートを確認し、ケアの変更等はユニットリーダーに提出し、ユニット会議で評価・見直しを行っている。施設サービス計画書は、3ヶ月毎にサービス担当者会議を開催しプランの見直し、必要時には計画の変更をして、家族にもその都度説明し同意を得ている。施設サービス計画書はユニット毎のパソコンから職員が閲覧できる仕組みとなっている。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。</p>		
44	<p>Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。</p>	a
<p><コメント></p> <p>事業所開所時から介護ソフトを使用し、職員の記録の負担を削減している。『介護ソフト使用マニュアル』があり、職員へ周知徹底している。ユニット毎にノートパソコンとタブレットが1台ずつ設置され、記録の内容や書き方に差異が生じないように『介護記録マニュアル』があり、必要に応じて研修も実施している。管理者、介護主任、副主任は携帯でも利用者の状態の情報を確認でき、職員間で情報の共有化に繋がっている。利用者一人ひとりの24時間シートに基づく施設介護サービス計画書の実施状況が記録されている。</p>		
45	<p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	a
<p><コメント></p> <p>記録の管理責任者は管理者で『業務分掌基準』にも明示してある。『介護ソフト使用マニュアル』に基づき、記録の取り扱いや不適正な利用や漏えい対策について記されている。保存期間（5年間）等が決められている『内部文書管理台帳』と『外部文書管理台帳』も整備されている。守秘義務、</p>		

情報提供等に関しては契約書に記されており,利用者・家族にも説明している。自主研修や厨房内研修等でも個人情報保護についての研修を実施し,職員にも周知している。

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) 生活支援の基本		
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><コメント></p> <p>ユニット会議やサービス担当者会議,職員会議等で,日々の支援の中で利用者の意向や要望を確認し,一人ひとりに応じた一日の過ごし方を24時間シートに記載し,ケアプランに反映している。年間行事計画に沿っての集団外出や外食,水族館等への個別外出の支援,利用者の要望で町内会の行事や保育園の運動会等にも参加している。余暇活動としてクラブ活動(カラオケ,園芸,調理,軽体操)へ参加する等,日中はできるだけ覚醒して活動的に過ごせるよう対応し,夜間良眠できるように配慮している。</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。	a
<p><コメント></p> <p>「いつも利用者の身になって,相手が何を望んでいるのかを正しく知り,直ちに対応する」の法人としての『福祉サービスの基本態度』に基づいて,法人全体の『接遇向上委員会』が中心に接遇向上の講習会を実施し,(相手の立場に立って)(言葉使い)等の取り組み強化月間を設け,テーマ別のポスターを作成している。利用者ごとに職員の担当者を決めており,より細やかなコミュニケーションを心掛けている。家族にも毎月の訪問時,情報提供し,コミュニケーションを取っている。難聴や認知症の利用者等意思疎通の困難な利用者には本人の成育歴,職歴等に配慮した声掛けの仕方を工夫し,相手の意思や真意を汲み取る努力をしている。</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><コメント></p> <p>『身体拘束廃止等適正化のための指針』『身体拘束廃止マニュアル』『高齢者虐待防止マニュアル』が作成されている。身体拘束ゼロを掲げ,年間計画に沿って職員の研修を実施し,委員会でマニュアルの見直しもしている。OJTを重視し,「ちょっと待ってね!」という言葉はどう考えるか等事例の検証や心理的虐待等の教育研修も行っている。玄関にセンサーもなく,利用者はエレベーターを使って,玄関まで下りてきて,職員と談笑している様子が見受けられた。地域包括支援センターと連携して,やむを得ない事由の措置にも対応している。</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><コメント></p> <p>事業目的として、在宅生活の延長となり心温まる家庭的な生活が送れることを目指している。職員が毎日掃除をし、週2回のボランティアの支援もあり清潔な環境を心がけている。全館冷暖房が完備され明るい環境となっている。利用者アンケートでの生活環境についての意見や要望について、具体的に確認し対応している。居室は個室で洗面台とクローゼットはあるが、利用者自身のこれまでの生活環境を少しでも継続できるよう、馴染みの食器や家具等が持込めるようになっている。</p>		

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><コメント></p> <p>個浴と機械浴が設置されており、原則週2回入浴できるよう支援している。一人ひとりの心身の状態にあわせた入浴方法を検討した上で対応しているが、重度化がすすみ、今後特殊浴槽の検討を始めている。『入浴マニュアル』にもとづき、体調確認・入浴可否の判断をし、基本的に入浴介助は1対1で行い、安全な入浴ができるよう支援している。利用者の意向や体調等に応じて、入浴日や時間・回数等の変更、シャワー浴の対応となることもある。また、入浴拒否がある場合には、無理せず時間を置いて声がけも工夫して対応している。理美容を利用した日には入浴を設定する、利用者の希望に合わせた入浴剤の使用や柚子湯等取り入れ気持ち良く入浴できるよう配慮している。プライバシー保護という観点から羞恥心や不安への配慮を心がけている。</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><コメント></p> <p>利用者の尊厳を守り自立支援を進めるため、開設当初から「オムツゼロ」を目指しトイレでの排泄を基本としている。入居時よりできるだけ早くオムツを外し、リハビリパンツや布パンツに変われるよう支援をしている。夜間はリハビリパンツやパッドの使用等工夫し、排泄パターンに合わせてトイレ誘導している。『排泄ケアマニュアル』を作成し、基本的な手順やプライバシーへの配慮等の基本姿勢、詳細な留意点を記している。利用者の意向や身心の状況に応じた日々の支援を見直し、トイレ誘導や排便のコントロール、夜間の排泄介助についてユニットのカンファレンスで検討を重ねより良い支援につなげている。マニュアルは見直しされている。平成30年度からの排泄支援加算算定は、今までの自立支援の取り組みの評価となるので、体制を整備し取組を始めている。</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><コメント></p> <p>入居時の面接で利用者の意向や心身の状態を聞きとり、ADL（日常生活動作）の課題を検討し、できるだけ自立した移動ができるよう、介助方法についても定期的に見直ししながら支援している。</p>		

『介護力向上マニュアル』の〈起居・移乗〉については絵や写真による具体的な説明がある。個別の移動支援の介助方法を検討する際必要となる情報が、写真も添付して提供されている。また、車椅子等の福祉用具が適性に使用されているかの検討や用具の点検も専門家の指導を受け実施されている。今年度“車椅子の適合支援”（専門家の指導と福祉用具会社の協力で一人ひとりに適合した車椅子を使用できるようにする取組）を計画している。

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
----	---------------------------------	---

<コメント>

『食事提供マニュアル』に基づき、美味しく楽しく食べる工夫として、ユニット毎に炊飯、盛りつけをして適温で提供する、また月1回の選択食（2種類から選択、トッピングの選択等）やユニットで鍋の日を設定、地産地消で旬のもので食事提供している。嗜好調査をしてメニューに反映する、会話しながらの食事ができるよう座席配置も工夫している。外食の希望にも対応している。また、敬老会では家族にも施設で調理した食事を提供し、利用者と一緒に楽しめるようにしている。『食品衛生管理マニュアル』に基づいて衛生管理体制を整備し、食中毒予防に取り組んでいる。また、『食品管理規程』で、食中毒や感染症蔓延の予防を目的とし面会時における食品類の持込についても規定している。

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。	a
----	---	---

<コメント>

『栄養マネジメント加算』を取得している。心身の状況、嚥下能力や栄養面に配慮し、常食・一口・刻み・トロミの食事形態、制限食等に対応し提供しているが、できるだけ常食を、そして自分で食べられるよう支援している。介助が必要な時は、姿勢や覚醒状況の確認、飲み込みペースに配慮、口腔内のため込み、誤嚥等に十分に注意している。また、食事時間は1.5～2時間を設定し自分のペースでゆっくり食べられるように配慮している。入居時より利用者の栄養状態を把握し、管理栄養士を中心に関係職員が連携して栄養計画を立て3ヶ月ごとに評価見直しする栄養マネジメントを実施している。栄養士は2日に1回ユニットを見回り食事状況や摂取量・残食量を確認し、ユニットからの情報を多く得ることで栄養マネジメントの強化を図っている。

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』を取得している。毎月1回歯科医師の検診により口腔機能や嚥下機能の定期的チェックを受け、個別の『口腔ケア計画』を作成し、『口腔ケアマニュアル』に基づきケアを実施・見直されている。原則、毎食後の口腔ケアを実施し、嚥下機能改善のためアイスマッサージも実施している。歯科医師や歯科衛生士による研修で口腔ケアの意義や具体的な実施方法等を学び、欠席者への伝達講習により周知を図っている。

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>

『褥瘡予防マニュアル』は医師や看護師、栄養士、介護支援専門員、介護職員等関係職員で検討し作成されている。予防対策の指針が整備され標準的な実施方法で取り組んでいる。褥瘡がある利用者には、医師や看護師・栄養士と連携し改善に取り組んでいる。今年度より介護報酬が改定され

<p>褥瘡マネジメント加算が新設されたので、事業所内の『褥瘡予防委員会』を中心に、改めて全利用者の状態の評価を実施し、発生する可能性がある人の『個別支援計画』を作成し支援方法を見直していく取組を始めている。年2回の職員会議内での研修とともに、ユニット会議等で個別の支援を検討していくことで、職員の理解を深めている。</p>		
<p>A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養</p>		
57	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>『吸引業務マニュアル』『経管栄養業務マニュアル』で施設としての方針や手順、医師の指示や看護師の助言が必要であることが明示され、これに基づき実施されている。認定特定行為業務従事者の職員は2人で、今後も体制の充実強化を図っていく。</p>		

<p>A-3-(5) 機能訓練, 介護予防</p>		
58	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況について情報収集し、医師や作業療法士・看護師等多職種で検討をし、機能訓練や介護予防活動の支援計画を策定している。個別の機能訓練計画については、半年毎にリハビリ専門家により助言・評価を受けて見直している。日常生活での起居や移動動作、洗濯物たたみ等の家事動作を、意図的な機能訓練として位置づけ取り組んでいる。また、クラブ活動（カラオケ、調理、手芸、園芸、軽体操）に主体的に取り組めるよう支援している。</p>		
<p>A-3-(6) 認知症ケア</p>		
59	<p>A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。</p>	a
<p><コメント></p> <p>『認知症高齢者マニュアル』を作成し、利用者一人ひとりの日常生活能力や生活歴等を適切にアセスメントし、利用者を尊重したその人らしい生活ができるような支援に努めている。9～10人のユニットで家庭的な雰囲気を作り、担当制（2～3人の利用者を一人の職員が担当）を取ること、また話しやすいグループを作ること等で安心できる関係ができるよう配慮している。不穏な行動・心理症状がある場合は、看護師とも連携し、薬の調整や対応方法を検討している。また、認知症リーダー及び実践者研修修了者が職員の半数以上を占め、職員が講師となり2ヶ月毎の自主研修を実施することで、職員全体のレベルアップに繋げている。</p>		
<p>A-3-(7) 急変時の対応</p>		
60	<p>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。</p>	a
<p><コメント></p> <p>『夜間緊急時の対応マニュアル』に緊急時の対応やユニット間の協力体制、連絡体制について記載されている。法人内クリニック医師（24時間オンコール）が週1回の検診を行い、入院設備のある協力病院2ヶ所・協力歯科医院との連携体制を確立している。体調変化時には看護師の判断により迅速に対応している。看護師が、介護日誌に医務情報を掲載することで多職種との情報共有を確実にしている。さらに、看護師は医師に利用者全員の状態を毎日報告し連携を密にしている。また、ユニットでの服薬管理が適切にできるよう「ユニット管理内服等対応一覧表」を作成してい</p>		

る。健康管理や病気,薬の効果や副作用についても研修実施,救命講習は法人全体で,新人及び3年毎に実施している。		
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。	a
<p><コメント></p> <p>充実した看取り体制の確保と環境の整備のもと看取りの実績があり、『看取り介護加算』を算定している。『看取り介護に関する指針と理念』に施設としての方針を定め、『看取り介護マニュアル』に手順が詳細に明示されている。入居時に施設の見取り対応について説明し,本人及び家族の生前意思を確認する。看取り期には改めて本人(家族)の意思を確認し同意書を得て,関係職種による検討で看取り介護計画書を作成する。その後,担当職員が中心となり看取り手順書を作成して,ユニット内で話し合い,その人らしさを尊重した看取りが出来るよう取り組んでいる。看護師はエンゼルケアを行っている。看取り後は,ユニット会議でのカンファレンスで振り返りを行う。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>利用者に体調変化等があった場合は,随時家族へ報告・連絡している。また,面会が滞ることのないよう毎月来所して利用料金を支払う仕組みとして,その際,本人の様子を説明し要望を聞いている。施設運営等への要望を聞く機会として年1回家族へのアンケートも実施している。また,施設の花見や夏祭り,敬老会等の行事への案内をし,敬老会では家族へも食事を提供し利用者と一緒に楽しめるようにしている。</p> <p>家族が利用料金を支払うための来所を,相談や要望する機会と捉えているかどうか疑問である。目的を明確にし,キーパーソンの家族と確実に話し合える機会を設ける取組を期待する。また,今後,家族同士のつながりを持つ機会として家族会等の取組も期待する。</p>		