

(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:富士見荘	種別:特別養護老人ホーム	
代表者(職名)氏名:工藤和子	定員・利用人数:75名	
所在地:〒028-7302 岩手県八幡平市松尾寄木 11-13-1		
TEL:0195-78-2455	ホームページ: https://michinoku.or.jp	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:昭和50年6月20日		
経営法人・設置主体(法人名・理事長名等):社会福祉法人みちのく協会 理事長 工藤和子		
職員数	常勤職員:66名	非常勤職員:7名
専門職員	(専門職の名称: 名)	
	生活相談員 2名	介護職員 2名
	介護支援専門員 1名	
	看護職員 5名	
	機能訓練指導員 1名	
	介護職員 44名	
	栄養士 1名	
施設・設備 の概要	(居室名・定員: 室)	(設備等)
	居室(全室個室) 長期 75室	特殊浴室 1階に1か所
	短期 8室	トイレ 23か所/9ユニット
	共同生活室	2か所/短期
	地域交流スペース	個浴室 5か所/9ユニット
		相談室、研修室、会議室等

③ 理念・基本方針

基本理念:愛と献身

経営理念:社会福祉法人 みちのく協会は、創設者が掲げた『愛と献身』を基本理念とし、福祉サービス利用者個々の利益保護と地域福祉の充実を図るため、すべての職員が創造的精神をもって常に創意工夫しつつ積極的に業務にあたるとともに、社会福祉法人のもつ高い公共性を鑑み、公明かつ適切な事業の推進に努めるものとします。

行動指針:

1. 私たちは、福祉サービス利用者の自立支援に努めます。
2. 私たちは、福祉サービス利用者の自由を最大限尊重します。
3. 私たちは、上質で洗練された知識及び技術の習得に努めます。
4. 私たちは、地域福祉の拠点として地域福祉の課題に積極的に取り組みます。
5. 私たちは、福祉と医療を連携することにより利用者の心身の健康づくりに努めます。

④ 施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

平成 24 年 4 月一部個室ユニット化（24 床）し、平成 26 年 2 月には全室個室ユニット化（75 床）する。平成 26 年 9 月には富士見荘宅老事業所として、高齢者宿泊サービス事業を開始する。平成 26 年 4 月には、6 床だった短期入所を 8 床に増員した。

平成 24 年 7 月介護員養成研修事業として訪問介護員養成研修 2 級過程を開始。その後、平成 25 年度からは名前を初任者研修と改めて現在も開校中。平成 27 年 4 月から、介護員養成研修事業として実務者研修開始。

平成 29 年 4 月から、八幡平市生活支援体制整備事業受託運営開始。

⑤ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和元年 5 月 16 日（契約日） ～令和 2 年 4 月 8 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	3 回（平成 22 年度）

⑥ 総 評

◇ 特に評価の高い点

穏やかな日常生活の質

食事、入浴、排せつは、人が生活を営む上で必ず必要なことであり、生活の質を高めるためには重要な要素である。この極めて基本的な部分について、きめ細やかな支援が行われている。入居者の意見を聴き取り、できる限り希望に応じた食事の提供や環境・雰囲気づくりにより、食事をおいしく食べられるような工夫がされている。また、一人ひとりの状況に合わせた入浴方法の検討や同性介助等により入居者の尊厳や感情に配慮した入浴支援のほか、排せつの自立のための働きかけや排せつ委員会の取組、各種記録により入居者の心身の状況に合わせた排せつ支援が実施されている。

◇ 改善を要する点

標準的な実施方法について見直しをする仕組みの確立

標準的な実施方法（マニュアル）について、ユニットケア移行後の平成 27 年度と令和元年度に全面的な見直しが行われているが、現状では、この見直し時期や方法、定期的な実施等について組織内での定めがない。今後策定予定の中・長期計画策定作業の中で、マニュアル見直しの年度や方法を明確化することで、その仕組みが確立し、PDCA サイクルが機能し、サービスの質の安定が見込まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

<コメント>

第三者評価については長年にわたり受審したいと思っていました。今回受審して感じていることは、全職員が関わって自らの施設の在り方を振り返ったということです。

当施設は平成 25 年に全室ユニット型個室に移行し 7 年目を迎えます。ご入居者一人ひとりの意思及び人格を尊重し、入居前と後の生活が継続したものとなるよう配慮しながら、自律的な日常生活の支援に取り組んでまいりました。ですが、私たちが行っていることが自己満足でしかないのか、全職

員でサービスを評価してみたいと受審したものでした。今回受審した結果はいろいろな評価をいただきましたが、受審に接しいろいろなアドバイスを受け本当に良いサービスにつながる糧となったのです。ユニットケアの更なる深化とサービスの向上には、私たちが自ら行っているご入居者への支援、職員一人ひとりの思いや取組が大切だと思っております。

受審に当たって評価項目の確認を一つひとつ全員で行いましたが、普段あまり意見を出さない職員が、ケアについての思いを話すこともあり、準備段階でも職員のやる気になったと思います。受審当日も評価者の皆様から丁寧なご指導を受けたことで、更なるサービスの向上に向け、職員の団結する声もありました。

今後は、法人中長期計画でも定期的な受審を求めていきたいと考えています。

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【富士見荘】

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、経営理念、行動指針ともに明文化され、機関紙「ふじみ」をはじめ、パンフレット・ホームページ等を通じて、広く地域や関係者へ周知が図られている。職員への周知については、経営会議、職員会議等の各種会議における説明や施設内掲示が行われているほか、毎月発行される理事長だよりにおいて、基本理念「愛と献身」の浸透が図られている。また、入居者に対しては、基本理念「愛と献身 利用者一人ひとりの気持ちを大切に、心をこめた介護をいたします」と書かれた掲示物により周知され、家族に対しては、機関紙の配付や家族会総会時の資料説明により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>事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。</p> <p>社会福祉事業全体の動向については、法人・施設として加盟する全国経営協、全国老人福祉施設協議会、県経営協、県高齢者福祉協議会等を通して把握されているほか、各種機関紙やWAMネットによる動向把握も行われている。また、地域福祉計画の策定内容の把握・分析をはじめ、定期的に開催される盛岡北部行政事務組合、市社会福祉協議会、地域ケア会議等を通じて地域の福祉ニーズや入居者に関する情報収集も適切に行われている。さらに、毎月開催される法人経営会議においては、各事業所の入退所状況、稼働率、収支状況及び介助内容の報告、分析も行われている。</p>		
3	I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	b
<p>評価者コメント3</p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき、取組を進めているが十分でない。</p> <p>各事業所における事業計画の実施状況、財務状況については、年度・上半期事業報告書にまとめられているほか、毎月開催される法人経営会議において、入退所状況、稼働率、収支状況等が報告され、課題等の把握・分析が行われている。経営状況や改善課題については、役員間で共有されているほか、月々の経営会議の内容については、運営会議、職員会議で報告されている。経営課題の改善に向けては、中心となる担当者・担当部署等の分担をはじめ、改善期間の設定、進捗状況の確認等、計画的に改善が図られるよう、今後の取組に期待したい。</p>		

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p>評価者コメント4</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の収支計画はあるが、中・長期の事業計画は策定しておらず、十分ではない。</p> <p>平成30年度～令和2年度までの中・長期計画は、施設設備の充実に関する大まかな計画であったことから、令和元年度に改めて、法人としての使命を果たすべく、中・長期的視点に立った具体的計画の策定が進められている。策定に当たっては、中・長期計画策定委員会(毎月開催)を立ち上げ、全国経営協の中・長期計画策定マニュアルや県社協の中・長期計画策定研修会の内容等を踏まえ、組織的取組が行われている。新たな中・長期事業計画は、3月の理事会に上程される予定である。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	b
<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いるが、内容が十分ではない。</p> <p>中・長期計画は策定作業中のため、その内容を反映した単年度の事業計画とはなっていないが、実現可能な具体的内容が設定されている。また、数値化された目標が設定され、実施状況の評価・分析が行える内容となっており、年度末には事業実績比較表により細部にわたって評価・分析されているほか、上半期分を10月に、年度分を5月に事業報告書としてわかりやすくまとめられている。次年度以降は、中・長期事業計画を反映したより具体化された単年度事業計画の策定を期待したい。</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。	b
<p>評価者コメント6</p> <p>事業計画が職員等の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、または、職員の理解が十分ではない。</p> <p>事業計画の策定に当たっては、各課会議による反省・評価を踏まえ、運営会議、経営会議を経て計画(案)としてまとめられているほか、援護部介護課では、ユニット会議、ユニットリーダー会議の意見が集約・反映されている。また、各事業所では、事業実績比較表を作成し目標に対する実績が事細かくチェックされ、事業計画に反映されるとともに、各部・課から提出される予算要望書をもとに、収支計画も策定されている。事業計画及び報告書については、職員会議等で周知されているほか、ネットワーク共有フォルダで検索できるようにしている。なお、毎月の経営会議において入退所状況、稼働率、収支状況等の把握・分析は行われているが、日々のユニットケアの深化に関する計画の全体的な進捗状況等についても、定期的な把握・分析の実施が望まれる。</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>事業計画を入居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>入居者に対する周知については十分とはいえないが、家族に対しては、家族会総会時に資料等により説明されている。次年度以降は、簡潔にまとめたわかりやすい資料(入居者向け、家族向け)を作成、配付の予定である。今年度は家族対象の食事会を実施するなど、コミュニケーションを大切に取組が行われている。また、アンケートを実施し、食事の感想も含め、家族の意向等の把握にも努めている。入居者の要望(移動図書館の巡回等)に対してはその都度対応されているが、事業計画についても、福祉サービスの提供に関する内容でもあることから周知方法について工夫されたい。なお、総会に欠席された家族への対応も含めて今後の取組に期待したい。</p>		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		第三者評価結果
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
<p>評価者コメント8</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ているが、十分に機能していない。</p> <p>事業計画については、各部・課における年度末の反省・評価・見直し(PDCAサイクル)を経て策定されている。施設では、平成25年12月から全室ユニット型個室へ移行し、入居者のプライバシーに配慮するとともに、一人ひとりのQOL向上に重きを置いた支援が行われ、さらなる深化を目指している。今回の第三者評価の受審に当たっては、運営会議のメンバーで構成する準備委員会を立ち上げ、全職員による自己評価が行われている。今後は、第三者評価受審後の結果分析、改善課題の検討、改善計画の策定等、取組を推進する体制(委員会等)の整備が求められる。なお、実施に当たっては、職員の理解と参画を得ながら、PDCAサイクルに基づく組織的取組が望まれる。</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。	c
<p>評価者コメント9</p> <p>評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしていない。</p> <p>今回の第三者評価受審に伴う自己評価結果については、分析までは至っていないが、職員会議で報告されている。今後、第三者評価結果と合わせて自己評価結果の分析を行うとともに、分析結果に基づく改善課題の明確化、職員間での共有、さらには職員参画による改善策や改善計画を策定する仕組みの整備等が必要となる。また、令和元年度に実施した食事会では、家族向けのアンケートを行い、施設サービスに対する意見等が集約され、また、欠席した家族からも集約中である。こうした取組は満足度調査の一面もあり、第三者評価結果による改善策等に加え、組織的、計画的な実施が求められる。</p>		

評価対象II 組織の運営管理

II-1 管理者の責任とリーダーシップ		
II-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
10	II-1-(1)-① 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
<p>評価者コメント10</p> <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>富士見荘施設長(法人理事長兼務)として、年度初めの職員運営会議、職員会議等において、基本理念、経営理念をはじめ、事業計画の周知を図るとともに、自らの役割と責任について表明されている。また、役割と責任を含む業務分担表の文書化や機関紙「ふじみ」において所信の一端が述べられている。さらに令和元年度から理事長だよりを通じて、基本理念「愛と献身」ほか、福祉サービスの担い手としての基本姿勢など、広く浸透が図られている。なお、災害体制図等は文書化されているが、有事における管理者不在時の権限委任等についても明確化されたい。</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>評価者コメント11 管理者は、遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っているが、十分ではない。 管理者として、法令遵守に関する研修会への参加をはじめ、法人の定める就業規則、経理規程及び法令遵守マニュアルに基づき、利害関係者との適正な関係保持や各種入札業務の適正化が図られている。また、各種会議や理事長だより等を通して、基本理念「愛と献身」や社会福祉法等の理解を促し、職員一人ひとりの経営参画意識の醸成に努めている。さらに、法改正（労基法等）による職員への周知も適時適切にされているほか、法務省サイトの活用等も行われている。特に関わりのある介護保険法（解釈集）等は事務室に備え付けられている。なお、今後、倫理綱領の策定も計画されているが、職員に対する幅広い視点に立った法令遵守の取組を期待したい。</p>		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
12	II-1-(2)-① 福祉サービスの質の向上に意欲をもちその取組に指導力を発揮している。	a
<p>評価者コメント12 管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に十分な指導力を発揮している。 福祉サービスの質の向上に関しては、月ごとに開催される経営会議や上半期事業報告書等を通じて現状把握・分析が行われている。法人内、施設内の各種会議及び委員会等においても、福祉サービスの質向上に向けた指導・助言が行われているほか、理事長だよりを通して職員の意識化に努めている。また、職員に対する個人面談を実施し、一人ひとりの研修意欲や仕事に対するモチベーションの維持・向上につなげている。さらに、職員の資格取得を支援する観点から、介護職員初任者研修、介護職員実務者研修を実施し、一定の成果をあげている。</p>		
13	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮している。	b
<p>評価者コメント13 管理者は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。 経営の改善等に向けて、人事局の設置をはじめ、社会保険労務士の指導による労災等の未然防止、WAMネット経営参考指標による経営状況分析、経営会議における状況把握・分析等が行われている。働きやすい環境整備については、みちのく協会行動計画や女性活躍推進法に基づく一般事業主行動計画が策定され、年次休暇の取得、ノー残業デーの取組をはじめ、育児休業（男性含む）の取得、看護休暇（男性含む）の取得促進等、積極的取組は評価される。また、自己申告書（現在の職務、今後の職務、異動希望等を記入）による施設長との面談を通して、職員一人ひとりの育成が図られている。なお、経営改善を図り、効果的な事業運営を目指す観点から、体制整備や職員の経営参画に対する意識化を図る取組を期待したい。</p>		

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		第三者評価結果
14	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
<p>評価者コメント14 組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。 福祉人材の具体的な採用計画はなく、法人経営会議において、採用人数、採用職種を決めている。募集に当たっては、盛岡以北の高等学校等を中心に訪問しているほか、県社協の人材センターとの情報交換も行われている。また、施設で実施している介護職員初任者研修がきっかけで採用につながったケースもある。新採用職員に対する研修については、新人研修プログラム及び新入職員指導・育成マニュアルに基づいて、1年間にわたる計画が組まれ、現在1名が研修中である。なお、人材確保に関する採用人数、職員配置等については、人事局の所掌事項でもあり、経営会議との連携のもとに計画的取組が望まれる。</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 総合的な人事管理に関する取組が十分ではない。 「期待する職員像等」については、人事管理上必要性は理解されているが、明確化までは至っていない。人事基準（採用、配置、異動、昇進・昇格等に関する基準）は就業規則で定められ、職員に周知されている。また、法人の定める人事考課規程に基づき、公正な人事考課が行われているほか、キャリアパス要件Ⅰの基準で実施されている。一方、キャリアパス要件Ⅰの基準（内容）について、職員への周知を図るとともに、自らの将来を描くことができるような仕組みづくりが求められる。</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。	b
<p>評価者コメント16 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、改善する仕組みの構築が十分ではない。 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把握されている。また、職員の心身の健康に関する取組としては、衛生委員会が中心となり、ストレスチェック等が行われている。さらに法人独自のものとして、苦情解決相談室設置要綱を定め、苦情や相談内容の複雑化、深刻化に対応し、総合的な解決システムの構築と利用者等のほか職員からの苦情や相談への対応も合わせて行う体制が整備されている。福利厚生においては、インフルエンザ予防接種費用やヨガ教室の講師料等の全額補助も行われているほか、みちのく協会行動計画により、働きやすい職場づくりも進められている。一方、働きやすい職場づくりに関する改善課題については、福祉人材や人員体制に関する計画に反映されることが望まれる。</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。	c
<p>評価者コメント17</p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が行われていない。 人材育成の観点から、目標管理等の必要性は理解するも、実施の段階までは至っていない。実施に向けては、基本理念、行動指針等に基づき「期待する職員像」の明確化や目標管理の仕組み(目標管理規程等)の整備が必要となる。目標管理制度は、上司との面談を通して目標設定や達成度の評価を行うことにより、職員一人ひとりの業務遂行や能力開発を推進する仕組みであり、今後、福祉サービスに携わるすべての職員を対象とした取組の検討が望まれる。</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
<p>評価者コメント18</p> <p>組織として職員の教育・研修に関する計画が策定されておらず、内容や教育・研修の実施が十分ではない。 今年度の事業計画に明記されている「職員に必要な知識・資質・技術の専門力向上を図り、入居者や地域のニーズにいち早く柔軟に対応できる人材の育成に努めます」とする考え方を踏まえ、教育・研修が実施されている。外部研修の受講については、偏りが無いよう施設長・統括課長で判断され、正規・非正規問わずすべての職員を対象として行われている。今後、人材育成計画の見直し、「期待する職員像」の明記、体系的な教育・研修プログラムの策定等については、中・長期計画の中で具体化することとしている。法人苦情解決相談室の所掌事項である職員の資質を高めるための各種研修の企画実施と、組織体制や業務分担として位置づけられている研修事業部との連携・調整を図りながら、教育・研修の計画的取組が望まれる。</p>		
19	II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<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ているが、参加等が十分ではない。 職員の個人ファイル(労働者名簿)を作成し、資格を含む研修状況等を把握されている。現在、新人職員(1名)に対し、新人研修プログラム(OJT含む)及び新人職員指導・育成マニュアルに沿って研修が行われている。外部研修等の受講については、職員個々の研修参加状況を勘案しながら、機会確保に努めているほか、研修後の復命書、レポート等の評価も行われている。また、受講者は職員勉強会にて出張報告を行うなど、広く周知が図られている。さらに資格取得者に対しては、職専免や交通費補助等の配慮もされている。今後は、内部・外部研修、新人研修の反省・評価が反映され、次年度の教育・研修が計画的・効果的に実施されることが望ましい。</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。 実習担当職員(社会福祉士・介護福祉士実習指導者講習会修了者)をはじめ、実習マニュアル、実習受け入れに係る規程等も用意され、受入体制は整備されている。令和元年度は、介護等体験特例法に基づく介護体験として2名の学生を受け入れている。受け入れに当たっては、実習生等を忌避する入居者への配慮が行われているほか、入居時に家族の了解を得ている。今後、実習生等、専門職の教育・育成に関する基本姿勢の明確化や事業計画への落とし込みなどについて検討されたい。</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。 ホームページにより、法人の基本理念、経営理念等をはじめ、事業計画、事業報告、予算、決算、監査報告等が適切に公開されている。ホームページは、機関紙「ふじみ」の発行に合わせ、4半期ごとに更新されているほか、求人や法改正等に合わせ随時更新されている。また、機関紙やパンフレットは、地域(全戸配布)、近隣施設、関係機関、家族(全員)、役員等へ配布されている。苦情・相談の窓口については、重要事項説明書等で周知されているが、現時点で苦情としての受付事案はない。ただし、要望に対しては、協議・連絡等、迅速に対応されている。一方、相談場所等がわからなかったという家族もあり、改めて周知の徹底が求められる。なお、第三者評価結果や苦情・相談内容に対する改善状況等の公表についても検討されたい。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
<p>評価者コメント22</p> <p>公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。 経営等に関するルール、業務分担、責任等が明確にされ、職員等に周知されているほか、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。法人監事による内部監査は年3回、税理士法人による監査は年4回行われ、適正に処理されている。また、市の法人指導監査を2年に1回受けているほか、法改正の都度、社会保険労務士の指導・助言(就業規則、給与規則)を受けている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
23	II-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>評価者コメント23</p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>八幡平市広報や小中学校の文化祭ポスター等、入居者が活用できる地域情報は施設内掲示によって提供されている。また、法人の事業に賛同する方々による「ボランティアの会陽だまり」が結成され、法人の各事業所へのボランティア活動や地域住民のためのボランティア活動等が行われている。施設では、床屋送迎、お話ボランティア、布絵アート教室等、ボランティアの会による活動が日常的に行われている。地域の伝統芸能や小学生による太鼓演奏などが繰り広げられる夏祭りにおいては、地域の方々の積極的な協力があり、入居者にとっても貴重な交流の機会となっている。</p>		
24	II-4-(1)-② ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
<p>評価者コメント24</p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。</p> <p>ボランティアの受入れについては、ボランティア受入規程、ボランティア受け入れハンドブックにより対応されている。令和元年度は、小学生の社会体験（入居者に劇や演奏を披露）のほか、高校生（看護科）2名を夏休みボランティアとして受け入れ、入居者とのコミュニケーション、手浴、足浴の体験、食事の配膳等のボランティアに取り組んでいる。地域の学校教育等への協力については基本姿勢の明文化を図りながら対応したいとの意向であり、社会福祉に関する専門性を有する地域の社会資源として今後の取組を期待したい。また、八幡平市生活支援体制整備事業の具体的な事業として「2019年度介護支援ボランティアポイント制」のモデル事業が開始され、法人内の各事業所に担当者として生活支援コーディネーターが配置されている。</p>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
25	II-4-(2)-① 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
<p>評価者コメント25</p> <p>入居者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。</p> <p>八幡平市をはじめ、市社会福祉協議会、県社会福祉協議会高齢者福祉協議会、中央ブロック高齢者福祉協議会、市地域ケア会議、ボランティア団体等とのネットワーク化が図られている。特に、定期的開催される市地域ケア会議、入居判定会議は、高齢者が抱える諸問題（一人暮らし、家族関係、生活支援等）の共有と解決に向けた検討がされる場となっている。一方、こうした地域課題については、関係者のみならず、職員全体へ周知し、共有化を図ることが求められる。また、利用者の福祉サービス提供等に関して活用できる関係機関・団体等のリストについては、現在作成されているものを整理し、見やすさ、使いやすさ、掲示場所等を含めて、今後工夫されたい。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
26	II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	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>八幡平市、市社会福祉協議会をはじめ、市地域ケア会議、入居判定会議、ボランティア団体等を通じて、地域の福祉ニーズや生活課題等が把握されている。また、市生活支援体制整備事業に伴う地域支えあい推進員として、担当職員2名を配置し、市内のサロン、カフェ等を訪問し、参加住民から直接意見を伺い、ニーズ等の把握に努めている。IWATE・あんしんサポート事業にも参加し、相談員3名が配置され、市社会福祉協議会の担当者と一緒に行動しながら、生活困窮者を中心としたニーズ把握に努めているほか、サロン等からの情報による対応もされている。さらに、富士見荘夏祭り等の行事やボランティア団体等を通じて、広く地域住民の福祉ニーズの把握に努めるなど、その積極性が評価される。</p>		
27	II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
<p>評価者コメント27</p> <p>把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を積極的に行っている。</p> <p>地域の独居高齢者の安否確認を兼ねた配食サービス（市との委託契約）をはじめ、市生活支援体制整備事業による地域支えあい推進員として、市内サロン、カフェ、老人クラブ等における健康教室の開催、ボランティア養成研修・認知症サポーター養成講座への対応、さらには高校生対象の福祉講座、他事業所主催の実務者研修等々、専門性やノウハウを生かした積極的取組が行われている。また、IWATE・あんしんサポート事業においては、参加以来、5名の支援実績がある。さらに、まちづくり等に関しては、市主催の「山賊祭り」の前後に、職員・ボランティアの会による清掃活動に取り組み、地域のクリーン化に努めているほか、自施設のホールを地域に開放し、入居者との交流も図られている。なお、災害時における福祉避難所として、市と協定も締結されている。</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>入居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>法人の行動指針として「福祉サービス利用者の自由を最大限尊重」すること、富士見荘運営規程において「入所者の人格の尊重とその人権確保」が明示されている。令和元年6月作成の「接遇・マナーハンドブック」の研修や会議での周知等を通じて、職員がこの方針を具体的に理解し実践するための取組が行われており、この推進において、令和元年から配置された法人相談室長が役割を果たしている。また、倫理綱領は、今後予定している中・長期計画策定作業の中で対応予定となっている。なお、入居者の尊重や基本的人権への配慮については、個々の福祉サービスの標準的な実施方法に反映されているが、定期的な状況把握・評価の仕組みの構築には至っていない。</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。	b
<p>評価者コメント29</p> <p>入居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ているが、入居者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。</p> <p>ユニットケアへの移行により、施設内は入居者のプライバシーを守るような設備の工夫が行われ、生活の場にふさわしい自然で快適な住環境が提供されている。また、令和元年12月にプライバシー保護マニュアルを策定し、ユニットリーダー会議等を通じて各ユニットへの周知が図られている。他のマニュアルと併せて随時閲覧可能な状態になっているが、実際のサービス提供への反映状況の把握、家族等への周知には至っていない。</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>入居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>法人理念が明記され、写真を使用したパンフレットが作成され、ホームページでも施設の紹介が行われている。入居者の介護度が高い本施設の特性上、既に何らかの医療・介護サービスを利用している方(家族)からの相談・申請となる流れがあるため、パンフレットの配布先は病院やケアマネジャー等の関係機関としており、公共施設等には設置していない。また、入居希望者に対しては、個別の説明対応や見学、ショートステイの利用等により施設の生活を体験する機会が提供できるようになっている。なお、施設の説明には、パンフレット、重要事項説明書、料金表が使用され、その中でも重要事項説明書が主要な役割を果たしているが、字の大きさや内容等が、高齢の家族等には理解が難しいと思われるため、重要事項説明書自体を見直すか、誰にでも理解しやすい別の説明資料を準備することが望ましい。</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入居者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。</p> <p>判断能力や契約能力に課題のある入居者が大半を占める状況から、サービス開始・変更時の説明と同意の多くは、家族との間で行われている。サービスの変更は、半年に1回のケアプラン更新時や入院等が該当し、説明に当たってはケアマネジャーが家族等に対して説明を行い、同意を得た上で、その内容を書面で残している。意思決定が困難な入居者に対する配慮のルール化は、難易度が高く未着手となっている。</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。	b
<p>評価者コメント32</p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮しているが、十分ではない。</p> <p>入居者にとって終の棲家となることが多く、他の福祉施設等への移行は特別な事情によるものに限られるため、移行に当たっての手順や引継ぎ文書は定められていないが、関係機関や家族との間で丁寧な対応が行われており、移行後の相談にも担当者が対応している。なお、年間を通じて、特に東八幡平病院との間での入退院は多く、その際には看護連絡票が使用されている。</p>		

III-1-(3) 利用者満足の上向上に努めている。		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>評価者コメント33</p> <p>利用者満足把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、その上向上に向けた取組が十分ではない。毎月1回ユニットごとに利用者懇談会が実施され、第三者委員からの聞き取りが行われているが、認知症等に伴う本人の意思確認の難しさがあり、利用者満足・意向等の確認は課題となってきた。このため、令和元年度から新たにユニットごとに食事会を開催し、その際に家族向けのアンケートを実施するとともに、欠席者へは郵送でアンケートを送付する等して、家族によるサービス提供状況の確認や満足度を調査する取組を開始した。この積極的な姿勢は、評価に値する。調査のあり方、調査結果の分析、それに伴うサービスの改善等については、今後検討の余地があるが、上記取組の工夫により更なる充実が期待できる。</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入居者等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。苦情解決責任者、苦情受付担当者、第三者委員の設置があり、体制が整備されている。苦情解決の仕組みについては、重要事項説明書説明時、家族会の総会等の機会を活用して利用者家族へ説明されているが、苦情記入カードの配布等、利用者や家族が苦情を申し出やすい工夫には至っていない。家族への請求書送付時に、施設での入所者の生活の様子を伝える手紙と写真を送付することが定着しており、この手紙を送付する際に、頻度を決めて苦情記入カードと返信用封筒を送付することで、苦情解決の仕組みが機能すると思われる。なお、苦情内容については適切に保管されており、対応策について家族へも説明されている。</p>		
35	III-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
<p>評価者コメント35</p> <p>入居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、そのことを入居者に伝えるための取組が十分ではない。入居者からの相談については、ユニットの個室で対応可能であり、来所した家族に対しては、プライバシーに配慮した相談室が設置されている。入居者や家族が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文書の作成、配布や掲示には至っていない。</p>		
36	III-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p>評価者コメント36</p> <p>入居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。職員は、それぞれが入居者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切で迅速な相談対応と意見の傾聴に努めており、手順を定めたマニュアルも整備されているが、定期的な見直しには至っていない。意見箱は設置されているが、入居者の心身の状況を勘案すると、設置のみで相談受付体制を機能させることは難しいため、例えば返信用封筒を同封した家族に対するアンケートの実施、苦情記入カードの郵送等の取組が定期的に行われることが望ましい。</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。	a
<p>評価者コメント37</p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、入居者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。リスクマネジメントに関する責任者が明確化されており、事故対策委員会を毎月開催し、ヒヤリハット事例を積極的に収集している。これらに対して、事例検討や再発防止策の検討を行うという一連の流れが良く機能しており、更には事故発生に関する統計的な分析が行われていることが評価に値する。事故発生時のマニュアルは令和元年度に見直しが行われており、各ユニットに設置されている。</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>評価者コメント38</p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。感染症対策について、責任と役割を明確にした管理体制が整備されており、予防と発生時の対応マニュアル等を作成し、看護師から職員に周知徹底されている。2か月に1回、法人内で感染症対策委員会が開催され、外部からのウイルス侵入を防ぐため、職員の出勤時のチェック等も実施されている。感染症の予防と発生時の対応マニュアルも定期的に見直しされ、予防策が講じられている。また、感染症が発生した場合の対応も適切に行われており、ユニットケアのメリットが生かされている。</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、入居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。 火災について、災害時の対応体制が定められ、入居者及び職員の安否確認の方法が決められ、すべての職員に周知されている。また、備品リスト及び備蓄も管理者を定めて整備されており、防災計画に基づき、地元消防署、警察等と連携した訓練が実施されている。しかし、本施設の立地からすると、火災の他にも、地震、噴火等の多様なリスクが想定され、現時点でこれら全ての災害に対応する必要な対策が十分とはいえず、「事業継続計画(BCP)」の策定と併せて更なる対策の強化が期待される。</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。 各種マニュアルが適切に文書化され、令和元年度は、マニュアル委員会が入居者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢の明示等も含めた見直しを行っている。見直しの内容はユニットリーダー会議で説明され、各ユニットには改訂後のマニュアルがファイル化して配備されている。一方、マニュアルの分量が増えたことに伴い、この内容を各ユニットの職員に浸透させることについては課題が生じており、周知徹底のための方策とマニュアルに沿ったサービス提供が行われているかどうかを確認する仕組みについて、今後工夫が必要と思われる。</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。	c
<p>評価者コメント41 標準的な実施方法について組織的な検証・見直しの仕組みを定めず、定期的な検証をしていない。 ユニットケア移行後の平成27年度にマニュアルの全面的な改訂を行った後、令和元年度に改めて見直しが実施されているが、現状では、この見直し時期や方法、定期的な実施については組織内での定めがない。例えば中・長期計画策定作業の中で、マニュアル見直しの時期や方法を明確化することで、その仕組みが確立し、PDCAサイクルが機能し、提供サービスの質の安定を図ることが見込まれる。</p>		
III-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		第三者評価結果
42	III-2-(2)-① アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
<p>評価者コメント42 入居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。 ケアプラン策定責任者はケアマネジャーであり、部門を横断した関係職種からの意見聴取も含めて適切なアセスメントが実施されている。ケアプランには入居者個々のニーズが明示され、関係職員の合議、入居者の意向把握と同意が行われている。モニタリングにより、ケアプラン通りに福祉サービスが実施されていることを確認する仕組みがあり、機能している。支援困難ケースへの対応についても、施設内の他、病院等関係機関の協力を得て検討され、適切なサービス提供が実施されている。</p>		
43	III-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
<p>評価者コメント43 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が、十分ではない。 ケアプランの見直し時期(半年に1回)、検討会議の参加職員、入居者の意向把握と同意を得るための手順について、現状では関係職員間で合意があるが、組織的な仕組みとして書面化し、担当者が変更になった際にも円滑に機能する状態には至っていない。ケアプランの実施内容についての関係職員への周知、緊急時のサービス変更の際の仕組み等、一連の流れも併せて現状に即して簡潔に整理し明示することで改善が見込まれる。</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 入居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。 フェイスシート、アセスメントシート、ケアプラン、24Hシートが統一様式により記録されており、サービス提供の状況を記録により確認することができる。これらの記録は、パソコンのネットワークシステムを活用し、ケアマネジャー、相談員、各ユニット職員が随時共有することが可能となっており、経過記録については、日ごと、入居者ごとに閲覧可能である。基本的な記録方法は統一されており、職員が共有し管理しやすい体制となっている。また、部門を横断した情報については、毎日午後3時に実施される送付によりユニット間の連絡調整が行われ、職員間で共有されている。</p>		

45	III-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
<p>評価者コメント45 入居者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。 個人情報保護規程等により、入居者の記録の保管、保存、破棄、情報等の提供等が定められ、個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策と対応方法が規定されている。記録管理の責任者は施設長であり、職員に対しては採用時に研修が実施され、入居者及び家族に対しては入居時に個人情報同意書に基づき説明が行われている。</p>		

内容評価基準

A-1 支援の基本		第三者評価結果
A①	A-1-① 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
<p>評価者コメント1 入居者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫しているが、十分ではない。 入居前調査、家族からの意向確認、入居後の生活の様子を観察しながら、入居者の心身の状況と日常生活の把握・理解に努めている。ユニット会議、リーダー会議の中で、入居者の生活状況について情報共有されている。今後、24Hシートの見直しに合わせ、本人の希望等を反映し、日中活動がさらに活発になるよう複数の週間活動プログラムを作成し、より入居者の役割や楽しみについて配慮と工夫がされることを望む。</p>		
A②	A-1-② 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
<p>評価者コメント2 入居者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っているが、十分ではない。 ユニット単位の生活で日々の観察やコミュニケーションをとりやすい環境にあり、入居者の様子についてユニット会議等で情報共有が図られ、希望があれば居室での食事や買い物に出かけたり、自宅への外出など行われている。接遇マナーについても都度確認されているものの、入居者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいが徹底されていないところがある。「言葉の重要性」を再認識するためにも4半期に1回程度の勉強会に取り組み、職員一人ひとりがさらに向上することを期待する。</p>		
A-2 身体介護		第三者評価結果
A③	A-2-① 入浴介助、清拭等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3 権利侵害の防止等に関する取組が十分ではない。 ただちに権利侵害とはいえないが、入居者に対する職員の気になる言動等に対して、委員会や職員同士でどのような注意喚起が行われているか確認することが重要である。また、真にやむを得ず身体拘束等の事案が生じた場合、マニュアルに沿った対応をし早期に拘束を解く取組を行うことが求められる。合わせて事故対策委員会、身体拘束廃止委員会等で再発防止の検証等が必要である。権利侵害の防止等に関しては外部研修、講師を招いての内部研修など日々の研鑽が不可欠である。</p>		
A④	A-2-② 排せつ介助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4 福祉施設・事業所の環境について、入居者の快適性に配慮している。 施設的环境は清潔で、適温と明るい雰囲気は保たれている。また、備え付け以外の家具、冷蔵庫、テレビ等自分の使用していた物の持込みが可能とされており、入居者の意向等を取り入れ改善の工夫がされ、快適な生活を重視した過ごし方ができるよう、居室の環境等に配慮された支援がされている。</p>		
A⑤	A-2-③ 移乗、移動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 入浴支援を入居者の心身の状況に合わせて行っている。 入浴が安全に快適に行われるようにマニュアルの見直し、勉強会の実施、入浴前点検等が実施されている。また、入居者一人ひとりの様子に応じて、入浴方法の検討を行い心身の状況によって臨機応変に対応している。さらに、入浴の誘導や介助を行う際には、同性の介助となるよう入居者の尊厳や感情に配慮していることと、入浴後の着替えについても入居者の意向確認がされており、良く対応されている。</p>		
A⑥	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	b
<p>評価者コメント11 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。 褥瘡を防止するために、皮膚状態の観察、定時での体位交換等を行い日々褥瘡予防に取り組んでいるものの、自施設での褥瘡発生が散見される。褥瘡予防について標準的な実施方法を確立し職員が理解し取り組むことが重要である。また、体制づくりも重要であり、医師、看護職員、介護職員、栄養士、機能訓練指導員等の関係職種が検討する場を設けさらに連携した取組が必要である。</p>		

A-3 食生活		第三者評価結果
A⑦	A-3-① 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 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 食事サービス検討会で、入居者一人ひとりの心身の状況に応じて食事をおいしく食べるために意見・要望を具体的に聞き取り、ユニットごとに可能な限り希望を取り入れた食事としている。また、座る席や一緒に食事をする人について入居者の意向確認が行われたうえで、テーブルや席の配置の工夫がなされ食事の環境と雰囲気作りが配慮されている。</p>		
A⑧	A-3-② 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
<p>評価者コメント9 食事の提供、支援を入居者の心身の状況に合わせて行っているが、十分ではない。 食事の様子から食事形態を見直し、嗜好等についても都度対応しながら、検討が必要な場合は随時食事サービス検討会で話し合われている。食事が少ない方や医療的な面で援助が必要な場合は補助食品等で対応し、経口での食事摂取が継続できるよう歯科巡回指導や日々の口腔ケアも行われているが、入居者一人ひとり栄養ケア計画を作成し栄養状態を把握して、それに基づく栄養ケアマネジメント実施の必要がある。</p>		
A⑨	A-3-③ 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 入居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。 一人ひとりに応じた口腔ケアがされ歯科巡回指導等も定期的に行われている。口腔衛生委員会の中で、巡回指導の内容についても情報共有を行っているが、具体的な把握、実施・評価等には至っていない。入居者一人ひとりの口腔ケア計画を作成し口腔状態を把握して、それに基づくケアの実施と見直しの必要がある。口腔ケア研修についても継続的に実施されることを望む。</p>		
A-4 終末期の対応		第三者評価結果
A⑩	A-4-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	c
<p>評価者コメント16 入居者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。 現在、入居者の終末期の対応については協力医療機関との連携がとれていることを確認した。「終末ケア」については、協力病院、医師との兼ね合いもあることから、医療機関との契約や連携体制等に変化が生じた場合の検討事項とし、後々、入居者・家族の希望に沿った終末期のケアが行えるよう準備を怠らず研修等を重ねること望む。</p>		
A-5 認知症ケア		第三者評価結果
A⑪	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p>評価者コメント11 褥瘡の発生予防・ケアを行っているが、十分ではない。 褥瘡を防止するために、皮膚状態の観察、定時での体位交換等を行い日々褥瘡予防に取り組んでいるものの、自施設での褥瘡発生が散見される。褥瘡予防について標準的な実施方法を確立し職員が理解し取り組むことが重要である。また、体制づくりも重要であり、医師、看護職員、介護職員、栄養士、機能訓練指導員等の関係職種が検討する場を設けさらに連携した取組が必要である。</p>		
A⑫	A-5-② 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	c
<p>評価者コメント12 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が確立していない。 喀痰吸引マニュアルは整備されているものの、マニュアルに沿って実施されていない。医師の指示と定められた手順、方法などにより実施すること、実施状況の報告書の作成が必要である。入居者の生命・身体への影響の大きさを十分認識したうえで、職員研修や職員の個別指導等をケア会議等に絡めて定期的に行い、合わせて職員の不安等を把握して実施体制の見直しを継続的に行うことが求められる。</p>		
A-6 機能訓練、介護予防		第三者評価結果
A⑬	A-6-① 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。	b
<p>評価者コメント13 入居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が、十分ではない。 日常生活動作で訓練できるように体操の実施のほか、定期的なボランティア活動も介護予防活動に組み入れられている。また、入居者一人ひとりに応じた計画を立て機能訓練や介護予防活動を行っているが、目標設定に具体的なコメントを加えて作成すれば、なおより良いものになり関係職員の理解も深まるものと考えられる。</p>		

A-7 健康管理、衛生管理		第三者評価結果
A⑭	A-7-① 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
<p>評価者コメント14 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。 事前情報や日々の観察で状態把握を行い、認知機能が低下しないように体操の実施や布アート、作品作り等の活動が行われている。認知症実践者研修等に参加して、必要に応じカンファレンスを行い個別対応の取組が実施されている。現在、医療機関と連携して記録をとり経過を見ているケースがあり特筆すべき取組と考える。今後、職員が認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう、例えば上半期・下半期それぞれ1回程度の研修を実施するなど研鑽することを期待する。</p>		
A⑮	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
<p>評価者コメント15 入居者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っているが、十分ではない。 日々行っている入居者の健康チェックの結果を、その都度職員へ周知することが必要である。看護職員のみで行うのではなく、常に入居者と接している介護職員との連携が不可欠である。緊急時の対応マニュアルを活用するとともに、入居者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修をケア会議等に絡めて定期的実施することを工夫されたい。</p>		
A-8 建物・設備		第三者評価結果
A⑯	A-8-① 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	c
<p>評価者コメント16 入居者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立していない。 現在、入居者の終末期の対応については協力医療機関との連携がとれていることを確認した。「終末ケア」については、協力病院、医師との兼ね合いもあることから、医療機関との契約や連携体制等に変化が生じた場合の検討事項とし、後々、入居者・家族の希望に沿った終末期のケアが行えるよう準備を怠らず研修等を重ねること望む。</p>		
A-9 家族との連携		第三者評価結果
A⑰	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
<p>評価者コメント17 入居者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 毎月、家族宛てに生活の様子を伝える手紙を送付している。また、体調の変化等については随時電話連絡したり、面会時に伝えられている。家族会総会においても施設での生活状況等が伝えられている。また、食事会等を企画し入居者と家族と一緒に過ごすことができる行事も実施され、入居者の意向や家族関係に十分配慮しながら、入居者をともに支えるパートナーとして日頃からの連携・協力体制ができています。</p>		