

## 福祉サービス第三評価結果

### ①第三者評価機関名

一般社団法人 静岡県社会福祉士会

### ②施設・事業所情報

名称：軽費老人ホーム 和松園	種別：軽費老人ホームA型	
代表者氏名：板倉 幸夫	定員（利用人数）：60名	
所在地：静岡県菊川市棚草 1258		
TEL：0537-73-3741	ホームページ： <a href="http://washoukai.or.jp/">http://washoukai.or.jp/</a>	
<b>【施設・事業所の概要】</b>		
開設年月日 昭和49年8月1日		
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 和松会		
職員数	常勤職員： 7名	非常勤職員 9名
専門職員	事務員 2名	施設長 1名
	栄養士 1名	看護職員 1名
	生活相談員 1名	介護職員 2名
	主任介護職員 1名	介助員 4名
	介護職員 2名	歯科衛生士 1名
施設・設備 の概要	（居室数）58	
	（設備等）医務室 談話室 食堂 トイレ 浴室 洗濯室 洗面所	

### ③理念・基本方針

だれもが幸せに

1. 居住の確保      2. 認知症・介護予防      3. 包括的な生活支援

### ④施設・事業所の特徴的な取組

介護、PPK活動に関する積極的なサービスの提供  
 専門家を招いての「いきがい講座」による、介護予防支援と地域交流の促進  
 季節に合ったイベントの開催による、楽しみの提供や孤独感解消の支援

### ⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成30年5月31日（契約日）～ 平成31年3月31日（評価結果確定日）
受審回数（前回の受審時期）	1回（平成21年度）

## ⑥総評

### ◇特に評価の高い点

- ・認知症の予防教室 脳健康チェックを行い、認知症サポーターを地域に育てることを目標とする活動を通して、地域ニーズの把握に務めています。「よってくりょうサービス」（外出の機会が少なくなった高齢者に対応）を「和松園（松風苑）」独自の事業として実施しています。
- ・資格状況・職員の知識状況が把握され、外部研修に関する情報は職員に回覧をしています。さらに、教育・研修の場に全職員が参加できるよう配慮し、介護予防研修や施設内研修に非常勤職員も参加しています。
- ・利用者に対して、毎日2回、お部屋まわり（相談等の時間）を実施することで、利用者は相談しやすく、職員は要望を確認し、体調把握等に活かしています。また、確認した内容を、迅速に検討し、改善につなげています。
- ・入浴支援、排泄支援、移動支援、食事の提供については、安全を考慮して、利用者の意向を大切にしながら、できるだけ自力で利用者のペースで行うことができるように配慮しています。
- ・介護予防、認知症予防については、研修を通して勉強した理論を職員で共有し、それぞれ、複数プログラムを実施しています。また、評価を定期的に行い、その効果について検証しています。

### ◇改善を求められる点

- ・中・長期計画は作成されていません。
- ・支援計画の見直しについて、利用者の意向把握と同意を得るための手順、変更した支援計画の内容を職員に周知する手順等が組織的な仕組みとして定められていません。

## ⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、当施設のできている点と改善すべき点について、整理することができました。

主に改善すべきこととして、マニュアルが整備されていない点についての指摘を受けました。軽費A型の特徴としては、多様な利用者に対応するために常に柔軟で弾力的な支援体制が必要であること、配置される職員数が少人数であることが挙げられますが、それが「マニュアル化」「文言化」をおざなりにしてしまった一つの要因だったのではないかと考えています。しかし、今回指摘を受けたことで、施設運営においてサービスの質の確保、改善、発展のためにはマニュアルは重要なツールとなると気づくことができ、早速整備にとりかかっています。

評価が高い点についても再度見直し、より高めてまいります。

## 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〔高齢者福祉サービス〕

※すべての評価細目について、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。

- 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。

#### 高齢者福祉サービス版共通評価基準

#### 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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・和松園パンフレットの紙に「誰もが幸せに・・・」と記載しており、基本方針は事業計画冒頭文章に「居場所」「介護・認知症予防」「包括支援」と記載されています。</li> <li>・毎年、4月に園長からの理念・基本方針の説明と協議があったことが4月の職員会議録にありますが、利用者や家族に対しての理念・基本方針の説明の記録はありません。</li> </ul>		

##### 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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・成年後見制度の内容について、園長が把握・分析した内容を職員に説明しています。障害差別解消法研修には園長が講師を依頼されるなど、具体的に把握・分析をしています。</li> <li>・菊川市の地域福祉計画の内容を把握し、菊川市社会福祉協議会「支援調整会議」に毎月、生活相談員が出席し、地域の困窮者ケースの検討等を行なっています。</li> <li>・地域の施設や菊川社会福祉協議会の生活コーディネーター事業に園長が出席して、福祉サービスのニーズや地域の課題を把握・分析しています。</li> <li>・事業報告で入退所状況・利用状況・事業報告・利用者数・利用者状況・年齢・在籍年数・介護状況を把握しています。</li> </ul> <p>事業報告で入退所状況・利用状況 事業報告 利用者数 利用者状況 年齢 在籍年数 介護状況の記載があり、経営状況の把握・分析をしています。</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>(b)</b> ・c
<ul style="list-style-type: none"> <li>・理事会で経営状況の改善すべき課題について審議されていますが、和松園として経営環境等の具体的な課題や、問題点を明らかにした記録がありません。</li> <li>・経営状況等について職員に周知していません。</li> </ul>		

### 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・ <b>(c)</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>中・長期計画は作成されていません。</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・ <b>(c)</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・単年度計画は、利用者支援 個別支援計画の見直しや、PPK 活動（脳活性化訓練）など実行可能な具体的な内容となっていますが、中・長期計画が作成されていないため、現在、法人として作成中です。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の周知については、4月の職員会議で園長と相談員から説明するなど、事業計画について理解を促す取り組みをしていますが、ルーティーンワークとなっており、定められた時期に、手順に基づいての評価や、評価結果に基づく事業計画を見直した記録はありません。</li> <li>・事業計画の基本的な柱は園長から示され、相談員がたたき台を作成し、職員全員に回覧し、疑問点を抽出し、ミーティングで検討の上、担当者が作成し、最終的に園長に提出します。計画期間中、毎年12月に中間報告を理事会に提出するため、年度途中の計画について把握しています。</li> </ul>		
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・ <b>(c)</b>
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画の内容を、利用者や家族に周知する取り組みはしていません。</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。	a・ <b>(b)</b> ・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・第三者評価は平成21年に実施し、H26年以降に5年に1回と法人で決められました。自己評価は、人事制度のなかで評価項目は、福祉サービス質の向上に向けた自己評価にもなっています。平成21年、第三者評価受審以後の組織的な評価は実施されておらず、体制が整備されているとまでは言えません。</li> </ul>		
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
<ul style="list-style-type: none"> <li>・平成21年第三者評価受審後、評価内容・職員評価・改善方法を作成し、課題が文章化され、それ以後の活動の記録はあります。</li> <li>・随時、職員間のミーティング等で取り組むべき課題について協議し、評価結果を分析し、それにもとづく共有化を図り、反省の話し合いから次年度計画に生かしています。</li> </ul>		

## 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) 管理者の責任が明確にされている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉施設の経営・管理に関する方針等を園長は4月職員会議に表明しています。</li> <li>・広報紙「和松園だより」で利用者・家族・地域の人・職員に対して施設の役割や責任について記載しています。</li> <li>・4月の職員会議で事業計画に記載してある職務分掌表を園長が説明をしましたが、記録として残っておらず、消防計画に管理責任者が園長であると明記していますが、不在時の権限委任等の記載がありません。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利害関係者（取引事業者、行政関係者等）との適正な関係を保持しています。</li> <li>・園長は法令遵守の観点で6月に経営セミナー「地域共生社会」等の研修会に参加、さらに、雇用管理責任者講習会等に参加して雇用関係を含む、幅広い分野で法令遵守の取り組みを行っています。</li> <li>・職員に対しては7月に高齢者虐待防止法にもとづく高齢者虐待事例を説明するなど、園長は遵守すべき法令の周知を図っています。</li> </ul>		
<p>Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。</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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・園長は感染予防委員会・防災委員会・職員会議・毎日のミーティングに参加し、福祉サービスの質に対して把握し、改善に向けて具体的な取り組みを示して指導をし</li> </ul>		

ています。職員にはリーダー研修等でサービスの質について考えを伝え、充実を図っています。		
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。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・法人内園長会議にて時間外労働の削減、有給消化率の向上について検討し、和松園職員会議で人事配置等について、業務の実効性を高めるために、意識形成の取り組みをしています。		

## 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 Ⓑ・c
<コメント> ・福祉人事の育成で「求められる職員像」を明記していますが、人員体制に関する基本的考え方の記載や専門職の配置等、福祉人材や人員体制について、具体的な計画はありません。 ・学生（高校・専門学校・大学「アルバイトをしながら福祉の仕事が学べる」）に対して奨学金制度があり、これを活用して有能な人材確保を実施しています。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・人事考課制度で職員の意向・意見を把握し、仕事の量・仕事の職種・人間関係・今後勉強したい事などについて改善策を検討・実施し、さらに、職員とのコミュニケーションをとることにより、職員の意向・希望を把握し 自らの将来を描くことのできる仕組みがあります。 ・法人が職員の処遇水準について、評価・分析するための取り組みとして、他施設等との比較・検討等の指標化などに対応しています。		
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組んでいる。	Ⓐ・b・c
<コメント> ・有給休暇の取得予定を年度初めに聴取し、それに沿った取得に努め、さらに勤務表を組む時点で有給取得を進め、残業が偏らないような配慮もしています。 ・人事考課制度の面談を定期的実施し、法人内に全体のメンタルを含め、健康推進委員会があり、衛生管理者が悩み相談を担当し、各施設では衛生推進者（看護師）を定めています。 ・福利厚生では、随時、具体的な職員の希望の聴取等を基に、予防注射、親睦会、年1回の会食会、慶弔規程は年末に見直し、総合的な実施をしています。		



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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事考課制度と求められる職員像にて明記され、目標管理の仕組みが構築され、さらに個別面接を行う取り組みがあり、職員一人一人の目標を設定しています。</li> <li>・中間面接は実施しておらず、進捗状況の確認までには至っていません。</li> </ul>		
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>b</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「期待する職員像」を明示し、9月の職員会議録で新人研修に求められる職員像を明記しています。</li> <li>・国家資格の取得率が高く、専門職としての自覚もあり、組織として必要とする専門技術や専門資格について明示していますが、定期的な計画の評価・カリキュラム等の見直しはしていません。</li> </ul>		
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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・資格状況・職員の知識状況を把握し、外部研修に関する情報は、職員に回覧をしています。</li> <li>・教育・研修の場に全職員参加できるよう配慮し、非常勤職員も介護予防研修・施設内研修に参加しています。</li> </ul>		
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。	<b>a</b> ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人は育成の基本姿勢の明文化をしており、「オリエンテーション職員用マニュアル」にて実習担当者・実習中の注意事項が示され、社会福祉士のプログラム等を用意するなど、専門職の特性に配慮した実習を実施しています。</li> <li>・社会福祉士会で実施されている指導者研修会に参加しています。</li> <li>・実習中のプログラムは毎年、振り返り、プログラムの修正と補正を行い、実習生の要望を含めて作成し、実習期間中は実習生・和松園・学校担当者と連携をしています。</li> </ul>		

### 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。	<b>a</b> ・b・c

<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページの活用により、定款、役員名簿、規約、事業報告、決算状況の掲載があり、さらに理念の「誰もが幸せに」に記し、法人概要に「だれもが住みやすい町づくり」の記載をし、法人の役割について明確にしています。</li> </ul>		
22	<p>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。</p>	a (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人監事を年2回実施しています。各施設長が他の施設の監査を年1回実施していますが、法人としては、規模の面では該当しないため、外部監査は実施していません。</li> </ul>		

## II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
<p>II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。</p>		
23	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <p>事業計画「地域の支援と交流」で、地域の関わり方について基本的な考え方を文章化しています。いきがい講座（カラオケクラブ・陶芸・コーラス・習字・ゲートボール・グランドゴルフ・ご詠歌・りふおーむ・パッチワーク）は地域の方にも解放し、利用者との交流も図っています。さらに、個々の利用者のニーズに応じて、地域住民のボランティアによる床屋さんの送迎・買い物・通院等の利用を推奨しています。</p>		
24	<p>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。</p>	(a)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画の中でボランティアの基本姿勢と地域の学校教育等への協力については明文化しています。</li> <li>・ボランティア受け入れについては、学生の場合は、菊川市教育委員会の中で一括に受け入れをし、各事業所に配置を決め、学生以外は法人でまとめて受け入れ、登録手続・各施設に配置し、事前学習資料があります。</li> <li>・行政の依頼を受け、学生ボランティア研修講師に職員が参加し、さらに学校の依頼で福祉教育ボランティアの心得の話をした実績もあり、利用者との交流を図る視点で必要な支援を行っています。</li> </ul>		
<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 (b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・菊川社会福祉協議会の主催で生活困窮者関する連絡会に毎月出席しています。</li> <li>・菊川病院・福祉施設の連絡協議会「病院施設連絡会」に年数回、出席しています。地域でのネットワーク化には取り組んでいません。</li> </ul>		



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。	a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民との交流を意図した取組（認知症カフェ）を「まいど童夢」を会場として、「いきがい講座」や地域のクラブ活動に開放し講師を招き、交流しています。</li> <li>・認知症の予防教室は20回シリーズとし、認知症サポーターの育成と教室の実践方法を学んでいただき、サポーターを育てることを最終目標にしています。災害時の地域との役割等について確認をしていません。</li> </ul>		
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)・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症の予防教室、脳健康チェックの指導者を地域に育てることを目標にする活動を通して、地域ニーズの把握も務めています。さらに、社会福祉協議会の会議、菊川病院の会議に出席して、生活困窮者など具体的な福祉ニーズの把握に努めています。</li> <li>・「よってくりょうサービス」（外出の機会が少なくなった在宅高齢者を対象）を和松園（松風苑）独自の事業として実施しています。</li> </ul>		

### 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。	a・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画で利用者一人ひとりが「より自分らしく」「より快適に」に生活すると記載され、4月の職員会議で説明しています。</li> <li>・職員としての心得・新任職員マニュアル等に利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する「倫理綱領」や規程等を策定し、言葉づかいの記載はありますが、個々の福祉サービスの標準的な実践方法等に反映された記載はありません。</li> </ul>		
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・(b)・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報への取り組みのガイドラインはありますが、プライバシー保護の規定・マニュアルはありません。</li> <li>・「身体的拘束等の適正化のための指針」を作成し、身体拘束適正化委員会等を通して職員への理解が図られています。利用者は個室を使用し、自分で鍵を保持するなど、プライバシーを守れる設備があり、手紙は個人のポストに配り、利用者一人では困難になると、職員と一緒に開封するなどの支援をしています。</li> <li>・不適切な事案が発生した場合の対応方法等の明示はありません。</li> </ul>		

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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・機関誌・パンフレットを菊川市役所・社会福祉協議会・菊川市立病院等に設置し、ふれあい広場（行事）の際に配布しています。さらに、和松園を紹介する資料は、言葉遣いや写真・図・絵の使用等で誰にでもわかりやすい工夫がしてあります。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの内容に関する説明は、契約・重要事項説明を丁寧に実施し、利用者等の自己決定を尊重し、部屋を代わるときも利用者の意見を尊重して実施しています。</li> <li>・認知症が進んだ場合は、成年後見制度の利用を検討するなどの配慮をしています。</li> <li>・意思決定が困難な利用者は入所しておらず、施設として自由度が高く、個別的な要件が多く、ルール化はしていません。</li> </ul>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・福祉サービスの変更等は自己決定を尊重し、介護が必要になり、ヘルパーを利用する際は必ず本人に同意を得ています。</li> <li>・ケース会議は利用者を交えて開催し、本人の意思を尊重しています。</li> <li>・福祉サービスの継続性に配慮した手順と引継ぎ文書はありません。</li> </ul>		
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・Ⓑ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足を把握するために、利用者懇談会に職員が出席し、利用者の意見を把握するように努めていますが、利用者参画のもとでの、具体的な改善には至っていません。</li> </ul>		
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。	Ⓐ・b・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・委員会は法人内にあり、苦情解決体制を整備し、苦情内容については記録を適切に保管しています。</li> <li>・玄関に苦情解決の仕組みの掲示があり、ホームページ、和松園便りで解決結果をフィードバックしています。</li> </ul>		

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>(b)</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・相談スペースを確保し、相談しやすい環境を整備していますが、利用者等が相談する際に、複数の相談方法や、相手を選ぶことができるように、わかりやすく明示した文書を確認することができません。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・よろず箱の設置、利用者懇談会の実施、「お部屋まわり」など、利用者の意見を把握するための取り組みに力を入れています。また、把握した意見はできる限り速やかに対応するように心がけていますが、相談や意見を受けた際の記録、報告の手順等を定めたマニュアルを確認することができません。</li> </ul>		
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>(b)</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事故、苦情等の対応については、担当者を配置し、収集した事例をもとに、職員の参画のもとで、要因分析や改善策等の検討を行っていますが、事故発生時マニュアルの職員への周知や、定期的な見直し等に関する記録を確認することができません。</li> </ul>		
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・ <b>(b)</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・感染症マニュアル、感染症予防指針を作成し、感染症対策委員会を実施するなど、管理体制を整備し、定期的に感染症に関する研修を開催し、予防策を講じています。</li> <li>・感染症発生時も適切な対応をとっていますが、マニュアルの定期的な見直しを確認することができません。</li> </ul>		
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。	a・ <b>(b)</b> ・c
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・災害時の体制を文書で定め、利用者や職員の安否確認方法については、SNSや名簿等を活用することを周知しています。</li> <li>・組織的に食料や備品等を備蓄し、防災訓練は自治会などの地域の関係機関と連携して実施していますが、災害発生時に事業を継続するための必要な対策を確認することができません。</li> </ul>		

### 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。	a (b)・c
<コメント> ・投薬マニュアルなど利用者支援に関する標準的な方法が文書化されていますが、その内容を職員が周知するための記録と、利用者尊重やプライバシーの保護等を明示した部分を、確認することができません。		
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。	a (b)・c
<コメント> ・頭部の健康診断などのサービスについて、定期的な見直しを行っていますが、見直し等が個別支援計画へ反映されている記録や、利用者からの意見等の反映を確認することができません。		
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。	a (b)・c
<コメント> ・多職種参加により、アセスメント、計画内容に沿ったサービス提供や困難ケースへの積極的な対応を行っています。また、支援計画にはニーズの明示があります。 ・支援計画の策定に伴う手順を明示した文書を確認することができません。		
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
<コメント> ・支援計画の急な変更に対応し、計画の見直しにあたっては、質の向上等に関わる課題や十分に提供できなかったニーズの把握をしています。 ・しかし、支援計画の見直しの時期やその手順等を具体的に定めた文書で確認することができません。		
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、職員間で共有化されている。	(a) b・c
<コメント> ・パソコンや支援記録システムを有効に活用することで、記録方法の平準化、サービスの実施状況の適切な記録や、その共有を適切に行なっています。また、多職種参加のケア会議を開催し、情報共有をしています。		
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
<コメント> ・個人情報取扱規程や基本方針を策定し、その内容に沿って記録を管理しています。 ・また、利用者や家族に対して説明を行っていますが、記録管理責任者の設置や、個人情報に関する研修記録を確認することができません。		

高齢者福祉サービス版内容評価基準

評価対象 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。	a・b・c
〈コメント〉		
A②	A-1-(1)-① 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〉		
A③	A-1-(1)-① 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。	①・b・c
〈コメント〉 <ul style="list-style-type: none"> <li>・生活相談等を通して利用者の心身の状況、暮らしの意向を把握・理解し、自立や社会参加に配慮した支援を行なっています。</li> <li>・また、利用者希望を踏まえて、複数の日中活動メニューやプログラムを用意し、利用者の精神状況等に配慮した支援を行なっています。</li> <li>・加えて、行政手続きや介護保険サービスの利用も必要に応じて支援しています。</li> </ul>		
A④	A-1-(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・②・c
〈コメント〉 <ul style="list-style-type: none"> <li>・「お部屋まわり（相談や話しの時間）」を活用して、利用者の思いや希望を細かく把握しています。また、難聴や会話が不足している利用者に対しても、一人ひとりの状況に応じたコミュニケーションを行うなど、配慮した対応を行っています。</li> <li>・しかし、コミュニケーション方法等の定期的な見直しについては、確認することができません。</li> </ul>		
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が徹底されている。	a・②・c
〈コメント〉 <ul style="list-style-type: none"> <li>・特定施設ではないため、県への虐待の届け出手順の提出と、身体拘束に関する届け出は不要となっており、所管行政への虐待の届け出、報告については非該当です。</li> <li>・しかし、身体拘束適正化委員会を定期的に開催し、職員が権利侵害防止について検討する機会を設け、権利侵害が発生した場合の再発防止策を検討する仕組みが明確になっています。</li> </ul>		

評価対象 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>建物全体が、清潔で明るいです。談話室には健康器具が設置され、階段の踊り場には椅子が置かれています。また、居室には私物（自宅で使っていたタンスや仏壇等）を自由に持ち込めるなど、利用者が快適に過ごせるように配慮されています。加えて、懇談会や「お部屋まわり」で確認した意見から、サービス内容が変更されています。</p>		

評価対象 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>手すりやシャワーチェアを設置し、必要な場合はホームヘルパーの介助を入れるなど、安全面に配慮しています。また、毎日、自由に入浴することができ、入浴に現れない利用者には、職員が必ず声かけを行うなど、利用者の状況に合わせて配慮しています。加えて、カテーテルや湿疹がある利用者については、本人の意向に基づき、時間を少しずらすなど細かな配慮を行なっています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>洋式トイレ、手すりを設置し、トイレ内も十分なスペースを確保するなど、利用者の心身の状況に合わせた工夫がなされています。また、できる限り、快適に自力で排泄行為ができるように、心身の状況に合わせて、ファイバー（食物繊維）をすすめ、ポータブルトイレやトイレットペーパーの代わりに流せるティッシュを使用しています。</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>&lt;コメント&gt;</p> <p>手すりやスロープの設置、杖や歩行車、配膳車の活用など、利用者の心身の状況に合わせて、安全に移動できる支援や環境整備を行い、必要に応じ見直しを行っています。また、必要な機器の使用や、「リハビリ教室」、「はつらつ教室」への参加など、自立に向けた働きかけを行っています。</p>		
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>&lt;コメント&gt;</p> <p>より食事を食べることができるよう、毎月、食事委員会を開催し、利用者の意見</p>		



を確認し、「わくわく献立」や「誕生者献立」など、選択メニューを提供しています。また、食事時間中は、利用者が希望する音楽を流すなど、雰囲気づくりに配慮しています。また、委託業者は衛生管理帳簿に基づき、管理や衛生チェックを行っています。

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
-----	---	--------

<コメント>  
 利用者の嚥下能力に合わせが食事形態を提供し、トレイや配膳車を活用することにより、自力で配膳、下膳ができるように配慮しています。また、食事時間中は見守り職員を配置し、例えば、昼食は11時30分から12時の間に食べ始め、14時までに食べる終わることができるように、自分のペースに合わせて、ゆっくりと安全に食べることができるように、時間設定がされています。加えて、食事前には口腔体操を行うことで、スムーズに食事ができるように配慮しています。

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
-----	---------------------------------	--------

<コメント>  
 口腔内検診を3か月に1回実施し、必要な場合は歯科受診につなげ、必要な利用者には、口腔ケアの実施の有無や、口腔内のチェックを行っています。口腔ケアに関する職員研修記録を確認することができません。

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
-----	-----------------------------	--------

<コメント>  
 医師からの指示に基づき、看護師、支援員等が連携して褥瘡予防や対策に取り組んでいますが、褥瘡対策の指針やマニュアルを文書で確認することができません。

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
-----	---	-------

<コメント>

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て機能訓練や介護予防活動を行っている。	a) b・c
-----	--	--------

<コメント>  
 介護予防体操、お楽しみ教室やお散歩カードなど、利用者が主体的に取り組むことができるような、機能訓練や介護予防メニューを実施しています。また、毎年2回、認知症スクリーニング検査を実施し、認知症予防教室への参加や、医療機関への受診などを判断しています。

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
-----	--------------------------------	--------

<コメント>  
 ヒアリングシートやアセスメントシートを活用して、適切なアセスメントを行っています。また、認知症利用者に対しては、「優しさのシャワー」を基本とし、支援や、関係職種との連携のもとで、BPSD（認知症の中核症状と行動・心理症状）に対する観察

や対応を行っています。加えて、利用者同士がお互いに助け合い、支え合うことができるような環境づくりをしています。		
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
<コメント> バイタルチェックにより、日々の健康状態を把握しています。また、一日2回の「お部屋まわり」を行うことで、体調変化を察知できるように工夫しています。しかし、利用者の体調変化に気づいた時の具体的な対応手順や、職員への周知状況を確認することができませんでした。		
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
<コメント>		

#### 評価対象 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。	a・b・c
<コメント> 利用者の健康状態に変化があった時は、看護師から家族に電話連絡しています。また、作品展や夏祭り等を通して、家族とつながりを持てるように工夫し、個別支援計画の説明や、重要事項の説明、利用者状況の報告や相談の実施を通して、家族の要望を把握できるように努め、相談内容を記録しています。		

#### 評価対象 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
<コメント>		