

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 松屋茶論	
運営法人名称	社会福祉法人 三篠会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	酒井 亮介（理事長） 藪野 博之（施設長）	
定員（利用人数）	100 名 ★ショートステイ20名含む	
事業所所在地	〒 590-0902 堺市堺区松屋大和川通一丁13番1	
電話番号	072 - 227 - 8220	
F A X 番号	072 - 227 - 8240	
ホームページアドレス	http://www.misasakai.or.jp/shisetsu/matsuyasalon.php	
電子メールアドレス	matsuyasalon@misasakai.or.jp	
事業開始年月日	平成27年4月1日	
職員・従業員数※	正規 57 名	非正規 27 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士23名、 介護支援専門員1名、理学療法士1名、 医師1名、看護師6名、管理栄養士1名、 介護職員初任者研修修了者9名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室100室	
	[設備等] 食堂10、浴室10、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	0 回
前回の受審時期	平成 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

「歩・実・心（あゆみのこころ）」

私たちのあゆみ

ありのままを見つめ、声なき願いを想い、そして、今を踏みだす。

私たちの実践

今日までを見つめ、未来を想い、そして、今を営む。

私たちのこころ

自らを見つめ、生かされてきた日々を想い、だから、今を生きる。

■松屋茶論のキャッチフレーズ

あっ、何かいい。今そんな「Happiness（幸せ）」がココにあります。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①持ち上げない、抱え上げない介護の実践。

委員会を立ち上げ、職員が率先して勉強会を実施している。

②その人らしい暮らしを実現させるため、大人の空間をイメージした調度類を配し、アイストップを意識するなど施設っぽい空間からの脱却を図っている。あわせて、法人として福祉のイメージを変える制服を作製、着用している。

③地域の子ども会との交流、いきいきサロンの実施、災害時の避難場所の提供など、地域との関わりを持った施設運営を行う。

【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12月4日～平成31年3月18日
評価決定年月日	平成31年3月18日
評価調査者（役割）	0401A128（運営管理委員） 1501A027（専門職委員） 0801A019（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

特別養護老人ホーム松屋茶論は、平成27年4月に全室個室のユニット型特別養護老人ホームとして開設しました。4階建て建物に、定員80名、ショートステイ20名の施設で、診療所を併設しています。堺市と大阪市を境に流れる大和川の河口に位置し、遠くには日本一の高層ビル「あべのハルカス」を眺めることのできるロケーションにあります。

施設の名前「松屋茶論」には、日本人にとって和みの象徴である、お茶を囲んで語り合う、人と人が語り合う空間になるようにとの思いが込められています。職員は、「あっ何かいい」と感じてもらえること、その瞬間に生まれるちいさな幸せを積み重ねてもらえる日々の支援を実践しています。

職員の制服は、介護福祉ワークもサービス業ととらえ、脱ジャージのオリジナルユニホームです。

持ち上げない・抱え上げない介護の「ノーリフティングケア」の取り組みは施設の特徴です。ノーリフティングケアの考えの基本は利用者一人ひとりの尊厳への配慮である、との考えが現場に浸透しています。

開設4年目に入り、第三者評価の受審を、振り返り・気づきの機会とし、施設長以下、施設全体で、サービス改善・向上に活かそうと、積極的に取り組んでいます。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(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

■職員資格取得への取り組み

介護に関する資格取得に対する取り組みとして、養成事業者と提携、養成事業者が施設内での教室開講を行い、一般からの受講と施設職員の受講が可能となっており、職員の資格取得に向けての取り組みをしています。

■福祉サービス向上に取り組む姿勢

職員からの提言によるサービス向上に向けた検討委員会等の設置については、常に受け入れる姿勢で管理者は対応しています。

■部門間を横断した職員の連携

福祉サービスの課題等の検討にあたり、当該サービス担当以外からの助言など受け入れて改善するなど、互いに尊重し合う姿勢があります。

◆改善を求められる点

■事業運営の透明性の確保

事業計画について、利用者、家族等へ周知する仕組みの検討が望まれます。また相談・苦情の内容・改善策について、申し出者に配慮した公表が望まれます。

■研修体制の工夫

各種研修の実施は、各委員会等で学び合い、委員会出席者が各ユニットで伝達するシステムになっていますが、実施状況が確認できません。全職員に研修内容が周知できる仕組みを検討し実施することが望まれます。

■情報の共有化

各フロアでの課題やアクシデントについて、検討、対策をしています。同一フロアでの情報の共有はありますが、他の階への情報を共有する仕組みが望まれます。

■マニュアルの整備

現在提供している福祉サービスの標準的な実施方法を文書化し、職員の違い等による差異を極力少なくし、一定の水準、内容を実現することが求められます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

平成27年の開設から、初めての福祉サービス第三者評価の受審となりました。
受審にあたって、関係文書や支援体制を含めた施設運営全体を振り返るいい機会となりました。
評価結果は、当施設サービスの特性や運営形態、職員の聞き取り等を踏まえ、改善すべき点などを具体的に助言いただくことができました。
今回の評価結果を真摯に受け止めて、今後もご入居者様へ安心して生活を送っていただけるよう、より一層努力して参ります。

◆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>■理念・基本方針は、パンフレット、ホームページに記載されています。また職員への周知は入職時のオリエンテーションで「あゆみのところ」の小冊子を配布し、施設長が心構えや「声のない願いをくみ取る」ということを伝え、新人研修で理事長が直接説明しています。理解度は振り返りシートで確認をしていますが、入職時以降も繰り返し周知することが望まれます。</p> <p>■理念や基本方針の周知は、利用者、家族へは契約時にパンフレット等で説明していますが、より具体的な施設サービスを提供している写真等を活用しながら、利用者や家族等へ周知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>■社会福祉事業や各種福祉計画の動向は、地域ケア会議等を通じて動向の把握と計画も含めて分析しています。</p> <p>■地域のニーズ等の把握、分析として、地域との交流の場でも行っています。また三宝地区民生児童委員とも連携しています。</p> <p>■コスト分析や利用者の推移については、キャンパス運営会議、制度改正委員会で行っています。</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>■経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制について法人本部会議、キャンパス運営会議にて課題や問題点を共有し、改善への取り組みが行われています。</p> <p>■職員への課題や取り組みの周知は会議、ミーティングを通して行われています。</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)	<p>■法人事業計画を基に、松屋茶論の中・長期計画を事業計画という表現で作成していますが、単年度の計画に近いものとなっています。設備・職員体制・人材育成・収支計画を、中・長期計画として一般的な3～5年の計画にすることが望まれます。</p> <p>■計画について、項目のみの計画でなく数値目標など具体的に設定することが望まれます。</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>■事業計画を作成していますが、事業内容に具体性(数値目標・研修計画・収支計画等)のある計画とし、成果等実施状況の評価をできるようにすることが望まれます。</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>■事業計画は、毎年12月～2月にかけて実施状況の検証を行い、職員と協議のうえ次年度計画と各部署ごとの目標を作成し、ANI会議（施設全体の情報共有のための会議）にて職員に周知する手順で行われています。</p> <p>■事業計画の評価は、各部署や担当委員会で進捗など把握して会議を開催し、見直しをする仕組みになっています。</p> <p>■事業計画を会議にて職員に周知していますが、一部にとどまっているため、職員全体へ周知する取り組みが望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■事業計画について、スポット的なものを施設内に掲示していますが、配布、説明をしていません。家族会等の構築や、主な内容について、理解しやすい資料の作成を行い、説明することが求められます。</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。	b
(コメント)	<p>■自主点検表により毎年1回自己評価を行い、ANI会議にて課題を検討する仕組みがあります。第三者評価受審は平成30年度が初めてです。</p> <p>■職員の利用者へのサービス向上として、ケアスキルアップの研修が行われています。</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>■自主点検表により、毎年1回自己評価を行い、課題についてNLC（ノーリフティングケア）会議、各委員会やカンファレンスでも検討し、改善を行い、ANI会議で改善策の進捗状況を把握する仕組みがあります。</p> <p>■職員の利用者へのサービス向上として、ケアスキルアップの研修を実施し、研修振り返りシートにて理解度の把握も行われ、研修内容の分析も含め研修委員会で改善する仕組みがあります。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ANI会議にて、経営・管理の方針を明確にし、役割と責任を表明していますが、広報誌等を活用するなどの表明が望まれます。 ■災害時における権限移譲について、緊急連絡網にて明確になっています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は法令遵守に関する外部研修、法人のコンプライアンス会議に参加しています。 ■職員が法令を遵守しているかの確認は、管理者自らのラウンドにより把握する取組を行っています。過去に指摘した事例があります。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は福祉サービスの現状について評価と分析を行うため、会議に出席し、改善に向けた職員の取組を推進することを第一にしています。 ■職員の教育、研修に対しては、目標管理シートの作成時、中間進捗の把握時などに面接を行い、極力要望等を聞き入れ充実に努めています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人内で理事長と施設の代表で組織するキャンパス運営会議において、経営や業務に関する効率化や改善に向けた課題について協議し、施設内の運営会議等を通して具体的に取組んでいます。 ■経営改善や業務の実効性を高めるための職員からの提案や提言については、まずは受け入れて共に取組む姿勢があります。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■人材確保と育成に関する方針が確立されています。特に無資格の職員に対して資格取得の取組みとして、養成機関と連携し養成機関が施設内で教室を開講し、一般受講生とともに職員が受講できる体制ができています。 ■職員育成の取組みとして、施設内のケア研修の講師の役割を機能訓練指導員からケアスタッフにさせる取組みを行い、講師を行ったケアスタッフに仕事への自信と誇りを持たせるとともに、他のケアスタッフにも「憧れの対象」つくることで仕事への意欲を高めて貰うことを目指しています。また法人として介護福祉士を含む22の資格取得に向けた支援が行われています。 ■職員確保について、就職フェアへ参加しており、また実績として職員からの紹介で入職する事例が出てきていますが、より幅の広い職員確保への取組みが望まれます。 	

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) ■法人として、人事考課の仕組みが整備され、考課者への研修が行われています。 ■個人の目標記入シート、人事希望聴取表を通じ面接が確実に行われ、職員の意見、意向を把握するとともに、改善の検討が行われています。</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
<p>(コメント) ■理事長専決事項決済規程により労務管理の責任体制が明確にしています。 ■「目標記入シート」や年2回の面接、施設内のラウンド等で職員の悩みや相談を聞き取っています。またストレスチェックの体制があり、職員手帳「あゆみのところ」には心の健康相談室の連絡先が掲載されています。 ■ワークライフバランスに配慮した取り組みとしての一例では育児のための就業時間の配慮があり、産休への取り組み等の体制も構築されています。 ■利用者へのケアの充実を図るため、ケアサポーター制を導入し、ケアスタッフの補助を行う人員体制があります。</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) ■人事考課において職員の目標記入シートを用いています。作成段階から面談を行い、途中達成度、最終達成について、自己評価も含め確認を行っています。</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。	b
<p>(コメント) ■期待する職員像は事業計画、「あゆみのところ」に明示されています。 ■研修計画は、研修委員会が立案し計画を立て実施しています。また法人の同一エリアの中で職員の交換研修(ステップアップ研修)が行われています。 ■無資格の職員への資格取得の取り組みとして、養成機関と連携し養成機関が施設内で教室を開講し、施設職員が介護職員実務者研修を受講する仕組みがあります。 ■研修について、計画した対象職員の参加状況の把握と、参加できなかった職員へ伝達したかの確認がとれる仕組みの検討が望まれます。</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。	a
<p>(コメント) ■無資格の職員への資格取得の取り組みとして、介護福祉士の養成機関と連携し、介護職員実務者研修を施設内で受講できる仕組みがあります。 ■外部研修に関する情報は、リーダーを通じて行うとともに供覧を行い周知しています。 ■研修へ参加しやすくする取り組みとして、職員からの要望により、日中開催とする方向で検討が行われています。</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。	b
<p>(コメント) ■介護福祉士実習指導者研修を修了した職員がおり、受け入れ体制があるものの、介護福祉士等の養成校からの実習ニーズがなく、実習生の受け入れをしていません。 ■実習生受け入れマニュアル(準則)が案として作成されています。今後に備え、実施出来るマニュアルを策定し、実習生の受け入れの体制を作ることが望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ホームページに予算・決算(財務状況)の情報を載せるなど情報公開を進めることが望まれます。 ■相談・苦情の体制は公開されていますが、改善・対応についての公開がされていません。公開が求められます。 ■地域との交流を目的として、施設内で研修やサロンを開催しています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■経理規程に基づいて、公正かつ透明性の高い経営・運営に取り組んでいます。 ■監査法人の公認会計士による年2回の会計監査を受けています。内部監査については、法人内の近隣の施設との間で相互チェックをしています。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■地域との基本的な関わり方は事業計画に明示されています。 ■利用者が地域の行事や活動に参加することを支援するボランティアの体制づくりが望まれます。 ■利用者個々のニーズに対する、地域の社会資源利用に関する取り組みの充実が望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設行事開催時に演出で協力依頼を行い受け入れています。利用者との交流を図る目的でのボランティアの受け入れの取り組みが望まれます。 ■学校等へのアプローチを小中学校、大学など幅広く行うなど、積極的な取り組みが望まれます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■地域の関係団体との連絡会として、地域ケア会議に参加し、共通の課題解決等に向けて協力しながら取り組んでいます。 ■利用者の状況に対応できる社会資源リストの作成と、職員間での情報の共有化が望まれます。
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"> ■施設内の地域交流スペースを活用し、地域住民が自由に参加するサロン等を定例的に開催しています。 ■研修や勉強会を開催し、地域のニーズに応じた支援活動が行われています。 ■近隣の福祉施設と共同で、地域住民の買い物の利便性に対応するために、販売事業者に週1回場所を提供し近隣の住民の方が利用しています。 ■2018年9月の台風の時に地域住民の方が避難して来られ、受け入れを行った実績があります。
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"> ■地域ケア会議に出席し、地域のニーズ把握を行うとともに、地域の民生・児童委員、自治会長との交流もあり、より具体的な把握が行われています。 ■地域住民からの多様な相談へ対応する仕組みの構築が望まれます。 ■社会福祉事業にとどまらない貢献として、スーパー等が遠いため、地域住民のニーズもあり販売事業者に施設内の敷地を提供しています。

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"> ■利用者を尊重する基本姿勢や人権への配慮などが、冊子にまとめられ、職員一人ひとりに配布されています。 ■法人理念のもと、職員個人の目標を設定し実践状況が確認できる、ふりかえりシートを作成しています。 ■ノーリフティングケアの基本は、利用者の尊厳への配慮という考えが現場に浸透しています。 ■人権に関しての研修を実施していますが、参加者が少ない状況です。今後は参加できない職員（非常勤職員を含む）への周知の方法を検討することが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個室の居室をはじめ共有空間でも、利用者一人ひとりのプライバシーを守るケアが実践されています。 ■虐待防止に関するマニュアルが作成されています。今後は、不適切なケアの発見時の対応も明記し、現場でのマニュアルの周知が望まれます。 ■虐待防止に関しての研修を実施していますが、参加者が少ない状況です。今後は参加できない職員（非常勤職員を含む）への周知の方法を検討することが望まれます。 	
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"> ■施設のパンフレットを区役所・地域包括支援センターに置いています。 ■希望者には電話受付から見学まで対応することになっています。相談は相談受付簿に記載しています。 ■ショートステイを利用しての体験入所が可能です。 ■待機者には、定期的に電話連絡をとり入所調整を行っています。 ■利用希望者に対する情報提供についての見直しの実施が望まれます。 	
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"> ■サービス開始にあたっては、字の色を変え解りやすく工夫した「ご利用のしおり」で説明しています。 ■意思決定が困難な利用者には、成年後見制度の利用等が説明できるようになっています。 ■今後、サービスの開始にあたって「施設の一日の流れ、施設内の案内、食事形態」等の図や写真入りの資料を使うなど、よりわかりやすい説明が望まれます。 	
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"> ■他の福祉施設・事業所へのサービス変更の際には、看護サマリーなどで情報の提供を行っています。看護サマリーには、介護職員からの情報提供も記入しています。 ■退所後も家族の希望があれば、生活相談員が相談に応じることを口頭で伝えていきます。今後、文書で渡すことが望まれます。 ■今後、他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書の作成が求められます。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
(コメント)	<p>■法人で顧客満足度アンケートを実施しましたが、食事に関する内容にとどまっています。今後、様式を変更し満足度アンケートを実施する予定です。</p> <p>■今後、施設独自でも利用者アンケート等実施し、アンケート結果を活用し、組織的に福祉サービスの改善に取り組むことが求められます。</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。		
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。	c
(コメント)	<p>■苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員（2名）を設置し、利用者・家族に説明しています。また、施設内に掲示しています。</p> <p>■苦情内容は、苦情解決委員会を通じて職員間で共有され、サービス向上に活かしています。</p> <p>■苦情内容及び解決結果等についての公表は行われていません。今後は苦情を申し出た利用者や家族等に不利にならない配慮をしたうえでの公表が求められます。</p>	
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)	<p>■談話コーナーや居室を利用して、相談を受けています。また、相談室も設けています。</p> <p>■職員の写真を掲示し、相談や意見を述べたい時には自由に言える呼びかけを行っています。</p> <p>■今後、利用者や家族が相談したい時や意見を述べたい時に方法や相手を選択できることを文書化し、利用者・家族に説明することが望まれます。</p>	
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)	<p>■苦情解決に関する処理要綱を整備しています。</p> <p>■利用者・家族からの要望や意見は、職員間で共有し、改善に向けて取り組みを行っています。</p> <p>■利用者から、車いすへの移乗方法への希望があり、ノーリフト推進委員会で検討し、本人が安心して納得できる介助方法に変更した事例があります。</p> <p>■今後、意見箱の設置、アンケートの実施等、利用者の意見を把握する取り組みが望まれます。</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。		
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)	<p>■毎月、事故対策委員会を実施し、インシデント・アクシデント報告書に基づき、再発防止や改善策の検討を行い、結果を各フロアに発信して周知しています。</p> <p>■事故の発生防止と発生時の対応マニュアルを作成しています。</p> <p>■安全確保・事故防止に関する研修を実施していますが、参加者が少ない状況です。今後は参加できない職員（非常勤職員を含む）への周知の方法を検討することが望まれます。</p>	
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)	<p>■感染症のマニュアルが作成され、定期的な見直しも行われています。</p> <p>■職員は出勤時に手洗い・うがいを実施するように徹底しています。</p> <p>■感染症の研修も実施していますが、今後、全職員に実施できたか確認できる工夫が望まれます。</p>	

	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"> ■消防計画に基づき避難訓練を実施しています。 ■災害時に向け地域と協力して対応できるように、地域ケア会議で協議中です。 ■災害時に対応できるマニュアル（少なくとも台風・地震・火事の3点が盛り込まれた）と災害時の組織的な対応策の整備が早急に望まれます。 ■利用者や職員の安否確認の方法が決められています。今後、マニュアルに明記することが望まれます。 ■非常災害時に備えた、食料や備品類のリストを作成し備蓄することが求められます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■約款（契約書）に記録の複写物の交付について記載し、利用者・家族に説明しています。 ■開示請求を受けた場合の対応方法（利用者本人から・主たる介護者から・主たる介護者以外の親族からの開示請求があった場合等）やマニュアルを整備し、全職員が統一した対応ができる工夫が望まれます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月1度選考会議を開催しています。優先度の高い利用者から入所案内をしています。また、パンフレットに解りやすく案内表記をしています。 ■待機者には相談員が窓口となり、定期的に入所希望を確認しています。 ■対外的な透明性のある入所選考の為に、外部からの委員(第三者委員等)を選任するとともに、外部委員が参加できる日程調整をすることが期待されます。 	

		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。	c
(コメント)	<p>■職員への指導や介護方法の伝達などは、口頭で行い、介護手順・マニュアルは整備されていない状況です。</p> <p>■現在提供している福祉サービス（食事・入浴・排泄等介護の場面）の標準的な実施方法を文書化し、職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし、一定の水準、内容を常に実現することが求められます。</p>	
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。	c
(コメント)	■まずは、現在提供している福祉サービスの標準的な実施方法を文書化することが求められます。	
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)	<p>■ケアプランは、責任者である専任の介護支援専門員が、市販の介護支援専門員業務マニュアルの手順に従って作成しています。施設独自のマニュアル作成が望まれます。</p> <p>■サービス担当者会議は、部門を横断した職員が出席し、専門性を活かした会議となっています。</p> <p>■支援困難ケースについては、他職種間で連携し、役割分担を決め対応しています。</p> <p>■今後、利用者一人ひとりの具体的なニーズをより明示し、さらなる個別ケアの充実が望まれます。</p>	
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)	<p>■モニタリングは、介護支援専門員が各担当者に聞き取り、月1回実施しています。</p> <p>■施設サービス計画の評価・見直しについては、モニタリングと多職種参加のもとにサービス担当者会議を開催し実施しています。</p> <p>■今後、福祉サービス実施計画の評価・見直しに関する組織として決定された手順を定めることが望まれます。</p>	
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)	<p>■介護支援専門員が中心となり、ケアプランを作成しています。入居者と家族の同意を得ています。アセスメント・計画・実施・検討・評価を行い、支援に反映しています。</p> <p>■月1回の会議と課題が生じた時に話し合いをし、記録や申し送りで共有しています。</p> <p>■居宅復帰を希望した例はありませんが、希望があれば対応できる体制があります。</p> <p>■アセスメント実施記録表・施設サービス計画書（1）の記載内容が、サービスの提供を行う際の入居者の個別の情報となるかどうかの検討が望まれます。</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。	
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の身体、生活状況は統一された書式にて把握され、記録されています。 ■情報が全員に的確に届く仕組みとして、申し送りノートや、引き継ぎ時の申し送り伝達等工夫しています。 ■各委員会会議録は、全部署に配布し情報の共有を行っています。 ■記録内容の書き方に差異が生じないように、新入職員に対しての研修は実施されていますが、その他の職員に対してはOJTを通して指導しています。今後も研修の充実が望まれます。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の個人情報の取り扱いについては、個人情報保護規程に沿って、利用者・家族に説明しています。 ■個人情報保護について、新入職員に対しての研修は実施していますが、その他の職員に対しては実施していない状況です。 ■今後、職員（非常勤職員を含む）への個人情報保護に関する研修の実施が望まれます。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■契約時に約款にて、原則として身体拘束を行わないことを説明しています。身体拘束の事例はありません。 ■安全確保・事故防止に関する研修の中でも身体拘束防止について話し合っていますが、参加者が少ない状況です。今後は参加できない職員（非常勤職員を含む）への周知の方法を検討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。
(コメント)	■施設で金銭管理を行っていないため、非該当とします。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ノーリフティングケアを活用し、入居者の意欲を引き出しながら離床や諸機能改善・維持の為に取り組んでいます。 ■利用者の身体の状態や意向・意欲を把握した上で、食事やトイレ・入浴やレクリエーション等への誘導の機会を活用し離床を促しています。座位保持可能な利用者が食事の時に車いすに座ったままの対応でよいかどうかの検討が望まれます。 ■身体の状態に適した車いすやリクライニング型車いす、クッション等を使い安楽な姿勢の保持への配慮をしています。 ■理学療法士と連携をとりながら、生活動作時の生活リハビリを実施しています。

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>■入居者の心身の状況、生活習慣、興味、趣味等の把握に努め、ニーズに応じた生活が送れているかを6か月毎にサービス担当者会議で話し合っています。また、適宜、検討・改善をしています。</p> <p>■タオルをたたむ等の家事やテレビ・ラジオの視聴をしたり、編み物・書道・折り紙等のクラブ活動や花見やクリスマス会等の行事や外出への支援の取り組みをしています。獅子舞い・よさこい・草抜き・1階ラウンジでのいきいきサロン等は地域のボランティアが中心となって実施しています。週1回の移動スーパーがある時には、ラウンジを開放し、そこで買ったものを食べられるようにしています。</p> <p>■施設内のラウンジやイベント会場を活用した支援や、意向に沿った外出の機会を検討することが望まれます。また、ボランティアと協力して取り組む更なる体制整備が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■あらゆる場面で、話しかけながら支援をするように心掛けています。必要に応じて筆談等での会話をしています。食事の席は、入居者同士の会話がしやすいように配慮しています。</p> <p>■言葉遣いや接遇の研修を実施しています。</p> <p>■入居者一人ひとりの思いや希望をケアプランに記載し、実践した日々のケア内容を記録として残すことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■入浴は、週に2回、定期的実施しています。体調に変化がある時は、医務と連携して入浴の可否の判断をしています。臨時に、シャワー浴や清拭・部分浴をする場合もあります。</p> <p>■入浴順は、感染症の有無や意向により変更することがあります。入浴拒否のある利用者には、個別に様々な働きかけをしています。同性介助の要望のある入居者には、できるだけ同性対応をしていますが、要望のある利用者全員への対応が不足しています。検討と対応が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■必要に応じ、医務と連携して支援をしています。排泄リズムや食事と水分摂取等の記録をし健康状態の共有をしています。入居者とのコミュニケーションの中から要望を読み取り、自立した排泄への支援に役立てています。</p> <p>■それぞれの居室内のトイレでの安全の為に、滑り止めマットを使用する場合があります。</p> <p>■夜間は、睡眠パターンに合った誘導とオムツの種類を選択をしています。</p> <p>■排泄介助に使う手袋やオムツ等は、見えないように専用のカバンに入れる配慮をしています。</p> <p>■同性介助の要望を把握し対応策への取り組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ノーリフティングケアを活用し、入居者の心身の状況に合わせて取り組んでいます。 ■職種間で連携を取りながら、情報共有をし、支援をしています。自立歩行と杖や手すり、車いす等を使う場合の、安全に移動する為の工夫と取り組みをしています。 ■福祉用具や車いすの点検を随時しています。定期的な記録の整備が望まれます。 	
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"> ■現在、褥瘡の発生はありません。 ■職種間で連携を取りながら、褥瘡予防の為に、発生リスクの高い入居者への取り組みを実施し、早期発見・早期対応をしています。 	

		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"> ■嗜好調査を年2回実施しています。季節の食材を使ったメニューを取り入れるなどの取り組みをしています。 ■アレルギー食材の有無は、入居時に確認をしています。朝食について、牛乳かその他飲料か、またパンか米飯かの選択を行っています。アレルギー食材を禁止する献立はありますが、要望に応じての選択メニューがありません。取り組みが望まれます。 ■雰囲気の出る食器への検討をしています。今後の取り組みが望まれます。 ■温冷配膳車を活用しています。受診等で食事時間に間に合わなかった場合は、レトルト食品の粥・佃煮やゼリー等を用意しています。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■栄養ケアについては、心身の状態により変更があれば随時検討し、職種間で共有する体制があります。 ■経口摂取状況を維持・改善する為の働きかけが必要な場合に行う取り組み(嚥下体操等)が望まれます。 ■食事時の事故についての対応は、医務が中心となり研修をしています周知徹底をすることが望まれます。 ■座位保持することが可能な利用者が、車いすを使用したまま食事をする事が望ましいかどうかの検討が望まれます。 	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■週2回の歯科診療があり、歯科医・歯科衛生士からの助言は、全体会議で毎月情報を共有しています。診療時には、対応の相談とケア方法の助言・指導を個別に受けています。 ■現在行っている口腔ケアを継続するとともに、助言指導を受けながら、口腔機能を保持・増進するための取り組みが望まれます。 	

		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"> ■現在、終末期の受け入れはしていません。入居時に同意を得ています。 ■入居者が終末期を迎えた場合は、医療機関と連携し家族の同意のもと搬送しています。 ■入居者が終末期を迎えた場合に受け入れるための対応は、段階的に準備をしています。 ■看取りについての研修受講や、平成31年1月に喀痰吸引研修を開催する等の取り組みをしています。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■認知症の周辺症状に、職種間で連携して取り組みとケアをしています。入居者の専門かかりつけ医の助言の中、ケアをしています。 ■抑制・拘束は行っていません。実施する場合は家族等の同意のもとで実施をする体制があります。 ■認知症と心身の状態を配慮したプログラム等への継続した取り組みが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■廊下を散歩したり自由に安全に移動ができるように、ユニットとユニットの間には、物を置かない等の配慮をしています。居室には、使い慣れた置物等を自由に飾っています。部屋の入り口には、表札を使っています。 ■浴室・洗濯機置き場の塩素系漂白剤や洗剤の保管場所と保管方法を、安全に配慮して整備することが望まれます。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個別機能訓練実施計画書をもとに、日々の生活動作の中で意図的な機能訓練・介護予防を行っています。クラブ活動やレクリエーション活動等への参加を通して主体的な機能維持・改善となるようにしています。 ■入居者一人ひとりの生活リハビリが現在の日中の活動で充足できているかの検討が望まれます。 ■入居者の心身の状況に合わせてノーリフティングケアを検討実施し、職種間で連携して取り組んでいます。また、その取り組みと成果をまとめ、研修会で発表しています。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入居者の体調の変化時には、医療機関や管理医師・看護職員等と連携し迅速に対応する体制があります。 ■服薬は、ダブルチェックをする等の誤薬防止についての継続的な取り組みをしています。今後も誤薬をなくすための対策実施の継続が望まれます。 	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■医務が中心となり、感染症や食中毒の発生予防・対策に関する研修は、発生シーズン前に実施し吐物対応のデモンストレーションを行い手順を確認しています。吐物処理セットは各サービスステーションに設置しています。 ■毎月感染症対策委員会を開催し、報告と対策に取り組む体制があります。全職員に周知徹底する工夫が望まれます。 ■職員のインフルエンザ予防接種費用は、施設が負担しています。 ■この1年間にインフルエンザ・ノロウイルスの発症はありません。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■設備・備品・消防関係の点検を毎年及び必要時実施し、記録を残しています。 ■ベランダやユニット間の移動を自由にできるように、整理整頓に心掛けています。椅子やテーブルは、体格に合った物を調整して使用しています。 ■入居者の生活の場が、思い思いに落ち着いて過ごせる雰囲気かどうかの要望を聞くなどの検討が望まれます。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■入居者の身体の状況や日常の様子報告は、変化のあった時や面会・行事の場面で適宜行っています。 ■家族への情報発信が今のままでよいかの要望の把握と検討が望まれます。 	

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松屋茶論の入居者の代理人
調査対象者数	70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松屋茶論を、現在利用されている入居者の代理人70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、48名の方から回答がありました。（回答率69％）

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」
●「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、80%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」
●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
●「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る」
●「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