

福祉サービス第三者評価結果の公表様式〔高齢者福祉サービス〕

① 第三者評価機関名

(福) 静岡県社会福祉協議会

② 施設・事業所情報

名称：養護老人ホーム掛川市ききょう荘	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：施設長 鈴木龍太	定員（利用人数）： 50（28）名
所在地：掛川市水垂 4 7 9 - 1	
TEL：0 5 3 7（2 4）0 8 6 8	ホームページ： https://www.kake-en.or.jp
【施設・事業所の概要】	
開設年月日 昭和 30 年 5 月 20 日（桔梗寮）	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人 掛川社会福祉事業会	
職員数	常勤職員： 6 名 非常勤職員 10 名
専門職員	医師 1 名 事務員 1 名
	看護師 2 名 支援員 4 名
	栄養士 1 名 夜間専門支援員 4 名
	生活相談員 2 名 施設長 1 名
施設・設備 の概要	定員 1 人当たり居室面積 5.55 m ² 食堂 1 カ所

③ 理念・基本方針

- 1) 社会福祉法人としての役割を認識し、健全で活力ある施設運営に努めます。
- 2) 個人の人格を尊重し、利用者本位のサービスを提供します。
- 3) 明るく、楽しく、安心した生活が営まれるよう、信頼と笑顔で支援します。
- 4) 保健、福祉、医療機関等と連携し、地域福祉を推進します。
- 5) 積極的に研修、研鑽を積み、質の高いサービスを提供します。

③ 施設・事業所の特徴的な取組

〈人的サービス面〉

1) 虐待防止検討委員会の取組

令和 6 年 9 月、第 13 回静岡県高齢者福祉研究大会において「虐待防止検討委員会の取組み」を発表し、優秀賞に選出されました。続いて 11 月には介護力向上研修～研究発表 Again!～にて、取り組みの背景・効果等の詳細を発表し、令和 7 年 6 月には関東ブロック老人福祉施設研究総会への参加が予定されています。

2) 社会貢献活動

地域のために社会福祉法人が必要な存在としてあらためて認知され、地域から期待される役割や実践を広げていくことを目的に、掛川社会福祉事業会として、地域ニーズへの対応、福祉教育・人材育成、関係機関・団体との連携を推進していくために、「地域貢献事業検討委員会」を設置し活動しています。現在は掛川市社会福祉協議会と協働し、「緩やかな法人連携」に参画し、「福祉なんでも相談」「フードパントリー」「中間就労支援」に取り組んでいます。また法人独自の活動として、「認知症カフェの移送支援」「専門職による出前講座」等も行っています。

3) サービスの質の向上と経費の削減

事業所の事業計画・予算はボトムアップ型で作成している。各部署が計画を立案することで、職員の意見や提案を吸い上げ、より現場に即した課題解決や計画立案を行っています。予算は社内 LAN で管理され、物品購入伺いも「見える化」されており、職員のコスト意識を高める組織文化が定着しています。

〈設備・環境面〉

1) 老朽箇所の修繕

掛川市が策定した「掛川市ききょう荘改修基本計画」に基づき、平成28年度より10年を費やし改修が進められています（令和6年度は9年目）。この間、計画には含まれていなかった居室のエアコン設置や避難経路を分かりやすくするための壁面塗装などを提案し、追加実施されました。

2) 防災減災対策

施設周囲並びにグラウンドにつながる避難経路が長年の風水による浸食や樹木の根上がりのため、利用者の移動に支障をきたしていました。また一部が砂利道で足場が悪く、草が生い茂る状態であったため、事業所独自の計画として、3年計画（令和3年度～令和5年度）で、避難経路整備工事を実施しました。

3) 生産性の向上

養護老人ホームは介護施設に比べて科学的介護の視点やICT化について、あまり話題になっていませんが、処遇面では平成26年度に記録ソフトを導入して、令和6年度クラウドサービスに移行しました。また防災面では安否確認システムを導入しています。地域貢献事業においては、オープンチャットを活用するなど生産性の向上に取り組んでいます。

④ 第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和6年6月14日（契約日） ～ 令和7年3月7日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	3回（令和元年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- ・管理表による予算管理を部署ごとに全職員に徹底しているため、職員のコスト意識が高く、経費節減に効果を上げています。
- ・地区住民と年に1回、合同グラウンドゴルフ大会で交流を図り、社会福祉法人連携の取組を推進して、地域貢献事業(フードパントリー等)を実施しています。
- ・「危機管理マニュアル」にてリスクマネジメント体制を整備して、事故防止委員会を中心に事故報告書(およびヒヤリハット)を取りまとめ、原因と再発防止策を検討しています。
- ・「標準感染予防マニュアル」があり、PC内ネットワークにて職員周知し、R5年度には「感染対応研修」を2回、「感染対応訓練」を2回開催し、全職員が1年通じて感染症対策に取り組むことが出来る体制を整えています。
- ・「虐待の芽チェックリスト」を実施し早期発見と対策を図って、第13回高齢者福祉研究大会にて「虐待防止検討委員会の取組み」を発表し、優秀賞に選ばれています。
- ・利用者嗜好調査、ひとりひとりの栄養に関する分析を行っています。管理栄養士、看護師、支援員、生活相談員、施設長等、多職種が協力して利用者の栄養状態を総合的に評価し、ケース会議を通じて栄養ケアマネジメント支援計画を立案し、利用者の健康状態の最適化を図っています。
- ・季節感のあるメニューや行事メニューを取り入れ、適温配膳、蓋つき食器を使用し、温かい麺類の配膳順序を調整し、遅食の場合も適温を保つ工夫しています。
- ・歯科医師、歯科衛生士の助言・指導を受けて、利用者への口腔機能を保持・改善するための取組として、食前の口腔体操や口腔ケアの周知が図られるように努めています。

◇改善を求められる点

- ・法人10か年計画の期間が前年度末で終了していますので、早期に次期計画を策定することが求められます。
- ・理念や事業計画等を利用者、家族等へわかりやすく説明・周知する工夫が求められます。
- ・ボランティア受入れについて、基本姿勢や手続き、事前説明等に関する項目が記載されたマニュアルの整備が求められます。
- ・プライバシー保護に配慮したマニュアル等の整備や、利用者のプライバシーを守るための設備等の工夫がなく、利用者や家族への周知の取組が求められます。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

当施設では令和5年度よりサービス向上委員会が中心となり、静岡県福祉サービス第三者評価事業に取り組んで参りました。静岡県社会福祉協議会様には早くから連絡を取らせていただき、スムーズに事業を進めることができました。ご対応ありがとうございました。

今回の第三者評価事業においては、全ての職員が自己評価に携わったことで、その必要性を一人ひとりが認識することができ、とても良い経験ができたと思います。また、担当者様からの結果説明におきましても、非常にわかりやすい解説をいただき、改めて施設として求められている内容を自覚することができました。

当施設の評価結果においては、

- ①ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確し体制を確立すること
- ②利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供すること
- ③利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知すること
- ④福祉サービスの質の確保において、標準的な実施方法について見直しをする仕組みを確立すること
- ⑤利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底すること

以上の項目について更なる充実が強く求められました。今回の評価結果については真摯に受け止め、令和7年度の取組みとして、内部評価と第三者評価の結果を結び付けながら業務の適正化に努め、日々変化していく養護老人ホームの状況に即したサービス提供を目指し、全社的に進めて参ります。

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〔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。	b
〈コメント〉 理念は明確でわかりやすい内容である。(基本方針は明文化されていたが、事業所内で周知されていない。) ホームページへ掲載、玄関等への掲示により周知を図っているが、利用者や家族等にわかりやすく説明する工夫が求められる。 毎週一回、朝礼で理念の復唱をしているが、夜勤専門職員(非常勤)が参加する機会がない。	

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
〈コメント〉 老人福祉施設協議会、社会福祉法人経営者協議会や中公養連絡協議会等から情報を収集するほか、市の福祉計画の見直しに参画するなど状況把握に努めている。 毎月の理事長報告会・法人管理職会議で、経営状況・入所状況等の把握・分析をしている。 また、県中部地区の他施設と情報交換を行い、利用状況や課題等を共有している。	
③ I-2-(1)-② 経営課題を明確にし、具体的な取組みを進めている。	a
〈コメント〉 施設設備の老朽化、入所者の減少、指定管理者としての制約、市内他施設への集約化という市の方針等によるさまざまな経営課題を、毎月の企画会議及び社内LANにより全職員に周知するとともに、理事会にも報告している。 厳しい経営環境の中でも、人件費や委託費を節減するなど、具体的な取組を進めている。	

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。	b
＜コメント＞ 法人10か年計画の中で「ききょう荘」について、目標、具体的内容や評価を行える内容を伴った計画が策定されており、中間見直しもされている。 しかし、現計画期間が令和5年度末で終了しているので、指定管理者として将来像を描きにくい事情はあるものの、早期に次期計画の策定が求められる。		
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。	b
＜コメント＞ 長期計画は前年度末で終了しているが、単年度計画は実行可能な具体的な内容となっている。 具体的な成果目標が設定されており、実施状況の評価を行える内容である。三か月ごとに各部署で評価を行っている。		

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
<コメント> 部署ごとに事業計画を分担して作成しており、全職種で構成する企画会議で検討、作成がされている。 それを社内 LAN で全職員に周知している。 実施状況は、三か月ごとに把握され、評価を行っている。 事業計画は毎年度、見直しを行っている。		
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。	b
<コメント> 事業計画は法人のホームページ上にあるがわかりにくく、見やすい工夫が求められる。 玄関にファイルとして置かれている。 家族会はなく、三か月に一回の利用者会で行事など計画の一部を説明しているが、主な内容を説明しているとは言い難い。		

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
<コメント> 各職員が年三回(四か月に一回)チェックシートにより自己評価を行い、二か月に一回開催されるサービス向上委員会で評価、課題検討を行っている。施設長がその報告を受け、確認している。 定期的に第三者評価を受審しており、評価結果をサービス向上委員会で検討している。		
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。	b
<コメント> 課題分析・評価をサービス向上委員会や企画会議で行っている。 各部署、各委員会でも課題抽出、改善検討を行っており、施設長に報告している。 社内 LAN で全職員で情報共有している。 しかし、課題の文書化や計画的な改善の取組が十分とは言えない。		

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
<コメント> 施設長の方針を各種会議で職員に説明するとともに、広報誌「笑顔のわ」28号(2024年10月号)でも表明している。 職務分掌表で役割等を明確にしており、また「補佐」が施設長の次席と職員間に共有はされているが、不在時の権限委任等を明確に記載したものはない。		
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
<コメント> 老人福祉施設協議会、社会福祉法人経営者協議会や中公養連絡協議会等から幅広く情報を収集し、法令知識の習得に努めている。 法人内新規採用職員研修の講師を務めるほか、施設内の研修や会議で必要な指示をしている。 健康増進法や労働基準法への対応など、具体的な取組や職員指導を適正に行っている。		
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
<コメント> 施設長が接遇マニュアルの作成を主導し、会議で説明している。 Do-CAPシートやチェックシートにより、全職員に定期的に自己評価を行わせ、質の向上に向けて職員の意見を取り入れているが、定期的に評価・分析するまでには至っていない。 また、企画会議で職員に訓示をしたり、外部研修への参加について配慮している。		

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。	a
<コメント> 経営分析を行うほか、時間外労働状況の把握など、労務、財務面の現状把握、分析を行っている。 更衣室の整備など、働きやすい環境整備に取り組んでいる。 企画会議や虐待防止委員会等により、経営改善や業務改善のための情報共有や意識の醸成を図っている。		

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。	b
<コメント> 小規模施設で職員数が少ないこともあり、人材確保・育成方針は確立していないが、必要な専門職の配置や人員体制の計画はある。 プリセプターやOJTによる人材育成が実施されている。 ホームページや就職フェア、ハローワークを活用して採用活動を行っている。		
15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<コメント> 「法人が求める職員像(あるべき職員の姿)」が明記されている。 人事基準は社内LANの共有フォルダにあるが、周知は十分とは言えない。 人事考課制度による職員面談を実施して、意見を聴いたり勤務評価をしている。 それを踏まえ改善を検討・実施しているが、養護老人ホームの性格上、処遇改善の評価・分析まではしていない。 キャリアパスは整備されている。		
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
<コメント> 有給休暇の取得状況や時間外勤務の状況を施設長が把握、声掛けをしており、ワークライフバランスに配慮している。 健康診断、ストレスチェック、個別面談を定期的実施し、ハラスメント相談窓口を置いている。 面談により把握した課題を企画会議で共有し、改善策を実施している。 「OKワーク」に加入し、総合的な福利厚生に取り組んでいる。 施設長が勤務実態を理解し、労働基準法の「断続的労働」の適用を受けている。		

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。	b
<コメント> 「法人が求める職員像(あるべき職員の姿)」が明確に規定されている。 Do-cap シートにより目標管理し、中間・期末に面談を行って、達成度の確認をしている。 目標は設定されているが、目標水準、目標期限が明記されるものとなっていない。		
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。	b
<コメント> 法人の人材育成方針の中で、「法人が求める職員像(あるべき職員の姿)」を明示している。 必要とする職員の資格や技術が明示されており、研修計画に基づき研修が実施されている。 研修計画の定期的な評価はされておらず、内容やカリキュラムの評価と見直しも行われていない。		
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
<コメント> 職員の資格取得状況を把握している。 研修に参加できない夜勤専門職員に対しても、OJT として研修を行っている。 老人福祉施設協議会や社会福祉人材センターの研修への参加を奨励し、出張扱いにして外部研修に参加しやすい配慮をしている。		
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。	a
<コメント> 実習生受入れマニュアルにより、実習生が来ない年もあるが、基本的に受け入れている。 養成校と連携して、プログラムを作っている。 実習指導者養成研修に参加させているが、法人内異動により今年度は不在となっている。 実習期間中は養成校の巡回指導時に、意見交換をしている。		

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
＜コメント＞ ホームページは法人で一つのもので、見やすくわかりやすい工夫をされるのが望ましい。 理念、事業計画、事業報告、財務諸表、苦情対応等の情報は公開されているが、予算・決算情報が不十分である。法人の存在意義や役割等を明確にするよう努められたい。 ブログや広報紙(年一回)により、活動を紹介している。		
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。	b
＜コメント＞ 事務所に閲覧用の規程集を置き、社内 LAN でも見ることができるようにしている。 法人の監事や事業監査委員会による内部監査を行っており、県社協の特別相談を活用しているが、外部の専門家による監査支援は行われていない。		

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。	b
＜コメント＞ 地域貢献事業検討委員会の運営指針に考えを明記し、近隣地区とのグランドゴルフ大会などの実施や、店舗や病院、菓子販売や図書館などの利用支援をしているが、掲示板の活用がなく、利用者が地域活動等するための支援体制整備もない。		
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。	c
＜コメント＞ 学校教育に協力していることを聴取したが、基本姿勢を明文化していなく、受入れに関する基本姿勢も明文化していない。マニュアルの整備がなく、研修などもしていない。		
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。	b
＜コメント＞ 「掛川市社会福祉法人等社会貢献研究会」に参加し、「福祉なんでも相談」の協力施設としてエントリーし、市役所や地域包括支援センターとは随時連絡を取り合い、生活管理指導		

短期宿泊事業についても連携を図り、社会資源を明示したリストはパソコン内にあるが、そのリストは活用されていない。		
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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
<コメント> 地区住民と年に1回、合同グラウンドゴルフ大会で交流を図り、地域貢献事業検討委員会を通じ専門職が地域へ出向き講演等を行い、掛川市社会福祉法人等地域貢献研究会や研究会コア会議に参加して、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に務めている。		
27	Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
<コメント> 市社協主催の“福祉なんでも相談”で一次相談場所の窓口となり、法人の“地域貢献事業検討委員会”の活動を軸に、社会福祉協議会や地域包括支援センターと連携しフードパントリー事業を実施し、健康講話の講師として栄養士を派遣し、運動教室・茶のみやカフェ移送サービスなども実施しているが、地区住民と防災協定については、指定管理施設であるため締結できていない。		

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
<コメント> 法人の基本理念に利用者を尊重した福祉サービスの提供について明示があり、虐待防止検討委員会にて権利擁護をテーマとした研修会を開催しているが、「倫理綱領」等がなく、基本姿勢を具体的に記述した文書等もなく、人権への配慮について定期的に状況を把握・評価する取組もない。		
29	Ⅲ-1-(1)-② 利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	c
<コメント> プライバシー保護に配慮したマニュアル等の整備がなく、利用者のプライバシーが守られるような設備等の工夫もなく、利用者や家族への周知の取組もない。		
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。	a
<コメント> ホームページや広報紙には、施設の写真や行事の様子を載せている。R5年度に施設パンフレットを作り直し、市役所など3か所に設置し、生活相談員が利用者や家族に対して懇切丁寧な説明をするよう心掛け、随時施設見学の機会を設け、施設内の案内や生活の様子など説明し見学や体験入所を勧め、事前に地域包括支援センター担当者などと相談の上で“短期宿泊事業”を実施している。		
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
<コメント> 短期宿泊事業をお試しで利用することなどで、利用者の自己決定を尊重し、利用者へパンフレットやカタログを提示し、慎重にサービス内容を説明するように努め、同意書を残し、他施設等に移行する際は、生活様子や特記事項等を対象施設に事前に報告相談し、認知機能が低下している利用者等については、家族や後見人に説明しているが、意思決定の困難な利用者に配慮したルール化がない。		
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
<コメント> 要介護認定を受ける段階で、在宅サービスや施設入所の利用について本人等へ説明し、退所の際は、手続き先の説明を文書で渡し、施設の利用が終了した後も問い合わせがあれば生		

活相談員が対応しているが、手順と引継ぎ文書がなく、その後の担当者や窓口の設置もなく、相談方法や担当者について記載した文書も作成していない。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取り組んでいる。	a
<コメント> ききょう会全体集会(利用者の会)を年4回開催し、各職種の職員も参加し直接意見交換を行い(その場で生活ルールなどが見直されることもある)、集会室にご意見箱を設置し、ケース会議前に利用者の意向を確認し、利用者アンケート調査を年1回実施し「サービス向上委員会」で分析・検討している。		
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。	b
<コメント> 苦情解決責任者等を設置し、集会室にご意見箱を設置し、苦情内容は保管し、記録ソフトに経過を記入して、利用者や家族へ口頭または書面でフィードバックを行い、ホームページや広報紙において、匿名化し公表し、企画会議やサービス向上委員会で改善について検討しているが、苦情解決ポスターの掲示はあっても、仕組みをわかりやすく説明した掲示物や資料の配布がない。		

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。	c
<コメント> ききょう会全体集会で意見交換を行い、相談も内容に応じて居室や会議室等で随時対応しているが、相談等についてわかりやすく説明した文書の作成・掲示などの取組がない。		
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
<コメント> 日頃より利用者から話しかけられやすいようにコミュニケーションをとり、集会室にご意見箱を設置し、利用者アンケート調査を年1回実施している。 利用者の相談や課題などに対して、臨時でケース会議を開催し対応を検討したり、事例に対してケース会議や企画会議で検討などを行っているが、相談に関するマニュアル等の整備がない。		
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
<コメント> 「危機管理マニュアル」にて体制を整備し、事故防止委員会を中心に事故報告書（およびヒヤリハット）を取りまとめ、原因と再発防止策を検討し、マニュアルの見直しも行い、重大事故についてはケース会議や企画会議において再発防止策を共有し、定期的の実施状況や実効性を協議している。		
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
<コメント> 感染対策委員会があり、「標準感感予防マニュアル」を作成して随時見直し・更新をし、PC内ネットワークにて職員周知する体制を構築し、R5年度は「感染対応研修」を2回、「感染対応訓練」を2回開催し、全職員が1年通じて感染症対策に取り組むことが出来る体制を整えている（実際に新型コロナウイルス感染症が発生した際は、マニュアルを基に対応しゾーニング等を行うことができ、令和4年8月クラスター発生以降は、一人の感染者もでていない）。		
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
<コメント> 災害時の対応体制が決められ、「事業継続計画」を策定し、職員は緊急連絡通報装置並びに安否確認システムにより情報の送受信ができ、食料や生活用品（備蓄食品と水は7日分）を用意し、栄養士が管理し、年間計画に基づき定期的な避難訓練や防災教育を行い、利用者名簿の常設や月次の防災自主点検並びに業者による防災設備の点検を年2回実施している。		

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
<コメント> 標準的な実施方法を文書化した「業務標準化シート」を各部署で作成して、「プリセプター制度チェックシート」を活用して実施の確認を行い、研修で標準的な実施方法について周知徹底しているが、プライバシー保護等についての文書化がない。		
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。	c
<コメント> 実際に、ケース会議等で個別のサービスに内容の見直しや必要サービスの追加を行っていることを聴取したが、見直しに関する時期やその方法を組織で定めていない。		
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。	b
<コメント> 「業務標準化シート」で手順と確認する仕組みを構築し、サービス担当者会議を実施し多職種が参加し個別支援計画を作成し、長期目標などの評価・検証を行い、必要なサービスや方法の検証をして、家族・行政を交えてケース会議を開催し、支援困難ケースにも適切に対応しているが、さまざまな職種の関係職員が参加したアセスメントの実施がなく、支援計画には、利用者一人ひとりの具体的なニーズを明示していない。		

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
<コメント> 「業務標準化シート」で各種手順と仕組みを定め、多職種で構成されたケース会議を年2回開催し、対象利用者から意向確認を行った上で専門職が検討と評価を行って課題等を明確にし、緊急のケース会議も必要に応じて開催している。		
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
<コメント> 利用者の状況は記録ソフト（ほのぼの）を活用し、実施したサービスや利用者の身体状況をケース記録に入力し、サービスの実施については支援チェック表（入浴・排泄・服薬）などで確認し、服薬等についてはマニュアルを作成し、職員が同じサービスを提供できるよう環境を整え、記録に適切でない表現が使われていた場合は主任生活相談員や主任支援員が指導を行い、企画会議などの内容等は、施設内 LAN「毎朝チェック（管理運営上の情報発信）」で情報共有している。		
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。	b
<コメント> 法人統一の個人情報保護規定があり、個人情報保護についての話し合いをしている。記録ソフトは職員個人の ID で管理して、記録物は鍵のついた書庫へ保管し、生活相談員が管理し、廃棄の際はシュレッターを使用し、利用者や家族には、入所時に個人情報に関する同意書を交す際に説明しているが、記録管理責任者はおらず研修も行っていない。		

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

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。	b
＜コメント＞ ・利用者の個別支援計画を通じて、生活の質の向上と社会参加を支援しているが、地域生活移行後の継続的な支援が不足している。 ・生活相談員や施設長が中心となり、利用者心身の状況や生活習慣を正確に把握し、必要な支援を提供できるような包括的な情報収集と課題分析を行っている。 ・生活支援員、看護師等と協力して支援計画書を作成し、一人ひとりに配慮した日中活動を実施している。 ・個別ニーズに合わせた支援計画を立案し、関係職員間で共有されている。 ・利用者が自ら選択できる活動メニューを提供し、施設内、外の社会参加を促進するため活動プログラムを実施し、利用者の自主性を尊重している。 ・地域生活移行に取り組む考え方は、個別支援計画書に基づき行っているが移行後の継続的な経過確認が行われていない。		
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。	b
＜コメント＞ ・利用者の思いや希望を尊重し、権利擁護やトラブル対応、利用者同士の共助、互助の推進に取り組んでいる。 ・利用者のニーズ把握として個別支援計画書を一緒に作成しながら利用者の思いや希望を把握している。 ・利用者の自治会（ききょう会）があり、役員会と全体集会をそれぞれ年4回開催し、利用者同士の交流や活動、ルールについて話し合っている。 ・施設内研修会、虐待防止検討委員会を定期的に話し合い、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいチェックシートを活用し、職員が自己覚知を図っている。		
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。	c
＜コメント＞ ・身体拘束適正化検討委員会と虐待防止検討委員会が継続的かつ積極的に取り組んでいる。 ・利用者の意見を反映しながら適切なマニュアルの整備や職員への周知を行っている。 ・身体拘束適正化検討委員会でマニュアルを整備し、権利侵害の防止等の虐待防止検討委員会の指針に沿って職員に周知を図っている。【虐待の芽チェックリスト】を実施し早期発見と対策を図っている。 ・虐待防止検討委員会の指針には行政への届出・報告が明記されているが手順については作		

成中で明記されていない。

- ・第 13 回高齢者福祉研究大会で「虐待防止検討委員会の取組み」を発表し、優秀賞に選ばれている。

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
<コメント> ・昭和 55 年に竣工した建物で老朽化進む中で定期的に修繕を実施している。 ・利用者の主体性の尊重、利用者同士の共助、互助を育むことを目的として掃除や管理を担当制にしている。職員は、利用者と共に清掃・整理整頓に取り組み清潔に努めている ・集会室にソファを配置し、利用者がくつろげるように工夫している。		

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
<コメント> ・ 利用者の入浴日を週3回として、安定した衛生管理を維持しつつ、必要に応じた柔軟な対応によって衛生管理と日常生活のリズムを確保している。 ・ 利用者の健康状態等、必要に応じて、入浴日以外の日でも柔軟なシャワー浴の対応で発汗や便失禁など特別な状況に対応し、利用者の清潔を保つため随時実施している。		
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
<コメント> ・ 運動や水分補給を促す日々の排泄状態を継続的に観察し、必要な情報を収集し利用者の自然な排泄を支援している。 ・ 嘱託医との連携を通じて、利用者の健康状態を嘱託医へ報告し、整腸剤等の薬剤調整、排便スケールを用いることで、排泄状態を客観的に評価し、必要な対応している。		
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
<コメント> ・ シルバーカーの利用が増加している。ケアマネジャー、福祉用具業者等と連携し、個々のニーズに合った用具を選定し、試用期間を設けることで安心して使用できるようにしている。 ・ 自立歩行の状態を観察し、見守りと声掛けにより、利用者の自立度を維持・向上させるように努めている。 ・ 転倒や事故を防ぐため、室内および廊下を整理整頓し、利用者同士、利用者と職員が一緒に安全過ごすための環境を整えている。		
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
<コメント> ・ 管理栄養士が栄養ケアマネジメントを発揮し、利用者嗜好調査、ひとりひとりの栄養に関する分析を行っている。看護師、管理栄養士、支援員、生活相談員等、多職種が協力して利用者の栄養状態を総合的に評価し、ケース会議を通じて支援計画を立案し、利用者の健康状態最適化を図っている。 ・ 利用者の健康状態維持や個別支援計画書に繋げ、食事の質の向上に努めている。 ・ 年に1回の嗜好調査や聞き取りを行い、利用者の好みや食事時間を調整することで、より満足度の高い食事を提供に努めている。 ・ 季節感のあるメニューや行事メニューを取り入れ、適温配膳、蓋つき食器を使用し、温かい麺類の配膳順序を調整し、遅食の場合も適温を保つ工夫している。		

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
<コメント> ・栄養ケアマネジメントを通じて、利用者の健康状態を総合的に把握し、適切な栄養サポートを提供している。 ・利用者の栄養状態を正確に評価し、適切な食事量を提供するため栄養ケアマネジメントのアセスメントシートを使用して、利用者の栄養状態やBMIを把握し、個別のニーズに合わせた食事量を調整している。 ・食事状況を観察し、時間内に食事が終わらない利用者には早出し対応を行い、気兼ねなく食事できる席を用意している。トレーを運ぶことが困難な方には職員が配膳を支援し、下膳は利用者が自分で行うよう配慮している。		
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
<コメント> ・食前に口腔体操を行い咀嚼や嚥下機能を高める効果を図っている。 ・口腔ケアの重要性をパネルで視覚的説明して周知を図っている。 ・嚥下、咀嚼等における口腔ケアに関する外部研修やWeb研修を活用し、口腔ケア向上を図っている。 ・年1回の歯科検診結果を基に、口腔環境の維持・改善を行っている。		
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
<コメント> ・毎日行う居室掃除と施設内清掃を通じて、利用者が自主的に活動し身体機能を維持できるようにしている。 ・朝のウォーキング、棒体操、食事前の口腔体操などを日課で行い、利用者の身体機能を継続的にサポートしている。 ・老人保健施設のリハビリスタッフにより、年2回の運動教室を開催し、適切な運動機会を提供している。 ・施設の看護師・栄養士による健康教室を年1回開催し、利用者に対して健康管理の重要性を伝えている。		
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。	b
<コメント> ・ケース会議を通じて多職種が連携し、個別支援計画を踏まえて利用者のニーズを包括的に評価している。 ・主治医との相談を通じて、早期に認知症の兆候を見つけ、対策を講じている。 ・資格を有さない職員にも認知症介護基礎研修を受講させ、知識とスキル向上を図っている。		
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
<コメント> ・危機管理と健康管理体制の確立を通じて、利用者の安全と健康を守るためのアプローチを実施している。 ・嘱託医への連絡や中東遠総合医療センター等の医療機関との連携体制を構築している。 ・誤薬防止のため服薬確認等の説明を行い、適切な服薬管理を徹底している。 ・中東遠総合医療センター、川口会病院、岡田医院との覚書を締結し、連携を強化している。 ・「医療サイン～訴えを受け止める支援～」や「普通救命講習会」などの研修を実施し、応急手当推進事業所証の交付を受けている。		

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		
A⑱	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
<コメント> ・利用者及び家族に対してサービスの説明や要望を聞く機会を設け、適時必要な連絡を行っている。半年に1度のケース会議報告や定期的な連絡を通じて、家族と利用者の状況を共有している。受診・外出対応時や面会時に家族へ情報提供と確認を行っている。預かり金の定期報告や外出外泊の依頼文を郵送することで、家族が情報を適切に受け取れるようにしている。家族や成年後見人が関われる場面や機会を提供し、面会しやすい環境を作っている。行事の案内や面会時の近況報告を行うことで、家族が利用者の状況を理解しやすくしている。		