

秋田県福祉サービス第三者評価結果表

①第三者評価機関名

社会福祉法人 秋田県社会福祉協議会

②施設・事業所情報

名称：社会福祉法人花輪ふくし会 和光園	種別：養護老人ホーム、特定施設入所者生活介護
代表者氏名：木村 智子	定員（利用人数）：措置入所 80 名、措置短期 2 名
所在地： 秋田県鹿角市花輪字案内 90 番地 1	
TEL：0186-23-3824	ホームページ： https://a-hanawafukushikai.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日：1954 年（昭和 29 年）6 月 18 日	
経営法人・設置主体（法人名等）：社会福祉法人花輪ふくし会	
職員数	常勤職員： 34 名 非常勤職員 2 名
専門職員	（看護師・准看護師） 3 名 （社会福祉士） 2 名
	（介護支援専門員） 6 名 （介護福祉士） 14 名
	（栄養士） 1 名 （調理師） 4 名
	（歯科衛生士） 1 名
施設・設備 の概要	（居室数） （設備等）
	82 部屋（全個室）

③理念・基本方針

■理念■

「笑顔とありがとうの心で地域福祉を創造します」

■基本方針■

- 1、良質のサービス提供
- 2、情報開示、透明性の確保
- 3、人権擁護と利用者主体
- 4、地域からの信頼

④施設・事業所の特徴的な取組

- ・ご利用者様一人ひとりが、生きがいと潤いのある豊かな暮らしが出来るよう、様々な活動環境と生活環境の提供。
- ・ICT や介護ロボットの積極的な活用による、ご利用者様の安全の確保や職員の業務改善等の実施。
- ・認知症予防としての学習療法や介護予防としての体操等の実施。
- ・作業療法士の訪問による指導の下、個別で具体的な訓練プログラムの実施。
- ・全室個室、冷暖房完備。
- ・地域社会のセーフティーネットとして、施設サービス契約入所の実施と第2福祉避難所等の役割。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	令和5年8月2日（契約日） ～ 令和5年10月15日（評価結果確定日）
受審回数(前回の受審時期)	1 回（令和2年度）

⑥総評

◆特に評価の高い点◆

- 経営状況が把握分析されており、その内容を図式化する等分かりやすい工夫し、職員にも説明されている。
- ICT や介護ロボットの積極的な活用により、利用者の安全確保や、職員の業務改善を図っている。
- 措置基準入所者と特定施設入所者が混在する職場環境にあって、職場内研修やエルダー・メンター制度により職員の資質向上と効率化を図る取組に合わせ、ベッドセンサーやカメラ、タブレット・パソコンと連動した支援ソフト等の ICT や介護ロボットを効果的に活用してリスク回避する取組を行い、入所者の安全安心と福祉向上に努めている。
- 人事管理に「役割能力要件書」を取り入れ、エルダー・メンター制度や1on1 ミーティングにより組織の融和と活性化を図っているほか、業務改善のためトヨタ生産方式を学習して取り入れ、無駄をなくし、休暇が取りやすい職場環境をつくっている等、常に新しい手法を模索する組織的な対応がなされている。
- 認知症の診断を受けた利用者が増加しているため、職員が認知症ケアを学びパーソン・センタード・ケアを実施している。利用者のその人らしさを大切にすることが今後の支援、介護をするには重要な役割を果たすものになる。

◆改善を求められる点◆

- 苦情解決に関する事項は法人の苦情解決に関する規程により適正に実施されているが、「苦情は提言でもある」という視点から今後は利用者目線で現状を見つめなおして、苦情解決に特化したマニュアルの作成が望まれる。
- 災害時における利用者の安全確保の取組について、緊急時の対応マニュアルが整備され、防災訓練、避難訓練も実施されている。また、「災害時事業継続計画書」も作成されており備蓄も適切に管理されているが、今後は玄関や非常口等に避難誘導図を配置する等利用者目線の工夫をして更なる安全確保に努められることを期待する。
- 浴室の改装についても職員とともに、どのようにするのが良いかをプレゼンしている。職員からの意見等を集めて改装されると思うが、安全面、衛生面にも考慮し、快適に利用できる浴室となることを期待する。
- 福祉用具点検表を確認したが利用者の名前と使用機器のみであるので福祉機器の何を点検するのか点検項目、点検日時と担当者のサインも必要ではないか。車椅子以外の杖やシルバーカー、ポータブルトイレ、歩行器など施設で使用している福祉機器全体についても必要に応じて点検を検討してもらいたい。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

改善を要する事項について

- **苦情解決に特化したマニュアルの作成について**
マネジメント会議においてマニュアルの作成に取り組みます。
目安箱を設置しご利用者様のご意見を募集していますが、周知が不十分なのかご意見はありません。ご意見を言う事が難しいご利用様にとって、職員が目となり耳となる事で、ご意見や希望を代弁できる仕組みも作成してまいります。
- **避難誘導図の配置について**
防災委員会で非難誘導図を玄関並びに、非常口等に設置いたします。また避難訓練時において、口頭でもご利用者様に説明し安全面での確保に努めます。
- **浴室の改装について**
浴室の改装については機種選定をしている段階です。
浴室内の衛生面、安全面においては、天井、サッシ戸等の掃除を行いました。今後も定期的に点検、清掃する事で、ご利用者様が気持ちよく入浴して頂けるように配慮していきます。
- **福祉機器全体の点検について**
福祉用具係を中心に、ご指摘の意見を参考に点検表の見直しを図り実行していきます。

令和2年度に続き、2回目の受審でした。今回も沢山の気づきを頂き、サービスの質の向上に繋がる大変貴重な機会となりました。改善を要する点については真摯に受け止め改善を図ってまいります。今回、特に自己評価で低かったのは、様々な機会におけるご利用者様やご家族様への周知、参画が不足していたことと、地域に関することでした。今後は、ご利用者様の意向等も取り入れた事業計画を作成し理解を促すための説明会等を計画します。また、地域との交流についてはコロナ禍で自粛や制限が続いていましたが、感染症予防対策を取りながら施設の持つ特徴を生かした公益的な事業・活動に広く取り組むよう努めてまいります。

高い評価を頂いた項目については継続して取り組み、更なるご利用者様の満足度の向上、職員の資質向上に取り組んでまいります。調査員の方々からは的確なご指摘や丁寧なご説明、自信に繋がる言葉を沢山いただき、ありがとうございました。

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。

※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。

【共通評価項目】

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
<p><コメント></p> <p>法人の理念、基本方針が明文化されているが、利用者等への周知の徹底を期待する。</p> <p>和光園の基本方針は、施設の4カ月に一回発行の広報誌「さかみち」で知らせている。しかし、施設長は利用者・家族に周知するその必要性を十分理解しているが、周知が不足している。</p> <p>今後は利用者への関わりを深め、周知の徹底を期待する。</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
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>2023年度予算でも人件費の占める割合は62%に留めており、毎月の経営運営会議においても課題の明確化と解決に努めている。</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
<p><コメント></p> <p>経営環境と経営状況の把握・分析にもとづき経営課題を明確にし、具体的な取組を進めている。</p> <p>2024年から介護保険の特定施設入所枠が40名に拡大する認可を受け、すでに介護員の増員も図っている。また、経営改善では30項目のICT(情報通信技術)を含む「トヨタ生産方式」を取り入れ、経費節減を図っている。</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
<p><コメント></p> <p>経営や実施する福祉サービスに関する、中・長期の事業計画及び中・長期の収支計画を策定している。</p> <p>法人としての中・長期の事業・収支に関する計画が策定されている。その中には、和光園の計画も折り込まれ、また第5次基本計画(R4~6年度)高齢者福祉事業や高齢者福祉サービスの充実も掲げられている。</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
<p><コメント></p> <p>単年度の計画は、中・長期計画を反映して具体的に策定されている。</p> <p>2023年度の事業計画が作成されている。この計画策定は、法人の中長期計画及び第5次基本計画と連動されたものである。</p>		
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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画が職員等の参画のもとで策定されているが、より具体的な評価・見直しを期待する。</p> <p>職員会議などで組織的に重点事項の取組を行っており、内部監査の結果報告を受けている。今後は、介護ユニットや自立ユニットごとの会議でより具体的にその点検・見直しを実施し、次期計画への反映の仕組みを構築することを期待する。</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。	b
<p><コメント></p> <p>事業計画を利用者等に周知しているが、内容の理解を促すため取組の継続を期待する。</p> <p>家族へは郵送で知らせており、利用者へは、施設長が一日30分施設内を回って利用者と関わることで理解を図っている。</p> <p>自治会や家族会は解散しているが、利用者の理解を進めることで協力を得られる場面もあると考えられるため、今後は、ユニットごとに利用者へ説明する機会を設けるなど、利用者へ理解を促す取組を期待する。</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。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>「不適切ケアチェック表」「虐待防止チェックリスト」により自己評価と他者評価を行っている。</p> <p>利用者からの満足度調査を8カ月を空けて2回実施し、結果を廊下に貼り出している。自己評価は全職員が取り組み、第三者評価を定期的に受審している。</p> <p>それらの結果をサービスマネジメント会議で周知し、検討している。PDCAサイクルは習慣化している。</p>		
9	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。	b
<p><コメント></p> <p>評価結果を分析し、組織として取り組むべき課題を明確にしているが、計画的な改善を期待する。</p> <p>「不適切ケアチェック表」「虐待防止チェックリスト」や、第三者評価などに基づき、組織として取り組むべき課題を明確化し、改善に向けて取り組んでいる。</p> <p>今後は、優先的に取り組むべき課題から順を追って取り組めるよう、改善実施計画等を作成するなど、計画的な改善を期待する。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、自らの役割と責任を職員に対して明らかにし、理解されるよう積極的に取り組んでいる。</p> <p>職員会議でも施設の方向性を明示し、協力を求めている。また、施設長面談を職員1人当たり年間3回行い、施設の課題に理解を求めている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、遵守すべき法令等を正しく理解するために積極的な取組を行っている。</p> <p>管理職の経歴も長いので自らも自覚して外部研修等に参加している。施設内研修会で学習会を実施し、職員の周知を図っている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、実施する福祉サービスの質の向上に意欲をもち、組織として取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>利用者本位の支援向上のため各種環境改善の調査を指導して実施している。また、施設内では職員の意見を把握するため施設長面談を職員1人当たり年間3回実施している。こうした利用者への福祉サービス向上に努めている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>施設長は、経営の改善や業務の実効性を高める取組に十分な指導力を発揮している。</p> <p>2024年4月から介護保険の特定入所枠を30名から40名に拡大したり、2022年から経営の効率改善を図るため、ICT(情報通信技術)の利用者の睡眠効率や自動便器処理の導入を図ってきた。このように、経営改善のため率先して取り組んでいる。</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。	a
<p><コメント></p> <p>組織が目標とする福祉サービスの質を確保するため、必要な福祉人材や人員体制に関する具体的な計画が確立しており、それにもとづいた取組が実施されている。</p> <p>法人の中・長期計画、人財育成計画、施設の事業計画で人材の確保や育成に関する方針を示し、それに基づいて研修やエルダー・メンター制度等の取組を行っている。</p> <p>近年、新人職員の確保が緊急の課題となっているが、法人として外国人材を5名受入れており、施設でも講習を受講するなど、受入準備をしている。</p>		

15	Ⅱ-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p><コメント></p> <p>総合的な人事管理に関する取組が行われているが、分析し、更に活用できるよう工夫することを期待する。</p> <p>人事考課は、正職員対象で「目標管理シート」と「業務管理シート」がセットで進められている。施設長は面談を実施し、この業務管理を有効に進めている。</p> <p>今後は、実施結果を分析し、更に活用するよう検討することを期待する。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員の就業状況や意向を定期的に把握し、必要があれば改善する仕組みが構築され、働きやすい職場づくりに積極的に取り組んでいる。</p> <p>施設長は、職員の意見を把握するため施設長面談を職員1人当たり年間3回実施している。担当上司による1on1ミーティングを毎月実施し、職員の話聴く場となっている。</p> <p>勤務表の作成に当たっては、職員からの勤務希望を反映させ、連続休暇が取得できるよう配慮している。</p> <p>ICT(情報通信技術)を活用し、ベッドセンサーやカメラ、ポータブルトイレの排泄物自動処理具の取り入れなど積極的に取り組み、職員の業務効率化を進めている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりの育成に向けた目標管理等が、適切に行われている。</p> <p>法人人事考課規程に基づき「目標管理シート」を作成、1on1ミーティングや施設長面談で進捗状況を確認している。</p> <p>エルダー・メンター制度を活用して新任職員の育成をしており、育成計画は施設内の人材育成委員会で検討して実施につなげている。</p>		
18	Ⅱ-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保されているが、研修内容やカリキュラムの評価と見直しを期待する。</p> <p>法人の「職員研修年間実施計画」が策定され、施設内研修も計画・実施している。</p> <p>施設で策定する研修計画は、評価や見直しが十分でない点も見受けられるため、今後は、受講する研修や内容の検討を期待する。</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。	a
<p><コメント></p> <p>職員一人ひとりについて、教育・研修の機会が確保され、適切に教育・研修が実施されている。</p> <p>県内研修は、2021年度～22年度にかけてコロナ禍のためZoom研修に切り替えられた。施設内研修は年間計画が策定され、利用者による「介護ユニット」と「自立ユニット」に職員グループを分け、主に支援技術面の自己研鑽に努めている。</p> <p>また、職員の資格取得研修の参加も推奨している。</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
<p><コメント></p> <p>実習生等の福祉サービスに関する専門職の研修・育成について体制を整備してはいるが、指導者に対する研修の実施を期待する。</p> <p>実習生等受入規程に基づき、受入体制を整えているが、ここ数年の実績はない状況である。実習生を受入れるため社会福祉士の資格者が実習指導者講習会を受講する予定にしている。今後は、実習生の受入れを進めることを期待する。</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
<p><コメント></p> <p>福祉施設・事業所の事業や財務等に関する情報について、適切に公開している。</p> <p>4カ月に一回の法人広報誌を鹿角市・小坂町に全戸配布し、施設の情報を伝え、情報公開に努めている。また、法人の財務状況等もホームページで公表し、透明性を確保している。</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
<p><コメント></p> <p>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> <p>特定社会福祉法人として会計監査を受けている。また、監査結果について職員会議でその進捗状況を報告し、適宜改善している。税理士からの財務指導・助言を受けている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者と地域との交流を広げるための地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>理念や基本方針に「地域との関わり」を掲げ、地域への働きかけを積極的に行っている。</p> <p>第2福祉避難所を設置し、地域の被災避難者を受け入れ、防災訓練は施設周辺の自治会の地域協力隊と連携して行っている。</p> <p>また、酷暑の夏季や冬季を除き毎月地域内のクリーンアップを行い、利用者手作りの雑巾を隣接支援学校へ寄贈する活動も行い地域福祉向上に寄与している。地域ケア会議へも参加している。コロナ禍の影響で活動が制限されていたが、今年度から復活させてきている。</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
<p><コメント></p> <p>ボランティア等の受入れに対する基本姿勢は明示されているが、施設の特徴を生かした取組を期待する。</p> <p>法人作成の「ボランティア受入規程」に基づき体制が整備されている。</p> <p>コロナ禍の影響で受け入れを控えていたが今年度からクラブ活動の講師や行事の際の手伝いボランティア等の受け入れを再開している。</p> <p>今後はボランティア受入れのための講習会の開催や、支援学校との協力等、施設の特徴を生かした更なる工夫が期待される。</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
<p><コメント></p> <p>利用者によりよい福祉サービスを提供するために必要となる、関係機関・団体の機能や連絡方法を体系的に把握し、その関係機関等との連携が適切に行われている。</p> <p>地域ケア会議への出席や措置市町との連携、地域包括支援センターや医療相談室との意見交換・情報収集を定期的に行っている。</p> <p>また、地域自治会と連携し地域の社会資源の把握にも努めている。</p> <p>関係機関や地域の社会資源を明示した資料を作成し、介護員室や掲示版等に掲示して周知し職員間で共通化を図っているほか、地域情報を網羅したパンフレット（市作成）を有効に活用している。</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 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
<p><コメント></p> <p>地域の具体的な福祉ニーズ・生活課題等を把握するための取組を積極的に行っている。</p> <p>地域ケア会議や措置市町との会議、関係機関との意見交換・情報収集を定期的に行い、福祉ニーズの把握に努めている。</p> <p>コロナ禍で制限されることもあったが、民生児童委員協議会の定例会に参加して情報発信と地域福祉ニーズの把握に努めている。最近では隣接する他県市にも足を伸ばしニーズ把握に努めている。</p>		
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
<p><コメント></p> <p>把握した地域の具体的な福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動を、施設の特徴を生かして行うことを期待する。</p> <p>鹿角市の第2福祉避難所として環境を整備し、災害の際の被災避難者を受け入れている。</p> <p>法人としては、ボランティアポイント事業や地域住民を対象にした福祉セミナーの開催等、公益的な事業・活動を多角的に行っている。</p> <p>今後は法人と連携し、施設の持つ特徴を生かした公益的な事業・活動を広く行うことを期待する。</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
<p><コメント></p> <p>利用者を尊重した福祉サービス提供についての基本姿勢が明示され、組織内で共通の理解をもつための取組が行われている。</p> <p>理念や基本方針に人権擁護と利用者主体を掲げ所内研修会等で共通理解を図っている。</p> <p>「役割能力要件書」を明文化し職員の行動規範となるよう職員会議等で周知を図っている。</p> <p>また、上司と部下が双方向で意見交換できる1on1ミーティングを取り入れ、共通理解を醸成している。</p>		

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。	a
<p><コメント></p> <p>利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービス提供が行われている。</p> <p>プライバシー保護に関する具体的な取り扱いが明記されたケアマニュアルが策定されている。入所時にプライバシー保護に関する事項について利用者・家族等に説明している。</p> <p>利用者の部屋は個室で個性的な部屋づくりも可能で、プライバシーにも配慮されている。また、「和光園個人情報保護方針」を定め、施設ホームページや広報等に掲載する個人の写真の取り扱いについて、利用者・家族に説明し同意を得る仕組みとなっている。</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）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
<p><コメント></p> <p>利用希望者が福祉サービスを選択するために必要な情報を提供しているが、施設特性も含めた広い情報発信を期待する。</p> <p>利用希望者や家族に施設作成のパンフレットを使用して情報提供している。</p> <p>パンフレットは情報を網羅しコンパクトに作成しているが、更に見やすく伝わりやすく改正したパンフレットを今年度中に作成の予定である。</p> <p>施設見学希望者についてはコロナ禍の影響もあり現在は一部制限している。</p> <p>入所者減の傾向もあって情報発信がまだ不足していると考えており、対策について施設内で検討中である。</p> <p>今後は、養護老人ホームの持つ特性についても情報発信する等、利用者増につながる一層の工夫が期待される。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービス開始・変更時の同意を得るにあたり、組織が定める様式にもとづき利用者や家族等に説明を行っているが、更なる工夫を期待する。</p> <p>入所時に利用希望者や家族にパンフレットを使用して説明している。</p> <p>契約利用者や特定施設入所者には、重要事項説明書や契約書により丁寧に説明し、同意を得ている。</p> <p>今後は、施設生活に関するわかりやすい資料を作成する等により説明に一層の工夫をされることを期待したい。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービスの内容や福祉施設・事業所の変更、地域・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ているが、様式等について検討を期待する。</p> <p>同じ法人内施設間で僅かではあるが変更事例はあり、必要に応じた情報交換をして引継ぎをしている。特に手順や様式は定めてはいない。</p> <p>今後は、必要に応じて引継ぎ手順書や様式を定めサービスの継続性に配慮した取り扱いができることを期待したい。</p>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者満足を把握する仕組みを整備し、利用者満足の結果を把握しているが、より反映されるよう工夫を期待する。</p> <p>嗜好調査を年1回実施して献立作成に反映させている。</p> <p>満足度調査を年2回実施し、結果を検討して利用者の満足度向上に努めている。</p> <p>利用者自治会や家族会は解散し直接意見交換をする場はないが、利用者が参加する行事等の際に会話を通じて意見聴取に努めている。</p> <p>今後は、調査結果を利用者にフィードバックし、利用者の意見がより反映されるよう工夫を期待する。</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。		
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
<p><コメント></p> <p>苦情解決の仕組みが確立され利用者等に周知する取組が行われているが、苦情解決の仕組みの強化を期待する。</p> <p>苦情解決に関する事項は法人の苦情解決に関する規程により行われている。</p> <p>第三者委員も選任され毎月施設を訪問し、直接意見を聞く窓口も設置されている。出された意見、苦情は「サービス点検調整委員会」が毎月開催され検討改善される仕組みが機能している。</p> <p>今後は、苦情は提言でもあるという視点から、苦情解決のフロー図等も記載された、苦情解決に特化したマニュアルの整備が望まれる。</p> <p>また、苦情解決の仕組みを記載したポスターの文字サイズや、意見箱の置き場所の検討を期待する。</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
<p><コメント></p> <p>利用者が相談したり意見を述べたい時に方法や相手を選択できる環境が整備され、そのことを利用者に伝えるための取組が行われている。</p> <p>利用開始時、利用者・家族に「入所のしおり」や重要事項説明書等を用い、いつでも意見が言え相談できる体制が構築されていることを説明している。</p> <p>第三者委員が毎月訪問して、直接意見が言える環境が作られている。</p> <p>また、施設長が毎朝施設内を巡回し、利用者とは会話する日課となっている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者からの相談や意見を積極的に把握し、組織的かつ迅速に対応している。</p> <p>意見・苦情等問題にするべき事項があった場合は、毎月開催されるサービス点検調整委員会に諮り、迅速に組織的な対応ができる体制が構築されている。</p> <p>また、年1回措置者である市町担当者とは意見交換会を開催し、情報交換をしているほか、必要に応じて適宜助言をいただく等協力関係を維持している。</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
<p><コメント></p> <p>リスクマネジメント体制を構築し、利用者の安心と安全を脅かす事例の収集と要因分析と対応策の検討・実施が適切に行われている。</p> <p>リスクマネジメントに関するマニュアル（指針）が整備され職員に周知されている。</p> <p>リスクマネジメント会議を毎月開催して事業のリスク点検を行っている。</p> <p>ベッドセンサーやカメラ、タブレット・パソコンと連動した支援ソフト等の ICT や介護ロボットを効果的に活用して、リスク回避ができるよう取組を行っている。</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。	a
<p><コメント></p> <p>感染症の予防策が講じられ、発生時等の緊急時の利用者の安全確保について組織として体制を整備し、取組を行っている。</p> <p>感染症対応マニュアル、衛生管理マニュアルが整備され、組織的に対処できる体制が構築されている。</p> <p>感染症に関する研修も行われ職員に周知されている。</p> <p>実態に合わせマニュアルも適宜改正されている。</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やっている。	b
<p><コメント></p> <p>地震、津波、豪雨、大雪等の災害に対して、利用者の安全確保のための取組を行っているが、利用者目線の掲示等の工夫を期待する。</p> <p>緊急時の対応マニュアルが整備されている。防災計画も作成されて消防署や地域協力隊と連携した防災訓練、避難訓練も実施されている。</p> <p>また、市の第2福祉避難所に指定され、自家発電装置等の設備も備えている。災害時事業継続計画書も作成されており、備蓄も適切に管理されている。</p> <p>今後は、玄関や非常口等に避難誘導図を配置する等、利用者目線の工夫をして更なる安全確保に努められることを期待する。</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
<p><コメント></p> <p>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、それにもとづいた福祉サービスが実施されている。</p> <p>法人作成のケアマニュアルに基づいた和光園独自のケアマニュアルが作成されていて標準的な実施方法としてサービスが提供されている。</p> <p>エルダー・メンター制度や研修会、会議等を通じて職員に周知し標準化を図っている。</p> <p>また、他者チェック機能を備えた「不適切ケアチェック表」や「虐待チェックリスト」を活用して自己研鑽と標準支援の維持に努め、福祉サービス向上に取り組んでいる。</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が確立している。	a
<p><コメント></p> <p>標準的な実施方法について定期的に検証し、必要な見直しを組織的に実施できるよう仕組みを定め、仕組みのもとに検証・見直しを行っている。</p> <p>法人ケアマニュアルは法人事業管理委員会で、和光園ケアマニュアルは介護主任を中心とした年2回の検討会議で見直しを図っている。</p> <p>施設長が毎日施設を巡回する時間を設けていて利用者との対話の中から利用者意見を汲みとり反映させている。</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
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画を策定するための体制が確立しており、取組を行っている。</p> <p>所定のアセスメントチェックシートに基づき、多職種連携により具体的なニーズを把握し、個別支援計画（及びケアプラン）が作成されている。</p> <p>PDCA サイクルにより3か月に1回モニタリングを実施し、必要に応じて毎月実施のサービス担当者会議に諮り見直しを行っている。サービス担当者会議には利用者も参加して利用者目線を取り入れた計画づくりを進めている。</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。	b
<p><コメント></p> <p>福祉サービス実施計画について、実施状況の評価と実施計画の見直しに関する手順を組織として定めて実施しているが、対応方法の仕組化を期待する。</p> <p>個別援助計画は、サービス等利用計画をもとに3か月に1度サービス管理責任者がモニタリングを実施して評価し、サービス担当者会議を経て必要に応じて見直しが図られている。</p> <p>緊急事態が発生した際はユニット会議に諮って適切な対応策をとっているが、支援計画の変更については遅延の傾向にあるので、今後はこうした場合の迅速対応方法のマニュアル化を期待する。</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。		
44	Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービスの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。	b
<p><コメント></p> <p>利用者一人ひとりの福祉サービス実施計画の実施状況が記録されているが、記録に関する標準化の取組を期待する。</p> <p>記録はパソコン内の支援ソフトにより統一された様式で行っており、職員が共有できる体制になっている。上司決済システムもあり、上司が決済すると上書き訂正できない仕組みになっている。</p> <p>簡易な支援記録マニュアルが作成され、研修会を開催する等により5W1Hを基本にした標準化の仕組みができています。</p> <p>まだ職員間に記録のばらつきがあると認識されており、今後は、エルダー・メンター制度による指導や、マニュアルの見直し等により一層の標準化を図ることが期待される。</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
<p><コメント></p> <p>利用者に関する記録の管理について規程が定められ、適切に管理が行われている。</p> <p>記録や情報の管理はパソコンで行い、基本的に紙ベースの記録は作成されていない。</p> <p>情報の管理については、職務規程や個人情報保護・利用に関する基本規程を定め、職員に会議や研修会で周知を図り、事故やトラブルがないよう徹底されている。</p> <p>また、施設ホームページや広報等に掲載する個人の写真の取り扱いについて、利用者・家族に説明し同意を得る等、取り扱いに配慮している。</p>		

【内容評価項目】

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		
③	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。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>常に利用者の生活状況の変化に対応できるよう、支援計画とともに一人ひとりの24時間シート作成し、対応できるようにしている。</p> <p>利用者の生活の状況の変化に応じた支援ができるよう、看護師、介護職員の増員を図り、特定介護施設の認証をとり対応している。</p> <p>現在は、利用者の高齢化・重度化により地域移行には取り組んでいない。</p>		
④	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
<p><コメント></p> <p>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が、十分ではない。</p> <p>「不適切ケアチェック表」や「虐待チェックリスト」は、職員一人ひとりが自分のチェックをファイルに綴って持っており、振り返りに活用している。</p> <p>チェックの結果は施設全体で取りまとめてグラフ化し、職員会議等で共有しているほか、年2回、法人全体での報告会もある。上司、同僚からもチェックを受けることで自分の課題がより鮮明になる効果がある。</p> <p>丁寧なコミュニケーションを図ることが、利用者との信頼関係の構築へとつながるため、今後も利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉づかいを徹底し、利用者が、話したいことを話せるように傾聴姿勢をもち続けることを期待する。</p>		
A-1-(2) 権利擁護		
⑤	A-1-(2)-① 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
<p><コメント></p> <p>利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。</p> <p>虐待防止マニュアル及び身体拘束マニュアルなどが整備されている。過去数年、身体拘束の対象者はおらず、また身体拘束をしないための工夫をしている。</p> <p>金銭の管理は、預かり金契約をしたうえで、事務職員が通帳を管理している。</p> <p>権利侵害の防止の早期発見、権利擁護のための取組について、職員が具体的に検討、適宜話し合っている。</p> <p>首長申立を行い、補佐人がついている人もおり、現在も申立中の利用者もいる。</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		
⑥	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。	a
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>適温と明るい環境が整っている。施設内において排泄の匂いなど気になる臭気は感じられない。</p> <p>コロナ禍においても職員は利用者の利便性を考慮し快適に過ごせるように配慮している。居室の家具も利用者それぞれに合わせて配置する等配慮している。</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		
⑦	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
<p><コメント></p> <p>入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、改装に向けての検討の継続を期待する。</p> <p>入浴は週2回で、利用者の意向や心身の状況、体調を考慮している。変化があれば、必要に応じて看護師に相談し、検温などの健康チェックを行っている。介護度の高い利用者も一般的な浴槽の個浴を使用できている。寝たきりで、施設で入浴できない利用者は外部サービスを利用している。</p> <p>入浴支援の勉強会を開催しながら、浴室の改装についても、どのようにするのがよいかを職員とともに検討している。今後に向けての使いやすい風呂ができることを期待したい。浴室の改装について、現在の浴室の天井のカビが目立つので、素材等の検討も期待する。</p>		
⑧	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
<p><コメント></p> <p>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が、尊厳や羞恥心への配慮を期待する。</p> <p>利用者の生活リズムと心身の状況に配慮し排泄用品、排泄物品の選択を支援している。自然な排せつを促す観点から自動ラップ式ポータブルトイレなど積極的に介護ロボットの活用がされている。個室で排泄する利用者もいるため、入室時には細心の注意を払う等、排泄の介助を行う際の利用者の尊厳や感情（羞恥心）に配慮した支援を期待する。</p>		

⑨	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
<p><コメント></p> <p>移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っているが、点検体制の仕組みの検討を期待する。</p> <p>福祉用具担当者が月1回福祉用具の点検表を用いてチェックをしている。</p> <p>今後は、何を点検するのかの点検項目、点検日時、担当者のサイン等を様式に加えることを検討してほしい。また、車椅子以外の、杖やシルバーカー、ポータブルトイレ、歩行器など施設で使用している福祉機器全体についても必要に応じて点検の検討を期待したい。</p>		
A-3-(2) 食生活		
⑩	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
<p><コメント></p> <p>食事をおいしく食べられるよう工夫している。</p> <p>感染予防の観点から食事は数か所に分かれ、ユニットの談話室でアクリル板を設置して食事をしている。前は利用者がごはんのみそ汁をよそっていたが、感染症の関係で、配膳している。食事後の食器の片付けなど積極的に行っている利用者もいたが、介護度の高い利用者は退膳する職員が支援している。嗜好調査は実施されて郷土の献立やケーキバイキングなどが行われている。</p>		
⑪	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
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>職員が順次配膳している。介助が必要な利用者に対しては、職員が一对一で嚥下能力に合わせた支援を行っている。体調変化に応じて食事の変更がされている。</p> <p>特殊皿やスプーンなどの準備もしているが、現段階では普通食、お箸の利用者が多い。</p>		
⑫	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>利用者の状況に応じた口腔ケアを行っているが、十分ではない。</p> <p>食事後に歯磨きを奨励しているほか、介助が必要な利用者には職員が支援をしている。</p> <p>介護技術学習の一環で口腔ケアの勉強会を行っている。</p> <p>口腔ケアをすることで肺炎、誤嚥性肺炎などの病気の予防に繋げることができるため、自立している利用者に対しても、歯科衛生士の資格を持つ職員の支援により、歯科医師と連携して計画を立案する等、検討を期待する。</p>		

A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
⑬	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	非該当
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
⑭	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。	非該当
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
⑮	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。	b
<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を行っているが、支援計画に盛り込み、評価・見直しに取り組むことを期待する。</p> <p>病院から月2回作業療法士が外部講師として来園している。シーティングや運動の方法を教わり、日常生活の中で職員が実施し、機能低下予防に努めている。機能訓練記録には作業療法士の所見と目標記載があり、介護職員全員が確認している。</p> <p>特定以外の利用者は介護予防の観点から、日常生活の中で取組をしている。ラジオ体操、健康体操などで、参加は自由である。</p> <p>今後は、その内容を計画に落とし込み、実施・評価することを期待する。</p>		
A-3-(6) 認知症ケア		
⑯	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
<p><コメント></p> <p>認知症の状態に配慮したケアを行っているが、十分ではない。</p> <p>認知症の診断をされた利用者が増加しているため、職員が認知症ケアを学習して、パーソン・センタード・ケアを昨年度から実施している。利用者全員を一人の人間として尊重する支援をしている。</p> <p>その人らしさを大切にすることが今後の支援、介護をするには重要な役割を果たすものになるため、継続して取り組み、検証していくことを期待する。</p>		

A-3-(7) 急変時の対応			
⑰	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。	b
<p><コメント></p> <p>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、取組を行っているが、十分ではない。</p> <p>緊急時対応マニュアルに沿って状況を看護師に伝えている。症状別マニュアルも施設内マニュアル内にある。</p> <p>看護師を1名増員し、対応できる内容が向上している。</p> <p>体調に変化があったときには看護師が確認している。介護職員が変化に気づき、看護師が確認し、必要に応じて通院する流れができている。緊急時の連絡先を掲示している。</p> <p>今後は、経験年数の少ない職員でも対応を徹底できるよう、高齢者の健康管理や病気に関する研修を実施する等、利用者の体調変化に緊張感を持ち続けられるような取組を期待する。</p>			
A-3-(8) 終末期の対応			
⑱	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
<p><コメント></p> <p>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。</p> <p>終末期対応マニュアルに沿って支援し、状況を看護師に伝える流れになっている。</p> <p>指針の整備、事前意思確認書の取り交わす等の仕組みを整えている。</p> <p>職員に対しては、終末期のケアに関する研修、終末期のケアに携わる職員や利用者の担当職員等に対する精神的なケア等の体制の確立をしている。</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			
⑲	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
<p><コメント></p> <p>利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。</p> <p>広報誌「さかみち」発行により、施設での様子を報告している。家族とのやり取りは基本的に生活相談員が行い、日常の様子は家族との関係に配慮しながら個別に報告をしている。コロナ禍で面会ができないため、担当者が家族あてに本人の様子などを手紙を書くようにしている。3 カ月ごとにお小遣いの収支状況の報告を郵送するとともに、状態変化時等は、看護師や生活相談員から報告している。</p> <p>家族との連携に関して担当者が迷う場合には、施設長や係長がフォローしている。</p>			