

(別紙) 各評価項目にかかる第三者評価結果【ぬくもりの家】

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、基本方針が確立されている

I-1-(1)-① 理念が明文化されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>法人・事業所の理念を明文化しており、法人の使命・役割を反映している。 法人としての基本理念を設定しているほか、ぬくもりの家としてもさらに基本理念を設定している。理念には「利用者の幸せ」「地域の幸せ」「私たちの幸せ」という3つの幸せを打ち出しており、事業所としての使命と役割を反映している。</p>	
I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>法人・事業所の理念に基づく基本方針を明文化しており、その内容が適切である。 ぬくもりの家基本理念に基づく基本方針の第1は「利用者の幸せ」であるが、「利用者一人ひとりを尊重し、安らぎと生きがいの得られる生活を支援」と明記している。第2は「地域の幸せ」であり、「人々との交流を深め、共に支えあう、地域と一体となるサービスの提供」と明記している。第3は「私たちの幸せ」で、「福祉職員として日々研鑽に努め、プロとして誇りと責任ある仕事をしていく」と明文化されており、内容は適切である。</p>	

I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている

I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本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組を行っている。 法人パンフレットやぬくもりの家パンフレット、事業計画、広報紙に掲載しているほか、施設内の玄関や廊下、会議室等にも掲示している。職員の朝礼や会議等開始時には、基本理念・基本方針を唱和しているほか、職員研修会でも説明・確認が行われている。さらに委託業者への説明・周知も実施している。</p>	
I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>理念や基本方針を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。 利用者・家族との施設利用契約時には、基本理念・基本方針について説明している。また、家族懇談会では家族の前で基本理念・基本方針を唱和してから懇談会を開始している。さらに、利用者との対話集会においても説明するなど周知に努めている。</p>	

I-2 事業計画の策定

I-2-(1) 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	a
<p>評価者コメント</p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期計画および中・長期の収支計画を策定している。 当法人では既に第一次の中長期経営計画が終了していることから、平成26年度から5か年間を計画期間とした第二次中長期経営計画を策定している。策定にあたっては、法人役員や職員の参画による中長期経営計画検討委員会、さらに財務やサービス向上をテーマとした作業部会も設置し検討・策定している。</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	a
<p>評価者コメント</p> <p>各年度の事業計画は、中・長期計画の内容および中・長期の収支計画の内容を反映して策定されている。 ぬくもりの家事業計画は、中長期経営計画や法人事業計画、前年度のぬくもりの家事業報告(目標、事業の展開及び実績、評価)等の内容を踏まえて策定している。</p>	

I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。

I-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている	a
<p>評価者コメント</p> <p>各計画が、職員等の参画のもとで策定されるとともに、実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われている。運営会議・リーダ会議を開催し、職員参画のもとに、前年度の評価・見直しを踏まえながら事業計画を策定している。さらに、四半期毎に事業計画の進捗状況を確認し、継続的に取り組んでいる。</p>	
I-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>各計画を職員に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。職員参画のもとに事業報告を踏まえて事業計画を策定している。策定後は職員研修会や職員会議等の場において資料を作成・配布・説明している。また、四半期毎に事業計画の進捗状況を確認し、継続的に取り組んでいる。</p>	
I-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>各計画を利用者等に配布するとともに、十分な理解を促すための取組を行っている。利用者と施設長以下職員との対話集会では、基本理念や基本方針、事業計画について説明している。さらに、各ユニットには年間行事計画を掲示しているほか、家族にも年間計画を広報紙とともに別紙で配布している。</p>	

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(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

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	a
<p>評価者コメント</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、理解されるよう積極的に取り組んでいる。施設長の役割や責務は業務分担表で明確化しているほか、毎月発行のぬくもり情報においても職員に表明している。また、施設長は各会議に出席し、役割を果たすべく指導助言を行っている。</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
<p>評価者コメント</p> <p>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組を行っているが、十分ではない。施設長は、管理者研修等へ出席し情報の収集に取り組んでいるほか、施設内の各種研修会や会議等にも出席し、適時、適切に職員への周知に努めている。しかし、環境への配慮等含む幅広い分野について遵守すべき法令等をリスト化するなどの取組には至っていない。今後リスト化するにあたり、福祉分野に限らず、雇用、労働、消費者関連法令など、経営に直結する法令等が整理されたものの作成が望ましい</p>	

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	a
<p>評価者コメント</p> <p>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や8事業所との連携、地域の理解促進などを目的として、福祉サービス向上委員会を設置している。また、施設長は施設内の同委員会や諸会議等にも積極的に出席し、適宜、適切に職員への指導に努めている。</p>	
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	a
<p>評価者コメント</p> <p>管理者は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に十分な指導力を発揮している。毎月の試算概況表及び実績報告書を確認し、適宜、指導・助言している。また、四半期毎の出納調査を基に収支を分析し、課題・対応策を検討している。さらに、衛生委員会に出席し施設内の整理・整頓、清掃・清潔、危険箇所等の安全衛生パトロールによる点検結果の把握、職員の時間外労働・年次取得状況等の把握なども行いながら、適宜、課題検討を行っている。</p>	

評価対象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 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>事業経営をとりまく環境を的確に把握するための取組を積極的に行っている。 福祉新聞や全国老人福祉施設協議会等の情報誌により、常に最新の動向を把握しており、必要な場合は朝礼等で職員にも周知している。また、「達者の里健康フェスティバル」では来場者を対象に福祉ニーズ把握のためにアンケート調査を実施している。さらに、四半期毎に事業計画に対する進捗状況の把握や、毎月の電力消費状況をデータ化するなど経営をとりまく現状の的確な把握に努めている。</p>	
II-1-(1)-② 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
<p>評価者コメント</p> <p>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。 毎月の試算概況表及び実績報告書、事業計画に対する進捗状況の把握・確認を行いながら、必要に応じて指導・助言している。また、四半期ごとの出納調査後には収支を分析するなど、現状把握・課題発見・対応策検討など改善に向けた取組みに努めている。</p>	
II-1-(1)-③ 外部監査が実施されている	非該当
<p>評価者コメント</p>	

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	a
<p>評価者コメント</p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するための、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おり、それに基づいた人事管理が実施されている。 中長期経営計画に、サービスの質の確保のためには「人材確保・育成と労働環境の整備は重要なテーマ」と明記し、「法人本部機能等の強化及び総務部門の一体化」「人材の確保・育成」「職員研修の充実」などを明記している。また、職員体制については、ぬくもりの家運営規程や事業計画書、さらに有資格者については組織図で明記しているほか、サービス向上委員会において目標値を示している。</p>	
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。	a
<p>評価者コメント</p> <p>客観的な基準に基づき、定期的な人事考課を実施している。 やまゆり会人事考課規程を平成22年4月から施行している。評価及び面接の流れとして、1月下旬から自己評価が開始され、2月～3月に直属の上司と被評価者との間で目標設定、10月には中間面接による進捗状況の確認、翌年2月～3月には通年評価、3月に結果通知面接を実施している。</p>	
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	a
<p>評価者コメント</p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築されている。 衛生委員会において時間外労働状況や年次取得状況を把握しデータを基に就業状況改善が行われている。また、安全衛生パトロールによる点検で利用者はもとより職員の安全と健康管理にも努めている。産業医によるメンタルカウンセリング等も実施されている。</p>	

II-2-(2)-② 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる	a
<p>評価者コメント 職員の福利厚生や健康を維持するための取組を実施している。 福利厚生の一環として胆江地区勤労者福祉サービスセンターに加入している。主な取組みとしては、厚生旅行への助成、リフレッシュ休暇の実施、野球同好会の活動、インフルエンザ予防接種全額負担(勤務内)の実施、臨床心理士によるメンタルヘルスカウンセリングなどがある。</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

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
<p>評価者コメント 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いる。 サービスの質向上を目指し充実したサービスの提供を実施するため、法人として職員研修に関する基本姿勢を第二次中長期経営計画(職員研修の充実)に明記している。また、ぬくもりの家経営理念・基本方針の3つの幸せのひとつである「私たちの幸せ」には「福祉職員として日々研鑽に努め、プロとしての誇りと責任ある仕事をしていきます」と明示している。また、事業計画には職員研修・人材育成について明示している。</p>	

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て具体的な取組が行われている	b
<p>評価者コメント 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るが、計画に基づいた具体的な取組が十分に行われていない。 中長期経営計画には職員研修の充実が明示され、ぬくもりの家事業計画の重点目標に研修にも力を入れ人材育成に努める旨明示されている。現段階では、職員一人ひとりが個人目標シート(記載様式:今年度の目標、目標に向けてのスケジュール、自己評価等)に記載したばかりであるので、今後はこれらを基に評価する予定である。</p>	

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	b
<p>評価者コメント 研修成果の評価が定期的に行われているが、次の研修計画に反映されていない。 出張復命会の実施や振り返りシートの活用、復命会資料を回覧して欠席職員にも周知を図るなど情報の共有化にも努めている。しかし、評価・分析結果を次の研修計画に反映したり、評価・分析された結果に基づいて、研修内容やカリキュラムの見直しに至っていない。上記項目との関連性からも十分とは言えない。</p>	

II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている

II-2-(4)-① 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている	a
<p>評価者コメント 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、効果的なプログラムを用意する等、積極的な取組を実施している。 中長期経営計画や事業計画には、次世代の福祉人材育成を図るため積極的に実習生等を受け入れることなど明記しているほか、実習マニュアル(介護福祉士資格やホームヘルパー資格取得用など)を策定しており、実習指導者会議に出席している。</p>	

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 緊急時(事故、感染症の発生時など)における利用者の安全確保のための体制が整備されている	a
<p>評価者コメント</p> <p>事故、感染症の発生時などの緊急時に、利用者の安全確保のために、組織として体制を整備し機能している。</p> <p>毎月1回、施設長以下職員で構成しているリスク委員会を開催し、インシデント・アクシデントの報告や対策等について、検討し全事業所で取り組んでいる。また、事故予防、再発防止の研修会も開催している。さらに毎月、安全確認・事故防止対策のために「安全確認の日(毎月18日)」を設定している。取組状況や問題点・課題・改善点を実施状況報告書に記載し毎月報告するとともに、職員に周知を図っている。また、毎月1回、公用車管理票による車両点検も実施していることは、特記できる。</p>	
II-3-(1)-② 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている	a
<p>評価者コメント</p> <p>地震、津波、大雪などの災害に対して、利用者の安全確保のための取組を積極的に行っている。</p> <p>防災委員会を中心に、年2回(日中・夜間想定)総合防災訓練及び月1回のマニュアル訓練を年間計画に沿って取り組んでいる。また、職員に一斉メール送信を実施し、安否確認の充実を図っている。なお、地域の消防協力隊と協定書を取り交わし、年1回、協力隊20~30名が参加して訓練を実施している。今後さらなる取組として、停電時の衛星電話等の設置や夜間訓練の実施等(職員や地域協力者の召集状況)について</p>	
II-3-(1)-③ 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の安全を脅かす事例を組織として収集し、要因分析と対応策の検討を行い実行している。</p> <p>リスクマネジメント委員会では、インシデント・アクシデント報告書の集約・報告、困難事例の検討、危険箇所点検、介護備品・器具等の点検、アクシデント事例集の職員への周知等を行っている。また、研修委員会による食中毒研修や感染症研修なども開催している。</p>	

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 利用者と地域とのかかわりを大切にしている	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者と地域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>法人の中長期経営計画には地域との連携・交流の推進と明記し、ぬくもりの家の経営理念・基本方針の「地域の幸せ」では、人々との交流を深め、共に支えあう地域と一体となるサービスの提供を目指すとして明記している。主な取組みとして、里孫登録・交流、ボランティアの受け入れに関する年間計画作成、ボランティア保険加入、「達者の里健康フェスティバル」開催などがある。</p>	
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している	a
<p>評価者コメント</p> <p>事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を積極的に行っている。</p> <p>法人の中長期経営計画や、ぬくもりの家経営理念・基本方針には地域との交流を深め、共に支えあう地域と一体となるサービスの提供を目指すとして明記している。取組みとしては、介護保険をテーマとした地区集会所での出前講座開催、ボランティア委員会を中心に年間計画の作成がある。また、火災・地震・風水害等災害時には、施設が地域自主防災会の支援をいただくこととなるが、逆に住民が被災した場合の緊急避難先としての施設の受け入れ、被災住民への非常食提供、その他必要な支援を行うことなどを内容とした「災害時支援協力協定書」を胆沢区南都田の14部落自主防災会と取り交わし、相互での支援体制をとっている。</p>	
II-4-(1)-③ ボランティア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
<p>評価者コメント</p> <p>ボランティア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。</p> <p>法人の中長期経営計画やぬくもりの家事業計画には、小中高生をはじめとするボランティアの受け入れ強化を明記している。また、ボランティア委員会を中心としてボランティア受け入れのための年間計画の作成、さらに、ボランティア受け入れマニュアルを作成し、受け入れ体制の整備が図られている。</p>	

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
<p>評価者コメント</p> <p>事業所の役割や機能を達成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明示されているが、その情報が職員間で共有されていない。</p> <p>事務所や各ユニットには、関係機関・団体の名称や連絡先を明記した一覧表が掲載されているほか、事務室には奥州市のガイドブックを常備している。また、地区小学校の運動会や敬老会にも出席し連携に努めている。しかし、関係機関・団体の一覧表には連絡先はあるが機能についての明示がなく、個々の利用者の状況に応じたマップ等の作成や、職員間における共有についても検討が望まれる。</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
<p>評価者コメント</p> <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の検討を行っている。</p> <p>毎月開催している地域包括ケア会議への出席や、達者の里連絡会(まごころ病院、健康福祉課、ぬくもりの家)、市介護保険運営協議会、さらに医療と福祉の連携を深め、利用者サービスの向上を目指す在宅連携会議(まごころ病院、ぬくもりの家)などに積極的に参加し課題や事例の検討に努めている。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている

II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している	a
<p>評価者コメント</p> <p>地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>地域の福祉ニーズ把握のために、毎月開催している地域包括ケア会議へ出席しているほか、家族介護者交流会を開催して出席者などからのニーズ把握、また「達者の里健康フェスティバル」来場者を対象にアンケート調査の実施、ボランティア交流会を開催してニーズ把握などを実施している。今後も定期的な実施に期待したい。</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	a
<p>評価者コメント</p> <p>把握した福祉ニーズに基づいた事業・活動の計画があり、実施されている。</p> <p>地域とのかかわりが、事業計画に基づき実施され、平成25年10月開催の達者の里健康フェスティバルでは、来場者を対象にアンケート調査(ニーズ把握)を実施したところ介護保険について知りたいとの回答が多かったことから、数地域を会場に出前講座を開催しているなどの取組が行われている。</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

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もつための取組を行っている	a
<p>評価者コメント</p> <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、組織内で共通の理解を持つための取組が行われている。</p> <p>利用者を尊重したサービス提供の姿勢については、「利用者一人ひとりを尊重し安らぎと生きがいの得られる生活を支援します。」として施設の基本方針に明示するとともに、朝会や全体会議で唱和して意識付けを図っている。また、ユニットケアマニュアルや職員の心得にも身体拘束防止やプライバシー保護に係る姿勢を明示するとともに、研修会も定期的に開催し周知徹底を図っている。</p>	
Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、職員に周知するための取組を行っている。</p> <p>平成24年度に「利用者のプライバシー保護に関する基本要綱」を作成し、職員の基本姿勢を明確にするるとともに、全体会議において利用者のプライバシー保護に係る研修会を実施している。また、利用者支援マニュアル中のプライバシー保護に関する対応部分を青字表記して分かりやすくし、周知徹底を図っている。なお、前回のサービス評価受審時の指摘を踏まえ、公衆電話やご意見箱の設置場所を目立たない廊下の隅に移動するとともに、居室の小窓に目隠しを設置するなどの改善を行った。</p>	

Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている

Ⅲ-1-(2)-① 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を踏まえて、その向上に向けた取組を行っている。</p> <p>利用者満足度調査については、毎年、年度当初に実施時期等を定め、利用者や家族を対象としてアンケート方式で実施している。そして、アンケート結果についてはサービス向上委員会で分析・検討し、その対応策については利用者との対話集会や家族懇談会で報告し了解を得ている。また、対応策等についてはユニット会議を通して職員に周知し、共有化を図っている。</p>	

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
<p>評価者コメント</p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に相談方法や相談相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者伝えるための取組が行われている。</p> <p>利用者からの相談や意見・要望等を吸い上げるため、利用者との対話集会を施設全体と2ユニット毎の交互に開催するとともに、居室(個室)、パブリックスペース、面接室、地域交流スペースを確保し相談しやすい環境を整備している。また、日常の生活場面での利用者からの要望等については必ずケース記録に記録し、職員間の申し送りを通して情報の共有化を図っている。なお、ユニット玄関・廊下等に相談担当者の顔写真入りポスターを掲示し、相談者を選択できる環境も整備している。</p>	

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
<p>評価者コメント</p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているとともに、苦情解決の仕組みが機能している。</p> <p>法人で定めた「福祉サービスに係る苦情解決事業実施要綱」に基づいて苦情解決の体制を整備している。また、「お客様の声(相談・苦情)受付マニュアル」に苦情解決に向けた手順を明示しているほか、職員が苦情を受け付ける際のポイント等を明示したマニュアルも整備している。さらに、苦情解決の仕組みや受付担当者等を説明した掲示物をユニット玄関等の見やすい場所に掲示するとともに、苦情への検討状況や対応策を事務室前に掲示したり、広報誌に掲載して利用者や家族にフィードバックしている。</p>	

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	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者からの意見等に対する対応マニュアルを整備し、迅速に対応している。</p> <p>利用者や家族からの相談や要望等については、「お客様の声(相談・苦情)受付書」に記録し、迅速に苦情受付担当者や苦情解決責任者に報告し対応することになっている。なお、担当者やユニット単位で対応が可能なものについては早急によりユニット会議で対応策を検討し、申し出者に報告して了解を得ている。一方、第三者委員からの助言等が必要な案件については苦情解決委員会を開催し、対応策を検討している。なお、検討に時間が掛かる場合は申し出者に解決までの期日や時間等を示し、了解を得ながら対応している。</p>	

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	a
<p>評価者コメント</p> <p>サービス内容について、自己評価、第三者評価等、定期的に評価を行う体制が整備され機能している。</p> <p>福祉サービスの向上のため、事務分担で福祉課長をサービス評価担当者に任命し、自己評価の実施や改善活動に取り組んでいる。また、自己評価から得られた課題等については、施設長も含めた「サービス向上委員会」を定期的に開催して改善に取り組んでいる。なお、本施設は平成23年度に福祉サービス第三者評価を受審しているが、その中で指摘された課題等の改善に継続的に取り組むとともに、評価の着眼点の理解を深める研修にも重点的に取り組んでいる。</p>	
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、改善策・改善実施計画を立て実施している	a
<p>評価者コメント</p> <p>評価結果を分析し、明確になった組織として取り組むべき課題について、改善策や改善実施計画を立て実施している。</p> <p>サービス評価項目の達成度状況や課題等について全職員からアンケートを取りながら未達成と考えられる項目とその理由等について集約している。さらに、改善に向けた各ユニットでの話し合いを計画的に実施し、その検討結果をサービス向上委員会に諮り、改善に向けた検討を行っている。なお、アンケート結果や会議録については各ユニット毎に職員に周知して共有化を図っている。</p>	

Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している

Ⅲ-2-(2)-① 提供する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
<p>評価者コメント</p> <p>提供するサービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それに基づいたサービスが実施されている。施設運営に係る「ぬくもりの家ユニットケアマニュアル」と利用者支援全般に係るマニュアルを作成し、それに基づいてサービスが提供されている。なお、プライバシーに関わるケアについては青字表記して分かりやすく明示している。さらに、マニュアルは各ユニット毎にいつでも閲覧できるようにするとともに、マニュアル検討委員会等で変更になった部分については朱書き表記することで職員への周知を図っている。</p>	
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
<p>評価者コメント</p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みに従って検証・見直しを行っている。</p> <p>利用者支援に係るマニュアルについては、マニュアル検討委員会を定期的に開催して見直しを行っている。また、マニュアルの見直しに当たってはリーダーやユニットメンバーの意見も集約しながら検討を行っている。特に、職員による利用者体験から得られた感想等をマニュアルに反映させている点や、職員の習熟度確認を実施し、未熟な点や課題等を主任格の職員が直接指導しながら標準的なサービスを維持している。</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	a
<p>評価者コメント</p> <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。</p> <p>日々のサービス提供の実施状況については、法人で定めたパソコンシステム(ちようじゅ)を活用したケース記録に記録されている。また、ケアプランに基づいて実施されているケアについても記録に残し、ケース記録に連動できる仕組みとなっている。さらに、ケース記録の入力方法についての決め事(手引き)を作成し、職員間で記録方法や表現に差異が生じないよう研修を実施して統一を図っている。</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	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用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。</p> <p>利用者に関する記録の保管や廃棄等については、法人が策定した「文書等管理規程」に基づき事務長が管理責任者となって管理している。また、個人情報保護に関する基本規定や情報開示申請等に関する規程も定めている。なお、個人情報保護については全体会議時にその趣旨や具体的な対応等について研修するとともに、全職員と「個人情報に関する誓約書」を取り交わし、情報の漏洩やデータの紛失等が発生しないようにしている。</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	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の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。</p> <p>利用者個々の状況に係る情報については、全体朝会やユニットごとの打ち合わせで引き継ぐとともに、申し送りノートを活用した伝達で共有化を図っている。また、サービス担当者会議で変更になったケアプランについては会議録の閲覧やネットワークシステムを利用した記録の閲覧により、速やかに情報の共有が出来るようにしている。なお、緊急を要する場合には施設長や看護師などを交えたケアカンファレンスを開催し、その後の対応等について迅速に周知徹底するなど、情報の共有化を図っている。</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	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用希望者がサービスを選択するために必要な情報を積極的に提供している。</p> <p>施設利用に関する情報を広く一般の方々に提供するため、ホームページを開設して施設の状況を公開している。また、法人全体のものと施設単独のパンフレットを作成して関係機関や関係者等に配布するとともに、広報誌を発行して年4回700部を配布し、情報の提供を行っている。さらに、施設見学希望者も積極的に受け入れ、施設運営に対する理解の促進とPRに努めている。</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
<p>評価者コメント</p> <p>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家族等にわかりやすく説明を行っている。サービスの開始にあたり、サービス内容や利用料金等を分かりやすく記述した重要事項説明書や利用契約書で説明を行い、利用者や家族等から同意を得ている。また、施設の基本理念や基本方針についても分かりやすく表記したパンフレットを作成し、詳しく説明して理解を得るようにしている。なお、利用申込者との契約が困難な場合には本人に代わり、家族、代理人、後見人などと契約を交わしている。</p>	

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など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
<p>評価者コメント</p> <p>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。事業所の変更や家庭への移行等でサービスが終了した場合には、退所後も相談できる窓口や担当者を明記した「サービス終了後の相談窓口」や看護サマリーを引き継ぐなど、サービスの継続性に配慮した対応を行っている。ただし、事業所の変更自体が稀で、現在ケースもないことから、その手順や引き継ぎ文書等が十分とはいえない。今後そのようなケースも想定し、整備が必要と思われる。</p>	

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
<p>評価者コメント</p> <p>利用者の心身の状況や、生活状況等を正確に把握しており、定められた手順に従ってサービス実施上の解決すべき課題(ニーズ)を具体的に明示している。</p> <p>利用者の心身の状況や生活状況については、MDS方式によるケアチェック表を使用してアセスメントを実施している。また、施設が定めた「施設サービス計画作成手順」にはアセスメントの見直しの時期や手順等が明記されており、それに基づいて実施されている。さらに、アセスメントにあたっては多職種の職員が出席して担当者会議を行うとともに、利用者や家族等の意向も確認しながらサービス提供している。</p>	

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
<p>評価者コメント</p> <p>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。</p> <p>ケアプラン策定の責任者は施設長、策定担当者はケアマネージャーとし、多職種による定期的なカンファレンスやサービス担当者会議を実施するとともに、利用者や家族の意向等も尊重しながらケアプランを策定している。また、サービス担当者会議には本人や家族等の出席を促し、サービス提供状況等について同意を得るようにしている。なお、実施計画に沿ったケアが提供されているかについては、支援経過(記録)に基づいたモニタリングを実施して検証している。</p>	
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
<p>評価者コメント</p> <p>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。</p> <p>サービス実施計画の評価や見直しについては、多職種が参加して行うカンファレンスにおいて実施している。また、ケース記録の月のまとめに記録しているサービス実施状況(支援経過)を検証することによって、サービス提供状況の評価や見直しを行う仕組みが出来ている。なお、カンファレンスやサービス担当者会議の内容については、会議録の回覧により各職員に周知している。</p>	

A-1 支援の基本

A-1-① 利用者の心身の状況に合わせ、自立した生活が営めるよう支援している。	a
<p>評価者コメント</p> <p>利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方が出来るように工夫している。</p> <p>利用者の心身の状況、暮らしの意向、これまでの環境(物的・人的)、生活習慣等の把握をし、田植え時期に家の田んぼが気になり落ち着かない利用者、家族に了解の上で様子を見に連れて行き精神的安定を得た事例が説明された。またボランティアによる化粧法を体験したあと興味を持った(片麻痺)利用者、残された機能を最大限に生かし、お化粧を楽しめるように支援している。また、『里孫体験制度』は、区内の小学3～6年生の児童が登録し、日常的な交流を行うことや外出ボランティアを活用し、市民参加や交流により多様な活動を可能にしている。</p>	
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。	a

<p>評価者コメント</p> <p>利用者の一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。</p> <p>月に1回(第1, 2週)2ユニットで合同の対話集会を行っている。出席者はだいたい半数くらいである。出席できない方にはお茶の時間を利用し、個別に対話している。難聴の方の場合は筆談などで会話することもある。認知症の利用者とのコミュニケーションに時間がかかる場合は、他ユニットの職員に応援をしてもらったりしてお互いに協力しあいながら解決している。寝たきりの利用者には、アイコンタクトやスキンシップ等によりコミュニケーションをとるよう努力している。また、ユニット会議において接遇の研修も行っている。</p>
--

A-2 身体介護

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</p> <p>入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況にあわせて行っている。</p> <p>個室及び大浴場があるが、利用者の希望により対応している。一人で入るのはさみしいと大浴場を使う人が多い。安全のためにマンツーマンでケアするようにしている。入浴介助時に皮膚の異常などがあればトランシーバーを利用し、看護師の指示を受けている。以前にショートステイの利用者で毎日入浴を希望される方について、希望どおりに入浴してもらったが、現在は毎日入浴の希望者はいない。入浴は入浴マニュアルに沿って行われ、機械浴もマニュアルにより研修を行い安全な入浴を心がけている。マニュアルの見直しは26年度6月3日委員会によって行われた。</p>
--

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</p> <p>排泄介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>24Hシートを記録するようになって一人ひとりの行動パターンがわかるようになり、個々に合わせた排泄ケアが出来る様になって来た。「赤い玉(下剤)の薬を飲むと食べ物の味が悪くなるので飲みたくない」という利用者がいれば、職員同士でいろいろ工夫して本人に合う下剤効果のあるものを試している。水分不足気味の利用者には尿量の測定も個々に対策が施されている。施設内はトイレを含め全体的に清潔が保たれている。室温と湿度も適温、適湿に保つよう心掛けている。排泄ケアのマニュアルが有り研修が行われている。研修に参加できなかった職員に対しては後で伝達研修が行われる。</p>
--

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</p> <p>移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。</p> <p>年に1回福祉機器の業者やまごころ病院のPT(理学療法士)から、移乗や移動に関する研修を受け、それぞれの個性に合わせた福祉用具の使い方やフッティングを学んでいる。勤務の都合で研修を受けなかった職員には伝達研修が行われている。車椅子やリフトなどの福祉用具は毎月1回点検日を設けて点検がされている。利用者にとっても介護者にとっても安全安楽なスライディングボードやグローブ、シートなども活用している。また、褥瘡のある利用者に対する、安心・安楽・安全な移乗移動の工夫も紹介された。</p>

A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a
-----------------------------	----------

<p>評価者コメント</p> <p>褥瘡発生予防を行っている。</p> <p>今年度8月にまごころ病院のPT4名の協力により「褥瘡予防とポジショニング」の研修が行われた。高価なマットレスがなくても身近なタオルの利用で効果的な褥瘡予防ができることを学んでいる。現在、当施設では褥瘡の利用者はいない。(たまに退院時に褥瘡を作って戻ってくる事有り)褥瘡が発生すれば栄養士とも相談して高カロリー食も取り入れて改善に取り組んでいる。</p>

A-3 食生活

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</p> <p>食事を美味しく食べられるように工夫している。 年1回の嗜好調査の結果や対話集会で希望されたものを食事対策委員会で話し合い、バランスよく美味しく食事を摂ってもらえるように工夫している。適温での食事提供、席の配置には利用者の意向を反映させている。誕生日にはご本人の食べたいものを聴いてお祝い膳を出している。年に2回は寿司バイキングの日があり、委託業者から寿司職人が出向きカウンターで、希望の寿司を握ってくれるサービスもしている。また刺身の希望も多いので、冬季間は刺身の提供もある。</p>	
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。	a
<p>評価者コメント</p> <p>食事提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 介護度の高い、利用者が比較的に多い施設なので、誤嚥など摂食に関する研修は年度の初めに行い、(命に関わる事なので)、新人にも学習してもらっている。安全確認の日には、誤嚥時のロールプレイにて繰り返し研修し、不測の事故に対応している。食欲の低下した利用者には家族からも好物を聴いて参考にしたり、オーラルバランスやアイスマッサージなどにより、食事をスムーズにできるように工夫している。2ヶ月に1回の食事検討委員会には食事の委託業者の栄養士と担当職員が参加し、ソフト食の見直しや試食会、嗜好調査に対する対応などが話し合われている。</p>	
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</p> <p>利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。 口腔ケア自立度確認表を記録し、それぞれの方法を記入し日々のケアの参考にしてている。平成24年までは歯科衛生士に指導してもらっていたが、現在は行っていない。歯科に通院している利用者は助言指導が行われているが、通院していない利用者には助言指導は行われていない。他利用者に対しては、看護師が指導をしているものの十分とは言えない。</p>	

A-4 終末期の対応

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	a
<p>評価者コメント</p> <p>終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。 隣接しているまごころ病院の担当医の指導のもと、見取りに関する文書(指針、同意書、マニュアル等)が作成されている。見取りの介護研修会も行われ、終末期を迎えた本人や家族の思いもグループワークにより学習し、当業者に寄り添ったケアを行っている。以前は家族に対して、見取りに関する説明などは、終末期が近くなってから行っていたが、入所されて年数が経たずにその時を迎える事例もあるので、できるだけ早い時期にお話するように努めている。</p>	

A-5 認知症ケア

A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
<p>評価者コメント</p> <p>認知症の状態に配慮したケアを行っている。 一人ひとりのケアプランの評価や日常の様子をもとに、それぞれの症状に対しての対応や注意点・好きなことや役割等を示し、介護者や看護者が共通認識を持ってケアをしている。24時間シートの記入により、一人ひとりの行動パターンが見えてより理解できるようになっている。7月の「身体拘束廃止対策委員会」(職員15名参加)において認知症高齢者の理解についてもロールプレイを含む研修が行われた。その他年に4回(8、10、12、2月)に認知症をテーマとした研修会を行う予定になっている。</p>	
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。	a
<p>評価者コメント</p> <p>認知症高齢者が安心・安全に生活ができるように、環境の整備を行っている。 15名のユニットの個室作りになっており、認知症の高齢者にとっては安心・安全な環境となっている。居室には馴染みの物を置き、その人に合った部屋づくりをしている。トイレは3室が共同で使っており、居室の近くに設置されている。部屋が分かりやすいように、目線の高さに表札が有り、担当職員の名前と顔写真も表示されていた。トイレをよく間違える利用者の居室の前にはトイレへの矢印をわかりやすいように表示されていた。</p>	

A-6 機能訓練、介護予防

<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>評価者コメント 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が、十分ではない。 個々の機能訓練プログラムを作成し、実施、評価、見直しを行っているが、特に臥床者(経管栄養者)の機能訓練(拘縮予防)は十分にできていないことが説明された。 レクリエーションは午前と午後に計画されており、年間の行事をもとに7月には夏祭りに向けた「ぬくもり太鼓」の練習、8月は地域の施設関係の「輪投げ大会」参加のための練習なども組み込まれている。その他に計算ドリル、パズル、書道なども行われ介護予防にもなっている。8月には「まごころ病院」の理学療法士によるポジショニング(快適で安定した姿勢や活動しやすい姿勢)の研修を実施している。</p>	

A-7 健康管理、衛生管理

<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>評価者コメント 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ている。 毎朝、利用者全員のバイタルチェックを行い、体調変化時にはまごころ病院の担当医に連絡し、診察を受けている。体調変化時、緊急時のマニュアルとして、家族対応病院受診マニュアル、施設対応病院受診マニュアル、急変時対応マニュアル、誤嚥・窒息時対応マニュアル、服薬マニュアルが有り研修が随時行われている。今年度9月にはふれあい病院の薬剤師により「高齢者・認知症患者の服薬管理」についての研修が行われた。安全確認の日には計画的にロールプレイを実施して、技術の向上に努めている。心肺蘇生法(AED)の講習会は年に1回全職員に対して行われている。</p>	
<p>A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。</p>	<p>a</p>
<p>評価者コメント 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 8月の感染症対策委員会にて嘱託医より感染症対策についてのお話を伺い、マニュアルの作成、見直しをおこなっている。冬季間は職員は出勤時に検温記録を出勤簿に記入し感染予防に努めている。正面玄関及び各ユニットの入口には手指消毒機が設置してある。各ユニットの入口には「感染症予防啓発ポスター」の掲示がある。職員及び職員家族の罹患時の対応マニュアルも作成され職員に周知徹底されている。</p>	

A-8 建物・設備

<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>評価者コメント 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。 毎月定期的に、建物・設備の点検をし、記録が残されている。不具合があれば随時補修される。利用者の個室はそれぞれの個性や面会の家族に合わせた工夫がされている。談話スペースは畳敷きの部分とフロアの部分があり、車椅子でも十分に動けるように広く作られている。各ユニットでは季節感のある飾りつけ等で利用者が落ち着けるように工夫がされている。</p>	

A-9 家族との連携

<p>A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。</p>	<p>a</p>
<p>評価者コメント 利用者の家族との連携を適切に行っている。 ケアプラン作成のため6ヶ月に1回の担当者会議には家族の参加をお願いし、本人の状況の説明や家族の意向を伺っている。その他にも利用者に変化のあった時は電話により、または面会時に状況説明を行っている。広報は年に4回送付される。その他に毎月本人の近況写真と毎月の行事や日程表も送付し、家族との連携に努めている。</p>	