

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：うねめの里	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 矢部真裕美	定員（利用人数）：80（80名）	
所在地：郡山市片平町字妙見館1番地2		
TEL：024-961-8633	ホームページ： https://koriyama-fukushikai.com/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成15年6月20日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 郡山福祉会		
職員数	常勤職員：53名	非常勤職員：13名
専門職員	（専門職の名称） 名 ・介護福祉士 34名 ・介護支援専門員 2名 ・看護師・准看護師 5名 ・作業療法士 1名 ・管理栄養士 2名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	ユニット型個室 80	

②理念・基本方針

<p>【法人の基本理念】 奉仕と平等な人間愛 一人ひとりのいのちの重さは平等であり、かけがえのないいのち、人生に私たちは寄り添い、職員自らの人間性を高め、こころの安らぎと、安心した暮らしを願い、共に信頼し合える関係をめざします。</p> <p>【基本方針】 個人の尊厳を守り、生きがいある暮らしを支え、地域共生をめざします。</p> <p>（1）利用者の人権を尊重し個人の尊厳を守り、利用者がその有する能力に応じ、自律した日常生活を営むことができるように努め、安らかに健やかに和みある温かい雰囲気与生活が送れるよう、快適な生活環境の維持向上と介護サービスの質の向上に努める。</p> <p>（2）利用者のご家族や地域と連携して、社会的な関わりが保てるよう支援し、地域のニーズに対応した施設機能の活用や人材を通して、地域社会に貢献できるように努める。</p> <p>（3）老人福祉法や介護保険法等関連する法令を遵守し、適正な運営を図る。</p> <p>（4）利用者等へ十分な説明と同意に基づく福祉サービスの提供を行い、リスクマネ</p>
--

ジメント体制を構築し、利用者やその家族が安心して利用できるようにする。
(5) 職員が仕事を通じて全人的な成長と達成を実感できる人材育成、職場づくりに取り組む。

③施設・事業所の特徴的な取組

法人の基本理念や基本方針、ケア方針に基づいた「我が家での暮らし」を追求するため、平成30年度に従来型からユニット型にする大規模な改修工事を行い、全室個室化を実現した。

福祉サービスの質の確保については、各種マニュアルの見直しを進めるとともに、マニュアルだけではわかりにくい点を映像にするなど工夫を凝らし、全職員が個人の尊厳を意識した個別的な福祉サービスが提供できるよう努めている。

また、近年は地域との交流や地域貢献にも力を入れており、地域交流室やSNSを活用しながら各種事業に積極的に取り組むとともに、地元の小学校の受け入れにあたっては利用者との交流だけでなく、福祉用具に触れ、介護技術を学ぶ時間を設けるなど次世代育成に向けた取り組みも行っている。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成31年4月24日（契約日）～ 令和2年2月4日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成25年度）

⑤第三者評価機関名

福島県社会福祉協議会

⑥総評

◇特に評価の高い点

〈人として成長し合う職場風土〉

現場サイドによる委員会活動やQC活動は、人として成長し合い、より良い福祉サービスの提供を目指す職場風土に寄与している。職員は現状に満足することなく、利用者の人生に寄り添い、信頼し合える関係を目指して福祉サービスの質の向上に努めており、もっと施設を良くしていきたい、新たなニーズに応えていきたいという活力が職場全体にある。

〈個人の尊厳を尊重するケア〉

利用者の心身の状況やニーズについては、本人はもとより必要な際は家族に対しても丁寧に確認し、それらがケアプランや普段の生活に反映されており、利用者の思いを尊重した「我が家での暮らし」が確保されている。

また、食事、入浴、排せつという人間としての尊厳保持が特に求められる場面においても、個別的に対応することに重きを置いたケアが徹底されている。

◇改善を求められる点

〈組織としての意思決定と進行管理〉

今年度作成した「10ヵ年グランドデザイン(2019年度～2028年度)」は、理事会・評議員会における協議を経て単年度計画に反映し、その実現に向けて着実に取り組んでほしい。特に、その進行管理にあたっては、職員の意見も取り入れられるよう、いつどのような場で何を協議するのか、その計画と体制を明らかにしたうえで進捗状況の確認と実施状況の評価を行い、組織としての手順を踏まえながら見直していくことがガバナンスの強化につながるものと期待する。

〈プロセスを記録に残す〉

各種マニュアルを適宜見直すなど業務改善に努めていることから、今後はその履歴を残しプロセスを明らかにし、また、介護サービス情報公表制度に基づく自己評価においても、どこでどのような議論がされたのか記録に残し、課題を明確にして、その改善に向けて計画的、組織的に取り組んでほしい。

様々な改善への取り組みは結果も重要であるが、そこに至る根拠を踏まえたプロセスも重要である。現状に満足することなく更に良いものを目指すこの職場風土を将来にわたって根づかせるため、職員が意識してPDCAサイクルに取り組める持続可能な体制の整備を期待する。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成25年度に第三者評価を受審してから5年経過し、外部環境の変化や法人内部環境も事業規模並びに本体のユニット化により提供するサービス内容が変化して参りました。このような事から、私たちの提供している福祉サービスの内容を見直す段階となり、まずは現状把握として、第三者評価の受審を今年度の事業計画に組み入れました。そして、受審結果を福祉サービスの更なる質の向上のために、PDCAサイクルにのせて改善に活用していきたいと考えました。

受審の準備は職員が主体的に計画的に取り組み、前回にも増して団結力が生まれ、職員の成長も実感し頼もしく感じております。「職員が財産」という法人の思いを大切に、法人の組織力と計画性を強化し、職員と共に、利用者様の立場に立って、今後も質の高い福祉サービスの提供に努め、利用者様やご家族、そして地域の信頼に応えられるようにPDCAサイクルを継続的に回して、「感謝」「健康」「謙虚」をモットーに精進して参ります。

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

※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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の基本理念及び基本方針等は、ホームページや広報誌に掲載されるとともに、利用者にはわかりやすくファイル（うねめの里へようこそ）としてまとめ、家族に対しては総会等で説明するなど、工夫している。職員に対しては法人研修、理念研修等の機会を通じて周知するとともに、全職員に配布している職員手帳に掲載し、月報により周知状況を確認する仕組みがある。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>法人10か年グランドデザイン策定に当たり実施したSWOT分析の結果や情報収集したデータをもとに、本部会議において法人を取り巻く環境と経営状況を的確に把握している。また、月2回チーフ会議でコストや利用率等の分析を行い、その結果をユニットリーダー会議、ユニット会議を通じて職員に周知している。</p>		
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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>本部会議、チーフ会議、ユニットリーダー会議等で法人を取り巻く環境、コスト分析、利用率を把握、分析をしている。法人10か年グランドデザインに、取り組むべき課題として位置づけられている。</p> <p>今後は、役員間で課題の共有をするとともに事業計画に位置付け、解決・改善に向けて組織として具体的な取り組みを進めることが望まれる。</p>		

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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>法人を取り巻く環境と経営状況を的確に把握した上で具体的な課題を明確にし、平成25年度の長期計画を見直し、2019年度から法人10か年グランドデザインを策定している。</p> <p>今後は、組織的な取組みとして手順を定めた上で、進捗状況や実施状況の評価を計画的に行ってほしい。</p>		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、単なる行事計画ではなく実行可能な具体的な内容となっている。</p> <p>今後は、法人10か年グランドデザインの内容を、理事会・評議員会での協議を経て単年度の事業計画に反映し、達成すべき成果等を具体的に設定し、評価を行うPDCAサイクルにより推進することが望まれる。</p>		
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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>年度当初に、事業計画をチーフ会議で説明し、ユニットリーダー会議、ユニット会議を通じて全職員へ周知するとともに、新入職員研修においても説明する機会をつくっている。また、年間スケジュールに従って担当課ごとに中間評価を行い、その結果をチーフ会議が集約したうえで全体の達成度を確認（今後の見込みの予測も含む）し、次年度の計画につなげる仕組みとなっている。</p>		
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 ・c
<p><コメント></p> <p>事業計画はファイルにとじ込み玄関の休憩スペースに配置している。また、利用者等の行事参加を促す観点からイラストや写真等で説明する工夫もされている。</p> <p>今後は、行事計画だけでなく法人、施設の事業計画のダイジェスト版や図や写真、イラスト等を使う等の工夫をした説明資料を作成し、配置する場所を増やしたり家族会総会で説明するなどの工夫が望まれる。</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

		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
<p><コメント></p> <p>介護情報公表制度による自己評価を年1回、第三者評価を5年ごとに受審する取組みを計画的に行っている。</p> <p>今後は、全職員が全項目について自己評価を行い、ユニットでの協議を踏まえユニットリーダー会議、チーフ会議での分析・評価へと組織的に取組むことが望まれる。その際に一連のプロセスの見える化を図りながらPDCAサイクルにより進めていただきたい。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年度実施している介護サービス情報公表制度に基づく自己評価は、チーフ会議で計画的に取り組んでいるが、実施後の結果の分析、課題の明確化、文書化、職員間での共有、改善計画の立案、取組み、評価が実態として把握できなかった。今回の第三者評価に基づく自己評価についても、実施後に進めた見直しや新たな取組みの結果は書面で確認できたが、組織的に評価、分析して取り組んでいることは確認できなかった。</p> <p>今後は、組織的、計画的にPDCAサイクルに基づいた継続的な取組みとして確立することが望まれる。</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

		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
<p><コメント></p> <p>管理者の役割と責任については、職務分担表、事務決裁規程、消防計画そして災害対策マニュアル（BCP）の中に明記されており、有事における役割と責任や不在時の権限委任等も明確にされている。</p> <p>今後は、広報紙等で管理者の所信表明やチーフ会議や理念研修等の機会を捉えて自らの経営・管理に関する方針や取り組みを明確にすることが望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>税理士や社会保険労務士との契約に基づく助言等を得て、契約の締結等取引業者との適正な関係の保持、適切な労務管理を行うとともに、的確な業務管理体制を整備するため法令遵守規程の整備も進めている。</p> <p>今後は、労働や環境への配慮を含めた幅広い分野について、さらなる情報収集を行い、その成果を職員に周知する機会を設けて欲しい。</p>		

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、チーフ会議、ユニットリーダー会議を通じて、サービスの質向上について職員の意見を把握し、改善に向けた取組みに反映しており、QC活動による改善の取組みは職場に定着している。</p> <p>教育、研修についても、法人主催の研修会や委員会活動としての研修会、勉強会を計画的に開催し、質の向上を図るとともに、研修計画に基づく研修にも積極的に職員を派遣している。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>選ばれる施設づくりと経営の改善や業務の実効性向上に向け、平成30年度ユニット化への大規模改修を行い、ハード面を整備するとともに、職員の働きやすい環境整備やキャリアパスの見直しに取り組んでいる。</p>		

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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>求められる職員像を明確にし、「職員が財産」を基本に育成目標を掲げ、育成・定着に向け取組みを進めている。新入職員の育成に関しては、チューター制度を導入し、明確な目標の達成に向けて定期的な面談、振り返り、レポート等を実施しながら組織的、計画的に育成している。また、職場見学ツアーや職場体験を継続的に実施し、新たな人材確保につなげている。</p> <p>今後は、中・長期及び事業計画に明確に位置づけ、計画に基づいて実施することが望ましい。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>月報面談、賞与考課・面談で把握した職員の意向・意見、評価結果を反映するため、本部会議、チーフ会議で分析し改善策を検討している。また、キャリアパス制度により将来の姿を描くことができる仕組みがある。</p> <p>現在、キャリアパスの定義、職務要件に伴う給与設定等の見直しを進めているが、今後は、明確な評価基準に基づいた専門性、能力、成果、貢献度等を評価できる総合的な人事考課も含めた新たなキャリアパス制度の構築が望まれる。</p>		
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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向の把握に努めるとともに、有休取得や育児中の職員の勤務時間、配置など、本人の希望を確認しながら働きやすい職場づくりに取り組んでいる。</p> <p>今後は、相談窓口を設置し職員に周知のもと、さらに職員が相談しやすい環境づくりが求められる。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>組織として「期待する職員像」を明確にし、月報面談により月ごとの目標管理、業務の成果管理を行っている。</p> <p>今後は、職員一人ひとりが面談を通して中長期及び単年度の目標を設定するとともに、施設がその目標を達成するための育成計画を整備した上で、組織的、客観的に進捗状況の把握と目標の達成度が確認できる仕組みの構築が望まれる。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人の理念を実現するために、期待する職員像を明確に描いている。特に採用活動にあたっては、採用目的、採用要件を明確にしている。また、実習指導や喀痰吸引を担当する職員の育成を計画的に進めており、法人の研修体系に基づいた研修計画が策定され、各委員会、チーム会議、ユニットリーダー会議等で振り返りを行いながら、組織的に内容の見直しが行われている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>法人の研修体系では、職階ごと、テーマ別、経験年数ごとに計画的に研修の機会が設けられている。研修計画以外の外部研修についても、職員に周知し、従事している職務と関連する内容であれば職務命令で参加させている。</p> <p>今後は、職員の自己研鑽意欲を高める意味で、職務外のテーマであっても参加できるように自己啓発援助制度の検討をして欲しい。また、研修結果を職員で共有する仕組みとして、復命書の閲覧だけでなく伝達研修や研修報告会等の機会を設けることが望まれる。</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・c
<p><コメント></p> <p>実習生等の研修を進めるにあたっては、日々の目標管理用シートに「指導指針」が明記されており、実習生は日々確認できるようになっている。マニュアルが整備されているだけでなく、学校側との情報共有、継続的な連携も図られている。7名の実習指導者についても、</p>		

今年度から実施されるフォローアップ研修に2名派遣するなど、指導者の質の向上にも取り組んでいる。

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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>法人のホームページやLINE、広報紙の活用により社会や地域に向け法人理念や様々な活動の情報発信を積極的に行っている。しかし、その内容は現況報告にとどまり事業計画、事業報告、予算及び苦情や相談の体制や内容については確認できなかった。</p> <p>今後は、法人ホームページに事業計画、事業報告、予算と苦情・相談の体制や内容及び改善・対応の状況についても公表することが望まれる。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組を行っている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>経理規程、事務決裁規程、事務分掌、本部職務分掌によりルール、担当者及び職務が明確化され、職員等に周知されている。また、月次の決算については税理士事務所が行っている。</p> <p>今後は、経理規程に定める内部監査や契約を締結している税理士事務所による任意監査を実施し、理事会及び評議員会に報告する等の対応が望まれる。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>事業計画書（法人本部、うめねの里・はるひめ）に、地域とのかかわり方の基本的な考えを明文化している。また、利用者に対してはおでかけマップ、地域の資源等をわかりやすく工夫して提供している。日常的な活動についても、利用者のニーズをもとに柔軟な対応をしている。</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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受け入れの理念を明確にするとともに、地域の学校等への基本姿勢を明文化している。また、ボランティア受入れマニュアルが整備され、流れについてもフロー図によりわかりやすくなっている。受入れに当たっては、オリエンテーションで留意事項等を説明し、ボランティアが安心して活動できるよう支援している。小学校との交流についてもその目的を明確に示し実施している。</p>		

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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>片平地区の事業所や民生委員、行政等と定期的に「片平・花かつみ会」（片平ケア会議）を開催し、情報共有、課題への気づき等、具体的な取組みを協議している。また、「地域の資源」や「地域資源の整理」等の資料を写真やイラスト等で分かりやすく作成し利用者の周知に活用している。</p>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>うねめの里の地域交流室を活用した健康セミナー等を計画的に開催し、施設の専門性を地域に還元している。また、参加者アンケートの意見をもとに、新たに認知症サポータースキルアップ講座や出前でのサポーター養成講座の開催を計画している。また、災害時における福祉避難所開設の協定や地区との防災協定の締結、地域の防災訓練への参加等を進め地域における役割を明確にしなが、計画的な連携強化も図っている。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>YY健康教室、YY健康教室体験型研修、YY体験塾等の公益的な活動により、施設の機能、人材を地域に還元し、かつ参加者等からの相談やアンケートをもとに新たな福祉ニーズの把握に努めている。地域ケア会議として位置づけている「片平・花かつみ会」をはじめ複数の集まりを定期的に開催し、具体的な福祉ニーズの把握にも努めている。</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

		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
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービスの提供について理念等に明示するとともに、倫理綱領や職員行動指針、身体拘束適正化の為の指針を策定し、職員を対象とした理念研修や権利擁護研修を実施している。また、マナー委員会において職員の言動を確認し、状況の把握、評価に努め、必要な指導について検討するなどの対応をしている。</p>		
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。	㉠・b・c

<p><コメント></p> <p>プライバシー保護マニュアル、高齢者虐待対応マニュアル（郡山市発行）に基づき職員の理解を図り、利用者や家族に対しては重要事項説明書により周知している。昨年度、全室個室化改修工事を行い設備面においてもプライバシー保護の工夫を行った。</p>		
<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）を適切に行っている。</p>		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ホームページやパンフレットを分かりやすく作成するよう努めており、広報委員会で適宜見直している。また、利用希望者については見学等の希望に応じており、特に待機者に対しては、年に1度、広報誌や葉書を郵送し、その後の状況確認を行っている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス開始にあたっては、利用者や家族に対し重要事項説明書のほかに「うねめの里へようこそ」を用いて分かりやすく説明するとともに、サービス変更の際はケアプランで説明し利用者や家族の同意を得て書面で残している。また、意思決定が困難な場合は身元引受人による補佐や成年後見制度など利用者の状況に応じて利用を促している。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>これまでの相談内容や支援内容をフェイスシートや引継ぎ票に整理した「退所時相談援助等ファイル」を作成し、次の福祉施設・事業所に引き継いでいる。また、利用者や家族に対しては退去時リーフレットで窓口等を説明するとともに、退所後1か月以内に、相談課職員が退所先を訪問し、その後の様子を確認している。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>昨年度、全室個室化改修工事を完了したことに伴い利用者全員に聞き取りを行った。また、家族会総会を始めとする行事等に職員が出席し意見を汲み取るよう心掛けている。各ユニットにおける行事開催にあたっては、日頃から利用者の希望を聞き取るとともに、カンファレンスに参加を促し意向確認などもしている。</p> <p>今後は計画しているアンケートの実施を含め、利用者満足向上を目的とした仕組みを整え機能させていくことを期待する。</p>		
<p>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。</p>		
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・㉑・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決の体制を整え、分かりやすく説明した資料を作成し利用者に知らせるとともに、</p>		

<p>こころの声ボックスをセミパブリックスペースや玄関に設けるなど申し出やすい工夫をしている。</p> <p>苦情内容は経過記録に残しているものの、利用者や家族等には口頭によるフィードバック、また玄関においたファイルでの公表に留まっているため、今後は苦情対応マニュアルに基づいた報告と公表が望まれる。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者が相談や意見を述べることができる方法や窓口について分かりやすく説明した文書を作成し、各ユニットの談話スペースに設置している。また、複数個所に相談スペースがある他、全室個室化され入浴もマンツーマンとなったことにより、以前より相談や意見を述べやすい環境となっている。</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。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>職員は日頃から利用者の傾聴に努め、意見箱としてこころの声ボックスを設置し、今年度はアンケートを計画しているなど、福祉サービスの質の向上に向け取り組んでいる。</p> <p>今後は、利用者からの意見や要望、提案等への対応について仕組みを確立し、対応マニュアル等を整備することが望まれる。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント委員会が中心となって、事故防止マニュアルを作成し職員に周知しているとともに、リスクマネジメント研修を年1回開催している。また、ひやりはっと報告によって事例の収集に努め、リスクマネジメント委員会においてリスクコントロールに重きをおいた組織的な取組を行っている。</p> <p>今後は、外部からの侵入者への対応等についても具体的な取組を決めておくことを求める。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症対策マニュアルを作成し、感染症発症時対応フローチャートで責任と役割を明確にし職員に周知している。各ユニットで感染症に関する勉強会を実施している他、外部講師を招いて基本となる手洗いやうがい研修なども行っている。感染症が発生した場合は、マニュアルに沿って対応しており、感染症対策委員会においてマニュアルの見直しを行っている。</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組織的に行っている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>消防計画と災害対策マニュアルにおいて、災害時に備えた事前準備・事前対策について明</p>		

記しており、特筆すべきことは利用者情報を関係者に適切に伝えるために作成されたトリアージカード（担送カード）を整備していることである。また、職員の連絡網と備蓄リストを整備し、事業計画に基づいた各種訓練を実施している。

今後は、防災協定書に基づいた合同訓練を行うなど、地元の行政や関係機関・団体と具体的に連携した取り組みを期待する。

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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>各種マニュアルを整備し、特に新人職員は2ヶ月以内に読破チェック表に基づき19種類のマニュアルを勤務時間内に確認している。マニュアルはいつでも閲覧できるよう記録室に保管しているとともに、パソコンには映像資料もあり理解しやすいよう工夫し、年間研修計画に基づいた福祉用具や移乗、排泄等の研修も実施している。また、新人職員の実施方法について、チューター、リーダー、主任によって確認する仕組みがある。</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を確立している。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>それぞれのマニュアルは、各チームによって随時検証され年度末に見直されている。また、それぞれの利用者には、24hシートがあり、必要なサポートと考えられるリスクが明記されている。今後見込まれる福祉機器や福祉用具等は、ユニット会議やチーム会議などで協議され、予算化も含めた組織的な対応ができる仕組みとなっている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画策定の責任者は、利用契約書に介護支援専門員と明記され、実調記録やフェイスシート、ADL表を用いて包括的にアセスメントを実施している。ケアプランの作成にあたっては、本人の意向も確認したうえで多職種が参加するサービス担当者会議で協議され、支援困難ケースは家族の意向も踏まえながらサービス提供に努めている。</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。	a・㉠・c
<p><コメント></p> <p>作成した福祉サービス実施計画は、始め3カ月毎、その後、半年毎にモニタリングを行い、サービス担当者会議で評価、見直しが行われる。福祉サービス実施計画を変更した際はユニットリーダー会議を通じて、緊急の場合は確実に職員に周知する仕組みがある。</p> <p>今後は、組織として福祉サービスの質の向上にむけて課題意識を持ち、積極的な取り組みを求める。</p>		

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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>介護記録ソフトを用いて、職員間に差異が生じないよう利用者の身体・生活状況を記録し、適切にサービスが提供されていることを介護支援専門員が確認している。介護主任が情報を整理し、的確に各担当に届くよう努めており、ユニット会議、ユニットリーダー会議、チーム会議での情報共有にも取り組んでいる。また、介護記録ソフトを活用した情報共有も可能となっている。</p>		
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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>個人情報に関する方針、規程、規則があり、個人情報保護と情報開示の2つの観点から管理体制を整備しようと努めている。</p> <p>今後は、複数の規程や規則の目的やその関連性について再度確認し、職員の周知徹底に努めるとともに、利用者や家族が理解しやすいよう適切に説明することを望む。</p>		

(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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 特に日中の過ごし方については、余暇の聞き取りシートを用いて利用者や家族に確認し、ユニット会議やサービス担当者会議を通じて多職種で把握している。利用者は日常生活の中でテーブルふきや下膳、トマトの世話などの役割や様々なクラブ活動への参加などを通じて生活リズムが整えられ、楽しみをもって過ごすことができるよう工夫している。		
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＞ ※評価外		
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＞ ※評価外		
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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 介護職員が入居者様聞き取り項目シートを用いて、利用者の思いや意向を確認し支援に活かす努力をしている。また、マナー委員会では職場のモラル集を作成し、職員の身だしなみ、不快感を与えない表情・態度・言葉遣いを啓発している。利用者の状況に応じて筆談を取り入れるなど、利用者それぞれの状況に応じたコミュニケーションを工夫している。		
		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。	Ⓐ・c
＜コメント＞		

権利侵害にあたる事例を利用者に周知するとともに、身体拘束廃止についてのマニュアルに基づいた取り組みがなされている。特に緊急やむを得ない場合の身体拘束については手順や実施方法についてフローチャートを作成し、これに基づき取り組んでいる。また、マナー委員会や身体拘束廃止委員会などで検討された内容は日頃の取り組みに生かされ、本人の意思を尊重した着替えや不在者投票の支援などがなされている。

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>環境チームが中心となって、ユニット毎に気温、湿度の確認や換気、照明などの調節がなされ、衛生面にも配慮した環境改善が行われている。また、利用者に合ったテーブルの高さや馴染みの食器や家具が持ち込みできるなど、利用者に配慮された取り組みが行われている。ユニット毎にテーマカラーが設けられ、分かりやすい家庭的な雰囲気となっている。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴マニュアルに加えて利用者毎に入浴手順書があり、リスクと対応方法を明記するとともに、利用者に合わせて湯量、温度を調節している。週2回の入浴にあたっては、事前に全身状態、バイタルを確認し、看護師の指示を得ながら適切に対応している他、ノロウィルス感染者は最後に入浴するなどの配慮を行っている。また、入浴を拒む利用者については状態に合わせた時間帯や日にちに変更するなどして対応している。</p>		
A⑧	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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>排泄委員会が中心となって排せつケアマニュアル、また映像資料を用いて知識技術の習得を図っており、外部講師を招いてオムツの種類や当て方について学ぶ機会も設けている。また、排せつ支援加算計画書の作成を通じ、下剤を使用しない自然な排せつを促す取り組みを行うとともに、尿測を実施して適した排せつ時間、適切な福祉用品の選定を行い個別ケアの充実を図るなど、自立した排せつに向けた改善とその継続に努めている。</p>		
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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>移乗・移乗用福祉用具マニュアルに加えて映像資料も整備し、職員が安全かつ適切に使用</p>		

することができるよう努めるとともに、ユニット会議やサービス担当者会議にて、本人の意向も踏まえた適切な福祉用具について協議し、各ユニット毎に福祉用具使用者リストを作成している。また、作業療法士の助言を得て利用者の心身の状況に合わせた検討・見直しが行われている。

		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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>新しいメニューや旬の食材を取り入れた飽きの来ない献立作りに努め、年に一度嗜好調査を実施している。また、各ユニットでは食事ケアマニュアルに基づき提供されており、月に一度メインの献立2種類から写真で見て選ぶことができるとともに、主食は変更できるようになっている。また、行事食、日曜喫茶、居酒屋などのイベントを取り入れ楽しみながら食事ができるよう工夫している。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月、ユニット会議やサービス担当者会議で嚥下能力を確認し、一人ひとりに合わせた食事形態や3段階のトロミの量について食事一覧表に整理している。福祉用具の活用や食べやすい大きさ、形に配慮し自分で食事ができるよう支援するとともに、誤嚥、窒息等の食事時の事故発生に備えてマニュアルを整備している。また、一人ひとりに栄養ケア計画があり、これに基づいた栄養ケアマネジメントがなされている。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の居室にある洗面台で口腔ケアに取り組めるよう配慮されており、職員に対してはケア向上委員会における勉強会を通じて学ぶ機会が設けられている。栄養ケア計画の中に口腔ケアに関する項目があり、歯科医師の指示を受けながら取り組んでいる。また、口腔ケアマニュアルに基づき、口腔ケア及び口腔内を確認している。</p>		

		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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>褥瘡対策マニュアルは職員全員に配布され、ユニット毎に勉強会を行っている。看護職員、管理栄養士、介護支援専門員等が参加する褥瘡対策委員会を毎月開催し、予防策をはじめ治療内容・経過、ケア方法についても協議している。また、月に1度皮膚科医が往診し治療に向けたケアが行なわれているとともに、食事面から予防するため管理栄養士は、食事の摂取</p>		

状況を確認している。

		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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>登録喀痰吸引等業務方法書、業務手順書により目的や役割分担、実施方法について明確にし、個別の計画として喀痰吸引等業務計画書が作成され医師の指示のもと適切に行われている。医療的ケア安全委員会において安全管理体制が整備され、利用者や家族に説明し同意を得た上で実施している。また、職員研修については計画的に行われ実施体制の充実に努めている。</p>		

		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
<p><コメント></p> <p>利用者の身体状況を確認するアセスメント結果を多職種で共有し残存機能と課題を整理して、利用者と家族の意向を確認しながら機能訓練基本計画に反映し、作業療法士の助言・指導を受けながら見直し、評価を行ない、再計画している。また、認知症状については、集団レクリエーションを通じて認知機能やADLの評価を行い、日頃の関わりのなかで行動の変化を介護・看護職等の関係職種で共有し、状態によっては医師に報告している。</p>		

		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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>入所前情報を基に日常生活能力や機能、生活歴についてアセスメントし、職員は受容的な対応をとり安心してその方らしく過ごしていただけるよう支援している。認知症の最新情報・知識が得られるようケア向上委員会において勉強会を開催するとともに、外部研修にも積極的に参加し、一人ひとりの症状に合わせ、あたり前の暮らしが継続できるよう関係職員の連携のもと取り組まれている。</p>		

		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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p>		

緊急時対応マニュアルに対応手順、医師・医療機関との連携体制を明示し、日々のバイタル測定や状態観察を記録、個別に異常値を設定することで早期発見の工夫をしている。薬の効果等については、各ユニットに薬剤情報提供文書を保管するとともに、看護師がパソコンに入力することで閲覧可能となっており、高齢者に関する健康管理や病気についてはターミナル研修の中で取り上げている。また、服薬管理マニュアルに基づき服薬管理・確認をしているが、誤薬があった際は医師の指示のもと対応している。

		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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>終末期を迎えた場合は、看取りマニュアルや看取り介護手順に基づき、医師・医療機関と連絡しながら対応している。利用者には、入所時に看取りに関する指針を説明し同意を得た後、年に1度「意思確認書」をもって確認するとともに、終末期を迎えると家族は医師の面談後に希望する場合は看取り介護について同意する。看取り後は振り返りとして関わった職員によるカンファレンスを行うとともに、心のケアに関してはリーダーや主任を中心に行い、必要に応じて看護師も協力している。</p>		

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>何らかの事情により家族による面会が少ない場合も、月に一度は相談課より報告の機会を作るとともに、連絡ファイルを作り必ず連絡がつくよう工夫している。行事への誘いや誕生日企画など家族ができる限り参加できるような取り組みを行う他、日頃の利用者の様子を写真に収め、個々に設定したパスワードで家族が閲覧できるようにしており、これらの写真は退去の際、家族にお渡ししている。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>※評価外</p>		