（公表用）

岩手県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

社会福祉法人　岩手県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

施設名称:特別養護老人ホームりんどう苑		種別:高齢
代表者（職名）氏名:　施設長　種市　月子		定員・利用人数:　　58名・58名
所在地:　岩手県八幡平市丑山口27番地５		
TEL:　0195-73-2855		ホームページ:　http://www.ashirokai.jp/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日:　平成４年４月９日		
経営法人・設置主体（法人名・理事長名等）:社会福祉法人　安代会　理事長　宇土沢孝男		
職員数	常勤職員:　32　名	非常勤職員:　7　名
専門職員	（専門職の名称:　名）	
	施設長　1名	介護職員　2名
	事務員　3名	看護職員　1名
	生活相談員　1名	用務員　4名
	介護支援専門員　1名	
	介護職員　２１名	
	看護職員　4名	
	栄養士　1名	
施設・設備の概要	（居室名・定員:　室）	（設備等）
	４人部屋　12室	特浴装置　３台
	２人部屋　６室	スプリンクラー設備
	個室　６室	電動介護用ベッド
		ナースコール

③　理念・基本方針

【理念】

社会福祉法人安代会は良質なサービスを提供する「力」を養い、利用者の尊厳を守ることはもとより、地域福祉の向上に貢献します。

【基本方針】

一　体　力　　法人も各事業所も、そこに働く者皆が体力を培う。
一　知　力　　知恵を出し合い、創意工夫し、常に知識・技術の習得に努める。
一　気　力　　どんな難関にも耐える精神力、気魂を醸成する。
一　協　力　　地域並びに関係機関の理解を得て、互いに尊敬し公共性を重んじる。
一　人　力　　仕事の尊厳と責任を自覚し、心身ともに誠意を持って努める。

④　施設・事業所の特徴的な取組（サービス内容）

・利用者の一番の楽しみである食事は、ソフト食のほか軟菜食を取り入れ、嚥下障害や摂食障害のある方へ安心できる食事提供を行っている。
・今年度は利用者の自立支援に取り組むため、全国老人福祉施設協議会主催の介護力向上講習会に参加し、技術、知識の習得に努めている。
・従来型施設においてはあまり例のない「２４Ｈシート」の導入を検討しており、個別ケアの実践に向けた取り組みを行っている。
・ふれあい交流会、夏祭り、敬老会、忘年会など家族との交流の機会を季節ごとに企画することや、利用者の誕生日には、家族から「誕生日メッセージ」を作成していただき、誕生会で披露するなど、家族とのつながりを大切にしている。

⑤　第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 5 月 27 日（契約日）　～ 平成 28 年 3 月 16 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	１回目

⑥総評

◇ 特に評価の高い点
○　経営環境と経営状況の把握・分析による経営課題の明確化と、具体的な取組
外部環境、内部環境の現状分析から、経営課題を抽出し具体的な取組を進めている。中長期計画でこれらの課題を示しながら、その課題解決のために、5 年後の姿（ビジョン）を掲げ職員一丸となって取り組んでいることは評価できる。また、経営会議や、中長期計画策定会議において、法人の経営についての課題の共有や重点項目の策定等にあたっている。

◇ 改善が求められる点
○　地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組
介護保険運営協議会を通してニーズ把握に努めてはいるものの、施設として地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。ヒアリングでは、今後義務化が予定される社会福祉法人の社会貢献（公益）活動にも前向きに取り組もうと計画・検討されていることが窺われた。今後、地域ニーズを把握しながら、公益的な事業・活動を実践していただきたい。

⑦第三者評価結果に対する事業者のコメント

100 ページ以上にわたる基準ガイドライン、ページ数にも圧倒されましたが、問われるＱＯＬの高い壁に驚いた職員も多かったかもしれません。
「義務じゃないならやらないほうがいいじゃないか。」確かにそう思う人がいても不思議なことではありません。なぜなら「普段の仕事で精一杯なのに、これ以上の負担が圧しかかってしまう」などと、不安を抱く職員いました。そのため動き出した当初は不満もよく耳にしたものです。
しかし、なぜ利用者のためにやることなのに、そもそも不満がでるのか考えてみました。
それは「ベクトル」があっていなかったからだと思います。
第三者評価の目的は”サービスの質の向上”ですが、受審を終えて一番感じたことは「ベクトル合わせ」の重要性です。ビジョン、目標づくりは大切です。チームの目標が見えていないと、

組織風土の低迷、個人のモチベーション、サービスの低下など良いことはひとつもありません。なかには足をひっぱる人、立ち振る舞いだけを気にする人が現れるかもしれません。一方で全員が目標をもち、小さなカイゼンを地道に積み重ねる組織、コミュニケーションが円滑な職場はなんとも心地の良いものだと思います。

介護の現場は理論と実践が大切です。「理論は人を大きくし、実践は人を磨く」と言います。「仕事＝熱意×能力×正しい考え方」という方程式が世の中にあるように、仕事の成果が０でもなく、マイナスでもなく、「プラス」の結果を生み出す仕組みづくり、そして「ベクトルを合わせる」という仕組みづくりにはこの第三者評価が非常に有効だったと思います。

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【りんどう苑】

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・周知されている。		第三者評価結果
1	Ⅰ-1-(1)-① 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a

評価者コメント1
法人（福祉施設・事業所）の理念、基本方針が適切に明文化されており、職員、利用者等への周知が図られている。
法人としての使命（ミッション）・役割が示されている。職員に対しては、朝礼等での唱和や各種会議等で理念等の浸透を図っていることが確認された。また、ホームページや広報誌にも掲載する等、細部にわたって理念が浸透する仕組みが構築されていることが確認された。

Ⅰ-2 経営状況の把握

Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		第三者評価結果
2	Ⅰ-2-(1)-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。	a

評価者コメント2
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。
法人を取り巻く経営環境については、外部環境と内部環境の視点から現状を把握し分析されている。中長期計画では、今後の介護保険制度の動向や八幡平市高齢者福祉計画等から、利用者推計を把握しそれを基に経営状況をシミュレーションしていることが確認された。

3	Ⅰ-1-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。	a

評価者コメント3
経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。
外部環境、内部環境の現状分析から、経営課題を抽出し具体的な取組を進めている。中長期計画でこれらの課題を示しながら、その課題解決のために、5年後の姿（ビジョン）を掲げ職員一丸となって取り組んでいることは評価できる。また、経営会議や、中長期計画策定会議において、法人の経営についての課題の共有や重点項目の策定等にあたっていることも確認できた。

Ⅰ-3 事業計画の策定

Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		第三者評価結果
4	Ⅰ-3-(1)-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。	a

評価者コメント4
経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。
法人経営戦略の要である中長期ビジョンにおいて、事業計画と収支計画を明確に策定している。積立金の使途・目的や訪問介護事業の継続に係る収支の検討や「ふれあいセンター」における新サービスを検討していることなど、前向きに取り組んでいることが確認された。

5	Ⅰ-3-(1)-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。	a

評価者コメント5
単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。
確認書面とヒアリングから、単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されていることが確認された。事業計画の実施状況については、毎年項目ごとに評価し、課題については改善策を検討し次年度に反映させている。

Ⅰ-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		第三者評価結果
6	Ⅰ-3-(2)-①事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
評価者コメント6 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。 「職員提案制度」により、職員から経営改善に向けた意見を集約し事業計画に落とし込むなど、事業計画が組織的に行われている。事業の把握や評価・見直しも組織的に行われていることを確認した。各部門での自己評価、事業計画案の検討(全員参加)・予算調書及び事業計画を作成すること等が職員理解へとつながっている。		
7	Ⅰ-3-(2)-② 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
評価者コメント7 事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すための取組が十分ではない。 家族総会等において、事業計画を分かりやすく編集したスライドを用いて説明している。、ホームページへの掲載、館内掲示、広報誌への掲載も行っているが、事業計画を利用者等に配布していない。各種行事や面会の機会を通して、事業計画の配布・説明・理解を得ることは課題である。		

Ⅰ-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

Ⅰ-4-(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。		第三者評価結果
8	Ⅰ-4-(1)-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。	a
評価者コメント8 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。 平成26年4月に立ち上げた「サービス向上委員会」において、業務改善や利用者の顧客満足度の向上を図るための取組を行っている。他職種による自己評価を実施しながらデミングサイクル(PDCA)を回しながら満足度向上上の取組を図っている。		
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。	b
評価者コメント9 評価結果を分析し、組織として取組むべき課題を明確にしているが、改善策や改善実施計画を立て実施するまでには至っていない。 自己評価表を用いながら、具体的な課題を明確にしているが、一方、「権利擁護規定」等、改善策や改善計画を実行できない項目がある。		

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		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		第三者評価結果
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
評価者コメント10 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。 人事考課時(年2回実施)や年度末懇談において、職員に対して自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるように前向きに取り組んでいる。経営会議においても、意思統一を図るよう努めている。管理者は、福祉サービスの向上に前向きに取り組んでいる。		
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。	b
評価者コメント11 管理者は、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。 管理者は職員が遵守すべき関係法令について、経営会議を通じて適切に職員への周知に努めている。しかし、どの程度浸透しているかは定かでない。施設において遵守すべき法令等は多岐にわたるが、マニュアル等において体系化を図るとともに、理解を深めるためのシステム(仕組み)の構築を望みたい。		

Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		第三者評価結果
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。	b

評価者コメント12
管理者は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織としての取組に指導力を発揮しているが、十分ではない。
ヒアリングにおいて、管理者は自ら提供する福祉サービスの質向上に真摯に取り組んでいることが伺えた。管理者の考える質の向上とは、「利用者の穏やかな時間が増えていくことと比例」するもので「一瞬一瞬を笑顔につながること」だと定義している。今後、サービス委員会の機能を活かし、直接サービスに当たる職員の意見も反映するよう議論していただきたい。

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。	b

評価者コメント13
管理者は、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が、十分ではない。
経営会議（毎月開催）において、経営情報を提供し幹部職員との認識共有を図っている。また、各種委員会に属し職員が効果的・効率的な業務遂行をするために、指導助言を行うなど、マネジメントの面でもリーダーシップを発揮している。管理者に対しては、今後も、経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、人事、労務、財務等を踏まえた分析の取組を期待したい。

Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成

Ⅱ-2-(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。		第三者評価結果
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が確立し、取組が実施されている。	b

評価者コメント14
組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しているが、それにもとづいた取組が十分ではない。
当該法人の経営理念や基本方針、中長期計画に従い、組織を維持・機能させるために必要な人員について、障害者雇用も含め検討しているが、それらにもとづいた取組が十分ではない。職員・福祉専門職の配置等、将来の事業計画を見据えて必要な人材や人員体制の具体的計画について早急に着手願いたい。

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a

評価者コメント15
総合的な人事管理を実施している。
総合的な人事管理に関する取組が十分であることが確認された。たとえば、人事考課時の面談の際には、業務管理・評価管理シートを使用しながら、施設が期待する職員像を具体的に示している。また、個別面談では、職員自身がキャリアパスを描けるよう、職員の意向や希望を確認する機会としている。以上のように、サービスの質向上に必要な人事管理体制が整備されている。

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		第三者評価結果
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

評価者コメント16
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、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。
職員の就業状況や意向をしっかり把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいることが確認された。施設には、「介護職員雇用管理責任者」を設置し、介護職員の雇用改善や相談について明確にしている。衛生委員会は、定期的に職員満足度調査（ES）を実施して改善策を実施している。また、有給休暇の取得率、時間外労働データの把握と課題を抽出している。ワークライフバランスに配慮した取組を行っている。「次世代育成支援対策推進法」に基づき「一般行動計画」を策定し、「くるみん認定」を受ける行動計画を実施している。福利厚生については、「福利厚生センター」への加入や、「全国中小企業団体中央会業務災害補償制度」に加入しいる。以上のように、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。

Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		第三者評価結果
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。	b

評価者コメント17
職員一人ひとりの育成に向けた目標管理が行われているが、十分ではない。
人事考課制度の方式も改良を加えており、業務管理シートを加え、人材育成や能力開発につなげていくよう取り組んでいる。なお、目標管理は、職員のモチベーションと密接に関わるので、施設の希望と本人の希望を調整しながら、長期的に実現したい結果は何かについて検討する必要があると思われる。

18	Ⅱ-2-(3)-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。	b

評価者コメント18
組織として職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定されているが、内容や教育・研修の実施が十分ではない。
職員の教育・研修に関する基本方針や計画については、中長期計画書、職場研修実施要綱、職員研修計画書の書面により、策定されていることが確認できた。また、キャリアパス基準では、職責や経験に応じて目指すべき資格を明示している。研修も能力開発制度の一環として階層別研修を実施している。しかし、研修の内容等の評価や効果などの検証が見られない。

19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b

評価者コメント19
職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、参加等が十分ではない。
新任職員に対するOJTについては、中堅職員による1年間の「チューター制度」による指導体制を図っている。介護福祉士や社会福祉士等の国家資格取得を積極的に行っている。しかし、組織として、職員一人ひとりについて、職員の経験や技能等、個別性を考慮した研修が求められる。また、新任職員以外の職員のOJTが手薄であり今後の課題である。

Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		第三者評価結果
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。	b

評価者コメント20
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てはいるが、効果的な育成プログラムを用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。
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てはいるが、効果的な育成プログラムが用意されていないなど、積極的な取組には至っていない。現状では、養成学校が提示したカリキュラムをベースにした内容になっている。実習生の受け入れにあたっては、専門職の研修・育成であることを意識し実習生の目的に沿った質の高いプログラムの提供を望みたい。

Ⅱ-3 運営の透明性の確保

Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		第三者評価結果
21	Ⅱ-3-(1)-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。	a

評価者コメント21
福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。
ヒアリングや確認書面から、福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開していことが確認された。情報公開規定に基づき、事業計画、決算書、苦情対応状況等を公開している。広報誌は、安代地区に全戸配布するなど、情報発信をしている。

22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a

評価者コメント22
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。
「外部会計監査報告書」やヒアリングから、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ことを確認した。外部会計監査の指導、指摘事項は理事会へ報告するなど、経営改善を実施している。

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		第三者評価結果
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。	b

評価者コメント23
利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているが、十分ではない。
「中長期計画書」において、地域との関係・交流を支援することを謳っており、地域行事や地元中学校のイベントに参加するなど利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを行っているものの、十分ではない。利用者と地域住民という関係性の中での交流機会の創出は今後の課題である。地域密着とは、施設で暮らす利用者と地域住民が密着（交流）することだと考える。

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

評価者コメント24
ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。
「ボランティア受け入れ規定」「ボランティア受け入れマニュアル」「出前講座報告書」等により、ボランティア等の受入れに対する基本姿勢が明示されており、受入れについての体制が整備されている。小学校・中学校の児童生徒のボランティア養成教育を積極的に取り組んでいる。ボランティアの受け入れは、外部の目が入ることでのサービスの質向上が期待されるところであり、その点からも今後も積極的に行ってほしい。

Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		第三者評価結果
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が適切に行われている。	b

評価者コメント25
利用者によりよい福祉サービスを提供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把握しているが、その関係機関等との連携が十分ではない。
介護保険運営協議会、福祉教育推進委員会等の機会を通してネットワーク化を図っている。上記、着眼点に示されているように関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握しているものの、その関係機関等との連携が十分ではない。関係機関・団体への諸会議であがった課題については職員間で共有されておらず、また解決に向けた具体的な取組も行っていない。関係機関との「連携」とは何か、「どうあるべきか」についても議論してほしい。

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		第三者評価結果
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

評価者コメント26
福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、十分ではない。
りんどう苑夏祭りには、大勢の地域住民が来場し地域の夏の風物詩となっている。また、災害時の福祉避難所としての機能も有する等、福祉施設・事業所が有する機能を、地域に開放・提供する取組を行っているが、より積極的、能動的にという意味で支援や取組は必ずしも十分ではない。地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等の開催や、地域住民のためのサークル活動等、地域ニーズに応じ住民が自由に参加できる多様な支援活動を具体的に検討、実施願いたい。

27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c

評価者コメント27
地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。
介護保険運営協議会を通してニーズ把握に努めてはいるものの、施設として地域の具体的な福祉ニーズを把握するための取組を行っていない。ヒアリングで゜は、今後義務化が予定される社会福祉法人の社会貢献（公益）活動にも前向きに取り組もうと計画・検討されていることが窺われた。今後、地域ニーズを把握しながら、公益的な事業・活動を実践していただきたい。

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

III-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。	第三者評価結果
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**

評価者コメント28
利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示されているが、組織内で共通の理解を持つための取組は行っていない。
利用者を尊重したサービス提供の姿勢は、法人の事業方針や施設の単年度事業計画(基本方針)に明示され、福祉サービスの標準的な実施方法に反映されている。職員は「人権擁護自己評価表」により定期的にチェックし、人権に関する自己啓発に努めているとともに、外部講師による「人権擁護研修会」の実施や、研修委員会が中心となって法人の理念浸透から倫理綱領の作成を目的として、グループワークによる法人内研修会を開催して意識付けを図っている。今後、「倫理綱領」の策定に期待したい。

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が行われている。	**b**

評価者コメント29
利用者のプライバシー保護等の権利擁護に関する規程・マニュアルを整備しているが、利用者のプライバシーと権利擁護に配慮した福祉サービスの提供が十分ではない。
利用者の全居室入口のカーテン設置に加え、今年度新規にドアを整備している。更に、次年度以降は多床室に間仕切りを検討する等環境面でのプライバシー保護に努めている。業務サービス場面毎のマニュアル(排泄、入浴、清拭等)が作成され、プライバシー保護に関する留意点が記載されている。なお、「身体拘束廃止マニュアル」も作成されているが、、マニュアルに基づいた職員研修会は十分に行われていない。利用者の権利擁護やプライバシーに配慮したサービス提供を行うために職員に周知するための取組が望まれる。

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)が適切に行われている。	第三者評価結果
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**

評価者コメント30
利用希望者が福祉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。
りんどう苑のホームページを開設し、基本理念や基本方針、サービス内容、日常の生活等についてカットを利用する等、わかりやすい内容で施設の状況を公開している。また、市役所で作成し、市内全戸に配布される「ガイドブック」に施設のサービス内容を掲載したり、定期的に作成する広報誌「あしろ乙女」を地区内全戸に配布する等、広く情報を提供している。利用希望者に対してはパンフレット等により丁寧な説明を行い、見学にも対応している。

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。	**b**

評価者コメント31
福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、十分ではない。
サービスの開始にあたり、サービス内容や利用料金を記載した「介護老人福祉施設重要事項説明書」により説明を行い、利用者及び家族の同意を得て「介護老人福祉施設契約書」で契約を締結している。契約締結にあたり、意思決定が困難な場合には家族・代理人により契約を交わしている。成年後見制度の利用は現在までに対象者はいないが、状況により対応が可能とされている。法の改正等に伴う変更時は、家族会に於いて説明し、同意を得て新たに契約している。なお、重要事項説明書は、利用者・家族に理解しやすいように工夫した内容であることが望まれる。

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。	**c**

評価者コメント32
福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・家庭への意向等にあたり福祉サービスの継続性に配慮していない。
利用者が入院した場合は「看護サマリ」を発行して医療面での継続・引き継ぎに配慮している。施設の特性から、他施設への移行や家庭への復帰は例がないものの、今後、少ない例も想定して退所後の相談窓口や担当者を定め、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書(介護サマリ等)を準備し、利用者や家族に対して説明する体制の整備が求められる。

III-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。	第三者評価結果
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。	**b**

評価者コメント33
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把握しているが、その向上に向けた取り組みが十分ではない。
利用者の福祉サービス満足を把握するために、生活相談員が中心となり、定期的に(年1回)施設利用者・家族へのアンケート調査を実施している。文書での回答が困難な利用者のために、職員は個々に丁寧な聞き取りを行い、26年度は90%超の回答を得ている。調査結果を集計し、主にケアプラン会議で検討され、家族会議で報告するとともに広報等で公表している。さらに、調査結果を分析・検討するための会議の場を設け、可能な限り利用者等の参加を得て行われることが望まれる。

III-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	第三者評価結果
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。	b

評価者コメント34
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が、十分に機能していない。
法人で定めた「苦情対応規程」に基づいて苦情解決の体制を整備している。更に、苦情受け付けから解決に向けて「苦情相談対応マニュアル」を作成している。苦情解決の仕組みや責任者、受付担当者、第三者委員名を玄関に掲示するとともに、入所時に利用者等に説明して理解に努めている。また、玄関に「苦情受付箱」を設置したり、無記名のアンケート調査を実施するなど、苦情相談等を申し出やすいように配慮している。しかし、苦情内容や解決結果を広報誌やホームページに掲載しているが、利用者等へのフィードバックや苦情・相談内容の分別の取組について更なる検討が望まれる。

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。	b

評価者コメント35
利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択出来る環境が整備されているが、そのことを利用者に伝えるための取り組みが十分ではない。
利用者等が相談したり意見を述べたい時の方法や相談相手を選択出来る環境は、「苦情受付箱」の設置や相談窓口、アンケート調査の実施、家族会での意見聴取等、前項Ⅲ-1-（4）ー①の苦情解決の仕組みと一体的に運用している。今後、苦情に限定するものではない相談・意見や提案について、利用者等との話し合いの機会を持つなど、日常的な取組や職員以外の相談窓口及び複数の相談方法、相談相手を提示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。	c

評価者コメント36
利用者からの相談や意見の把握、対応が十分ではない。
利用者からの意見や要望・提案への対応は、苦情解決の仕組みと一体的に運用している。今後、苦情に限定されるものではない相談・意見や要望、提案を受けた後の迅速に対応するための手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への結果説明、公表の方法等、具体的に記載されたマニュアルの作成が求められる。

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が行われている。	第三者評価結果
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が構築されている。	a

評価者コメント37
リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安全と安心を脅かす事例の収集と要因の分析と対応の検討・実施が適切に行われている。
法人が定める「事故発生防止対応指針」に基づき、委員会を設置し、責任者（委員長）を配置する等、リスクに対する体制を整備している。委員会を毎月開催し、定められて様式に従い、「事故速報報告書」・「ヒヤリハット速報報告書」を収集し、要因の分析と対応について検討している。申し送りやミニカンファレンスを通して職員間で事例の情報を共有したり、職員を講師として「リスクマネジメント研修」を開催する等、事故の再発防止に努めている。

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。	a

評価者コメント38
感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保のついて組織として体制を整備し、取組を行っている。
法人が定める「感染症又は食中毒の予防及び蔓延防止のための指針」に基づいて、責任者（施設長）が配置され、委員会を設置している。「感染症対策マニュアル」が作成され、感染症が発生した場合は、看護師が中心になり、マニュアルに基づいて速やかに対応している。新採用職員はもとより、全職員を対象として感染症に関するマニュアルを基に勉強会の実施や、外部講師による研修会を開催している。また、インフルエンザの流行前に職員・利用者が予防接種を行うこと、各種感染症の動向等、情報を共有して外部からの感染の予防に努めている。

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積極的に行っている。	a

評価者コメント39
地震、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。
法人が定めた防災管理規程に基づき、防災マニュアルを作成し、防災に対応する体制が整備されている。マニュアルは、火災、震災、風水害等、立地条件から、想定される災害毎の対応が明記されている。総合防災訓練には消防署員、地域住民等の協力を得て年2回実施する外、月に1回マニュアルに基づいた訓練（メール連絡網による安否確認訓練や非常食の炊き出し訓練等）を行い、防災に関する職員の意識向上に繋げている。

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(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。		第三者評価結果
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が文書化され福祉サービスが提供されている。	b

評価者コメント40
提供する福祉サービスについて、標準的な実施方法が文書化され、それにもとづいた福祉サービスが実施が十分ではない。
利用者の日常生活における一般的なサービス提供のために「業務マニュアル」が整備されている。マニュアルは、サービス場面毎（入浴・食事・排泄等、）の実施方法はプライバシー保護や人権に配慮した内容となっている。しかし、「業務マニュアル」の職員の周知については、新規採用時研修や申し送りで行われている。組織で統一したサービスを提供するために、介護職員を対象にした勉強会を開催する等、周知の方策を検討することを期待したい。

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が確立している。	b

評価者コメント41
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ているが、検証・見直しが十分ではない。
利用者個々のケアプランの内容に変化が生じた場合やケアプランの見直し時期にケアカンファレンス等で意見や検証を行い、サービス担当者会議を経てケアプランを作成している。標準的な実施方法の見直しは、サービス向上委員会により行われているが、サービス内容の変更や技術、特浴等の機器の導入等による現状の変化を踏まえて、介護、看護職員はもとより、可能な限り利用者等の意見・提案が反映されて作成するような仕組みが望まれる。

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が策定されている。		第三者評価結果
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る。	a

評価者コメント42
利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取り組みを行っている。
ケアプラン策定のための手順を定め、責任者（主任介護支援専門員）を配置している。職種ごとの関係職員（会議構成員）は、利用者の生活状況や心身の状況等について可能な限り利用者・家族等の確認を得て「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。「ケアプランの手順」に基づいたサービス実施計画書が策定されている。サービスの実施状況は、「施設介護支援経過」やサービスの「評価表」で確認している。

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

評価者コメント43
福祉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。
「 施設サービス計画書」の評価・見直しは、「ケアプラン」の手順に従い、概ね6か月毎に行われる。定期的に行われるモニタリングにより状況に変化があった場合は、その時点でサービス担当者会議を開催し、利用者・家族の同意を得て計画を変更している。担当者会議で検討した支援方法の変更や継続については、介護及び看護部門でファイルに収め、職員がいつでも閲覧できるように配慮するとともに、申し送り時に於いて要点を確認する等、職員の周知・共有を図っている

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		第三者評価結果
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が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a

評価者コメント44
利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が適切に記録され、職員間で共有化されている。
利用者の身体状況・生活状況や日々のサービス提供の実施状況は、パソコンのネットワークシステムを活用して記録され、情報は職員間で共有されている。入力方法は「介護記録マニュアル」に基づいて行われ、記録の文体や記録方法等、表現に差異が生じないように統一を図っている。全職員個々にID及びパスワードを付与し、システム上の情報を分別し、必要な情報が確実に届くような仕組みが整備されている。

45	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。	b

評価者コメント45
利用者に関する記録の管理について規程が定められ管理が行われているが、十分ではない。
法人が定める「文書取扱規程」に基づき、利用者の記録の保管、保存年限、破棄の仕方について手順を定めている。また、「個人情報保護規程」において施設長を記録管理の責任者と定めている外、個人データの安全管理について明示されている。介護記録はパソコンのネットワークシステムを活用しており、全職員毎にID及びパスワードを付与して第三者による閲覧防止・情報漏洩に配慮している。職員に対して就業規則に機密情報管理の遵守義務を明記し、取り扱いを厳重に行うように喚起しているが、個人情報保護の観点から職員に対しての教育は十分に行われていない。

内容評価基準

A-1 支援の基本		第三者評価結果
A①	A-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
評価者コメント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に工夫しているが、十分ではない。 アセスメント表に基づき、利用者の心身状況や生活習慣、意向を把握している。食事、入浴、排せつは身体機能や安全面に配慮した上で、適切な場所に移動して行い、生活にメリハリをつけるように工夫している。また、利用者の趣味・興味を反映した活動として、手芸や音楽活動を用意するとともに、外出や地域行事にできる限り多くの利用者が参加できるよう心掛けている。しかし、外出が難しく、苑内活動にも参加することが困難な利用者に対しては、居室内での音楽鑑賞やテレビが中心となっていることから、日中活動について工夫したり、ボランティアの参画を検討する等、生活の活性化が求められる。		
A②	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。	b
評価者コメント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が、十分ではない。 視力が低下している利用者へは立つ位置や声の大きさに気を配り、食事メニューは毎食説明している。難聴の利用者へはコミュニケーションカードを使用したり、身振り・手振りにより意思疎通を図っている。また、権利擁護に関する研修会を毎年度開催し、言葉づかいや留意点を学んでいる。今後は、利用者の思いや希望をどのようにケアに生かすべきかを検討した上で、施設サービス計画書に反映させ取り組むことが望まれる。		
A-2 身体介護		第三者評価結果
A③	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
評価者コメント3 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。 施設独自の入浴マニュアルを作成し、介助方法や留意点を職員間で共有している。特殊浴槽は3種類用意し、身体機能や意向に応じて選択することができる。また、体調や気分が優れないときは順番を変更したり、気候や希望により入浴日以外でも入浴やシャワー浴ができる体制を整えている。		
A④	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。	b
評価者コメント4 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が、十分ではない。 尊厳や安全面に配慮した上で、可能な限りトイレでの排泄を促している。立位保持が困難であっても介護職員が2名体制で介助している。夜間は身体機能や睡眠リズムを考慮し、ポータブルトイレの使用を基本にしている。排せつ物やオムツの適切な処理・清潔保持に努めているため、苑内は臭いがなく快適である。建物の構造上、手すりが両側に設置できず片側だけのトイレがある。その場合、麻痺側の利用者は利用できないことがある。また、便座の保温ができない箇所もある。改修するには財源確保等の課題があることから、利用者に毎回声かけを行ったり、介護者が適切な位置で介助する等、対応方法の統一化が求められる。		
A⑤	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
評価者コメント5 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 利用者の残存機能や安全面を考慮した上で、福祉用具を選択するとともに定期的に点検を行っている。移乗時に複数体制での介助が必要な利用者については、施設サービス計画書の援助内容に具体的に記載し、全職員で共有し実施している。さらに、歩行時の転倒の危険性を回避し自力歩行を促す観点から、床材をクッション性がある滑りにくい素材に変更し、環境整備に努めている。		
A⑥	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	b
評価者コメント6 褥瘡の発生予防を行っているが、十分ではない。 褥瘡予防マニュアルに沿って体位変換や皮膚の清潔保持に努め、適宜マニュアルの見直しも行っている。しかし、実施方法の周知徹底を目的とした研修や個別指導は行っていない。研修において、皮膚の観察ポイントや体位変換の留意点を説明し、より理解を深め技術の向上につなげていただきたい。		

A-3 食生活		第三者評価結果
A⑦	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
評価者コメント7 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 見た目の美しさを残した状態で食材を軟らかく仕上げる「軟菜食」を取り入れ、利用者が食事をおいしく食べられるよう工夫している。利用者の約3割に軟菜食を提供し、残歯が少なかったり嚥下機能が低下した利用者に対しても、見た目を保ったままの食事提供が可能となっている。また、選ぶ楽しみを感じてもらえるよう週1回選択メニューを取り入れたり、テーブルに大皿を用意しバイキング形式での提供も試みている。体調や希望により時間をずらして食べる利用者へも、温冷庫を活用し適温で食事を提供している。		
A⑧	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。	b
評価者コメント8 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が、十分ではない。 主食4種類、副食5種類を用意し、利用者の身体機能・嚥下状態に応じて提供している。体調不良時や食欲低下の際は、介護・看護・栄養士が情報共有し、経口補水液ゼリーや高カロリー食を提供し突発的な状況に対応している。食事介助はマニュアルに基づき、姿勢や誤嚥に注意しながら実施している。しかし、食事中の事故に対するマニュアルはあるが、対応方法の確認を含めた研修や個別指導は行っていない。突発的な事態を想定した対応方法の確認が望まれる。		
A⑨	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
評価者コメント9 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。 月1回、歯科医師から助言・指導を受け、口腔内の状態を確認している。さらに、歯科衛生士が月1回利用者の口腔内を確認するとともに、職員へブラッシング指導等を行っている。介護職員は年1回以上、歯科衛生士から直接指導を受け、その内容を介護会議で伝達している。施設サービス計画書の援助内容に口腔ケアが明記されている場合は記録及び評価を行うが、明記されていない場合は特段記録等はしていない。洗口スペースは車イス利用者には高さが合っていない。		

A-4 終末期の対応		第三者評価結果
A⑩	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。	b
評価者コメント10 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順があるが、未整備の部分が残っている。 りんどう苑看取りに関する指針、終末期の対応マニュアルが整備されており、これまでも看取りを行ってきた。看取りを行うには主治医(配置医)との連携が不可欠であることから、今後は連携体制の構築とあわせて、職員に対する対応手順の研修、職員の精神面の支援等が必要となる。		

A-5 認知症ケア		第三者評価結果
A⑪	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
評価者コメント11 認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。 認知症介護実践者研修に介護職員が参加し、そこで得た最新情報を会議等を通じて職員間で共有している。自施設実習では認知症介護における課題を設定し、一定期間観察と記録を行い認知症介護の質向上に取り組んでいる。今後は、利用者一人ひとりの症状に合わせた関わり方を検討し、施設サービス計画書に反映させた上で継続的に実践・評価することが求められる。また、認知症の利用者が日常生活の中で役割を持てるような配慮が必要である。職員が目的を持って意図的に関わることにより、利用者個々の変化に気づくことができ、職員の成長にもつながる。		
A⑫	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。	b
評価者コメント12 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が、十分ではない。 危険物は目に入らない場所に保管するとともに、異食や火傷の危険性に配慮し苑内の片付け・清掃を行っている。居室やトイレが分かりやすいように目印や写真を貼る等の工夫をしている。認知症高齢者が落ち着ける環境とは何か、逆に混乱する環境とは何かを職員が具体的に想像し、環境づくりに生かすことが望まれる。(例:広さ、色、形、音、人、家具、植物)		

A-6　機能訓練、介護予防		第三者評価結果
A⑬	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。	b

評価者コメント13
　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。
　機能訓練指導員が機能訓練プログラムに沿って実施し、評価・見直しを行っている。起立や移動といった生活動作の中で、できる限り機能訓練・介護予防活動を行うとともに、食事の前に嚥下体操を実施している。今後は、利用者が主体的に訓練を行えるよう工夫するとともに、プログラムを作成していない利用者の評価方法の検討が必要である。

A-7　健康管理、衛生管理		第三者評価結果
A⑭	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。	b

評価者コメント14
　利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順があるが、十分ではない。
　バイタルサインマニュアルに基づき、介護職員と看護職員が連携して健康チェックや健康管理を行う体制が整っている。服薬管理や服薬確認も適切に行われている。服薬に関する研修会を平成25年度に実施しているが、疾患や体調変化時の対応に関する研修会や個別指導は近年行われていない。特に夜間は看護職員がオンコール体制となることから、体調変化や異変の兆候に早く気づき、迅速に対応するためにも職員に周知徹底する機会を設けることが重要である。

A⑮	A-7-②　感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a

評価者コメント15
　感染症や食中毒の発生予防を行っている。
　法人として、感染症・食中毒の予防及びまん延防止のための指針を策定し、予防対策や発生した場合の対応方法を定めている。職員の健康管理については、インフルエンザ予防接種と検便を毎年法人負担で実施している。また、感染症対策委員会が中心となり、全職員を対象に年2回研修を実施し周知徹底を図っている。手洗器や消毒薬を玄関等主要な箇所に設置し、家族や来苑者に手洗いや手指消毒を呼びかけている。感染症流行期には家族へ周知し、必要に応じて面会を制限している。

A-8　建物・設備		第三者評価結果
A⑯	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。	b

評価者コメント16
　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が、十分ではない。
　利用者が安全かつ快適に過ごせるように配慮し、必要な改修や交換を行っている。具体的には、プライバシーに配慮し居室入口のカーテンを引き戸に変更したり、食堂テーブルは高さを自動調節できるものに買い替える等、安全にくつろげる空間づくりに努めている。ベッドやテーブル等の備品は不具合がないか定期的にチェックしているが、具体的な不具合箇所の記録や対処方法、快適な空間づくりに向けた検討記録（会議録）がないことから、実際の対処方法・検討経過が分かる記録を残すことが望ましい。それにより、同様の状況が発生しても迅速かつ的確に対応でき、適切な備品管理にも役立つ。

A-9　家族との連携		第三者評価結果
A⑰	A-9-①　利用者の家族との連携を適切に行っている。	a

評価者コメント17
　利用者の家族との連携を適切に行っている。
　ふれあい交流会や敬老会、家族合同夕食会には半数以上の家族が参加し、利用者・職員と交流している。家族が面会に訪れた際は、介護職員や看護職員が近況を報告するとともに、家族からの相談に応じている。また、家族会総会や家族・職員研修旅行を通して家族からの要望を把握し、援助内容に反映させるよう努めている。