

## 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：うねめの里はるひめ	種別：地域密着型特別養護老人ホーム	
代表者氏名：施設長 矢部真裕美	定員（利用人数）：29名（29名）	
所在地：郡山市片平町字妙見館10番地1		
TEL：024-953-3285	ホームページ： <a href="https://koriyama-fukushikai.com/">https://koriyama-fukushikai.com/</a>	
【施設・事業所の概要】		
開設年月日：平成27年4月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 郡山福祉会		
職員数	常勤職員：33名	非常勤職員：3名
専門職員	（専門職の名称） 名 介護福祉士 23名 介護支援専門員 1名 看護師・准看護師 3名 管理栄養士 1名	
施設・設備 の概要	（居室数）	（設備等）
	ユニット型個室 29	

### ②理念・基本方針

<p>&lt;理念&gt;                  奉仕と平等な人間愛                  一人ひとりのいのちの重さは平等であり、かけがいのないいのち、人生に私たちは寄り添い、職員自らの人間性を高め、こころの安らぎと、安心した暮らしを願い、共に信頼し合える関係をめざします。</p> <p>&lt;基本方針&gt;                  個人の尊厳を守り、生きがいある暮らしを支え、地域共生をめざします。</p> <p>（1）利用者の人権を尊重し個人の尊厳を守り、利用者がその有する能力に応じ、自律した日常生活を営むことができるように努め、安らかに健やかに和みある温かい雰囲気与生活が送れるよう、快適な生活環境の維持向上と介護サービスの質の向上に努める。</p> <p>（2）利用者のご家族や地域と連携して、社会的な関わりが保てるよう支援し、地域のニーズに対応した施設機能の活用や人材を通して、地域社会に貢献できるように努める。</p> <p>（3）老人福祉法や介護保険法等関連する法令を遵守し、適正な運営を図る。</p> <p>（4）利用者等へ十分な説明と同意に基づく福祉サービスの提供を行い、リスクマネ</p>
---

ジメント体制を構築し、利用者やその家族が安心して利用できるようにする。  
(5) 職員が仕事を通じて全人的な成長と達成を実感できる人材育成、職場づくりに取り組む。

### ③施設・事業所の特徴的な取組

理念に根差した質の高いケアの提供を目指すことに熱意をもって取り組んでおり、一人ひとりの入居者を総合的に理解する視点、それらを基にした根拠あるケアの実践に努めていることや、情報共有からケア方針や具体的ケアの決定、評価までチームとして取り組んでいることも確認できた。

また、地域とのつながりを積極的に形成し、地域貢献できる施設として存在し続けたいという意思を持った取組も実践されていた。

更に、より質の高いケアの実現のためには、その根底に職員一人ひとりの成長が不可欠であるとの認識を持って人材育成に努めるほか、子育てと就労が両立できる環境の整備等に努めている点も特徴的と言える。

### ④第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成31年4月24日（契約日） ～ 令和2年3月19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

##### ①個別性の高いケアの追求について

一人ひとりの状況に応じた質の高いケアを追求してユニットケアに取り組み始めた背景もあり、その取り組みは使命感と熱意をもって臨んでいる姿勢がうかがえた。

情報管理ソフトの導入や映像化などシステムを効果的に活用して利用者の状態把握、情報共有、職員の資質向上に努めていることや、関係業者の協力を得て最新情報・知識の習得に取り組んでいることなど、データや根拠に基づくケアの実践を通してより質の高いケアをめざしている点がとりわけ評価できる。

##### ②地域への貢献について

地域密着型であることの重要性を認識し、地域とどのように関わっていくかについては多くの試みがなされていた。

地域の一員である利用者とその家族からの意見も、職員間の意見も発しやすい関係性の構築に努めており、更には地域とのつながりの手段として紙面の通信発行の他に SNS を活用した情報発信等も取り入れている。

地域から聞こえてきたつづやきを大切に、地域住民を対象とした「YY 健康教室」「YY 体験塾」「YY 介護教室」「YY 研修事業」などを行って、地域に出向いたり施設を開放する等して、世代を超えたつながり作りや健康増進活動なども積極的に取り組んでいることが特に評価できる。

#### ◇改善を求められる点

##### ①現状の把握と分析並びに組織的判断の在り方について

少子高齢社会によってもたらされている現象のデータ、市域のデータ、経営状況、介護サービスに係るデータ等は集積しているものの、その分析が十分に行われ明らかな課題把握の下に中・長期計画及び事業計画作成や事業展開、サービス提供の改善策の検討が行われているとは言い難い状況も散見された。

データをどのように読み取り、どう分析し、どのように改善して行く必要があるかについて、理事会も含め組織的に協議・決定が行われるよう更なる改善を期待したい。

##### ②体制整備と仕組みの充実について

質の高い個別ケアの実践や地域貢献に対する熱意から一機に様々な仕組みや体制整備に取り組むとともに、更に前進させていく意図をもって今回第三者評価事業の受審に至っている。その姿勢は評価に値するが、各種のマニュアル等には内容の不十分さや不整合のある部分、使いづらさや見づらさといった実用性や有用性の点から改善を要す箇所も散見された。

また、委員会や会議についても複雑化して理解しづらい体制となっていることから、今後は何のための場であるかなど改めて確認し、委員会体制を再整理されることを期待したい。更に、会議については開催目的を明らかにした上で、協議内容と決定事項を記録として残せる会議運営となるよう更なる改善が望まれる。

##### ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

事業開始して満3年を経過し、私たちの提供している福祉サービスの内容を客観的に見つめ直し、更なる質の向上のためのPDCAサイクルにのせて改善に活用していきたいと考え、受審させていただきました。

受審のための準備段階から改善点や課題が見えてきて、「ありたい姿」と「現状の姿」が明確になり、「チーム力や組織が活性化した」という感想もありましたが、課題として、経営分析に基づく中長期計画作成のプロセスや組織運営力の強化が必要だと痛感しました。この度の受審から得た「気づき」を大切に、職員と共に「働きがい、働きやすさ、育成」に力を入れ、利用者様の立場に立った質の高い福祉サービスの提供に努め、利用者様やご家族、そして地域の信頼に応えられるように精進して参ります。

##### 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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>毎月誕生月の職員が出席している「理念研修」において「法人理念」「基本方針」「私たちの基本姿勢」が記載してある資料を基に、日頃の業務等について職員間で意見交換を行い理念等を周知している。</p> <p>利用者や家族へは「法人理念」や理念に基づく取組等を図や写真を使用し分かりやすくまとめた「はるひめへようこそ」を活用し、家族会で説明するとともに利用者へ随時見れるようにしている。</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を的確に把握・分析している。	a・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「社会福祉（介護業界）全体の動向」「郡山市の福祉計画の策定動向」「郡山市内の利用者数、福祉サービスのニーズ等の把握」「自施設の利用者数・稼働率・収支等の推移」について情報は集められているものの、状況把握のみに留まっている。</p> <p>今後は、把握した状況等を基に施設として経営課題の分析とまとめを行い、中・長期計画に反映することが望まれる。</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。	a・ <b>③</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>把握した経営課題をもとに具体的なサービス上の課題を職員間で共有するため、チーフ会議、ユニットリーダー会議、ユニット会議で話し合い、具体的な改善策について検討を行っている。</p> <p>今後は、経営課題を明確にし文書化した上で、役員（理事・監事）間で共有することが必要とされる。</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・ <b>④</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「郡山福祉会中長期グランドデザイン（2019～2028年度）」を策定し、「働きやすい環境作り」「地域から必要とされる法人」「質の高いケア」の3つを事業経営の柱としている。</p> <p>今後は、3つの柱を実行していくために必要な利用者数や職員数、施設の増改築等の収支計画を加えるとともに、事業成果を評価できるよう具体的な目標を設定することが望まれる。</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・ <b>⑤</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>単年度計画は中・長期計画を反映した内容となっているものの、中・長期計画と単年度計画の文章構成が異なっていることもあり、中・長期計画の項目が事業計画のどの項目に反映されているのか理解しづらい。</p> <p>中・長期計画で示した3つの柱に沿って単年度計画を構成するとともに、実施状況の評価が行えるよう単年度ごとの具体的な目標等を設定することが望まれる。</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。	a・ <b>⑥</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の策定と評価・見直しは、ユニット会議・ユニットリーダー会議・チーフ会議において行うことになっており、4月の職員会議において事業計画を周知している。</p> <p>事業計画の目標設定が抽象的であることから、十分に評価が行われている状況になっていない。今後は事業計画に具体的な目標等を設定し、実施状況の評価・見直しを行った上で、次年度の事業計画に反映させることが望まれる。</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・ <b>⑦</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>第三者評価の受審や施設の改修工事完了など一部の事業について、家族会を通じ家族へ周</p>		

知するとともに、利用者へは生活に関わる事業を図解した資料で随時説明している。  
 今後は、事業計画の全体的な内容が理解できる資料を作成し、家族会で周知することが望まれる。

#### 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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護サービス情報公表制度の自己評価を年1回実施し、ユニットリーダー会議などにおいて質の向上に向けた課題の抽出を行っているが、評価を行う体制には至っていない。</p> <p>今後は、委員会・会議ごとに取組の評価を行う内容を明確にした上で、組織的にPDCAサイクルによる質の向上に向けた取組を十分機能させることが望まれる。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護サービス情報公表制度や第三者評価基準を活用した自己評価結果に基づく課題を、チーム会議で共有し、各委員会で改善策を検討する体制を構築している。</p> <p>今後は、課題を明確にすると共に、計画の見直しも行えるよう構築した体制の機能充実が望まれる。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職務分担表を年度始めに職員へ配布し管理者の役割等を説明する他、災害対策マニュアルに管理者の役割及び不在時の代行者について定めている。</p> <p>今後は、施設の経営に関する管理者としての方針をより明確にし、管理者として理念や基本方針をふまえた取り組みを具体的かつ積極的に職員へ伝えることが望まれる。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、経営に関する研修へ参加した上で職員会議時に守るべき法令一覧を資料として示しながら、法令遵守について職員へ説明している。</p> <p>今後は、利用者の権利擁護や雇用・労務等の研修へも参加し、より幅広い分野についても</p>		

理解を深め、職員へ周知する取組みを積極的に行うことが望まれる。		
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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者は、介護サービス情報公表制度や第三者評価基準による自己評価等によりサービスの質の評価・分析を行い、職員で構成する委員会や会議に出席している。</p> <p>サービスの質の向上に向けた職員の改善計画づくりを進めるため、管理者は率先して具体的な改善案を提示するなどしてPDCAサイクルが機能するよう、より積極的に指導力を発揮することが必要とされる。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>管理者が中心となって職員面談や有給休暇取得状況把握等を行い、人材定着・働きやすい職場環境づくりに取り組んでいる。そのことにより、青少年の雇用促進等に関する基準適合事業主として福島労働局から認定された。</p> <p>管理者としては、さらに経営の財務面に関しても現状と課題を分析し、安定的な経営が行えるよう積極的に取り組むことが期待される。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>人材確保や育成に関する基本的な考え方・方針、求められる人材像を明文化し、職員募集パンフレットを作成している。職員間のコミュニケーションの良さに魅かれた実習生が就職する等効果的な人材確保が実施されている。</p> <p>人材確保に関しては今後厳しさを増すことになるため、有資格者の確保も含めた人員体制計画を作成することが必要とされる。</p>		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理を行っている。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>期待する職員像を明示した上で、毎月全職員が今月の目標・達成状況・課題を明確にするため毎日業務内容を記録している。それらを月報としてまとめ、毎月管理職が面談し成長を応援している。</p> <p>総合的な人事管理を構築するため作成したキャリアパス規程、キャリアパス体系等を今後職員に周知するとともに、効果的な運用を行うことが期待される。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>全職員の就業状況のデータ化、毎月の職員面談を実施する等健康管理や相談しやすい職場作りに努めている。健康器具を職場内に設置する等して健康づくりの環境整備に取り組んだ結果、「ふくしま健康経営優良事業所 2019 福島民友新聞社賞」を受賞した。</p> <p>また、ハラスメントに関する相談窓口を設置する他、結婚・出産・育児と仕事の両立ができるような働きやすい職場作りに積極的に取り組んでいることがヒアリングでも確認できた。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>年1回上司と職員が面談しながら個人研修計画を作成し、目標を上司と職員が共有した上で育成に取り組んでいるが、目標の達成状況の評価が十分できていない。</p> <p>年1回の面談に加え、中間面接を行いながら目標に向けた取組の進捗状況の確認が行えるようにすることが望まれる。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画を策定し、教育・研修を実施している。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>職員に必要とされる専門性について明示した上で、その専門性を向上させるために必要な研修の機会を施設外研修受講、施設内研修実施、資格取得支援に分類し、年間計画を作成している。</p> <p>今後は、施設内研修の内容やカリキュラムの評価・見直しを行うとともに、新たに実施するキャリアパス規程による教育・研修の確実な実施が期待される。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設が実施する内部研修や外部研修内容を一覧表にまとめた年度ごとの年間計画を作成し、職員の研修機会を確保している。</p> <p>また、外部研修の受講が確実にできるよう年度初めにあらかじめ職員ごとに受講する研修を決めている。</p> <p>今後は、研修受講後には面談等により研修成果の評価・分析を行い、次年度の研修計画に反映させる取組が期待される。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>実習受入れマニュアルに実習生指導・育成方針を規定し、「実習後にこの施設に入社したいなど思えるような環境を提供する」ことが明示されている。実際に複数の施設で実習後にこ</p>		



の施設に就職を決めた職員がいる。

実習指導者講習を受講した6名の職員が中心となり、学校側と連絡を密にし、一人ひとりにあったオーダーメイドの実習プログラムを作成し実施している。

### 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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ホームページ及び広報誌で理念や基本方針、苦情・相談体制、事業計画・報告や財務状況等を公開するとともに、地域住民の代表者が参加する運営推進会議において苦情・相談内容・改善結果を公表している。</p> <p>運営の透明性をより確保するためには、家族会を始めホームページや広報誌等で苦情・相談内容・改善結果の公表が必要となる。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>経理規程・職務分担表等により事務・経理・取引等に関するルールを明確にするとともに、年度初めの職員会議において職員に周知している。監事による内部監査及び理事である税理士・社会保険労務士に、毎月又は必要時に指導・助言を得ている。</p> <p>より公平かつ透明性の高い適正な経営を行うためには、外部監査を活用し、事業・財務等に関するチェックに基づく経営改善を行うことが望まれる。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域との関わり方の基本的な考え方を「地域福祉の向上及び地域交流事業の取組」として明文化した上で、施設内で「YY体験塾（地域の子どもと利用者の交流）を月1回開催している。</p> <p>また、利用者の希望や体調を考慮しながら地域の文化祭や音楽コンサート等のイベントに出かけ、地域住民との交流を図っている。施設が設置した地域住民が参加する運営推進会議を活用し交流の働きかけを行っている。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>ボランティア受入れマニュアルに「最後まで地域社会の一員として共に生きる支え愛」と</p>		

<p>いう理念を明示し、利用者の暮らしサポートボランティア、慰問・余興ボランティアの受入れ手順を明文化するとともに、受入れ時には基礎的な研修を実施している。</p> <p>地域の学校教育等への協力については、「地域福祉の向上及び地域交流事業の取組」として明文化し、地域の小学生を対象に体験学習を行っている。</p>		
<p>Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携を確保している。</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を適切に行っている。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>市内暮らしのガイドブック等を参考に利用者に必要な社会資源リストを作成し、利用者が常時見て活用できるようにしている。</p> <p>運営推進会議を隔月開催したり、地域ケア圏域会議に参加するなどして地域住民や関係機関との連携強化に努めている。各種の会議において「地域には移動手段のない高齢者が多く、活動に参加しにくい」といった課題が取り上げられたことで、歩いて参加できる集会所単位の体操教室を開催・運営するようになった。</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・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>地域交流室を活用して、地域住民が参加する「ＹＹ健康教室（体操等）」「ＹＹ体験型研修事業（認知症や権利擁護等）」「ＹＹ体験塾（子どもと利用者との交流）」「いきいき100歳体操」を定期的で開催している。専門性を活かし「認知症サポーター養成講座」「福祉用具（おむつや杖、車椅子等）体験」等を開催している。</p> <p>また、施設が所在する行政区と防災協定を締結し互いの役割を明確にするるとともに、地区の防災訓練に施設職員が毎回参加している。</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・活動を行っている。</p>	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設が設置した運営推進会議や市社協地区協議会への参加等を通して、「高齢者の移動（交通）手段がないこと」「認知症への対応方法が分からない」というニーズが浮き彫りになった。そのため、これまで健康教室を施設内で開催していたが、地区集会所20か所を年数か所ずつ計画的に巡回して開催するようにした。</p> <p>また、認知症サポーター養成講座の場を活用し、受講者と共に施設内で開催する認知症カフェ運営の話し合いを行っている。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>組織の理念や基本方針は明文化され、それぞれの職員が所持する職員手帳に掲載されている。職員の名前ホルダーに収納できる携帯サイズ版もあり、職員が常に確認できるよう工夫している。</p> <p>毎月誕生月の職員が出席する理念研修では、利用者の人権尊重を目的とした研修が行われている。</p> <p>また法人全体の職員が横断的に参加する権利擁護委員会やマナー委員会が月1回開催され、権利擁護に対する組織的な取組がされている。</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を行っている。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>プライバシー保護マニュアル、高齢者虐待マニュアル、権利擁護マニュアルを整備し、それらを基にした全職員の理解を図る研修を実施している。</p> <p>毎月0のつく日（月3回）の申し送り時に「うねめの里身体拘束廃止宣言」を職員が読上げることで日常的に振り返る機会を設けている。</p> <p>また施設の利を生かし、各ユニットにおける利用者のプライバシーも十分に保護され、家族等へも広報紙や掲示物を通じて周知している。</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。	㉑・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の内容や特色が見易く紹介されたホームページ・パンフレット・広報紙が作られ、広報委員会において定期的な見直しをしている。</p> <p>広報紙は関係機関ならびに公共施設、学校などに配布され、幅広い年代の多くの人が手に入れやすい工夫もされている。</p> <p>また、施設見学希望者に対しては随時対応している。</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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>サービス開始時には施設内案内ファイル「はるひめへようこそ」を用いて、利用者・家族等が理解しやすいよう説明を行っている。</p> <p>また、サービスの開始・変更時には利用者・家族の意向を複数回確認した後に福祉サービス実施計画書の策定・実施をしている。</p> <p>今後は、意思決定が困難な利用者に対し、利用者本人の権利擁護につながる成年後見制度等の利用についても詳細な説明をした上でサービス開始となることが望まれる。</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・㉑・c
<p>&lt;コメント&gt;</p>		

<p>退去時には、利用者・家族が環境の変化に不安とならないよう、わかりやすく記載された退去時リーフレットを中心に十分な説明等を行い、退去後も相談できる体制を整えている。</p> <p>今後は、サービス移行について利用者・家族から申出を受ける前に説明を行い、また移行後に利用者・家族が安心できる体制となるよう、施設自ら地域のネットワーク体制の構築を図ることが期待される。</p>		
<p>Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。</p>		
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>③</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>生活相談員がケアプランの更新時に家族を含めた意向の確認を行い、日常における利用者の意向確認については「24時間シート」を用いて汲み取る体制ができている。</p> <p>年2回の利用者・家族に対する満足度調査については本年度より実施されることとなったが、まだ実施には至っていない。</p> <p>これらが施設の「質の向上PDCAサイクル」の流れのもとに、すべてが連動して福祉サービスの改善に向けた取組がされることが期待される。</p>		
<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。</p>		
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>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情対応マニュアルに基づき、苦情解決体制が整備されており、入居時には重要事項説明書においてその説明を行っている。</p> <p>また、入居中においては各ユニットのリビングに設置の「はるひめへようこそ」ファイル内でその体制が明示されており、いつでも利用者が苦情の体制について確認できる。</p> <p>実際の苦情事案に対しては、生活相談員が中心となり迅速な対応に努め、最終的には利用者及び家族に対しての経過・結果説明までの仕組みが機能している。</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>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設内の複数箇所に心の声用紙が設置され、それを投函する心の声ボックスは職員の事務室から離れた場所に設置され、気兼ねなく投函できる工夫がされている。</p> <p>実際に心の声ボックスを利用した要望や苦情相談は複数挙げられており、意見を述べやすい状況であることが確認できた。</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。	<b>①</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>苦情対応マニュアルに基づき、法人本部や施設に設置された苦情解決責任者、苦情受付担当者が中心となり迅速に対応する体制を整えている。</p> <p>利用者や家族からの希望や要望があがった場合、各ユニットにおいて対応策を検討し、苦情案件については苦情受付担当職員を中心に対応を検討している。最終的には、申出人に対して一連の経過について文書による報告がされるという流れとなっている。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事故防止マニュアルを基にし、介護事故防止のためリスクマネジメント委員会を月1回開催している。施設内の場所を細分化し、また発生時間帯によってヒヤリハットレポートを集計した上で、共有している。</p> <p>今後は、委員会で収集した情報分析をもとに、利用者が防犯上安心して暮らせるためのマニュアルの整備や、それらに基づく具体的な施設としての行動方法などが検討されることが望ましい。</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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>感染症対策マニュアルを整備しており、感染症対策委員会を中心に施設全体の対応策の検討をし、日常的にはユニットにおいて月2回冷蔵庫内の確認などの対策を行っている。</p> <p>また、年1回外部講師を招き、感染症対策の必要性和具体的な実践方法について研修を行っている。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>施設の消防計画に基づき、年1回の総合訓練と震災訓練、隔月には日中や夜間など様々な場面を想定し実施している。</p> <p>また、地域との防災協定の締結や市・県の防災訓練にも参加し、外部との災害対応体制を整備している。</p> <p>さらに、災害時の利用者の安全性を確保するため、利用者の基本情報が掲載された「担送カード」がハガキサイズの両面にまとめられ、迅速に対応できるよう備えている。</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・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>標準的な実施方法については各マニュアルを整備し、また一部は映像化されて各ユニットのパソコン内で確認できる環境にある。</p> <p>新人職員にはマニュアルを確認するための時間確保やOJTの機会を重点的に設けることで、全ての職員が標準的なサービスを実施できる体制を整えている。</p> <p>各種マニュアルにおいては、一部実情に合わない部分も見受けられた。例えば高齢者虐待対応マニュアルでは施設サービスに則した内容に改定するなどして、今後は実施状況の評価・分析、改善に至るまでの組織的な取組が望まれる。</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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者や職員からの意見について日常的に各ユニットにて対応を検討している。施設全体として、各専門職種が集まるユニットリーダー会議や各委員会と連動したチーフ会議において標準的な実施方法を検証し、見直す組織体制を整えている。</p> <p>それらが「質の向上へのPDCAサイクル」に基づいた形で実施されているものの、各種マニュアル等における文書の改訂記録の確認が出来なかった為、今後改善が望まれる。</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>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>介護支援専門員が福祉サービス実施計画策定の責任者となり、アセスメントツールを活用して利用者一人ひとりの計画書を策定している。</p> <p>また、事前に各ユニット職員や各専門職が作成した事前意見シートを基にした福祉サービスの評価・見直しが実施され、家族の面会時に介護支援専門員が計画書の説明をしている。</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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>月1回担当者会議日では、利用者本人や家族の意向を含めた意見や各ユニットや各専門職から事前にあげられる協議内容を基に話し合いを行っている。</p> <p>福祉サービス実施計画書は概ね6か月毎、見取りに関する介護計画書については毎月検討を行っている。</p> <p>今後は会議で明確化された、福祉サービスの質の向上に関わる課題について、組織として対応を検討する仕組みとなることが望まれる。</p>		
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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>福祉サービス実施計画に基づいた支援記録は、パソコンのネットワークシステムを利用した共通の介護記録ソフトに入力している。支援記録は毎日行い、必要な情報であれば時間ごとの細かい記録もしており、様々な情報を共有する仕組みを整備している。</p> <p>また、利用者の変化等があった場合には、パソコンにおける入力のほか、連絡ノートを用いて各職員が確実に情報が共有されるよう工夫をしている。</p>		
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。	a・ <b>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>記録に関する取扱いは、「個人情報に関する基本規則」、「個人情報に関する文書等管理規則」、「個人情報開示規程」を基に、管理体制を整えている。また、利用者の個人情報の取り扱いについて、入社時に重点的に教育する機会を設けている。</p>		

個人情報、個人（利用者）の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものであるため、個人情報保護に関する教育や研修を通して、より認識が深まることが期待される。

(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（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。

### 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> 「24時間シート」を用いて日々の生活リズム、利用者の意向や嗜好、自らできることや支援が必要なことなど、高齢者の全体像が把握できるよう詳細に記録をとっている。それに基づいて日中の過ごし方や余暇時間の使い方などを利用者、家族と共に話し合う機会を作り実施につなげている。 必要に応じて家族に馴染みの物を持参するよう依頼したり、施設内で実施する地域活動に参加する等、各々が楽しみのある暮らしができる支援を行っている。		
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> * 評価外		
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> * 評価外		
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> 「24時間シート」活用の徹底を通して、利用者一人ひとりへの問いかけ、語りかけを積極		

的に取り組んでいる。利用者の状況に応じた会話の仕方や筆談、読唇などの工夫や配慮をしている。

また、意見箱に投書された苦情をマナー委員会できりあげ改善策を検討するなどして職員間に周知している。

非言語コミュニケーションに関する研修を実施しており、利用者の異常に気付き看護師にニーズを伝えるなど効果も出ている。

		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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>権利侵害の防止に向けて利用者にもわかりやすく説明する書面を作成している。</p> <p>権利擁護委員会において、日頃から積極的に集積したヒヤリハット事例を基に対処策を検討し、権利侵害の未然防止に努めている。</p> <p>やむを得ず身体拘束を実施する場合は、必要性の判断や具体的方法の検討をチームで行い、説明と同意の取り付け等「身体拘束等適正化のための指針」に基づいて実施している。</p>		

## 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>個別性を重視するケアの提供を目指したユニットケアで、それぞれ入居者の状態に応じたユニットの雰囲気づくりがなされている。</p> <p>出来る限り家庭的な環境に近づけるための調度品や家具などの選定の他、自室へのテレビの持ち込み等も本人の代弁者となり家族とも協議しながら本人の意向に沿った環境作りに努めている。</p> <p>気温や湿度のチェックも定期的に行われており、居室には加湿器を設置するなどして居室内の環境に配慮している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「24時間シート」の聴き取り等を活用して入浴に関する本人の意向を把握しており、個別の入浴手順書を作成している。状態の変化に応じてユニット会議等で手順書の更新を行っ</p>		



<p>ている。</p> <p>個浴であり羞恥心への配慮等、個別対応に努めており、体調の変化や本人の気分に応じて入浴日を変更する等して柔軟に対応している。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>「24時間シート」を活用して排泄リズムの把握を丁寧に行い、ユニット会議にて多職種間で評価・見直しを継続的に行っている。</p> <p>排泄具メーカーによる最新情報勉強会や作業療法士によるケア方法の研修会を定期的開催し、スキル向上に努めている。自然排便の促進に向けた取組なども行っており、改善された事例もある。</p> <p>また、職員間でスムーズに連絡を取り合えるようにしており、利用者の排泄に関するニーズに迅速に対応できるよう努めている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>移動・移乗に関する特徴や移動時のリスクについて利用者一人ひとりアセスメントしている。</p> <p>外部より定期的に作業療法士を招き、適切な移動補助具の選定や使い方、見守り時の注意点など指導を受け、利用者のQOLの向上を目指したケアに努めている。利用中の補助具と介助時の注意点などを記録した一覧表を作成しており、職員間で共有している。</p> <p>福祉用具の使用法についてもマニュアル化すると共に、映像化しており正しい使用法の定着を図っている。</p>		

		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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>年に一度、利用者全員に嗜好調査を行い、好みの献立を取り入れるようにしている。月に一度、選択メニューを取り入れ、写真を提示して本人が選べるよう工夫している。</p> <p>また栄養士が日々、各ユニットに出向き利用者の食事摂取時の状況の確認や利用者の声を直接聞き、満足度の高い食事提供に努めている。</p> <p>提供される食事の温度管理や利用者の要望に合わせた食事の場所や席の配置等にも配慮している。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>歯科医師による嚥下機能の確認を基にし、ユニット会議や担当者会議にて食事形態や食事介助の方法などについて協議している。</p>		

<p>食事形態や摂取量、水分摂取量等を介護記録ソフトを活用して記録し、全身状態の変化と関連つけて確認することが出来るようになっており、栄養ケア計画の策定にも役立てられている。</p> <p>また、口腔衛生と連携した食事の提供が重要であるとの認識の元、訪問歯科診療との情報共有も行っている。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>食後には各自の居室にて出来る限り本人の力で口腔清潔が保たれるよう支援しており、訪問歯科診療を月2回実施し、医師の指示書に基づいて口腔ケアを実施している。</p> <p>食事摂取状況や嚥下状態、全身状態の変化なども詳細に観察し、1人ひとり口腔ケア計画を作成して、多職種による担当者会議やユニット会議で計画の評価を行うとともに、必要に応じて計画変更等も実施している。</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。	a・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>褥瘡対策マニュアルを作成し、褥瘡形成の予防に努めている。褥瘡形成者は月1回、皮膚科の往診をうけ、医師の指示に基づいたケアを実施している。</p> <p>また、毎月褥瘡委員会を開催しており、多職種間で予防策の検討や褥瘡形成者の治療経過情報の共有を行っている。</p> <p>更に、褥瘡予防や対応の知識・技術の習得のため、関連事業者を招いて勉強会を実施するなど最新情報の収集に努めている。</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・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>喀痰吸引が必要な場合には、医師の指示書、業務方法書や業務手順書に則って、個別の計画書を作成し、実施後は医師に「業務実施状況報告書」を提出している。</p> <p>医療的ケア安全委員会を毎月開催し、現状の共有や課題点に関する協議を行っている。</p> <p>毎年、喀痰吸引の研修受講をしており、実施可能な職員は複数在職しているが、必ずしも日常的に喀痰吸引を実施する状況に無いため、年2回の研修の他に、看護師によるフォローアップが行われている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>ADL、QOL、コミュニケーション能力等についてのアセスメントを実施し、機能訓練員を中心として多職種間で機能訓練計画を作成している。</p> <p>毎月、外部の作業療法士の助言・指導を仰いで個々の状態に応じた残存機能の維持につながる機能訓練プログラムとなるよう努めている。</p> <p>3ヶ月に1回、本人の心身状態の変化を把握すると共に、本人や家族の意向も聴きとっており、それらを反映させた機能訓練計画の見直しに取り組んでいる。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>「24時間シート」で日々の過ごし方を詳細に把握・記録して全職員で情報共有し、本人理解に努めている。利用者の状況が変化した場合には医師の意見を求めるなどして、それを基に多職種の担当者会議にて対応を検討している。</p> <p>環境改善や、趣味活動や得意なことに取り組む時間を作るなど工夫して個々の状況に応じたケアを実施している。</p> <p>ケア向上委員会にて認知症ケアに関する勉強会を実施し、動画撮影するなどしてすべての職員が学べるように工夫している。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>利用者一人ひとりの体調は、介護ソフトを活用して一元管理されており、異変時の早期発見に役立っている。情報は看護師にも共有され、介護と看護が連携できている。</p> <p>「夜間看護指示書」にて夜勤者へ注意事項が周知されるようになっており、緊急時には緊急時対応マニュアルを基に看護師を經由して医師から指示が得られるよう24時間体制が整備されている。</p> <p>看取りケアを実施していることもあり、高齢者の健康管理や病気に関する勉強会も行っている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>終末期の対応については、施設として提供できる医療支援や介護についても十分説明したうえで、医師も交え本人及び家族の意向を確認する仕組みを整えている。</p> <p>看取り研修を実施したり、看取り介護手順書を整備する等して職員の対応力の向上を図っている。</p> <p>また、家族と終末期の過ごし方を協議し、厨房や宿泊設備を提供するなどして本人に対するケアは勿論のこと、家族にとっても納得いく終末期となるよう取り組んでいる。</p>
---

#### 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>&lt;コメント&gt;</p> <p>家族の連絡については、連絡先や時間帯等についても聴き取り、家族にとって負担無く連絡取れるよう配慮している。</p> <p>入居時においては、本人理解のためにも、また家族の意向の把握のためにもしっかりと面談している。定期的なケアプランの見直しの際は必ず面談を行い、誕生日の祝い方などについても協議している。</p> <p>家族会を設置して、総会などの場を活用して施設からの伝達事項周知や家族からの要望の把握などに努めている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>* 評価外</p>		