

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：南東北ロイヤルライフ館		種別：特別養護老人ホーム	
代表者氏名：菊地 弘		定員：72（ショートステイ22含む） （利用人数）：（51）名	
所在地：福島県郡山市日和田町梅沢字丹波山3番地2			
TEL：024-968-1013		ホームページ： http://www.kaigo-hiwada.com/	
【施設・事業所の概要】			
開設年月日 平成11年4月1日			
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 南東北福祉事業団			
職員数	常勤職員：	41名	非常勤職員 1名
専門職員	施設長（兼任）	1名	医師 1名
	生活指導員	2名	
	看護師または准看護師	4名	
	介護職員	28名	
	管理栄養士	1名	
	介護支援専門員	1名	
	機能訓練指導員	2名	
	事務職員	3名	
施設・設備 の概要	（居室数）		（設備等）
	居室72（内和室2）、食堂5、介護ステーション1、医務室1、事務所1、機能訓練施設1		全館LED照明、循環風呂、機械浴槽、交流ホール、パワーリハビリ機器、共有部分にガラス冷暖フィルム

②理念・基本方針

<p>【南東北グループ理念】</p> <p>—すべては利用者さんのために—</p> <p>【社会福祉法人 南東北福祉事業団 施設方針】</p> <ul style="list-style-type: none"> ●当センターは「すべては利用者さんのために」を団是として、地域に根ざした福祉サービスの実践を通じ、顧客に満足されるサービスの向上を目指します。 ●経営基盤を安定させることにより、福祉サービスの充実に努めます。 ●施設目標を設定し、その重要性を職員全員へ伝達し、常に安全な福祉サービスを提供できるよう継続的な質の改善に努めます。 ●地域の皆様に信頼される福祉サービスを提供します。 ●福祉サービスにおける環境影響評価を適切に行います。 ●継続的改善を行い、省エネルギー活動、環境汚染の予防、環境教育など環境に有益な

活動とサービスを積極的に推進します。

- 環境問題関連の法律や規則、その他の要求事項を順守し、自主的に環境対策に取り組めます。
- 施設目的・目標を定め、定期的に見直します。
- 福祉サービスの提供によって発生する廃棄物の減量化及びリサイクルを推進し、省資源・省エネルギーを尊重します。
- 施設、機器、薬品等を含む安全性と汚染防止、感染防止の確保及び施設環境の快適性を推進します。
- 施設方針は、全職員に周知させるとともに広報等を通じて一般に公表します。

③施設・事業所の特徴的な取組

南東北グループという大きなグループの中に所属する社会福祉法人 南東北福祉事業団が運営する特別養護老人ホームであり、グループ内での研修制度や同職種間での勉強会が行われサービスの質の向上が図られている。

また、虐待ゼロ・褥瘡ゼロを始めとする法人独自の「16ゼロ活動」が行われ、毎月、サービスの充実と経営改善に向けた取組が行われている。

さらに、事故防止委員会を始め12の委員会がグループ内に組織されている。委員は各事業所の職員で構成され、グループ全体が共通認識のもとサービスの質の向上に向けて計画的に取組んでいる。

地域貢献の取組としては、認知症の人やその家族が参加できる「おれんじかふえ」を低額料金で年7回開催し地域住民の相談に対応している。

職員に対する福利厚生も充実しており、互助会、親睦会、バレーボールクラブ等のサークル活動や各施設対抗の運動会も開催されている。

④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成28年11月8日（契約日） ～ 平成29年4月15日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	初 回（平成 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

〈収支の把握及び経営分析〉

経営基盤を安定させることによりサービスの充実に努めるという方針のもと、毎月の収支状況を把握し経営分析が行われている。最高会議からリーダー会議までそれぞれの段階で情報が共有されており、リーダー会議録を全職員に周知し、職員一人ひとりが収支を意識し改善に取り組む仕組みが組織的に確立されている。

〈委員会組織の整備と研修体系の確立〉

12の委員会が整備され各委員会が機能することで、業務の標準化が図られサービスの質が担保されている。

また、研修体系が確立されており、キャリア制度の活用やレベルに応じた研修が年度計画として職員に明示され、職員一人ひとりが個別研修計画に基づいて受講できるようになっている。さらに、受講終了後の確認テストや受講できない場合は自主学習後の確認テストにより理解を深める取組がなされている。

〈適切な記録と管理体制〉

利用者に関するサービス実施状況は、介護記録ソフト、タブレット等を活用し、日々の記録が適切に記録されている。職員は各自IDを所有し記録者が確認できるシステムとなっている。また、連絡、伝達漏れを防止し利用者に不利益が生じないよう共有すべき内容について赤字で個人ケースに記載されている。

さらに、利用者個人情報流失マニュアルも整備され、記録の管理体制が確立されている。

◇改善を求められる点

〈中・長期計画の作成と単年度事業計画への反映〉

南東北グループという大きな法人が母体であり理事長の年頭所信表明に基づく中・長期目標や施設目標は示されているが、計画期間や数値目標が明確でないことと、グループを構成する個々の事業所の計画が明確になっていない。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んで欲しい。

〈苦情の公表〉

意見箱の意見については希望により公表を行っているが、苦情として受け付けた内容等の公表が行われておらず、今後、苦情についても個人を特定しないよう配慮した上で公表できるよう取り組んでほしい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受審させて頂きました。

日頃の利用者支援や施設運営を振り返る良い機会となったことは間違いありません。項目毎に、チェック解釈を理解し自己評価をすることによって、提供しているサービスの確認を行うことができました。

評価担当者の方々によって、「特に評価の高い点」「改善を求められる点」も明らかになり大変感謝しております。評価の高い点においては現状に満足することなく伸ばし、

改善が求められる点については速やかに改善を図り利用者満足が向上するように努めます。

今後も利用者が安心して楽しく笑顔で過ごせる施設、地域との関りを絶やさず信頼される施設となっていくように、職員一同邁進していきます。

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。

※判断基準（a、b、c 評価）の定義

「a 評価」：よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

「b 評価」：a に至らない状況、多くの施設・事業所の状態、a に向けた取組みの余地がある状態

「c 評価」：b 以上の取組みとなることを期待する状態

※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>法人理念である「すべては利用者さんのために」は、法人の団是として、ホームページ、パンフレット、広報誌、職員手帳、ISO統合マニュアルに掲載されている。基本方針は、理念に基づき、施設方針として具体的に明文化され、周知が図られている。</p> <p>職員に対しては、職員手帳を配布し、毎週全体朝礼時に理念を斉唱するなど周知徹底への継続的な取組が行われている。</p> <p>利用者や家族への周知は、理念が表紙に掲載された広報誌を毎月発刊し、施設入口には理念が明記されたグループ憲章が掲示されている。</p> <p>しかし、利用者や家族に対して、わかりやすく作成された資料が確認できないため、早急な作成が望まれる。</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が的確に把握・分析されている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>介護保険制度、社会福祉法改正の動向や郡山市高齢者保健福祉計画など、最新の施策の情報把握に努めている。</p> <p>また、町内会活動など地域住民との積極的な交流を通じ、地域特有の福祉ニーズや課題の把握を行い、平成27年7月には地域ニーズに応えるため、短期入所定員を20床から22床に</p>		

<p>増床している。</p> <p>経営状況については、毎月、稼働率、収入の目標と実績、収支予算進捗状況、業務効率化のための法人独自の活動（16ゼロ活動）をデータ化し、取組の分析、課題の把握、進捗管理が行われている。</p>		
3	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>経営状況や課題については、グループ全体の「最高会議」、法人の「拡大会議」「運営会議」「管理者会議」、施設の「リーダー会議」「ユニット会議」、各種委員会等、様々な会議体を通じて全職員が経営状況を意識し、継続的に改善に努められるよう、伝達、回覧、意見集約の体制がとられている。</p> <p>課題の明確化のために、施設基準自己点検表、力量評価規程の活用、収支予算進捗状況等により現状を分析している。</p> <p>また、介護サービスの質の向上のために、清掃・送迎業務の外部委託化の取組が進められ、職員と利用者が関わる時間の確保に努めている。</p>		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
<p>I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。</p>		
4	<p>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。</p>	a・b・c
<p><コメント></p> <p>中期・長期目標は作成されているが、総合南東北福祉センターのものにとどまっている。</p> <p>中・長期計画は、事業所として、福祉サービスのさらなる充実を図っていくために、組織体制や施設整備、職員体制、人材の育成等を計画的に実施していく際に必要不可欠であり、早急な策定が望まれる。</p> <p>計画は、具体的な実行と評価、見直しを行う上で、3～5年を目安にし、始期、終期を明確化する必要がある。</p> <p>また、計画の実施には収支上の裏づけが必要とされることから、収支計画の策定にもあわせて取組んでほしい。</p>		
5	<p>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。</p>	a・b・c
<p>単年度の事業所別事業計画、事業活動収支予算書は作成されているが、中・長期計画を踏まえた計画にはなっていない。</p> <p>今後は、事業所としての中・長期計画の内容が反映された事業計画と収支計画の早急な策定が望まれる。</p>		
<p>I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。</p>		
6	<p>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。</p>	a・b・c

<p><コメント></p> <p>事業計画は、所属長責任のもとに策定されており、策定に至るまでの過程で、各部署・各委員会の職員の意見を集約し、反映できる仕組みとなっている。</p> <p>策定された事業計画は、リーダー会議やユニット会議、回覧などを活用して全職員に周知されている。</p> <p>また、進捗状況について、毎月の数値とコメントによる資料が作成され、各種会議で課題と改善策について協議され、職員への周知が図られている。</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・㉔
<p><コメント></p> <p>利用者・家族へのアンケートの実施が事業計画に明示され、結果については施設内に掲示するなど周知に努めている。</p> <p>行事については、利用者家族への毎月の手紙送付やポスターを作成し施設内に掲示することにより参加を促している。また、行事結果については広報誌、ホームページで周知されている。</p> <p>今後は、行事計画のみではなく、事業計画の理解を促すため、利用者や家族の視点に立ったわかりやすい説明、資料の作成、配布等、工夫した取組が必要とされる。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>12の委員会が組織され、多職種が連携して福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。</p> <p>委員会別事業計画が作成され、PDCAサイクルに基づいた取組が実施されている。</p> <p>また、内部監査規程を定め、ISOを用いた他事業所職員による評価を実施するなど、事業所独自の取り組みが高く評価できる。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>これまで行ったISOに基づく評価結果については、回覧などを通じ全職員に周知され、改善策について、職員参画のもと意見を集約できる仕組みとなっている。</p> <p>事業計画の活動目標に対する進捗状況（実績と反省）、進捗率についても分析され、結果を踏まえた今後の活動計画が作成されている。</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
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>管理者の役割及び責任が業務分担表に明文化されている。</p> <p>また、ホームページの施設長挨拶において基本理念、経営・管理に関する方針を表明している。</p> <p>職員に対しては、リーダー会議や委員会の中で、事業所をリードする立場として、事業所の運営方針、事業計画などの説明を行い理解に努めている。</p> <p>有事における管理者の役割と責任について、不在時の責任も含め消防計画に明文化されている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>遵守すべき法令については「法的及び組織が同意するその他の要求事項登録及び評価表」に最新の状態で文書化されている。</p> <p>また、施設方針の中で、環境問題関連の法律の遵守が掲げられている。</p> <p>介護保険制度以外にも労働基準法や社会福祉関連に関する法律、個人情報保護等の情報を多く取り入れ、朝礼や会議、回覧を通して職員の周知に努めている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、福祉サービスの質を向上させるために各種委員会（権利擁護委員会、事故防止委員会、ショートステイ運営委員会、感染対策委員会、労働安全衛生委員会等）に参加し、職員とともに改善に向けた取組を進めている。</p> <p>また、定期的に施設内巡回指導を実施し、利用者、職員にとって快適な環境の確保に努めている。</p> <p>職員の意見を吸い上げ、サービスの質の向上に反映させるため、職員との個別面談も適宜行っている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>施設長は、経営の改善や業務の実行性の向上に向けて、人事、財務等を踏まえた施設基準自己点検表、力量評価規程、収支予算進捗状況等による分析を行っている。</p> <p>職員が働きやすい環境整備を意識し、リーダー会議、ユニット会議等の場を活用し職員の意見集約に取組んでいる。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>採用活動の方針、計画が立てられ、県内、外への学校訪問も積極的に実施されている。</p> <p>また、無資格者の正職員での積極的雇用、介護福祉士の資格手当の支給、無資格者の有資格者への支援等、人材の確保、定着、育成への取組が行われている。</p> <p>力量評価規定、プリセプター・プリセプティ制度規程が定められ、計画に基づいた人材育成が行われている。</p>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>グループ内に教育研修室が設けられ、キャリア制度が確立されている。</p> <p>また、職員昇進基準が定められており、職員に周知されている。</p> <p>期待する職員像は、力量評価規程に基づき明確にされ、年2回、力量評価を行い今後の目標を設定している。</p> <p>教育研修委員会にて個別研修計画を立案し、人材育成、教育に取り組んでいる。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>職員が働きやすい職場づくりとして、月1回のノー残業デーの実施、複数の就業パターンの設定など、残業を減らす取組を積極的に行っている。</p> <p>ストレスチェックの実施やセクハラ・パワハラ相談窓口の設置など職員の体調管理や職場環境の整備にも取組まれている。</p> <p>また、職員に対する福利厚生の一環として、互助会、親睦会、サークル活動等が行われている。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの職務能力・力量を把握し、育成するために力量評価規程が作成され、職種別の段階別力量評価一覧により職員の目標管理の仕組みが構築されている。</p> <p>職員の個々のレベルに応じた力量評価表に基づき、自己評価と上職者による評価が、年2回実施され、目標達成度の確認が行われている。</p> <p>また、評価結果に応じ、所属長が職員の教育研修計画を作成するなど、フォローアップ体制が整っている。</p>		

さらに、新人職員に対しては、プリセプター・プリセプティー制度規程に基づき、将来の自分像に向け、目標をもって働くことができるような取組みが行われている。		
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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>力量評価規程に期待する職員像が明示され、教育研修委員会は年度事業計画で教育システムの構築、プリセプターの育成を目標にしている。</p> <p>各事業所と委員会ごとに年間の研修計画を立てており、定期的に計画の評価と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・研修の機会が確保されている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>教育研修委員会規程に、所属長は職員に教育研修の機会を与えるよう努めなければならないと明文化されている。</p> <p>職員は、外部研修会および内部のレベル別必須勉強会、全体必須参加勉強会の研修計画を半期ごとに立てて自己研鑽に努めている。</p> <p>外部研修報告会が2ヶ月に一度開催されていることや業務シフトにより勉強会に参加できない職員へは、勉強会の講師が作成したテストの受講を位置づけるなど、受講機会確保への配慮がなされている。</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。	㉑・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、介護福祉士養成実習生だけでなく、社会福祉士養成実習生の受け入れも行うなど教育・育成について積極的な取組みがされている。</p> <p>実習指導者講習を受講した担当職員が講師となって、職員研修で実習生受入れの心構えや意義、目的を伝えるなど実習生を受入れることの必要性について理解を図っている。</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・㉒・c
<p><コメント></p> <p>ホームページに理念、施設方針・資金収支計算書・事業活動計算書・賃借対照表、行事報告、ショートステイの空き情報が公開されている。</p> <p>また、広報誌も毎月作成され、利用者、家族、地域に周知されている。</p> <p>今後は苦情について相談者が特定されないよう配慮したうえでその内容や対応状況について公表されることが望まれる。</p>		

22	Ⅱ-3-(1)-② 公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>経理規程、購買管理規程が定められている。</p> <p>事務、経理取引等については、税理士法人、社会保険労務士法人に委託し、定期的に相談助言を受けている。</p> <p>また、会計の透明性を高めるために、外部の監査法人を活用し、適正な経営改善に取り組んでいる。</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>高齢者作品展や買い物ツアーへの職員の同行、小学校卒業式への参加など、利用者の希望を把握し、地域に利用者が出て行ける環境づくりに取り組んでいる。</p> <p>また、夏祭りや施設の行事には、地域住民がボランティアとして参加、支援できるようになっており、日頃から地域との交流体制ができています。</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。</p> <p>地域の小学校との交流も定期的に行われ、アンケート結果からも継続交流の意思が読みとれた。</p> <p>また、中学校の総合学習・職場体験の受入れも行っており、学校教育への積極的な協力を行っている。</p>		
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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が適切に行われている。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>他団体との連携は、各種行事において、消防署、警察署、ボランティア団体などと図られている。</p> <p>また、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターが主催する会議への参加、協力が行われている。</p> <p>今後は、利用者に必要な社会資源のさらなる把握に努め、職員間で情報共有し活用できるよう、リストや資料を作成することが望まれる。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>おれんじかふえ（認知症カフェ）や市民公開講座を定期的で開催し、地域住民の生活や健康に役立つ情報を提供している。</p> <p>事業所内に静養室を設け、地域住民の緊急時の受入れに対応できるよう取り組んでいる。</p> <p>また、郡山市と福祉避難所の協定を平成29年度に締結する準備が進められている。</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・活動が行われている。	a・㉒・c
<p><コメント></p> <p>町内会との交流、地域ケア会議、おれんじかふえ（認知症カフェ）市民公開講座などの活動を通じ、地域の福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>今後は地域の独居高齢者の増加、安心して暮らせる地域づくりの声を受け、配食サービスや見守りなど、把握した福祉ニーズに基づく地域貢献事業の展開を期待したい。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>「すべては利用者さんのために」という団是を職員全員が理解し、業務の実践を行っている。利用者優先の福祉サービスを常に提供するための倫理規程が策定されており、職員手帳にも「利用者さんの権利」が明文化され共通理解が図られている。</p> <p>権利擁護委員会、虐待防止委員会を3ヶ月毎に開催し、全職員対象の権利擁護・虐待についての研修会や年1回職員に対し虐待に関するアンケートを実施するなど、権利擁護の意識向上と改善を目指す取組が組織的に構築されている。</p> <p>スピーチロック、虐待防止のポスターの作成、掲示等の啓発活動も行われており、行動制限（身体拘束）解除、権利擁護、虐待防止に努めている。</p> <p>※スピーチロック：言葉による拘束。「ちょっと待ってください」「座っててください」などの言葉で利用者さんの行動を拘束してしまう事。</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。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>プライバシー保護や個人情報保護についてマニュアルが整備されている。</p> <p>権利擁護委員会や虐待防止委員会を定期的で開催しており、特に新人職員への研修時には</p>		

<p>教育研修委員会が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を行うなどの取組がなされている。</p> <p>また、不適切な事案発生時には、行政に報告を行うなどの方法が明示されており、現在はプライバシーポリシーの整備検討を行っている。</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）が適切に行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>グループ病院は、一日約3,000人の利用があり、病院内にパンフレットを設置することで多くの人が手に取れるよう工夫している。</p> <p>利用希望者に対しては、生活相談員が個別に丁寧な説明を行っている。</p> <p>また、市民公開講座、おれんじかふえ（認知症カフェ）開催時にもパンフレットで説明している。ホームページ等でも情報が入手できるようになっており、適宜見直す等の取組が行われている。</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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>サービス開始時にはパンフレット等を用いわかりやすい説明に心がけている。</p> <p>また、サービス開始時・変更時には、個別支援計画書により、サービスの内容、一日の過ごし方の説明を行い同意を得ていることが確認された。</p> <p>しかし、意思決定が困難な利用者に配慮した説明が行われておらず、今後、マニュアル等が作成されることに期待したい。</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・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>これまで他の福祉施設や事業所への移行を行った実績が無い。</p> <p>しかし、所属長を担当者とする体制が整備されており、ケースがあった場合は対応することとなっている。</p> <p>今後は、福祉サービスの継続性に配慮するとともに、利用者に不利益が生じないよう手順や引継ぎ文書を作成することが望まれる。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。</p>		
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。	a・Ⓑ・c
<p><コメント></p> <p>年1回、利用者・ご家族アンケートを実施し、満足度に関する調査を行っている。また、利用者の満足度の向上を図るため、意見箱を設置している。出された意見には適宜対応を行い、情報の開示を求めている場合は対応結果を施設内に掲示している。</p> <p>施設長は、家族会の必要性は感じているが、現時点では家族会の設立には至っていない。</p> <p>今後は、利用者・家族からのニーズをタイムリーに把握する観点からも家族会を設立し、</p>		

家族や利用者参画のもと検討する仕組みづくりが望まれる。		
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。		
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>利用者が意見を述べやすいように意見箱の設置や第三者委員会を設置するなど苦情解決の体制づくりが図られている。</p> <p>また、重要事項説明書により、苦情解決の仕組みが説明され、苦情の内容や対応の記録が適切に保管されている。</p> <p>ただし、すべての苦情が公表されているとは言えないため、口頭や電話等苦情の伝達手段に関わらず、利用者・家族からの苦情については真摯に受け止め、個人が特定されないよう配慮した上で公表されることが望まれる。</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。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>重要事項説明書により、相談や意見を述べやすい環境であることを説明している。</p> <p>また、サービス提供時に利用者が意見を述べやすいように常に職員が声掛けを行っている姿を確認することが出来た。</p> <p>意見箱の設置も行っており、環境の整備が行われている。</p> <p>個別に対応しなければならないケースについては、居室(個室)で対応しており、プライバシー保護に配慮され意見が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 ・b・c
<p><コメント></p> <p>ご意見箱回収マニュアルが整備されており、マニュアルに基づき回収・集約が行われている。相談・意見等については、パソコン上の個人記録に残されており、申し送り時以外にも職員間で情報を共有することが出来る。</p> <p>また、運営会議を活用し、検討事項の協議を行いながら、緊急の相談・意見については関係者間で集まり迅速に対応している。</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が行われている。		
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が構築されている。	a ・b・c
<p><コメント></p> <p>事故防止委員会が設置されており、事故・ヒヤリハット報告書が作成されている。</p> <p>事故防止委員会において職員に対する研修会も行われていることに加え、職員参画のもとヒヤリハットの状況について、4Mによる傾向分析と対策、グラフ化による可視化が行われている。</p> <p>また、事故が起こった場合、直ちに事故の分析を行い、報告書を作成し回覧するなど、法人やグループ全体での情報共有がなされている。</p>		

※4M：MAN（人間） MACHINE（物、機械） MEDIA（環境） MANEGIMENT（管理）		
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。	㉠・b・c
<コメント> 感染予防マニュアルが整備されており、定期的な見直しも行われている。 感染症の疑いがある方の発見から対応について分かりやすいフローチャートを作成し職員に周知している。 感染対策委員会で予防策や対応についての検討が行われていることが議事録により確認することが出来た。 また、感染症発生時の「汚物の処理キット」等も整備されており、適時迅速な対応がなされている。		
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。	㉠・b・c
<コメント> 災害時対応マニュアルや消防計画が整備されている。非常用備蓄品確認チェック表を活用し、定期的にチェックされていることが確認出来た。災害時の職員に対する連絡網も作成されており、毎月、消火器と防火設備の点検と消火訓練・通信機器の訓練が行われている。防火訓練では、発生場所を職員に伏せ、発生場所の特定と消火活動から取り組むなど、災害時を想定した訓練が実施されている。 また、年2回利用者参加の訓練や日中・夜間を想定した訓練も行っており、所轄消防署の職員から講評も受けている。今後は、郡山市からの指導により、水害の訓練を行う計画となっている。		

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。	㉠・b・c
<コメント> 標準的な実施方法については介護業務マニュアルが整備されており、確認する仕組みとして年2回の力量評価制度が活用されている。福祉サービスの標準化に向け、教育研修委員会が主となり研修会を開催するなどスキルアップに取り組んでいることが研修報告書により確認することができた。 利用者尊重・プライバシー保護・個人情報の管理・権利擁護についても研修を行っている。		
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が確立している。	㉠・b・c

<p><コメント></p> <p>利用者・職員からの意見について各ユニットで方策を検討し、リーダー会議に持ち寄るなど、意見を吸い上げ、見直しを行う仕組みが組織として確立されている。</p> <p>リーダー会議の会議録は全職員に回覧、周知されており、改正が必要なマニュアル等についても適時見直しを行っていることが改正番号や議事録から確認できた。</p>			
<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。</p>			
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。	a・b・c
<p><コメント></p> <p>所属長を福祉サービス実施計画策定の責任者とし、見やすいアセスメントシートを用いアセスメントを実施している。個別支援計画書に利用者一人ひとりの具体的なニーズが細かく記載されていることが確認できた。</p> <p>また、異食癖のある支援困難なケースについても、家族にも協力を求め洋服の変更や居室の変更を行うなど積極的かつ適切なサービスの提供に努めている。</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・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月1回カンファレンス会議(サービス担当者会議)を開催し、利用者の状況に応じたサービス内容の検討が行われている。</p> <p>介護保険の認定更新時や区分変更時には、家族・利用者の要望を聞き個別支援計画書の見直しを行っている。</p> <p>見直しを行った内容は、リーダー会議で更に検討され、変更後の個別支援計画書は回覧により全職員に周知する仕組みとなっている。</p>			
<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。</p>			
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>介護記録ソフトで利用者の日々の記録が適切に行われていることをパソコン画面から確認することができた。</p> <p>共有すべき内容について赤字で個人ケースに記載し、共有期限を設定する仕組みとなっている。</p> <p>職員は各自割り振られたIDからアクセスすることで誰が記録したのかが一目でわかるシステムとなっているため、確認したい事項については職員間同士で連絡を取り合うなど、密な情報共有が図られている。</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>品質・環境文書管理規程や個人情報取り扱いマニュアル、個人情報開示に係る規則が整備されており、責任者は所属長となっている。また、契約書や重要事項説明書もきちんとファ</p>			

イルされており、ファイル及びシステムによる管理が確立され適切に管理されている。

また、利用者個人情報流出対策マニュアルも整備されており、定期的な研修会を開催していることを報告書により確認することができた。

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。

※判断基準（a、b、c評価）の定義

「a 評価」：よりよい福祉サービスの水準・状態、質の向上を目指す際に目安とする状態

「b 評価」：a に至らない状況、多くの施設・事業所の状態、aに向けた取組みの余地がある状態

「c 評価」：b 以上の取組みとなることを期待する状態

※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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>個別支援計画書に基づき、利用者一人ひとりの24時間の生活の流れを記載した「24時間シート」が作成され、自立に配慮した支援が職員共通理解のもとで行われている。</p> <p>定期的にボランティア団体や地域住民の参加を得て、歌や踊り、演奏会など様々な余暇活動の場が提供され、利用者は自由に参加できるようになっている。</p> <p>また、買い物やお花見ツアーなどの外出や、趣味の書画や手芸の作品を郡山市高齢者作品展に出展するなど社会参加への取組みもされている。</p> <p>四季折々の行事が年間を通じ開催されており、毎月開催されているクッキングクラブ活動も利用者の楽しみとなっている。</p> <p>預り金については、規程等が整備され、必要時には職員立会いのもと二重チェックによる払い出しを行うなど適切な管理がされている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>介護職員のみならず全ての職員が利用者とコミュニケーションをとる様子が訪問時に見てとれた。</p> <p>会話による意思疎通が困難な利用者に対しては、ジェスチャーや筆談によりコミュニケーションをとるなど、利用者の思いや意見を尊重したケアに取り組んでおり、多職種の職員が食事の時間に全ての利用者とのコミュニケーションをとる努力をしている。</p> <p>また、スピーチロックについて研修会を行うなど、コミュニケーションについての職員の意識改革へ向けた取組みが行われている。</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>プライバシーを考慮した入浴介助や清拭が行われている。</p> <p>個別支援計画書で計画した入浴方法が基本となるが、利用者の心身の状況に合わせた入浴方法により適切な入浴介助が行われている。</p> <p>感染症や身体の状態により入浴の順番を変える取組は行っているが、職員の配置人数もあり、入浴日以外は清拭にて対応している。</p> <p>今後は、利用者の意向に応じ入浴日以外も入浴・シャワー浴ができるよう検討してほしい。</p>		
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>排泄物から健康状態を確認し、変化があるときは看護師へ報告し指示を受けている。</p> <p>また、ADLの状態に変化があった場合は多職種で迅速に対応しており、適切な排泄介助ができるようリーダー会議で検討し、個別支援計画書の見直しを行っている。</p> <p>「24時間シート」や「排泄表」により、利用者の排泄リズムを把握し、排泄パターンに合わせてトイレへ誘導して自然排泄を促す取組みがされている。</p> <p>また、利用者の状態に合わせたおむつの選定や第三者による職員への排泄介助の個別指導が定期的に行われ、知識・技術の向上に努めている。</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>利用者が出来る限り自立した移乗・移動が出来るように、職員全体で話し合い、共通理解のもと個別支援計画書を作成している。</p> <p>毎月、居室チェック表に基づき設備機器の安全点検を行い、使用している福祉用具が利用者の心身の状況に合っているかを確認している。</p> <p>また、事故防止委員会による事務員も含めた全職員を対象とした「車いす操作についての勉強会」等も開催し、利用者の自立した安心・安全な移乗・移動を実現するための取組みが行われている。</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>褥瘡対策マニュアルが整備されており、体位交換表により決められた時間に体位交換を行っている。</p> <p>褥瘡対策のフローも作成されており、看護師を始めとする多職種での支援が行われている。また、褥瘡対策計画書に基づいた介護が行われ、褥瘡評価表にて振り返りを行うシステムが構築されている。</p> <p>さらに、グループ病院のリハビリ担当職員を講師とした体位変換(褥瘡予防)の研修会を年1回開催していることに加え、月1回、グループ病院の褥瘡専門の看護師による状態確認と</p>		

発生予防の助言を受けている。

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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>主食は、ごはん・パン・麺から選択でき、明るい光の入る各ユニットの食堂で、温冷配膳車にて運ばれた適温の食事が提供されている。配膳時には、フタを外さずに利用者へ配膳することを徹底し保温に努めている。</p> <p>旬の食材を使用し、季節感を感じられる行事食が毎月提供され、バイキングや回転寿司など献立に変化を持たせ、食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p> <p>行事食ではアンケートを取ったり、管理栄養士が食事の時間にラウンドし利用者との会話から希望や好みを聴き、献立作成に活かす努力を行っている。</p>		
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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>食事は栄養ケア計画書・特別食事箋による個別の対応となっている。</p> <p>栄養アセスメント・モニタリング・栄養スクリーニングを行い、離床を促し、心身の状態に合わせた食事姿勢が取れるよう多職種での支援を行っている。</p> <p>また、経口での食事摂取を継続するための取組として、口腔ケアを行うとともに、必要に応じて歯科の受診を行っている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>グループ病院の歯科衛生士から毎週口腔衛生管理の助言を受けている。</p> <p>また、個別支援計画書に基づいた口腔ケアの実績が「24時間シート」に記載されており、口腔衛生管理計画書も作成されている。</p> <p>さらに、外部研修会にも参加し職員の資質向上を図り、利用者の状況に応じた口腔ケアに取り組んでいる。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>看取り介護のフロー図が作成されており、手順が明らかにされている。</p> <p>グループ病院の医師との連携が密であり、状態変化時の急な対応も可能となっている。また、必要に応じて家族と連絡をとり、本人及び家族の意向に沿った対応を行っている。</p>		

職員研修会において手順や心構えについて理解を深めつつ、リーダーや多職種によるアドバイスを相談が行われるなど担当職員の精神的ケアへの取組みがなされている。

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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>認知症ケアマニュアルによる個別支援計画書が作成されている。</p> <p>教育研修計画に基づき、認知症に関する外部の研修会に参加した内容について報告会が開催され、最新の知識・情報の共有が図られている。</p> <p>利用者に洗濯物やタオルたたみをお願いするなど日常生活の中で役割を担うことで生活へのメリハリや残存機能維持に努めている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の居室には、本人や家族の写真、お気に入りの品など馴染みの深いものが置かれるなど家庭的な環境づくりにより安心して過ごせる配慮が行われている。</p> <p>また、自分の部屋がわかりやすいように、居室前には職員が手作りの大きな表札を作成している。</p> <p>異食防止のため、石鹸等は高い位置に置くだけでなく、誤食・誤飲防止の表示も行われている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p> <p>利用者の心身の状況に合わせ、機能訓練や介護予防活動が行われている。</p> <p>個別に機能訓練計画書を作成し、身体機能維持や介護予防訓練が行われ、定期的に見直しを行っている。</p> <p>また、機能訓練指導員として作業療法士と柔道整復師の2名が配置されており、短期入所利用者にも在宅での生活が継続できるよう支援を行っている。</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。	Ⓐ・b・c
<p><コメント></p>		

<p>状態急変時の対応マニュアルが日勤帯と夜間帯とそれぞれ整備されている。</p> <p>また、急変時の対応についての研修が年間教育研修の初回に位置付けられ、マニュアルの理解、急変者発生時の緊急連絡方法、AED の使用方法について勉強会が行われている。</p> <p>さらに研修の有効性を確認するテストも実施され、職員が利用者の体調変化時に迅速に対応できるよう周知徹底が図られている。</p> <p>利用者の健康状態の記録はパソコンで管理され、職員間で情報が共有できる仕組みとなっている。</p>		
15	A-7-② 感染症や食中毒の発生予防を行っている。	㉑・b・c
<p><コメント></p> <p>感染予防マニュアルと食中毒発生時マニュアルが整備されている。</p> <p>毎年、5月～9月を食中毒予防キャンペーン、11月～4月をノロウイルス・インフルエンザ予防キャンペーンに位置づけ、朝礼で予防を呼びかけるとともに、感染ゼロキャンペーンポスターを作成し施設内に掲示するなど、感染症予防に向けた取り組みが組織的に行われている。</p> <p>さらに、感染対策委員会による研修会では、発生時の対処を想定した実技が行われるなど職員の資質向上へ向けた取り組みが構築されている。</p> <p>また、利用者及び職員全員が予防接種を受けている。</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>食前薬がある場合は、食事の名札に表示する等の取組を行っている。</p> <p>週1回の往診により、内服薬の変更や調整があった場合の薬の管理は看護師が行っている。</p> <p>個人名が入ったキャビネットで管理を行い、持ち出し時には医務室にて介護職員と看護師によるダブルチェックに加え、服薬時には利用者名を本人の前で読み上げるなど誤薬防止に努めている。</p> <p>また、与薬確認チェック表にて介護職員が服薬の確認をしている。</p> <p>さらに、服薬管理マニュアルと事故後対応マニュアルが整備され、誤薬防止に努めている。</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>利用者が安全に快適に過ごせるよう設備機器一覧表を作成し定期的な設備のチェックと各業者による備品点検が行われている。</p> <p>また各担当者が利用者の居室内の点検を行い、迅速な対応ができるよう配慮している。</p> <p>ホールにて趣味のピアノが演奏できるなど、利用者個々に応じた空間の提供や快適に過ごすための工夫がなされている。</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。	㉠・b・c
<p><コメント></p> <p>毎月、利用者家族に手紙と行事等の案内を送付している。手紙には利用者の様子が見えるよう担当介護職員からメッセージや写真が添えられ、日頃から家族との連携を図る取組がなされている。また、面会時には要望を聞くことに加え近況報告を行っている。</p> <p>状態の変化があった場合は家族に電話連絡をし、受診をするなど体制が整備されている。</p>		