

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小峰苑		種別：介護老人福祉施設
代表者氏名：施設長 櫻井 厚志		定員（利用人数）： 84名
所在地：福島県白河市新夏梨1番地2		
TEL：0248—31—2222		ホームページ： http://care-net.biz/07/komineen/
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成11年11月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 清峰会		
職員数	常勤職員： 52名	非常勤職員 10名
専門職員	（専門職の名称） 名	
	施設長（兼任） 1名	医師 1名
	副施設長（兼任） 1名	
	介護員 38名	介護員 3名
	看護職員 5名	看護職員 1名
	管理栄養士 1名	
	生活相談員 1名	
	介護支援専門員 2名	
	事務員（兼任） 3名	清掃員 5名
施設・設備の概要	（居室数）	（設備等）
	1人室 44室	食堂・浴室・トイレ・医務室 相談室
	2人室 4室	
	4人部屋 12室	

② 理念・基本方針

1. 利用者の権利を守り、地域の中でその人らしく安らかな生活が送れるように支援する。
2. 利用者とその家族を尊重し、自立への援助を行い、最期まで共に歩む。
3. 会計・財務を正確に管理し、適正な財務報告を行い、健全な経営を行う。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年 6月 10日（契約日） ～
--------	--------------------

	令和7年12月23日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成26年度）

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. 事業計画の進捗確認・評価・見直しについて

年度の前期・後期ごとに「事業計画の進捗状況及び見直し」を各課・グループごとにまとめている。今年度の「目標・重点事項」への取り組み「進捗状況（現状）」と「来年度からの課題や展望」を詳細にまとめるなど、事業計画を職員の参画、意見の集約・反映の下で策定している。事業計画は新年度の会議で施設長が職員へ説明・周知を図るとともに、各課に整備されているPC内でもいつでも確認できる態勢となっている。

2. 遵守すべき法令理解への取り組みについて

法人の顧問弁護士や公認会計士、社会保険労務士から随時助言指導を得られる組織環境にあり、事業運営に反映させている。施設長は月次経営会議において、法令改正や新規法令への理解を深める機会を持ち、得た情報は、各課連絡調整会議などで職員に周知、理解促進を図っている。高齢者虐待等の権利侵害については、実際の事例や事件報道に触れながら、自分事として組織全体で学びを深め、ケアに活かしている。

3. 苦情解決への取り組みについて

苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を整備し、重要事項説明書に記入され利用者や家族に示されている。施設内にも掲示し周知している。玄関の目立たないところに意見箱と苦情記入カードを置いている。苦情に対しては利用者や家族に対応を報告し、広報誌に掲載している。第三者委員が2カ月に1回の訪問があり、なんでも相談できること利用者に周知し相談を推奨している。

◇改善を求められる点

1. 職員参画による福祉サービスの質の向上への取り組みについて

各課連絡調整会議や各種サービス向上委員会活動を通して取り組むべき課題を検討してサービス向上に努めている。また、平成26年度に福祉サービス第三者評価を受審している。

しかし、前回の受審結果を生かした改善への取り組みは行われておらず、自己評価についても全職員が参加していないため、職員が課題について共有できておらず、

組織として課題改善への取り組みにつながっていない。今後は、今回に評価結果を生かすとともに第三者評価と同じ基準で年1回以上自己評価を行い、課題の把握、改善への取り組みを職員の参加を得て組織的に行い福祉サービスの質向上につなげていくことが望まれる。

2. 実習生の受け入れと育成について

毎年、介護福祉士養成専門学校から実習生を受け入れている。専門学校の「実習の手引き」の基本プログラムに基づいて指導している。

なお、事業所として専門職育成に関する基本姿勢等は明文化したマニュアルの策定がなされていないので整備するとともに効果的なプログラムを作成するなど受け入れ態勢を整備して、積極的に福祉人材育成に取り組むことが望まれる。

3. 権利擁護に関する取り組みについて

身体拘束廃止に向けた委員会や虐待防止委員会が設置され、規程やマニュアルを整備し、介護員室でいつでも確認でき、職員にも周知を図っている。委員会では、声掛けや日頃のケアについて利用者の尊厳が保持されているか施設長が中心となり確認している。

今後は、「虐待の芽チェックリスト」等を活用し不適切ケアについて自己チェックし虐待の未然防止を図ることや虐待発生時の対応についてフロー図の作成が望まれる。

⑦ 第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

外部からの評価を受けることにより、自施設の状況について把握することができた。施設内で行っている活動内容の利点や弱点、改善すべき事を確認できたことが学びとなった。改善すべき項目について事業所全体の課題として職員と共有し、改善に向け進めていきたい。

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> 事業所基本理念の3本柱をパンフレット並びにホームページ内の施設長挨拶の中で明文化している。年度事業計画書の冒頭に基本理念、長期運営方針、運営の基本目標を示し、職員との共通理解を深めている。各部署に基本理念を掲示するとともに事業計画書を玄関に常備して、来訪者がいつでも閲覧できる環境を整備している。 今後は、わかりやすく説明した資料を作成するなどの工夫を凝らして家族への周知、行事や日々のケアをとおしながら利用者に基本理念の具体的内容を周知することが望まれる。		

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。	a・b・c
<コメント> 理事長、常務理事、監事、各事業所の施設長が一堂に会する経営者会議を毎月開催している。各事業所からの現状報告、稼働状況、収支状況、諸課題の把握・分析に加えて、各関係法令改正等への理解と学びを深める機会ともなっている。 今後は、把握した情報やデータを中・長期計画や単年度事業計画に反映するとともに地域の福祉計画も活用し、将来の経営環境を勘案した取り組みを期待したい。		
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・b・c

	る。	
<コメント> 月次の経営会議で経営課題の把握と共有するとともに、公認会計士、社会保険労務士などから随時助言指導を受けて具体的な取り組みを進めている。経営課題や取り組みについては各課連絡調整会議及び各事業所会議で周知を図っている。自事業所のみならず他事業所へ寄せられた苦情や要望なども参考にし、業務改善・サービスの質の向上を目指し、具体的な取り組みを行っている。 今後は、経営課題の解決に向けて、職員からの意見聴取や利用者・家族の要望等の把握に努めて、事業所全体で取り組まれることが望まれる。		

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・b・c
<コメント> 5年後の完成を目指す中期計画（令和7年度から令和11年度）と10年後の完成を目指す長期計画（令和12年度から令和16年度）を法人主体で策定している。福祉サービスの充実、医療ケアの充実、経営基盤の安定、施設整備の計画的推進などを掲げ、取り組みの優先順位（ランクAからC）を定めている。 しかし、各項目の事業を具体的に進める内容は示されていないので、理念や基本方針の実現に向け、具体的な事業展開を図る中・長期の事業計画の見直しや事業の裏付けとなる中・長期収支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・b・c
<コメント> 単年度事業計画は、運営方針を基軸として、各部署・各委員会が検討した原案に基づき、最終的に施設長が取りまとめ作成している。各課・各グループの目標、生活支援や健康管理、リハビリテーション等の具体的な業務内容の目標を定めている。 しかし、重点項目に掲げる6項目は、中・長期計画の中期行動計画との整合性は見受けられず中・長期計画の内容が単年度計画に反映されていないので、中・長期計画と整合性を持たせ、単年度事業計画の中で事業内容の具体化・明確化を図り、進捗状況や達成状況を評価できるよう具体的な数値目標等を入れた単年度事業計画策定が望まれる。		
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・b・c

<コメント> 年度を前期（４月から９月）と後期（１０月から３月）に分け、各期ごとに「事業計画の進捗状況及び見直し」を各課・グループごとにまとめている。この中では今年度の「目標・重点事項」への取り組み「進捗状況（現状）」と「来年度からの課題や展望」を詳細にまとめるなど、事業計画を職員の参画、意見の集約・反映の下で策定している。事業計画は理事会で説明・承認を経て、新年度の会議等で施設長が職員へ説明・周知を図るとともに、各課に整備されている PC 内でもいつでも確認できる態勢となっている。		
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・c
<コメント> 事業所正面玄関に事業計画のファイルを整備して、家族・来訪者がいつでも閲覧可能な態勢を取っている。しかし、閲覧実績はほとんどない現状にあり、理解の促進には至っていない。また、利用者に周知・理解を促進する機会も持っていない。 今後は、家族の理解を深め事業運営への協力を得るためにも、事業計画骨子の掲示や広報「こみね」への掲載、計画書同封などの取り組みを期待したい。併せて行事や日々のケアをとおしながら利用者に事業計画の具体的内容の周知・理解促進が望まれる。		

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> 経営会議・各課連絡調整会議・職員会議に加え、日々のケアの振り返りや課題等を毎日の「朝・夕の連絡会」で共有し、サービスの質向上に向けた取り組みを行っている。各ケアサービス向上委員会（認知症・排泄・入浴・食事など）も毎月会議を開催し、ケアサービスの向上に努めている。また、半期ごとに事業計画に基づくサービス実施上の確認・評価などを各グループ・委員会で行っている。 しかし、定められた評価基準に基づく自己評価は行われていない。今後は、福祉サービス第三者評価基準等を用いて、組織的に年１回以上自己評価を行い、課題を把握し、福祉サービスの質向上に繋げていくことに期待したい。		
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> 各課連絡調整会議や各種サービス向上委員会活動を通して取り組むべき課題を検討している。また、平成26年度に福祉サービス第三者評価を受審している。 しかし、その結果を生かした取り組みや定期的な自己評価は行われていない。今後は、自		

己評価の実施と第三者評価結果を分析して職員間で課題を共有し、改善策や改善実施計画の策定・実施を組織的に進め、サービス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> 職務分担表や各種運営会議組織図などにより自らの役割と責任を明らかにすると共に、副施設長を置き施設長補佐としての統括役割を定めている。施設長は各課連絡調整会議や朝・夕の連絡会などにおいて事業所の課題や取り組みについて理解促進を図る場面を持っている。災害時対応や不在時の権限移譲はBCP（業務継続計画）でも明確化している。 今後は、施設長としての役割や責任について広報誌等に掲載して、家族・関係者・地域に向けて広く表明することを期待したい。		
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
<コメント> 施設長は法人主催の月次経営会議において、法令改正や新規法令への理解を深める機会を持っている。法人の顧問弁護士や公認会計士、社会保険労務士から随時助言指導を得られる組織環境にあり、適切な事業運営に反映させている。得た情報や学びは、各課連絡調整会議や職員会議などで職員に周知、理解促進を図っている。高齢者虐待や身体拘束等の権利侵害については、実際の事例や事件報道に触れながら、自分事として組織全体で学びを深めている。		
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。	a・b・c
<コメント> 施設長は月次の各課調整連絡会議及び職員会議に参加して、各課の現状や課題を把握し、改善に向けた協議を行っている。毎日利用者の下に出向き、表情や体調の確認と共に職員の言動や姿勢・態度にも注視し、助言することでOJT機能も果たしている。各グループ、ユニットごとのケアの現状を年度目標と照らし合わせて半期ごと確認・見直しを行いサービスの向上につなげている。 なお、施設長はケアハウス、特別養護老人ホーム施設長、デイサービス管理者等法人の		

要職を占め、多忙を極めており、副施設長や各課長に可能な業務を任せるなど余裕をもってサービス質の向上に取り組める体制づくりが望まれる。		
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。	a・b・c
<コメント> 令和7年度事業計画の重点目標のひとつに「経営の健全化」を掲げ、利用者確保のための営業活動強化や利用率向上等による増収対策に取り組んでいる。利用者の重度化により医療機関への入院が多くなり、収益にも影響が出ている現状において、協力医療機関や各委員会協働の下、健康管理や衛生管理、感染の予防に尽力し、入院者の減少に努めている。また、経営者会議では月次試算表や利用実績等を報告・分析し、経営改善に活かしている。 今後は、各課でコスト意識の高揚、コストバランスへの理解促進を深めて、経営や業務の実効性を高めていく取り組みを期待したい。		

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・b・c
<コメント> 毎月開催される法人の経営会議において財務や労務の状況を報告し、改善事項について協議している。月次会計の前月比等の分析を行い、職員の超過勤務時間数や年休取得率を確認して超過勤務の多い部署や特定の職員に集中していないかを把握して業務の見直しなど改善を図っている。今年度から法人全体で「生産性向上委員会」を組織し、職員の提案や意見を踏まえ施設長も参加して業務改善に努めている。 今後これらの取り組みを通じて、職員が経営改善への参加意欲を高め組織的な取り組みに繋がるよう指導力の発揮が望まれる。		
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> 事業計画において、基本理念・運営方針に基づく「職員職務心得」「職員の心構え」を明示すると共に「キャリアパス規程」を設けて任用要件や昇格要件等を明確にし、職員に周知している。職責別の考課シートに基づき、直属上司並びに施設長との個別面談を年1回行い、職員の意向確認、評価・分析を行っている。キャリアパス規程に加えて、人事考課制度の導入意義や組織管理的な視点の事例等をまとめた「ガイドライン」も示している。 なお、法人の基本理念や運営方針で示している方針を具体化するためにも「期待する職員像」を明確にすることが望まれる。		

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。	①・b・c
<コメント> 職員の有給休暇取得や超過勤務時間はパソコンで管理しており、施設長が毎月確認している。夜勤者等は年2回、他の職員は年1回の健康診断を実施し、医務（看護部門）と施設長がチェックして産業医に確認してコメントを貰い、職員の健康管理に努めている。職員の意向調査や個人面談をそれぞれ年1回実施し意見や要望の把握し働きやすい職場づくりに活用している。職員のハラスメントや賃金体系、福利厚生、労働条件や労働環境など広く相談を受け付ける「労働相談窓口」を設けている。昨年地域の他法人の職員待遇を調査して夜勤手当や初任給の見直しを行うなど処遇改善を図っている。		
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・①・c
<コメント> 人事考課制度導入ガイドラインにて「計画性と実効性」のある育成メニューの構成と次世代リーダーの育成を掲げ、事業計画書では、職員職務心得や職員の心構えを明示し、職員育成の基軸としている。しかし、法人が求める「期待する職員像」は明確にされておらず、職員ひとり一人の目標管理の仕組みも構築されていない。 今後は、組織目標や方針の実現を目指して、職員それぞれの知識・経験等に応じた具体的個人目標の設定し、実現に向けて面談やアドバイスを行うなど職員を育成する目標管理制度の導入が望まれる。		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・①・c
<コメント> 法人中期行動計画及び施設事業計画において「人材の育成」を示し、外部・内部研修への参加、職員教育体制の評価・見直し、研修内容の共有を掲げている。事業計画の運営方針では「外部研修への参加や委員会活動を通して認知症ケアの専門性を高めていく」「研修の受講や日々の実践からの学びにより、利用者に住みやすい施設づくり」を明記している。 今後は、組織が必要とする職員の知識や技術習得に向けて、体系化した研修計画の策定と実施が望まれる。		
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・①・c
<コメント> 施設長は、職員それぞれの資格取得状況を取りまとめ、知識・技術水準等を把握している。毎年研修計画を策定し、事業計画書に内部・外部研修の取り組み案を明記している。内供研修では各種委員会が担当となり、広範囲の学びの機会を設けている。また法人として「研究助成要項」を定め、職員の自発的研究や研修助成、資格取得支援等を行い、職員個々の資質向上に努めている。		

今後は、職員の経験や習熟度に配慮した個別的 OJT 研修や階層別研修など職務や必要とする知識・技術水準に応じた効果的な教育・研修の実施が望まれる。		
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・⑥・c
〈コメント〉 毎年、介護福祉士養成専門学校から実習生を受け入れている。専門学校の「実習の手引き」の基本プログラムに基づいて指導している。 なお、事業所として専門職育成に関する基本姿勢等は明文化したマニュアルの策定がなされていないので策定するとともに効果的なプログラムを作成するなど受け入れ態勢を整備して、積極的に福祉人材育成に取り組むことが望まれる。		

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・⑥・c
〈コメント〉 パンフレット及びホームページで事業所の基本理念や福祉サービスの内容を紹介している。法人ホームページでは現況報告書や決算報告書を公開している。Instagramを活用し事業所の近況なども発信している。正面玄関に事業計画書・事業報告書、苦情対応のファイルを整備して、家族・来訪者がいつでも閲覧可能な態勢を取っている。 今後は、適宜ホームページ内容を更新すると共に、事業計画、事業報告、事業所の予算決算状況、苦情受付・対応等を広く社会・地域に発信していくことを期待したい。		
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。	①・b・c
〈コメント〉 運営上の組織及び事務の執行について必要な事項を「管理規則」で定め、「経理規程」に則り、適切な経理事務の執行、財務状況の適正把握に努めるとともに、職務分掌、牽制関係を明確にして適切な取組を行っている。経営会議では月次試算表や利用実績等を報告・分析に加えて、経営・財務の改善課題について法人監事等から助言・指導を得ている。また、法人監事による内部監査の他、年に6回法人職員同席のもと、公認会計士による財務管理、経営管理、事業運営等について専門的な指導・助言を受けている。		

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> 中期行動計画に「地域社会との連携」を掲げており、事業所は自治会に加入し、地域の情報を共有している。傾聴ボランティアや動物愛護ボランティアによるアニマルセラピーの受け入れ、敬老会での地域住民・団体との交流を図っている。コロナ禍前は地域の御輿が来訪し、利用者との交流を深めていた。 今後は、事業所が地域社会の一員としての社会的役割を果たすためにも地域との関わり方についての基本方針等を文書化し、利用者の地域参加への機会の拡大に期待したい。		
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> 行事のアトラクションや傾聴ボランティア等の受け入れを行っている。 しかし、基本姿勢は明文化していない。ボランティア受入れに当たっての手順や流れ、活動メニュー、事故等への対応などを記したマニュアルは作成していないので、ボランティアの受入れや学校教育への協力等を入れた基本方針策定と受入れ体制、マニュアルの整備が望まれる。		
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> 施設長は、白河市介護保険運営や福島県老人福祉施設協議会等の運営に携わるとともに、地域の関係機関・団体との連携を深めている。得た情報は各課連絡調整会議や各委員会にて職員間で共有している。また、白河市介護サービス相談員の来訪を毎月受入れ、利用者の生活支援に活かしている。 なお、個々の利用者の状況に対応できる社会資源を明示したリストや資料は作成していないので地域の様々な機関や個人・団体と連携し、利用者や家族が利用できる社会資源を明記した資料の整備が望まれる。		
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 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。	a・b・c
<コメント> 施設長は白河市人権擁護委員を務めており、委員間で地域の生活課題や民生児童委員との随時の話し合いで地域福祉ニーズの把握に努めている。福島県老人福祉施設協議会県南		

支部活動を通じた各事業所との情報交換や併設の居宅介護支援事業所から随時情報を収集し、地域の福祉向上を支援している。 今後は、事業所の有する専門性や特性を活かしたイベント開催などにより、地域住民とのコミュニケーションを深めて、福祉ニーズ把握への取り組みを期待したい。		
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> 中期行動計画に「地域社会との連携」を掲げ、地域の防災拠点としての機能整備を明記しており、福祉避難所として白河市と協定を締結している。 今後は、既存制度では対応しきれない生活困窮・生活課題への支援など、地域社会で求められるニーズに応え、専門性を生かした貢献活動を主体的に進めていくことを期待したい。		

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> 基本理念、運営の基本目標、職員職務心得の中で利用者の尊重、人権の保障を明示し、施設の方針として示されている。福祉サービス提供の基本となる介護マニュアルにも反映されている。また、外部研修、内部研修も虐待防止や人権擁護をテーマに実施され、職員に周知している。カンファレンスやスタッフミーティングの中で実践できているか、不適切なケアになっていないか話し合う機会を持っている。		
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提供を行っている。	a・b・c
<コメント> プライバシー保護については利用者の権利と位置づけている。介護マニュアルにも体の露出を避けるケアを注意点として入れる等支援場面の配慮や工夫を職員に求めている。契約時に家族からInstagramや広報誌への写真使用について同意を取り、同意しない利用者の写真は使用していない。グループ会議では申し送りの時利用者から距離を取り、利用者に聞こえないように対応するなど、利用者が不安にならないよう工夫している。		
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。	a・b・c
＜コメント＞ 利用希望者に対しては相談員が対応し、パンフレットを使い、施設や費用の説明し相談に乗っている。見学にも対応しているが体験は受入れておらず、ショートステイを利用することで兼ねている。ショートから入所になる利用者も多い。パンフレットは写真入りで見やすくなっている。 なお、パンフレットは公共施設等には置いていないため、広く周知するためにも入手しやすい公共施設に置くことが望まれる。またパンフレットには利用希望者の関心に応えるためにも費用一覧表などを挟み込み情報提供することに期待したい。		
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・b・c
＜コメント＞ 利用開始時は契約書、重要事項説明書でサービスの内容を説明し、安心して入所できるよう説明している。利用者が自己決定できない場合は家族に説明し同意を得ている。家族がいない場合など意思決定が困難な利用者には成年後見制度を利用し、本人に代わって適切な判断をしてもらい同意を得ている。		
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・b・c
＜コメント＞ 病院に入院する時は看護サマリーで利用者の状況を伝え、継続した支援に繋げている。他施設への移行の例はなく、事例は少ないが自宅に帰る場合は、居宅の介護支援専門相談員に繋ぎ、在宅サービスを利用して生活することで家族の介護負担を減らしケアの継続性に配慮出来るようにしている。退所後も電話や訪問などでアフターケアに取り組んでいる。 なお、移行の手順や引継ぎ文書等を定めていないので福祉の継続性を配慮する観点から手順と引継ぎの様式等を定めておくことが望まれる。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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・b・c
＜コメント＞ 本人から相談や要望があれば、ケース記録に記入しチェックを入れることで介護日誌に自動的に記入され介護職員間で情報共有ができており、申し送り、スタッフミーティングで検討して対応している。 なお、利用者満足度調査は行っておらず、直接要望が言える利用者以外の要望は家族から伝えられない限り把握できていない。利用者面談やアンケートなどで満足度を把握する取り組みが望まれる。		
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。	①・b・c
<コメント> 苦情受付担当者、苦情解決責任者、第三者委員を整備し、重要事項説明書の記入され利用者や家族に示されている。施設内にも掲示し周知している。玄関の目立たないところに意見箱と苦情記入カードを置いている。苦情に対しては利用者や家族に対応を報告し、広報誌に掲載している。第三者委員が2カ月に1回の訪問があり、なんでも相談できること利用者に周知し相談を推奨している。		
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・②・c
<コメント> 家族の面会時に要望や意見を聞いている。相談があれば相談室や個室で聞けるようになっている。また、第三者委員が施設に訪問するときは利用者に周知し、相談を呼び掛けている。 なお、相談に対応する相談員は周知されているが複数の方法など自由に選べることは伝えていないので、好きな職員を選んで相談出来ることなども文書などで知らせておくことが望まれる。		
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・③・c
<コメント> 意見箱に意見が入ることは少ない。口頭で要望や意見が出たときは朝、夕のミーティングで情報の共有がなされ話し合い対応を検討している。 なお、要望を出しやすい環境づくりとして利用者に近い場所に複数意見箱や記入しやすい意見用紙を設置するなど意見を出しやすくする環境づくりが望まれる。また、意見や要望に対する対応マニュアルの整備も望まれる。		
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・④・c
<コメント> リスクマネジメントの責任者は介護支援専門員になっており、リスク管理委員会を設け、対応している。骨折など事故の場合は関係者で検証し、原因分析、改善策を検討し報告書にまとめている。担当者、介護支援専門員、介護職員、看護師によるグループ会議で事故やヒヤリについて対応を検討している。外部講師を招き危険予知訓練を行い、事故防止の研修を行っている。 なお、利用者の状態変化に対応し安全確保対策の実効性を評価し見直す取り組みに期待したい。		

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
<コメント> 感染症委員会を毎月開催し、責任者は看護師がついている。感染症対応マニュアル、BCP（感染症事業継続計画）を策定している。感染症について集団感染防止やガウンテクニック吐しゃ物処理などの対応について職員研修を行っている。デイサービスで感染があり、エリア分けや部署ごとの職員の移動を避ける対応で収束している。		
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。	㉑・b・c
<コメント> 災害避難計画、BCP（災害時事業継続計画）を策定しており、毎月法人内事業所合同で避難訓練を行っている。消防署立ち合いの訓練を年2回実施し、アドバイスを受けている。災害時の職員の安否確認は一斉メールで行い、利用者は勤務職員が避難後全員避難できたか確認している。備蓄は栄養士が管理し、米、パン、レトルト食品、水、カセットコンロ、毛布などを備えている。ハザードマップでリスクも確認している。		

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。	a・㉑・c
<コメント> 食事サービス、入浴、排せつ、認知症と部門別に委員会を設け、部門ごと介護マニュアル（入浴、排せつ、食事、脚痰吸引、看取り）を作成している。委員会を中心に研修を行い周知している。 なお、マニュアル通り支援できているか実施状況を確認する仕組みがないので職員自身がケアをふりかえる機会を設け実施状況を確認し、現状にあっていないマニュアルについては見直しにつなげることが望まれる。		
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・b・㉒
<コメント> 介護マニュアルは策定から時間が経過しており、利用者の状況も変化していることから、関係する委員会で検討し、マニュアルの見直しが望まれる。		
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	㉑・b・c

	計画を適切に策定している。	
<コメント> 介護サービス実施計画は介護支援専門員が責任者となり策定している。アセスメント手法は様式で示され、生活状況、ADL、IADL、本人、家族の希望をアセスメントしている。介護、栄養、相談、管理者の各部門責任者が入り検討し介護計画を策定している。利用者毎ケース記録に介護計画がつづられ、確認しながらケアをできるようになっている。認知症の周辺症状がある支援困難ケースは専門医からアドバイスを受けている。また、職員へのセクハラなどがあるケースは、家族に担当者会議に参加してもらい、家族の理解を得て家族から利用者に注意してもらうなど家族と連携して取り組んでいる。		
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。	①・b・c
<コメント> 介護サービス計画は定期的にモニタリングを行い見直している。短期目標は介護員が毎月評価を行い記録に残しており、介護支援専門員がそれを確認している。入院など状況変化時は随時見直しを行い現状に即した介護計画となっている。		
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。	①・b・c
<コメント> パソコンシステム内に介護サービス状況が記録・保存され、システム内で職員が共有できる状況になっている。記録の統一は上司が職員の記録を確認し訂正・指導し統一を図っている。さらに情報共有は朝夕のミーティングで行うとともに月1回の各課連絡会議（法人内各課の責任者の会議）に於いて情報共有し、責任者が各部署に連絡会議の内容を伝えている。		
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。	①・b・c
<コメント> 清峰会個人情報に関する文書等管理規程があり、施設長が責任者となっている。職員入職時に個人情報保護について説明し、誓約書を取っている。文書は鍵が係る倉庫に保管し、保存年限が経過したら産廃業者に委託し廃棄している。個人情報の扱いについては、家族や利用者に入所契約の際重要事項説明書で説明し写真利用についても同意をもらって対応している。		

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。	a・b・c
<コメント> 入所前に、本人や家族、関係機関から心身の状況やこれまでの暮らしを聴き取り、個々に応じた支援が提供できるよう努めている。習字やぬりえなどこれまでの趣味活動が継続できるよう家族の協力も得ながら支援している。コロナ禍以降、外出する機会は減っているが、桜の名所へ出掛け車窓から眺めるなど、工夫しながら外気に触れる機会を作っている。利用者の心身状況を考慮しながら、職員と一緒に洗濯たたみや、居室の掃除を行い役割が持てるよう取り組んでいる。 今後は、利用者の希望を考慮し複数活動プログラムを実施されることが望まれる。		
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・b・c
<コメント>		

接遇に関する内部研修会を行い、利用者の尊厳について学ぶ機会が確保され、利用者のニーズや状況を深く理解し、信頼関係を築くよう努めている。聴力に障害のある利用者には筆談やジェスチャーで関わり思いの把握に努めている。日頃の支援では一人ひとりに応じたコミュニケーションを重視し寄り添った支援を実践している。毎日の申し送りの他、サービス向上委員会やサービス担当者会議等で利用者に関する情報を多職種で共有している。

		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・-・©
<コメント> 身体拘束廃止に向けた委員会や虐待防止委員会が設置され、規程やマニュアルを整備し、介護員室でいつでも確認できる体制を構築し職員に周知を図っている。委員会では、声掛けや日頃のケアについて利用者の尊厳が保持されているか施設長が中心となり確認している。生命や身体を保護するためにやむを得ず身体拘束を行う際には手順書に沿って、各専門職が連携を図り身体拘束廃止に向けた検討を重ね記録化している。 今後は、虐待の芽チェックリスト等を活用し不適切ケアについて自己チェックし虐待の未然防止を図ることや虐待発生時の対応についてフロー図の作成が望まれる。		

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		
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。	a・⑥・c
<コメント> 利用者が快適に過ごせるよう季節に応じて適温を決め、利用者と職員が一緒に掃除を行い安心して生活できるよう取り組んでいる。利用者のこれまでの生活を尊重し、居室で家族と携帯電話で会話を楽しむことができ、趣味の折り紙を楽しめるようテーブルを設置するなど、個々に応じた環境を設定している。多床室においては、家具で仕切りを作るなど個人のプライバシーに配慮している。本人や家族の希望に応じて、面会時会議室を提供し、ゆっくりと談話ができるよう支援している。 開設から26年が経過し、建物の老朽化が進み修繕が必要な箇所が多いため、修繕計画を立て環境改善を図られることを期待したい。		

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> 入浴は週2回とし、個浴、リフト浴、寝台浴が設置され、入浴時の対応マニュアルを整備し、職員はこれに基づいて安全な入浴支援を行っている。入浴を拒否する利用者に対しては、個別の事情に考慮し、無理強いせず、時間や曜日をずらすなど柔軟な対応を行っている。また、皮膚に考慮し入浴剤は使用せず、りんごや菖蒲、ゆずなど季節の湯を提供し、快適に入浴を楽しめるよう工夫している。		
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> 利用者の心身の状況に合わせた排せつ支援を行っている。個々に応じて、紙パンツや布パンツ、パッドを適切に選択し、排せつのパターンを確認した上で、タイミングに合わせ羞恥心に配慮しながらトイレへ誘導し自立に向けた支援を行っている。毎朝、数種類の乳製品を選択することができ、食物繊維の多い食品の摂取や体操を行い腸の活動を促し、自然排便ができるよう取り組んでいる。便の状態やおむつ介助の時には皮膚の状態を観察し、必要時には医療と連携を図るなどチーム支援を実践している。		
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> 利用者の身体状況や希望に応じてチームで検討を行い、歩行器や車椅子等の適切な福祉用具を選定し、定期的に福祉用具の安全点検を行い、快適で安全な移動を実現できるよう取り組んでいる。利用者が制約なく施設内を移動できるよう通路には物を置かないなど環境の整備を図っている。		

		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> 管理栄養士が利用者から食事に関する意向を聴き取り献立に反映している。厨房は業者が担当し、献立も業者によって作成され、施設の管理栄養士が内容を確認し、栄養バランスや適切な食事内容を確保している。季節感や楽しさを提供するために、行事食や選択		

食を取り入れ、利用者が楽しくかつおいしく食べられるよう工夫している。また、管理栄養士が食事状況を巡回し、嚥食状況や食形態の把握に努めている。委託業者は外部に衛生管理を委託するなど徹底した安全管理に努め、衛生管理のマニュアルに沿って委託業者と密に連携を図っている。		
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。	③・b・c
<コメント> 利用者の心身の状況に合わせた食事の提供と支援を行っている。利用者一人ひとりの状態に応じて、常食、刻み食、ミキサー食などの食事形態を用意し、安全で食べやすい食事を提供している。食事前には口腔体操を行い、嚥下機能を維持し安全に食事が摂取できるよう配慮している。さらに、栄養ケア計画を作成し、3ヶ月ごとにアセスメントを実施して栄養状態を確認している。必要に応じて検討し食事内容を見直し、快適な食事環境の提供を目指している。		
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・③・c
<コメント> 協力歯科医師と歯科衛生士が週に1回来所し、専門的な診察やケアを提供している。希望する利用者に対して口腔内の確認や義歯の調整などを行っており、専門職によるサポート体制が構築されている。 今後は、歯科医などから咀嚼や嚥下状態の定期的な確認を行い、口腔ケアの計画を作成し、実施と評価を行っていくなど、より質の高い口腔ケアを提供できるよう取り組んでいくことを期待したい。		

		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。	a・③・c
<コメント> 褥瘡予防委員会が設置され、褥瘡対策のための指針を整備し、看護師を中心に多職種が連携し利用者の褥瘡予防に積極的に取り組んでいる。褥瘡が発生した場合には、機能訓練指導員が体位交換や状態に適した福祉用具を選定し、主治医の指示のもと皮膚の状態の観察や適切な処置を行い悪化防止に努めている。食事面から管理栄養士が栄養ケア計画を作成し管理を行うなど、医療と介護が連携しチーム支援を実践している。 今後は、褥瘡ケア計画の立案と経過記録を整備されることを期待したい。		

		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。	a・b・c
<コメント> 介護職員による喀痰吸引・経管栄養の安全な実施に向けたマニュアルを作成し安全管理体制を整備している。委員会では、看護師を中心に安全管理の徹底を図り、更に介護職員向けに喀痰吸引・経管栄養に関する安全研修を定期的実施している。 今後は、研修後の個別指導を行い、職員の不安が軽減できる体制を構築されることを期待したい。		

		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。	a・b・c
<コメント> 移動動作や散歩など、日々の生活活動を通して身体機能が維持できるよう取り組んでいる。 今後は、配置された機能訓練指導員を中心に、個別機能訓練計画を策定し、一人ひとりに応じたプログラムを作成し、機能低下防止・機能維持が図れるよう取り組まれることを期待したい。		

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A ⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・b・c
<コメント> 利用者のアセスメントを通じて、症状や生活歴を確認し、個々の状況に応じた支援を行っている。認知症サービス向上委員会を設置し認知症に関する研修会を行い、周辺症状の理解を図り適切な対応ができるよう取り組んでいる。ガーデンセラピーやアニマルセラピーを取り入れ、五感を刺激し、脳の活性化を促し認知機能の維持向上が図れるよう取り組んでいる。利用者の観察と記録を行い、一人ひとりの認知症の状態に合わせ安心して落ち着いて過ごせるよう工夫している。		

		第三者評価結果
--	--	---------

		果
A-3-(7) 急変時の対応		
A ⑰	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。	③・b・c
<コメント> 日勤の看護師が担当となり、24時間対応できるオンコール体制を構築している。緊急時対応マニュアルが介護室に配置され対応手順を明確化し、医療機関と連携を図り、異変時の早期発見に努めている。救急蘇生や高齢者の健康管理についての研修を通して、急変時速やかに対応できるよう研修を重ねている。		

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A ⑱	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。	③・b・c
<コメント> 看取り介護は行っているが加算はとっていない。入所時に看取りに関する指針に沿って説明を行い、急変時の救命救急医療及び延命措置に関する意思確認書で同意を得ている。また、終末期には再度、利用者と家族、医師と共に意向を確認している。主治医を中心に医療と看護が連携しチーム支援を実践している。家族の希望に応じて、終日面会や宿泊が可能となっており、看取り後には職員間で振り返り、職員を労い次の支援に繋げている。		

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 ⑲	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。	③・b・c
<コメント> 定期的な広報誌の発行で施設内の様子や活動を家族に伝えるほか、相談員や介護支援専門員等より個別の事情を踏まえて、定期的に電話や面会時に利用者の様子を伝え家族の理解が得られるよう努めている。面会は居室やフロアで行うことができ、場合によっては会議室を開放し家族水入らず団らんできるよう支援している。感染症に留意しながら、家族を敬老会へ招待し、暮らしの理解や面会のきっかけとなるよう取り組んでいる。		

A-5 サービス提供体制

	第三者評価結果
--	---------

		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		