

様式1

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	泉北園百寿荘		
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	中辻 克友		
定員（利用人数）	50 名		
事業所所在地	〒 590-0115 大阪府堺市南区茶山台3丁23番2号		
電話番号	072 - 296 - 3535		
FAX番号	072 - 290 - 1088		
ホームページアドレス	http://www.hyakuiusou.or.jp		
電子メールアドレス	hyakuiuso@diamond.broba.cc		
事業開始年月日	平成7年4月1日		
職員・従業員数※	正規	37 名	非正規 49 名
専門職員※	社会福祉士 1名 介護福祉士 28名 ヘルパー2級 9名 ヘルパー3級 2名 管理栄養士 3名 栄養士 3名 調理師 2名 医師 3名 看護師 6名 准看護師 3名		
施設・設備の概要※	[居室] 個室11 4人部屋14		
	[設備等] 食堂 多目的ホール ラウンジ 一般浴室 特別浴室		

※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	3 回
前回の受審時期	28 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】

泉北園百寿荘の理念
誰もが利用したいと思える施設を目指します
～想いをカタチに～

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させていただきます。

泉北園百寿荘は、オープンで親しみやすい生活環境作りを目指し、入所者の方々が居心地良く毎日を過ごしていただける「温かな家」でありたいと思っております。また、併設している認定こども園との世代を超えた交流により、毎日を暮らすことができるようにします。

基本方針

1. 毎日の暮らしのサポート

スタッフによる切れ目のないサポートで、利用者本人の暮らしを支えます。毎日の生活を「ケア・サポート」し、本人の自立を大切にします。

2. 一人ひとりに合わせたサポート

利用者の視点に立ってサポートします。利用者のニーズに基づいたサポートを行い、本人や家族の思い、希望を叶えることを大切にします。

3. 地域で暮らすことのサポート

地域社会との関係を大切に、毎日の生活をサポートします。施設に入居しても地域の一員としてつながりを持つことを大切にします。

4. 併設する認定こども園との交流のサポート

子どもたちと交流する機会を大切にします。子どもたちとふれあうことが、暮らしの楽しみとなるように関係づくりをします。

5. スタッフの自己向上のサポート

スタッフ同士が思いやり、ねぎらうことを大切にします。スタッフが発想力、創造力を発揮でき、働きがいを感じることでできる職場環境を目指します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

・泉北ニュータウンの閑静な住宅地域にあり、緑あふれる落ち着いた施設です。同じ敷地に認定こども園（泉北園）を併設し、下は0歳から上は100歳のお年寄りまでの交流を活発的に行っています。その他季節に応じた行事や行事食また外出などを積極的に行っています。

・敷地内に庭園（ライフ・グリーン・ガーデン）があり、施設内に多くの緑を作ることで、身近に四季の自然を感じられる環境があります。近隣には同法人の運営しているカフェがあり、一般のお客様で賑わっています。面会時にもご利用いただく方も多くおられます。

【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	令和2年3月17日～令和2年12月25日
評価決定年月日	令和2年12月25日
評価調査者（役割）	0801A011（運営管理委員） 1401A050（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・泉北園百寿荘は泉北ニュータウンの閑静な住宅地域にある緑あふれる落ち着いた施設である。

・当初、社会福祉法人よしみ会がこの地に保育所・泉北園を設立、その後大阪府初のモデル施設として、認定こども園と特別養護老人ホームを同じ施設内に建設した複合施設（デイサービスセンター、短期入所生活介護サービス、ホームヘルプサービス、介護サービス、地域包括支援センターを併設）である。

さらに近隣の商業地域に設置した地域密着型特別養護老人ホーム・グランドオーク百寿と連携して重要な社会資源となっている。グランドオーク百寿が運営しているカフェは利用者と家族の面会時にも利用されている。敷地内に庭園があり多くの緑を作ることで、身近に四季の自然を感じられる環境があり、子どもと高齢者が自然に交流している。

・施設長は、利用者にとって「暖かい家」とするとともに、地域住民には自由に交流できる「シルバーサロン」としての役割を果たす地域に開かれた施設を目指している。

・今後の少子高齢化が進む中で、施設の持つ専門的な知識・技術や情報を広く地域に提供することが望まれている。

◆特に評価の高い点

・理念・基本方針について職員に入職時説明し、毎年の理念研修で徹底している。

・育児等ワークライフバランスに配慮している。働きやすい職場として退職した職員が復帰して活躍している。

・月に一度利用者の様子を描いた手紙を家族に送付し相談しやすい関係づくりを行っている。利用者・家族のほとんどは「職員に相談したいときは、いつでも相談できる」としている。

・個々のケアプランに基づいて担当スタッフが実施方法をケアシートに記入し、統一したケアが出来ている。

・心身の状態・状況に応じて医師の指示や機能訓練担当の看護師の指導計画とケアプランにより離床対策とADLの維持と改善に全職員で取り組んでいる。

◆改善を求められる点

・社会福祉事業全体並び地域の動向を事業報告・経営計画に明示し周知を望む。

毎年の事業報告の目標の達成・未達成の要因分析を行い、次年度の事業計画に反映することを望む。また中・長期の収支計画を策定し、経営の改善のため、コストバランスの分析を行うことを望む。

・非常勤職員に対する研修に工夫し、利用者に対する常勤、非常勤のサービスの質の均等化を望む。

・高齢者施設として介護の知識・技術・情報をもつ社会福祉法人であり、これから地域のニーズに応える拠点として広く、コミュニティー作り・介護相談会など地域貢献を期待する。

・設備の老朽化はあるが、利用者の居心地よい暮らし作りには努力されているが、プライバシー保護の観点に注視し問題点を話し合うことを期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の第三者評価の結果を受審させていただき、これまで施設で取り組んできたことに対して、評価される点や課題となる点を確認する機会になりました。

評価された点については、入居者様やスタッフにとってプラスになるように取り組みを継続してまいります。

課題となる点については、関係各部署・スタッフと連携を行い、早急に見直しを行って、利用される入居者様や働くスタッフにとってより良い運営になるように努めてまいります。

◆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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理念・基本方針は運営規定に明文化され、内容は利用者本位のサービス提供を目指すものとなっている。 ・職員には入職時、職員マニュアルで説明し、その後も毎年の理念研修で徹底されている。一般向けにはパンフレットに記載し配布、ホームページにも掲載し周知している。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は堺市介護事業者会議・老人施設部会等各関係機関の会議・研修に参加し、社会福祉事業全体の動向と地域の動向を把握して、経営計画に反映している。経営状況は毎月コスト分析や利用率を管理者会議で把握・分析している。 ・社会福祉事業全体並び地域の動向が事業報告・経営計画に明確には記載し、事業報告・経営計画に明示し周知することを望む。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は毎月の管理者会議で経営の現状を把握、課題を明確にし解決策を策定している。それを毎月の施設運営会議で監督職間で共有し、各監督職から各部署の会議で職員に周知している。また、3ヶ月に1度の法人理事会に現状・課題・解決策を報告して法人内で共有している。 ・毎年の事業報告では目標の達成・未達成は報告されている。今後要因分析の結果を次年度の事業計画に反映することを望む。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・2020年度事業計画に当年を初年度とする中・長期ビジョンと計画が記載されていて、計画は中・長期の課題に焦点を当てたものとなっている。さらに長期（10年）を中期（3～5年）に分けて1期から3期の課題達成目標を明示し、1期では、10年後にはを関連付けることを望む。 ・中・長期の収支計画は、計画の達成の財政面の裏付けがとして不可欠である。収支計画の策定も中長期の計画に一体として考えることを望む。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・2020年度計画は中・長期計画を反映して具体的に策定されている。2019年度の事業報告を受けて実行可能な目標を設定している。 ・単年度で実行可能なものか判断するために、2019年度目標の達成・未達成の要因分析を明示することを望む。今後2020年度計画からは評価の要因分析を行い明示することを望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・経営計画は、管理者会議で監督者が事前に把握した職員や運営の状況について意見を出し合い、施設長が取りまとめて策定している。 ・職員には年度初めの会議で周知し、各部署へ資料を配布していつでも確認できるようにしている。 ・計画の進捗は、毎月の管理者会議で実績報告資料をもとに確認している。見直しは年度末に行われているが、半年ごとの必要な見直しを望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者・家族には毎年の家族総会で、施設長があいさつの中で説明している。さらに、家族総会で配布する資料の中に事業計画の内、利用者に係る部分の要約版を作成されることを望む。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・2019年度からチェックシートに基づくチェックの取り組みを始めた。月1回以上ケア内容を検討するケア会議が開かれ、ケアシートの更新が行われている。 ・2020年度にはサービス向上委員会を設置し準備を進めている。サービス向上委員会を活用し、PDCAサイクルを利用した取り組みを望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・入居者の生活の質を向上を目指し、各介護チームごとにケア会議が開催されている。ケアプランに対する評価は居室担当が行い、主任が見直しを行っている。 ・施設ケアマネジャーと介護チームの連携を強化し、情報共有の方法を確立することを望む。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・災害、事故等の有事における役割と責任は災害マニュアルで明確化している。 ・施設長の役割と責任は職務要件書に規定して職員に周知している。事業計画のうち方針や理念については、年度の各会議において情報の伝達をし閲覧できるようにしている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は堺市介護事業者会議・老人施設部会等各関係機関の会議・研修に参加し、遵守すべき法令を理解するための取組を行っている。 ・職員には入職時に職員マニュアルで説明し、身体拘束防止マニュアル・プライバシー保護マニュアルを策定し周知している。 ・これらのマニュアルと重要事項説明書の法令順守に係る事項も合わせコンプライアンス規定を策定することが望まれる。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は毎月管理職会議、施設運営会議に出席して福祉サービスの質の現状を分析し、各部署の会議録や責任者の報告を受けて具体的な指導を行っている。状況によっては部署の会議に参加して直接職員から意見を聴取している。 ・職員には毎月内部研修を実施し、推薦等で外部研修への参加を積極的に勧めている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は毎月の管理職会議に出席し、経営や業務の現状を把握し改善に指導力を発揮している。組織図に沿ったレポートラインを構築し、職員からの業務や働き方の意見を収集し、監督職と協議して改善に当たっている。 ・会議において、財政面の監督職と実施し、コストバランスを踏まえた指導を実施している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画の人財開発の項に必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や、福祉人材の確保と育成に関する方針が確立し、人材確保として、ハローワークや各求人媒体に掲載すると同時に就職フェアなどに参加している。 ・介護福祉士を初め福祉サービスの提供に関わる専門職の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画がある。 ・さらに計画の実現のために内部・外部の研修機能を強化することを望む。 	

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設での仕事の基本を定めた「ハウスルール」で「期待する職員像」等を明確にしている。 ・「職務要件書」に人事基準を明示し、職員等に周知している。 ・ハウスルールの自己評価→所属長評価→総合評価加えて人事考課制度を導入し、透明性のある基準で評価されている。評価結果は昇給に反映されている。 ・人事考課面談を年度末に実施し、年度の評価に加えて今後の展望等についても話し合いを行い、意見は、所属長から施設長に報告され職員の活躍のが広がるように工夫している。 	
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り組んでいる。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況や意向はリーダー会議で把握し管理職会議で共有し、有給休暇は各部署の職員が協力し合って取得している。 ・育児等ワークライフバランスに配慮しているため一旦退職した職員が復帰して活躍している。 	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「ハウスルール」の自己評価と総合評価から職員一人ひとりの目指す目標が明確になっている。 ・直属の上司が職員に面談して進捗管理と相談対応を行っている。 ・人財育成会議が設置されている。 ・施設の全体目標、チームの目標を職員全体で考えているので、職員各自も自分の向かう目標は理解できているが、更に一人ひとりのスキルを上げる手段として、目指す目標に向けて個人目標を立て実行することを期待する。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「職務要件書」に各職務に求められる姿勢、能力、推奨資格が明示されている。 中・長期計画に人材開発の目標が設定されていて年度事業計画に研修年間スケジュールが策定されている。 ・「事業報告」で計画の評価と見直しが行われているが、「事業報告」の進捗状況に関する達成度の見直しと、達成するための具体的な対策を検討を望む。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の職員の状況は把握されている。研修委員会が毎月研修を行い、多くの職員が参加できるように1日に複数回開催している。 ・新任職員には管理者が育成カリキュラムを作成し指導しているが、さらに階層別、職種別の教育、研修の実施を期待する。 ・非常勤職員は研修に参加しづらく自由参加になっている。非常勤職員に対する研修に工夫を望む。 	

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。 b

(コメント)

- ・実習生受け入れマニュアルを策定し、受け入れ担当を整備して円滑に受け入れる体制を作っている。
- ・教員を目指す学生や調理実習などにそれぞれのプログラムを用意して受け入れている。さらに研修を通して学校と連携し人財確保につなげることを期待する。

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。 b

(コメント)

- ・ホームページで法人・施設の理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容が公開されているが、予算・決算は法人全体のものが公開され、施設内の季刊誌には決算報告がされている。
- ・地域に向けてはパンフレットで施設の活動を紹介している。今後、地域からの相談の体制や内容について公開することを望む。

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、取引に関しては経理等の各種規定によりルールを、職務権限表により職務分掌と権限・責任を明確にし、職員等に周知している。
- ・法人の会計監査人により定期的に内部監査を行い、経営改善の助言を得ている。
- ・前回、第三者評価を受け公表をしている。

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)

- ・地域との関わり方についての基本的な考え方を理念・基本方針として文書化している。
- ・利用者が地域のお祭りに参加し、施設のお祭りに地域住民が参加している。
- ・隣接する地域包括支援センターや法人内施設地域密着型特別養護老人ホームの地域交流スペースを活用して利用者と地域の交流を広げるための取組を行っている。

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。 b

(コメント)

- ・ボランティアマニュアルが策定され、職務権限表に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。
- ・学校教育に掛かる介護体験受け入れ先として毎年受け入れている。
- ・さらに 受け入れに際した必要な研修・支援を行うことが望まれる。

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の利用者の状況に対応できる社会資源として、堺市福祉施設マップや堺市ガイドブックを入手し、見やすい場所に掲示し職員には運営会議等の各種会議で周知、共有している。 ・地域の関係機関とは相談員連絡会議で連携しているが、より具体的な取組を行って行くこと望まれる。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・堺市と災害協定を結んで施設を災害時の避難場所としていて、庭園を活用した災害訓練を計画している。 ・隣接する商店街に地域密着型特別養護老人ホーム・グランドオーク百寿を開設し連携して地域貢献事業を実施している。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・社会福祉協議会と連携して生活困難者に対する支援など社会貢献事業に参画している。2名の職員がコミュニティソーシャルワーカー・CSWの研修を受けて地域の活動に協力している。 ・地域ニーズに応えるために社会貢献活動を継続して実施し、地域からのイベントの協力要請に対しても積極的に協力をしている。 ・さらに介護の知識・技術・情報をもつ社会福祉法人として、地域のニーズに応えコミュニティ作り・介護相談会など地域貢献を期待する。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の理念・基本方針は利用者を尊重した内容になっている。職員には入職時と毎年初の研修で繰り返し周知されている。 ・職務遂行のための基準・ハウスルールにも「施設の理念を理解しよう」とあり職員が理解し実践するための取り組みを行っている。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシー保護、虐待防止等の権利擁護についてマニュアルが整備され、職員の理解が図られている。 ・利用者・家族には重要事項説明書に虐待の防止等を明示して説明を行い、倫理規定を施設玄関に掲示して周知している。 ・また、利用者・家族からは設備の老朽化によるプライバシー保護の問題点が指摘されている。利用者の意見もいれ、職員全員で共に話し合いを持つことを期待する。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> パンフレットやホームページに施設の理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や施設の特性等を紹介している。 パンフレットは見学者や地域のケアマネージャーに手渡して説明し、市役所には季刊誌を配布している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの開始・変更にあたっては重要事項説明書の内容を利用者等に説明し、同意を書面で得ている。 意思決定が困難な利用者には家族を代理人として説明し同意を得ている。 説明資料は利用者にも分かり易く誤解のないように工夫をすることを期待する。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 施設を退所する場合は重要事項説明書の内容を説明している。 入院等の場合、引継ぎ文書を工夫して現在の状態を共有できるよう努めている。 退所後も相談員が相談窓口となって必要な援助を行うことを説明している。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 家族会は年1回開催し、施設長が出席し利用者満足を把握している。また利用者本人から担当職員が聞き取り、月1度のチーム会議で分析・検討している。 今年度はサービス向上委員会が設置され満足度調査を行うこととしている。 調査後、満足度調査の結果に基づいてPDCA方式を使用した改善計画を進めることを期待する。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 苦情対応規定を策定し苦情解決の体制を整備し、利用者・家族には重要事項説明書に苦情・相談受付窓口は施設長であることを明文化し説明している。 苦情内容を各会議等検討をし全職員へ周知している。 苦情内容及び解決結果等は苦情を申し出た利用者や家族に報告し、プライバシーに配慮した上で利用者全員に知らせるよう、掲示や、ホームページなどで公表することが望まれる。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 重要事項説明書には複数の相談窓口があることを記載し、施設内に独立した相談スペースを設けている。 月に一度担当看護師から利用者の様子を描いた手紙を家族に送付し相談しやすい関係づくりを行っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 苦情対応マニュアルを整備し、相談や意見を受けた際の方法や報告の手順、対応策の検討を定めて実施している。 利用者・家族のほとんどは「職員に相談したいときは、いつでも相談できる」と周知されている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止委員会を設置しリスクマネジメント体制を構築している。職員に対して事故防止の研修を年2回行っている。 ・事故防止マニュアルと事故発生時の対応手順を整備し、実際の対応が定められた処理フロー図通りに行われているか点検している。マニュアル等は毎年見直している。 ・ヒヤリハット活動で利用者の安心と安全を脅かす事例を収集し、改善策・再発防止策を検討・実施している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策委員会を設置し責任と役割を明確にした管理体制を整備している。 ・感染症対策マニュアルを策定し職員に周知徹底している。マニュアルは毎年見直しを行っている。 ・感染症の予防や安全確保に関する研修は年2回行っている。 	
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やっている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の運営規定に非常災害対策を明文化している。 ・緊急時対応マニュアルを策定し職員に周知徹底している。マニュアルは毎年見直しを行っている。 ・地域自治会と連携して防災訓練を行っている。施設の避難訓練時に非常時・災害時の対応について消防管理者が職員に研修を行っている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に施設が管理する情報については、利用者の求めに応じて開示・訂正・追加・削除を行うことを明文化して利用者・家族に説明している。 ・利用者や家族からの求めがあれば記録の開示を行っている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・入所判定委員会を設置し、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取り組んでいる。説明資料等を玄関に備え付けている。 ・現在も50名待機者がいるが、定期的に状況を確認している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・各種ケアマニュアルが施設での実施方法として各部署に冊子で設置されいつでも閲覧することが出来、新人・継続指導や内部・外部研修を実施している。 ・ケアプランに基づいて個々のケアシートを担当者が作成し、ケアサービスの実施の確認とバラツキの無いようチェックシステムがある。人事評価にも介護技術などのチェック制度がある。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> 各種マニュアルを整備し福祉サービスを実施している。個々のケアプランに基づいて担当スタッフが実施方法をケアシートに記入し統一したケアが出来るようにしている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 包括的自立支援プログラムの手順に沿いケアプランを作成しアセスメントを行っている。 アセスメントはケアチェック表を使用し、月1回の介護チーム会議・症例カンファレンス・モニタリングを実施。ケアプラン策定には利用者の意見を聴き、家族及び関係各部署とサービス担当者会議を開催している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ケアプラン(福祉サービス実施計画)は基本年1回見直しするシステムとなっている。 状況の変化時にはサービス担当者からカンファレンスの必要性が発信され、また退院時なども担当者会議を開き、その都度利用者・家族の意見要望を聴き取り実施計画を見直している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 入所時は利用者の心身の状況・生活歴・本人・家族の意向を聴きケアプランを作成している。入所後2～3ヶ月暫定の初期計画を作成し再度カンファレンスを行いプランの見直しを行っている。 専門的な助言やアドバイスをもと作成し利用者家族の同意を得て実施しモニタリング・アセスメントを定期的に行っている。 さらに高齢者の特性や疾患など、内部研修や専門職の協力を得て「個別支援計画」に取り組む事を期待する。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービス専用の介護ソフトを用いて、利用者一人ひとりの記録を施設の規定に沿って記録し確認と共有ができています。 内部研修や指導を定期的実施し必要な情報が得られる仕組みが出来ている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 記録の管理規定があり、保管・保存・廃棄・情報提供に関することを文書化している。 職員には個人情報保護規程の理解と遵守、教育・研修を行っている。 入所時に利用者・家族に説明して同意書を交わしている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 身体拘束等適正化のための方針マニュアルがあり、[身体拘束廃止・虐待防止委員会]を2ヶ月毎行い、ポスター作成し啓発活動や事例を示しての研修会を行っている。現在迄は身体拘束の実例が無い。 入所時に運営規程・重要事項説明書・契約書で利用者・家族に説明している。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・入所者預かり金規定を作成し管理体制を整備している。 ・管理者が毎月預かり金の収支点検を行い、家族に報告のため3ヶ月毎に出納帳を送付している。 ・施設にて預かるだけでなく、中には小遣いの自主管理を通してQOLの向上に寄与する利用者があることも加味し、自主管理の有無を見直すことを期待する。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事は離床して食堂で摂り、排泄はトイレに行くことを基本に支援を行っている。なお体調不良時などには本人の希望を聞き対処している。 ・心身の状態・状況に応じて医師の指示や理学療法士の指導計画とケアプランにより離床対策とADLの維持の改善に全職員で取り組んでいる。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとりの心身の状態に応じた暮らし方の意向など希望や要望を聴き、ぬり絵やタオルたたみ、テレビ、体操、散歩など行っている。 通常はボランティアの催し、喫茶店、園児との交流があるが今回は敬老の日のビデオメッセージや手作り作品が共有スペースに飾られた。 コロナ禍であり画面による楽しみを演出し、タブレットを利用した好きな動物たちの動画や美空ひばりの歌謡ショウを観て楽しんでいる。ステーキランチやパティシエによるデコレーションケーキもリクエストで提供している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 介護担当職員が個別に希望を聴き、意思表示困難な方は素振りや表情から読み取り関わりを持つようにしている。 コミュニケーション方法や言葉使いは接遇研修とハウスルールで指導、スピーチロックなどは身体拘束虐待防止委員会で年2回の研修を行っている。 感染予防のためマスク着用中であり、声かけの姿勢に留意し対面で視線を合わせた会話を心掛けている。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> 基本的には週に2回以上の入浴を行っている。入浴介助マニュアルがあり心身の状況に合わせて一般浴、機械浴チェアインバスで対応している。 介護士と看護師が支援を行い水分補給や事故防止を1対1の対応で全身観察している。ケアシートを記入している。スキンケアで皮膚トラブルの早期発見が出来る。冬期は馬油を塗ることで皮膚の痒み乾燥予防ができています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 排泄介助マニュアルに沿いプライバシー保護・尊厳を重視して支援して可能な限りトイレでの排泄を基本に対応している。 2名の排泄担当職員がオムツやパットの種類と交換回数などをオムツ業者の指導のもとアンケートをとり一人ひとりに合った物を使用している。 業者によるスキンケア研修も受けオムツ・パットの使い方、あて方を見直している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の状態に合わせて移動や移乗の援助を行いトイレ迄の付き添いや、手引き歩行も行っている。 安全確保に配慮して車いすや歩行器の試し使用を積極的に導入し、その人に合った福祉用具を施設で購入し日常生活の充実を図っている。定期点検も行っている。 	

A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡のある利用者を把握し、処置の方法を一覧表にし夜間は2時間毎に体位変換をし清潔を維持している。状態に応じてエアーマットを使用している。 ・発生予防について各部署から委員が選出され2ヶ月毎に褥瘡予防委員会を実施して、褥瘡リスク・体重・栄養状態・褥瘡予防について検討会が行われ、介護委員による研修を行っている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・献立メニューについては介護職が利用者の好き嫌い希望を聴き取り、厨房に伝え利用者に合った形態で提供している。 ・コロナ禍嗜好調査はタブレットを利用して職員が個々に希望を聞き取り、内容を献立に反映している。 ・季節の食材でイベント食を実施、保温保冷に配慮して3食とも職員による検食がある。感想意見を厨房に伝え食を重視している。 ・さらに安全に食事を楽しむ工夫と利用者の状態に応じた食堂の雰囲気作りを話し合いながら進めていくことを期待する。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状態と嚥下能力を把握し、症状に合わせて食事形態と調理方法の工夫をしている。食事中の姿勢を保つ椅子を考慮し、全職員で食事介助を行い自分で食べるペースを大切に支援している。 ・栄養状態の管理は、栄養ケア提供経過記録・食事・水分摂取量をチェック表に記載し共有している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアサービス計画により一人ひとりの口腔ケア介助が行われている。 ・毎週歯科往診があり医師や歯科衛生士から助言や指導を受けスタッフが口腔ケアを行っている。義歯装着の方はナイトケアで義歯洗浄し清潔ケアと安全性に留意している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・看取り介護に関する指針・看取り介護マニュアル・対応の手順が明文化されて研修も行っている。 ・看取りの時期には利用者・家族の希望に応じて医師から再度説明して同意書を交わし対応について各職種とカンファレンスを行い共通認識で支援をしている。 ・看取り実績は多々あり、通夜や告別式に代表者や職員も参列している。事後の振り返りカンファレンスを実施し記録や精神的なフォローをしながら看取り介護について研鑽を重ねている。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活の中で認知症の周辺症状を観察し経過記録をとり、医師の診断と治療に合わせてケアを計画立案し、見直しを行いより良い状態を目指してケアを行っている。 ・「認知症介護実践者研修」終了者が多数所属して専門的ケアにあたっている。 ・ケアカンファレンスと研修を定期的実施し状態に応じた支援を行っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が落ち着いて過ごせるように、共有スペースのラウンジにはゆったり座れるソファや椅子を置き、居心地の良さを目指して整備している。 ・片付けや清掃を行い危険性のある物は利用者が近づかない場所に収納している。また階段は転倒防止のためロックしているがエレベーターは解放して自由に使用できている。部屋は安心安全を加味した配置やフットライトの設置などに気を付け、身体状態に応じた生活場所になるよう配慮している。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・専門職による3ヶ月毎の個別機能訓練計画書は職員全員が把握し生活リハビリを通して、日常生活の中での訓練や機能低下予防を行っている。 ・利用者の状況変化時は報・連・相で直ぐにアセスメントを行いプログラムを見直している。 ・毎日午後3時には全館放送でラジオ体操を流し、職員が率先して行い利用者と一緒に手足を動かしている。 ・さらに利用者が介護予防を楽しみながらできる活動計画を検討し、現状の評価・見直しを期待する。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> 定期的な朝夕の申し送りと体調変化時の対応手順や医療連携が整備されている。 個別に介護記録ソフトで状態変化がデータ入力され、早期に共有し迅速な対応が出来ている。 内部研修などで高齢者の健康管理・対応策を織り込み全職員に周知している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 感染症委員会が中心になり、年2回の職員研修と季節による感染予防の内部研修を行っている。今回の新型コロナの予防対策についてはサービス向上委員会が実施している。 注意喚起する言葉を職員用階段やタイムカード横のテロップで流すことや職員共有の[きつきノート]の活用で予防のための対応を徹底している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> 防火設備点検と空調は防災設備会社の専門家により、年2回点検が行われており、年度末には総務責任者が消防署に書面で報告している。 業者による定期メンテナンスと施設内清掃を定期的に行っている。 各居室に空気清浄機を設置している。 現在改装工事中であるが、コロナ禍で一時中断している。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 家族に月1回利用者の状況報告を手紙や写真で報告している。 体調変化時には、家族に電話で連絡を取り、関係機関へは記録を提供して共有している。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	利用者・家族
調査対象者数	30/50 人
調査方法	事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、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うえで、郵便局又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）

利用者50名にアンケート用紙を配付し、30通を回収した。回収率は60パーセントであった。質問は、自由記述を除き全27項目である。

評価の高い点

満足度90%以上

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

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。

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。

施設に金銭管理を依頼した際、あなたや家族の意向に沿って適切に管理してくれますか。

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。

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えますか。

満足度80%以上

職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話しをしてくれますか。

職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況について尋ねてくれますか。

あなたの心身の状況によって、連絡帳などにより家族との情報交換を行ってくれますか。

サービスを受けることによって、地震の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。

その他の意見として

現場のヘルパーさんに感謝しています。いつ行っても施設内は清潔です。

利用者ファーストでスタッフの笑顔が以前より多くなりました。

オークカフェまでのスロープを作って欲しい。雨の日に面会にいくと行けない。

施設の老朽化で4人部屋は極めて狭く。プライバシーが保てないです。

廊下にトイレがむき出しに設置されており便臭が廊下に漂っていたり、排便、排尿時の音などが気になります。

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