

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】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	大阪老人ホーム	
運営法人名称	社会福祉法人 聖徳会	
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 巽 尚子	
定員（利用人数）	120 名（ショートステイ24名含む）	
事業所所在地	〒 580-0043 大阪府松原市阿保3-14-22	
電話番号	072 - 331 - 4164	
FAX番号	072 - 334 - 2362	
ホームページアドレス	<a href="https://shoutokukai.net">https://shoutokukai.net</a>	
電子メールアドレス		
事業開始年月日	昭和40年5月20日	
職員・従業員数※	正規 47 名	非正規 26 名
専門職員※	医師6名 社会福祉士4名 介護福祉士25名 看護師8名 管理栄養士1名 介護支援専門員1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室30室 3人部屋2室 4人部屋21室	
	[設備等] 食堂・デイルーム6室 浴室 調理室 医務室 汚物処理室 地域交流室 和室 談話コーナー 喫茶コーナー	

※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	4 回
前回の受審時期	令和 4 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

わたしたちは人権尊重の精神を基盤に、  
自らの知性を高め、常に反省、親切、相互理解に努め、  
誠の心を養い、高齢者と子どもたちの自由と権利を守り、  
明るい健康的な生活ができるよう精進します。

### ◆使命（創業精神）

目の前に困っている人がいる。そのことに目を背けることはできない。

### ◆施設の基本方針

地域住民と共に創り・支え・暮らす中核施設機能の充実と運営基盤の安定に努める。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

明治35年12月に全国で4番目の養老施設として創設された「大阪養老院」が現在の大阪老人ホームです。122年の伝統に培われた福祉観、介護のノウハウを基盤に、快適で安心して暮らせる介護サービス、生活環境を提供しています。

大阪で初めて認知症高齢者の専門フロアを設置して、入居者の生活やショートステイの利用者の支援を行い、先駆的に認知症介護に取り組んできました。認知症介護指導者による法人内研修や認知症介護実践者・リーダー研修の積極的な受講により、専門性の向上に取り組み、認知症になっても安心して生活できるよう支援しています。

同一事業所内に、ケアハウスと訪問介護事業所を併設しています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ふくてっく
大阪府認証番号	270003
評価実施期間	令和7年6月16日～令和7年12月8日
評価決定年月日	令和7年12月8日
評価調査者（役割）	0401A138（運営管理委員） 1201A029（専門職委員） 0601A077（その他） 1801A022（その他） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

聖徳会は、明治35年に全国で4番目の養老施設として創設された「大阪養老院」を原点としてします。創業者の「目の前に困った人がいる。そのことに目をそむけることはできない。」という思いから、大阪で初めて認知症高齢者の専門フロアを設けるなど、その時代時代の社会情勢によって生じてきた様々な問題に常に柔軟的、即応的、先駆的に対応してきました。その人らしい看取りについても屈指の取組をしています。大阪老人ホームは法人の中核施設として、松原市・藤井寺市にまたがる系列施設とともに、福祉観の継承と法人120周年の節目から未来ビジョンの実現に向けて挑戦しています。現施設は建て替え後25年を経て、今後修繕課題が顕在化してくると考えられますが、潇洒な外観と豊かな居住環境に恵まれ、また、最寄り駅の近鉄南大阪線「河内松原」は天王寺から10分、駅から施設まで徒歩10分とアクセスが大変に良く、また高速道路を利用すれば車の便も良好です。周辺には商業施設や飲食店、市役所や消防・警察などの公共施設も、それぞれ徒歩3～10分に位置しています。

創業の精神を具現化するかのよう、こだわりをもって設えられた施設ですが、経年劣化とともに介護機器や生活用品の入れ替え、各部の修繕やメンテナンスを計画的に実施しながら、利用者の生活の場、職員が働く環境の保全を図っています。

### ◆特に評価の高い点

#### ■経営環境等の把握・分析を踏まえた事業運営やサービス改善の取組

法人では、毎月事業運営者会議を開催して経営環境等を把握・分析し、10年スパンを見越した中期経営計画を策定して5年ごとに見直しています。中期経営計画2030では4つの基本姿勢とこれに基づく具体的な14の行動指針を明示しています。これをもとに施設・各フロアの事業計画が職員参画のもとに作成・実施されています。生産性向上委員会を設置して、多様な視点からサービス提供の現状を評価し、改善に取り組んでいます。また、第三者委員懇談会を開催して、利用者等からの相談や苦情内容を共有して多角的な視点から改善に取り組んでいます。

#### ■施設長のリーダーシップ

施設長は、組織内に生産性向上委員会を設置して自ら委員長を務めて「働きやすく働き甲斐のある職場環境づくり」に取り組んでいます。課長・係長との役割分担と連携体制により、職員の意向を汲み取ってそのスキルを高める研修の充実にも取り組んでいます。

#### ■職員の質の向上

キャリアパスを体系的に示し、考課基準も役職ごとに明確化しています。人事考課は全職種を対象に成果とプロセスを評価し、年2回の振り返りで目標確認を行うなど、職員一人ひとりの成長を支える体制が整っています。

#### ■実習生受入れの体制

実習生受入れのためにマニュアルや「実習の心得」を整備し、実習委員会がプログラムを作成しています。指導者は研修を受講し他施設の情報も取り入れ、チーフが担当を指名するなど、福祉専門職育成の体制を整えています。

#### ■地域との連携

社会資源リストを共有し、各機関連携や防災訓練を実施しています。松原市や地域包括と連携した緊急ショート受入れ、認知症GHとの協力、福祉避難所協定など、地域に根ざした支援に取り組んでいます。

#### ■利用者を尊重する姿勢

理念や事業計画に人権尊重の方針を明記し、唱和や掲示で日常的に浸透させています。就業規則の共有や年1回の人権研修を通じて理解を深め、組織全体で利用者尊重の姿勢を共有する体制を整えています。

#### ■利用者の想いの尊重

利用者の体調変化等により福祉サービスの計画を変更をする場合は、利用者が変更内容を納得することを大切にし、納得しない場合は、できる限り利用者や家族の意向を尊重しています。

#### ■第三者委員との連携

毎年法人で第三者委員との懇談会を実施し、前年度の苦情について、内容を共有し分析し、今後の防止策を協議していることは、高く評価できます。

#### ■利用者満足度調査の実施

令和7年度から第三者委員の協力のもと、利用者の満足度調査を実施する予定で、利用者の満足度の向上が期待されます。

#### ■多種多様な機関との合同防災訓練の実施

災害発生時には地元との協力体制が欠かせません。自治会自主防災委員会、法人、地元消防団本団、第一分団、NPO法人地元防災士会等、多くの機関と合同防災訓練を実施していることはいざという時に有益な取組です。

#### ■その人らしい快適な生活の保障

利用者の権利擁護の原点は、その人らしい快適な生活の保障にあるとして、職員は利用者に寄り添って親しく声かけを行い、信頼関係を構築しつつその方の生活歴や心身の移ろいを感じ取っています。天候にも左右される生活リズムにも配慮して、その人らしさに配慮しています。居室や共用スペースの明るさや温湿度の調整はもちろん、四季を感じることでできる設えやレクリエーションを工夫しています。

#### ■喀痰吸引体制の整備

介護職員による喀痰吸引が可能となった時点から、いち早く研修体制を整え、実施していることは高く評価できます。喀痰吸引や経管栄養の実施に関する特定行為業務書類を整え、医師の指示のもと個別に計画を立て、利用者の家族に説明と同意を得て、看護師による研修を終え、資格を持つ介護職員が喀痰吸引業務方法書に基づき実施しています。

#### ■ターミナルケアのていねいな実施

施設の看取りに関する取組を、看護師等から丁寧に説明し、同意書等の提出を得て実施しています。ターミナルケアマニュアル、医療・看護体制表、緊急対応マニュアル及び緊急対応チェック表、夜間と昼間の緊急対応体制図、フロー図も整え、いつだれがそのような立場に遭遇しても適宜・適切に対応できるように整えています。

### ◆改善を求められる点

#### ■コンプライアンスの組織内徹底

施設長は、法人内外の要職にもあって多方面から遵守すべき法令や社会規範を吸収しています。今後は、その豊富な知見を組織内に周知徹底する取組を期待します。

#### ■利用者の満足を把握する仕組みの確立

令和7年度から第三者委員の協力のもと、利用者満足度調査を実施する予定です。その仕組みを確立し、さらに継続し、利用者の満足度が向上することを期待します。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

4回目の第三者評価を受審し、専門的・客観的な立場で評価していただくことができました。

ご利用者・ご家族のアンケート調査結果では、施設サービスに満足していると評価をいただき、職員一人ひとりが、日々、ご利用者・ご家族の方に関わってきたことへの評価をいただけたことであり、大変嬉しく、職員も今後の仕事への励みになります。今後は、アンケートの調査結果を全職員で共有し、さらに良いサービスが提供できるように、施設全体で改善に取り組んでまいります。

#### ◆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>社会福祉法人聖徳会（以下「法人」）の理念や使命は、玄関や各詰め所、フロアに掲示するとともにホームページ（以下「HP」）のほか、季刊誌に掲載して周知を図っています。職員については、毎週1回、朝の申し送りや毎月のフロア会議で、外国籍職員を含む全員が声をそろえて唱和し、認識を新たにしています。今後は、利用者や家族が安心・納得して施設利用できるよう、理念・基本方針をより分かりやすい資料等をもとに丁寧な説明を継続することを期待します。</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。	b
(コメント)	<p>法人では毎月、理事長ほか役員、各施設管理者が参加する事業運営代表者会議で、福祉事業の動向や運営推移、収支状況を具体的なデータを把握して検討・分析しています。分析結果は中期経営計画に盛り込まれ、事業計画やフロア計画の基本となっています。施設では福祉の月刊誌を購入し、誰もが読めるようにしています。施設長は、松原市介護保険事業計画及び松原市高齢者福祉計画策定委員会メンバーの任にあります。今後は、府市の各種福祉計画の策定動向とその内容を把握分析することを期待します。</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>法人では、毎月の事業運営代表者会議で、法人及び各事業所の経営課題について具体的に情報共有して検討しています。法人として把握された経営課題は、中期経営計画などに反映され、これをもとに各事業所の計画に下ろされています。施設では、チーフ会議や運営会議で、各フロアや部門ごとの状況を分析し、課題の抽出とその取り組みを検討しています。このように、法人と各事業所各部門との間に双方向的な課題の共有が図られており、その中で経営状況や改善すべき課題は職員に周知されています。</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。	b
(コメント)	副理事長が中心となって、福祉動向や各事業所の運営課題を総括して5年ごとに「中期経営計画書」を策定しています。令和7年3月に策定した2030年計画では、2040年のあるべき姿を見据えて4つの基本姿勢の観点から14の行動指針と10の取組を提示しています。各事業所の事業計画は、法人の中期経営計画書を基として、チーフ会議、運営会議等で検討・作成していますが、それぞれの特性に応じて半期、通年で見直し、それが中期経営計画の見直しにも反映されています。今後は、計画の遂行状況を評価できるよう具体的な目標値の設定を期待します。	
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)	法人策定の中期経営計画書は各フロアに置かれ、各フロア計画や施設の事業計画の基となっています。事業計画は半期、通年で見直しており、中期経営計画の4つの基本姿勢をもとに14の行動指針とその具体的な取組を提示しています。福祉事業における計画目標は、全てを定量化できるものではありませんが、計画終了時期における達成度をより客観的に評価できるよう、到達目標を具体的に示すことを期待します。	
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。	a
(コメント)	前々項、前項で記したように、施設の事業計画は法人全体の中期経営計画と整合しており、その内容は課長、各フロアチーフと検討しながら施設長の責任において作成しています。事業計画は3月の理事会承認を経て各フロアに配布されます。各フロア、係では事業計画を基に、それぞれの計画を話し合い、チーフが取りまとめ、各月の重点目標を定めて実施に移しています。以上のように、事業計画は職員参画のもとに組織的に策定され、職員の理解のもとに事業を展開しています。	
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)	利用者や家族に示すべき事業計画の主な内容や進行状況を、季刊誌に記して家族に報告しています。各フロアごとに月次の計画を詰所やデイルームに掲示しています。事業計画書は玄関において、誰もが見えるようにしています。利用者の重度化が進む現在の特別養護老人ホームにおいては、利用者会や家族会等の設置はありませんが、利用者や家族が計画に関心をもって、催し等に参加しようとするのが大切です。そのような動機付けを促すよう、計画をわかりやすく説明する工夫を期待します。	

		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)	施設では、生産性向上委員会を設置し、サービスの質を低下することなく生産性を向上するための指針と取組体制を定めています。各サービスごとに担当を決め、業務の見直しやマニュアルの改訂に取り組んでいます。「指定介護老人福祉施設自主点検表」を用いて様々な視点から現状を点検し、改善課題を確認しています。3年に一度、第三者評価を受審して、客観的な視点からの改善課題を確認しています。一方、職員も非常勤職員を含めて全員が半期ごとに目標の設定、振り返りを行い、面談を通して資質の向上に努めています。	
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)	前回の第三者評価受審結果をうけて、職員個々の年間目標の設定とそれに応じた研修計画を設定しています。生産性向上委員会では、①利用者の安全及びケアの質、②職員の負担軽減と職場環境、③介護機器の定期的な点検、④生産性向上の4課題を研修の基本方針としています。サブチーフが担当して各サービス検討グループを構成し、3か月に1回各マニュアルの見直しや研修の企画をしています。施設では、生産性向上委員会を重要な位置づけとして、計画的な改善に取り組んでいます。	

## 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。	b
(コメント)	施設長は、法人事業部長として高齢・児童福祉の全般を統括するほか、松原市の高齢者福祉計画策定委員や地域の民生委員も務めています。施設における役割と責任は法人の「業務管理体制整備規程」等に明示しています。課長、係長、チーフ、サブチーフなどの職位や役職を定めて、施設長不在時や有事における意思決定と伝達の仕組みを明確にしています。また、職員会議等に出席して代表者会議の決定事項や長としての想いを伝えていきます。今後は広報誌等に、施設長としての役割や方針を発信して、広く理解と協力を呼びかける行動を期待します。	
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)	前述のとおり施設長は法人内外の要職にあつて、各種法令情報を把握する立場にあります。施設長研修などに参加して、管理者としての研鑽に努めています。業務管理体制整備規程には、施設長が職員と連携しながら法令遵守を徹底して事業を遂行するものと定めています。また同規程には、職員の責務、教育・研修および処分を定めています。コンプライアンスのわずかな綻びが組織の大事に繋がることがありますので、今後は、習得した法令等に関する知見を、職員にも包括的に周知して遵守するための取組を徹底することを期待します。	

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)	各種サービスごとに「係」と担当者を配置し、福祉サービスの質の向上を検討する体制を整えています。チーフ会議では各フロアの福祉サービス実施状況報告から課題を分析しており、施設長も出席して状況を把握して意見を述べています。職員の資質向上を図るために教育・研修の充実にも努めています。施設長は福祉サービスの質の向上について、職員一人ひとりと話す機会が多忙な業務の中で十分ではないと自認していますが、課長や係長など管理職との組織的な体制で対応して、職員の意見聴取に努めています。	
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)	施設長は、事業経営の改善や業務の実効性を高める取組について、中期経営計画や事業計画の4つの基本姿勢を示し、各フロア及び各サービス係を指導しています。また、人材育成と働く環境の整備が最大の課題として、組織内に生産性向上委員会を設置して、自ら委員長を務めています。委員会では、「働きやすく働き甲斐のある職場環境づくり」を標語として、具体的に質の向上を課題として取り組んでいます。施設長はこれらの取組について自らが専横するのではなく、適材に「任せる」ことを通して韧性あるチーム力の強化に努めています。	

**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)	法人は令和7年度事業計画で福祉人材充実の基本姿勢を示し、採用・定着・育成の取組を進めています。施設でも、職員が成長し役割を果たせる環境づくりや、生産性向上による働きやすい職場づくり、OJTを通じた育成方針を掲げています。法人全体では毎月の会議を通じて人材確保と育成を協議し、就職サイト、人材ネットワーク、就職フェアなど多様な方法で採用を進めています。外国籍職員の生活面を含む受け入れ体制も整えています。人事課が専任で採用を担い、新しい人材の増加に合わせて中堅職員の育成や役割の分散に取り組んでいます。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	法人は理念や「わたしたちの誓い」に「期待する職員像」を明示し、職員心得でも聖徳会ブランドを大切にし磨き続ける姿勢を示しています。人材育成確認表による段階的な習得評価や、等級・役割・成長ステップを文章化した役割等級制度を整備し、キャリア形成の道筋をわかりやすく示しています。考課基準一覧では役職ごとの視点を明確にし、自己評価表や人事考課表を活用して処遇改善に取り組んでいます。年2回の考課面談で職員の意向を把握する機会を設け、総合的な人事管理を推進しています。	

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。	b
<p>(コメント) 就業規則では年次有給休暇や特別休暇などを整え、働きやすい環境づくりに取り組んでいます。ストレスチェックを毎年実施し、結果に応じて職場環境の改善に努めています。人事考課や随時面談を通じて職員の意向を把握し、人材配置や昇格にも反映しています。一方で、令和7年度は介護職員の人材確保が予定より少なく、より計画的な実施へ向けた工夫を期待します。また、アンケートでは中堅・ベテラン層に業務負担の偏りを感じる声があり、休憩時間を確保しにくいフロアもあることから、より働きやすい環境づくりを期待します。</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。	a
<p>(コメント) キャリアパスは等級や成長ステップ、年数イメージ、役割を整理した一覧表に加え、部門別・職種別にも文章化され、職員へ明確に周知しています。考課基準一覧では、役職ごとの考課項目を示し、等級ごとに内容や着眼点を詳細にわかりやすく示しています。人事考課表は常勤だけでなく契約職員やパート職員も対象とし、結果だけでなく取り組みのプロセスを評価しています。さらに、人事考課表と自己評価表をもとに年2回の振り返りを行い、目標の確認や修正を進めることで、職員一人ひとりの成長を後押しする体制が整っています。</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
<p>(コメント) 令和7年度事業計画では、福祉人材育成に対する基本姿勢を示し、年間研修計画により毎月の研修内容を明確にしています。研修会議を毎月行い、評価や見直しを継続し、年度末には全体の振り返りと次年度計画を立てています。研修後には振り返りシートを用いて理解度を確認する仕組みも整えています。法人研修や内部研修など多様な研修を実施しており、外国籍職員や資格取得を目指す職員への支援にも取り組んでいます。今後は研修以外の支援の取組も文書化し、共有を進めることを期待します。</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
<p>(コメント) 職員の習熟度は人事考課表や自己評価表で把握し、新任職員には1か月の研修後にマンツーマン指導を行い、習熟度に応じて指導方法を調整しています。進捗や各フロアの状況は月1回の会議で共有しています。階級別研修の実施や、施設内研修の振り返りシート、施設外研修の復命報告書による学びの整理も行われています。参加が難しい職員には研修動画の視聴機会の確保、参加希望者には勤務調整を行っています。非常勤職員にも常勤と同様の機会が設けられています。一方で中堅層や管理職候補へのOJT体制については、今後の充実を期待します。</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。	a
<p>(コメント) 社会福祉士や介護福祉士実習生の受け入れに向け、指導者用とフロア用のマニュアルを整え、実習生向けの「実習の心得」も作成しています。実習委員会がプログラムを作成し、マニュアルに沿って受け入れを進めています。指導者は社会福祉士・介護福祉士の指導者研修を受講しており、実習依頼校との懇談会を通じて他施設の指導方法を学び、指導内容に活かしています。チーフとサブチーフが指導資格を保有していますが、実際の指導はチーフが指定した担当が行い、専門職育成のための体制が整っています。</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。	a
(コメント)	法人の理念や方針、提供する福祉サービスの内容はHPで公開され、苦情やその対応状況も閲覧できるようにしています。苦情・相談体制は館内掲示や重要事項説明書で周知し、第三者評価の結果を公表していることも契約時に案内しています。令和4年度の評価結果はHPには未掲載ですが、WAM NETで公表しておりHPの情報更新を期待します。入所希望者や関係機関には理念や基本方針をまとめたパンフレットを配布し、法人が運営するクリニックや居宅介護支援事業所にも設置しています。	
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。	b
(コメント)	法人の組織・運営規程や事務分掌には、事務・経理・取引に関する権限や責任が明確に示されており、基本的な体制が整えられています。経営面では定期的にコンサルタントの助言を受け、外部の視点を取り入れながら運営の妥当性を確認しています。令和6年度には、プレ監査ですが初めて監査法人から経営管理や組織運営、事業に関する指導・助言を受ける機会を設けており、今後の改善に向けた取組が進みつつあります。こうした外部専門家の活用により、公正で透明性のある運営に向けた基盤づくりを期待します。 注) プレ監査：本格的な受審に向けた予備監査	

		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)	施設と地域との関わり方を事業計画に示しています。敬老の日には近隣幼稚園の園児が訪問し、利用者が交流を楽しむ機会があり、10月にはだんじりを施設前まで曳いてもらうなど地域とのつながりが続いています。コロナ禍で中止していた買物も再開し、今後はもちつきや外食などの行事も復活させる予定です。社会資源一覧表も各フロアに設置されています。利用者と地域の関わり方については、文書化し職員への共有を期待します。また、利用者がより地域の行事や活動に参加しやすくなるよう、体制づくりが進むことを期待します。	
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)	施設ではボランティア受入れ規程、マニュアル等を整え、緊急時の対応や高齢者と接する際の注意点も記載しています。ボランティアには保険加入の確認書類や登録書、誓約書の提出を求め、安全に活動できる体制づくりを進めています。一方で、恒例となった演奏ボランティアについては書類提出が不要という認識があり、利用者への配慮や注意事項の説明を十分に周知していないため、今後の改善を期待します。令和7年度事業計画では小中高への福祉教育や実習受入れを積極的に行う方針を示し、地域の学校の職場体験受入れや出前講話にも取り組んでいます。	

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)	施設は地域の社会資源リストを作成し、職員間で共有するとともに、各フロアにも掲示して活用しやすい環境を整えています。ショートステイ連絡会での情報共有に加え、町会や消防署と連携した防災訓練・避難訓練を実施し、地域防災にも貢献しています。松原市高齢介護課や地域包括支援センターと連携し、緊急ショートステイの受け入れを行うほか、近隣の認知症対応型グループホームとも協力して介護技術の補完に努めています。松原市との福祉避難所の協定や、阿保第三町会への災害時支援の約束など、法定事業を超えた地域貢献にも取り組んでいます。
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	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。
(コメント)	施設は民生委員（高齢者部会）の依頼に応じて見学会や意見交換会、勉強会を開催し、地域との関わりを深めながら福祉の課題やニーズを把握しています。地域包括支援センターが主体となるショートステイ連絡会やケアプラン検討会に参加し、事業者同士で情報共有を行い、地域の福祉ニーズを多面的に捉える取組を進めています。こうした活動により、地域に根ざしたサービス提供に向けた土台を整えています。
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。
(コメント)	法人は住宅確保要配慮者支援、生活困窮者レスキュー事業、無料低額診療、要援護高齢者支援などの社会貢献事業を実施し、HPでも紹介しています。施設は災害時には福祉避難所として受け入れを行う予定です。地域交流センターは開放に向けて準備を進めており、日程調整を踏まえ、地域への告知を行う方針が示されています。施設では研修や会議に加え、地域団体や町会、卒団式などの利用もあり、地域とのつながりを継続しています。

### 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。	a
(コメント)	人権を尊重する姿勢は、法人の理念や使命、事業計画における基本姿勢として明記され、共通理解の基盤となっています。理念は各フロアの詰所に掲示され、週1回の申し送りや月1回のフロア会議で唱和することで、日々のケアに結びつけています。就業規則は各フロアや各課に配布され、いつでも確認できるよう保管されています。年1回の人権研修を実施し、利用者を尊重したサービス提供に対する職員の理解を深めています。これらの取組により、組織全体で利用者尊重の姿勢を共有する体制が整っています。	
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
(コメント)	令和7年度事業計画では、プライバシーや個人情報の保護、苦情解決の仕組みを整えるだけでなく、適切に運用していく姿勢を示しています。人権研修や不適切ケアに関する研修を実施し、不適切ケア・身体拘束防止の会議を毎月行うことで、サービス提供時の配慮を高め、利用者が安心して過ごせる環境づくりを進めています。	

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。	a
(コメント)	松原市の方針で公共施設に案内資料を置くのは難しいですが、HPで情報を発信しています。法人内のクリニックやケアプランセンター等外部の人の目に触れやすい場所にパンフレットを置き、訪問して詳しく施設を紹介するとともに、設置機関と関係性を構築しています。法人が藤井寺市の法人を吸収合併したのに伴い令和7年度にHPをリニューアルしています。また、入所案内も利用者の負担額の変更に伴いリニューアルしています。	
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。	a
(コメント)	サービス変更の場合は、カンファレンスや面会時に介護支援専門員から理由と変更内容を利用者と家族やキーパーソンに伝えていきます。会えない家族には変更したサービス実施計画書を郵送しています。利用者が変更もやむを得ないと納得することが大切ですが、納得しない場合は、できる限り利用者や家族の意向を尊重しています。意思決定が困難な利用者への配慮の仕方は一様ではなく、個々の利用者に沿った配慮をしています。入院後帰所し、ターミナルケアになる場合のルールは決まっています、職員も承知しています。	
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。	a
(コメント)	入所前には生活状況やADLについても細かくアセスメントを実施し、生活の継続性に配慮しています。入院先からの入所の場合は、入院先からの引き継ぎ内容を精査し、福祉サービス実施計画を立案しています。計画立案の際には、特養は生活の場であること、残存機能を維持する場であることを念頭に置いています。入院して帰所する例はありますが、入所後他の福祉施設・事業所に移動したり、家庭への移行は殆どありません。契約終了書類には、契約終了後も相談できることや相談窓口を記載していて、現に親族などからの相談や問い合わせがあります。	

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。	a
(コメント)	介護職員は、日頃から利用者の要望や不満を傾聴し把握しています。家族の要望は面会や電話の時に聞くほか、半年に1回のカンファレンス時にも聞いています。カンファレンスの結果は共有ノートでフロア職員で情報共有し、すぐ実践できることは実践して、タブレットに記録しています。サービス検討会議を3ヶ月に1回実施し、サービスを振り返り、次の3ヶ月の目標をたて、サービスの質の向上を図っています。令和7年度から第三者委員の協力のもと、利用者の満足度調査を実施する予定で、利用者の満足度の向上が期待されます。	

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。	a
(コメント)	苦情解決体制が整備され、重要事項説明書に苦情処理の体制及び手順、窓口等を記載して、利用者や家族に周知しています。苦情は、苦情対応記録に原因、内容、対応、結果、今後の対策等を記録し、職員に周知し、再発防止に努めています。毎年法人で第三者委員との懇談会を実施し、前年度の苦情について、内容を共有し分析し、今後の防止策を協議していることは、高く評価できます。また、HPで苦情の内容別対処状況を公表しています。	

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。	a
(コメント)	職員は日頃から利用者が意見を述べやすいように声掛けをしています。また、生活相談員や介護支援専門員はラウンド時には利用者との信頼関係づくりを意識して積極的に挨拶するとともに、困りごとや不満がないか確認しています。職員や他利用者との関係に悩んでいる場合は仲介役として、代弁機能を果たすことを心がけています。家族からの相談、意見は介護職員が聞いた場合は生活支援課に伝え、支援課職員が対応しています。重要事項説明書にはサービス提供に関する相談、苦情についての1項を設け、手順や公共の窓口を紹介しています。	
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)	相談や意見を記録し、回覧や会議で共有しています。入所相談用の「相談援助マニュアル」には、相談対応の7原則を記しています。また、相談・要望等を職員が聞いた時の対応は決まっていて、即答せず、上司に確認することは全職員が理解しています。法人では新入職員には利用者対応研修を実施し、否定せず、寄り添って、相談に乗る事を大切にしよう指導しています。令和7年度から第三者委員の協力のもと利用者にアンケートを実施する予定で、利用者が本音を述べる機会になることが期待されます。	
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。	a
(コメント)	リスクマネジメントマニュアルを整備し、事故発生時の対応手順などを職員に周知しています。毎月リスクマネジメント委員会を開催し、事例を分析し今後の予防策を検討しています。ヒヤリハットはタブレット及び各ユニットノートに記入し、情報の共有を徹底しています。毎月のフロア会議でもその月のヒヤリハットを振り返り、予防策等を協議しています。事故は4時間以内に報告書を作成し、リスクマネジメント委員会で検討しています。事故報告書の書き方はPC内にあり、職員は理解しています。	
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。	a
(コメント)	感染症マニュアルを各フロアに整備しています。ノロ、コロナについては迅速に対応できるよう必要品一式をセットにして各フロアに配備しています。日中は看護師が滞在し、夜はオンコールで対応してくれるので、職員は安心して介護にあたることができています。年に2回感染症予防研修を実施しています。法人で月1回感染症等に関する会議を実施し、必要に応じてマニュアルの見直し、改訂を行っています。	
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。	a
(コメント)	法人で綿密なBCPを作成し、職員に周知しています。施設ではそのBCPに基づいて災害対策マニュアルを作成し、災害時の行動手順、備蓄品リスト、緊急連絡網、役割分担などを明記し、必要に応じて見直しています。地元機関との合同防災訓練は、自治会自主防災委員会、法人、地元消防団本団、第一分団、NPO法人地元防災士会が参加して実施しています。備蓄品は、管理責任者を決め管理し、防災訓練時に確認していますが、今後は、訓練に参加していない職員への備蓄品配置場所の周知を期待します。	

		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。	a
(コメント)	標準的な実施方法を記載した介護マニュアル（食事、入浴、排泄）、看取りマニュアル、業務マニュアル（各フロア別）等を整備し、サービス担当者会議、フロア会議でマニュアルに沿った支援ができていないかを振り返っています。法人で新入職員には1ヶ月研修を実施し、基本的業務の手順等の習得を図っています。利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護については、入浴介護マニュアル、排泄介護マニュアルの理念には明記されています。重要事項説明書には、利用者の人権の擁護を明記しています。	
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。	a
(コメント)	各種マニュアルは年度末に、チーフ会議、各サービス検討会議で見直しています。3ヶ月に1回実施するサービス検討会議では、前3ヶ月の目標を見直し、次の3ヶ月目標を立て、見直した内容を必要に応じて介護マニュアルに反映しています。また、サービス実施内容が大きく変更になった時にも介護マニュアルを見直し改訂しています。介護職員が業務手順でやりにくさを感じたら、月1回のフロア会議の議題に取り上げて協議し、業務マニュアル（フロア別）に反映しています。	
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。	a
(コメント)	入所前には介護支援専門員が利用者や家族からの情報や、施設・医療機関のソーシャルワーカーからの情報をもとにアセスメントを実施し、暫定福祉サービス実施計画を作成しています。入所1か月後には介護士、看護師、機能訓練指導員、管理栄養士も交えて、新たな計画を策定しています。半年ごとに実施する家族、多職種参加のカンファレンスや3ヶ月ごとのサービス検討会議でもサービスの実施状況を検討し、必要に応じて計画を改訂しています。毎月モニタリングを実施し、計画に沿った介護ができていないかを確認し、支援困難ケースは運営会議で検討しています。	
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。	a
(コメント)	個人のサービス実施計画は、半年ごとのカンファレンスで見直していますが、著しく状態が変化した時はフロア会議（チーフ、サブチーフ、日程的に参加できる職員）で協議検討し、必要に応じて計画を変更し会議録に残して情報共有する体制になっています。また、毎月実施するモニタリングの結果、生活支援専門員が必要と判断した場合にもカンファレンスの実施を提案し、多職種で計画の見直しを検討しています。その際家族にも参加を促していますが、無理な場合は後で説明しています。変更内容は必要に応じてフロアの業務マニュアルに反映しています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

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)

日々のサービス実施状況は各ユニットに1台あるタブレットに統一書式で記録するほか、日誌にも記し、職員は随時確認することができます。引継ぎは引継ぎノート、利用者別シートで行い、早急に対処が必要な事案は口頭とフロアノートで情報共有しています。法人で年2回、ケース記録、リスクマネジメント報告書の書き方の研修を実施しています。毎月多職種による運営会議を実施し、サービス実施記録を確認し、フロアチーフが利用者の状況を報告し、今後の課題等を協議し、協議内容はフロアに持ち帰り、情報共有しています。

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。

a

(コメント)

個人情報保護規程を整備し、職員はそれに基づいて個人情報を取り扱っています。職業倫理研修でも個人情報保護の周知を図っています。個人記録は詰所の鍵のかかるロッカーに保管し、鍵は各フロアに1人いる責任者が管理しています。タブレットにはパスワードを設定し、利用者の手に触れない場所に保管しています。重要事項説明書に個人情報保護の方針を、契約書には守秘義務を明記し、個人情報の取扱いについて、利用者、家族に説明し、入所時に同意書にサインをもらっています。

## 高齢福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-1-(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)	利用者一人ひとり状況は異なり、またその日の天候にも左右され、あるいは突発的な行動や変化も起こります。職員は、とにかく利用者とのコミュニケーションを大切にして、一人ひとりのこれまでの生活や好きなこと、さらにはこれまで受けてきた支援を知り尽くして対応しています。週2回の入浴習慣を堅持するよう努め、本人の状況によっては清拭に置き換えたり、追加するなど快適な生活リズムが整えられるよう工夫しています。ショートステイでは、他のサービスをどのように利用してきたかも確認して、休息の場となるよう心掛けています。	
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。	a
(コメント)	職員はフロア会議や多職種の会議で、コミュニケーションスキルの向上を話し合っています。施設では、常日頃は声を発しない方も、支援者の話は理解されているので、声かけすることが大切です。その方の生活歴やお仕事、好きなことなどを話題にしてお話しすることで寂しさや不安を解きほぐすようにしています。それぞれの聴力や認知機能はもちろん、性格や人柄に応じた話しかけの工夫をし、声の大きさもその人に合わせながら、表情の変化を読み取っています。特に配慮が必要な人には、話しかけの方法をケアプランに落としこんでいます。	
A-1-(2) 権利擁護		
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
(コメント)	職員は、利用者の尊厳を保持し、その人らしく暮らし続けていくことができるようにすることが権利擁護の基本であることを理解し、日々の支援を行っています。また、お世話になっているという気持ちの利用者に対して、知らず知らずのうちに不適切なケアに陥るリスクに気をつけています。身体的拘束等適正化のための指針に基づき、身体拘束マニュアルを整え、利用者の権利擁護の姿勢を明記するとともに、身体拘束や不適切ケア防止のための取組を実施しています。会議において事例検討を行うとともに、全職員に周知徹底を図っています。	

		評価結果
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
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
(コメント)	令和7年度は、「季節の変化を感じられるようなフロアの飾りつけやレクリエーションを行い、四季を感じていただく」ことを目標に掲げて、共用スペースの環境整備を行っています。多床室の各ベッドは、季節ごとの自然の美しさを感じることができるように窓に面するように設置しています。廊下は、回廊になっていて、中庭から光を浴びながら周回することができます。個室には、それまで慣れ親しんだ小物などを持ち込み、その人の生活歴や興味を理解して快適な暮らしを継続できるように配慮しています。	

A-3 生活支援

A-3- (1) 利用者の状況に応じた支援

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。	a
(コメント)	<p>入浴に関するマニュアルには、手順だけではなく、入浴介護の理念及び入浴効果、入浴を楽しむためにという内容を記載しています。特浴に関しては、写真付きの手順書も整えています。利用者の体調や生活リズム、意向を優先した入浴支援を行い、利用者の健康状態や医師の指示がある場合は、入浴日を変更したり、清拭にて入浴支援を実施し、必ず実施記録を残しています。衣服着脱や移乗に特別な配慮が必要な利用者については、プライバシーに配慮し、ボードを利用者の膝においてフロアから浴室に移動し、浴室担当職員に口頭でも伝えていきます。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>排泄マニュアルの排泄介護の理念に、個人の尊厳の保持を掲げ、利用者のプライバシーと生活の場であることを意識し、排泄アセスメントにより心身状況を確認し、看護師等多職種が連携して、利用者一人ひとりの排泄状況を踏まえた適切な支援を提供しています。両側の個室からトイレを共有する間取りですが、利用者を排泄自立の方とおむつ使用の方として、排せつ時間が重ならないような工夫をしています。多床室のため臭いに関しては、配慮には限界がありますが、職員は、おむつやパッドの使用法の研修を受け最適な排せつケアに取り組んでいます。</p>	
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。	a
(コメント)	<p>利用者の日常生活動作のすべてにおいて自立維持のため、利用者自身が自らの残存能力を活かした生活しやすい環境づくりを行い支援しています。機能訓練指導員が実技を伴う研修を毎年実施して、安全な介助方法を学んでいます。介護職、看護師、機能訓練指導員が相談し、利用者一人ひとりに合った福祉用具の選定や環境整備について検討し、個別機能訓練計画書に落とし込み、連携して支援を実施しています。看護師や理学療法士もラウンド中に気づいたときには介助支援を行っています。</p>	

A-3- (2) 食生活

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
(コメント)	<p>食事マニュアルに基づき、安全に食事を提供しています。食事席は、利用者の意向や移動動作を確認し、利用者同士の相性も考慮して決めています。クックチルド方式を採用しているため、食事の選択には対応できていませんが、行事食を取り入れたり、食事サービス検討グループ会議を開催し、色味や味、形状などについて、利用者から上がってきた意見等を検討し、委託先に報告をして改善を求めています。各フロアで炊飯して、お味噌汁等の温めも実施しています。厨房から上膳直前まで保温庫を活用し、可能な限り暖かい食事の提供を心がけています。</p>	
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
(コメント)	<p>食事時間は、利用者のリズムに合わせて調整しています。普通食、一口大、ソフト食、ミキサー食を用意し、利用者の体調に合わせて、フロアにおいて一口大をさらにカットして食べやすいようにしています。糖尿病食は、管理栄養士がご飯やメインを少量にして、総カロリー量を減らすことで対応しています。褥瘡予防にもつながるため摂食状況は、多職種が確認し、連携して一人ひとりに合わせた食事形態の提供や食事介助方法を実施しています。また、言語聴覚士も加わって栄養ケアマネジメントを作成し、利用者の状況に応じた食事支援を実施しています。</p>	

A-3-(2)-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>毎月、歯科医師からの「口腔機能維持管理に係る助言と指導」をもとに、看護師から各フロアに伝達し、各フロアごとに口腔ケアに関する目標を設定し支援を行っています。また、食事研修において、食事介助方法や口腔ケアについて実施しています。歯磨き・義歯着脱・うがいの3つの項目で自立・一部介助・全介助で評価する「口腔BDR指標」に基づき、毎食後と就寝前に口腔ケアを実施しています。体調などがすぐれず、うがいも困難な場合は、ジェルやスポンジを使用して口腔ケアを実施しています。</p> <p>註) BDR指標：利用者の口腔ケアへの自立度・協力度をアセスメントする指標</p>	
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
(コメント)	<p>褥瘡対策のための指針に基づき、褥瘡対策マニュアルを整え、標準的な実施方法を確立し取り組んでいます。利用者の褥瘡経過評価表に記録を残し、褥瘡危険因子評価表をもとに、入浴や排せつ等介助時に確認し、早期発見に努めています。また、褥瘡をつくらないために体位変換実施表を作成し、2時間ごとに身体の向き等を記入し管理しています。言葉で説明しても理解が難しい外国籍職員や新任職員に対して、家族に了解を得て、対象者一人ひとりの体位変換時のクッションの適切な位置がわかるように写真や動画を活用して、支援の徹底を行っています。</p>	
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
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。	a
(コメント)	<p>介護職員による喀痰吸引が可能となった時点から、いち早く研修体制を整え、実施していることは高く評価できます。喀痰吸引や経管栄養の実施に関する特定行為業務書類を整え、医師の指示のもと個別に計画を立て、利用者の家族に説明と同意を得て、看護師による研修を終え、資格を持つ介護職員が喀痰吸引業務方法書に基づき実施しています。夜勤に有資格者を配置し、看護師のオンコール体制も整えています。毎月、喀痰吸引と安全対策委員会を開き、実施状況を把握し、課題等の検討を実施し、日々の支援を行っています。</p>	
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
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。	a
(コメント)	<p>全職員が、利用者の日常生活動作のすべてが機能訓練であるという考えのもと、機能訓練指導員や看護師、介護職員は日々の利用者一人ひとりの生活リズムに配慮した支援を実施しています。また、日常生活動作を評価する指標を活用して、利用者の残存能力を確認し、3か月ごとに機能訓練計画書を作成しています。寝たきり状態の利用者に対しても、日に一度は起き上がることができるように、多職種が連携して支援しています。施設では、利用者一人ひとりに最適なケアを提供できるようにデータを分析する仕組みを実施しています。</p>	
A-3-(6) 認知症ケア		
A-3-(6)-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)	<p>職員は、利用者が認知症であっても可能な限り行動制限をすることなく、寄り添い見守る支援を心がけています。認知症ケア会議等で多職種で、一人ひとりの支援方法について意見交換を行い、対応を検討しています。また、認知症と診断されていない利用者に対しても、精神科医師と協力しながら、毎月、認知機能テストを実施し経過を観察しています。身体拘束廃止マニュアルを定め、「緊急時やむを得ない行動制限に関する説明書」を作成し、家族から同意を得ています。職員にはその行動が正しかったかをチェックリストで振り返る仕組みも整えています。</p>	

A-3- (7) 急変時の対応		
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。	a
(コメント)	「緊急対応マニュアル」「内服管理マニュアル」を整えています。日々の利用者の入浴前の検温を行い、排せつ表、食事量、水分量、体温表の記録をとり、看護師が毎日、ラウンドを行い、体調変化の早期発見に努めています。また、看護師のオンコール体制を整え、施設医とも連携し、24時間正しい初期対応ができています。薬に関しては、看護師と各フロアの介護職員がそれぞれダブルチェックを実施し、誤薬防止に努めています。看護師が対応した利用者の体調の注意点等は、申し送りに記入し、全職員が情報共有できる体制を整えています。	
A-3- (8) 終末期の対応		
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
(コメント)	施設の看取りに関する取組を、看護師等から丁寧に説明し、「利用者から看取りに関する指針についての同意書」や終末期の看取り等についての「事前確認書」の提出を求めています。緊急事態に対処するために、看護師が交代でオンコール体制を整えています。ターミナルケアマニュアル、医療・看護体制表、緊急対応マニュアル及び緊急対応チェック表、夜間と昼間の緊急対応体制図、フロー図も整え、いつだれがそのような立場に遭遇しても適宜・適切に対応できるように整えています。ターミナルケア研修を定期的実施しています。	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

A-4 家族等との連携		
A-4- (1) 家族等との連携		
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
(コメント)	利用者の体調に変化が認められた場合には、家族に電話等ですぐに伝えるように努めています。面会制限も緩和され、多床室の家族は、他の利用者から少し離れた場所に設置されたソファー等で面会しています。年4回季刊誌を発行し、行事写真や季節ごとの情報を記載し家族や関係機関に配布しています。家族交流会を年1回実施し、季刊誌だけでは伝えきれない日頃の様子を動画で紹介しています。家族からも好評を得ています。また、交流会では、移乗用リフトを体験してもらったり、家族からの相談も受けています。	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

A-5 サービス提供体制		
A-5- (1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A-5- (1) -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。	—
(コメント)	特別養護老人ホームですので「評価外」とします。	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	利用者および家族等
調査対象者数	利用者11人 家族等 人
調査方法	自記式質問紙留置法（利用者については第三者委員による聞き取り）

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

#### ◆利用者本人

利用者の64%が施設での生活に満足と答えており、明確に不満とする人はいません。個々の内容においては、全18項目中10項目で「はい」が80%を超え、うち6項目は90%以上、1項目は100%です。

提供するサービスでは体調管理は全員が、自分で行えるよう見守るでは91%が肯定しています。一方、食事の献立、食事介助は「いいえ」はないものの、肯定度は低くなっています。また、入浴については「いいえ」が多くなっています。

自由意見では、入浴時間、入浴回数への要望が挙がっています。

職員の態度では、利用者どうしの人間関係への配慮については肯定度は高くはありませんが、他4項目は高評価です。

施設の姿勢では、家族への連絡、プライバシーは高評価ですが、レクリエーション、体操や歩行訓練、脳トレなどは肯定度が低く、自由意見ではリハビリやレクリエーションを望む声が寄せられています。

#### ◆家族等

利用者家族から見て、施設のサービスを総合しての満足度は100%と全員が満足しています。個々の項目については、否定的な評価はごく僅かで、「はい」の肯定評価が18項目中9項目で60%を超え、中でも職員の態度については、事務職員や相談員も含め評価が高くなっています。ただ、チームワークについては、評価が低くなっています。

自由意見をみると、職員の親切で丁寧な対応、こまめな連絡体制、面会の自由さなどを評価する意見が多く挙がっていますが、人手不足で理念通りの支援はできていないとの指摘もあります。層別に見ると、在所3～5年層で全般的に評価が高い傾向がみられます。一方、提供するサービスについては、在所6年以上層の評価が軒並み低くなっています。

## 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