

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	グランドオーク百寿	
運営法人名称	社会福祉法人よしみ会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	（施設長）山口 大輔	
定員（利用人数）	39 名（39名）（ショートステイ10名を含む）	
事業所所在地	〒 590-0115 大阪府堺市南区茶山台3丁22－11	
電話番号	072 － 291 － 0222	
FAX 番号	072 － 291 － 0205	
ホームページアドレス	http://www.grand-oak.jp/	
電子メールアドレス	info@grand-oak.jp	
事業開始年月日	平成27年11月1日	
職員・従業員数※	正規 22 名	非正規 19 名
専門職員※	社会福祉士 2名 介護福祉士 30名（内、非正規 14 名） 介護支援専門員 1名 医師 2名（内、非正規 2名） 看護師 5名（内、非正規 3名） 管理栄養士 1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 39室（4ユニット）	
	[設備等] 食堂 4室（ユニット毎に1ヶ所） 浴室 4室（一般浴室・機械浴室 各2室） 医務室 1室、調理室 1室	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	－ 回
前回の受審時期	－ 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

【理 念】

誰もが利用したいと思える施設を目指します。 ～思いをカタチに～

【基本方針】

- 1.社会福祉法人よしみ会は、入居されている方々が愛情豊かなケアのもとで、幸せな毎日を送れるようにサポートします。
- 2.グランドオーク百寿は、オープンで親しみやすい生活環境作りを目指し、入居者が居心地良く毎日を過ごしていただける「温かな家」でありたいと思います。
- 3.地域における重要な社会資源であることを認識して、地域に還元できるように「シルバーサロン」としての役割を果たします。また、施設内には、様々な世代が集うカフェやマーケット、イベントスペースなど開放的な施設で、地域の方々に親しんでいただける憩いの場でありたいと思います。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・グランドオーク百寿は「誰もが利用したいと思える施設」となるよう、クオリティ・サービス・環境にこだわり、様々な世代の方が交流できる基点となることを目指している。
- ・また「特養なのにおしゃれカフェ!？」と”Café Innovation”をコンセプトに地域に開けた画期的な取組も行っており、施設1階に「地域に根付く新スタイルカフェ」をオープン。本格バリスタが淹れるこだわりのスペシャルティコーヒーやラテアート、管理栄養士考案の豊富なランチメニューがびっくりするほどリーズナブルな価格でどなたでも楽しめ、北欧風のオシャレな空間でゆったりくつろげる地域密着型の新スタイルカフェとして入居者の方や地域の方から大人気である。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	平成30年11月12日～平成31年3月28日
評価決定年月日	平成31年3月28日
評価調査者（役割）	1701A029（運営管理委員） 1801A019（専門職委員） （ （

【総評】

◆評価機関総合コメント

・グラントオーク百寿（当施設）は、大阪府堺市の緑に囲まれた泉北ニュータウンの住宅街の一角「茶山台近隣センター」にあり、商業施設、自治会館、小中学校、幼稚園等へのアクセスも良く、地域住民が日常的に集まる場所に位置する。

・地域の活性化を図るため、社会福祉法人よしみ会（法人）がスーパーマーケットの跡地に平成27年11月開設した地域密着型の特別養護老人ホーム（特養）で、今や地域に根付き、各世代の人々が集う憩いの場となっている。

・当施設を訪れる人は、内部に足を踏み入れた途端、これが特養かと一様に驚くほど、従来の暗く入りにくいというイメージを一新する「誰もが利用したいと思える施設」となっている。4階建施設の1階には、北欧風のおしゃれなカフェがあり、本格バリスタが淹れるこだわりのコーヒーや管理栄養士考案のランチ等が魅力的な価格で楽しめ、ミニコンビニも併設されるなど誰もがゆっくりとくつろげる空間であり、地域との交流の場にもなっている。

・2、3階の施設内部は、利用者の居心地の良さを第一に考え設計されている。広くスペースをとった廊下、食堂やリビング等の共用部分、個室、浴室、トイレ、事務所、会議室等を含む施設全体には木材を多く使った内装や無垢の木を使った家具などが配置され、木の温かみや明るさの中で過ごすことで、利用者の気分も明るくなるよう配慮されている。施設の定員は特養が3ユニット29名、ショートステイが1ユニット10名で全39の個室が用意されている。個室にはプライバシーに配慮したトイレ、洗面所、ベッド等が用意されており、特養の利用者は家庭で使っていた家具や思い出の品々を持ち込むことで、家庭と同じようにゆったりと自由に過ごせる工夫がなされている。

・素晴らしい眺望が楽しめる屋上の広いスペースは、利用者の散歩や植栽活動のほかイベント等で地域との交流の場としても利用可能で、時にはバーベキューパーティーも楽しめる様になっている。

・介護職員は、利用者よりやや多い職員数により、24時間体制でパソコンに蓄積された利用者一人ひとりの想いや意向に沿って、誰もがケアを行えるようシステム化されている。利用者の家族も頻繁に訪れており、職員と共に献身的な看護が日常途絶えることなく行われている。

・利用者の安全は、施設内の防煙装置、防火壁、スプリンクラー設備、消防署への自動通報装置等に加え、定期的な防災訓練等により守られている。

◆特に評価の高い点

・何事においても前向きな姿勢

トップから一般職員に至るまで、多くのスタッフが明るく前向きな姿勢で、利用者が幸せな毎日を送れるよう献身的なケアに努めているのが、今回の調査で実感することができた。

また、中長期的には当施設が、ユニットケアにおいて研修実施施設の認定を受ける事を目指しており、ケアの現状維持に満足するのではなく、ケアの一層の深化をチームで続けている点も高く評価したい。

・素晴らしい設備

当施設の設計に当たっては、法人が運営している他施設に加え、北欧のケア先進国の優れた点を多く取入れた事で、当施設の素晴らしさはこれが特養か!?と驚くほどで、まるでホテルか高級マンションの様である。それでいて木材を多用し家庭の温かみを随所に取り入れたり、ゆったりとしたスペースやプライバシーに配慮した機能的に優れた設計となっている。

・地域交流活動

当施設の開設に当たっては、当初から地域との交流を考え設計された。具体的には、北欧風カフェ・レストランが世代を問わず地域住民の憩いの場となっており、イベントや各種会合の場として活用されている。最大のイベントは商店会と当施設を含む、よしみ会（3園）合同の「ちゃやまだいフェスティバル」で、今や町の盆踊りを凌ぐ賑わいとなっているという。

◆改善を求められる点

・長期経営計画の策定

中長期計画における3年後、10年後のビジョンや目標が簡潔ではあるが具体的に明記されている。ただし、計画の数値目標および収支計画については現状示されておらず、この点改善が期待される。

・人材育成に関わる研修制度

常勤職員は年度初めに策定した研修計画に沿って受講している。一方、非常勤職員は、希望者の受講は可能だが研修時間の都合等で出席が困難であった。現在、一部の研修を昼間に行うなど改善がみられるが、今後非常勤職員を含めた全職員が必要な研修を確実に受けることができ、全職員が同じ目線と感覚を持ち、利用者のケアに貢献できる体制作りが望まれる。また、当施設では階層別研修や経験年数に応じた段階的研修の実施やカリキュラムの柔軟な見直しなど必要と考えており、これら研修の深化の着手実行が望まれる。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審できたことは、自施設の運営を振り返り、課題を明確にする良い機会となりました。

評価結果につきましては予想以上に良い評価をいただきましたが、現状に満足することなく、向上心を持って今後も取り組んで参りたいと思います。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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)	・グランドオーク百寿の理念、基本方針について、ホームページ・パンフレット・事業報告書等に明記されている。 ・職員への理念等の周知については、年度初めの研修において実施されている。 また、職員へのインタビューでも職員が日常使用するパソコンや共有スペースの壁等には理念が掲示されており頻繁に目にすることができる。 ・ただし、ハウスルール（施設内で職員同士が互いに気持ちよく働くためのルール）の自己評価では、職員による理念の認識度は、期待ほどの結果ではないことが判明しているので、今後は職員への周知について、何らかの工夫が必要と思われる。また、玄関口のモニターに理念を明示することも望まれる。	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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)	・行政の介護保険事業計画等を法人経由で把握、分析し事業に活かしている。 ・地域の動向については、市の介護事業者課を通して把握し分析している。 ・経営状況については、定期的にコスト分析や毎月の幹部会議にて稼働率（利用率）や経費の適正管理について情報を共有し目標を確認している。	
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
(コメント)	・幹部会議において、経営の現状分析と課題の抽出を行っている。 ・3ヶ月ごとの理事会において、役員への現状報告と解決すべき課題の共有を行っている。 ・経営状況については、現状監督者（副主任以上）が共有しており、監督者が各部門において必要事項につき職員に伝達している。	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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)	・中長期計画における3年後、10年後のビジョンや目標が簡潔ではあるが具体的に明記されている。 ・中長期計画における数値目標および収支計画については示されておらず、この点の改善が期待される。	
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)	・平成30年度計画は「縦横斜めの連携体制の強化」で、ユニットや部門間のコミュニケーションの向上を図り、相互の連携を強化するというものである。 ・運用目標として、具体的な利用率、経費の適正管理、職員の確保と資質の向上等を明記している。 ・利用率を除き数値目標や成果等についての具体的設定が無く、今後進捗状況について客観的な評価ができるよう具体的内容とすることが望まれる。	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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
(コメント)	・当施設の部門別計画は全職員が参画し策定されている。それを踏まえ全体の事業計画が副主任以上の監督職で策定されている。 ・事業計画書を策定した後、職員への周知と資料の配付を行っている。 ・今後、事業計画の期中における評価と見直しについては、ルール化し確実に実行されることが期待される。	
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)	・重要事項説明書に記載された事業内容等については利用者の入居契約時に説明しているが、それ以上の内容について随時または契約更新時に行っていない。 ・今後、年度初めの家族交流会等の機会をとらえ、当施設の事業計画につき要点だけでも説明し、利用者等の安心と信頼を得る努力をされることが望まれる。	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
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。		
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)	・年に一度、自己チェックリストを基に評価を行っている。 ・ケア向上委員会において日々のケアの状況を職員間で共有し、課題の抽出、改善策の立案、実施を行っており、ケアサービスの向上に繋がっている。	

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
(コメント)	・自己チェックリストやケア向上委員会が立案した改善策に向け、行動を起こしている。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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
(コメント)	・管理者（施設長）は、自らの役割と責任を組織内において表明しており、広報誌等にも掲載されている。 ・施設長は自らの役割と責任（職務分掌）については、運営規程や重要事項説明書等に簡潔に記載され、その権限については「職務権限表」に詳細に明記されているが、今回見直しを行い一本化した。 ・有事における施設長の権限移譲については、施設長が不在の場合には下位の者が代行する旨文書に明記されている。	
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。	b
(コメント)	・施設長は、コンプライアンス（法令遵守）の研修を受けており、遵守すべき法令等を理解している。 ・職員への周知については、スタッフルームに法令集を完備し周知を図っているが、必ずしも充分とは言えない。また、施設内研修にもプログラムがあるが、実施は不定期となっており、昨今世間での不祥事多発の状況下、月次の実施計画に組み入れることで法令等遵守の周知と徹底を図る事が望まれる。	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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
(コメント)	・定期的に部門別会議を開催し、必要に応じ施設長自ら会議に出席し、ケアサービスの現状を把握し、必要と思われる場合には具体的な取組を指示している。また、出席できない場合には、議事録にて把握できる体制を構築している。 ・また、会議とは別にレポートライン（決済・報告経路）を活用し、各役職者、部門への必要な指導を行い管理に努めている。 ・職員の内外の各種研修等への参加の促進を図っている。	
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
(コメント)	・定期的に経営アセスメントを実施しており、毎月の幹部会議で報告している。 ・指導を発揮している取組としては、人員配置（職員増員）、雇用環境整備（有休消化促進）、収益拡大（ショートステイ稼働率向上・カフェ売上促進）、適正支出（食材、ランニングコスト等）を重点項目としている。	

		評価結果
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成		
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。		
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)	・職員が安心感を持ってケアが行える人員配置を基本にして、人員確保に当たっている。 ・職員の育成については、入職時研修、フォロー研修、その他各種研修によって行っている。 ・職員の確保は、就職フェアへの参加、実習生受入れ、インターンシップなどの機会を活用している。（実際、受入れ実習生の友人が当施設に入所予定である） ・今後は、中長期の人員確保計画を策定の上、必要な人材確保について幅広いリクルート活動を行うことが望まれる。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	・人事考課制度は、既に確立し運用しており、昇進・昇給基準については明確になっている。 ・職員が施設内における自らの将来の姿を描くことでモチベーション向上が期待できるキャリアパス制度の仕組みを用意することが望まれる。	
Ⅱ-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
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
(コメント)	・職員の就業状況の確認を毎月行い、フィードバックを実施している。 ・ワーク・ライフ・バランスを大切にし、休日が取りやすい環境、残業が出ない環境作りに努めている。残業時間の平均は毎月約2時間となっている。 ・職員との面談を実施しているが現状は不定期であるため、今後は定期的なフォローアップ面談の仕組みを作ることが望まれる。	
Ⅱ-2-(3) 職員の一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。		
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
(コメント)	・職員一人ひとりの育成に向けた目標管理制度を導入している。 ・アクションプランシートを作成し、職員一人ひとりを計画的に育成出来るよう組織的に実行している。 ・一人ひとりが設定した目標に対し、目標設定時、年度半ばの振り返り時、期末に上司による面談を行い、目標達成のための支援や確認を行っている。	
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)	・施設内の研修計画は年度初めに策定されており、常勤職員は研修計画に沿って受講している。 ・当施設では、研修について階層別研修、経験年数に合わせた段階的研修の実施やカリキュラムの柔軟な見直しなど必要と考えており、これらの確実な着手実行が望まれる。	

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
(コメント)	・研修委員会において、研修内容や開催頻度、見直しを計画的に実施している。 ・多くの職員が参加できるように1日に2回の開催を行っている。 ・非常勤職員の研修は、研修時間の都合等で出席が困難であったが、一部の研修を昼間に行うなど改善がみられる。今後非常勤職員を含めた全職員が必要な研修を確実に受けることが出来る体制作りが望まれる。	
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。		
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
(コメント)	・実習生の受入れマニュアルは整備されており、受入れ担当者は外部の実習指導者講習会を受講済みである。 ・実習生の受入に先立ち、学校側と実習プログラムについて十分な打ち合わせと連携を行っている。 ・平成30年度の実習生受入れ実績は3名であった。	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
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。		
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
(コメント)	・ホームページには、理念、基本方針等の情報公開が幅広く行われている。 ・広報誌を活用して当施設の取り組みについて外部に発信している。 ・運営推進会議を2ヶ月ごとに開催し、利用者家族や地域の方々も交え、報告や検討会を行っている。	
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
(コメント)	・施設における事務、経理、取引に関するルールは整備されている。 ・法人の内部監査を定期的に受けている。 ・法人で起用した外部の会計監査人により当施設にかかわる業務のチェックや指導を受け、必要に応じ改善している。	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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
(コメント)	・地域交流の基本的な考え方を運営方針の中に明記している。また、当施設の一部門として地域交流課を置き、担当者を配置している。 ・当施設の地域交流スペースを活用した地域住民との交流を定期的を実施する事で、地域との信頼関係を確立している。 ・利用者はこれら地域との交流行事に参加したり、地域の行事に招待されることもある。 ・毎年、当施設で近隣小学生の授業や、学校への訪問講座の実績もある。	

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。	a
(コメント)	・ボランティア規定が整備されており、ボランティア・コーディネーター（窓口）の配置している。さらに、登録手続きやボランティアの配置、シフト管理を実施している。 ・現在、約20名のボランティアが在籍しており、小学生の見守り、カフェやマーケット運営の一部サポート活動を行っている。また、年末には地域交流ボランティアとの忘年会も開催している。	
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
(コメント)	・地域包括センター、複数の協力医療機関等のリストアップが行われており、職員に周知されている。 ・関係機関や諸団体間の情報の共有のため、運営推進会議、担当者会議、相談員連絡会、商店会会議、地域ケア会議、老人施設部会等に参加し適切な連携を保っている。	
Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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
(コメント)	・施設内にカフェや地域交流スペースを設け、地域の人々が普段憩える場やイベントで活用できる場を提供している。イベントの実績としては、CHAYA FES（茶山台フェスティバル）、水曜朝市（野菜等販売）、ファミリー・ライブ、ラジオ体操・朝ごはん、地域交流ボランティアとの忘年会等がある。 ・地域のサークル団体に活動を行う場を提供している。	
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
(コメント)	・施設内（地域交流課）に地域交流担当の職員を配置し、地域との定期的な話し合いや行政機関との連絡を行い、ニーズに応じた取り組みを行っている。 ・カフェのスペースを活用し、地域ケア会議を行っている。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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
(コメント)	・理念、基本方針の中に利用者を尊重したケアサービスの実施が明記されている。 ・当施設内の部門ごと、ユニットごとに理念、基本方針に沿ったマニュアルを作成し、全職員が利用者を尊重したケアサービスを提供している。 ・利用者の基本的人権の配慮にかかわる研修を行っている。	

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
(コメント)	・プライバシーの保護規定やマニュアルが整備され、全職員に周知が図られている。 ・個室のトイレは完全に独立した作りになっており、浴室もドアが完備し廊下からは視覚的に全く遮断されており、プライバシー保護の観点からは申し分ない設備となっている。また、排泄交換時のバケツやオムツ交換カートの使用に代え、トートバッグなどを活用している。 ・家族訪問時の職員との込み入った面談については、個室または談話室を使用する事で、プライバシーに配慮している。	
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。		
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)	・施設のパンフレットや資料を作成し、入居希望者の説明に使用している。なお、資料等には利用料金が漏れなく記載されている。 ・見学希望者には、事前に聞いた要望につき重点的に案内し説明するようにしている。見学後には個別に話をする機会を設け、見学中に聞けなかった点についての説明を行い、施設選択の参考にしてもらっている。	
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
(コメント)	・入所時には相談員、看護師、介護職員が面談を行い、利用料金や当施設内の生活等の説明を行い、書面にて同意を得ている。 ・介護の変更の際には、介護内容を示す24時間シートを使い説明を行い、書面での同意を求めている。 ・利用者の意思決定が困難な場合には、家族に説明を行い同意を得ている。	
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
(コメント)	・入院および他の福祉施設や家庭への移行については、入居契約書の中の「契約の終了に伴う援助」の条文中に記載されている。 ・当施設からの援助としては、病院および介護老人保護施設やその他福祉サービスの紹介のほか、3ヶ月以内の退院については当施設への再入居が可能であることを説明している。 ・退所後も施設長、相談員が相談窓口となって対応している。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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。	b
(コメント)	・毎年4月に開催される家族交流会、日頃来所される家族との会話、2ヶ月ごとの運営推進会議に出席される家族から利用者の満足度等の把握に努めているが、さらに利用者の意見を聞き出したいとの願望を持っている。	
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。		
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。	a
(コメント)	・苦情解決体制が整備されており、第三者委員会（委員2名）も設置している。 ・苦情処理の体制や仕組みについての説明を玄関口のモニターに表示しており、来所の方々に周知している。 ・苦情があれば、施設長、相談員が介護職員と協議を行い、対応をフィードバックしている。また、運営推進会議で家族から苦情があれば、議事録に記録し、対応策につき検討している。	

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
(コメント)	・意見箱を設置しているほか、苦情処理の体制や仕組みについての説明を玄関口のモニターに表示している。 ・込み入った相談等であればプライバシーに配慮した談話室等を使用することで、利用者や家族が話しやすい環境を整備している。	
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)	・利用者や家族から相談や意見が出た場合は、関係各所に迅速に伝達され、対応策を検討する事になっている。 ・苦情対応マニュアルについては、現在作成を検討中ということであるので、早期の完成を望みたい。	
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。		
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)	・事故防止委員会を設置し、事故発生時の対応についての手順をマニュアルで明確にし、職員に周知している。 ・ヒヤリハット報告があれば、施設内の全部署に記録が回覧され、再発防止のため介護職、看護師、相談員等による対策会議を行い、決まった再発防止策を全部門で共有している。 ・事故防止委員会による定期的な研修を行い、職員のリスクマネジメントに関する意識を高める努力を行っている。	
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)	・感染症委員会を設置し、感染症発生時等の対応マニュアルを整備し、職員に周知している。（職員所持のスタッフマニュアルに収められている）また、マニュアルについては発生した事例に合わせて毎年改定を行っている。 ・感染症に関わる研修を6月と11月の年2回行い、流行の時期に合わせた対応と情報発信に努めている。 ・11～3月を感染症予防期間として職員・訪問者にマスクの着用を義務付けている。	
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)	・防災マニュアルが整備されており、災害に備えた食料や物品の備蓄が行われている。隣接している法人の特養（泉北園百寿荘）は、地域防災協定が結ばれている。 ・当施設は最新設備であることから、耐震、防火等についての対策も充分なされている。（高台にある立地上、水災は対象外） ・利用者の安否確認は、各ユニット居室での確認、職員の安否確認は連絡網によって行っている。 ・防災訓練は定期的の実施し消防署立会の訓練も行っている。	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	・利用者の介護サービスに関する記録は、24時間シートを導入しており、利用者や家族から依頼があれば、プリントして手渡している。（現状無料）	

Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。

Ⅲ-1-(7)-① 施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。

a

(コメント) ・入所選考指針を策定し、空室が出れば入所選考委員会が入所希望者リストの中からポイントの高い優先順に入所を決定している。

評価結果

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

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。

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

(コメント) ・ユニットケアマニュアルを作成し、全職員に配付している。マニュアルの変更があった時にはその都度差し替えをし、常にマニュアルの確認ができる仕組みになっている。
・ケアが適切に行われていない場合には、原因を究明し適切に行われるよう指導する体制になっている。

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

(コメント) ・毎月ケア向上委員会を開催し、実施方法について検証し、必要時には見直しを行っている。
・利用者や家族からの意見や要望、職員へのアンケート調査等を反映させる仕組みがある。

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。

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

(コメント) ・アセスメントの手法として「聞き取りシート」を作成し、適切にアセスメントを行っている。
・24時間シートには利用者の計画内容が記載されており、利用者の記録を行うことで計画通りにサービスが提供されたかを、確認できるようになっている。

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) ・利用者の課題や目標を明らかにし、必要な時には看護師や管理栄養士などの専門的なアドバイスに基づいてサービス計画を作成している。
・サービス実施前には必ず利用者や家族から同意を得るようにしている。
・居宅復帰を考慮し、定期的に2泊3日の外泊をしている利用者がいる。

Ⅲ-2-(2)-③ 自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。

a

(コメント) ・6ヶ月に1回「聞き取りシート」や家族からの意向、実施状況から福祉サービス実施計画の見直しを行っている。緊急時や体調の変化が認められた場合には、適宜行っている。
・変更した福祉サービス実施計画は24時間シートにて職員に周知されている。

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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)	・利用者一人ひとりの24時間シートを活用し、適切にサービスが実施できたかどうかを記録し、職員間で共有している。 ・職員により記録内容や書き方に差異が生じないように、「記録の取り方」マニュアルを作成している。	
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
(コメント)	・職員は個人情報保護法について研修を受け、記録の管理の重要性を理解し遵守している。 ・入所契約時に重要事項説明書で、個人情報の取扱いについて説明を行い、利用者や家族から同意を得ている。	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。

Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
(コメント)	・定期的に身体拘束廃止委員会を開催し、身体拘束をしない取り組みを行っている。 ・家族からベッド柵の要望にも、身体拘束に対する利用者の尊厳や権利などを丁寧に説明している。	
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	a
(コメント)	・預かり金規定を整備し、利用者の金銭管理を行っている。 ・3ヶ月に1回利用者、家族に収支管理報告を行い、管理者は預かり金の収支状況を毎月確認している。 ・成年後見制度の必要な利用者には、成年後見制度の活用につないでいる。	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
(コメント)	・離床時間を延ばせるよう目標を設定し、計画的に車椅子移乗を行っている。 ・訪問マッサージを利用して機能訓練を行い、心身機能の改善を図っている。	

高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 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。	a
(コメント)	・利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるよう24時間シートを作成し、それに沿った支援を行っている。 ・皆が同じ時間に食事をするのではなく、利用者の食べたい時間に食べられるよう時間に余裕を持たせている。 ・食事は入居者同士一緒に食べたり、1階の地域交流スペースのカフェに食べに行く事ができ、その人に応じた過ごし方ができる。	
A-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)	・利用者に対して言葉遣いに気を付け、自尊心を傷つけないように対応している。 ・接遇マナー研修は実施しているが、職員によって理解度に差があるため、今後は階層別に研修を行い、さらに内容を深めたいとの事、早期の実現を期待する。 ・利用者や家族の多くは満足しているが、一部のスタッフには満足といえない事例もあり、職員間での接遇に対する話し合いを持つことを望む。	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等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)	・現在は夜間に入浴する利用者はいないが、希望があれば夜間入浴も対応し、利用者の健康状態や意向に合わせて、入浴日や時間を変更したり、入浴日以外の日でも入浴できるようにしている。 ・入浴の誘導や介助は利用者の尊厳に配慮し、利用者の入浴形態に合わせた浴槽を使用している。	
A-2-②	排せつ介助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)	・利用者一人ひとりの居室にトイレがあり、羞恥心に配慮しながら利用者のトイレで排泄介助が行われている。 ・排泄交換後は衛生面や臭気、他の利用者に気づかれないよう配慮し、速やかに処理が行われている。 ・睡眠時の排泄介助については利用者の意向や心身状況を検討し、排泄介助時には皮膚の観察を行い、清潔保持と褥瘡の予防に努めている。	
A-2-③	移乗、移動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)	・利用者の心身の状況や意向を踏まえ、福祉用具を選定し、できるだけ自立に向けた支援を行っている。 ・食堂の椅子を押しながら歩く利用者や、ユニット間を何度も行き来する利用者も、その日の心身状況に合わせ、移動の制限は行っていない。	

A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	・褥瘡委員会を中心に、臥床時間を短くしたり、福祉用具を利用して褥瘡が発生しないように取り組んでいる。 ・外部講師を招いて積極的に職員が知識を深めるような仕組みが確立されている。 ・排泄介助時や入浴時に皮膚の観察を行い、現在褥瘡のある利用者はいない。	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	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)	・利用者全員が同じ時間に食事をするのではなく、食事の時間に幅を持たせている。 ・利用者が席に着いてから盛り付けをしたり、食器は陶器のものを使用し、利用者が食事をおいしく食べられるよう、また意欲が出るような工夫がされている。 ・利用者の希望により、1階の地域交流スペース内のカフェで食事をする事ができ食事の変化が楽しめる。	
A-3-②	食事の提供、食事介助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)	・美味しく安全に食事ができているか、利用者一人ひとりの嚥下状態の観察を行っている。 ・自分で食べられる利用者には時々声掛けをしながら、利用者のペースで食べられるように工夫したり、介助の必要な利用者は1対1で介助するようにしている。 ・食堂には利用者が、立ち上がりやすいように配慮された椅子が設置され、適切な食事環境が整えられている。	
A-3-③	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)	・利用者は毎食後、自分の部屋で口腔ケアを行っている。 ・訪問歯科医や歯科衛生士により、利用者一人ひとりのケアの方法や指導を受け、利用者の状況に応じたケアを行っている。 ・口腔ケアの実施により、経口での摂取が維持できている。	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	a
(コメント)	・マニュアルを整備し、終末期を迎えた方の対応の方法は確立されている。 ・家族が最後の瞬間まで利用者と過ごせるよう、家族の部屋が準備されている。 ・利用者が施設で最期を迎えられた後は、振り返りの会議を行いケアに関わった職員の精神的なケアを行っている。 ・振り返りの会議を行い職員から出た意見を参考にし、利用者がより良い終末期を迎えられる対応を皆で検討している。	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	・認知症に関する研修を積極的に受講し、職員の多くが認知症介護に関する研修終了の資格を有している。 ・職員は認知症の症状に関する知識を備え、あらゆる場面で受容的な態度でケアを行っている。 ・その日の心身状況により落ち着かない利用者に対しても抑制せず、受容的な態度で転倒が無いように見守りを行っている。	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
(コメント)	・居心地の良い家庭的な環境を作るため、共有スペースには一人掛けの椅子や観葉植物を置いている。 ・プライバシーの配慮から入り口には名前の表示をしていないが、利用者が自分の居室が判別できるよう、利用者の覚えやすい絵画や写真を飾っている。 ・フロア内はゆっくりと落ち着いた雰囲気、安心、安全な環境が保たれている。 ・事故防止のため目に付くところには危険物は置かれていない。	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	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)	・機能訓練指導員が機能訓練計画書を作成し、日々の生活動作の中でのリハビリを行っている。 ・利用者が主体的に訓練が行えるよう、訪問マッサージによる助言や指導を受けている。 ・利用者のできること(食事の自己摂取)は時間がかかっても、職員が声掛けや見守りしながら能力の維持を行っている。	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a
(コメント)	・利用者の体調変化が早期に発見できるよう、日々の様子を詳細に記録している。 ・緊急時のマニュアルの整備や、看護職員への夜間時のオンコール体制が整っている。 ・利用者の健康管理ができるよう、看護職員と介護職員は常に情報の共有を行っている。	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	・感染症や食中毒に関するマニュアルが整備されている。 ・家族や訪問者への手指消毒、マスク着用を張り紙や口頭で呼びかけている。 ・感染症が流行しやすい期間は、全職員が感染予防のためマスクを着用している。 ・利用者と職員はインフルエンザの予防接種を受け、発生予防を行っている。	

		評価結果
A-8 建物・設備		
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	a
(コメント)	・建物の外観や内部も温かみがあり、設備の点検も定期的に行われている。 ・1階は地域交流スペースになっており、地域の方々もたくさん集まって来られる。 ・利用者も地域交流スペースで、寛いだ時間を過ごすことができる。	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	・家族の面会時には利用者の状況報告を行っている。 ・家族会を開催し家族との良好な関係づくりに努めている。 ・家族からの要望を聴取し改善につなげているが、相談の記録が不十分なため整備することを望む。 ・家族会や行事を開催するときには家族に通知し、たくさんの家族の参加がある。	

利用者家族への聞き取り等の結果(入居)

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム グランドオーク百寿の利用者（入居）
調査対象者数	利用者（入居）人数 29人
調査方法	当機関より事業所に返送用の受取人払い封筒を添え、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封した上で、投函または事業所への提出を依頼した。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

入居利用者 29名にアンケート用紙を配付し、26通を回収した。回収率は89.7%であった。

○満足度100%

- ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。
- ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いますか。

○満足度90%以上

- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。

○満足度80%以上

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。
- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか。
- ・職員は、入浴前、入浴後に、あなたの健康状態のチェックを行ってくれますか。
- ・入浴は、落ち着いて、ゆったりと入浴することができますか。
- ・入浴する際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いますか。
- ・排泄の介助は、速やかに対応していますか。
- ・排泄の際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いますか。
- ・レクリエーションのメニューは自由に選択でき、あなたの意向に配慮されていると思いますか。

【意見】

- ・スタッフに若い方が多く、カフェ施設も地域住民の方もたくさんいらして、開放的な場になってとても良いと思います。
- ・日当たりの良い少人数ユニット個室施設で、プライバシーも守られている。
- ・本当に自宅で生活する様な感じで、職員さんもすごく親切で、母は何時も幸せと言ってくれるので、働くことに専念できます。
- ・2ヶ月ごとの運営推進会議の出席者が多くなる工夫。例えば年に1回でも行事の時に開催する等。

利用者家族への聞き取り等の結果(短期入所)

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム グランドオーク百寿の利用者家族（短期入所）
調査対象者数	短期入所利用登録者数 29人 （定員10名）
調査方法	当機関より事業所に返送用の受取人払い封筒を添え、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封した上で、投函または事業所への提出を依頼した。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用登録者29名の内、利用頻度の高い利用者13名の回答を得た。一方、定員は10名。

○満足度100%

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。

○満足度90%以上

- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。

○満足度80%以上

- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- ・職員は、定期的にああなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・職員は、入浴前、入浴後に、あなたの健康状態のチェックを行ってくれますか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いますか。

○満足度70%以上

- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・食事は楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- ・排泄の際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いますか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。

【意見】

- ・スタッフの姿勢がとても良い。
- ・明るくて空間があり、満足している。
- ・少しの間でしたが、とても良かったと思っています。
- ・週に2回、簡単なおやつがあればいいと思う。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等