

福島県福祉サービス第三者評価結果表

① 施設・事業所情報

名称：特別養護老人ホームいわせ長寿苑	種別：特別養護老人ホーム
代表者氏名：菅原 治	定員（利用人数）： 80 名
所在地：福島県須賀川市矢沢字明池 158 番	
TEL：0248-65-2448	ホームページ：http://www.iwase.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 平成 20 年 10 月 1 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人いわせ長寿会	
職員数	常勤職員： 63 名 非常勤職員 12 名
専門職員	（専門職の名称）社会福祉士 1 名 看護師 5 名
	介護福祉士 48 名 管理栄養士 1 名
	介護支援専門員 5 名 作業療法士 1 名
施設・設備 の概要	（居室数）利用者個室 80 室 （設備等）ベッド 80 台・
	トイレ・一般浴・リフト浴

② 理念・基本方針

＜運営理念＞ 共に生き分かち合える毎日

＜基本方針＞

すこやかな暮らしのために・・・利用者 1 人ひとりの生活を重視し、自宅と変わらぬ生活で介護を行います。

安心と笑顔のために・・・ご家族や地域の様々な皆様との交流の充実と実現を行います。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

- ・ 24 時間シートの活用により 1 人ひとりに沿った個別ケアの実践に努めています。
- ・ ユニット内入浴が完全個室で温泉なので、温浴効果が期待できます。
- ・ 介護ソフトや iPad の活用等で記録負担軽減や情報共有に活用しています。
- ・ 生活支援員（元気高齢者）の活用で介護職員が介護に専念できる環境にあります。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 29 年 10 月 6 日（契約日） ～ 平成 30 年 5 月 22 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	0 回（平成 年度）

⑤ 第三者評価機関名

NP0 法人福島県福祉サービス振興会

⑥総評

◇特に評価の高い点

1. 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元する取組について

事業所駐車場を利用したフリーマーケットの開催、地域の人々の作品を廊下に展示するギャラリーの設置、また事業所夏祭りへの近隣住民の招待する他、地域の集会などへの交流室の開放など交流や施設開放を積極的に行なっている。さらに、地域住民を対象とした「介護教室」、「ふくしのこと相談カフェ」等の開催、地域の祭りでの高齢者疑似体験コーナーの設置など、「事業所から地域へ出向く」を運営方針に掲げ積極的に取り組んでいる。

2. 働きやすい職場環境づくりについて

毎年、職員の意見や要望を把握するため職員アンケートを実施しており、職員から普段言いにくい苦情や要望も出されるなど職場全体が自由に意見を言える風通しのよい環境が形成されている。また、勤務時間も職員の希望に基づき13パターンの勤務時間から自由に選択できるなどワーク・ライフ・バランスに配慮している。また、iPadの導入による介護記録の負担軽減や心療内科医の相談・診察のほか高齢者（生活支援員）の雇用により職員の雑務の軽減を進めるなど働きやすい職場づくりに取り組んでいる。

3. 排泄自立に向けた支援について

iPadを活用し、排泄のデータ管理を徹底して行っている。そのデータをもとに、利用者の状況に合わせて排泄パターンを把握し、トイレ誘導やおむつ交換を実施している。適切なトイレ誘導により利用者の状況が、リハビリパンツから布パンツに変更となるなど自立排泄につながる支援に努めている。

4. 家族等との連携について

面会の割合が利用者全体の7割から8割程度あり、家族との関係が有効にとられている。また、体調の変化や近況をその都度伝えるほか、利用者の状況を職員間で共有し誰が対応しても統一した説明が出来るようにするなど信頼関係の構築に努めている。さらに、感染症流行の時期も大人用ばかりでなく子供用マスクを玄関に準備し、感染を防ぐのと同時に、家族と会う機会を大切にするという姿勢で取り組んでいる。

◇改善を求められる点

1. 中・長期事業計画の策定について

現在3カ年計画策定委員会で3カ年戦略計画を進めており、その中で社会的背景、課題の整理、将来の方向性の検討が行われている。事業の継続と経営理念の実現を図る計画を目指しており、それが収支計画も含めた中・長期計画につながる事が望まれる。

2. 福祉サービスの向上に向けた組織的な取組について

サービスの質の向上については、事業所内の各委員会を中心にPDCAサイクルの取組

を実施しているが、実施結果の評価及び改善に向けた取組に対する職員への浸透が不十分であるため職場全体の取組とはなっていない。また、業務改善委員会で自己評価から見えた課題について話し合っているが改善につながる検討は不十分である。今後、評価から明らかになった課題を具体的に改善していくため改善策を検討し、それを職員が共有しながら組織的に取り組んでいくことが望まれる。

3. 実習生及びボランティア受け入れマニュアルの整備について

実習生やボランティアの受け入れは、事業所の体制が整備されており対応手順も確立しているが、マニュアル等が明文化されていない。実際、小中学生の職場体験及びボランティアの受け入れは行われており、受け入れに関する基本方針等マニュアルの策定が望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

私共の施設は、平成 20 年に開設以来今日まで質・量ともに充実した介護サービスを利用者・家族・地域住民に提供できるよう自己評価を実施しながら施設運営に取り組んできました。

特に、当法人の運営理念は、「共に生き、わかちあえる毎日」であります。この理念を支えるのが 4 つの柱である「利用者」「家族」「地域」「職員」であり、これらが一体となって、家庭的な雰囲気の中で生活が送られるよう開放的な運営を目指してきました。

この度の第三者評価の受審によって、これまでの施設運営を振り返る良い機会となりました。「高い評価を受けた点」「改善を求められた点」と第三者からの初めての評価結果を真摯に受け止め、評価を得た点は職員の自信と励みとなり、また、改善点は今後の課題取り組みを目指す職員の意識付けとなりました。

これを機会に、評価細目を常に意識しながら、これからも利用者・家族・地域の信頼に応えられる施設として役職員一同努力していききたいと思います。

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。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目（45 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。

※評価細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、基本方針を確立・周知している。		
①	Ⅰ-1-（1）-① 理念、基本方針を明文化し周知を図っている。	a・㊦・c
〈コメント〉 理念や基本方針は明文化されており毎日、朝礼時に唱和し共有に努めている。また、事業所の各階の廊下に掲示して職員への浸透を図っているほか、パンフレットやホームページに掲載し、広く周知に努めている。 毎年、理事長が理念に基づく計画策定を指示しているため、職員にはその都度理念の意味やサービス提供へどう反映させていくかを考える機会になっている。 なお、利用者や家族に対する周知は利用開始時に説明しているが、法人として十分でないと感じており、趣旨を分かりやすく説明した資料など理解を深める今後の取組に期待したい。		

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 事業経営をとりまく環境と経営状況を的確に把握・分析している。	㊦・b・c
〈コメント〉 理事長は、随時、社会福祉事業全体の動向や経営を取り巻く環境の情報を得ている。また、厚生労働省の情報配信サービスに登録をし、最新情報の把握に努めている。さらに、管理者は市の福祉担当課へ定期的に訪問し、情報交換を行い各種福祉計画の策定動向を含めた情報などの把握に努めている。 また、毎月の運営会議で、稼働率、収支状況、利用者の推移などの分析結果を示し、経営を取り巻く環境や経営課題の分析及び把握を行っている。		
③	Ⅰ-2-（1）-② 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	㊦・b・c
〈コメント〉 毎月の運営会議で把握した課題を踏まえ、予算検討委員会・3カ年計画策定委員会等で具体的な課題分析を行い、事業所の経営課題を明確にしている。現在の経営課題は、キャリア		

マップ（職業能力評価シート）の見直し、人材確保、公益事業の推進の3点である。これらの経営課題は、職員会議で説明し職員に周知している。経営課題に対する具体的な取組みは、管理者を中心に進められており、人材確保対策とし介護職員育成奨学金制度（介護福祉専門学校）の授業料援助を創設し、将来を見越した外国人の介護職確保に着手している。

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を明確にしている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画を策定している。	a・㊦・c
<コメント> 中・長期計画は、現在3ヶ年計画策定委員会で検討中である。課題や対策案の抽出まで作業は進んでいるが、中・長期計画及び中・長期収支計画の策定までには至っていない。 今後、長期視点で利用者への継続的なサービス提供と経営の安定を図るためにも、中・長期計画の策定が望まれる。		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画を策定している。	a・㊦・c
<コメント> 単年度の事業計画は、理事長が方針を示し、3ヶ年計画策定委員会で検討している中期課題を反映し、具体的で実行可能な計画になっている。また、事業計画の各項目に数値目標を掲げ、実施結果を評価できるものとなっている。 しかし、中・長期計画が検討段階であり策定されていないため、それを踏まえたものとはなっていないので中・長期計画の策定が望まれる。		
I-3-(2) 事業計画を適切に策定している。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しを組織的に行い、職員が理解している。	a・㊦・c
<コメント> 単年度の事業計画は、理事長が方針を示し、各部門で当該年度の事業計画の振り返りを行い次年度の計画を話し合い、作成した事業計画（案）を予算検討委員会で検討して原案を作成している。それを運営会議で協議のうえ理事会で決定している。また、事業計画の説明会を開催し職員に周知している。 しかし、実施状況を評価・見直しするプロセスは、各部門に任せているが進行管理がされず不明確になっており、組織的な評価や見直しの取組みが望まれる。		
7	I-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知し、理解を促している。	a・b・㊦
<コメント> これまで、玄関ホールの棚に事業計画等のファイルを置き閲覧可能にしているが、特に利用者や保護者への周知はしていない。 そのため、理解しやすい資料を作成するなどの工夫を行い利用者の共用スペースに掲示したり、家族会での説明や広報誌と一緒に送付するなど、利用者や家族への周知を図る取組が望まれる。		

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を組織的・計画的に行っている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組を組織的に 行い、機能している。	a・b・c
<コメント> 福祉サービスの向上については、基本的に各委員会で PDCA サイクルに基づく取組を行っている。また、各ユニットのアンケート集計と職員の自己評価で実施できていない項目については、業務改善委員会で検討している。さらに理事長や施設長などの管理職で構成する CS・ES 向上委員会（CS は顧客満足、ES は従業員満足）は、新たな視点から福祉サービスについて新規の計画を検討し推進している。 しかし、自己評価結果の分析や改善への取組はまだ希薄と認識しており、各委員会の振り返りを活かし組織的に取り組むことが望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> 各委員会において上半期と下半期の 2 回評価を行い、取組むべき課題を明確にして次年度の計画を決めている。各委員会の評価結果や課題については、職員全員に資料を配布して共有化を図っている。また、改善に向けた取組については、主任会議、部課長会議、運営会議と段階を踏んで組織的に検討を進めている。 なお、第三者評価は始めて受審であり、明らかになった課題に対し、職員参加による改善策を検討する場を設けるとともに PDCA サイクルに沿ってサービスの質の向上に取り組むことが望まれる。		

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) 管理者の責任を明確にしている。		
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・b・c
<コメント> 理事長は、年頭訓示で翌年度の事業方針や重点事業などの表明を行い、経営者としての役割や責任に触れ、法人の方針を示している。それを受け、管理者は年度当初の広報誌「長寿だより四季」を通じて、「地域社会に貢献する法人組織」を進めるうえでの役割と責任を表明している。 しかし、管理者の専決事項等役割や責任を法人の定款施行規則で詳しく規定しているが、職員への周知は図られていない。管理者のみならず職員毎の役割や事務分担を明らかにしたものを、配布するなど周知が望まれる。		

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・㊦・c
<コメント> コンプライアンス規程や法人行動指針を策定している。法人行動指針は、職員が参加して策定したものであり、職員の意見を反映しながら改訂を行っている。また、コンプライアンス規程や法人行動指針は各ユニットの壁面に掲示し、職員がいつでも確認できるようにしている。新任職員研修では理事長と管理者がそれぞれ理念とコンプライアンスの講師となり、職員への周知徹底に努めている。 なお、環境の配慮等幅広い分野の遵守すべき法令の把握や取組は不十分と感じていることから、遵守すべき法令等のリスト化に取組むことが望まれる。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。		
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・㊦・c
<コメント> 福祉サービスの質の向上に向けた取組は、各委員会を中心に実施している。管理者は全ての委員会に参加し、職員の意見を聴きながら具体的な取組の実施を図っている。また、管理者は、積極的にユニットに出向き現場の課題や取組状況の把握に努めている。 なお、福祉サービスの質の向上については、今後、自己評価や第三者評価結果等から明らかになった課題について改善に向け指導力を発揮することに期待したい。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 毎月、開催される運営会議で、収支状況、稼働率による経営分析や課題の明確化を図っている。管理者は、運営会議の分析や職員の意見を踏まえ、経営改善に向けた具体的な取組の進行管理を行っている。さらに、管理者は、現場サイドの記録作業の軽減を図るために、タブレット端末の導入を行い、残業の縮減や職員の負担軽減に取り組んでいる。また、高齢者を洗濯や食器洗いなどを行う生活支援員として雇用し、職員が利用者のケアに専念できる環境作りを進めている。		

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制を整備している。		
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を確立し、取組を実施している。	a・㊦・c
<コメント> 毎年、人材確保のために年間計画を立て、高校・専門学校・大学等の訪問、各種求人イベントへの参加、折り込み広告・フリーペーパーやネットによる求人広告、介護職員初任者研修の開講など、様々な求人活動を行っている。人材育成については、目標管理制度やキャリア段位制度を活用しながら個々の職員の育成を図っている。		

しかし、必要な福祉人材や人員体制、福祉人材の確保や育成に関する基本方針が整備されていないため、それらの基本方針を含めた研修計画の策定が望まれる。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・b・c
<コメント> 法人が定めている人事考課規程に基づき、第一次評価者、第二次評価者による2段階の評価を実施し管理者が総合的に判断して最終評価をしている。年1回、理事長が人事考課制度について職員へ説明を行っている。また、目標管理制度を実施し面接を行い進捗状況や成果を確認して総合的な人事管理を実施している。 しかし、制度について職員への周知が十分でなく、見直し中であるキャリアマップの中で経験や能力に応じた待遇なども明確して周知する等、職員の自主的なキャリアアップへの取組につながることを望まれる		
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮している。		
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組んでいる。	a・b・c
<コメント> 毎年、無記名方式で職員アンケートを実施し、意見や要望、苦情等を把握し、職場改善に活かすなど働きやすい職場づくりに取り組んでいる。また、ストレスチェックを毎年実施し、希望者には法人が契約した心療内科専門医院に職員及び家族が診察や相談ができるようにしている。職員の希望により短時間労働や勤務時間を選択することも認めるなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮している。また、親睦会への補助、本人及び子どものインフルエンザ予防接種への補助、傷病・病気休暇時の所得の全額補償制度などの福利厚生に努めている。		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
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・b・c
<コメント> 目標管理制度を設け、職員が事業計画の中から自ら選択した目標について年3回面接を行い、進行管理しながら達成できるよう助言している。この目標管理制度は目標達成への姿勢や成果を評価することで職員の意欲や向上心を育むことを主眼として行っているが、期末面接で達成に向けた努力や成果を評価し、本人に説明のうえ、賞与に反映している。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・b・c
<コメント> 毎年、研修計画を策定し、計画的に内部研修を実施している。また、外部研修の開催情報を職員全員に提供し参加を推奨するとともに、職員会議で伝達研修を行い、共有、周知を図っている。 なお、研修に関する基本方針や中・長期の人材計画は策定されておらず研修の参加も個人の希望に偏る傾向が強いので、研修計画の中に法人として期待する職員像、必要とする技術や資格なども明示することが望まれる。		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保している。	a・b・c
<コメント> 管理者は職員の研修履歴や専門資格の取得状況を管理し、研修計画や外部研修への勧奨の		

参考にしている。公的資格取得支援制度を設け、費用の補助や特別休暇付与、合格祝い金の支給などにより職員の資格取得を支援している。また自己啓発研修に参加する場合も研修費用の助成等環境を整えている。さらに研修内容ごとに、研修参加点数制度を設け、目標達成者には人事考課の評価に加えている。 なお、研修参加が職員個人の希望に偏る傾向がみられるので選択研修のほか、派遣（指名）研修を効果的に行うことが望まれる。		
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成を適切に行っている。		
20	Ⅱ-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a・b・㊦
<コメント> 毎年、近隣の複数の高校から職場体験を受け入れている。事業所には、実習指導者の有資格職員が4名おり受け入れ体制は整っているが、公共交通機関等の数が少なく長期間、実習の申し込みがなく実績がない。 また、実習生等の受入れに関する基本方針、マニュアル、プログラム等が未整備であるため、これらの整備が望まれる。		

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組を行っている。		
21	Ⅱ-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開を行っている。	a・㊦・c
<コメント> ホームページにより、理念や基本方針、サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算などを公開している。また、事業所の玄関ホールにまとめた冊子を置き、閲覧できるようにしている。さらに、事業所のサービス内容や行事を掲載した広報誌を行政区に配布し、住民に回覧して周知している。 なお、苦情に関する項目及び件数は開示しているが、改善結果等取組状況は公表までではないので個人情報に留意しながら開示を検討することが望まれる。		
22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・㊦・c
<コメント> 公印取扱規程や経理規程により、事務経理や契約に関する手続きが明確にされており、職員はこれらに基づき適正に執行している。また、事務分掌や定款施行細則により、専決区分や所掌事務が定められている。契約手続きは、一般競争入札を原則として合理的理由がある場合に限り、例外的に指名競争入札や随意契約を認めている。 なお、経理については、法人の母体である会計事務所から指導や助言を得るほか、税理士をしている監事の監査を受けている。透明性を確保する観点から外部の専門家による指導等も望まれる。		

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
Ⅱ-4-(1) 地域との関係を適切に確保している。		
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・b・c
<コメント> 地元幼稚園、小学校、中学校による訪問が、それぞれ年1回あり、各ユニットでの交流を図っている。また、定期的に地元の芸能ボランティア団体や行事の協力ボランティアを受け入れ、利用者とは顔なじみの関係ができています。また、事業所の感謝祭(夏まつり)を、行政区を通して周知するとともに、近隣の住民に屋台飲食物無料チケットを配り交流を図っている。 なお、利用者が活用できる社会資源についてリスト化されておらず、関係機関についても職員への浸透が不十分な点が見られるため、社会資源の取集、リスト化を進め職員間で共有する取組が望まれる。		
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・b・c
<コメント> 施設内の掲示板やホームページ、地域にも配布している広報誌でボランティアを呼びかけ地元の芸能ボランティア団体、婦人団体を受け入れている。受け入れに際しては、事前にオリエンテーションを行い、個人情報保護の遵守などに関する誓約書の提出を求めている。また、必ず、ボランティア保険の加入の確認などのチェックを行っている。 なお、ボランティア受け入れ体制は一応確立しているものの、受け入れマニュアル等が未整備であるため、これらの整備が望まれる。		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。		
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を適切に行っている。	a・b・c
<コメント> 地域の行政サービスや地域の団体や行事などの情報を収集し、職員会議で説明し情報の共有化を図っている。これまでは、民生委員との定期的な連絡会議の開催が実現できなかったが、社会福祉協議会に働きかけ、民生委員の方部会に参加できるようになった。 なお、利用者が抱える課題に対応するため地域の関係機関と協働する取組や社会資源のリスト作成ができていないため、これらの改善が望まれる。		
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・b・c
<コメント> 「いわせ長寿苑の廊下を地域につなぐ」をモットーに事業所の廊下を地域住民の写真などの展示ギャラリーとして、開放するほか、フリーマーケットの開催、「ふくしのこと相談カフェ」や介護教室を実施するなど地域住民の事業所への理解を図っている。また、災害時には、福祉避難所として避難者の受け入れを予定、備蓄など準備をしている。さらに、地域の夏祭りに参加して模擬高齢者体験のブースを開設し老人クラブなどへの出前講座を実施		

するなどの事業所の専門機能を地域に還元する取組も行っている。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動を行っている。	a・㊦・c
<コメント> 公益的事業としては、平成28年度のモデル事業として、行政などから特別な要請があったものに限り、1回500円で高齢者世帯等への「おかず」の配送を実施した。 しかし、これまでは民生委員との会議開催が実施できず地域の福祉ニーズ把握が十分に行われなかったことや公益事業の「おかず」配送の期間や範囲が限定的なものであったことから、今後は、計画している民生委員との連絡会議などを通じて地域の福祉ニーズを把握し、単身高齢者の生活支援などの公益的な事業や活動の継続的な展開が望まれる。		

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を明示している。		
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。	㊤・b・c
<コメント> 法人の理念や基本方針を明示し、毎朝ミーティングで理念を調和して意識づけをしている。また年間研修計画も策定され、理事長講話を含めた研修内容を構成し、利用者の立場に立つサービス提供の意識を高めている。		
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を行っている。	a・㊦・c
<コメント> CS・ES向上委員会があり、利用者の生活全般のサービスを常に確認し、適切なサービスがなされているか確認をしている。利用者からの苦情や相談なども吸い上げ常に利用者の権利を尊重する形を考えている。 今後、権利擁護等に関して文書等はあるが、誰が見てもわかる規程など作成し、ユニット間でさらに理解を深めていくことが望まれる		
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）を適切に行っている。		
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・㊦・c
<コメント> 各ユニットにつながる廊下に理念や基本方針を目に届く場所に設置しており来客者等にはわかりやすく明示されている。 しかし、ユニットの利用者に関しては、広報や掲示している場所がなく情報提供は十分とは言えない。ユニットの雰囲気はあるが、掲示板などを作成して情報提供していく工夫が望まれる。		

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・㊦・c
<コメント> 契約書、重要事項においてサービス内容など相談員が主となり丁寧説明している。また、サービスの変更、介護保険の改正等についても家族に説明し同意を得ている。 今後は、ユニットの職員が契約書等見る機会を作り、利用者との契約事項を把握することにより、さらにサービスの質が高まっていくと思われる。		
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・㊦・c
<コメント> 在宅復帰のケースはないが、担当者会議をもとに利用者の生活を常に検討している。情報なども各部署でパソコン管理を行い、どの部署でも利用者の状況を把握することが出来るようにしている。 しかし、事業所の変更や家庭復帰の際の手順や引継ぎの様式は定めていないので、福祉サービスの継続の観点から事例がない場合でも想定して定めておくことが望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	a・㊦・c
<コメント> CS・ES 向上委員会にて、毎年利用者の満足度調査を実施し、集計と改善事項をホームページ上で公表している。玄関にも集計結果を掲示することはあるが掲示のみになっていることもある。 今後は、ホームページ等で調査結果を掲載していることを周知し利用者や面会の家族が情報を得やすい仕組みを検討することが望まれる。		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。		
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。	a・㊦・c
<コメント> 苦情受付ボックスを玄関と階段に設置しており、毎月 20 日に回収を行っている。また、ユニットの職員との関係性も良く面会時に小さな相談などを聞く機会を設けている。 今後は、検討した内容を家族の方へわかりやすく伝えていく仕組みを検討することが望まれる。		
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・㊦・c
<コメント> 各居室や団らん室など利用者と 1 対 1 で話すことが出来る環境を整備している。 しかし、廊下には情報提供の場はあるが、ユニット内には明示が少ない。自らの意志をうまく伝えられない方が多いかもしれないが、わかりやすい明示により相談したいという意味表示を示すことも考えられるので、利用者の方へ伝える方法をユニット内で検討することが望まれる。		

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・㊦・c
<コメント> CS・ES 向上委員会において、意見や苦情に関して迅速に検討・改善項目を各部署へ伝える連絡体制は、フローチャートを作成し職員間で共有されている。意見箱も設置しあがってきた項目に関してはCS・ES 向上委員会にて検討改善を行っている。 今後、相談を受けた際の対応マニュアルがなく、担当者の判断に任されていることから、フローチャートを活かした手順書の作成など標準化が望まれる。		
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を行っている。		
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を構築している。	a・㊦・c
<コメント> 事故防止対策委員会を中心に、上がってきた事故に関する項目は遅くとも3日以内に各部署に事故内容、改善事項を文書により共有している。また、事故防止対策委員会では、ヒヤリハット・事故の集計、改善、実施、評価を行い、事故の原因分析法(4M)を使用し事故の再発防止につなげている。 今後は、起きた事故対策をユニットに伝達した後の事故防止の対策の達成度合いを共有できるようにすることが、事故対策だけではなく、利用者の活動範囲を広げ、生活の質の向上につながると思われる。		
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。	㊦・b・c
<コメント> 感染対策委員会を中心にマニュアル、周知、予防策、対応策を徹底して行っている。また、感染対策グッズ(ノロウイルス対策)も各ユニットに準備され、写真入りの手順方法もセットされている。また、来客用のマスクの中に、子供用のマスクも準備しており面会者への配慮も忘れずに行っている。		
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している。	a・㊦・c
<コメント> BCP 計画(災害時事業継続計画)を作成し体制づくりの強化に努めている。また、施設外には備蓄倉庫を設置しており7日分の食料等が備蓄されている。また、隣が貯水池のこともあり、垂直避難訓練も実施しており様々な対策の訓練を想定に入れている。 しかし、災害時の地域との協力体制が十分でないので、消防署立ち合い訓練時に参加、協力を得るなど地域との連携づくりが望まれる。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法を確立している。		
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を文書化し福祉サービスを提供している。	a・㊦・c

<コメント> キャリア段位制度に基づく介護方法・手順を施設独自に作成し、新採用時にはそれをもとに指導を統一して行っている。また、主任・副主任がどこまでできているかを確認し技術の向上に努めている。 今後、利用者の状態が変化していく中で介護の手順など追加等項目がある場合は、ユニット間で試行錯誤し、より良い介護方法を検討していくことが望まれる。		
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を確立している。	a・㊦・c
<コメント> 業務改善委員会が中心となり、介護方法など他職種連携によって見直されている。また、ポジショニングなどは、写真を撮り注意点など確認できるようにし、利用者の状況に合わせて変更している。 なお、標準的な実施方法を定めた介護マニュアル等はないので、業務改善委員会で決まったことを中心に文書化し、職員間で共有を図ることが望まれる。		
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を策定している。		
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・㊦・c
<コメント> 施設ケアマネジャーを中心に担当者会議を実施している。また、24時間シートも利用者一人ひとり作成されており、施設内での生活の充実を図っている。 今後、自分の意志をうまく伝えられない方のニーズの吸い上げ、願いや希望などユニットの職員が関係性を構築し、よりよい生活へ活かせるようにしていくことが望まれる。		
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。	a・㊦・c
<コメント> サービス担当者会議で、該当者を定期的に見直しする仕組みができている。会議の内容は各ユニットに会議録として配布し、変更点や評価内容など情報共有を行っている。 しかし、具体的な手順が明文化されていないため今までの流れでは出来ているが、基本的な手順など職員がわかりやすい文書を作成することが望まれる。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。		
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を適切に行い、職員間で共有化している。	a・㊦・c
<コメント> ソフトを利用し、利用者の状況を記録している。また、各ユニットにiPadを準備し排泄記録表など利用者の状況を即座に入力できる仕組みを作っている。また、記録の勉強会も実施記録についての重要性、記入の仕方など職員間での学習にも力を入れている。 なお、ケアプランに基づくサービス提供が出来ているか確認するためにもサービス実施状況を記録することが望まれる。		
45	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	a・㊦・c
<コメント>		

重要書類などは事務所管理しており適切に管理されている。また、保存期間を過ぎた書類等に関しては業者に委託し一括処分をしている。個人情報保護に関する規程や家族への説明方法など利用者の情報管理、大切さなどについて職員全体で共有している。

しかし、家族への周知は契約時に説明するのみで周知を不十分と認識しており、計画変更時や広報誌などでも周知する機会を設けることが望まれる。

(別紙)

第三者評価結果（高齢者福祉サービス版）

※すべての評価細目（20 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。

※評価細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。

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		
A①	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・b・c
＜コメント＞ 利用者一人ひとりの24時間シートを作成し、シートに基づき利用者の身体機能に合わせたレク活動や生活リハビリに取り組んでいる。また、ユニットの特性を活かし利用者同士の洗濯物たたみや、食器洗いなどできる範囲の中でそれぞれの暮らしを支援しようと取り組んでいる。 なお、職員体制などによっては、日中活動が毎日の習慣化までは至っていないので、一人ひとりの暮らし方を再度知りながら工夫していくことが望まれる。		
A②	A-1-(1)-② 利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	a・b・c
＜コメント＞※訪問介護のみ		
A③	A-1-(1)-③ 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	a・b・c
＜コメント＞※養護・軽費のみ		
A④	A-1-(1)-④ 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・b・c
＜コメント＞ 一人ひとりの利用者の希望をできるだけ聞くようにし、外泊に行きたい、お菓子を食いたいなど小さな声を大切に拾いながらコミュニケーションを図っている。また、自己接遇チェックを用いて自身のコミュニケーションを振り返る機会を設けている。 今後、重度化していく中で言葉でのコミュニケーションが難しい方に対して、どの様に意向を確認していくかを各会議でさらに検討していくことが望まれる。		

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組を徹底している。	a・b・c
＜コメント＞		

新人職員研修の時に権利擁護についての研修を必ず実施している。また、自己接遇チェックリストを活用し、利用者の権利を護ることを意識している。また、身体拘束についても緊急時やむを得ない場合においては、家族に丁寧に説明し同意を得て実施し、その期間をなるべく短くするように担当者会議において改善事項を分析し、早急に改善を図る努力をチーム全体として取組んでいる。

なお、自己評価では職員が実施状況を把握していないとしており、周知することが望まれる。

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		
A⑥	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・b・c
<コメント> 安全衛生委員会を中心に、環境的なチェックを行い清潔を保っている。廊下なども整備されており自由に散歩できる環境を整えている。 しかし、台所付近に洗濯物などが干してあるユニットもあり、食事を食べる雰囲気に伴わない場所や個浴の脱衣場までいく通路が少し乱雑になっている場面もあり、利用者の状況によってはその環境が心理的な不安や混乱を伴うこともありうるので改善が望まれる。		

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		
A⑦	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・b・c
<コメント> ユニット会議で利用者の状況を確認し、本人の希望を踏まえ個浴もしくは機械浴の選択を行っている。特に、個浴は温泉が出るために個浴の入浴の満足度は高いため、作業療法士の協力も得ながら、跨ぐ力を活かしての入浴介助の技術向上に努めている。		
A⑧	A-3-(1)-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。	a・b・c
<コメント> iPadを使用し、利用者一人ひとりの排泄パターンを集計、分析し、排泄介助を行っている。また、家族に協力を得ながら、リハビリパンツから布パンツに変更するなど利用者の状況に合わせて対応している。		
A⑨	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・b・c
<コメント> 作業療法士を中心に、利用者の状況をアセスメントし適切な移動手段を活用している。ユニット間でもすぐに話し合いながら利用者の歩行状況を確認している。		

なお、食事場面も車椅子から普通の椅子に移る方もいるので、必要な椅子やソファなど食事のテーブル付近にあるとさらに利用者の移動意欲が高まると感じられる。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑩	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・b・c
<コメント> 利用者に年2回嗜好調査を行い、栄養管理委員会にてメニューなどを検討している。その結果を他職種が連携し、食事の検討を行っている。また、夕食はユニットで味噌汁づくりを行い、利用者の食事に関する興味を引くように一緒に調理などを行っている。季節の行事も多数あり、定期的に行い食に関する意欲を高める努力をしている。		
A⑪	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・b・c
<コメント> 利用者個人の機能もアセスメントを行い、食器、スプーンの選択、意欲を高めるランチョンマットの使用など状況に合わせて食事の意識を高める努力をしている。また、食形態もパソコンで情報を共有し状況に応じて食形態を変更している。さらに、食形態が一時的に柔らかい状況になったとしても、身体状況が改善すれば食形態をアップするなど利用者の状況を常に観察している。		
A⑫	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・b・c
<コメント> 2カ月に1回歯科医師、歯科衛生士による往診と口腔ケア指導を受け利用者の口腔状態の衛生を保っている。また、昼食前は口腔体操を行い利用者の口腔機能の維持を目指している。 なお、口腔ケア計画の作成等利用者の状況に応じた取組を行い、利用者の食事に検討することが望まれる。		

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c
<コメント> 褥瘡予防対策委員会を中心に、褥瘡対策の指針が作られている。また、利用者のポジショニング、ベッド上での圧抜きなど褥瘡に関する基本的な技術と褥瘡の方に関してのデータ集計と分析を行い早期の治癒に努めている。 しかし、褥瘡に関する技術や情報は常に変更されていくため、ユニット会議等での情報交換をさらに行うことが望まれる。		

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	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。	a・㊦・c
<コメント> 介護職員等における喀痰吸引研修も数名受講しておりユニットでの整備も行われている。また、夜間も看護師によるオンコール体制ができており介護職員の不安軽減を図っている。 今後、看取りのケースも増えニーズも増えていくと考えられるため定期的な研修を継続的に行うことが望まれる。		

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	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。	㊦・b・c
<コメント> 対象の利用者を決め、日常生活が少しでも自立できるよう作業療法士と情報交換しながら機能訓練を実施する他、現状の維持を念頭に置き介護予防にも取組んでいる。 また、計画書も作成し、担当者会議で他職種と情報交換を行い機能訓練を実施している。さらに、パソコンで情報を管理しており、職員は各ユニットでも計画書を確認できる状況にあり情報共有をしている。		

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・㊦・c
<コメント> 協力医療機関と相談し、専門病院で適切な早期診断してもらえる体制をとり、利用者の認知症の病名を確定し、ケアに取り組もうとしている。また、昔のものや馴染みのものを置くことによって精神的な安定を図る取組が見られる。 今後、リビング等の環境を考えていくことにより利用者同士の関係や安定などの効果が高まっていくと考えられるので自発的興味関心のもてる環境面の工夫が望まれる。		

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	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。	a・㊦・c
<コメント> ユニットの職員が日常のバイタル測定を行い、利用者の変化に気づくことを大切に健康管理にあたっている。また、急変時のマニュアル、夜間帯の看護師のオンコール体制の整備な		

ど急変時の早期対応ができる体制ができている。さらに、協力医療機関との関係も良好で常に相談できる関係を構築している。

なお、薬についての職員研修は行っていないので、全体研修もしくはユニット会議で薬についての学習を実施することが望まれる。

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A18	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・b・c
<コメント> 看取りの指針を定め、利用者、家族に丁寧に説明し同意を得ている。また、看取り期になった時には、協力医療機関よりインフォームドコンセントを家族へしてもらえ体制が整っている。 今後、施設での看取りのケースも増加することを考えると、今も行っている研修をさらに充実させ、職員の死生観をどの様に学んでいくかグリーフケアを大切に行っていくことを期待する。		

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		
A19	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。	a・b・c
<コメント> 家族の面会も7~8割程度あり家族が面会に来やすい関係を築いている。体調の変化や近況報告はその都度行い家族の安心に努めている。また、3ヶ月に1回程度広報誌を発行しホームでの様子を伝えている。さらに、利用者の状況は各部署の職員が連携し家族に同じように説明できるように情報の交換を適切に行っている。		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A20	A-5-(1)-① 安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	a・b・c
<コメント>※訪問介護のみ		