

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	特別養護老人ホーム庄栄エルダーセンター	
運営法人名称	社会福祉法人 秀幸福社会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	中尾 巖（理事長・施設長）	
定員（利用人数）	76 名 ★予約120名含む	
事業所所在地	〒 567-0806 大阪府茨木市庄2丁目7番38号	
電話番号	072 - 631 - 5151	
FAX番号	072 - 631 - 5141	
ホームページアドレス	http://care-net.biz/27/shouei	
電子メールアドレス	uhn89774@s5.dion.ne.jp	
事業開始年月日	平成12年1月26日	
職員・従業員数※	正規 29 名	非正規 31 名
専門職員※	介護福祉士27名、介護支援専門員2名、 作業療法士1名、看護師9名、准看護師2名、 医師2名、管理栄養士1名、 介護職員初任者研修修了者9名、 介護職員実務者研修修了者3名、 介護職員基礎研修修了者1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室20室、四人部屋14室	
	[設備等] 食堂3、浴室1、調理室1、更衣室2、医務室1	

※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	2 回
前回の受審時期	平成 26 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】

■法人理念

社会福祉法人 秀幸福社会は多様な福祉サービスがその利用者の意向を尊重して総合的に提供されるよう創意工夫することにより、利用者の尊厳を保持しつつ、心身ともに健やかに育成され、又その有する能力に応じた自立した日常生活を地域社会において営む事が出来るように支援することを目的としています。

【施設・事業所の特徴的な取組】

1. 利用者様に安定して質の高い介護を提供できるよう職員の育成に力を入れている。新しい職員には指導者（チューター）が同一勤務でつき、利用者様の望まれる介護を統一、継続して提供している。

2. 看取りは、医師による看取りの体制が十分に出来ていないが、利用者、家族の意向に添って施設全体で支援し、生活の場でぎりぎりまで過ごしていただいている。また、長期治療等により、いったん退所された方も再入所にて、積極的に受け入れている。

3. 社会福祉法人の公益性、地域及び社会貢献の観点から以下の活動を積極的に行っている。

- ①災害時の福祉避難所として、茨木市より指定を受けている。
- ②大阪府内の少年院での在院生に対しての就労支援講座への講師派遣及び刑余者の職員採用を行っている。
- ③生活困窮者に対するしあわせネット基金への拠出、及び生活必需品の現物給付等を実施している。

4. ①隣接する保育園園児や近隣の放課後デイの障がい児との交流を図っている。
②施設行事「夏のカーニバル」「冬のフェスティバル」では施設を開放し地域住民の方との交流を図っている。また秋祭りの巡行の際、待機場所として地域住民に1階ロビーを交流の場所として提供している。

5. 誕生日には、「夢の日」として利用者様のご要望にお応えし外出を企画、喜んでいただいている。近況のお便りを家族様にお送りし、誕生日には家族様と一緒に特別食にて食事会を実施。看護職員、介護職員による手作りの品や施設からは花束をプレゼントしている。

6. 公職選挙時に不在者投票第三者立会施設となる。

7. <京都の私立大学との共同研究を実施>

「抱上げない介護技術」（スタンディングマシーン）の導入の効果に関する研究として、立位補助機の導入による介護職員の作業負担にあたる影響の研究をする。

8. ①介護ロボット（見守りシステム-眠りスキャン）の導入で夜間体制の利用者様の安全安心を確保し、介護職員の負担軽減につなげている。
 ②「VPNシステム（事業所間を専用回線で繋いだ安全なセキュリティシステム）」の導入で安全な本部集中管理システムとなり、情報の共有による事務効率化とコストダウンを図る。
9. ①感染症予防及び脱臭効果のあるオゾン装置を設置している。
 ②人工温泉装置を設置している。
 ③浴槽は一般浴槽他、機械浴槽3種類と個人浴槽を完備している。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年2月14日～平成30年9月3日
評価決定年月日	平成30年9月3日
評価調査者（役割）	0901A020（運営管理委員） 0501A141（専門職委員） 1301A005（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

昭和54年に社会福祉法人秀幸福社会が設立され保育園が開園、平成12年に庄栄エルダーセンターが開設されました。阪急京都線総持寺駅、茨木市駅から徒歩圏内で、安威川沿いの閑静な住宅地に位置しています。

エルダーセンターは、『人生の先輩（エルダー）の方々がすこやかに過ごせる、安らぎの場でありたい。「ありがとう」と喜び合え、いたわりと思いやりの心がひびき合う心豊かなセンター』を目指しています。

管理者を中心に、多数の会議・委員会を開催したり、利用者満足度調査の中に職員の接遇等の内容も取り入れ細部にわたりチェックするなど、サービスの質の向上に向けて取り組んでいます。また、サービスの質の向上に職員育成は欠かせないことから、特に研修に力を入れている施設です。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の見安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

■管理者の責任とリーダーシップ

管理者は利用者サービスの質の向上と経営改善のため、多数の会議や委員会に積極的に参加し指導力を発揮しています。

■適切なサービス提供について

口腔ケアの充実、離床対策の計画的な実施、褥瘡発生予防は特に高く評価できます。

◆改善を求められる点

■事業計画の利用者等への周知について

中・長期計画・単年度計画のなかで、施設が利用者等に知ってほしいと思う事柄を整理し、理解してもらえる効果的な方法について検討することが望まれます。

■災害時の対応について

防災計画を整備することが望まれます。また、利用者及び職員の安否確認の方法についても、全職員に周知することが望まれます。

■終末期支援について

看取りに関する指針に沿った対応ができるよう取り組むことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審させていただき、新たな評価基準ということもあり、1つ1つの自己評価項目の見直しをし、質の向上に向けて取り組むことが出来ました。
今後も継続的に進捗状況の把握と改善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。	b
(コメント)	<p>■法人の理念・基本方針を明文化し、ホームページ、パンフレット、広報誌等に記載しています。理念・方針は施設の使命や役割について明確にし、施設の方向性を示しています。</p> <p>■職員は理念等を記載した「職員携帯ノート」を常に身に付け、朝礼や会議等が始まる前に全員で唱和し、内容についても周知し、自らの行動と理念との整合性について確認しています。家族へは家族が多く集まる行事の時に、理念等を図式化した資料を渡し説明しています。参加できない家族には資料を送付し周知に努めています。利用者への周知のために、図式化したものを各フロアに掲示していますが、わかりやすい言葉で説明するなど効果的な周知方法について検討することが望まれます。</p>	

		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)	<p>■事業経営に必要とする社会福祉事業全般の国の考え方や介護保険制度の動向等、施設長は施設部会や各種研修会等で情報の把握に努めています。地域の高齢者福祉計画・介護保険事業計画等の資料や、法人内の在宅事業所からも地域の情報を収集しています。それらの把握した情報をもとに会議で分析し記録に残しています。</p>	
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)	<p>■組織の経営課題について明らかにし、中・長期計画・単年度計画で取り組んでいます。改善すべき課題解決については役員間での共有と職員への周知が前提となります。役員には理事会で決算報告・事業報告を行う中で施設の抱える課題について説明し、職員には職員会議で必要に応じ数値等を示し具体的に説明しています。明らかにした経営課題は事業計画に反映しています。</p>	

		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。	a
(コメント)	<p>■中・長期計画は平成25年度～平成30年度の計画を策定し、設備等の資金計画も計上しています。施設サービスの充実・職員人材の確保・職員育成と研修・設備等、問題解決や改善に向けた内容になっています。</p> <p>■中・長期計画は必要に応じ見直しています。最近では平成29年12月に見直しを行っています。</p>	
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)	<p>■単年度計画は中・長期計画を踏まえ策定しています。単年度計画は稼働率等については具体的に示されています。サービス提供に係る内容についても、どこまで進んでいて何が出来ていないか、実施状況の評価が行えるように具体的に示すことが望まれます。</p>	
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)	<p>■単年度事業計画の策定は、年度はじめに全職員にアンケートをとって職員の意見を聞き、計画策定会議でまとめ、法人全体の戦略会議で決定しています。職員アンケートについては、「中・長期計画との関係性・継続性にもとづいた単年度事業計画のアンケートであること」を職員に周知し、行うことが望まれます。</p> <p>■3か月毎に行う法人全体の戦略会議で中・長期計画、単年度事業計画の進捗状況の確認が行われています。会議は法人全体で行われ、内容が多岐に渡り、また同じ会議録に計画の進捗状況も記録されていることもあり、両計画の経過を継続して把握することが出来ない状況です。両計画の記録を別にすると、解りやすくすることが望まれます。</p>	
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)	<p>■事業計画の内容の周知について、家族へ年度初めに単年度計画を送付しています。また家族参加の多い行事等の時に詳しく説明しています。</p> <p>■利用者等への周知のために、フロア担当職員が作成した資料を各フロアに掲示していますが、事業計画で知ってほしい事柄を整理し、解りやすく説明する等、理解してもらえる効果的な方法を検討することが望まれます。</p> <p>■組織の方向性（理念・基本方針）や実現するための具体的な取り組み（計画）を理解してもらうことの必要性について、法人内で再検討することが望まれます。また事業計画の周知は中・長期計画と単年度事業計画の両方の周知が望まれます。</p>	

		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)	<p>■サービスの質の向上に多数の会議、委員会を開催し、改善に向け取り組んでいます。第三者評価を定期的に受審すると共に、年1回利用者満足度調査を行い、調査内容も職員の接遇等細部にわたりチェックしています。調査結果は担当部署で集計し、改善計画を立てた上で改善に取り組んでいます。</p>	
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)	<p>■年1回、利用者満足度調査で現状を把握し、担当部署が集計し結果を職員会議や掲示板で報告し改善に取り組んでいます。改善に至るまでの課題や改善計画・実施・評価・見直しについて記録し、継続した取り組みを行っています。</p>	

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)	<p>■管理者である施設長は自らの役割と責任を明確にし、管理規程に明示すると共に施設の運営に関する方針を、理念・基本方針で明確にし職員に周知しています。平常時のみならず有事の役割と責任についても管理規程に明記し、施設長不在時に施設機能が滞らないよう配慮しています。</p>	
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)	<p>■管理者は社会福祉関係に留まらない幅広い法令等を理解する方法として、府や市の研修・会議に参加し最新の情報を得ています。法改正等については職員会議後の職員が揃った時に研修を行い、周知に努めています。職員に特に必要とする人権擁護・虐待・身体拘束廃止・認知症ケア等の研修については、施設内外の研修を行い、職員への周知に取り組んでいます。</p> <p>■法令の一部は一覧表を作りファイルにまとめています。</p>	

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)	<p>■管理者は福祉サービスの質を向上させる方法として、多数の会議・委員会に積極的に参加し現状の把握に取り組んでいます。また利用者満足度調査で質の現状の把握や、職員アンケートで職員の意向の把握に努め改善に指導力を発揮しています。</p> <p>■サービスの質の向上に職員育成は欠かせないことから、特に研修に力を入れています。</p>	
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)	<p>■管理者は経営改善や効率化に、会議で分析・検討しながら取り組んでいます。経営の改善や業務の効率化を図る一方で、職員配置基準以上の人員配置や介護機器の導入、育児休暇後の勤務体制の配慮等、働きやすい職場づくりに力を入れています。</p> <p>■経営状況や改善については幹部職員と一般職員との情報量に差があることから、職員が揃う職員会議で一般職員にも経営状況の現状を解りやすく説明するように努めています。</p>	

	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。	a
(コメント)	<p>■社会情勢の変化等で福祉人材の確保が年々困難になっている中で、職員確保の一環として働きやすい職場づくりに力を入れています。資格取得を希望する職員への援助や福利厚生充実、福祉用具の導入等、職場の魅力づくりに取り組んでいます。</p> <p>■実習校との関係づくりや、シルバー人材、外国人雇用も視野に入れた検討を行う等、効果的な福祉人材の確保策を模索しています。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<p>■組織が必要とする職員像は人事評価基準やキャリアパスから読み取ることができます。人事基準は人事規程に定めています。年2回人事評価を行い、面談で結果をフィードバックすると共に、職員の意向や意見を聞く場として有効に人事管理の改善に活用しています。</p>	
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
(コメント)	<p>■職員の有給休暇の取得状況や時間外労働については総務部で把握し、有給休暇等の取得や時間外労働の削減を進めています。定期的に健康診断や予防接種を行い、職員が心身共に健康に働ける環境を作っています。職員の楽しみに福利厚生サービスを提供する企業との契約や、親睦会等行っています。介護機器の導入や夜勤従事者の増員、育児休暇復帰後の時短勤務等働きやすい職場づくりに力を入れています。</p> <p>■職員からの悩み相談には、相談窓口から解決までを解りやすくチャート図にし、職員が個別に相談しやすい体制を整えています。</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。	
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)	<p>■職員一人ひとりの育成に向けた取り組みの一環として、職員は年度初めに個人目標を立て提出しています。年2回の人事評価後の面談で目標の進捗状況の評価や助言を受けています。</p> <p>■新しく策定した人事評価表に職員一人ひとりの目標の設定と目標期限等を明確にし、目標管理を確実なものにしています。今後は目標と研修を連動させ人材育成に活用することが望めます。今後の取り組みの成果に期待します。</p>
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。	a
(コメント)	<p>■「介護職員研修・人材育成研修」に研修の目的や方法を定め、職員の階級ごとや資格取得について整理しています。年度末に学習アンケートをとり、必要とする研修を明確にし、単年度計画に施設内外の研修計画を策定し実施しています。医療的ケアの必要が高い利用者対応のために「認定特定行為業務従事者」の取得に力を入れています。</p> <p>■正規職員・非常勤職員等すべての職員に研修を実施しています。研修参加者、レポート提出者、伝達研修参加者を解りやすく一覧表にし記録に残しています。</p>
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)	<p>■職員の知識や技術水準、専門資格は人事評価で把握し、職員の意向や研修希望は研修アンケートや個人目標で把握しています。一人ひとりの目標や個々の職員に必要とする研修の実施については今後の課題になっています。</p> <p>■単年度事業計画に、施設内外の研修計画を立案しています。特に新人研修には力を入れチューター制度を用い、入職3か月、6か月、12か月後にチューターシートで研修状況を確認するなど、新人職員の研修体系を確立させています。</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。	
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)	<p>■実習生マニュアルを整備し、実習生を受け入れています。専門職種の特性に合ったプログラムについてもマニュアルに記載し、確実な受け入れを行っています。プログラム策定には実習生の意向も考慮しています。</p> <p>■養成校の担当者とは何かあれば連絡するなど、継続的な連携を維持しています。</p>

		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)	<p>■ホームページに組織の理念、運営方針、提供するサービスの概要、事業計画、報告、決算、苦情相談の体制等情報公開しています。また、苦情相談の内容にもとつた改善や対応についてもホームページで公表しています。相談内容・改善について館内の職員通用門に掲示していますが、利用者等に見やすく解りやすい方法で掲示することが望まれます。</p> <p>■毎月発行している広報誌は地域、関係機関、家族に送付し、日頃の活動内容を広く公表しています。</p>	
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)	<p>■経理規程、管理規程に職務分掌を定め、事務・経理に関する責任体制を明確にしています。年に1回公認会計士が来訪し、監査を受けています。また、定期的に年に3回同じ公認会計士に書類を送付しチェックを受ける等、適正な会計処理を行っています。</p> <p>■内部監査マニュアルを策定し、適切に内部監査を行っています。</p>	

		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。	b
(コメント)	<p>■利用者の生活の質を上げる方法として、地域に出向き夏祭り・運動会・敬老会に参加すると共に、地域の方が施設での祭りに参加するなど、利用者と地域との交流を広げています。館内に市報を置き、利用者は地域の情報を得ることができます。市報を読むことが難しい利用者等に、利用者の生活に関係のある地域の情報等を抜粋し、文字を大きく解りやすくしたものを掲示することや、その他の地域情報についても利用者の目に着きやすい場所に掲示することが望まれます。</p> <p>■地域との交流についての必要性を認識し、地域交流指針に明確にしています。</p> <p>■利用者が重度化する中で、日常的な外出は少なくなっていますが、外出、外泊を希望する利用者へは車での送り迎えや付き添い等の支援をしています。</p>	
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)	<p>■地域交流指針やマニュアルを整備しボランティアを受け入れています。イベント時や日常的なボランティアを受け入れ、長年協力してくれる地域のボランティアもいます。ボランティアと利用者が直接接する場面では介護方法や接し方等指導しています。</p> <p>■中学校の職場体験等は「中学生指導マニュアル」を策定し、適切に受け入れています。</p>	

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"> ■施設と関係機関とは定期的に会合を持ち連携を図っています。 ■地域の学童が施設近辺を通学路として使用しており、安全確保のため防犯カメラを地域と協働で設置しています。地域の情報をまとめた「耳より情報ファイル」があり、職員間で情報を共有しています。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。	
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"> ■地域の祭りには施設を開放し、休息場所や祭り用のおにぎりを作る場所としても提供しています。地域の高齢化に伴い運動会・祭り・地域消防訓練への参加・市フェスタ等に職員を派遣するなど協力しています。 ■地域住民に役立つ情報提供や専門職による講座の開催等行っています。災害時の福祉避難場所の指定を受け、玄関に避難施設指定証を掲示し、地域に周知しています。
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"> ■毎月開催の「セーフティネット会議」には、地域の福祉機関・自治会関係・関係機関担当者が参加し、地域課題を共有しています。月8回開催される「福祉まるごと相談会」では地域の身近な相談窓口として、ニーズに対応しています。子ども食堂の開始や通学の安全のためのガードレールの設置、物が山積した住宅の支援等、地域、関係機関と協働で対応しています。 ■少年院出院後の就労支援に講師として職員を派遣しています。

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者を尊重する姿勢は、理念、施設運営方針に明示され、介護マニュアルに反映されています。 ■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、ケアワーカー学習会での研修を通じて周知され、ワーカー会議、チューター会議、チーフ会議で状況の把握、評価等が行われています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■プライバシー保護に関して介護マニュアルに反映され、ケアワーカー学習会を通じて、適切なサービスの実施に取り組んでいます。 	
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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設パンフレットは、コミュニティセンターに置かれ、地域包括支援センターを通じて、施設の紹介がなされています。また、広報誌「ひだまり」は公民館等、広範囲に配布されています。 ■利用希望者に対する情報提供について、見直しが行われている状況を記録等で確認できるようにすることが望まれます。 	
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"> ■入所契約は重要事項説明を行い、書面で同意を得ています。 ■意思決定が困難な利用者は、成年後見制度を利用した契約の締結がなされています。 ■ヒアリングで配慮についてルール化していると聞き取りました。同じ手順・内容で行われるためにも、その手順を文書化することが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の入院や他の施設及び家庭への移行等にあたり、看護サマリーで情報の引継ぎが行なわれています。 ■利用契約時に、退所（契約解除）後の相談方法について、重要事項説明書を基に説明をしています。 ■契約解除時に、相談方法等の内容を記載した文書を手渡しする取り組みを継続することが望まれます。 	

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"> ■年に1回「利用者満足度調査」が実施され、毎月、利用者懇談会が開催されています。 ■利用者満足度調査の結果を踏まえ、各チームが中心となり、サービスの具体的な改善に努めています。 ■利用者満足度調査結果に関する分析や検討内容、改善策の実施に関する記録が明確に確認できることが望まれます。 	
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"> ■苦情解決の体制が整備され、苦情解決の仕組みを説明した文書は、自由に閲覧ができるように、施設玄関に設置されています。 ■苦情を受け付けた場合は、苦情解決のマニュアルに基づき、適切に対応し、その結果を利用者や家族等にフィードバックし、法人ホームページで公表しています。 ■苦情解決の仕組みが機能するためにも、苦情内容及び解決結果等について、公表に関する仕組みや手順を定めることが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談や意見に関して、重要事項説明書にてわかりやすく説明されています。また、相談を受け付ける職員の顔写真を掲示しています。重要事項説明書は、施設玄関に自由に閲覧ができるよう設置されています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者や家族等からの相談や意見については、苦情解決のためのマニュアルに基づき、対応、記録、報告がなされています。 ■苦情解決のためのマニュアルに公表に関する手順等が記載されていません。 ■苦情対応マニュアルには、意見や要望等を受けた後の手順、具体的な検討・対応方法、記録方法、利用者への経過と結果の説明、公表の方法等が具体的に記載されていることが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月、リスクマネジメント委員会が開催され、収集した事例をもとに、発生の要因を分析し、改善策や再発防止策を検討し実施しています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症対策委員会が毎月開催されており、この1年以内に感染症等の集団発生はありませんでした。 ■対応マニュアル等を定期的に見直す仕組みを、継続的な取り組みとすることが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■年2回、消防避難訓練が実施されています。安否確認の方法について、すべての職員への周知状況が確認できませんでした。 ■防災計画を整備することが望まれます。 	

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。
(コメント)	■利用者や家族（代理人）からの求めに応じて、サービス提供に関する記録の開示が行われています。
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。
(コメント)	■毎月1回の入所選考会議は第三者の委員を選任して開催しています。 ■ホームページ上にて入所申込に関する流れを掲載していますが、入所選考指針についても掲載を検討してはいかがでしょうか。 ■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ている状況がわかるような記録の工夫が望まれます。

		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。	b
(コメント)	■標準的な実施方法が文書化され、利用者の尊重やプライバシー保護等の姿勢が明示されています。 ■新人職員研修及びチューター制度にて、職員への周知に取り組んでいます。	
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。	b
(コメント)	■標準的な実施方法について、リーダー、チーフが中心となり、ワーカー会議、チューター会議で検証・見直しが行われています。 ■検証及び見直しについて、継続的な取り組みとなるよう、仕組みを定めておくことが望まれます。	
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。		
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)	■施設で定めた手順と様式により、アセスメントからサービス実施計画が作成されています。新規入所者は、暫定的なサービス実施計画を作成し、入所後1か月を目処に、見直しが行われています。 ■サービス担当者会議が3か月毎に開催され、サービス実施計画の変更や見直しが行われています。 ■利用者本位のサービス実施計画書作成について、継続的な取り組みとなることが期待されます。	
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
(コメント)	■毎月、アセスメントシートのチェックを行い、3か月に1回サービス担当者会議を開催し、サービス実施計画の見直しや変更が行われています。 ■利用者本位のサービス実施計画書作成について、継続的な取り組みとなることが期待されます。	

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"> ■ケアプランは利用者の入所日に、医師・看護師・機能訓練指導員・管理栄養士・介護職・ケアマネジャーが参加するサービス担当者会議で作成しています。 配慮を要する事項と、全利用者の心理状態、生活課題の定期的な調査結果の確認状況について、全職員が共通認識を持ちサービス提供ができるよう、ケアプラン一覧ファイルが整備されています。 	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
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"> ■サービス実施計画書の生活課題に共通記号を設定し、どの課題に対する記録であるかが一目で分かるよう工夫して、サービス実施計画に基づくサービスの実施が記録されています。 ■職員への情報伝達等の共有化については、申し送り、連絡ノートで情報が届く仕組みになっています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■個人情報保護規程により、個人情報の不適切利用や漏えいに対する対応方法が定められています。 ■記録の保管場所や保管方法、扱いに関する規定に基づき管理することが期待されます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■現在、身体拘束を実施している利用者はいません。やむを得ず身体拘束を実施する場合の手続きを定めています。 ■毎月、身体拘束ゼロ委員会が開催され、職員研修も年1回実施しています。 ■外部研修について、計画では予定されていますが、実施状況が確認できませんでした。 ■身体拘束ゼロ宣言を明記することが望まれます。 	
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。	非該当
(コメント)	預かり管理はしていないため、非該当。	
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"> ■寝たきりを予防に向けて、離床計画は作業療法士の指示のもとに行われています。利用者はベッドから車いすに移動し食堂で食事摂取しています。拘縮のある利用者が自助具を活用しています。また、日中おむつ使用を減らし、トイレへの排泄誘導を行っています。 	

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。	b
(コメント)	<p>■利用者の意見を尊重したサービス計画を基に、支援を実践しています。使いやすいスプーンの工夫、誕生日にメガネを購入するための外出や、利用者の希望や生活歴等から外泊や外出、外食の支援を行っています。</p> <p>■地域の敬老会や文化祭への参加、クラブ活動、音楽教室、カラオケ、歌体操、書道等、多くの取り組みをしています。</p> <p>■着替えや整容等については、適時行っていますが、利用者の状況によっては行っていない場合もあり、今後の取り組みが望まれます。</p>	
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)	<p>■利用者への言葉使い、接遇に関する研修が開催され、コミュニケーションの大切さを教育しています。一日一回は、必ず職員が利用者全員に声をかけるように朝の申し送りで行っています。また意思表示が困難な利用者には、筆談、拡声器を使用しています。</p> <p>■毎月2回、傾聴ボランティアが来所して利用者とは会話を楽しんでいます。そしてその記録も適切に行っています。また、介護相談員も月2回来所し、職員とはまた違う視点で利用者の相談事を聞く環境を作っています。</p>	
		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)	<p>■介護マニュアルに基づいた、利用者の心身の状況に応じた安全な入浴をしています。入浴日は必ず浴室に看護師を配置し、バイタルサインのチェック、全身状態の観察をしています。</p> <p>■利用者の尊厳や羞恥心への配慮から裸体を隠すためのタオルの使用、同性介護をしています。脱衣室は午前・午後1回ずつ室温をチェックして記録に残し、適切な管理を行っています。</p>	
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)	<p>■利用者の平均要介護度は4.5であり、80%以上の方がおむつを使用していますが、その中で排泄の自立に向けた働きかけをし、日中にトイレ誘導を行っています。トイレ内での転倒、転落を防止するため、手摺りを設け、居室からトイレまでの動線をテープでマーキングし工夫をしています。</p> <p>■衛生面で臭い対策としてオゾン装置の運転の他、排泄介助後に消臭剤を噴霧しています。また、各トイレには暖房便座が設置されています。</p>	

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)	<p>■移乗、移動の介助方法、福祉用具の使用は作業療法士の指導のもとに実施しています。</p> <p>■利用者への声かけの工夫や職員間での更なる連携により、利用者ができるだけ自力で移動できるような支援を行っています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■年2回と毎月1回、各階フロア委員と看護師で褥瘡予防委員会を開催しています。入所時と入所後は定期的に褥瘡発生リスクスコアをつけ褥瘡の発生予防を行っています。</p> <p>■スライディングシートは施設内に10枚整備され、利用者の状態を考慮して使用しています。また、統一した介助が行えるように、ベッドサイドにケア内容を図解にして表示しています。</p>	

		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)	<p>■利用者の希望や好みを聞くため、選択食を毎週日曜日を実施し、献立に反映しています。</p> <p>■旬の食材を使用し、行事食を毎月1回取り入れています。食事環境の整備として、座る席や一緒に食事する人について利用者の意向を聞き配慮しています。1週間に1回、食器の漂白を行い整備しています。</p>	
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)	<p>■医療職、作業療法士、介護職、相談員、管理栄養士、ケアマネジャーが参加するサービス担当者会議で、栄養ケア計画書を作成し食事状況について検討しています。</p> <p>■食事、水分摂取量を把握する表が利用者別にあり、職員間で共有化できおり、摂取量が不足している利用者に充足できるようにしています。</p> <p>■誤嚥時の対応は、介護マニュアルに記載され、迅速に対応できるように各階に吸引器を設置し、喀痰吸引研修を受講した職員を必ず配置しています。</p>	
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)	<p>■利用者が入所する時に歯科医師が口腔の状態を把握し、定期的にチェックを行っています。</p> <p>■週1回、歯科衛生士による口腔内チェック、清掃を行っています。月1回、歯科衛生士による介護職への口腔ケアアドバイスを実施しています。</p>	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が終末期を迎える場合の対応の手順、医療機関との連携体制、夜間・休日の対応の方法は定めていますが、医師の配置が難しい状況です。しかし看護師と24時間連絡できるようにオンコール体制を整備しています。 ■終末期のケアに関する研修は、平成30年3月に実施しています。 ■終末期の利用者に対して、本人・家族の希望に沿い、できる限り施設で過ごせるように支援をしています。 	

		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"> ■認知症についての研修を年1回実施しています。身体抑制・拘束を実施している利用者はいません。 ■利用者の日常生活能力や社会参加能力等、残存機能の評価を行い、日常生活の中で役割が持てるよう支援しています。 	
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"> ■睡眠障がいのある利用者の睡眠パターンを介護ロボットに記録させ、睡眠が上手くいくプログラムを作成し、利用者を使用しています。 ■過度に殺風景にならないよう、パブリックスペース、セミプライベートスペースを作り、利用者が落ち着いて過ごせる共有スペースに配慮しています。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■入所直後に身体機能、ADLの評価を行い計画を作成し、3か月毎に再評価、計画の検討をしています。月1回リハビリテーション委員会を実施し、作業療法士、看護職、介護職のメンバーが利用者について検討しています。 ■計算、歌、音読等利用者が得意なものをレクリエーションに取り入れています。 	

		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)	<p>■日勤帯に各フロア、入浴時に浴室に看護師を配置し、利用者のバイタルサイン観察を行っています。症状別、日勤帯・夜勤帯ごとのフローチャートにしたマニュアルを各階に設置し、利用者の体調変化時に迅速な対応をしています。</p> <p>■配薬は、昼食後のみ看護師が行い、その他は介護職員が行っています。</p> <p>■平成30年3月に薬に関する学習会を実施しています。また、ケースファイルに服用中の薬の説明書を入れ、薬内容の変更時は申し送りとケースファイルに記入し、体調の変化に迅速に対応できるようにしています。</p>	
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)	<p>■職員の定期健康診断やインフルエンザ流行期（11月～3月）の出勤時体温チェックを行い、職員の健康管理をしています。</p> <p>■外部研修（年2回）や保健所で開催している感染防止対策、ネットワーク会議に参加しています。内部研修、伝達研修を通して職員全体で感染症・食中毒の発生予防をしており、この1年間に感染症の集団発生はありません。</p> <p>■感染症マニュアルに感染症に罹患した場合の対応を文書化し、また図式で明記しています。</p>	

		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)	<p>■施設の建物・設備について、建物調査は年1回定期的の実施し保守点検を適切に行っています。また、車イスの点検は毎週日曜日に介護職が行っています。</p>	

		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)	<p>■利用者の家族との連携に関しては、誕生日月に近況の便りを送り、誕生日に家族と一緒に食事会を行っています。また、介護・看護職員の手作りの品物や花束をプレゼントしています。</p> <p>■家族との連携等を詳細に入所者台帳類に記録しています。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム庄栄エルダーセンターの入居者
調査対象者数	56名（うち回答可能な方20名）
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム庄栄エルダーセンターを、現在利用されている利用者56名（うち回答可能な方20名）を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、16名の方から回答がありました。（回答率80%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- （2）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
「職員声を掛けやすい」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- （3）●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
「健康面や医療面、安全面について安心である」
「ホームの満足度」
について、70%以上の方が「はい」または「満足」と回答、

という結果が出ています。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム庄栄エルダーセンターの入居者の代理人
調査対象者数	56名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム庄栄エルダーセンターを、現在利用されている入居者の代理人56名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、27名の方から回答がありました。（回答率48%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員に声を掛けやすい」
について、95%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員は、本人の意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員は、本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム庄栄エルダーセンター 過去1年間に利用を終了した入居者の代理人
調査対象者数	14名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム庄栄エルダーセンターを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人14名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、7名の方から回答がありました。（回答率50％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっていた」
●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしていた」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めていた」
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員に声を掛けやすかった」
●「健康管理や医療面、安全面について安心できた」
●「本人は、生き生きとした生活を送っていた」
●「ホームの総合的な満足度」
について70%以上の方が「はい」・「満足」と回答、

という結果が出ています。

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