

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 孝の郷	種別：	介護老人福祉施設
代表者氏名：	齋藤 由美子	定員（利用人数）：	70 名
所在地：	福島県伊達市霊山町掛田字明正寺 2 1-1		
TEL：	024-586-1540	ホームページ：	tokushinkai.care/kounosato/index.php
【施設・事業所の概要】			
開設年月日：平成20年 9月 1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 篤心会			
職員数	常勤職員：	48 名	非常勤職員 26 名
専門職員	介護福祉士	35 名	看護師 4 名
	介護支援専門員	1 名	管理栄養士 1 名
	作業療法士	1 名	栄養士 1 名
施設・設備の概要	（居室数）		（設備等）
	個室	70 室	居室・食堂・浴室・洗面設備等 二階建 5284.78 m ²

② 理念・基本方針

理念：入居者個人の想いを尊重し、尊敬の念に包まれた温かい家族的な雰囲気の中で、地域の人々と共に安心した生きがいのある生活を送っていただけるよう、質の良いサービスを提供します。 基本方針：利用者へのサービスの質の一層の向上を図るべく、家庭的な雰囲気を醸成し、利用者の心安らぐ具体的な時空間を形成して参ります。併せて、体系的な職員教育及び地域社会との具体的な連携を図って参ります。
--

③ 施設・事業所の特徴的な取組

キャリアパス制度を導入しており、人事考課の評価結果から足りない部分や必要な部分を個人目標管理シートにて目標を設定し、事業所内外の研修等で新たな知識や技術などを学び、目標達成に向けて取り組んでいる。また、部署ごとにも課題から挙げられた事項について業績目標として設定し、施設全体で組織的に取り組むことでサービス向上、安定した体制を整えている。
--

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年9月5日（契約日） ～ 令和7年 4月25日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時）	2 回（令和元年度）

期)	
----	--

⑤ 第三者評価機関名

NPO 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. 福祉サービスの質の向上への意欲並びに指導力の発揮について

施設長は、各部門と協働のもと福祉サービスに関する課題の把握、改善に向けた取り組みをしている。1日数回各ユニットを巡回し、利用者、職員への細やかな声かけのもと対人支援サービスについて定期的・継続的な評価・分析を行っている。介護計画の立案・見直し等の会議にも参加し、職員の意見を傾聴するとともに「当事者（利用者）の立場」から、業務優先の支援にならないよう指導力を発揮している。

2. 介護手順書に基づく標準的なサービスの提供について

介護サービスの実施方法について介護作業標準区分で手順書を作成しサービスの標準化に努めている。これらの手順書にはプライバシーへの配慮も加えられ利用者に配慮したサービス提供に努めている。また、人事考課「課業等達成度評価」の中で手順書どおりサービス提供ができているか自己評価、上司評価が行われており、手順書の徹底につながる仕組みができている。

3. 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方の支援について

その日の本人の体調や気分に応じた起床や食事、入浴ができるなど、一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう配慮している。また、趣味活動や洗濯物たたみなどの機会を設け、生きがいややりがいを持った生活ができるよう支援している。

◇改善を求められる点

1. 運営の更なる透明性確保に向けたホームページ等の活用について

ホームページには法人定款、財務、行動計画等が掲示されているが、事業所の事業計画や事業報告、苦情・相談内容等については公開されていない。正面玄関に事業計画書・事業報告書ファイルを整備し、来訪者には閲覧できる環境を整えているが、十分な周知・理解促進には至っていない。

今後はホームページ等を活用して、事業所の理念や基本方針、事業報告、財務等に関する情報を広く公開し、運営の更なる透明性の確保への取り組みを期待したい。

2. 利用者が意見を述べやすい体制づくりについて

苦情解決の取り組みが重要事項説明書に記載され、入所時に制度や担当者、第三者委員などを周知している。意見箱も居住スペースがある1階と2階廊下に置いてい

る。苦情委員会は年2回実施され、苦情に至る前の不満やアンケート結果を報告して意見を頂き内容は広報誌で公表している。

しかし、意見箱に意見が入ることはなく、苦情申し立てを受けたこともない。今後意見箱の各ユニットへの設置や職員が利用者の声を代弁するなど、利用者の意見が出やすい環境づくりが望まれる。また、第三者委員の中に元施設長が入っており、利害関係者となりかねないため外部の第三者選定が望まれる。

3. 利用者の権利擁護に関する取り組みについて

毎月1回、高齢者虐待防止委員会を開催して、権利擁護の取り組みを高める取り組みを行っている。また、新採用職員と中堅職員を対象とした権利擁護に関する研修会も開催している。

今後、権利侵害が発生した場合の再発防止策の仕組み等を明記しているマニュアルについて、職員への理解・周知を促進するとともに、尊厳に配慮した接し方や言葉遣いを全職員に徹底できるよう期待したい。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で2回目の受審となります。

外部からの評価を頂くことにより、自施設の状況をしっかりと把握することができました。自分たちが実施している活動内容の利点や弱点、そして改善すべきところを新たな気づきとともに確認できたことは、今後の取り組みへの励みとなります。全ての評価結果を真摯に受け止め、高評価項目はその評価に甘んじることなくさらに努力を重ね、改善すべき項目は施設全体の課題として全職員と共有し、改善に向けて計画的に進めてまいります。

ご家族の皆さまにも、お忙しい中アンケート調査にご協力いただきありがとうございました。

今後も施設の基本理念に則り、福祉サービスの質の向上に努めてまいりますので、ご支援ご協力をよろしくお願い致します。

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（共通評価基準）

※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・b・c
＜コメント＞ ホームページに法人の理念と施設長挨拶のなかで「孝の郷」の名称由来並びに基本姿勢を、事業所広報「孝のたより」では基本理念を掲載(毎号)している。各ユニットには理念と基本方針を職員の行動規範となるように具体的な項目に分割・明示し、周知と理解を図っている。職員のネームプレートに基本理念を記載し、週 1 回の昼礼時に唱和をすることで原点を確認・振り返る機会を持っている。 今後はホームページにも事業所の理念、基本方針を掲載して、広く周知を図ることに加えて日常の業務や行事の場面等を活用して理念の意義を咀嚼して伝えることを期待したい。		

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。	a・b・c
＜コメント＞ 施設長は地域ケア会議や福島県女性施設長の会、特別養護老人ホーム県北支部等との研修会等に定期的に参加し、社会福祉全体の動向や事業所が所在する地域での福祉需要の動向、地域ニーズの変化等について把握・分析を深めている。福祉サービスのコストや利用者の推移、利用率等は毎月の法人内施設長会議で把握・分析している。施設長会議では入所待機者の状況、類似施設の増加確認（競争の激化）、居宅事業所への情報共有化活動の有無など法人・事業所に密着した課題分析を深めている。把握・分析した情報やデータは法人並び		

に事業所の中長期計画や単年度事業計画に反映されている。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 毎月の施設長会議で法人内各施設の事業経営を取り巻く環境と営業状況の把握・分析が行われ、経営課題を明確にし、改善に向けた取り組みが行われている。県による施設監査並びに運営指導、保健所による定期立ち入り検査の内容などについても事業所間で情報を共有・周知を図っている。施設長会議での検討事項等については、事業所内の管理会議を経て、リーダー会議、ユニット会議にて職員に周知し、経営課題の解決や改善等に向けて全職員で取り組んでいる。なお、施設長会議の報告書や関係資料はPCを通して全部署・各ユニットで共有化され、閲覧することができる。		

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。	①・b・c
＜コメント＞ 経営環境と経営状況の把握・分析を踏まえて、令和5年度から令和9年度までの中長期事業計画と令和6年度から令和10年度までの中長期資金収支計画を策定している。理念や基本方針の実現に向けた計画内容（経営ビジョン）として、「利用申込者や稼働率の安定的確保」、「中重度者の受け入れ促進」、「生産性の向上」、「介護職員新卒採用活動の展開」等10項目を掲げ、事業活動・施設整備等・その他の活動による収支計画を示している。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 単年度の事業計画には、中長期計画に示す経営ビジョン10項目に対しての具体的実施計画が明記されている。「生産性の向上」であれば、(1)ICT、介護ロボットによる効率的業務遂行、(2)業務助手制度による役割分担化、(3)業務手順書改善・見直しなど、「介護職員新卒採用活動の展開」であれば、(1)介護助手アルバイト（高校生等）の採用、(2)福祉授業の展開、(3)学校訪問活動の実践、(4)ホームページ、ブログ、インスタグラム発信等、具体的な計画内容が月ごとに示されている。利用稼働率、インスタグラムの更新回数、学校訪問回数等、実施内容に応じて目標を数値化し、定量的な分析が可能となっている。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 事業計画の策定は、前年度の事業目標達成状況や各事業・委員会ごとの実績を踏まえ、職員の参画・理解のもとで組織的に行われている。基本理念、目標、運営方針のもと、事業所全体の事業計画と10項目にわたる重点目標に加えて、事務部門、介護部門、看護部門、相談支援部門等々、部門ごとに具体的な行動方針を定めている。 事業計画は各部署、ユニットに配布するとともに、管理・リーダー会議や昼礼等で職員に周知を図っている。また、事業計画書や事業報告書、他関係資料は、事業所内ネットワークにより、全部署・各ユニットで共有化され、閲覧することができる。		
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・②・c
＜コメント＞ 日常のケア場面での声や行事の感想等、利用者の意見も取り入れた計画策定や、正面玄関に事業計画書並びに事業報告書ファイルを整備し、来訪者には閲覧できる環境を整えているが、十分な周知・理解促進には至っていない。 今後はホームページや広報紙へ事業計画の概要版等を掲載して広く周知を図るとともに利用者には日常のケアや行事場面などをおして、計画の具体的な意義などをかみ砕き説明すると共に家族にも周知することを期待したい。		

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。	①・b・c
＜コメント＞ 福祉サービスの質の向上に向けて日々の業務のなかで問題点や課題を共有し、改善を図るとともに令和元年度には第三者評価を受審し、以降毎年、定められた評価基準に基づく自己評価を実施している。評価結果から導き出された課題等については管理会議、リーダー会議、ユニット会議等で周知、改善に向けた取り組みが行われている。合わせて家族からのアンケート結果や利用者への嗜好調査等から得た意見・知見をサービスの質の向上に反映させている。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 自己評価の結果や各部署・ユニットの年間実績の振り返りなどから導き出された取り組むべき課題や業務目標を設定して計画的な改善策を実施している。単年度事業計画でも部		

門ごとに方針と前年度実績・評価結果を踏まえた具体的な行動計画を示している。また、離職改善計画や職場環境改善計画、介護職員負担軽減計画、サービス改善計画等、単年度では解決できない課題を中長期計画と連動し、明確に文章化している。

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。	①・b・c
<コメント> 施設長は年度はじめのリーダー会議やユニット会議などで事業計画骨子の説明とともに自らの役割や責任を職員に対して表明している。昼礼などでは、社会福祉施設における虐待や様々な不正行為事案の報道記事等も取り上げ、職員とともに考察を深めたり、介護計画の立案・見直し等の会議にも積極的に参加し、事業所の管理運営をリードする立場としての責務を明らかにしている。また、職務分掌表や組織図、業務継続計画（BCP）において有事における施設長の役割と責任について、不在時の権限委任等を含めて明確化されている。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設長は福島県女性施設長の会主催の研究発表会や県社会福祉協議会や老人福祉施設協議会主催の研修会等に定期的に参加し、法令遵守の観点から経営への学びを深めている。また、県・市担当課からの通知等により施設として遵守すべき法令等の情報を得て、運営に活かしている。施設長会議での情報交換や社会保険労務士から関係法令や制度改正などの情報を得て、職員会議で周知している。施設長が講師となって「法令遵守とは？」をテーマに小グループによる双方向の勉強会を実施している。加えて、利害関係者との適正な保持、倫理や法令遵守の徹底に向けて経理規程、職員倫理綱領等を整備して組織全体での取り組みを行っている。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設長は、令和6年度事業目標である「入居者（家族）一人ひとりの個性や意向に十分配慮した質の高い介護サービスの提供」の具現化に向けて、各部門と協働のもと福祉サービスに関する課題を把握し、課題の改善に向けた取り組みを実践している。1日数回各ユ		

ニットを巡回し、利用者、職員への細やかな声かけのもと対人支援サービスの質について定期的・継続的に評価・分析を行っている。介護計画の立案・見直し等の会議にも積極的に参加し、職員の意見を傾聴するとともに「当事者（利用者）の立場」から助言をすることで、業務優先のサービスにならないよう指導力を発揮している。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設長は経営の改善や実効性の向上に向けて、毎月の施設長会議等にて事業所の稼働状況、変動要因、加算取得状況、人件費比率、経費率等々を踏まえ分析を深めている。令和6年度運営方針のひとつ「入居者の人権・人格を尊重し、家庭的な雰囲気の中で、安全で快適なその人らしい生活を送って頂く」ための具体的な検討の場として隔月に「施設をより良くするためのカンファレンス」を開催している。そこでは施設長他、主任クラスの職員が集い、足元の課題から事業所の将来性や継続性、働きやすい職場環境等、広角的視野から組織運営を検討し改善に向けて取り組んでいる。		

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。	①・b・c
<コメント> 法人の安定経営に向けて令和6年度において、職員採用計画、離職改善計画、心の健康づくり計画、職場環境改善計画、介護職員負担軽減計画等を策定し、事業所ごとに具体的な採用計画等が示され、それらに基づいた取り組み行われている。事業所の令和6年度事業目標のひとつにも「職員の離職防止」を掲げ、「職場アンケート結果に基づき、職員満足度の向上につながる職場環境の改善を図る」ために、ICTの活用による職員の負担軽減、残業時間の軽減、非効率な業務の削減等を実践している。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	①・b・c
<コメント> 「人材育成評価制度に関する規程」により、職員の資質向上、法人が求める職員像にふさわしい人材育成等を明確に定め、職員に周知している。職員の多様な働き方に対応するとともに、人材定着のために個人の目標に応じてコースが選択できる「キャリアパス制度」も採用している。職員が今後どのような役割を担いたいのか、そのためにはどのようなスキル・知識・能力を身につけ、資格を取得しなければならないのかなどを「職能資格等級制度」として定め、職員が自らの将来像を描ける総合的な仕組みを構築している。		

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り組んでいる。	①・b・c
<コメント> 施設長は月次の部門ごとの時間外労働データ、有給休暇の取得状況等を定期的に確認する等、職員の就業状況を把握している。職場相談員の配置、相談メモボックスの設置、時間内労働を推進する「定時だヨ!全員終業」の宣言、アニバーサリー休暇(3日間)、職員親睦活動への補助、副業・兼業制度の導入など、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行っている。また、労働安全衛生委員会を中心に職場環境改善アンケートを実施し、課題の把握、改善に努めている。		
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。	①・b・c
<コメント> 法人における将来の経営展望に見合った人材(職員像)を体系的に示し、組織力の強化並びに職員個々の目標達成を支援するキャリアパス制度が導入されている。職能資格等級制度にて、期待する職員像(等級定義)や職能要件、資格要件等が詳細に明記され、職員に周知されている。人事考課の個人目標管理シートを活用して、上司との面談・協議による課題の確認や目標の設定、中間面接、業績・役割評価、成果の確認、処遇への反映等、上司とともに目標を達成できる取り組み体制が整備されている。		
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。	①・b・c
<コメント> 職員研修制度実施要項により、人材育成の方針、研修目的・方針、研修の体系(OJT, OFF-JT, SDS)、研修の推進体系等を定めている。また、「組織階層別に求められる人材」として職能資格等級制度表に基づく人材像(=期待する職員像)を明確に規定している。事業所の令和6年度事業目標のひとつにも「職員の教育・研修計画の策定」を掲げ、キャリアマネージャーを主体に具体的な取り組みと定期的な計画の評価、見直しを行っている。また、法人でも令和6年度から令和10年度までの長期研修計画を策定している。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設内研修、施設外研修の年間計画に基づき、職員一人ひとりに必要な教育・研修の機会が確保され、適切に実施されている。また、キャリアマネージャーが主体となり新人職員研修や中堅職員の知識技術向上の研修会も定期的に行っている。法人内事業所合同での同職種による横断会議での情報交換や課題検討、外部研修会での事例発表、介護福祉士実務者研修の外部講師を務めることによる専門性向上などの機会も確保している。法人では「職場環境改善」「キャリアパス」「スキルアップ」の3部門に分けた長期研修計画(令和6~10年度)を策定している。		

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。	a・b・c
<コメント> 「実習生受入マニュアル」を整備し「施設理念に基づき地域社会との交流を図る目的と社会福祉事業者の育成という社会的要請に応えるため、実習生等の受け入れを行う」旨の基本方針と受入体制（担当者・期間・人数・場所）、受入の手順などを明記している。合わせて「実習の手引き」を作成しており、施設の概要、実習生の心構え、利用者の人権擁護、各種注意事項や実習の1日の流れ等について詳細に説明している。 「実習の手引き」では、介護福祉士、中高生を主たる受入対象としており、今後は社会福祉士、教員養成、看護教育研修等幅広い人材養成に応えられる体制づくりを期待したい。		

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・b・c
<コメント> 理事長はホームページの挨拶のなかで「利用者の人権と想いの尊重」という基本方針を述べ、法人の経営理念も明示している。法人の資金収支計算書、事業活動計算書、貸借対照表、財産目録等の財務内容並びに法人としての行動計画を公開している。一方で、事業所の事業計画や事業報告、予算・決算報告、第三者評価の受審結果、苦情・相談内容等については公開されていない。孝の郷広報「孝のたより」とブログも更新が滞っている。 今後はホームページや広報等を活用して事業所の理念や基本方針、事業報告、財務等に関する情報を広く公開し、運営のさらなる透明性の確保への取り組みを期待したい。		
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・b・c
<コメント> 経理規程により、決算に伴う整理事項や注意事項、会計監査、契約の種別・内容等について詳細に定め、適切な運営に努めている。組織図、職務分掌表により職員の業務分担、権限、責任等を明確にし、職員に周知されている。また、法人事務長兼会計責任者が週2回来訪し、各種規程に沿った業務実施、意思決定の手続き、財務処理、取引・契約等が適切に執行されているかの確認・指導を行い、経営・運営の適正化を図っている。 今後は、更なる公正性と透明性の確保、ガバナンス並びにアカウンタビリティの強化を図るうえでも会計監査人の設置（公認会計士等による会計監査の実施）を期待したい。		

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。	①・b・c
<コメント> 令和6年度事業運営方針のひとつに「地域福祉の拠点として、家族、地域社会と連携を図りながら福祉の向上に努め、地域社会に貢献していく」ことを掲げている。りんどうカフェ（認知症カフェ）や敬老会と秋祭りを利用者・地域の方々と楽しむ「孝の郷文化祭」や「紅葉祭り」などのイベントに加えて、日常的な買い物やドライブなどをおして地域の方々との交流を深めている。また、事業所のエントランスにはカップ麺や菓子類を売店として常設しており、利用者に加え来訪者にも好評を博している。		
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。	①・b・c
<コメント> 「ボランティア受入マニュアル」を整備し「施設理念に基づき地域社会との交流を図る目的と開かれた施設を目指すこと」等を基本方針として示し、受入体制（担当者・期間・人数・場所）、受入の手順などを明記している。合わせて「ボランティア受入規定」を作成し、趣旨や定義、個人情報の保護、活動上の注意事項のほか、ボランティア保険の加入手続きや保険料の負担等を明示し、職員、ボランティア等に周知を図っている。また、学生ボランティア受入のために定期的な学校訪問や出前授業等も行っている。		
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・②・c
<コメント> 施設長は県社会福祉協議会や老人福祉施設協議会主催の研修会への参画、霊山月舘地域ケア会議や福島県女性施設長の会等での活動を通して、地域関係機関・団体との連携を深めている。必要な社会資源の名称・周辺アクセス・併設施設・連絡先等を明記した「孝の郷周辺の散策・社会資源先一覧」を独自に作成するとともに、ボランティアサークル活動一覧表を常備し、職員間で情報を共有している。 今後は、更により良い福祉サービスを提供していくために、関係機関・団体との一層の連携強化と社会資源リストの増補並びに改訂等も期待したい。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組を行っている。	①・b・c

<コメント> 今年度より「りんどうカフェ（認知症カフェ）」を再開し、認知症への理解促進を図るとともに、県警音楽隊演奏会や文化祭、紅葉祭りなどを開催して地域住民との交流の機会を設けて、地域福祉のニーズ把握に努めている。他事業所と災害連携協定を締結しているほか、市から福祉避難所の指定を受けており、受入の実績もある。災害時対応について組織内での情報共有と「防災フェア」では事業所敷地を開放して、起震車体験やAED講習、炊き出し等を含めた合同訓練を地域の方々と共に実施するなど、公益性のある組織としての役割・機能発揮に注力している。		
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・活動を行っている。	a・b・c
<コメント> 令和6年度法人経営ビジョンのひとつに「地域貢献事業の展開」を挙げるとともに事業所運営方針でも「地域社会との連携・福祉向上・地域社会への貢献」を明示している。今年度は地域の方々や福祉関係者約100名を招いて事業所主催のもと「オレンジ・ランプ」の上映会を開催した。また、年に2回事業所周辺の清掃活動への参加、施設菜園で収穫したじゃがいもを霊山町で開催している子ども食堂へ提供する等の活動も行っている。高校への出前講座や地域の方々や家族を招いての「看取りの勉強会」なども開催している。 地域福祉ニーズに基づく公益的な活動を継続的かつ効果的に実施していくために、今後事業計画のなかで具体的に明示されることを期待したい。		

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。	a・b・c
<コメント> 利用者の尊重を盛り込んだ理念を毎週昼礼で唱和し、共有に取り組んでいる。また、理念や倫理綱領については人事考課の中で評価項目となっており、定期的に振り返ることで理解を深める仕組みが設けられている。職員は利用者の意見や要望を吸い上げ対応するよう取り組んでいる。キャリアマネージャーが権利擁護についての研修責任者となり新人、中途採用者に対する研修を行っている。介護部ミーティング、ユニット会議など自由に発言できる雰囲気が作られており、職員から気になることも出しやすく風通し良く機能している。		
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	a・b・c

	提供を行っている。	
<コメント> プライバシーマニュアルがあり入浴、排せつ、着替えなどを行う際の留意事項が示されている。入浴は1対1で取り組み、希望があれば同性介助で対応している。排せつもトイレのドアを閉めるほかカーテンで仕切る等配慮している。職員同士で利用者の話をする場合はスタッフルームで話し合うようにしている。排せつは他人に聞かれないよう誘導するなど他人に気づかれない工夫をしている。		
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。	①・b・c
<コメント> 施設のパンフレットは居宅介護支援事業所に置いているほか、霊山支所に広報誌を置き自由に手に取れるようにしている。また、ホームページで公報するほか定期的にInstagramに定期的に投稿し情報の発信に努めている。利用希望者には見学、ショートを使った入所体験などを行っている。パンフレットなどは法人で見直すこととなっているが制度改正など料金の変更についてはパンフレットに挟む資料を随時作成・変更している。		
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・②・c
<コメント> サービス開始時は相談員がサービスの内容について契約書や重要事項説明書を用いて丁寧に説明している。制度改正時も説明機会を設け理解に努めている。 なお、意思決定が困難な利用者には家族への説明に変えているが、出来るだけ利用者本人の理解を得て入所することが望ましいことから分かりやすいパンフレットや施設での生活状況が分かるよう映像にまとめたビデオの活用等の工夫が望まれる。		
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・③・c
<コメント> 看取り期に家庭での看取りを希望した家族には入所前のケアマネジャーにつないで在宅でサービスの継続性に配慮した対応を行っている。また、他の施設を希望するときは望むリハビリができる施設と一緒に探すほか移行先の関係者とカンファレンスを行うなど寄り添った支援に努めている。 なお、移行に当たっての手順書や引き継ぎ文書が作成されていないので支援の継続性に配慮した手順書や引き継ぎ書を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・④・c

<コメント> 利用者の願いを画用紙に書いてもらい伊達市特産のフルーツをイメージし壁に飾る「フルーツライン」事業を行っている。願いことを書けない利用者の思いは職員が聞いて書いている。外出や墓参り、食べたいものなどの希望が多くそれらに対応している。家族アンケートを年2回行い、分析し対応についても文書で回答している。家族会はコロナ禍以降役員会のみで総会は書面で行っており、行事への協力を頂いている。 なお、利用者に嗜好調査をしており、結果を栄養部でまとめメニューに反映するようにしているが、利用者の参加する機会がないので給食委員会など検討の場に利用者代表の参加が望まれる。		
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・b・c
<コメント> 苦情解決の取り組みが重要事項説明書に記載され、入所時に制度や担当者、第三者委員などを周知している。意見箱も居住スペースがある1階と2階廊下に置いている。苦情委員会は年2回実施され、苦情に至る前の不満やアンケート結果を報告して意見を頂き内容は広報誌で公表している。 しかし、意見箱に意見が入ることはなく、苦情申し立てを受けたこともない。今後意見箱の各ユニットへの設置や職員が利用者の声を代弁するなど利用者の意見が出やすい環境づくりが望まれる。また、第三者委員の中に元施設長が入っており、利害関係者となりかねず外部の第三者の選定が望まれる。		
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・b・c
<コメント> 日頃から相談員やケアマネジャー、施設長が施設内をラウンドし利用者に話かけ、利用者が気軽に思いを出せる環境づくりに努めている。またユニット職員だけではなく他部署職員も声掛けや話を聞くように心がけ、聞き取った情報はユニット間だけではなく施設全体で共有できる環境を整備している。相談できるスペースも確保しプライバシーに配慮した対応が出来るようになっている。 なお、意見箱を廊下に設置しているが、機能していないので、各ユニットに相談したい職員名も記入出来る意見用紙も添えて意見箱を置く等出しやすい雰囲気づくりを進めることが望まれる。		
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・b・c
<コメント> 利用者が要望や意見を出せるよう、ケアマネジャーや施設長が各ユニットを回り、利用者に声をかけ聞き取れる機会を持っている。また、各ユニット職員だけではなく職員全員		

が利用者に話しかけるようにしており、利用者の声を拾い上げる取り組みを徹底し、把握した意見や要望が記録され、パソコンシステム内で情報共有ができています。相談室があり意見を述べやすい環境も確保されている。 なお、利用者に相談方法や相談できる職員を自由に選べることなど分かりやすく説明できる資料の作成や周知が望まれる。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 事故防止委員会を設置し、リスクマネジャーを中心に事故予防対応一覧を整備し職員に注意喚起を行い、リスク回避に努めている。職員の気づきからヒヤリハット事例が多く収集され、時間帯など発生原因を分析し、大きな事故に繋がらないよう対応している。同じヒヤリハットが3回続けば記録ソフトのワイズマンに上がるようになっており職員間で共有できるようになっている。取り組みによって事故は減少傾向にあり、対策の効果が上がっている。		
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。	①・b・c
＜コメント＞ 感染症対策委員会を定期的開催しており、時期に応じた感染症について職員研修を実施している。12月にはインフルエンザやコロナワクチン接種を家族の同意を得て行っている。感染症マニュアル、BCP（事業継続計画）を策定し、シミュレーションで訓練を行い、内容の見直しを行っている。ショートステイでコロナが発生したが計画に基づき対応し、少人数の感染に留まり収束している。		
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行っている。	①・b・c
＜コメント＞ 各種災害に対応した「災害マニュアル」、BCP（事業継続計画）が策定されており、レスキューシートを使った訓練や停電を想定した発電機の運用、夜間想定訓練を事業所全体で実施するほか、各ユニット単位でも訓練を行っている。行政の指導で火山対応マニュアルも作成している。行政と地域避難所の協定を締結し、受け入れ予定の避難者も含めた食料や水の備蓄をしている。		

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。	①・b・c
<コメント> 介護サービスの実施方法について介護作業標準区分で手順書を作成しサービスの標準化に努めている。これらの手順書にはプライバシーへの配慮も加えられ利用者に配慮したサービス提供に努めている。また、人事考課「課業等達成度評価」の中で手順書どおりサービス提供ができているか自己評価、上司評価が行われており、手順書の徹底につながる仕組みができている。		
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。	①・b・c
<コメント> 手順書どおりにサービス提供ができているか課業達成評価で振り返りを行いサービスについて検証を行っている。検証結果を基に法人内各事業所介護長会議の中で各事業所に見直しをする手順書を項目ごと振りわけ分担して見直しを検討し、全手順書の見直しにつなげている。令和5年度に見直しが行われている。		
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・②・c
<コメント> 介護支援専門員が福祉サービス実施計画策定の責任者となり、介護部門、医務部門、栄養部門、リハビリ部門から意見をもらい、サービス計画原案を策定している。それを基に各部門が参加する担当者会議を開催し意見をもらい介護計画を策定している。 なお、アセスメントは居室担当が行っており、導入しているワイズマンソフトで示されている。アセスメント様式では評価や問題の抽出に課題があり、見直しに向けて検討に入っている。アセスメント様式の見直しにより多くの職員の気づきが反映できる介護計画につながることに期待したい。		
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。	①・b・c
<コメント> 月2回担当者会議を開催し、介護計画が利用者の現状にあっているかなどサービス内容についての評価・見直しをしている。介護計画は原則6か月ごと見直ししている。モニタリングは居室担当が行っており、状態変化が見られた時や退院時などには再アセスメントを行い随時計画の見直しをしている。		
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・②・c

<コメント> 日々の介護記録はタブレット端末を使い介護記録としてまとめている。タブレットでケアプラン項目が確認できるようになっており、タブレットにチェックを入れることで記録されるようになっている。特記事項があれば文書で記入している。情報はパソコンとユニットの備えてある申し送りノートで利用者の情報を共有している。記録管理者は施設長になっており、内容をチェックし指導している。 なお、記録の書き方について職員間の統一を図るため、介護長が研修を進めており、より統一が図られることに期待したい。		
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。	①・b・c
<コメント> 文書保存規程があり部署ごと文書保存期間一覧表に基づき保管、廃棄を行っている。保存期間が過ぎた文書の廃棄は職員が焼却場に持ち込み焼却処分をしている。個人情報の保護については入職時に誓約書を取るとともに職員研修を行い理解に努めている。パソコン情報は各部署のキーで管理され漏洩を防止している。利用者や家族にも入所時に相談員が説明し、写真の使用などや名前の表示など確認し、同意を取っている。		

第三者評価結果（内容評価基準）

※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		
A ①	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。	①・b・c
<コメント> 入居カンファレンスには施設長をはじめ、利用者が入居するユニット介護員を含む各部署の職員が出席して本人並びに家族より施設生活での要望等の把握に努めている。利用者一人ひとりの生活のリズムを尊重し、起床時間、食事や入浴等の時間を通常の日課にとられず、柔軟に対応をしている。利用者一人ひとりに合わせて趣味活動や洗濯物畳み等の機会を設け、生きがいややりがいを持った生活ができるよう工夫している。		
A ②	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> （非該当）		
A ③	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> （非該当）		
A ④	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・④・c
<コメント> 言葉が話すことができない方や意思疎通が難しい方へも声掛けを行い、利用者のしぐさ、動作等の情報から思いを汲み取る配慮がなされている。また、利用者と職員が1対1で関わる機会の時に思いや情報等に耳を傾けることができている。 なお、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いについては課題があると捉えており、		

研修等を通じて改善できるよう取り組んでいる。

	第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護	
A ⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組を徹底している。 a・ー・©
<コメント> 毎月1回、高齢者虐待防止委員会を開催して利用者の権利擁護の取り組みの徹底に努めている。新人職員と中堅職員を対象とした権利擁護に関する研修会を開催している。 しかし、権利侵害が発生した場合の再発防止策等を検討し理解・実践する仕組みがマニュアルに明記されているが、職員への周知に努める必要性がある。	

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	
A ⑥	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。 ①・b・c
<コメント> 利用者一人ひとりの居室には自宅で使用していた家具などを持参して頂けることを説明し、家族の写真や本人が作った作品などを飾り、住まいの空間となるように配慮されている。掃除は職員が毎日行い清潔を保っているが、室内のレイアウト等は掃除前と変わらないよう気を付けている。施設内には絵画が飾られており、各ユニットのホールや居室等も空調により適温に保たれている。	

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	
A ⑦	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。 ①・b・c
<コメント> 入浴形態は個浴、リフト浴、機械浴の3種類の中から本人の身体状況や体調を考慮して選定している。入浴する時間帯も午前と午後の中で本人の意向や体調によって変更することができる。また、桜湯、菖蒲湯、薔薇湯、りんご湯、柚子湯といった季節の植物や果物を用いた「季節の湯」を年間通して行うことで季節感を提供している。	
A ⑧	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。 ①・b・c

＜コメント＞ 入居時、または利用者の心身状態に変化があった時には、1週間程度の期間、排泄した時間帯、回数、尿量等を記録し、排泄の傾向の把握に努めている。その上で利用者に合った尿取りパッドや紙おむつ等の排泄用品を選定している。利用者一人ひとりのアイテム表を作成することで、介護員が迷うことなく個々の利用者にあった排泄用品を使用できるようになっている。そのことで尿漏れや着衣の汚染等の不快感の軽減に繋がっている。		
A ⑨	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。	①・b・c
＜コメント＞ 床を這って移動する利用者を車椅子に移乗介助して移動することはせず、本人が望む這って移動することを尊重している。使用している車椅子を変更する場合は、担当介護員、ケアマネジャー、機能訓練指導員等で検討し、本人に合った車椅子等を選定している。毎月1回、車椅子等の点検を行い、修理を要する場合は事故防止対策委員長より業者へ修理を依頼する仕組みができています。		

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A ⑩	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	①・b・c
＜コメント＞ ユニット内のキッチンで食事の支度をする事で調理の匂いや音を感じることができている。おやつセレクトやユニットの行事の時や季節に応じてバイキング形式の食事を提供し、自分が食べたいものを選べる機会を設けている。ユニット単位の食事に関するイベントの時は野菜を切ったり、料理の下ごしらえを一緒に行ったりする取り組みをしている。		
A ⑪	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。	①・b・c
＜コメント＞ 利用者一人ひとりの食事状況を観察し、食事摂取量や残菜を把握し、介護員、機能訓練指導員、管理栄養士、ケアマネジャー等で協議し、本人に合った食事形態で提供している。歯科医師、歯科衛生士と連携し、内視鏡による嚥下検査後の治療計画を基に栄養ケア計画が作成され、栄養ケアマネジメントを行っている。嚥下の評価、食事の姿勢の見直し、口腔ケアの実施により誤嚥性肺炎の発症が減少している。		
A ⑫	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・②・c
＜コメント＞ 月1回の歯科医師の往診と月2回の歯科衛生士の口腔ケア指導を基に利用者一人一人に合った口腔ケア用品を用いて口腔ケアを行っている。 口腔ケアをテーマにした外部研修への職員の派遣はあるものの、職員を対象にした口腔ケアに関する研修が行われていない。毎月来所している歯科医師や歯科衛生士を講師にし		

た研修の開催を検討されたい。

	第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア	
A ⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。 ③・b・c
<コメント> 利用者一人ひとりの心身状態や皮膚状態に応じて3種類のマットレスからより本人に合ったマットレスを使用することで褥瘡予防、皮膚トラブル防止に取り組んでいる。機能訓練指導員が利用者一人一人の体位変換表を作成する。体位変換した状態を写真で表し、全介護員が同じ介助ができるように工夫している。調査時点で褥瘡形成者はいなかった。	

	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	
A ⑭	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。 ③・b・c
<コメント> 喀痰吸引等安全委員会を1ヵ月置きに開催し、喀痰吸引に必要な物品や胃ろう栄養の準備物の確認や喀痰吸引の手技の手順の確認を行っている。夜勤業務に従事する介護員35名中20名が喀痰吸引の研修を修了しており、必ず夜勤者4名の中には喀痰吸引研修修了者を配置している。	

	第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防	
A ⑮	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。 ③・b・c
<コメント> 機能訓練指導員が作成した個別機能訓練計画を基に介護員が個々の利用者に応じた機能訓練や介護予防活動を行っている。通常の移動に車椅子を要する利用者に対して下肢筋力の維持・向上を目的に介護員が歩行訓練を行うこともある。また、ベッド上での体位変換は機能訓練指導員の指導を受けて介護員が行っている。	

	第三者評価結果
--	---------

A-3-(6) 認知症ケア		
A ⑬	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	①・b・c
<コメント> 認知症の周辺症状に起因する帰宅願望や徘徊をする利用者には、本人の行動を受け入れ、職員が付き添って施設内を歩く、別なところに意識を変える働きかけをする等して対応している。主任介護員やキャリアマネージャーが講師となり中堅職員を対象にした認知症について理解を深めるための研修を行い、認知症ケアの質の向上に努めている。		

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A ⑭	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・②・c
<コメント> 協力医療機関の医師が週1回2ユニット約20名の回診を行い、健康状態の把握に努めている。内科以外の診療科の受診や入院を要する場合は、協力医療機関の医師が他の医療機関へ紹介状を手配するなどして迅速な対応が図られている。 職員に対して薬の効果や副作用等に関する研修が行われていない。医師の回診に同行している薬剤師を講師にした研修の開催を検討されたい。		

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑮	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。	①・b・c
<コメント> 終末期を迎えた利用者は静養室等へ移動することなく、入居しているユニットの居室で過ごしている。看取り期にある利用者の面会は家族の意向を尊重している。利用者の死亡診断後のエンゼルケアの際、家族へエンゼルケアの立会いの意向を確認している。終末期ケアに携わった職員等への精神的なケアは上司、看護師等が行っている。		

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		
A ⑯	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。	①・b・c
<コメント>		

個々の利用者の家族等への連絡は生活相談員が窓口になって状況を伝えている。ヒヤリハット報告や受診結果等の報告については、予め家族等の意向を確認し、連絡の過不足が生じないように配慮している。家族会の加入は任意となっているが、入居している全ての家族等が加入している。

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		
A 20	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> (非該当)		