

第 三 者 評 価 基 準 (様式2)
【 共 通 版 】 高 齢 者 福 祉 サ ー ビ ス 用 R2年3月31日改定

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・わかまつ園基本理念は、利用者・家族の意向を尊重し、利用者の心身の健やかな育成を支援するものとして、法人・事業所の使命、目指す方向などが読み取れます。 ・事業所の基本方針は、理念に基づいて、利用者に対する姿勢、地域との関わりなど具体的な指針となっており、掲げられた目標は、職員の行動規範となっています。 ・理念は、事業所の入口、廊下等に掲示されており、事業所の基本方針・目標は職員会議や朝会で唱和するなど、職員への周知を図っています。 ・ホームページやパンフレットへ掲載する理念、基本方針等については、理念や事業目標を外部から見て分かりやすく表示することも必要と思われます。 ・新規利用者や家族、地域社会等の理解を深めるために、ホームページの充実、広報誌（毎月の行事お知らせ等）へ分かりやすく説明した資料を掲載するなどの啓発、周知が望まれます。 		

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・全国老人福祉施設協議会の配付資料や福祉新聞等の広報媒体により収集した情報を、施設長と4事業所の管理者で構成する運営会議で、資料配付し内容を把握しています。 ・事業所利用者の推移、増減の動向や背景などについて分析し、理事会等への説明資料として作成しています。 ・国や県・市の福祉施策の方向性や社会福祉事業全般の動向、事業所の位置する地域内の高齢者の状況や潜在的な利用者に関するデータ等を把握・分析するとともに、事業所の職員体制や財務状況等について、更なる課題把握、分析が期待されます。 		
3	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

評価概要
<ul style="list-style-type: none"> ・施設長と4事業所の管理者で構成する運営会議で、利用者の介護度、利用者数の推移、収支状況等を把握、分析しています。 ・事業所利用状況や経営収支等は、理事会等に報告し役員間での共有がなされています。 ・運営会議での協議事項は、各事業所において管理者から職員に勉強会、ミーティング等の機会に伝えられています。 ・経営上の課題及び解決の取組については、職員同士で検討の場を設けるなど、組織全体で取り組んでいくことが期待されます。

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	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・㉔
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・理念、基本方針の実現に向けた具体的な取組を示す中・長期の事業計画は、策定されていません。 ・丁寧な接遇による福祉サービスの提供をモットーとしている当園においては、更なるサービスの充実を図るために、利用者のみならず利用希望者や家族等の意見を取り入れ、地域ニーズに基づいた新たな福祉サービスの実施などを含めた目標（ビジョン）を明確にする必要があると思われます。 ・策定した中・長期計画の実現のためには、併せて財務面での裏付けとなる収支計画の策定も必要です。また、その目標（ビジョン）を実現するため、組織体制や職員体制などに関する具体的な計画を盛り込むことが重要です。 		
5	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・㉔
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業計画は、法人理念、基本方針を実現するため、中・長期計画に基づき作成することがより効果的です。 ・当園の単年度事業計画は、毎年度の基本方針と目標を掲げたものになっています。 ・4事業所が同一敷地内に存しており、連携の取れた効率的な活動ができる利点がありますが、役割分担を明確にするためにも、事業計画に数値化できる目標や基本的な成果等を設定し、実施状況を評価する内容にすることが望まれます。 		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
6	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・㉔
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は策定の段階から職員が参画し、意見を集約、反映した上で、職員の理解が十分に得られ、組織的に取り組むことが、計画達成のために欠かすことのできない要件です。 ・当園の事業計画は、管理者が中心になり原案を作成し、運営会議で調整の上、策定されています。年度末の運営会議で評価、見直しが行われています。 ・職員体制や策定期間を検討し、職員の参画、意見を取り入れながら、組織的な取組が可能となる事業計画の策定、評価の実施などの仕組みの構築が望まれます。

7	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
---	-----------------------------	-------

評価概要

<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス提供に係る各年度の事業目標等は、利用者、家族等に毎月送付する行事計画に不定期に盛り込まれています。しかし、事業計画の主な内容について、利用者や家族等に周知するための分かりやすい資料作成や、定期的な会合での説明などの機会は、特に設けられていません。 ・利用者等の理解と参加を促す観点から、事業計画の主な内容を分かりやすい資料として作成したり、家族会等で説明の機会を設けることなどが期待されます。
--

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	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・㉔
---	-------------------------------------	-------

評価概要

<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの質の向上は、日々の取組に加え、福祉サービス計画をPDCAサイクルにより、継続して実施することにより図られます。 ・当園のモットーである丁寧な接遇により、あらゆる場面での福祉サービスの向上につながるよう、今回の第三者評価基準に基づく自己評価の有効活用が望まれます。 ・自己評価・第三者評価は、担当者を定め、組織として取り組む体制を整備し、多くの職員の理解と参画を得ながら実施することが効果的です。

9	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・㉔
---	--	-------

評価概要

<ul style="list-style-type: none"> ・前項のとおり、自己評価等を実施した場合は、多くの職員の参画を得て、評価結果の分析や、それに基づく課題を文書化し、職員間で課題の共有化を図ることが重要です。 ・当園では、令和元年度に利用者アンケートを実施・分析し、丁寧な接遇とレクリエーションの記録化につなげ、レクリエーションを飽きない、希望の多いメニューの改善につなげるなどの成果を上げています。 ・改善への取組は、組織的な対応が必要なことから、今回の第三者評価受審、自己評価の実施を
--

契機に、職員間での話し合いによる改善策の検討、改善への取組が継続的に行われることが期待されます。

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 園長の役割と責任については、組織規程、組織図により位置付けられており、事業所の経営・管理運営については、園長及び各事業所管理者で開催される毎月の運営会議において、方針と取組を協議しています。また、運営会議での協議事項は、各事業所において事業管理者から職員に周知されています。 令和3年度に「わかまつ園組織規程」が制定されていますが、各事業所の管理者の事業所における役割と責任、権限の範囲等について、不在時の権限委任等も含め、施設長との棲み分けを明確化しておくことが望まれます。 		
11	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> わかまつ園法令遵守規程に基づき責任者が設置され、組織体制が整備されています。園長は、人権擁護や交通法令遵守などの職員研修を実施しています。 身体拘束廃止委員会、事故防止等対策委員会など、4つの委員会を四半期に1回程度開催し、施設運営における法令遵守などの取組について協議し、事業管理者は、各事業所で職員への周知を図っています。 事業経営に係る取引の主な部分は法人の経理部門で担当しており、税理士事務所の適切な指導、助言を毎月受けています。 		
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
12	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 職場内研修として、毎月グループ研究発表の勉強会を開催し、また、日々のミーティングで反省、見直しを図ることとしており、当園が重視している接遇を中心とした福祉サービスの向上を図っています。 外部研修の受講については、受けた研修について職員の要望を把握し、業務に意欲を持って当たっている職員を優先して受講を推薦しています。 個々の利用者ファイルを作成し、管理者に直接言いにくい意見も職員から吸い上げるような工 		

夫を凝らし、毎月の勉強会の資料として用い、サービスの質の向上の取組に活かしています。		
13	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・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・園長と事業所管理者は、毎月の運営会議において、事業利用状況や収支状況等を分析し、職員の能力に応じた勤務シフトを組み、効率的な事業所運営に取り組んでいます。 ・事業所の継続性の維持や効率的に業務執行能力を高めるためには、職員全体で意識形成を図り、さらなる働きやすい職場環境の整備等に取り組む組織・体制づくりが期待されます。 		

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・当園では、公共職業安定所の委託を受け、介護職員実務研修・初任者研修を実施しています。求人募集は、ハローワークを通じて行い、研修終了後の受講生の応募が多く、人材は確保出来ています。 ・質の高い福祉人材の確保には、法人理念、事業所基本方針を実現するための専門職の配置等の具体的な計画を作成し、計画的な人材確保・育成が重要と思われます。 ・計画の作成、計画に基づく実践が期待されます。 ・質の高い福祉人材の育成・確保・配置の具体的な計画策定が期待されます。 		
15	② 総合的な人事管理が行われている。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念、事業所の基本方針に基づいた期待する職員像は、単年度事業計画の一部が行動目標として表されています。 ・昇給、昇格は、資格や経験年数を考慮し、給与規程に定められた等級設定に基づき行われています。 ・就業規則、給与規程に処遇改善事項が謳われており、職員に公開されています。 ・職員が目標を持って職務を遂行し、そのモチベーションを高めるためにも、職務に関する成果や貢献度を評価し、職員処遇に結びつくような人事基準の作成、仕組みの構築が望まれます。 		
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
16	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
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・タイムカード制度を導入し、園長が責任者として労務管理を行っています。 ・有給休暇の取得状況等は、園長及び事業管理者が把握し、有給休暇の適切な取得に配慮しています。 ・変形労働時間制やフレックスタイム制の導入により、子育て世代の職員等の働きやすさに配慮するなど、ワーク・ライフ・バランスに配慮した取組が行われています。 ・デイサービス事業所では特に設定はしていませんが、法人内のグループホームや有料老人ホームの入所施設では、3交替制勤務、フレックスタイム制で勤務シフトを組んでおり、また、安全衛生委員会を年3回開催し、職員の心身の健康と安全の確保に努めています。 		
<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。</p>		
17	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・㉔
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各事業所管理者については、年度当初と年度末に施設長による面接が行われ、介護技術職の勤務評価表により勤務評定が行われます。実績評価に基づき、賞与査定が実施されています。 ・福祉サービスの向上を図るためには、事業所全体の目標に加え、職員一人ひとりの目標設定、目標達成度の確認など、面接を通じたコミュニケーションにより、職員のモチベーションを高める取組がより効果的と思われ、段階的に導入されることが期待されます。 		
18	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・㉔
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・期待する職員像は、単年度事業計画の中に基本方針に基づいた目標として謳われていますが、基本方針や計画の中には、必要な専門技術や専門資格等は位置付けられていません。 ・各年度事業計画の中には、関係機関で例年実施される外部研修への参加を位置付けており、個々の研修案内に基づき、参加を希望する意欲的な職員を研修に派遣しています。 ・職場研修として、グループ研究発表による勉強会を毎月実施しています。 ・福祉サービスの質の向上のためには、専門技術の向上等を目的とした体系的な研修計画の策定、臨時職員等を含めた職員のスキルアップ等のための研修への参加が期待されます。 		
19	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・㉕・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・新任職員は入職してから3ヶ月間、生活相談員によるマンツーマンの個別OJTが慣習として行われています。 ・外部研修には、研修案内等により参加希望を把握し、業務に意欲的な職員を優先して参加させています。 ・なるべく多くの職員を対象にした、外部研修による知識、技術水準の向上、職員の経験、習熟度に応じた個別的なOJTの実施など、体系的な研修の実施が望まれます。 		
<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。</p>		

20	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・実習生等の教育・育成マニュアルは作成されていませんが、教育免許取得のための実習や、地元中学生の職場体験実習などを受け入れています。 ・公共職業安定所の委託を受けて実施している、実務者研修の一環として、介護福祉士等介護職育成のための研修を取り入れています。 ・実習生の受入に関して、利用者や家族等への事前説明、職員への事前説明、実習生等に対するオリエンテーションの実施方法等の項目を記載したマニュアルを作成するなど、受入体制の整備が望まれます。 		

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・ワムネットによる社会福祉法人の現況報告書等情報検索に、定款や事業報告、予算、決算等の情報が、適切に公開されています。 ・法人内のグループホームでは、隔年、地域密着型サービス外部評価を受審し、結果を公表しています。 ・当事業所では今回初めての第三者評価を受審しています。 ・法人として、福祉サービスに関する相談・苦情解決の第三者委員会が設置されています。各事業所の利用契約書及び重要事項説明書に、第三者委員の設置及び相談できることなどを明記されることが望まれます。 		
22	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人には経理規程が制定されており、各事業所の経理、庶務事務は、法人事務局で適切に処理されており、経理事務については、毎月税理士事務所の指導を受けています。 ・法人内の各事業所では、毎年、監事による内部監査が行われています。 		

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	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

評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人内の各事業所では、グループホームの定期的な運営推進会議を利用して、行政機関や地域包括支援センターとの意見・情報交換などの交流を行っています。 市社会福祉協議会のボランティア活動に、わかまつ園として参加しています。法人では、地元出身職員は、地域活動を積極的に行うよう推奨して実行しています。 法人内の在宅介護支援センターでは、認知症カフェを設置し、高齢者向け体操や創作活動などをイベントとして行い、地域の人々と利用者との交流の機会を設けています。 		
24	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ボランティア受入マニュアル等は整備していませんが、ボランティアは随時受け入れていきます。市社会福祉協議会所属の「にっこり会」のメンバーが、レクリエーションの手伝いや話し相手、安全見守り等に協力、参加しています。 中学校の職場体験に伴うボランティア活動を受け入れています。 ボランティアは福祉の専門職ではなく、活動時の配慮や注意事項等の十分な説明が必要なため、受入に関する方針、マニュアル等の作成が望まれます。 		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
25	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 法人内の在宅介護支援センターでは、他事業所との地域ケア会議を定期的で開催しており、行政や地域包括支援センター、地区コミュニティ協議会等の担当者が出席して意見・情報交換を行っています。 市通所協議会へは、課題が生じた際などに相談を行い、連絡を取り合っています。 		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
26	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・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> 毎月の運営委員会には、地域包括支援センター、居宅介護事業所、通所事業所、グループホーム、有料老人ホーム、認知症カフェの職員が参集し、地域の高齢者の困りごとなど、生活環境の把握に努めています。 法人の運営する地域包括支援センターは、市社会福祉協議会の地区支部として、峰山地区など4地区を所轄して、地域の福祉ニーズの把握に努めています。 		
27	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。	a・b・c
評価概要		

- ・法人内の事務局が中心となり、介護職員実務者研修や福祉有償運送運転者講習などの研修事業や、会員登録50名程度の福祉有償運送事業も実施し、高齢者の通院、買い物などの支援も行っていきます。
- ・峰山地区民生委員協議会へ出席し、情報提供を行うとともに、地区自治会が作成する高齢者の被災時の避難状況把握のための「助け合いマップ」作成支援を行っています。
- ・これらの公益的な活動は、継続的かつ効果的に取組を維持するため、事業計画に明示されることを期待します。

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所では基本方針に沿って、利用者個人の尊重と尊厳を持ったサービスを第一に心がけ、利用者の自立支援に努め、生活の質を高める介護に努めていることが伺えます。 ・毎月の職員会、勉強会及び毎日の終会ミーティングでは、利用者が不快に思わないよう、敬語の使用や接遇態度、身だしなみに留意するなど、常に反省の視点で考え、好ましい方向になることを職員間で協議、検討して、実行に移せるよう努めていることが伺えます。 ・虐待防止対応規程、身体拘束廃止委員会設置規程を策定し、定期的に委員会を開催するとともに、重要な職場内研修として人権擁護研修を位置付け、職員に周知しています。 ・わかまつ園の事業として実施している介護職員研修の中では、実務者研修の必須のカリキュラムとして、人権擁護研修を実施しています。 		
29	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。	a・ b ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・プライバシー保護については、入浴や排泄支援等の際に特に留意するよう、職場内研修、打合せ会議等で指導しており、職員の理解の促進、周知に努めています。勉強会やミーティングでプライバシーに配慮したサービス提供を実施し、常に留意するよう努めている姿勢が伺えます。 		
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	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・ b ・c
評価概要		

<ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者には、介護サービス計画書をもとに介護保険制度利用の流れを、丁寧に説明するよう努めています。 ・事業所見学の希望にも対応しています。 ・事業所の提供するサービスについて、ホームページの中で簡略化した表現で紹介しています。現在、利用希望者等向けの分かりやすいパンフレット作成を検討中です。 ・福祉サービス選択に必要な情報について、パンフレット等の紙媒体の作成やホームページの内容充実が期待されます。 		
31	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・㉞・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの内容等は、サービス開始時に利用者や家族等に対して、利用契約書及び重要事項説明書により、丁寧に説明のうえ交付しています。重要事項説明書の付属文書には、契約締結からサービス提供までの流れや、サービス利用に関わる留意事項などが付記されて説明が加えられています。 ・利用者、家族等に対しては、毎回提供する度に当日のサービスの流れを説明し、レクリエーションや入浴などを始める時には、必ず本人の意思を確認して提供しています。 ・意思決定が困難な利用者に対して、排泄や入浴などのサービスを提供する際も本人が理解出来るように必ず説明を行い、同意を得ています。これらの配慮は、職員に徹底指導、周知するよう努めています。これらのことを、更に整理してルール化し、文書化すると申し分ありません。 		
32	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・㉞・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・提供するサービスの内容変更にあたっては、利用者、家族等に対して、介護支援専門員が通所介護計画書評価書を用いて説明し、同意を得ています。 ・他の事業所等に移行する場合には、利用者、家族等の同意を得たうえで、介護支援専門員から文書による情報提供が行われ、当事業所からも電話で留意すべきポイントなどについて説明しています。 ・サービス利用が終了した場合にも、利用者や家族等に対して、同評価書による情報提供を行い、相談受入体制については口頭で説明しています。 		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
33	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・㉞・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足調査は、令和元年度に利用時間や施設設備、入浴・食事等のサービス内容についてアンケート調査を行い、サービス内容の改善につなげています。 ・定期的な調査は行われていませんが、毎月の勉強会、毎日の終会ミーティングで、改善点や喜ばれたこと、気付いたことなどについて、職員が意見交換を行い、利用者満足の向上につなげられるよう努めています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・勉強会等で協議・検討した結果は、改善策としてすぐ実行に移し、サービス向上を図るとともに、個々の利用者へのサービス提供に差が生じないように努めています。 ・利用者の要望等の声には、すぐ対応するように心がけています。 		
<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。</p>		
34	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・ ⑥ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の体制は、苦情処理委員会規程に基づき、苦情解決責任者及び苦情受付担当者が設置され、第三者委員が別途定められています。 ・事業所内には、苦情解決の仕組みを説明した掲示物が掲示されています。 ・また、新規利用者には、サービス開始時に利用契約書及び重要事項説明書を交付し、苦情受付の仕組み等について説明しています。 		
35	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・ ⑥ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者、家族等とは、日々交換する連絡ノートに自由記述欄を設けており、苦情等に結びつくような事案には、電話ですぐ対応・説明することとしており、職員にも周知しています。 ・これまで、苦情申立となるまでの事案は見受けられません。 ・相談案件がある場合、相談室、静養室を利用出来るようにし、スペースが確保されています。 		
36	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・ ⑥ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者、家族等とは、連絡ノート、送迎時の語らい、電話等で気軽に意見を述べやすい雰囲気があり、相談しやすい環境ができていると感じられます。 ・意見箱を設置していますが、利用されることはありません。 ・相談や意見等を受けた場合の対応策を決めたマニュアルの作成はありません。 ・苦情解決と同様に、利用者等からの意見、要望等に対して、組織として対応する仕組みを確立し、信頼を高めるためにも、マニュアル等の策定、迅速に対応する体制整備が望まれます。 		
<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	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・ ⑥ ・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止等対策委員会設置規程に基づき、園長が委員長兼責任者として配置され、年3回以上委員会を開催し対策等を協議しています。 ・規程には、事故発生時マニュアルの作成が謳われていますが未作成です。 ・委員会では、ヒヤリハット事例を報告し、委員間で話し合い、半年に1回、事故防止対応策について協議、検討、見直しを行っています。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・事業所では、毎月の勉強会の中で、ヒヤリハットや事故報告等について、事故リスクの高い案件を話し合い、職員に周知し、事故の低減に努めています。 		
38	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・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・感染症防止対策委員会を設置し、5月、11月、翌1月に食中毒やインフルエンザ等の発生時期を前に開催し、守るべき基本的対策の資料をもとに、看護師等が講師になり感染症予防のための勉強会を実施しています。 ・新型コロナウイルスやノロウイルス感染症等の特に注意すべき感染症対策は、実技講習等を取り入れ実施しています。 ・新型コロナウイルス感染症対策については、検温や手指消毒、3密を防ぐための部屋割り変更など、感染防止対策を工夫・徹底して、事業運営を継続しています。 ・現在、感染症の予防、発生時対応マニュアルを見直しています。 		
39	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・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・消防署立会を含む火災避難訓練や原子力防災、水害等の防災訓練を、同一敷地内の4事業所がお互いに役割分担をしながら、合同で実施しています。 ・利用者及び職員の安否確認の方法は、毎日の出席者のバイタルチェック票を持ち出し、チェック確認する方法が職員に周知されています。 		

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	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・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの提供は、利用者の特性や必要な支援等に応じて柔軟に行われるべきもので、職員誰もが必ず行うべき標準的なサービスとの組み合わせです。 ・標準的な実施方法を定めることは、職員の違いによる福祉サービスの提供水準や内容の差異を無くし、一定の水準、内容を実現するために必要であり、文書化する必要があることです。 ・当園では、法人の基本的理念を実現するため、事業所の基本方針、職員の行動目標を定め、毎月の勉強会や毎日の終会ミーティングで話し合い、利用者処遇について、常に反省の姿勢で、接遇を始めとするサービスの質の向上を目指しています。 ・これまで話し合い、改善しながら積み重ねてきた提供するサービスの実施方法等を、標準的な実施方法として文書化し、マニュアル等を作成することが期待されます。 		

41	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・提供するサービスの質を改善・向上するため、利用者一人ひとりへの接遇を含めた対応について、毎月の勉強会、毎日の終会ミーティングで検証・見直しを行い、サービスを変更した場合は、業務日誌に記載し、記録化して職員で情報共有しています。 ・現在提供されている福祉サービスの提供について、標準的な実施方法として、マニュアル等を整備された場合、さらに職員や利用者等からの改善案、意見を反映しながら、定期的な検証・見直しが実施されることを期待します。 		
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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画策定は、居宅介護支援事業所の主任介護支援専門員及び事業所の生活相談員が責任者となり、看護師、歯科衛生士、介護職員が会議に参加し、アセスメント等に関する協議を実施しています。計画書は、利用者、家族等に説明し同意を得ています。 ・福祉サービス実施計画には、利用者の現在の身体状況、家庭内での生活状況など、把握されている情報をもとに、利用者一人ひとりの具体的な介護目標、介護内容が明示されています。 ・サービスは実施計画どおりに提供されているかについて、定期的に評価しており、評価書を関係者に提供して関係者により確認されています。 		
43	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画は、利用日から6ヶ月ごとに定期的に見直し、策定しています。利用者の意向を把握し、同意を得て、生活相談員等の評価書をもとに主任介護支援専門員が見直しています。 ・見直しによって変更した計画書は、計画作成検討会議に参加した職員全員に回覧、周知し、計画変更内容どおりのサービスを実施しています。 ・福祉サービスの質の向上に関わる課題については、行政実地指導を受けて見直し、様式を改正しており、計画書項目に沿って目標、内容、評価を行い、解決すべき課題を明示しています。 		
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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の身体状態や生活状況等は、当園で定めたアセスメントシート等により把握し、記録されています。サービス実施計画に基づくサービスが提供されていることは、記録誌、業務日誌により、確認することができます。 		

<ul style="list-style-type: none"> ・それらの情報は、業務日誌の回覧や終会ミーティング等で共有しています。 ・また、日々の利用者の身体状況等個別情報は、情報共有ボードを活用しています。外部の目に触れないように、カーテンで覆って個人情報保護に努めています。 ・サービス提供に伴う利用者の日々の情報は、連絡帳として残し、家族等にコピーして情報提供しています。 		
45	② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a・ ⑥ ・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個人情報記録、管理については、事業管理者が責任者として設置されています。 ・日々の個人情報に関しては、情報共有メモや業務日誌により職員が確認することとしており、事業管理者が管理しています。 ・個人情報保護規程等は定めてありませんが、個人情報開示等の実績はありません。 ・個人情報の取扱については、サービス開始時に利用契約書と重要事項説明書により、事業所の守秘義務等について、利用者及び家族等に説明をしたうえで、使用する場合の同意書を文書で残しています。 		

第三者評価基準 (様式2)
【 高齢者福祉サービス版 】 R2年3月31日改定

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		
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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・カラオケや健康体操、脳トレーニングなどの複数の活動メニューを準備し、選択できるようにしています。また、同一プログラムでも、利用者一人ひとりの心身の状態に配慮して参加できるように工夫しています。 ・大工仕事が得意な利用者には、椅子のゆるみを直してもらったり、園芸が好きな利用者には、玄関前の花壇に花の苗の植え付けをしてもらったり、利用者が個別的な役割をもてるように工夫しています。 ・日中活動には、職員全員が参加して利用者に関わる時間を増やすようにしています。 ・日中の過ごし方については、アセスメントでの確認と日々の関わりの中で一人ひとりの意向を把握しています。一日ゆっくり過ごしたい利用者には、参加を強制することなく本人の意思を尊重した関わりをしています。 		
A 2	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
評価概要		
非該当		
A 3	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
評価概要		
非該当		
A 4	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・高度難聴の利用者には、筆談やジェスチャーを交えてコミュニケーションをとるなどの配慮がなされています。 ・職員は、必ず利用者全員と会話をするように気配りしながら、支援場面での機会をとらえてコミュニケーションを図っています。 ・言葉遣い月間を設け、職員一人ひとりが自己点検シートを用いて日々の振り返りを行い、尊厳に配慮した接し方や丁寧な言葉遣いが徹底できるように取り組んでいます。 ・職員は、利用者の表情や会話からその日の利用者のニーズを把握し、情報共有して、一人ひと 		

りに応じたコミュニケーションを行っています。		
A-1-(2) 権利擁護		
A5	① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	Ⓐ・ー・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・法人で年3回虐待防止委員会を開催し、事業所からも担当者が参加しています。委員会の内容を勉強会で伝達して、権利侵害の防止に向けた理解を深めています。 ・法人で虐待防止対応規程を策定し、利用者の権利擁護に取り組んでいます。今後、職員が利用者の権利擁護に具体的に取り組めるように、規定に基づき事業所独自のマニュアルを策定されることを期待します。 ・身体拘束の実例はありませんが、年3回身体拘束についての研修を行い、職員間で共通理解を図っています。 ・入浴時に全身を観察し、虐待が疑われる場合には、介護支援専門員に報告し連携を図りながら対応しています。 		

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・フロアは明るく清潔に保たれています。密を避けるために利用者を2か所のフロアに分散して広い空間で過ごしていただき、新型コロナウイルス感染症の感染防止対策を行っています。 ・室内は25～26℃に設定し、足元が冷える利用者には膝かけを使用するなど、個々に応じた配慮がなされています。 ・静養室や15畳の畳スペースが設けられ、利用者が横になり、くつろいで過ごせる環境となっています。 		

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	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・一般浴、チェア浴、ストレッチャー浴が設置され、利用者の心身の状態に合わせて安全に快適に入浴ができるようにしています。 ・来園時にバイタルチェックを行い、入浴の可否について看護師が判断しています。入浴ができ 		

<p>ない利用者については、下半身のみの部分浴や清拭を行うなどの対応を行っています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が希望する時間帯や湯温での入浴ができるように、きめ細やかな配慮がなされています。 ・自力で入浴できる利用者には、自立支援を促しながら常に見守りを行い、安全に入浴ができるようにしています。 		
A 8	② 排泄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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・便器の高さや手すりの位置が異なるトイレが6か所、男子便器が2か所設置され、利用者の身体状況に合わせて安全に排泄ができるよう整備されています。 ・車いす利用者には、利用開始時にパットの数カードを活用し、1日に必要なパット等を車椅子のポケットに入れ準備しています。トイレに行くのがわからないようにして、利用者の尊厳や羞恥心に配慮しています。 ・排泄動作が自立している利用者に関し、トイレ使用中は使用ランプをつけて遠視下で見守りができるように配慮しています。 ・尿の色や臭い、便の形状を観察し健康状態の確認を行い、異常がある場合は写真に撮って、介護支援専門員や家族に報告しています。 		
A 9	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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントを行い、利用者の歩行状態に合わせた支援内容が、個別計画書に記載されています。また、その日の歩行状態に合わせて、車椅子や歩行器を使用するなどの対応を行っています。変更があった時は、介護支援専門員へ報告をして情報共有を図っています。 ・転倒リスクの高い利用者については、遠視下での見守りや必要に応じて介助を行っています。 ・利用者が安全に移動できるように、歩行状態に応じて座席の配置を工夫したり、歩行器を座席から離れた場所に置いておき、移動の際は声をかけてもらうようにして、動線の確保を行っています。 ・利用中に歩行状態を観察し、必要に応じて介護支援専門員に自宅での歩行器等の福祉用具の提案を行っています。 ・送迎サービスでは、利用者の状態に合わせて車両を選択して、心身にかかる負担の軽減や乗降時・移動中の安全の確保に配慮しています。 		
<p>A-3-(2) 食生活</p>		
A 10	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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> ・栄養士は配置されていませんが、調理師が献立作成やカロリー計算を行い食事の提供をしています。 ・事前に1ヶ月分の献立カレンダーを利用者に配布し、食事が楽しみとなるよう取り組んでいます。 		

<p>す。</p> <ul style="list-style-type: none"> 点検表により調理施設や使用水の管理、従事者の衛生管理、加熱中心温度等管理を毎日確認し、衛生管理が行われています。今後、衛生管理を目的としたマニュアル等を整備され体制を確立されることが求められます。 		
A11	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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の咀嚼嚥下機能や口腔状態に合わせて、普通食の他に刻み食やペースト食、ソフト食などの食事形態で提供しています。アレルギーや好き嫌いのある利用者については、代替品で対応するなどの配慮がなされています。 利用者の食事のペースに合わせて、声をかけながら自力摂取できるように時間をかけて対応しています。 誤嚥、窒息など食事時の事故発生に対応するために、吸引器の設置や定期的にハイムリック法等の実習を交えた勉強会を開催しています。 家庭や通所事業所での食事摂取量については、連絡帳に記載し情報を共有しています。疾患により水分摂取量の把握が必要な利用者については、水分量をチェックして家族へ報告しています。 歯科衛生士が中心となり、経口での摂取が維持できるように食事形態や歯科治療の必要性等の助言を行っています。 		
A12	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>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 歯科衛生士を配置し、利用者一人ひとりに口腔アセスメントを実施して口腔ケア計画を作成しています。口腔機能向上のサービスの記録、モニタリング、見直しを行い、利用者の口腔機能の維持・向上に取り組んでいます。 歯科衛生士が講師となり、職員を対象に、口腔ケアに関する勉強会を月1回開催し、全員が適切な口腔ケアができるように取り組んでいます。 フロアの壁面に口腔体操のイラストが掲示してあり、食事前に利用者全員で口腔体操を行っています。 		
<p>A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア</p>		
A13	① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a・b・c
<p>評価概要</p> <ul style="list-style-type: none"> 現在、褥瘡のある利用者はいませんが、対象者には、エアマットの使用や、定期的な体位交換、除圧を行うなどの標準的な対応方法について、職員間で共有しています。 褥瘡対策のための指針やマニュアルは作成していませんが、医師と連携を図りながら指示に基づき対応をしています。 		

A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A14	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
評価概要		
非該当		
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A15	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・レクリエーションの中で、歩行訓練や足上げ体操、指先の運動などの訓練を行っています。 ・集団での機能訓練は介護士が担当し、個別訓練は看護師が担当しています。 ・機能訓練が必要な利用者には、アセスメントを行い、運動支援計画を策定し実施しています。 ・季節にそぐわない洋服の着用が見られるなど、初期の認知症が疑われる場合には、介護支援専門員に報告し連携を図っています。 		
A-3-(6) 認知症ケア		
A16	① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a・b・c
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・帰宅願望の強い利用者への対応は、否定せずに受容的な関わりを重視した援助を行っています。問題が発生した場合には、終礼時にケース検討を行い支援内容の見直しを行っています。 ・利用者一人ひとりの日常生活能力や生活歴等については、アセスメントシートに記載し職員間で情報を共有しています。 ・無資格の介護職員には、認知症の基礎研修を受講させているほか、職員はWEBでの外部研修に参加して、認知症についての理解や最新の知識の習得に努めています。 ・家族からのBPSDについての相談には、悩みを受け止めたうえで助言したり、必要に応じて介護支援専門員へ報告し連携を図っています。 		
A-3-(7) 急変時の対応		
A17	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
評価概要		
<ul style="list-style-type: none"> ・朝の送迎時、家族へ体調の変化について確認し、来園時バイタル測定をして体調を確認するなど、利用者一人ひとりの状況を把握しています。 ・利用者ごとに「事故（緊急時）における対処マニュアル」を作成しています。職種ごとに家族への連絡、かかりつけ医への連絡、処置・状態の観察等の役割を決めたものをフローチャートにして、迅速に対応できるよう取り組んでいます。 ・体調変化時の対応について、勉強会を開催して緊急時に備えています。 ・服薬については、利用者の自己管理の場合には確実に服用したかを確認しています。事業所 		

<p>での預かりの場合には、看護師が保管し与薬までを行っています。</p> <p>・利用者の体調不良時には、家族と介護支援専門員に報告する体制を確立しています。</p>		
<p>A-3-(8) 終末期の対応</p>		
A18	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>評価概要</p>		
<p>非該当</p>		

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
<p>A-4-(1) 家族等との連携</p>		
A19	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・ ⓑ ・c
<p>評価概要</p>		
<p>・連絡ノートを活用し利用者の状況を報告しています。併せて送迎時、自宅にいる家族には口頭で報告し、不在時や遠方の家族には電話で報告を行うなど、伝達方法を工夫し、確実に伝えられるようにしています。</p> <p>・家族からの要望については、連絡ノートに記載してもらい、日頃から意見や要望を聞く機会を設けています。</p>		

A-5 サービス提供体制

		第三者評価結果
<p>A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制</p>		
A20	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>評価概要</p>		
<p>非該当</p>		