



令和3年度実施結果報告書

本評価結果は令和3年10月21日から22日に実施した「茂庭台あおばの杜」の評価報告書です



特別養護老人ホーム 茂庭台あおばの杜

緑豊かな、
憩いの場。

私たち施設が目指すもの、それは「すべての方の笑顔」づくり。
ご利用される方・ご家族・地域の方々・働くスタッフが笑顔で過ごしてほしい。
そんな願いを込めて、緑豊かな敷地と自然環境に光が差し込むエントランスや中庭、
モダンでありながらどこか懐かしさを思わせる和を取り入れた生活空間をご準備いたしました。
One For Smile ⇒ All For Smile
一人の笑顔が沢山の方を笑顔にし、沢山の方の笑顔で一人を笑顔にする。
そんなサービスを茂庭台あおばの杜からお届けできればと思っています。



(様式1－第三者評価機関公表用)

宮城県福祉サービス第三評価結果

1 第三者評価機関名

| |
|-------------------------------------|
| NPO 法人 介護の社会化を進める 一万人市民委員会宮城県民の会 |
|-------------------------------------|

2 施設・事業所情報

| | |
|---------------------------------|--|
| 名称：茂庭台あおばの杜 | 種別：特別養護老人ホーム |
| 代表者氏名：施設長 松村大輔 | 定員（利用人数）： 80名 |
| 所在地：宮城県仙台市太白区茂庭台2丁目15番25号 | |
| TEL：022-281-9456 | ホームページ： |
| 【施設・事業所の概要】 | |
| 開設年月日 | |
| 経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 あおば厚生福祉会 | |
| 職員数 | 常勤職員： 54名 非常勤職員 24名 |
| 専門職員 | （専門職の名称） 施設長 1名 介護支援専門員 1名 相談員 2名 |
| | 介護職員 53名 介護補助員 8名 管理栄養士 1名 事務員 3名 |
| | 看護職員 7名 機能訓練指導員 2名 ※令和3年4月1日 現在 |
| 施設・設備 の概要 | （居室数）80 |
| | （設備等） 地域交流スペース、カラオケ室 健康マージャン室、卓球台、家族待機室 |

3 理念・基本方針

職員行動理念

まずは、尊敬・配慮 つぎは、意識・考察 最後は、思いの実現
 尊敬・配慮で利用者様が安らぎ
 意識・考察で利用者様が健康に
 思いの実現で利用者様が笑顔に

4 施設・事業所の特徴的な取組

- ・医療面
 看護師 24 時間配置、看取り介護の実施、吸引やインスリン、在宅酸素などの医療行為がある方も受け入れ検討可能
- ・健康経営優良法人
- ・宮城県介護人材をはぐくむ取組宣言認証制度
- ・福利厚生
 業務災害保険加入（プライベートでの疾病やケガの保証）、資格取得支援（費用全額負担）、奨学金返済制度、従業員専用メンタルヘルスケア

5 第三者評価の受審状況

| | |
|--------------|---------------------------------------|
| 評価実施期間 | 令和3年8月10日（契約日）～ 令和3年12月7日（評価結果確定日） |
| 受審回数（前回の受審時） | 初回（令和3年度） |

6 総評

◇特に評価の高い点

○経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めています。

施設は開設して3年目であるが、入所率の向上や介護報酬の適正確保、人材の確保・育成に取組み成果を上げています。職員の意見を取り上げるシステムが機能しており、各課での職員の意見の集約を始め、施設長や副施設長、各課長で構成している経営会議の内容は再度各課にフィードバックされ検討が行われています。各ユニットにタブレットが配置され介護記録が共有されケアに活かされているほか、介護ロボットの導入が計画されています。

○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ます。

就業状況や有給休暇の取得状況はデータをグラフ化して各課に周知し休暇の取得を促しています。職員の意向はユニットリーダーとの日常会話や職員会議、個人面談などで把握され業務に反映されています。ハラスメント防止基本方針を定め組織ぐるみで職員の保護に努めているほか、損保会社の外部コンサルティング専用ダイヤルを設置して、職員のメンタルや健康相談対策を講じています。国の健康経営優良法人の認定を受け職員の健康診断率の向上や喫煙率の減少など健康管理の増進と働きやすい職場環境づくりに取り組んでいます。

○感染症予防及び蔓延防止に感染予防委員会を中心に取り組んでいます。

今季はコロナウイルスの蔓延により感染予防委員会は感染予防強化の為に利用者発生時と職員発生時のマニュアルを作成し配布しています。また防護服着脱の実践の研修を行い適切な対応ができるよう取り組んでいます。施設内に移動型エア陰圧装置を数台導入、体温測定器を随所に設置する等施設全体で感染予防に取り組んでいます。

○看護師7名を専門職員として配置し、医療的ケア体制が充実している。

医療ケアの必要な方や重度の要介護者の受け入体制が充実し、家族の安心に繋がっています。毎日の夜勤に看護師を1名配置し、夜間帯の利用者の急変時に対応できるよう取り組んでいます。

◇改善を求められる点

○中・長期の事業計画や収支計画が策定されていない。

施設のサテライトの構想はあるが、中・長期の事業計画や収支計画は策定されていない。新たな施設の具体的な建設計画を始め施設全体の中・長期の事業・収支計画の策定が望まれます。

7 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受けて、自施設で取り組みできているところと、課題となっている部分を見つめなおす良い機会となりました。今後は、課題となっている部分の改善を行い、よりよい施設運営を行っていきたいと思います。また、しっかりと取り組み出来ている部分については、現場の職員にも自信を持って利用者様と関われるよう、今回の結果をフィードバックしていきます。ご対応いただきありがとうございました。

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。）

2021年度 宮城県福祉サービス第三者評価結果票
(特別養護老人ホーム)

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|-----------------------------------|--|------------|-----|
| I 福祉サービスの基本方針と組織 | | | |
| 1 理念・基本方針 | | | |
| (1) 理念・基本方針が確立・周知されている。 | | | |
| ① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | 施設の理念「まずは、尊敬・配慮。つぎに、意識・考察。そして、思いの実現。すべての努力は利用者様の笑顔のために。」が施設内に掲示され、事業計画書やホームページに掲載されている。職員は入職時研修にて説明を受け、職員会議での周知や人事考課「理念の実践」で確認されている。利用者や家族には「法人の基本理念」が記載されたパンフレット等で説明している。今後利用者や家族に対し施設理念が掲載されているパンフレットや理念の趣旨がわかりやすいような資料等での説明が望まれる。 | b | 1 |
| 2 経営状況の把握 | | | |
| (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | | |
| 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。 | 宮城県や仙台市のホームページで高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画等を閲覧したり、宮城県高齢者福祉担当課から情報を得る等して福祉の動向を把握している。区の内外からの入居の相談や太白区内の福祉法人会議で各施設の入居者数や待機者等の情報を把握している。毎月、事務課で収支やコストを分析し、定期的に経営会議で人材育成や財務状況を検討する等経営環境が適切に把握・分析されている。 | a | 2 |
| ② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | 各課で検討した課題を施設長や副施設長、各課長で構成する経営会議で協議している。法人からの提案や経営会議での提案等もある。会議の結果については各課に伝達され職員に周知されている。開設して3年目の施設であるが入所率の向上や介護報酬の適正確保、人材の確保・育成に取り組み成果を上げている。職員の意見を取り上げ、タブレットでの介護記録の入力・共有を行い、介護ロボットの導入等を計画している。 | a | 3 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|-------------------------------|--|------------|-----|
| 3 事業計画の策定 | | | |
| (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 | | | |
| 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。 | 法人として、広域型特別養護老人ホームや施設のサテライト施設の建設等の構想はあるが、具体的な施設建設や中長期計画は策定されていない。今後は施設としての建設計画を始め、設備などの修繕計画、職員体制、人材育成計画等、具体的な内容を織り込んだ中長期の事業計画と収支計画の策定が望まれる。 | c | 4 |
| 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。 | 単年度の事業計画は法人の理念や施設の理念を具体的に実現する内容となっており、「地域福祉への貢献やガバナンスの強化、人材の確保と定着」等の重点項目を定めている。法人組織体制を始め各課ごとの目標や年間予定等が計画されている。今後は中長期計画の策定のもと、中長期計画の内容を反映した計画が望まれる。 | b | 5 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|---|------------|-----|
| (2) 事業計画が適切に策定されている。 | | | |
| 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。 | 単年度の事業計画は各課で意見を出し合い、前年度の振り返りや課題を整理して作成している。作成された各課の計画は経営会議で検討して策定している。収支計画は前年度の実績を基に目標を定め事務課で作成している。事業計画は各課に配布され、ホームページに掲載されている。事業計画の実施状況や内容は年度末に経営会議のメンバーで評価・分析が行われている。評価・分析して明らかになった課題等は、必要に応じ関係課に戻され検討されている。 | a | 6 |
| ② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。 | 事業計画書は施設の玄関に置いてあり、誰でもが閲覧出来るようにしている。ホームページにも掲載されており、誰でもいつでも閲覧が可能となっている。コロナ禍以前は家族会を開催し、その席上で事業計画を説明していたが昨年からは開催を中止しており説明が出来ていない。今後は利用者や家族に対し、事業計画の必要部分をコンパクトにする等説明の方法を工夫し、周知に取り組むことが望まれる。 | b | 7 |
| 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | | | |
| (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。 | | | |
| 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。 | 施設サービスの自己評価は「基本的事項や事業の管理・運営、サービス提供体制、サービス提供内容」等の項目に分けて行っている。一方で評価は副施設長や介護課長、相談課主任等が行っており、職員が参画した体制にはなっていない。今年初めて第三者評価を受けるなど、サービスの向上に向けて積極的に取り組んでいる。今後福祉サービスの質の向上に向けて、職員が参画し組織的に行うことが期待される。 | b | 8 |
| ② 評価結果にもと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。 | 施設サービスの自己評価結果やアンケート結果等は施設内に掲示し、ホームページにも掲載している。自己評価での課題で主なものは事業報告に記載し次年度の事業計画に反映させている。一方で自己評価の分析評価が〇×式で評価のレベルが把握できない。評価のレベルや達成度がわかるような工夫が望まれる。第三者評価と合わせ、今後は課題の明確化や改善計画、改善実施状況などを含めたPDCAの取り組みが望まれる。 | b | 9 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|------------------------------------|--|------------|-----|
| Ⅱ 組織の運営管理 | | | |
| 1 管理者の責任とリーダーシップ | | | |
| (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | | |
| 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。 | <p>現在、施設長が法人の本部長を兼任しており、施設の実務は副施設長に委ねられている。事務分掌規程に施設長の任務が規定されており、不在時や災害時等には副施設長への権限移譲が定められている。経営会議や各委員会等を始め事業の実施全般に亘って副施設長が指揮を取っている。副施設長は職員会議の席上等で施設長の役割と責任について表明している。一方で表明は口頭のみであり広報誌等への記載は行っていない。今後広報誌やホームページ等で周知を図ることが望まれる。</p> | b | 10 |
| 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。 | <p>施設長及び副施設長は施設長研修や集団指導、各種会議等を通して法令順守について理解している。職員に対しては新人研修を始め内部研修で職員就業規程や職員の心得、マナー、身だしなみ等を伝達している。しかし法令遵守規程や事業計画への法令遵守に関する記載がない。今後法令順守規程の整備や関係法令の把握・リストの作成、事業計画への記載等職員や利用者等への周知の取り組みが望まれる。</p> | b | 11 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|--|---|------------|-----|
| (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | | |
| ① 福祉サービスの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。 | 年1回家族アンケートを行い、結果はホームページに掲載し周知している。家族から要望が多かった、コロナ禍で中断していた面会をリモートで行っている。施設サービスの自己評価を令和2年度より実施し、評価分析により課題の抽出を行い、サービスの質の向上に取り組んでいる。今後職員が参画した自己評価の実施をはじめ第三者評価を継続し、より一層組織的な取り組みが期待される。 | b | 12 |
| 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。 | 施設長及び副施設長は経営会議やリーダー会議等を設置し、会議で決定した内容や課題を、部署会議を通して取り組む体制を取っている。人員体制表で必要職員を把握し充足している。毎月、財務状況を職員に周知し経営意識の向上を図り、収益の向上に取り組んでいる。専門性を生かした各種の委員会は、職員の自主性を重んじ感染防止など積極的な活動を行っている。介護記録はタブレットで共有化し介護ロボットの導入提案など自由な意見を尊重している。 | a | 13 |
| 2 福祉人材の確保・育成 | | | |
| (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。 | | | |
| 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。 | 施設では、事業計画書に「人材確保と定着」を掲げ、シニア世代や外国人、障がい者、子育て・介護等と両立する職員など、多様な人材が活躍し、長く働き続けられる環境整備に取り組むことを定めている。組織体制表を作り職員配置数を定めている。採用計画は必要に応じ行い、ハローワークやホームページ、インターネットで求人専門媒体を活用する等積極的な活動を行っている。介護福祉士の割合を60%以上確保し、社会福祉士や看護師、理学療法士、介護支援専門員、管理栄養士等を配置している。 | a | 14 |
| ② 総合的な人事管理が行われている。 | 施設では法人理念や職員行動理念に「福祉事業に携わる者の自覚や働く仲間と協力しチーム力を高める」等が明記されている。人事基準はキャリアパス要綱を定め年2回の人事考課により、職員の能力開発・育成を行っている。成果により賞与が決定している。一方で理念や基本方針に基づく「期待する職員像」が明文化されてなく明確ではない。今後施設の「期待する職員像」の明文化が望まれる。 | b | 15 |
| (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。 | | | |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|--|------------|-----------|
| <p>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。</p> | <p>労務管理の責任者は施設長・副施設長が担っており、就業状況や有給休暇の取得状況は総務課でデータをグラフ化して各課に周知している。職員の意見は各課の長やユニットリーダーが日常会話や職員会議、個人面談などで把握を行っている。ハラスメント防止基本方針を定め、働きやすい環境づくりに取り組んでいる。損保会社の外部カウンセリング専用ダイヤルを設置して、職員の健康やメンタルなどの相談対策を講じている。基本健診を始め、職員の腰痛健診や腰痛ベルトの配布、産業医の腰痛予防講習会を行っている。</p> | <p>a</p> | <p>16</p> |
| <p>(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。</p> | | | |
| <p>① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</p> | <p>職員は、前期と後期の年2回、人事考課シートを用い面談や評価が行われている。共通目標や5段階の自己評価と上司2人による評価が行われている。チャレンジ評価では個人目標を上司と話し合い設定し、達成度や評価の結果を次のステップに向けて育成が行われている。評価は理念の実践や協調性等の評価にとどまっており、業務の向上に関連した目標項目が含まれていない。施設全体の部門の目標項目、目標数値、目標期限等を取り入れることが望まれる。</p> | <p>b</p> | <p>17</p> |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|---|------------|-----|
| 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。 | 事業計画の主な取り組みに「人材の確保と定着」を掲げている。具体的には「職員の教育体制の構築、研修への参加、将来の管理者の育成」等である。毎月の内部研修や外部の初任者研修、リーダー研修、専門分野等の研修に参加している。各課でも毎月、定期的に研修を行っている。一方で研修の評価や分析には至っていない。今後研修計画や内容の評価・分析を行い、次の研修計画に反映する等期待される。 | b | 18 |
| ③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。 | 施設では、入職時の新人研修プログラム(未経験者・経験者)から始まり、初任者・実務者研修、介護福祉士外部研修などの体系を定めている。新人職員に2カ月間のOJT演習を実施し技術の向上を図っている。職員の資格や研修参加の記録が保存されている。外部研修やキャリアパスに必要な研修等への情報の提供が行われ、研修参加が推奨されている。外部研修参加に伴う費用は法人が負担し参加を促している。 | a | 19 |
| (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。 | | | |
| 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。 | 施設が開設3年目になり介護保険上実習生の受け入れが可能となった。施設では実習指導者研修に職員を参加させ研修を終えている。今後も実習指導者を増やす予定である。実習生受け入れの規程やマニュアル、年間予定などは作成中であり、大学や専門学校などとの連携はこれからの状況にある。今後は研修・育成に関する基本姿勢の明文化や関係規程やマニュアル、プログラムの整備など体制を確立し、学校と連携を図り実習生を受け入れことが望まれる。 | b | 20 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|------------------------------------|---|------------|-----|
| 3 運営の透明性の確保 | | | |
| (1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。 | | | |
| 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。 | 法人や施設のホームページに理念や基本方針、事業計画、事業報告、決算報告などが掲載されている。実施している施設介護サービスの自己評価の結果や家族アンケートの結果をホームページに掲載して周知を図っている。施設で年4回発行している広報誌を家族に郵送するとともに、近くの郵便局やスーパーに掲示し活動内容の周知に努めている。今後更に事業収支予算書や苦情・相談内容の公表などに取り組むことが期待される。 | b | 21 |
| 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。 | 施設では、会計規程や事務分掌規程に基づき事務、経理、取引に関するルール等が定められ、経営会議や部署会議で職員に周知されている。年1回、法人の監事による決算監査が行われ運営の適正性を保持している。税理士法人により経営や財務のアドバイスを受けており、経営課題の発見や解決策などの相談支援体制を確保している。 | a | 22 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|--|---|------------|-----|
| 4 地域との交流、地域貢献 | | | |
| (1) 地域との関係が適切に確保されている。 | | | |
| 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。 | 地域との関わりは、事業計画「主な取り組み」に明文化している。買い物、病院等の社会資源や地域の情報は施設内に置き自由に閲覧できる。地域との交流を目的とした交流室を1階に設けている。カラオケ、麻雀ルームや卓球台を設置し、地区集会やレクリエーション等に利用できる。受け入れ体制はあるがコロナ禍のため休止している。現在町内会長と連絡を密にし、利用者が地域行事や活動に参加し交流ができるよう取組んでいるが今後期待したい。 | b | 23 |
| 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。 | 事業計画に地域との連携「ボランティアとの連携と実施」を重点目標として挙げている。ボランティア受け入れに関するマニュアルは整備され、基本姿勢を明文化しホームページで見ることができる。和太鼓のボランティア活動等を実施したことがあるが、コロナ禍のため休止している。近隣の中学校から職場体験の依頼書が来ているが未実施となっている。今後のボランティア活動、教育協力の検討・実施が望まれる。 | b | 24 |
| (2) 関係機関との連携が確保されている。 | | | |
| 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。 | 利用者によりよい福祉サービスを提供するため、訪問マッサージや訪問リハビリ、病院等様々な機関の情報や資料は、社会資源リストに明示し施設内に置いてあり、連携が図られている。仙台市老人福祉協議会太白支部災害時緊急連絡網を施設内に掲示し、必要時に連絡がとれるよう職員間で周知している。茂庭地区と生出地区との福祉サービス連携会に参加予定となっているが、コロナ禍で延期となり参加できていない。今後期待したい。 | b | 25 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|----------------------------------|--|---------------|-----|
| (3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。 | | | |
| 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。 | 町内会長と面談し、地域住民の具体的な福祉ニーズや課題等の把握を行っている。近隣の高齢者施設や包括支援センター、クリニック等の各種会合や勉強会に参加して情報共有を行い、地域のニーズに対応出来るよう連携を図っている。茂庭地区と生出地区との福祉サービス連携会に参加し、地域の福祉ニーズの把握に取り組む体制が構築されているが具体的な取り組みの検討と実施は、コロナ禍で休止している。今後期待したい。 | b | 26 |
| ② 地域の福祉ニーズ等に基づく公益的な事業・活動が行われている。 | 1階の交流スペースを活用し、地域住民に向けた相談事業の開設や介護技術の勉強会等の実施を計画している。職員を宮城県派遣福祉チーム員養成研修に参加させている。仙台市に災害時福祉避難所としての指定に関する働きかけをしている。地域の社会資源としての役割を踏まえた貢献活動に、積極的に取り組んで行くことが望まれる。 | b | 27 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|--|---|------------|-----|
| Ⅲ 適切な福祉サービスの実施 | | | |
| 1 利用者本位の福祉サービス | | | |
| (1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。 | | | |
| 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持つための取組を行っている。 | 理念や職員行動規範に「尊敬・配慮・意識・考察・思いの実現」からなる10か条の項目で基本姿勢が明示されている。施設内に掲示し職員会議で確認を行い、実践に活かすよう努めている。理念の理解と実践を人事考課項目に組み入れて、年2回自己評価する仕組みがある。入浴、排泄、身体拘束等の施設独自のマニュアルを整備している。各委員会が主体となり定期的に委員会の開催、内部研修や勉強会を行い組織全体で共通の理解を持つ取り組みが行われている。 | a | 28 |
| 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。 | 施設独自の食事介助や排泄介助等の各マニュアルに、利用者のプライバシー保護に配慮した介助方法が明示されている。各委員会がマニュアルに基づいて研修を実施し、トイレ誘導の声掛けは耳元である等プライバシーに配慮した支援を行っている。相談室やリビングに思い思いに過ごせるソファや丸いテーブルを置き、脱衣所にカーテンを設置する等設備面にも利用者のプライバシー保護に配慮した工夫がある。「入所契約書」にプライバシー保護についての明示があり、入所契約時に利用者、家族に説明し取り組みを周知している。 | a | 29 |
| (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。 | | | |
| 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。 | 施設の特性を載せたパンフレットは施設の受付、地域包括支援センター等に置いている。ホームページからも閲覧でき、利用者の日常の生活や内部の状況を写真を多く用いて紹介し随時更新を行っている。電話番号と問い合わせフォームを載せて、利用者や家族の問い合わせに対応する工夫がある。入所相談に来た方には、希望に副ったものを選択できるよう、分かりやすい言葉や写真、資料を用いて説明を行っている。見学や短期入所体験の利用を提案している。 | a | 30 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|---|------------|-----|
| 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。 | 入所時に利用者、家族に契約書や重要事項説明書、料金表、苦情受付、看取りに関する事等を書面を用いて詳しく説明している。福祉サービスの開始や変更時は具体的内容や注意すること等を利用者が自己決定ができるよう、一人ひとりに合わせた説明や資料の提供を行っている。本人の意思決定が困難な場合は家族(代理人)や成年後見制度の利用を含めて、分かりやすく説明し同意を得ている。 | a | 31 |
| 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。 | 福祉施設・事業所の変更は、利用者と家族の意向を十分に考慮し、組織の中に相談課があり、相談員が適切な情報を提供している。随時業務手順やマニュアルの見直しを行い、他福祉施設等や関係機関との連携を図っている。変更時は入所時アセスメントした実態調査をもとに、施設退所連絡票に最新の情報を記載して、継続的にサービスが利用できる仕組みがある。福祉サービスが終了した後も利用者や家族が相談できるような体制が整えられている。 | a | 32 |
| (3) 利用者満足の向上に努めている。 | | | |
| 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。 | 利用者の意見や要望等の聴取は、モニタリング時等定期的に行われている。日常的には何気ない会話から把握したり、ケアマネジャーや栄養士がユニット内をラウンドした際に聴取し、支援経過等に記載して共有している。家族の意見や要望は面会時や電話等で聞いている。CS向上委員会(顧客満足度)が設置され、家族満足度調査を毎年実施して集計し、評価・分析、今後の取り組みをホームページに公表している。個々の意見等に対応するという方法のみでなく利用者会や家族会の設置で双方向的に話し合われることが望まれる。 | b | 33 |
| (4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。 | | | |
| ① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | 相談・苦情の窓口には施設長他3名を配置し、意見箱をホーム内に設置する等体制を整備している。仙台市健康福祉局や太白区役所、宮城県国民健康保険連合会を窓口としている。苦情処理を行うための処理体制及び手順を重要事項説明書に明記し、施設内に掲示する等苦情を申し出やすい工夫を行っている。苦情に対し検討した内容や対応策は利用者や家族にフィードバックしている。苦情相談受付・対応記録書に記載し、申立者と相談の上公表している。 | a | 34 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|--|------------|-----------|
| <p>② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。</p> | <p>苦情解決の仕組みは重要事項説明書に記載され、利用者や家族に説明している。施設内に苦情解決体制表を掲示しており、意見箱の設置がある。CS向上委員会で定期的に家族に満足度調査を行い評価・分析を行っている。ケアマネジャーや栄養士のユニットラウンドや日常的に接する職員が積極的に言葉かけを行い、意見や相談を述べやすい雰囲気づくりに努めている。相談内容に合わせ、居室や相談室で個別に対応する体制が整備されている。説明や体制表の掲示は必要であるが更に分かり易い文書やポスター等の掲示が望まれる。</p> | <p>b</p> | <p>35</p> |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|--|---|------------|-----|
| 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。 | 総合相談課があり「多様化するニーズへの対応」を目標としている。相談マニュアルを整備している。職員は理念の実践を意識し、笑顔を大切にしたり関わりを持ち言葉かけを多くしている。信頼関係を築き利用者が相談しやすく意見を述べやすい雰囲気づくりに配慮している。利用者、家族からの意見や要望等は、記録に残しユニット会議や全体会議で検討している。内容により、看護師や機能訓練指導員等多職種でカンファレンスを開催し速やかに対応するよう取り組んでいる。 | a | 36 |
| (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。 | | | |
| 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。 | 事故防止委員会を設置し、毎月委員会を開催し、介護事故発生事例やヒヤリハット報告の記録を基に、防止に向けた検討会議を行っている。職員にヒヤリハット報告や事例を通して、要因分析と改善策、再発防止策の検討等利用者の安全を確保するための内部研修を開催し意識啓発を図っている。介護支援記録をもとに利用者一人ひとりの身体状況の把握を行い、事故だけでなく、車いすや杖等福祉用具の点検・評価を毎月実施する等安全管理に取り組んでいる。 | a | 37 |
| 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。 | 感染予防委員会を設置し、毎月委員会を開催し、マニュアルの見直しや感染症発生状況の確認、発生時対応方法の検討を行い、職員へ勉強会を開催し周知徹底が行われている。コロナウイルス感染対策予防として、職員発生時と利用者発生時対応マニュアルを作成した。職員に、防護服着脱の実践の研修を行い適切な対応ができるよう取り組んでいる。施設内に移動型エア陰圧装置を数台導入、体温測定器を随所に設置する等施設全体で感染予防に取り組んでいる。 | a | 38 |
| 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。 | 災害時マニュアルを整備し、災害対応時に於ける事業継続計画を作成し、安全確保とサービス提供の継続に向けた対策を講じている。。年に2回夜間想定を含めた防災訓練を実施している。訓練後に課題や問題点を抽出し、次回の訓練時に活かすよう話し合っている。利用者と職員の安否確認は施設のメールやラインワークスを活用している。仙台市の「災害時要援護者支援について」の研修に参加しているが、地域と災害時の協力要請等の連携は達成されていない。これからの対応が望まれる。 | b | 39 |
| 2 福祉サービスの質の確保 | | | |
| (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。 | | | |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|--|------------|-----|
| ① 提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が明文化され福祉サービスが提供されている。 | 個別的な福祉サービス実施計画書が策定されている。施設独自のマニュアルには、実施時の留意点やプライバシーへの配慮、業務手順等が具体的に明示されており、各ユニットに置きいつでも閲覧、活用できるようにしている。各委員会で研修を行い実践に結び付けている。個別的な福祉サービス実施計画書が作成され、標準的な実施方法に沿った福祉サービスが提供されている。 | a | 40 |
| 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。 | 標準的な実施方法が記載された施設独自のマニュアルの検証・見直しは、各委員会が現状を検証し、年度ごとに実施している。個別的な福祉サービス計画は3ヵ月毎にモニタリングを実施している。ケアマネージャーや看護師、介護士、機能訓練指導員、栄養士、相談員等が定期的にカンファレンスを行い、利用者等の意見や提案に基づき評価・見直しが実施され、より適切なケアとなるよう取り組んでいる。 | a | 41 |
| (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。 | | | |
| 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。 | 利用者の状態や必要な支援等を詳細に記載する「アセスメントのための情報151(施設用)」を使用したアセスメント手法を確立している。利用者一人ひとりの、アセスメントに基づく具体的なニーズと支援内容が記載されている個別「施設サービス計画書」をケアマネージャーが策定している。アセスメントから計画の作成、実施、評価、見直しに至るプロセスを定めている。 | a | 42 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|---|------------|-----|
| 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。 | 「施設サービス計画書」は3か月ごと、ケアカンファレンスを開催し「モニタリング総括評価表」を使用して評価を実施している。それを基に施設内の多職種の職員で「サービス担当者会議」を開催し見直しをしている。必要であればサービス計画書の内容を変更し関係職員に周知している。利用者の状態に変化があった場合はその都度サービス計画の評価・見直しを行っている。 | a | 43 |
| (3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。 | | | |
| 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。 | 各ユニットにノートパソコンとタブレットが配置され、施設共通の介護ソフトを使用し、利用者一人ひとりの身体状況やサービス実施状況が適切に記録され、共有している。各ユニットにシステム記録委員が配置され、利用者のケア実施後の記録内容や文章表現等の統一を図り職員に周知している。委員会は毎月開催し、多職種の職員も参加して情報を共有し検討する仕組みが整備されている。 | a | 44 |
| ② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。 | 個人情報保護規定に基づき利用者の記録の保管は、5年間とする管理体制が整備され適切に行われている。施設長を責任者として配置している。職員は入職時に、個人情報保護に関する研修を行い、遵守するよう同意書を交わしている。入所契約書に個人情報の取り扱いについての記載があり契約時に、利用者と家族に説明を行っている。ホームページの「個人情報保護に関する方針について」で閲覧ができる。 | a | 45 |
| A 福祉サービスの内容 | | | |
| A-1 生活支援の基本と権利擁護 | | | |
| (1) 生活支援の基本 | | | |
| 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。 | 利用者の状況や意向・課題等を把握した「情報シート」を基に、策定された一人ひとりに応じた福祉サービス計画書で、検討改善を行っている。生活のリズムに変化が持てるよう、着替えや整容を適時に行っている。集団体操や余暇活動等の促しをして、楽しみを持って生活できるように工夫している。日常生活では趣味の折り紙や洗濯物たたみ等、役割を持ちながら手先を動かすリハビリを実施している。寝たきりや意思疎通が困難な方には、表情をくみ取り、ユニット内の散策等で環境の変化を感じられる工夫をしている。 | a | 46 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|--------------------------------|---|------------|-----|
| 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。 | コミュニケーション技術マニュアルを整備し、職員研修を実施している。マニュアルは毎年見直しを行っている。利用者の状況に応じて、話すスピードや声の大きさ、ボディランゲージ等、個別方法で支援している。心身の状況に応じては、介護職員だけでなく、ケアマネージャーや相談員等、職種を変えて支援や取組を行っている。会話が少なかったり、意思疎通の困難な場合は、生活パターンの把握や一人ひとりの思いのくみ取り等支援に取り組んでいる。 | a | 47 |
| (2) 権利擁護 | | | |
| ① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | 利用者の権利擁護について、身体拘束や虐待防止に関するマニュアルを作成して、職員研修を行い教育を徹底している。虐待防止対策体制表を職員玄関に掲示し、相談窓口を明示している。身体拘束・虐待防止委員会があり、利用者の尊厳保持について等毎月テーマに添って研修を実施している。虐待防止アンケートを実施し課題検討を行い、スピーチロック等、不適切ケアの予防と防止の実践に取り組んでいる。 | a | 48 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|-----------------------------------|---|------------|-----|
| A-2 環境の整備 | | | |
| (1) 利用者の快適性への配慮 | | | |
| 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。 | 施設内の基本温度は24度で、利用者の意向確認をしながら温度調整を実施している。施設内清掃は毎日、清掃職員が行い、明るく清潔感が保たれている。ホールには利用者の心身の状況等に応じて丸型や四角のテーブル配置やソファ等で、くつろげる環境づくりを行っている。居室には、馴染のイス等の持ち込みや絵や家族写真を飾り、居心地良く過ごしている。居室清掃は、職員の週間予定体制で毎日行われており快適に過ごしている。 | a | 49 |
| A-3 生活支援 | | | |
| (1) 利用者の状況に応じた支援 | | | |
| 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。 | 利用者の心身の状況や意向を踏まえ、出来るだけ自立性の高い入浴形態・方法により、安全で快適な入浴支援を行っている。入浴を拒否する利用者には時間を置いて声掛けする等無理に入れないよう対応している。入浴形態は、個浴、リフト浴、チェア浴、機械浴があり安全に配慮した支援を行っている。入浴時はカーテンを閉める等プライバシーに配慮している。利用者の意向に応じて、清拭や入浴日の変更、時間の変更、同性介助の対応等実施している。 | a | 50 |
| ② 排泄の支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | 排泄介助を安全に実施するため「排泄マニュアル」を策定して職員へ周知している。ユニット毎の排泄委員が1週間から10日間の排泄チェック表を作成して、利用者に応じた排泄を促すための支援に取り組んでいる。排便日の確認や必要に応じて尿測を行い、健康状態の確認をしている。オムツ交換は居室で行い、トイレ誘導は小声で等羞恥心に配慮をしている。今後はユニットカンファレンスにて、一人ひとりに応じた排泄支援の検討や改善等見直しに取り組んでいる。 | a | 51 |
| 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。 | 機能訓練指導員と介護士が連携を図り、利用者の身体状況や意向に応じて、安全に配慮した自力での移動や残存機能の維持・回復等に取り組んでいる。寝たきりの方が座位を保てるようになった実績がある。リクライニング・車椅子、歩行器、杖等福祉用具の活用があり、点検は職員が毎月行っている。歩行可能者には農園散歩やユニット間の自由往来等の働きかけをしている。利用者の状況変化や支援の変更は、リハビリスタッフと連携を取りながら対応している。 | a | 52 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|---------------------------------|---|------------|-----|
| (2) 食生活 | | | |
| ① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | 衛生管理マニュアルがあり、給食部が楽しい食事、おいしい食事になるように取り組んでいる。旬の食材の使用、外食献立の実施、居酒屋実施、月1回以上の行事食、暦に合わせた食事(七草がゆ、冬至、土用の丑、年越しそば)等を提供している。利用者参加の調理実施(芋煮、おでん、餅つき、おやつ作り)、郷土料理や地元の食材の使用、敷地内の畑で野菜作り等、実施している。行事食には、リクエストメニューが活かされて、唐揚げや焼き鳥、刺し身等が喜ばれている。管理栄養士が嗜好調査を行い、日々の食事に反映している。 | a | 53 |
| 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。 | 食事について利用者と家族の気持ちを確認した上で、他職種や医師と連携を図りながら提供している。食事形態や食事内容等の栄養ケア計画を作成している。ミールラウンドをして、食事状況や摂取量の確認を行っている。体重の増減、血液検査の結果等から適切な食事内容へ随時変更している。自分で出来る事を継続していけるよう、適切な食具の検討や正しい姿勢保持の声がけの支援に取り組んでいる。 | a | 54 |
| ③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | 心身の状況に合わせて、毎食後、居室で歯磨きの支援を行っている。口腔ケアの促しと義歯管理は職員が対応している。歯科医往診時には、身体情報を提供して治療指導を受け、口腔内衛生と誤嚥性肺炎の予防に努めている。歯科衛生士の定期的な口腔ケアはコロナ禍の為、中止をしていたが11月より再開予定となっている。ぜひ継続して頂きたい。 | b | 55 |
| (3) 褥瘡の発生予防・ケア | | | |
| ① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 | 褥瘡の発生予防・ケアは、マニュアルを作成して職員へ周知している。褥瘡委員会を設置して、委員会が中心になって予防に向けての取り組みを行っている。全利用者に対し褥瘡マネジメントの評価を3ヵ月ごとに行い、多職種が共同で褥瘡ケア計画を作成し、職員への対応指導を実施している。管理栄養士による摂食状況の確認や体重の経過観察も行っている。褥瘡発生時は、医師の指導のもと、看護師や介護職員、機能訓練指導員が治療に向けての皮膚ケアと観察を実施している。 | a | 56 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|---|---|------------|-----|
| (4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養 | | | |
| 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。 | 喀痰吸引・経管栄養は看護師が24時間体制で行っている。介護職員による医療ケアは実施していない。「非該当」 | | 57 |
| (5) 機能訓練、介護予防 | | | |
| 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。 | 施設サービス計画書を基に機能訓練指導員が一人ひとりのプログラム表を作成し、評価と支援の内容の見直しを行っている。移動や排泄等日常生活の中で、リハビリや趣味活動で、利用者が主体的な訓練となるよう取り組んでいる。簡易的プログラムで実施し残存機能維持を図っている。施設が課題としている判断能力低下や心身機能の変化等について、看護課とリハビリ課の連携を密にし情報共有を図っていくことへの取組みを期待したい。 | b | 58 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a~c) | 連番号 |
|---|--|------------|-----|
| (6) 認知症ケア | | | |
| ① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。 | <p>認知症マニュアルが整備されている。認知症の状態に配慮したケアは、3ヵ月毎にアセスメントを行い、状況や意向を踏まえて、落ち着ける環境づくりに取り組んでいる。散歩や畑づくり等を職員と一緒にいき、自由な動きで気分転換を図っている。スタッフ企画のレクリエーションで、ドライブに行き車内からの花見をしたり、餃子やおやつ作り等の支援を行っている。BPSDがある利用者には一定期間の観察と記録を行い、看護師や医師と連携し支援方法を検討している。職員は、最新の知識や情報を得られるように研修を実施している。</p> | a | 59 |
| (7) 急変時の対応 | | | |
| 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>救急救命マニュアルに基づき、日々の状況把握で体調変化時等の支援が行われている。タブレットへ記録を行い他職種が利用者の健康状態をいつでも把握できるように取り組んでいる。バイタルの異常や体調不良の場合は、看護師への速やかな連絡があり、医師への迅速な連携が図られている。医務課看護師による服薬管理で、ユニット看護師が配薬して、介護士が飲み込み確認、看護師が最終確認を行い、投薬事故回避に当たっている。</p> | a | 60 |
| (8) 終末期の対応 | | | |
| 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。 | <p>利用者が終末期を迎えた場合、家族に対して嘱託医から症状説明を行い、終末期ケアについて、意向を確認している。看取り希望をする場合は、看取り指針に基づいて、家族や関係者と話し合い対応している。看取り委員会の設置があり、振り返りや、課題の検討を行っている。看取り委員会が中心となり終末期ケアについての職員研修や精神的ケアを実施している。</p> | a | 61 |

事業所名(茂庭台あおばの杜)

| 評価項目 | 評価結果コメント記入欄 (調査機関) | 評価結果 (a～c) | 連番号 |
|----------------------------|--|---------------|-----|
| A-4 家族等との連携 | | | |
| (1) 家族等との連携 | | | |
| ① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。 | <p>家族への対応は毎月一回、利用者の写真と近況状況の広報を郵送している。体調変化のある時は、電話で状況報告と相談を行っている。携帯電話を持っている利用者は、家族や友人等と自由に会話を楽しんでいる。コロナの緊急事態宣言解除後は、面会を再開し、交流室での短時間面会を実施している。今後は予定していた家族会結成に向けた支援が期待される。</p> | b | 62 |