

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 生愛ガーデン	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：理事長 本間 達也	定員（利用人数）：30名 （31名）	
所在地：福島県福島市大笹生字向平12番地		
TEL：024-555-5311	ホームページ：http://www.seiaikai.jp/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成14年10月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 生愛福祉事業団		
職員数	常勤職員： 17名	非常勤職員 1名
専門職員	介護福祉士 4（2）名	介護支援専門員 1（1）名
	社会福祉士 1（1）名	管理栄養士 1名
	准看護師 2（3）名	
施設・設備 の概要	（居室数） 11室	（設備等） 機械浴

②理念・基本方針

基本理念

- 1、利用者の残存機能を活かし、「活動と参加」を意識したケアを提供します。
- 2、地域交流を積極的に進め地域との絆を深めるとともに相談支援を行います。
- 3、資質向上に努め、明るく働きやすい職場環境づくりに努めます。

基本方針

- 1、在宅復帰への支援
- 2、個別ケアの実施
- 3、生活リハビリテーションの支援
- 4、地域交流の活性化
- 5、職員教育の充実

③施設・事業所の特徴的な取組

- 1、地域住民のニーズに応えるよう努め、地域貢献事業として書道クラブを実施しており、地域貢献事業終了後には相談事業も行っている。
- 2、職員の負担軽減のため、今年度も介護支援ロボットに実証事業に参加し、その後実際に介護支援ロボットを導入することで腰痛予防に努めた。
- 3、災害時の他事業所への応援体制を想定し、交換研修を実施した。
- 4、利用者満足度調査やご家族満足度調査を継続して実施し、要望などを把握するよう努めており、結果についてはケアプランなどに反映できるように取り組んでいる。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成29年12月18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)	9回（平成28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. 福祉サービスの質の向上に向けた組織的な取り組みについて

毎年受審している第三者評価の結果を活かし、改善に取り組んでいる。昨年は、災害時のマニュアルの見直し等が行われた。また、小規模事業所ではあるが、職員全員が委員会（管理運営・安全推進・処遇改善）に所属し、毎月開催される委員会の中で改善策を出し合い、結果を事業所の業務会議で報告し、職員全員で情報を共有している。さらに、家族の満足度調査や利用者アンケート・職員の虐待防止チェックリストを定期的実施し、課題を明らかにしながら福祉サービスの質の向上に向けて取り組んでいる。

2. 福祉人材の確保・育成について

期待する職員像が伝わり、職員自らが将来像を描くことができるようキャリアパス制度を導入し、半年ごとの人事考課制度で職員ごとの目標管理を行いながら、職員のキャリア形成支援を行っている。また、把握した職員の意見を基に、腰痛予防の介護ロボットの導入やストレス対策に産業医を活用する等、就労環境の整備がなされている。さらに、今年度は、ハローワーク等の職場説明会に参加し、不足分の職員の確保につながっている。

3. 食生活への取り組みについて

食事は外部の委託業者が事業所内で調理しているが、職員が定期的に利用者の嗜好調査をしながら、管理栄養士と栄養士が献立に反映している。また、誕生会や行事食、週に1回主菜の選択食を実施し、美味しく楽しい食事となるよう工夫している。

さらに、毎月、医師によるミールラウンド（食事の飲み込み状況等の観察）を実施し、把握した利用者ごとの心身状況や咀嚼・嚥下状況等に配慮した食事の準備がなされ、栄養ケアマネジメントにも取り組んでいる。利用者が自力摂取できるよう自助具も利用している。

4. 口腔ケアについて

毎週、歯科衛生士が利用者全員の口腔チェックを行い、職員へ口腔ケアの方法等をアドバイスしている。また、利用者一人ひとりの口腔ケア計画書を作成し支援しており、歯科疾患の予防にとどまらず、肺炎や感染症予防につながっている。

◇改善を求められる点

1. 中・長期計画の作成と単年度事業計画への反映について

昨年度、中・長期計画を作成したが、計画期間や数値目標の具体性が乏しい内容となっている。具体的な中・長期計画は、事業所としての今後の方向性を地域や利用者・家族、職員に示す意味でも必要不可欠なものであり、早急な整備が求められる。また、中・長期計画を反映させた単年度の事業計画の作成と計画の現実性を向上させるための収支計画の策定にもあわせて取り組むことが望まれる。

2. 地域ニーズに基づく公益的な事業活動について

現在は地域包括支援センターからの要請で地域住民向けの介護予防教室等の講師等に対応している状況である。今後は、地域での福祉に対する需要の動向や福祉サービスのニーズ等を把握し、特別養護老人ホームの専門性を活かした地域貢献活動に取り組むことが望まれる。

3. 機能訓練について

研修を受けた看護師が機能訓練指導員として、日常生活の中での活動を機能訓練として位置付け、機能訓練を実施しており、実施状況についても定期的な評価・見直しを行っているが、機能訓練士など専門職と連携が出来ていない。法人グループ内の機能訓練士の助言を得るなど、より効果的な機能訓練につながる取り組みも望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価結果は、良い評価も悪い評価もすべて公表されるので、インターネットが普及した今、数年前より、この評価結果を見ている人が増えているのではないかと思うと、私たちはとても気が引き締まる思いです。常に良い評価ばかりではないので、評価結果が出たあと、努力項目を見ると、自分たちもわかってはいたけれども、出来なかった部分と、まったく気づかない部分と両方みえるので、その弱みを改善するための良いヒントを与えてもらっていると受けとめています。

同じ項目を何度も指摘されて、なかなか改善出来ないと、時には落ち込んでしまう事もありますが、施設の処遇改善につながる事なので、前向きに捉えて改善に向け取り組むようにしています。

もちろん、良い評価を受ければ自信となり、職員のモチベーションアップにもつながるので、今後も継続して受審するよう努めていきたいと思ひます。

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
<p><コメント></p> <p>法人と事業所の理念・基本方針が明文化されており、施設内掲示とパンフレット等で紹介されている。また、毎年の事業計画に落とし込み、毎月開催する業務会議の中で配布し、6カ月後には事業計画の振り返りを通し職員への周知が図られる仕組みとなっている。</p> <p>なお、利用者や家族等に対する周知状況は十分ではなく、現在、利用者や家族に向けた分かり易い説明資料を作成中であり、その資料を基に説明し周知に努めて欲しい。</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。	a・ⓐ・c
<p><コメント></p> <p>毎月開催される経営会議や毎週開催されるグループ連絡協議会の中で、利用率・収支状況や課題等について話し合わせ、法人全体で情報が共有される仕組みとなっている。</p> <p>しかし、地域包括支援センターを通して地域民生委員の意見等を吸い上げる仕組みはあるが、地域の福祉に対する需要の動向や福祉サービスのニーズ等を把握・分析までは行っていない。今後様々な機会を通じ経営環境の変化を把握していくことが望まれる。</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。	ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>理事長、各施設代表者等で構成した業務会議やグループ連絡協議会で明らかになった課題は毎月開催される職員会議の中で話し合い、改善に向けて取り組んでいる。利用率向上につなげるため、入院等で空床となった場合、ショートステイの受け入れで対応している。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>昨年、中・長期計画を策定し、現在、取り組みを推進している。</p> <p>一方、中・長期計画の取り組みに当たって、計画の進行管理や課題を解決していくためには、法人役員の理解はもとより、職員の参画が不可欠なことから、職員も参画し 組織的に検討できる会議の開催が望まれる。さらに、中・長期計画を実現するために具体的な数値目標の設定や収支計画の検討も望まれる。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>単年度の事業計画は、中・長期計画を踏まえた事業計画となっており、毎月の経営会議において、収入等の月次報告や利用者の推移等、具体的に示されているが、事業計画に具体的な数値目標が少ない。</p> <p>なお、進行管理の観点から事業計画には具体的数値目標等を設定し、年度終了時の実施状況の評価につなげることが望まれる。</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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の策定は、施設長が職員の意見を集約し作成している。出来上がった事業計画は毎月開催される業務会議の中で職員に周知されている。事業計画の評価・見直しも業務会議の中で職員の意見を取入れ行っている。</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・㊦・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は事業所内に掲示されており、家族懇親会等の折に伝えているが、事業計画について利用者や家族等に対して説明がされていない。</p> <p>利用者・家族等に分かり易い資料やリーフレット等により説明し、周知・理解を図る取り組みが望まれる。</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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>毎年、事業計画に基づき職員全員で自己評価に取り組み第三者評価を受審するほか、満足</p>		

<p>度調査や利用者アンケート・職員の虐待防止チェックリストを実施し、課題を明らかにし、福祉サービスの質の向上に努めている。</p> <p>また、日常的に利用者・家族の相談・苦情・要望等を聞き取り、職員間で共有しながら、改善に向け取り組んでいる。</p>		
9	<p>I-4-(1)-② 評価結果にもとづき組織として取り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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>第三者評価・満足度調査・利用者アンケートの結果を毎月開催する業務会議の中で、職員に周知し、課題等が共有されている。課題は事業所内の委員会（管理運営・安全推進・処遇改善検討）で検討し、改善策を策定し、取り組みに繋げる等、PDCAサイクルで継続して実施されている。</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
<p>Ⅱ-1-(1) 管理者の責任を明確にしている。</p>		
10	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの事務分担は明文化されており、管理者は職員会議等で自らの考えを伝え、職員の理解が得られるよう取り組んでいる。</p> <p>なお、役職ごとの職務分掌は文書化されておらず、職員それぞれの役割や責任を明確にしていけないので、役割や責任を明らかにした事務分掌を作成、配布するなど理解を深める取り組みが望まれる。</p>		
11	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者は、老施協の研修会や事務長・施設長会議に参加し、遵守すべき各種法令や制度改正等の情報を収集している。職員が遵守すべき内容を分かり易く資料で示し、職員会議等で理解と遵守の徹底に努めている。</p>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップを発揮している。</p>		
12	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの質の向上は、職員それぞれが所属する3つの委員会の活動が基になって行われている。管理者も委員会に参加し、職員と意見交換しながら、アドバイスや指示を出している。また、管理者は、事業所内の研修会の講師を担う等、指導力を発揮している。</p>		
13	<p>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。</p>	a・b・c

<p><コメント></p> <p>定期開催される法人の経営会議やグループ連絡協議会に参加し、管理者は、事業所の経営状況や課題等の把握に努めている。経営改善や業務の実行性を高めるために組織として対応が必要であることから、事業所内の各委員会や職員会議において経営会議で得た情報等を伝え、改善に向けて話し合い、職員の意見も取り上げながら、改善をアドバイスする等、指導力を発揮している。</p> <p>また、職員不足となっていたため、ハローワーク等の職場説明会に参加し、人員確保につながっている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>長期目標の中で「適切な人材確保」・「人材育成」を掲げており、ハローワーク等の職場説明会に積極的に参加し、今年度不足分の人員確保は出来たが、長期目標に掲げる予備人員の確保までには至らなかったため更なる取り組みが望まれる。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>期待する職員像が伝わり、職員自らが将来像を描くことができるようキャリアパス制度を導入している。年に2回の人事考課の実施により、職員の職務能力・成果・職員の意向等を把握し、管理者面接による人材育成・活用・処遇・評価等が総合的に実施されている。</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>管理者は日常的に職員とコミュニケーションを取り、年に2回の個別面談も実施し、職員の意見や意向を把握している。職員の意見を取入れ、腰痛対策として介護ロボットを導入したり、毎週水曜日にノー残業デイを推奨したり、働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。また、定期的に職員のストレスチェックを実施し、職員の心身の健康に配慮した取り組みを行っている。</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>期待する職員像が伝わり、職員の将来像が描けるキャリアパスの導入や人事考課が実施されている。年に2回の個別面談の中で職員の目標の達成状況等を職員とともに検証し、目標を見直し、半年後に再度検証を行いながら、目標管理が実施され、管理者による面談・アドバイスも適切に行われている。</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、	a・b・c

	教育・研修を実施している。	
<p><コメント></p> <p>年度別研修計画が作成され職員に偏りが無く各職種とも研修に参加している。</p> <p>しかし、体系化された研修計画は策定していない。計画的な人材育成の観点から、技術水準、資格取得、経験年数等キャリア形成に配慮した研修体系の策定が望まれる。</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>研修計画に沿って計画的に研修が実施されている。キャリアパス制度を導入し職場内・外研修を始め自己啓発等、多岐にわたる研修の機会が確保されている。</p> <p>なお、職員一人ひとりの研修受講履歴は作成されていないので、職員がどのような研修や教育等の受講履歴があるか把握できるような記録の工夫が望まれる。</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>実習生の受入マニュアルが整備され、実習生の受け入れを行い養成・支援に関わる専門職の教育・育成に対応している。実習内容については、学校側と連携したプログラムで行っており、平成29年度は、教員免許取得のため1名の実習生を受け入れている。</p> <p>最近、公共交通機関の不便さ等で福祉専門学校の実習申込がないので、福祉人材を養成する観点からも事業所からも養成校への働きかけをして欲しい。</p>		

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>ホームページや広報誌、パンフレットで、法人理念・事業概要・財務状況等を掲載し情報開示に努めている。利用者や家族、関係者に広報誌やパンフレットを配布し、事業所内に事業計画等の掲示をしている。</p> <p>なお、ホームページで公開している財務状況は、利用者・家族・関係者がいつでも自由に閲覧できるようファイルの事業所内設置等、見やすさや分かりやすさに配慮した情報提供もあるとさらに良いと思われる。</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>財務監査は、法人監事による監査が行われているが、小規模事業所のため、公認会計士等による外部監査は実施されていない。毎月開催される経営会議の中で税理士等が専門的な立場から会計や設備管理等へのアドバイスや指導を行っている。</p> <p>今後はさらなる法人運営の透明性の確保のため、社会福祉法人審査基準に基づき外部監査</p>		

の実施が望まれる。

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。	@・b・c
<p><コメント></p> <p>地域との交流と連携が重要であることから町内会に加入し、敬老会や運動会等に利用者と参加している。また、事業所では地元の小学生と毎年、世代間交流（一緒に団子さしを行ったり、職場体験受入）を行っており、法人の夏祭りに地域から大勢の参加が得られる等、地域と事業所の相互交流が行われている。</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。	@・b・c
<p><コメント></p> <p>ボランティア受入れマニュアルが整備され、受入れにあたっての手順や流れが明文化されている。地域の小学校との交流が定期的に行われ、地域婦人会・民謡教室・傾聴ボランティア等、多くのボランティアを受け入れ利用者の楽しみとなっている。</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>職員は、担当する職務に必要な社会資源を把握しており、リスト化し、冊子にまとめている。必要な時に利用できるよう食堂の本棚やサービスステーションに置いてある。利用者へより良い福祉サービスを提供出来るよう関係機関や団体の連絡先を把握し、その関係機関との連携が適切に行われている。</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>地域住民や家族が参加する事業所の施設見学会が開催されており、利用者の日々の活動や食事を体験出来る機会となっている。</p> <p>また、地域の要望をもとに月に2回、書道教室を開催しており、参加者の家族が見学に来た時には相談事業も実施する等、地域貢献事業を行っている。</p> <p>さらに、福島市と福祉避難所の協定を締結したり、地域包括支援センターが主催するオレンジカフェで生活相談員が施設の紹介を行ったりしている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>昨年、地域包括支援センター等が地域ニーズを基に、地域住民向けの介護予防教室を開催した際には、事業所の職員を派遣した。今年は、地域貢献事業として事業所で実施している</p>		

書道教室へ家族が見学に来た時は、家族への相談支援事業を実施しているが、地域福祉ニーズに基づく公益的事業や活動の取り組みは行われていない。地域との懇談会や関係団体との連携等により把握した地域の福祉課題を法人の公益的な活動に結びつける検討も望まれる。

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
<p><コメント></p> <p>利用者・家族への満足度調査・アンケートの実施、職員による虐待防止の自己チェック、さらに入職時の倫理規程の研修と年に1回身体拘束廃止・虐待防止の研修を実施し、基本的な人権に配慮したサービスの提供に取り組んでいる。各調査等で明確になった課題については、職員への個別指導・助言・研修を行い、組織全体で改善に向けた取り組みを実施している。</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>プライバシー保護に関わるマニュアルが整備されている。安全推進委員会（身体拘束廃止・虐待防止・事故・ヒヤリハット等の対策を検討）を毎月開催しており、半年ごとに全職員が虐待の芽チェックリスト実施後、管理者の個別面談を受けている。新人職員研修ではプライバシー保護と個人情報保護をマニュアルにより説明し、年間研修では身体拘束廃止・虐待防止研修を行う等の取組がなされている。</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。		
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。	@・b・c
<p><コメント></p> <p>利用希望者にはパンフレットを配布のうえ施設内を案内し、丁寧に説明をしている。しかし、ホームページで事業所の概要は伝えているが、十分とは言えない。現在使っているパンフレットは、法人全体のもので事業所の説明をするには、情報が少なく、分かりづらいため、事業所独自のパンフレットを作成中である。今後は、出来上がった事業所独自のパンフレットを支所等の公共施設に置くこと等を検討することに期待したい。</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。	@・b・c
<p><コメント></p> <p>サービスの開始時・変更時には、重要事項説明書・利用契約書・一日の流れ等に基づき、サービス内容・利用料金等について専門用語を交えず平易な言葉で説明するように配慮している。また、利用者も理解できるようにゆっくり説明する等の工夫をしている。説明後には、利用者・家族の同意を書面で残している。</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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>他施設への移行時には、施設での生活状況等を書面で詳細に伝えている。また、退所時には、今後も相談に応じる事を説明し、実際に相談員等が対応している。</p>		
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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者・家族へ毎年満足度調査を実施し、満足度が少しずつ上がっていることが数字で示され職員の仕事への励みになっている。また、調査結果の検討会議に利用者にも参加してもらい満足度向上に取り組んでいる。訪問調査時に市の介護相談員と穏やかに懇談する様子が観察されるなど、四季折々の行事やボランティアの訪問等で充実した生活を送っている。</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。		
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・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決委員会を設置し、苦情対応フロー・苦情解決マニュアルが整備されている。苦情についてはマニュアル通りに適切に対応し、検討・記録し、家族の同意を得て公表している。意見・苦情箱も設置しているが苦情は入ったことがなく、本人から直接聞き取るほか家族の訪問時に職員が丁寧に意見を聞き対応している。</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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>傾聴ボランティアを毎月受け入れ、利用者が意見を出しやすい環境作りに取り組んでいる。また、福島市介護相談員が定期的に訪問し本人の意向を聞き取り、施設職員と懇談し希望等を共有しており、職員の聞き取りも含め利用者が要望など伝える機会を多く設けている。</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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>苦情解決マニュアル・苦情対応フローが整備されている。利用者からの相談や意見は職員が聞き取り、業務会議で速やかに話し合い対応している。また、利用者同士のトラブル等にも、迅速に対応し穏やかに過ごせる環境を整えている。</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。	㊟・b・c

<p><コメント></p> <p>安全確保・事故防止に関する内部研修は毎月行われ、事故防止に取り組んでいる。介護事故・ヒヤリハットカンファレンス実施マニュアルがあり、介護事故の定義も具体的に示されている。また、それぞれの事故に対しての対応手順も整っている。</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。	a・㊦・c
<p><コメント></p> <p>感染症予防指針、発生時の対応マニュアルが作成され、年に2回内部研修を実施し全職員が処理や対応方法を理解している。また、外部委託業者が実施する清掃は日に2回行われ、その際換気も行われている。</p> <p>なお、マニュアルについては初任者でも対応できるよう文書に加え、分かり易く図式化したフローチャートなどの作成が望まれる。</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。	㊦・b・c
<p><コメント></p> <p>災害発生時の対応手順及び災害フローチャートが作成されている。地下には自家発電設備・貯水タンクがあり食料も3日分貯蓄される他、ラジオ・電灯・毛布等も揃えている。また、消防計画に基づき避難訓練（火災・地震・土砂災害等の想定訓練）を毎月行っている。さらに、1年目の新人職員が避難の手順を理解しており災害に対する意識が高い。</p>		

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
<p><コメント></p> <p>標準的サービスの実施方法はマニュアル化され、見直しもされている。個別サービス計画書については介護支援専門員によって作成されているが、評価はそれぞれの専門職が行い、全体を担当者会議録にまとめているが、総合的評価を全体で行う必要がある。PDCAサイクルを充実させ、総合的な援助の方針を全体で確認しサービス提供にあたることを期待する。</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>各種マニュアルを作成し、実態に沿ったものとなるよう委員会で内容を見直し、改善に取り組んでいる。また、利用者満足度調査の結果を踏まえ、サービスの質の向上に職員が共通認識を持って取り組んでいる。</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>部屋ごとに担当職員を決め日常的な関わりや利用者満足度調査の中から利用者のニーズの把握に努め（言葉で伝えられない利用者については、日々のケアから引き出してる）、家族の意向と合わせ、個別サービス計画書を作成している。家族の意向は家族の訪問時に聞き取り、確認しているが、訪問の困難な家族については電話で確認し、個別サービス計画書に反映させている。</p>		
43	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>定期的または状態変化に応じ多職種で担当者会議を行い、個別サービス計画書に沿って専門職が評価を行っているが、介護支援専門員の総合的な評価が確認出来なかった。また、全職員が利用者ごとの総合的な援助内容を把握し、サービス提供にあたることが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録を適切に行っている。</p>		
44	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ケアプランの内容が反映できるよう記録マニュアルの改訂を行い、介護・看護を統一した書式で記録されている。また、朝夕、多職種職員間で申し送りを行い利用者の状態を把握しサービス提供にあたっている。</p> <p>今後はPCネットワークシステム等を利用し、福祉サービス実施状況の記録の効率化と職員間での利用者情報の共有に努めることが望まれる。</p>		
45	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>個人情報に関する規程に基づき、職員・委託業者と守秘義務に関して誓約書を交わし、個人情報保護規定を遵守しながら、管理している。また、利用者・家族に利用前に個人情報の取り扱いについて丁寧に説明しており、さらに記録の保存、廃棄なども規程に基づき適切に行なっている。</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＞ クラブ活動の年間計画を立て利用者が自由に選択・参加し、楽しんでいる。一日のタイムスケジュールはあるが利用者の心身の状態に合わせたサービスを提供している。また、毎日その日のレクリエーション・クラブ活動を知らせ、それぞれの希望に沿って活動出来るよう支援している。週末は利用者の「〇〇がしたい」を聞き取り、実施している。		
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＞※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。	Ⓐ・b・c
＜コメント＞ 利用者の状態に合わせ筆談やジェスチャーも取り入れ、思いや希望を聞き取れるよう努めている。また、接遇に関する研修も行い利用者一人ひとりへ配慮できるように対応している。法人で試験的に話したり・歌ったりするロボットを2体導入している。これは認知症の利用者に有効でロボットの質問に答えたり、歌を歌ったりして言葉が多く出る機会となり、利用者のコミュニケーションケアアップにつながっている。		
		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。	a・Ⓒ・c
＜コメント＞ 高齢者虐待防止マニュアルを作成し、施設内研修も行い職員間で共通認識をもっている。		

また、年に2回チェックリストを活用し職員面談を行い、権利侵害防止への意識を高めている。

なお、今後は利用者にも具体的な例を示し嫌なことがないか確認する等、利用者から声を出せるような工夫も望まれる。

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。	㊟・b・c
<p><コメント></p> <p>施設内は適温で、委託業者が入り1日2回の清掃と週2回のリネン交換が行われ、清潔が保たれている。食堂兼共有スペースで利用者がくつろぎ、レクリエーション・趣味活動の場となっている。また、居室には自宅からの持ち込み品・写真等が置かれており、これまでの生活を継続できるよう配慮されている。</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>入浴マニュアルに沿って、入浴前にバイタルチェックを行い、感染症にも配慮し、支援している。また、脱衣カゴには個々の入浴介助方法・リスクが記入された入浴リスクカードを入れ、福祉用具も使用し安全な入浴を行っている。さらに、自立支援への視点を持ちながら、カーテンやバスタオルを使用して羞恥心に配慮し、1対1の入浴介助が行われている。週2回は入浴できるよう取り組みがなされている。</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>利用者の状態に応じた排泄の支援にあたっている。出来る限りトイレでの排泄を促し、利用者の状態に応じ職員二人体制で介助にあたることもある。また、安全第一に排泄が終了するまでその場に付き添う、トイレの前で終了の合図まで待つ等、個々に配慮した排泄支援にあたっている。オムツ・パットも利用者の状態に応じ使い分けをしている。</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>利用者は自分の歩行状態に合った適切な福祉用具を使用（車椅子<25名>）、歩行器<5名>、杖<1名>）して移動している。移動個所に物を置かないようにして移動の安全を確保している。また、移動に介助が必要な利用者にはコールを押してもらい、迅速に対応出来るようにしている。職員は定期的に移乗・移動の実技研修を受けている。利用者は外出行事を楽しみ</p>		

にしており、安全な移動支援のもと花見等も少人数のグループで数回に分けて実施している。

		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>定期的に嗜好調査を行い、結果を献立に反映させ・個別対応もしている。また、金曜日は選択メニューで主菜を肉か魚で選べる等サービスの充実を図っている。食堂から厨房がガラス越しに見え、食欲増進を視覚から訴えている。また、食前に食堂で行う口腔体操もより効果的である。食事中はテレビを消し、座席へも配慮が行き届き和やかに食事されている。</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>利用者一人ひとりの栄養ケア計画があり、身体状態に合わせた食事形態で食事が出る。また、自力摂取が出来るよう適切な自助具を使用している。月1回医師によるミールラウンド（食事の観察）を実施し飲み込みの様子を診て、嚥下状態を確認し食事形態・介助等に活かしている。食事中の事故対応のマニュアルも作成されている。食事作りは委託サービスだが職員の管理栄養士と栄養士が連携し適切なサービス提供に努めている。</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>週1回歯科衛生士が口腔内チェックを行い、看護師・介護職員に状態を伝え、口腔ケアの方法を助言している。それを受け、利用者個々に合った口腔ケア計画書を作成し、利用者の状況に応じた支援にあたっている。</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>現在褥瘡がある利用者は1名おり、月1回アルブミン値検査を実施している。また、褥瘡を予防するため、福祉用具を活用したり、体交チェック表には注意点を記載し、体位交換を行ったりしている。ポジショニングの方法は居室に写真を掲示し確認しながら支援している。さらに、食事チェック表もあり栄養面からも考察し、多職種で工夫し予防とケアにあたっている。</p>		
		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・b・㊟

<p><コメント></p> <p>経管栄養への研修は実施しているが、喀痰吸引は実習を受けた介護職員がいないため看護師が実施している。今後は介護職員も実習を受け資格を取り、喀痰吸引や経管栄養を必要とする利用者が生活の場において、安心・安全に暮らし続けられるよう、適切なケアの提供に努めて欲しい。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>研修を受けた看護師が機能訓練指導員として、日常生活の中での活動を機能訓練として位置付け、実施しており、実施状況についても定期的な評価・見直しを行っているが、機能訓練士など専門職と連携が出来ていない。今後、法人グループ内の機能訓練士の助言を得るなど、より効果的な機能訓練につながる取り組みも望まれる。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>認知症の利用者が穏やかに落ち着いて過ごせるよう一人ひとりの心身状況に合わせて適切に支援されている。また、職員とのコミュニケーションの中から好きなこと・興味のあることを個々に引き出し、利用者にあった活動を準備している。行動パターンを把握しBPSDに対応し落ち着く利用者、まったく効果のない利用者がおり困惑する場合があります、事業所として認知症ケア専門士の取得を促している。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>急変時対応については年1回研修を実施し、看護師・介護士とも理解し迅速に対応出来るように連携している。日々の健康情報は朝夕の申し送りで行っている。薬の研修も提携薬局からの出前講座で学習している。</p> <p>なお、急変時の対応手順などマニュアル作成までには至っていないので、検討が望まれる。</p>		
		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
<p><コメント></p> <p>利用開始時に家族に終末期の意向を確認し、重度化した際に再度家族に確認し、支援して</p>		

いる。医師との連携体制も整備されている。また、終末期ケア研修を年1回実施しており、死について受け入れられるよう看護師・施設長が精神的ケアを行っている。

しかし、利用者は入院が多く看取りをしたのは1件と少なく、終末期対応マニュアルは作成されていないので今後作成を検討することが望まれる。

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。	@・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月、当月の施設での活動の様子・翌月の予定、利用者の当月の様子を写真も使い、家族に事業所だよりを送付している。また、利用者の状態に変化があった場合は、その都度家族に報告し記録を残している。面会時や家族会でサービスの説明をし、意見や要望を聞く機会を持ち家族面談表に記載している。年1回、利用者・家族満足度アンケートを実施し、集計したものを家族にも報告するなど連携が図られている。</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>※訪問介護のみ</p>		