

(公表様式1)

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：いなわしろホーム	種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 菊川 一雄	定員（利用人数）：80	
所在地：福島県耶麻郡猪苗代町大字三郷字寺南 7962-1		
TEL：0242-66-4123	ホームページ： http://www.inawashiro-home.org/	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日 平成4年11月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 猪苗代福祉会		
職員数	常勤職員：54名	非常勤職員：22名
専門職員	生活相談員 4名	医師 3名
	看護師・准看護師 7名	看護師・准看護師 2名
	栄養士 1名	機能訓練指導員 1名
	介護支援専門員 2名	
	機能訓練指導員 2名	
施設・設備の概要	（実施サービス） 短期入所（身体障害者） 通所介護 訪問入浴（身体障害者） 居宅介護支援	

②理念・基本方針

<p><法人理念></p> <ul style="list-style-type: none">一. 地域と共に歩み、共に育み、共に生きる一. 心のふれあいを大切に、みんなで楽しい時間を創り出す <p><行動指針></p> <ul style="list-style-type: none">一. 私たちは、つねに利用者の皆様の「声」に耳を傾けます一. 私たちは、つねに地域のニーズを真摯に受け止め、地域の発展に力を尽くします一. 私たちは、つねに相手の立場を配慮し、お互いの意見を尊重します

③施設・事業所の特徴的な取組

猪苗代町の各関係機関や施設のある下館地区等との連携が図られており、利用者や家族との会話でも地域の中の「いなわしろホーム」という位置づけが感じられた。また、施設の方針や取り組みなどを家族会総会などで家族に理解される取り組みを行っており、家族が面会に訪れた際には必ず各担当職員が積極的にコミュニケーションを図るなど家族とのつながりを大切にしている。

平成 24 年度に増床を行った際に一部改築を行い、職員の意見を取り入れて、浴室の隣にランドリー室を設け着替えた衣類を持ち歩かずに洗濯ができることや、正面玄関や職員の玄関に洗面台を設けてうがい・手洗い・消毒ができるなど感染症の拡大防止の対策が徹底している。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 27 年 5 月 15 日（契約日） ～ 平成 27 年 12 月 22 日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	

⑤第三者評価機関名

社会福祉法人 福島県社会福祉協議会

⑥総評

◇特に評価の高い点

《サービスの質の向上への取り組み》

施設利用者の身体機能の向上に向け、機能訓練担当職員（理学療法士、作業療法士）の配置が充実しており、その結果、可能な範囲で身体機能が回復し、利用者自身や職員も安全で、ともに体への負担が軽減された介助となっている。また、職員に対しても統一した介助の方法が施設内のネットワークシステムを利用し動画でいつでも確認できるように工夫されている。

介護の向上については、介護向上委員会を中心に自立した排泄に向けて取り組んでおり、1年間で20名以上の方が紙おむつから布パンツへ移行するなど利用者の生活の質の向上とともに、個人を尊重したサービスの提供に取り組んでいる。

さらに、施設利用者の健康維持のため、歯科医師の月1回の診療、歯科衛生士の週1回の指導を受け、昼食後と夕食後に職員が歯間ブラシを使用し、利用者一人ひとりに口腔ケアの仕上げを行っている。そのことにより、口臭がなくなり、誤嚥性肺炎が少なくなるなどの成果がみられている。

《終末期の対応》

ターミナルケアマニュアルの整備、嘱託医の協力による内部研修、看護職員の夜勤体制、嘱託医と24時間の連絡体制など看取り介護を行う体制が整い機能している。自宅での看取りを希望する方には、信頼関係ができている嘱託医がそのまま主治医となり安心感のある体制作り、自宅で必要な福祉サービスへつなげる相談や引き継ぎを行い、利用者や家族が望む終末期の対応に柔軟に取り組んでいる。

◇改善を求められる点

《職員の質の向上に向けた体制づくり》

職員の教育・研修に関しては、内部・外部研修ともに積極的に取り組んでいる。キャリアパス体系に基づいた教育研修体系も構築されている。しかし、職員一人ひとりの習熟度に応じた年間研修計画が立てられていないため、今後は、キャリアパス体系とそれぞれの職員ごとの習熟度に基づいた研修計画を策定し到達度を客観的に評価することが望まれる。

《地域の福祉向上のための取り組み》

施設の所在地の地区とは災害時の協定が結ばれており、平成26年度の総合防災訓練には地域住民の方々も参加されている。また、熊の出没地域でもあることから地域の対策に協力するなど地域に貢献しているが、福祉ニーズの把握までは至っていないため、各関係機関や地域住民との連携を行う中でニーズを把握し、その結果に基づいて地域貢献活動に取り組むことが望まれる。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

1 法人1施設の特別養護老人ホームなので、公認会計士、社会保険労務士の外部の目を入れて23年間適切な経営に努めてきました。

今回受審するにあたり、人材育成理念である「共育」をモットーに、質の高いサービスを提供するため、職員全員で取り組みました。自己評価は概ね「C」でしたが、職員の意識が統一され、現状と課題の共通認識を持つことができ、大変勉強になりました。

さて、第三者評価では高い評価をいただきありがとうございます。強みと弱みが明らかになるとともに、ご指導ご助言を賜り多くのことを学び、見直す機会ができました。引き続き定期的に、自己評価・第三者評価を受審し、安心安全なサービス提供を目指します。

また利用者家族アンケートでは、地域の中で特徴ある介護を実践してきたことへのご理解をいただいていることがわかり、職員の励みになりました。感謝申し上げます。一方で、要望等もあり、真摯に受け止め改善に取り組み、利用者満足度の向上につなげていきたいと思っております。

今後も法人理念もと、地域と共に歩んでいく施設を目指し、ご利用者やご家族、地域住民、法人役職員の相互理解を図り地域貢献に取り組み、地域福祉を増進する事業展開に努めていきます。

⑧第三者評価結果

別紙のとおり

第三評価結果

※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、基本方針が確立・周知されている。		
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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>「地域と共に歩み、共に育み、共に生きる」「心のふれあいを大切にし、みんなで楽しい時間を創り出す」を理念とし、基本方針では、利用者の意思を尊重し、一人ひとり安心して安全に生活できるよう支援することとされている。施設内の見やすい場所に複数掲示されていることに加え、毎朝 朝礼で唱和するなど周知が図られている。また、広報誌の理事長挨拶にも理念についても触れられているが一部の広報紙でのみとなっており、今後は、理念と施設の目指す基本方針の意味を周知するため、広報誌の上部や職員や家族への文書の下部等に掲載し、一層の理解を図るよう取り組んでほしい。</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が的確に把握・分析されている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>施設長や副施設長は積極的に外部研修会に参加し、社会福祉事業全体の動向を把握し経営に努めている。また、施設利用者は低所得者が多いことから、平成24年度に行った増床を多床室等を含めて整備することにより町民が利用しやすい利用料の設定に取り組んでいる。</p> <p>施設長は、「猪苗代町介護保険委員」に選任され、町の潜在的利用者に関するデータは収集しているが、課題分析に至っていない。平成27年度は介護保険の単価改正があったため、課題分析を行い経営環境を把握することが望ましい。</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・ b ・c
<p><コメント></p> <p>各委員会や各領域の職員会議で職員の意見や要望の聞き取りを行い単年度の事業や予算計画を策定している。毎年行われる4月の職員全体会議において全職員へ前年度の事業内容や</p>		

決算の状況を円グラフで説明を行っている。主任者会議で2期を比較しキャッシュ&フローで課題を明確にしている。

経営状況の周知は行われているが、今後は経営環境に関連付け、公認会計士による指導も受けながら課題を分析し、役職員が情報を共有することに一層取り組んでほしい。

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が明確にされている。		
4	I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>社会福祉法人猪苗代福祉会中長期計画「未来プラン」(計画期間:2015年~2024年の10年間)が策定されており、毎年積み立てを行う資金積立計画も併せて策定され全職員に周知されている。</p> <p>計画は、介護保険の見直しが行われた平成27年度がスタートとなっており、今後3年ごとに見直しを行っていく計画となっている。中長期計画策定に際しては、事務局主導となったため、今後の計画の見直しに際して計画されている全職員参画による課題の分析と改善に向けた取り組みを行ってほしい。</p>		
5	I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>平成27年度からの中長期計画であるため、今年度の事業計画にはすべてがリンクしてはいないが、年度ごとの計画策定は全職員参画のもと行っており、全職員の意見が反映されたものとなっている。今後は、プラン・ドウ・チェック・アクション(P・D・C・A)のもと見直しを行いより良い、中・長期計画を反映した計画が作られることに期待したい。</p>		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	I-3-(2)-① 事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画の策定は、月1回のフロア(領域)会議において利用者の課題分析、事業の進捗状況の確認を行うことで翌年度の事業計画の骨子づくりを行っている。</p> <p>また、事業の進捗状況の確認は半年ごとに実施されているが、前年度の評価結果が翌年度の事業計画にどう反映されたかが分かりづらい。</p> <p>今後は、PDCAのサイクルのもと事業計画の見直しを行い、その結果がどう反映されているのかを全職員に分かりやすく周知する取り組みが求められる。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>事業計画は、家族会や入所時の説明会において周知するなど、施設の活動を理解いただけるよう取り組みは行われているが、職員の理解が十分に図られていない。</p>		

今後の取り組みとして、利用者の方に事業の一部でも理解していただける様、絵で見て解るような取り組みを行うとともに、施設の取組み（事業計画など）を職員個々が理解を深めることにより、利用者に伝えられるよう職員の育成を念頭に取り組んでほしい。

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が組織的・計画的に行われている。		
8	I-4-(1)-① 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>質の向上に向けた取り組みを16の委員会で行っている。全国老人福祉施設協議会が主催する介護力向上研修会(東北ブロック分校)の共通課題として実践している、水分の摂取やおむつ外し等の実践も数字として結果が出ておりケアの改善に取り組んでいる。</p> <p>今後は、評価結果を踏まえ、組織的にPDCAサイクルの実践が行われることにより「質」の向上に取り組んでほしい。</p>		
9	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>今回の第三者評価の受審に当たり、自己評価を組織全体で行う際に、改めて課題の認識が図られたとのことであり、それに伴う改善策の立案はされていない。</p> <p>今後は、月1回のフロアごとの会議や各種委員会での共通の検討課題として提示し、その結果を職員全体会議で確認し、取り組みを進められるよう、既存の取組みを活用しながら、役職員一体となった共通認識のもと取組み、改善の結果も全職員に周知する取組みが望まれる。</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) 管理者の責任が明確にされている。		
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>施設長は、各委員会において職員に対して業務分掌表を基に業務内容を説明するとともに、広報誌の挨拶においても方針を示している。また、不在時の責任についても副施設長への権限委任等が図られている。</p> <p>三か月ごとに開催される職員会議においても、自らの役割と責任について表明はしているが職員の理解はすすんでいない。今後は各委員会においても関連事項を周知するなど全職員が理解できるよう取り組んでほしい。</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>施設長は、各種研修会に積極的に参加し、情報の収集に努めていることが復命書により確認が出来た。施設内のパソコンのネットワークにより法令遵守に関わる情報を閲覧することが出来るが、全職員が見て理解しているかの確認はされていない。</p> <p>今後は、職員会議などの場を活用することにより、具体的な説明を行う機会を設け職員への周知に努めてほしい。</p>		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
<p><コメント></p> <p>施設長は各種研修会に参加することにより、自施設にマッチングする内容を自らも主任者会議や各種委員会に参画し検討している。</p> <p>平成26年度から全国老人福祉施設協議会が行っている介護力向上研修会にも職員を参加させ、現場で実践しその結果を残しており、利用者の安定的な利用につながっている。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>年2回、面談時に業務内容や労働条件等改善すべき事項を職員に確認している。また、経営状況の報告を主任者会議で行っており、職員への意識付けにも取り組んでいる。</p> <p>平成24年には増床も行っており、その際にも職員の意見を参考に、人員配置や増床時に働きやすい環境づくりに努めている。</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、人事管理の体制が整備されている。		
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が確立し、取組が実施されている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>平成26年度から、福島県の委託訓練事業に取り組み、障害者雇用を行っている。平成27年度は「福島県人材育成補助事業」の採択を受け人材の確保・育成に取り組んでいる。</p> <p>中長期計画の中に人材の確保について具体的な数字で示しているが、各専門職種別の計画となっていないため、各専門職種別の計画づくりに取り組んでほしい。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>職種ごとの期待する職員像は明確にしているが、その達成度を把握するための人事考課等の評価を行っていない。面接により職員の意向を把握し、改善にむすびつけているところもあるが、キャリアパスなど職員が明確に目標を持てる仕組みづくりに取り組んでほしい。</p>		

Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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>面接により職員の意向を把握し、改善に一部結び付けている。また、社会保険労務士の指導のもと規程の改正を行うなど職員が働きやすくなるように努めている。</p> <p>施設長は職員の働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでおり、平成28年4月を目途に、就業規則の改定に取り組まれている。今後は課題を認識している年次休暇の取得状況や時間外労働のデータを管理し、職員の配置などさらに働きやすい環境づくりに取り組んでほしい。</p>		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
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>面接のみで、客観的な評価が行われていない。平成27年度から中間面接を行う予定なので、面接により職員の意向を把握し、改善に結びつける取り組みと、キャリアパスなど職員が明確に目標を持ち到達度をチェックする仕組みづくりが望まれる。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a・b・ c
<p><コメント></p> <p>職務分掌により期待する職員像を示すとともに、基本方針や事業計画に明示している。毎月の職員研修会は全員参加として取り組んでいるが、策定されているキャリアパス及び研修体系による業務分掌に求められる能力についての研修計画が策定されていないことと、個別ごとの到達度を客観的に評価する仕組みが構築されていないことから、これらへの取り組みが望まれる。</p>		
19	Ⅱ-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>毎月行われる職員研修では、外部研修に参加した職員の復命も行っており、全職員に伝達する仕組みが作られている。全国老人福祉施設協議会が主催する介護力向上研修会にも積極的に参加しており、現場での実践活動で良い結果に結びついている。今後は、職員各個人の目標を明確に捉え、目標を達成するために必要な研修会が受講できるような研修計画づくりに取り組んでほしい。</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・育成が適切に行われている。		
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>実習生の受け入れマニュアルが整備されており、誓約書等の書類も整っている。実習指導者講習会の受講修了者が実習指導にあたり、学校の巡回指導の先生とも面談しながら課題分析を行い実習プログラムを策定し、効果的に介護実習に取り組める内容になっている。</p>		

今後は、実習指導者に対する定期的な研修会を実施しより良い実習に取り組める環境づくりや、関連する受入マニュアル、実習マニュアルを定期的に見直すなどし、今後は、より充実した実習が行われるよう取り組んでほしい。

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が行われている。		
21	II-3-(1)-① 運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>ホームページにより情報公開を行っている。また、広報紙は毎回5,600部作成し、新聞折り込みを行うとともに、職員の提案により新聞を購読していない方のために銀行・郵便局・ヨークベニマル・リオンドール・社会福祉協議会・役場などに広報紙を配置し施設活動の公開に努めている。</p> <p>今後は、今回の第三者評価の活用や、公認会計士により、会計上のみではなく事業にも関連させ、外部から施設の取組みを評価し、改善項目については具体的に情報公開に努める取組みが求められている。</p>		
22	II-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>法人監事及び公認会計士（顧問契約）による中間監査を行い、情報公開に努めている。施設物品管理委員会で、備品購入等の手順を作成し、必ずダブルチェックを行う体制を整えている。</p> <p>また、入所者預り金規程の見直しなど、定期的に見直しを行っている。さらに、法人に負債が無いこと次年度の事業展開に向け明確に積立目標があり健全・適正な経営がなされている。</p>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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>猪苗代町敬老会、作品展出展に毎年参加し地域との交流に努めている。また、施設の状況について猪苗代町の広報誌に掲載し情報の提供を行なっている。</p> <p>夏まつり等地域の方が施設を訪問する行事はあるが、今後は、自らが地域に出向き、地域の中の福祉施設という意識を住民へ周知するための具体的な計画づくりに取り組んでほしい。</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規程が整備されており、ボランティアの受け入れを行っている。ま</p>		

<p>た、地域住民の協力を得てペットボトルのふたを収集し小学校に寄贈するなど、地域住民のボランティア活動にも貢献している。</p> <p>今後は、ボランティア受入担当職員の研修の充実を図るとともに、課題として認識しているボランティアと利用者との関わりを推進するための取り組みに着手してほしい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
25	<p>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。</p>	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>猪苗代町ボランティア連絡協議会の総会等にも参加し、つながりを大事にしている。猪苗代町保健衛生連絡協議会や猪苗代町地域包括支援センターの勉強会にも参加し連携が図られるようになってきているが、地域の共通の生活課題を共有し、その解決に向け協働した取り組みには至っていない。</p> <p>また、社会資源の状況についても、猪苗代町が作成している当該地域の関係機関・団体に関わる冊子を活用しているが、個別の課題に応じて整理された内容とはなっていないため、</p> <p>今後は、福祉ニーズや生活課題に対応するための独自の社会資源のリスト作りに取り組んでほしい。</p>		
<p>Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
26	<p>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。</p>	a・ ② ・c
<p><コメント></p> <p>地域住民へポスター等を掲示して、施設行事への参加を呼び掛け、子どもや大人が多数参加している。また、施設が所在する地区と災害協定を結び、相互支援の協力体制をとっている。平成26年度総合防災訓練では利用者家族、地域住民も参加し、平成27年度には、地元地区との連携により熊対策の支援をしている。</p> <p>今後は、福祉施設が有する機能として、家族介護講習会や栄養・食事の講習会等地域の集会所等を利用した出前講座など自らが出向き、地域貢献活動に取り組んでほしい。</p>		
27	<p>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。</p>	a・b・ ③
<p><コメント></p> <p>施設所在地の地域には熊が出没することから、住民を含めて熊鈴の購入費用を助成するなど、地域貢献に取り組んでいるが、地域の福祉ニーズの把握には取り組めていない。</p> <p>今後は、法人の理事の所属する団体や関係機関・団体、地域住民の生活に係る職種の方々との連携を行う中で地域のニーズを把握し、その結果に基づく活動に取り組んでほしい。</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が明示されている。		
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>「ケア基準書（対応・姿勢・知識の基礎）」には、理念をはじめそれに基づく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、研修会や職員会議で周知に向けた取り組みが行われている。</p> <p>また、サービス提供の各マニュアルには、利用者の尊厳を損なわないように目的や留意点が記載されている。</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が行われている。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>ケア基準書やマニュアル（排泄、入浴など）の中にプライバシーの保護に関する留意事項がわかりやすく記載されている。また、「猪苗代福祉会職員倫理規程」にも権利擁護とプライバシー保護について記載されている。利用者のプライバシー保護マニュアルも整備されており、職員会議等で職員への周知を図っている。</p> <p>職員による不適切な事案が発生した場合は、個人にあった改善計画を基に1か月ごとに振り返りを行い改善に向けて取り組んでいる。</p> <p>今後は、不適切な事案が発生した場合の改善に向けた取り組みも行われていることから、さらに組織としての対応を職員へ周知するため、その改善内容が明示されればより効果的と思われる。</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）が適切に行われている。		
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>施設利用の前には必ず施設を見学してもらい、利用者や家族が納得し利用できるような個別の対応を行っている。</p> <p>また、利用者の家族との関係づくりに積極的に取り組んでおり、施設の活動をよく理解されている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るに当たり、組織が定める様式に基づき利用者や家族等に分かりやすく説明を行っている。</p> <p>また、理解を得るための方法として、写真や画像などを利用することで、分かりやすい説明を行っている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>サービス終了時には、その後の相談方法など口頭での説明の他に文書として配布している。家族の希望により、自宅へ戻って終末期を迎える方には、生活環境の継続を図るため自宅の部屋の環境整備の協力や、嘱託医がそのまま主治医となって往診を行う体制、居宅ケアマネへの移行や、訪問看護、訪問入浴など自宅での生活に必要な福祉サービスの相談や引き継ぎを行い、退所後の支援体制への協力が行われている。</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、取り組んでいる。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>家族の面会時にケアマネや介護員などが聴き取りを行っている。また、家族会総会などへ職員も参加し、意見交換を行い満足度の上昇に努めている。</p> <p>利用者への嗜好調査はあるもののアンケート調査などは行われていない。</p> <p>今後は、面会時などに意見を聴くことの他に、アンケート方式による調査を行うことで、より深い意見の徴集に努めてほしい。</p>		
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。		
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
<p><コメント></p> <p>苦情の内容、および解決結果を申し出人に配慮した記載で施設内に掲示している。</p> <p>苦情があった場合は、速やかに検討会議を開き改善へ向けての取り組むとともに、申出人に回答される体制づくりが行われている。</p> <p>第三者委員へは全ての苦情を半期に一度報告し、状況を把握されるよう取り組みがなされている。</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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>各フロアに職員の顔写真が貼ることで相談する相手を選びやすくしており、相談場所も選べる環境にある。</p> <p>言葉が話せない方には筆談できるように、常時車いすの後ろに小さなホワイトボードとペンを入れており、筆談の様子も確認できた。また、入所されて間もない方には、こまめな声かけを行っている。利用者との面談では「話をよく聴いてもらっている」との声があった。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>「利用者からの意見に対する対応マニュアル」が整備されているほか、「ケア基準書」には、苦情・相談・提案・意見要望の検討から改善・実行までの過程がわかりやすく記載されており、新任職員も理解しやすい。</p>		

<p>意見箱については、全部で4カ所に設置され、置く場所も事務所前の他、職員から見えにくい談話スペースに置いてあり、意見が出しやすい配慮がされている。</p> <p>しかし、対応マニュアルを常に活用しているものの、現時点では見直しが行われていないため、定期的なチェックが望まれる。</p>		
<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が行われている。</p>		
37	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメントに関する責任者、副責任者が決められ、委員会は原則1ヶ月に1度行われており、事故の振り返りを行い、改善を図っている。</p> <p>事故発生時の対応やリスクマネジメントの研修が行われていることは記録により確認ができた。</p> <p>事故が起きた場合は、事故発生報告書を速やかに提出し、事故検討会議も行われている。事故報告書や検討会議録は回覧により職員への周知を図っている。</p>		
38	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>感染症の予防や発生時のマニュアルが整備されている。感染症対策委員会は基本的には2ヶ月に1度開催され、職員の研修（勉強会）は、食中毒やインフルエンザ等に関してタイムリーに行われている。</p> <p>過去の感染症の拡大の経験から「まん延の原因は職員」として、使い捨てにできるもの（お尻拭きやおしぼりなど）は、使い捨て用品を利用するなど感染症予防を徹底している。さらに、着替えたものを持ち歩かず即洗濯ができるようにとランドリー室を浴室の隣に設置し、菌をまき散らさない工夫がされている。</p>		
39	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p><コメント></p> <p>雪の被害が多い地域であることから、屋根に融雪装置を取り付け、落雪の対策を行っている。また、災害時には施設の建物を車両が横断できるように対策をとられていて、停電に備えては自家発電機を設置するなど整備がされている。</p> <p>非常時に備えての食料は3日分、米は7日分備蓄されているほか、非常用物品については、施設物品・環境整備委員会が2ヶ月に1度開催され、定期的な見直しを行い非常時に備えている。</p> <p>施設のある地域自治会とは、互いに助け合う災害時の支援協定がされている。</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が確立している。		
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が文書化され福祉サービスが提供されている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>「ケア基準書」は全員に配布されており標準的な実施方法がわかりやすく文書化されている。その中には、利用者の尊重も記載されており、プライバシーに関しては随所に記載されている。マニュアルの中にも詳しく記載され、パソコンのネットワーク化がされていることから職員はいつでも見ることができる。</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が確立している。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>介護向上委員会が設置され、例えば排泄ケアについては改善プランの立案、実施、見直しなどが全職員協力のもと行われており継続されている。</p> <p>個別ケア会議の記録からも、実施方法の検証、見直しが行われている。</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が策定されている。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>「福祉サービス計画の作成と見直し」には、アセスメントから計画策定、実施、評価、見直しといった流れの手順が留意点も含めてわかりやすく説明されており、それにもとづき実施されている。</p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画が策定されており、そこには、具体的なニーズが明示され、ケアプランにもとづく実施記録が記載されている。</p> <p>サービス担当者会議は家族、出席可能であれば利用者本人、施設長など多職種参加のもと行われている。家族には、経過記録（実施記録）や経過報告をもとに説明をおこなっている。</p> <p>支援困難なケースについても時間をかけ検討し、解説に向けた取り組みを行っている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画の見直しや見直しの時期などはケア基準書やマニュアルの「施設サービス計画の作成と見直し」の頁や「施設介護支援におけるケアマネジメントの過程」に定められており、手順どおりに実施しているのが実施記録から確認できた。</p> <p>日常行動の観察からニーズを把握し、ケアプランに結びついているのが課題別ケアプラン表を見ると一目で理解できる。</p> <p>個別ケア会議も定期的に開催され、経過や改善方法も経過記録（実施記録）から確認できる。</p>		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		

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が適切に行われ、職員間で共有化している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりのサービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることは、利用者個別の経過報告、ケア記録、課題別ケアプラン表等の記録により確認できる。</p> <p>日々の情報の共有については、パソコンのネットワークシステムを利用し、またフロア会議も毎月行われており、共有を図っていることが会議録にて確認できる。</p>		
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ケア基準書の「守秘義務（個人情報の保護）」は新任職員でも容易に理解できる内容となっている。</p> <p>個人情報規程や利用者向けの「個人情報に関する基本方針」が作成されており、その中には、個人情報の管理責任者が理事長と明文化されている。</p> <p>個人情報の開示については、個人情報相談窓口が設定されているにとどまっているため、情報開示規程等の作成が望まれる。</p>		

第三者評価結果（特別養護老人ホーム）

※すべての評価細目（18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 支援の基本

		第三者評価結果
1	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>余暇活動で一つの作品を完成させるために、一人ひとりの能力に応じてできる箇所を担当してもらうなどの取組が行われている。</p> <p>日常生活において、特に排泄についてはトイレ誘導を行い1年間で紙おむつから布パンツへ移行した方が20名以上と取組に成果が見られ、利用者自身も満足されている。</p> <p>余暇活動は施設側が用意したものであり、「生きがい」といった視点での取り組みが弱い。今後は、利用者の「生きがい」づくりといった視点を持ち、余暇活動を少しでも利用者の希望に添ったものになるよう取組んでほしい。</p>		
2	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。	a・ b ・c
<p><コメント></p> <p>耳が聞こえない方には筆談を行うなどして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。また、コミュニケーションの取り方については、ケア基準書の中の「言葉と態度」の項目の一つひとつ丁寧に記載されており、例えばシーツ交換時もよいコミュニケーションがとれる機会であることなど、職員に丁寧に教えている。目の前の業務を優先させてしまう職員には、利用者理解のためにもコミュニケーションが重要であることを何度も話合うことで改善に取り組んでいる。</p> <p>生活相談員においては、利用者とのコミュニケーション不足を感じていることから、事務の役割分担を見直し、利用者とのコミュニケーションの時間確保が望まれる。</p>		

A-2 身体介護

		第三者評価結果
3	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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>入浴は利用者の状態に合わせ、3種類の浴槽を取り入れ安全に行っている。また、体調に合わせて入浴日の変更も行っている。</p> <p>介助にあたっては、同性による介助が基本となっており、利用者の尊厳に配慮している。土地柄、冬期間の寒さに対しては天井に遠赤外線ヒーターを取り付けるなどの配慮がされて</p>		

いる。		
4	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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>二人介助によりできるだけトイレでの排泄が行えるよう取り組んでおり、紙おむつから布パンツに移行した方が1年間で20名以上にのぼるなどの効果がみられている。</p> <p>トイレには全てドアがついているが、車椅子で入る方はドアを閉める行為が難しいため、トイレの中にカーテンを取り付け、見えない配慮がされている。</p> <p>トイレの介助中に利用者が気を使ってしまうような不適切な声かけをする職員がおり、その職員に対しては改善へ向けて定期的に指導を行っているが、全職員への周知が一層求められる。</p>		
5	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・b・c
<p><コメント></p> <p>理学療法士2名、作業療法士1名、機能訓練担当の看護師1名、鍼灸師1名の計5名の他、顧問の理学療法士もおり、機能訓練に力を入れている。利用者個々に対しての移乗動作や臥床時の体位交換の方法などパソコンのネットワークシステムを使用し、動画でいつでも確認できるため、統一された介助が安全にできるよう取り組まれている。</p> <p>機能訓練では、つままりながらも立つ練習が行われており、利用者、職員双方にとってより安全で体に負担のない介助につながっている。</p>		
6	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>ケア基準書や褥瘡のマニュアルには予防の大切さやマッサージの効果、行ってはいけない処置など細部にわかりやすく記載されている。また、適切な体位交換を行うことにより悪化を防いでいるが、発生予防については看護職員と介護職員間のさらなる連携の強化が望まれる。</p> <p>食事面の予防では、食事の摂取状況に応じて速やかに多職種間で協議し、栄養補助食品などの利用につなげている。</p>		

A-3 食生活

		第三者評価結果
7	A-3-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>嫌いな食べ物には代替りのものを出すなどの配慮がされている。食事中には好みの音楽をかけるなど楽しく食べられる雰囲気作りを行っている。ソフト食も取り入れられ、訪問時には魚のソフト食が提供されていて、利用者自身が何を食べているのか分かる状況となっていた。</p> <p>看取り期には、その方が好きだったものを家族の協力を得て提供している。</p>		

体調の変化時には、管理栄養士や看護師、介護職などで速やかに見直しを行っている。		
8	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>誤嚥などの事故については、緊急時対応マニュアルにも記載があり、新任職員を対象とした研修も行われている。</p> <p>食事、水分量については介護力向上の取組を行っていることから、きちんと記録されている。</p> <p>食事前の口腔体操をはじめ、口腔ケアに力を入れ、また理学療法士や作業療法士などの機能訓練担当職員も食事介助を行うことで観察ができ、経口摂取の継続に向けての取り組みが行われている。</p>		
9	A-3-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>月1回の歯科医のチェック、週1回の歯科衛生士からの指導が行われている。特に昼食後と夕食後は、職員が歯間ブラシを使用して仕上げを行うなど口腔ケアが徹底されている。そのことにより、誤嚥性肺炎が少なくなったことや、口臭がなくなるなどよい結果につながっている。</p>		

A-4 終末期の対応

		第三者評価結果
10	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>ターミナルケアのマニュアルが30頁以上にもおよび、対応手順が事細かに記載されている。内部研修も嘱託医の協力のもと全職員を対象に行われている。</p> <p>嘱託医とは24時間連絡が取れる体制にあり、看護師も夜勤を行っているなど体制が整っている。</p> <p>静養室はナースステーションの隣に位置し、家族が付き添うこともできる。</p>		

A-5 認知症ケア

		第三者評価結果
11	A-5-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・㉑・c
<p><コメント></p> <p>認知症の方でもできる食事のエプロンたたみなどを行ってもらっているが、種類や量が限られている。</p> <p>内部研修は全職員を対象に行っているが、言葉遣いなどは職員により差があり、改善課題となっている。今後は認知症の利用者一人ひとりに対して統一した取り組みが行えるよう勉強会等を充実させてほしい。</p>		

12	A-5-② 認知症高齢者が安全・安心に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a・ ③ ・c
<p><コメント></p> <p>居室には、家族と協力し写真や絵、書などが飾られている。ショートステイの利用者などは居室が分かりやすいよう入り口には色別の紙で作った花で縁取りされているフロアもある。</p> <p>共有スペースの1つである食堂からは、田園風景や磐梯山を眺めることができ、認知症の方々にとっては馴染みの風景で安心できる環境にある。</p> <p>しかし、身体拘束ゼロを目指している施設ではあるがスピーチロック（言葉による拘束）が多いとのことなので、改善に向けていっそうの取り組みが望まれる。</p>		

A-6 機能訓練、介護予防

		第三者評価結果
13	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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>理学療法士や作業療法士など機能訓練担当の職員が充実しており、一人ひとりに応じたプログラムに沿って実施している。日々の訓練により少しの時間であっても立つことができるようになったことから、トイレでの排泄やベッドから車いすへの移乗、車いすからベッドへの移乗動作などに改善がみられていることが担当者の説明や動画で確認できた。</p>		

A-7 健康管理、衛生管理

		第三者評価結果
14	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。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>フロア制になってからは介護職員が少しの変化にも気付くようになり、速やかに看護師との連携が行われている。看護師も夜勤を行い、状況に応じて嘱託医に連絡を取るなど（24時間連絡が可能）連携体制が整っている。</p> <p>高齢者にとって副作用のある薬については、看護師から介護職員に申し送りがされ周知を図っている。健康チェックは毎日行われ記録されていることからいつでも確認できる。</p>		
15	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	① ・b・c
<p><コメント></p> <p>職員に対して食中毒やインフルエンザ・ノロウィルスの研修を発生する時期に合わせて行っている。感染症ごとの予防対策、発生した場合の対応手順も文書化されている。</p> <p>また、過去の感染拡大の経験から一部屋ごとに空気清浄機を設置し、温度や湿度の管理を行っている。</p> <p>正面玄関や職員玄関には洗面台が設置され、石けんでの手荒いや消毒、うがいができるようになっており外から持ち込まない工夫がされている。</p>		

16	A-7-③ 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>過去にショートステイの方に対して誤薬事故が1件あり、原因を明確にし対策を講じている。その経験から、誤薬事故が起きないように複数の目でチェックできる体制ができている。特に認知症の方が多いことから、名前を確認するだけでは危険なため顔の確認も行っている。不安な場合は必ず別の職員に確認するなどして確実に飲み終えるまで管理している。</p>		

A-8 建物・設備

		第三者評価結果
17	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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>建物や設備に対しての問題点は、平成24年度の増床時に改善されている。各部屋には加湿器付きの空気清浄機が設置され、温湿度計も取り付けられている。各部屋にて温度や湿度のコントロールができるようになってからは体調不良者が減っている。</p> <p>各フロアには、季節に応じた飾り付けがされており、一目で現在の季節が理解できる工夫がされている。</p>		

A-9 家族との連携

		第三者評価結果
18	A-9-① 利用者の家族との連携を適切に行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>面会の際には事務所の前を通るため、事務所の職員から各担当者へ連絡し、必ず家族と話せる機会を作っている。</p> <p>家族へは毎月の行事予定などを送付している。家族会総会や家族会役員会なども開催され、またサービス担当者会議へ家族の参加を促し、状況の報告や意向確認を行っている。</p> <p>家族との連携が適切に行われていることは、評価事業のアンケート調査の結果や面接にて確認できた。</p>		