

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	大阪老人ホームうえだ	
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 杉原 圭祐	
定員（利用人数）	100 名 （うちショートステイ12名）	
事業所所在地	〒 580-0016 松原市上田8-11-11	
電話番号	072 - 339 - 1661	
FAX番号	072 - 339 - 1660	
ホームページアドレス	https://shoutokukai.net	
電子メールアドレス	info@shoutokukai.or.jp	
事業開始年月日	平成 22 年 4 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 48 名	非正規 26 名
専門職員※	介護支援専門員 1名 介護福祉士 31名 ヘルパー2級 5名 正看護師 6名 准看護師 1名 管理栄養士 1名 理学療法士 1名 社会福祉士 4名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室100室	
	[設備等] 食堂10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	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・暮らす中核施設として、安定した運営、機能の充実を図る。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・聖徳会の123年の歴史を通じ、先人たちが築いてきた福祉に対する想いや熱意を後世にも伝えていけるよう、法人の理念や歴史を理解し、利用者の尊厳を大切に日々のケアを行っています。
- ・買い物や余暇活動として外出や季節を感じてもらえるような催しを実施したり、衣類等の訪問販売、訪問美容など業者の受け入れを行ったりして、利用者の暮らしの質の向上に努めています。
- ・施設内で調理した食事の提供を行っており、管理栄養士が中心となり委託業者と連携し、美味しい食事を提供できるよう努めています。
- ・週に2回、施設1階で喫茶店を開いて、季節に応じた軽食を提供しています。また、月に1回、居酒屋として開いたり、地域に開放したりしています。
- ・地域の高齢者、その家族に向けて、配食サービスを提供しています。

【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20日～令和7年12月18日
評価決定年月日	令和7年12月18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

大阪老人ホームうえだは、入居者88名ショートステイ12名、計100名のユニット型特別養護老人ホームです。10のユニットそれぞれの特徴を活かしながら、一人ひとりがその人らしい24時間を過ごしています。看取りの体制を整え、その人らしい最期を迎えることができるようにしています。施設内に喫茶ルームがあり、ご家族と一緒に利用することができます。食事は給食業者に委託して施設内で調理して提供し、ご飯は各ユニットで炊飯しています。施設は近鉄河内松原駅から徒歩15分にあり、周辺は静かな住宅街で大阪府営団地や小学校があります。隣接する府営団地では高齢化が進んでいるため、喫茶ルームを地域に開放して、高齢者の居場所づくりをしたり、配食サービスを行って独居高齢者の見守りや、地域の福祉課題の把握に努めています。近辺のスーパーマーケットが閉店し、買い物等を楽しめる店舗は少ないのですが、訪問販売や訪問美容を受け入れていきます。新たに就任した施設長の下に、社会福祉法人聖徳会120余年の歴史と引き継ぎながら、風通しのよい組織づくりと、インカムの導入や入浴機器更新など業務の効率化を図っています。

◆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。6ヶ月ごとに開催するサービス担当者会議では、各専門職とともに家族も参加して、利用者一人ひとりのケアの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、施設内の各種会議に出席して職員各層の意見を聴くとともに、的確な指示をして経営の合理化に努めています。組織内に各種委員会を設置して、自らも積極的に活動して福祉サービスの質の向上に努めています。

■職員の質の向上

法人内研修や新人研修でキャリアパスを伝達し、人事考課で目標設定と自己評価を行っています。上司とのフィードバックや人材育成日誌による段階的指導を実施し、施設長は人事考課の質向上にも取り組んでいます。

■利用者と地域との交流

外出・外食レクや訪問理美容などを通じて利用者の暮らしを充実させ、保育園と合同で秋祭りや誕生日会の実施、喫茶室の地域開放など地域との交流を広げ、社会参加を支援しています。

■地域の福祉ニーズにあった活動

配食サービスや喫茶クローバーの地域開放で高齢者の居場所づくりに取り組み、地域団体の見学受入れや小中学校の福祉教育、府営住宅の清掃活動を通じて地域との関係づくりを進めています。

■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変更をする場合は、利用者が変更内容を納得することが大切なので、担当職員が提案して、時間をかけて試行錯誤しながら変更しています。

■給食アンケートの実施

食事は楽しみであると同時に体力維持のために重要です。毎月の給食アンケートで各フロアの食事担当者が聞き取った利用者の意見・要望等を、毎月の給食会議時に、介護職員、管理栄養士、委託業者の栄養士で内容を分析検討し、改善に繋げています。

■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。

■毎月のリスクマネジメント体制

担当者が毎月、事故、ヒヤリハットについて詳細に分析し、支援の見直しと、今後のリスク予防策検討の資料としています。毎月各フロアでリスク回避のための目標を設定し、リスクマネジメント委員会で取組を評価し、報告書記載の案件について検証し、今後の再発防止策を検討しています。

■その人らしい快適な生活の保障

ユニットケアにおける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を把握し、その人らしさに配慮しています。居室の個性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。各階のエレベーターホールに面してセミパブックホールを設けて花などを飾り付け、季節感のある雰囲気演出しています。

■食事について

利用者の食器は、自宅で慣れ親しんだ食器を利用しています。調理師によるオープン調理やフロア職員とつくるニコニコクッキングは、食事が出来上がる過程と一緒に楽しむ機会となり、利用者の楽しみとなっています。管理栄養士のいつまでも食事を楽しみ、美味しく食べてほしいという想いを様々な形にして提供していることは高く評価できます。

■ターミナルケア

施設の看取りに関する取組を、看護師やケアマネジャーから丁寧に説明し、同意を得た上で実施しています。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

■より広い視野にわたるコンプライアンス観念

施設長は、施設長研修その他の機会や行政通知から介護関係の法令を熟知して、施設内の各種会議や資料配布を通して職員へ周知しています。今後は狭義の法令のみならず、介護に直接影響しない法令や社会規範など広義のコンプライアンスを組織内に徹底することを期待します。

■福祉サービス実施計画の策定

個人別福祉サービス実施計画の長期目標、短期目標が同じ内容になっている事例が見受けられます。今後は細やかな個別の福祉サービス実施計画の作成を期待します。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設として重点を置いて取り組んでいる「権利擁護」、「リスクマネジメント」、「多職種連携によるケアプランの作成」、「看取り」、「食」、「外出支援」に係る項目において、良い評価をいただけたことは、職員にとって大きな自信になりました。

ご利用者やご家族からのアンケートの中で、レクリエーションやリハビリの機会についてご要望がありましたので、関係機関との連携を通じてより良いサービスが提供できるように取り組みます。また、職員のアンケートの中で挙がってきたさまざまな意見については、法人全体で共有し、働きやすい環境づくりに取り組みます。

第三者評価の受審を通じて、ご利用者、ご家族、職員で協働することの大切さを感じました。今後も皆様と協働し、より良い施設運営を目指したいと思います。

◆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。	a
(コメント)	理念・基本姿勢は、ホームページ（以下「HP」）や事業計画書に記載するとともに、施設内に掲示しています。また、職員詰所には法人の「わたくしの誓い」、施設の「わたしたちの3カ条」を掲示しています。さらに、ミーティングで「理念」と「わたくしの誓い」を週1回唱和し、フロア会議では、「理念」「基本姿勢」「わたくしの誓い」「わたしたちの3カ条」のすべてを唱和しています。施設長はそれでも唱和するだけでは十分ではないとして、研修で法人の歴史や理念等の意味を伝えています。	

		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)	法人が作成した「中期経営計画書2030年計画」には、国や大阪府、松原市等の高齢化の状況や法人の使命と事業計画の方向性（事業戦略）と2030年に向けた10の取組を明記しています。法人の代表者会議で毎月各事業所の実績や課題、収支状況を報告し、法人全体の経営状況の把握に努めており、これと連携して施設では運営推進会議のほか、各係・各フロア会議において、「人」「もの（築15年を経た建物・設備）」「かね（資金）」についての状況と課題、具体的には中堅層職員の充実や多様な職員モデルの育成、顕在化しつつある建物・設備・備品の更新課題を把握しています。	
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)	前項評価のとおり、法人の代表者会議、経営企画会議、そして理事会で把握・共有された経営課題や、これらについての事業戦略および具体的な取組は各施設に下ろされています。施設では、各係・各フロア会議、チーフ会議のほか、役職者や多職種の代表者が参加する運営会議を月1回開催して、施設の経営状況を構造的アプローチと機能的アプローチから明確にしたうえで、具体的な取組を協議して展開しています。職員は、それぞれの担当係や職位に応じて会議に参加して、経営状況や改善すべき課題を理解しています。	

		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)	令和7年3月に策定した「中期経営計画書2030年計画」は、法人の2040年のあるべき姿を見据えて、14の「行動指針」と10の取組を具体的に明記しています。「10の取組」には、それぞれ明確なビジョンと方針を細目にわたり具体的な複数の目標をあげています。施設では、達成できたこと、進捗状況と残された課題を確認しており、その結果を踏まえて中期経営計画書を5年ごとに評価・見直ししています。一般に福祉事業における中、長期計画はそのすべてにおいて数値目標を設定することは難しいものですが、今後はより明確な成果目標を立てることを期待します。	
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)	法人の事業計画（4つの基本姿勢）を基に施設としての事業計画と各課・各係・各フロアの事業計画がしっかりと整合するプロセスで策定されています。令和7年度の基本方針として、地域住民と共に創り・支え・暮らす中核施設として、安定した運営、機能の充実を図ることとしています。法人の中・長期計画と同様に、福祉事業における事業計画はそのすべてにおいて数値目標を設定することは難しいですが、今後はより明確な成果目標を立てることを期待します。	
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)	各年度ごとに、事業計画が法人から施設、各課・各係の流れで整合性を持って策定されています。施設では、年3回、役職者全員が参加する会議で事業計画、中間報告、事業報告について協議・確認しています。その仕組みの中で、計画の評価が現場から逆の流れで報告が毎月上がっており、それに基づいて施設としての事業計画の評価につなげています。このように、事業計画の策定と進捗状況の評価・見直しに全職員がそれぞれの係や職位で関わっていることが評価できます。	
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。	a
(コメント)	法人・施設の理念、基本方針、施設サービスの概要、運営規程や事業計画の主な内容を綴じ込み、各フロアに配置して利用者・家族の閲覧に供しています（以下「フロア冊子」）。また毎年、年度末近くで開催する家族報告会で、事業計画の主な取組を説明しています。お祭り等の各種行事のほか、施設内で実施している喫茶や居酒屋、出張デパートなどの開催案内をチラシやポスターで掲示して利用者等の参加を促しています。今後は、利用者の主体的な意思を催しやレクリエーション企画、生活環境づくりに反映して、利用者の心のさらなる活性化を促すような取組を期待します。	

		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)	利用者一人ひとりに検討チームを組織してサービスの内容の標準化、質の向上に取り組んでいます。6か月ごとに開催するサービス担当者会議では、各専門職とともに家族も参加しています。さらに利用者に顕著な状態変化がある時は、医師の病状説明を踏まえて援助内容を見直ししています。第三者委員との懇談会を年1回開催し、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。法人の中期経営計画書に示された事業戦略と取組に照らして常に状況を把握・分析し、各フロア、各係、各課で事業計画の策定と半期ごとの評価を行っています。	

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)	毎月、各係・各フロア会議を開催して、当月の目標に対する取組の評価と次月の目標設定を行い、業務報告書を作成しています。施設全体としても、毎月チーフ会議、運営会議を開催して各フロア、各係、各課における取組の評価や課題を共有しています。こうした各種会議の記録は文書化され、利用者支援に留まらない組織運営上の課題を明示するとともに計画的な改善策の実施に努めています。	

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。	a
(コメント)	施設長の責任と役割については、法人の「業務管理体制整備規程」のほか災害時のマニュアルやBCPに明記しています。また組織内に課長・係長などの職位を明らかにして不在時の責任体制を明らかにしています。施設長は令和7年4月に、法人内異動で本施設の長に就任した際、組織運営や地域との連携など、重要な課題に関する想いを発信しています。毎月の運営会議のほか、チーフ会議をはじめ各種の会議に出席して、事業運営や管理に関する方針や取組について説明するとともに長としての的確な指示をしています。利用者・家族にも考えを述べて理解を呼びかけています。	
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。	b
(コメント)	法人の「業務管理体制整備規程」に法令遵守責任者の設置や施設長及び職員の法令遵守にかかる責務を明記しています。施設長は施設長研修や法人の会議、関係団体のほか、厚労省や地方行政からの通知など、多岐にわたる機会情報を収集しています。職員に対しては、各種の会議において周知するとともに、就業に関する規程等をファイリングして各フロアに配備し、その理解と徹底を促しています。職員は自主点検表を用いて、法令遵守の状況を確認しています。今後は、福祉に限定しない幅広い分野についての、遵守すべき法令等の把握と組織としての取組を期待します。	
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)	施設長は、施設内の各種会議には積極的に出席するように努め、職員からの報告で状況を把握するとともに的確な指示を出しています。また、参加できなかった会議については議事録を確認して、必要があれば担当職員から詳しく聴き取りをしています。ユニットケア管理者研修を受講し、職員と協力しながら望ましいユニットケアを推進しています。さらに、組織内に各種委員会を設置し、自らもその活動に積極的に参画して目標を定めて取組を実施するとともに、明らかとなった改善課題を研修計画に反映しています。	
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、運営会議やチーフ会議で各課・各係職員と協働して施設の運営状況を把握・分析して経営の合理化や業務の効率化に取り組んでいます。課長以下の職位を明確にするなかで、職員同士の関係性づくりによりチーム力が発揮できる体制を構築するとともに、職員一人ひとりと面談の機会をつくり、心身の状況や職務へのモチベーションや負担感、福祉観やスキルを汲み取っています。職員一人ひとりがそれぞれの専門性を発揮して、良質かつ安定的なケアを継続することが、利用者の入院や永眠による稼働率の低下を抑制するとともに、人材の育成と適正配置に努めています。	

		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)	令和7年度の事業計画では、福祉人材の確保に関する基本姿勢が明文化され、人材確保に向けた方向性が示されています。法人では月1回の人材確保会議を実施し、状況の共有と改善を進めています。採用活動の窓口は人事課が担い、就職フェアやインターンから内定・就職に至るまで丁寧に連絡を取りながらフォローしています。また、職員の出身校を年2回訪問し、卒業生とともに魅力を伝える取組を行うことで、将来の人材確保にもつなげています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	期待する職員像は「わたしたちの3カ条」や「わたくしの誓い」に明記され、職員が目指す姿を共有できるようになっています。法人では人事基準を明確に定め、人事考課制度を導入して職務における成果や取組を評価しています。人事考課は年2回実施され、結果は職員にフィードバックされる仕組みが整っています。処遇については人事考課を基に法人で検討し、適切な対応が行われています。処遇決定の根拠や詳細な評価内容は開示しない方針ですが、制度としては総合的な人事管理が行われています。	
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
(コメント)	勤怠管理システムを用いて勤務時間や有給休暇を管理し、職員の就業状況を把握しています。年1回のストレスチェックを実施し、心身の状態を確認する仕組みもあります。特別な相談窓口はありませんが、日々の関わりの中で相談しやすい関係性づくりが進められています。福利厚生として共済会の加入や慰労会費用の一部負担を行い、案内は掲示物や冊子で周知しています。毎月の労働安全委員会や産業医の職場巡視により環境確認を行っています。毎月一層、働きやすい環境づくりへの取組を期待します。施設長は職員同士、また職員と利用者・家族との良好な関係づくりに力を入れています。	
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
(コメント)	法人内研修では「職員へ期待すること」や「キャリアパス」を共有し、新人研修でも「聖徳会の職員としての姿勢」や「キャリアパスと人事考課制度」を学ぶ機会を設け、育成方針の周知を進めています。人事考課では自己評価表で個々の目標を設定し、半期ごとに自己評価を行っています。評価後には直属上司とのフィードバックの機会を設け、成長につながる対話を大切にしています。新人教育では人材育成日誌を用いて習得すべきスキルを明確にし、段階的な指導を行っています。施設長は考課者による考課基準のバイアス除去など、人事考課の質の向上にも意識を向けています。	
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)	事業計画や理念、「わたくしの誓い」や「わたしたちの3カ条」には、職員に求める姿勢や職員像が明記されています。キャリアパスや研修計画では、職種ごとに必要な研修や受講内容が整理され、体系的な育成が進められています。研修は法人の研修委員会で年度ごとに計画され、内容の評価や見直しが行われています。施設長は、各ユニットから1名が研修へ参加し、学んだ内容をユニット内で共有できる仕組みづくりを検討しています。令和7年度事業計画では「チーム力を発揮する人間性」「多様な人材の育成」「中堅層の育成」を教育・研修の基本方針として掲げています。	

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)	職員一人ひとりの状況は、人事考課の自己評価やフィードバックで把握しています。新任職員には育成マニュアルを用いてフロアチーフがOJTを行っています。しかしながら、フロアチーフや中堅層は夜勤に入るため日勤帯でのOJTが組みにくい点など、勤務体制上の難しさもあります。外部研修は案内が届き次第声かけを行い、参加しやすいようシフト調整も工夫しています。施設長は初任者研修の資格で止まっている職員には介護福祉士を目指してほしいと思っています。研修は年間計画や階層別研修に沿って実施しています。個々のスキルに沿った研修内容の充実を期待します。	
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
(コメント)	法人では実習委員会を設置し、社会福祉士・介護福祉士をはじめとした各種実習を法人全体で受け入れる体制を整えています。養成校によって教育方法が異なる点を踏まえ、他施設の取組を知るためにも養成校が主催する実習懇談会へ積極的に参加し、実習指導の質向上につなげています。事業計画でも実習受入れを位置づけ、育成への姿勢を明確にしています。実習生に向けて「実習の心得」を法人で作成し、オリエンテーションを通じて実習生に丁寧に説明することで、不安なく実習に取り組める環境づくりを行っています。	

		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、第三者評価の受審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、WAMNET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地域の相談窓口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・取引に関する権限と責任が明確に示され、運営の基本的な体制が整っています。職員が入職時に経費手続きなどのマニュアルを職員に配布する必要性を施設長は感じています。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て経営判断の適切さや運営手続きの妥当性を確認しています。令和6年度には初めて監査法人によるプレ監査を受け、経営管理や組織運営に関する指導を得ており、改善に向けた取組が進んでいます。外部専門家の活用により、今後さらに公正で透明性のある運営を期待します。	

		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。	a
(コメント)	令和7年度の事業計画では、地域資源を活用し外出や外食などの交流機会をつくり、楽しみのある生活や社会参加を支援する方針を示しています。近隣保育園との交流では合同の秋祭りを開催し、地域住民や家族も参加する場となっています。利用者の希望に応じた外出レクや外食レクを職員が同行して実施し、訪問理美容や出張デパートを活用して充実した暮らしを支えています。定期的開催する喫茶室を月1回地域に開放し、交流の場を広げています。また、誕生日行事では隣接する保育園の園児が訪問し、温かな交流が続いています。	

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)	法人では、ボランティア受入れの趣旨として、利用者のQOL向上や社会参加の機会づくり、ボランティア自身の活躍の場の提供、そして地域に施設を知ってもらうことを明文化しています。受入規程や活動マニュアル、登録書は整備していますが、施設としてボランティア受入れの基本姿勢の表示や職員への周知は十分ではありません。近隣中学校の職場体験や探求学習の受入れも行っています。また、秋まつりでは学生ボランティアを募集しています。令和7年度には近隣高校との交流も予定しており、地域との関わりを広げながらボランティア受入れの体制づくりが進んでいます。	
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。	a
(コメント)	社会資源一覧表やクリニック一覧表を作成し、職員間で共有することで必要な情報を把握しやすい体制が整っています。施設長は法人を代表して、松原市地域ケア推進会議や包括運営協議会に参加し、意見交換や関係機関との連携を進めています。地元町会とは災害時の連携について協議を重ね、府営団地の高齢化や交流減少の課題に対しては、施設内喫茶室を地域に開放し、住民の交流の場づくりに取り組んでいます。	
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。	a
(コメント)	法人では地域向け介護予防教室「健康スタジオまつばら」や、介護予防をテーマにした「はっするアカデミー」を開講し、地域住民の相談の場としても機能しています。施設では、配食サービスを年中無休で実施し、お弁当の配達を通じて安否確認や困りごとの把握、顔の見える関係づくりに取り組んでいます。また、地域ケア推進会議や地域包括支援センターの運営協議会に参加し、地域の福祉課題や個々の生活ニーズを把握する機会を持ちながら、地域とのつながりを深めています。	
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。	a
(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でも公開しています。また、大阪府社会福祉協議会の「大阪しあわせネットワーク」に参加し、広域的な公益活動にも協力しています。防災訓練の実施、居住支援法人としての支援など幅広い連携を進めています。施設は一人暮らし高齢者への配食サービスや、喫茶クロバーの地域開放による居場所づくりに取り組んでいます。また、地域団体の施設見学、小中学校の福祉教育への協力、府営住宅の清掃活動を通じて地域との関係づくりにも努めています。	

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)	法人の理念や「わたくしの誓い」「わたくしたちの3カ条」を明示し、毎日の朝礼等で唱和することで、利用者を尊重する姿勢を共有しています。人権や職業倫理に関する研修会を年1回実施し、基本姿勢の理解を深めています。各フロアでは不適切な関わりや声かけについて日々共有し、全体会議で話し合いながら改善に取り組んでいます。虐待防止委員会や身体拘束廃止委員会で毎月の取組を評価し、利用者を尊重したサービス提供に向けて継続的な見直しと向上を図っています。	
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ています。人権研修や不適切ケア研修を実施し、毎月の不適切ケア・身体拘束防止会議で取組を確認しています。写真撮影時は、同意を得ていない利用者が写らないよう配慮し、トイレでの声かけも周囲に聞こえないよう配慮しています。排便チェックリストは詰所で管理し、プライバシー保護に努めています。各フロアには権利宣言や外部窓口をまとめた「フロア冊子」を設置し、利用者や家族が閲覧できる環境を整備しています。誕生日掲示もプライバシーの観点から見直しを進めています。	
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ことは難しいですが、HP等を活用して情報提供しています。また、法人内の他事業所（クリニック、居宅介護支援事業所など）の人の目に触れやすい場所にパンフレットを置いています。パンフレットは令和6年4月、介護保険制度の料金変更時には見直しています。今後はパンフレットの写真等を随時更新していきたい意向を持っています。	
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)	利用開始時には、重要事項説明書をそのまま読むのではなく、ソーシャルワーカーとしての視点をもって、利用者、家族の知りたいことを確認しながら丁寧に説明しています。食事形態、移動手段等サービス内容の変更については、利用者が納得することが大切なので、担当職員が提案して、時間をかけて試行錯誤しながら変更しています。家族には変更理由と内容を面会やカンファレンスの時に伝えるほか、必要に応じて介護支援専門員や生活相談員が電話で伝えています。	
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)	入所の前には、生活状況やADLについて細かくアセスメント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や医療情報を精査し、介護支援専門員、看護師が医療ソーシャルワーカーから聞き取りし、サービス実施計画を立案しています。重度化した利用者が特別養護老人ホームで福祉サービスの利用が終了することは、病院や介護医療院等に移動されるか永眠されるケースがほとんどであり、サービス終了の同意書を取り、その際相談窓口を口頭で伝えています。	

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。	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。6か月ごとに実施しているカンファレンスに利用者の参加が望ましいですが難しく、家族から意見や要望を聴取し、必要に応じてサービス実施計画に反映しています。また、年1回家族報告会を開催し、施設の実施等を報告しています。毎月の給食アンケートで各フロアの食事担当者が利用者の意見・要望等を聞き取り記録し、毎月の給食会議時に、介護職員、管理栄養士、委託業者の栄養士で内容を分析検討し、改善に繋げています。今後は食事以外の満足度を把握する取組に期待します。	

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)	重要事項説明書に苦情対応体制、手順、受付窓口を明記し、利用者、家族に周知しています。玄関、各フロアに掲示しているフロア冊子には苦情に関する外部窓口を明記しています。苦情対応マニュアルを整備し職員に周知しています。利用者・家族からの相談や苦情は、施設が受け止めてきちんと解決することが大切と考えており、苦情は記録し、職員間で共有するとともに会議で取り上げ、改善に繋げています。毎年法人で実施する第三者委員との懇談会において報告し、助言を得ていることは高く評価できます。	
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)	重要事項説明書に苦情相談対応体制を、フロア冊子に意見、要望に関する施設の窓口を明記しています。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。利用者同士のトラブル等内容によっては、時に、介護支援専門員、生活相談員、施設長が協議して対応しています。利用者からの相談、意見は介護支援システムに入力し、情報共有しています。利用者からの相談には居室だけではなく相談室を利用する等、プライバシーに配慮しています。外部からの電話は支援課につながり、生活相談員と介護支援専門員が対応しています。	
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。	a
(コメント)	日頃から介護職員は利用者とのコミュニケーションを心がけ、信頼関係を築き、利用者が意見や要望を述べやすい環境に配慮しています。専門職がラウンドする際にも利用者に声をかけ、要望などを傾聴しています。利用者家族からの相談・要望は支援課に伝え、フロアのチーフ・サブチーフも交えて協議し、介護支援専門員や生活相談員が家族にフィードバックする体制になっています。また、対応手順はマニュアルに明記しています。初動のミスが大事に繋がることを念頭に、対応手順や報連相を徹底しています。玄関に意見箱と意見記入カードを配備し、意見を述べやすい体制を整備しています。	

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責任者、担当者を決め、担当者が毎月、事故、ヒヤリハットについて詳細に分析し、支援の見直しと、今後のリスク予防策検討の資料としています。リスクマネジメント委員会では、毎月の各フロアでのリスク回避のための設定目標に対する取組を評価するとともに、リスクマネジメント報告書に記載の個別の案件について検証し、今後の再発防止策を検討しています。報告書は始末書の位置づけではないこと、客観的に事実を捉えて記入することを職員に周知しています。特に慎重を期すべき与薬のリスクに関しては、周知を徹底し、再発防止策を発信しています。	

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)	年1回感染症予防、食中毒研修を実施しています。看護師は法人の感染症委員会での情報を施設に持ち帰り職員に周知し、感染症への意識を高めています。感染症マニュアルには、個別の感染症（47疾患）別に、特徴、感染予防、発生時の対応を記録し、各フロアに配備しています。感染症マニュアルは必要に応じて見直し、更新していますが、新型コロナウイルス感染症が5類になるなどの変化に応じて見直しを行い、看護課が中心になって適切に対応しています。	
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)	災害対策マニュアルを各フロアに配備しています。法人で綿密なBCPを作成し、BCP研修訓練では、参集訓練、備蓄品、受水槽の確認等を実施し、今後の課題について協議しています。備蓄品は、食事形態別に9食分を消耗品と一緒に保管管理し、備蓄水は各フロアに分散保管し、医療関係品は看護課で管理しています。年2回避難訓練を実施していますが、専ら発災時の職員対応が中心となっています。今後は、発災本番で利用者が避難警報など非日常事態に驚くことがないような配慮とともに、地元自治会や他機関との合同訓練の実施を検討しています。	

		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技術マニュアル（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るかを振り返っています。介護技術マニュアルは人権尊重にもとづいた内容になっています。また、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。新入職員は法人主催の1ヶ月研修を受講し、本施設に配属後は、指導担当者が新人育成マニュアルをもとにマンツーマンで指導し、基本的な業務の手順を習得しています。また、育成日誌で支援の振り返りを行っています。	
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。	b
(コメント)	年度末には介護技術マニュアル等を見直しています。毎月のフロア会議で、介護の問題点や疑問点を協議し（食事形態、排泄パットの大きさ、移乗方法、入浴等）、機能訓練指導員や看護師とも相談し、必要に応じてサービス実施方法を変更しています。変更内容は、会議録及び、フロアノートに記録して情報共有しています。変更前には1週間くらい利用者の様子を見て、試行錯誤しながら最善の方法を探っています。サービス実施内容の変更は、フロアの業務マニュアルに反映しています。今後は介護技術マニュアルだけでなく、業務マニュアル等も定期的に見直すことを期待します。	
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)	入所前には介護支援専門員が本人・家族からの情報、施設や医療機関からの情報、ソーシャルワーカーからの聞き取り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策定しています。入所1ヶ月後には、専門職を交えて暫定計画を見直し、新たな計画を作成しています。ただ、個別サービス実施計画の長期目標、短期目標が同じ内容になっている事例がありましたので、今後は細やかな福祉サービス実施計画の作成を期待します。毎月担当の介護職員がモニタリングを実施し、サービス実施状況等を確認し、次の計画に反映しています。	

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) 6か月ごとに介護支援専門員、介護職員、看護師、機能訓練指導員、管理栄養士で福祉サービス実施計画の見直しを行い、カンファレンスで家族に説明すると同時に、家族の要望・意見を聞いて、計画に盛り込んでいます。その他、利用者の状態が著しく変化した場合にも計画の見直しを行っています。見直した計画は記録システムに入力し、プリントアウトした物をフロアで回覧し、情報共有しています。	
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) 各種記録の書式は統一されています。法人でケース記録、リスクマネジメント記録の書き方の研修を実施していますが、日本語の難しさが、文章力の個人差の解消、特に外国籍職員の研修が課題となっています。記録は家族も見るとして、専門用語や話し言葉は避けてできるだけ分かりやすく具体的に書くようにしています。「言葉の言い換え」をフロアに掲示し、言葉の表現の仕方、書き方等のアドバイスを載せています。記録システムを導入し、タブレットを各フロアに2台、各専門職にも配備し、リアルタイムに記録を共有しています。	
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、新人研修でも個人情報の取扱いについて教示しています。重要事項説明書には個人情報保護の方針、契約書には守秘義務について明記し、個人情報の取扱いに関して利用者、家族に説明するとともに、入所時に同意書にサインをもらっています。個人情報は鍵のかかる棚に保管し、PCはパスワード管理、個人USBの使用は禁止、不要な書類はシュレッダーにかける等、個人情報取り扱いには細心の注意を払っています。	

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)	ユニットケアの真髄はその人らしい暮らしを保障することであり、その方の生活歴を大切にすることに他ならないと考えています。利用者一人ひとりのアセスメント表を基に個別ケアプランを職員が共有して支援するとともにモニタリングを継続しつつ、月に1回のフロアミーティングで利用者の状況報告や意見交換をしています。カンファレンスには家族の参加も求め、家族から利用者の生活歴を深く吸収するとともに、支援にも協力いただいて、利用者がよりよい生活を送れるように努めています。利用者の生活機能の維持を大切にし、自らの主体性を保持できるように努めています。	
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、利用者一人ひとり異なる心身状況、生活歴や性格を含めて理解に努めています。自らは意思表示や声を出すことが少ない方にも、目線の高さに注意して聞こえやすい方の耳に話しかけたり、声のトーンを変えるなど、一人ひとりに寄り添って声かけすることを大切にしています。個別機能訓練計画書には生活機能の維持を重視するとともに、コミュニケーションの活性化の働きかけを盛り込んで実施しています。言葉かけには、言い換え表を活用して、利用者の権利侵害や不適切な支援につながらないように意識しています。	
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、「利用者の権利宣言」を会議等で唱和し、玄関ホールや各フロア配置のフロア冊子の1ページ目に記載し、利用者本位の支援を行うことを周知徹底しています。さらに、「ことばの言い換え表」を整備し、不適切な声かけがないように努めています。「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。入所契約書や重要事項説明書には、身体拘束廃止委員会を設置し、権利擁護に取り組んでいることを説明しています。身体拘束や不適切ケアに関する研修を毎年、実施しています。	

		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)	各階のE Vホールには、花や飾り物を飾り、暮らしを彩る室礼（しつらい）を行っています。個室には、それまでの暮らしにおいて大切にしていた物で、その人らしい部屋づくりを家族と共に行っています。共有スペースの清掃等の環境整備には、介護職員だけでなく、シルバー人材の方や間接職員、営繕係等で快適な環境となるように取り組んでいます。各ユニットごとに、季節感を感じることができるよう装飾やソファ等配置を工夫し、利用者の特性に応じた環境づくりを行っています。	

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）	入浴に関するマニュアルを整え、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記載しています。日時の変更や入浴支援のない日曜日に実施する等、利用者の体調や生活リズム、意向を優先した入浴支援が行われています。また、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、清拭を行い、必ず実施記録に残しています。特別に配慮が必要な利用者に関しては、フロア担当者が浴室まで移動介助を行い、口頭にて伝えています。入浴会議を実施し、入浴に関する課題を検討し、毎年、実技を伴う入浴研修を実施しています。	
A-3-（１）-②	排泄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）	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、利用者の尊厳や羞恥心に配慮しています。さらに、生活の場であることを意識して、排泄アセスメントにより、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。排泄の介助時に職員が出入りする際、扉が開いた状態でもトイレ内の様子が見えないようにトイレ前にのれんを下げ利用者のプライバシーに配慮しています。手書きの排便表に排便時間、排便状態を記録し、記録システムにも入力していますが、手書きの方が、個別の管理がしやすい場合もあり、併用しています。	
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。	b
（コメント）	介護職、看護職、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、全職員が連携して支援を実施しています。看護師や機能訓練指導員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。利用者の日常生活のすべてにおいて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。しかしながら、廊下に使用を終えた物品が残っている等、廊下の行き来の支障をきたしているところが見受けられました。障壁を取り除き、より安全に移動が行える環境整備維持に期待します。	

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）	利用者の想いを考慮し食事席を決め、必要に応じて座席配置の変更も実施しています。毎月、食事アンケートや残食調査表等をもとに、管理栄養士、担当職員、委託業者の栄養士と共に会議を実施しています。食事アンケートで出た意見に対しては、一定のルールのもと適切に対応しています。利用者の食器は、自宅で慣れ親しんだ食器を利用しています。調理師によるオープン調理やフロア職員とつくるニコニコクッキングは、食事が出来上がる過程を一緒に楽しむ機会となり、利用者の楽しみとなっています。管理栄養士のいつまでも食事を楽しみ、美味しく食べてほしいという想いを様々な形にして提供していることは高く評価できます。	
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）	食事時間は、決まっていますが強制することなく、利用者の日中のリズムに合わせて提供しています。日中の水分量や食事量もきちんと把握し個別に記録システムに残し、情報共有しています。摂食状況は褥瘡予防にもつながるために、3か月に1度採血検査を実施しています。言語聴覚士からの嚥下状態の評価も含め多職種が連携して一人ひとりに合わせた栄養ケアマネジメントを作成し、食事形態の提供や食事介助方法等の食事支援を実施しています。糖尿病食や個人の好き嫌いに配慮した食事の提供を行っています。	

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）	毎月、歯科衛生士から口腔機能維持管理に係る助言内容として、「高齢者のお口の特徴」「唾液誤嚥」等の指導書が届き、看護師から各フロアに配布し、各フロアごとに口腔ケアに関する目標を設定し支援を実施しています。可能なフロアでは、口や舌の筋肉を使い食べたり飲み込んだりする機能を鍛える口腔体操を実施しています。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、一人ひとりの口腔ケアを実施しています。支援は、歯磨き、うがい、スポンジブラシ、吸引歯ブラシの段階があり、状況に応じて口腔ケアを実施しています。 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	
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）	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認し、褥瘡予防に取り組んでいます。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対応し、特に、入浴時や排泄時に気づきやすいことを看護師からも説明して早期発見に努めています。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ています。機能訓練指導員からは、実技付きのポジショニングやクッションの置き方等の研修を毎年実施しています。言葉で説明が難しい事例の場合は、プライバシーに配慮して、ポジショニング等を撮影し、支援の徹底を実施しています。	
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認し、取組を行っている。	a
（コメント）	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支援しています。資格を持った指導看護師のもとで吸引実地研修が行われています。施設職員だけでなく外部からの参加もあります。利用者に対して実地研修を行い、一定割合以上成功しなければ不合格となる研修を介護職が取得可能となった時点から実施できていることは高く評価できます。胃ろうや経管マニュアル、喀痰吸引業務における役割分担一覧表を整えています。毎月、喀痰吸引と安全対策委員会を開き、内容検討を実施して、支援に反映しています。	
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）	利用者の日常生活動作のすべてが機能訓練であることと、身体機能の現状維持と予防を第一に考え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。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、また、車いすは、あくまでも移動の手段にとらえ、共用スペースでソファなどに座り、過ごすことができるようにしています。看護師や栄養士、機能訓練指導員は、日々のラウンドで、心身状態の変化を記録し、全職員に情報共有を行っています。	

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）	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。個室には、使い慣れた家具の持ち込みを許可し、落ち着いた空間となるように配慮しています。認知症ケア会議等で多職種が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。「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。さらに、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。毎年、認知症に関する研修を実施し、最新の知識を取得しています。	
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）	入浴前の検温、排せつ表、食事量、水分量、体温表を記録システムに記録し、情報共有に努めています。「緊急対応マニュアル」「内服管理マニュアル」を整え、24時間正しい初期対応ができるように看護師とオンコール体制を整えています。薬に関しては、看護職員がダブルチェックを実施した後に各フロアに配薬し、「投薬確認5か条」に沿って、各フロアでも介護職員がダブルチェックを実施して、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、記録システムの申し送りに記入し、各課及び全フロアで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）	施設入所時に終末期の看取りについて事前確認書を用い、施設の方針を説明し家族から同意を得ています。利用者の状態が悪化した場合には、施設医からの説明があり、再度看取りについての家族の意向を確認しています。看取りの意向等の情報は、記録システムに入力し、全職員で共有しています。「看取りに関する指針」に基づく、「ターミナルケアマニュアル」を整えています。さらに、ターミナルケアに関する研修も毎年実施しています。	
		評価結果
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）	年に4回、行事写真を多く掲載し日常の様子を伝える季刊誌を各フロアごとに発行しています。また、年に一度の家族報告会では、季刊誌では報告できない日頃の様子を動画で紹介し、家族からも好評を得ています。家族は、事前予約なしで面会ができたり、半年ごとのカンファレンスに参加する等、様々な機会に職員等に要望を伝えることができます。担当職員は利用者本人と、介護支援専門員と生活相談員が家族等との連携を密にすることで、それぞれの情報を共有し、利用者一人ひとりに対応した支援を実施しています。	

		評価結果
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につき、本評価項目は「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16人 保護者等63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

利用者の半数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10%程度です。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2項目は90%を超える高評価です。

提供するサービスは概ね高評価で、特に自分で行えるよう見守るの肯定度が高くなっています。一方、食事の献立、食事介助は肯定度が低く、「いいえ」が多くなっています。自由意見では朝食が美味しくないと不満の声があります。

職員の態度では日頃の声掛け、気持ちの汲み取りは肯定度が高いですが、職員の言葉遣いや態度、職員の接し方には否定回答が20%挙がっています。職員が優しいという意見もありますが、優しくないと意見も複数あります。

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、脳トレなどは否定回答が20%を超えます。自由意見に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95%と高評価です。個々の項目については、否定的な評価はごく僅かですが、確かな肯定の割合はあまり高くありません。

全18項目中、肯定度が50%を超えるのは5項目です。その中で、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が、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、映像配信などを評価する声が挙がっていますが、一方で職員の入れ替わりが激しく、職員にゆとりがないことを指摘する意見、リハビリを望む意見もあります。

層別に見ると、在所6年以上層で全般的に評価が高い傾向がみられます。長年お世話になっている施設への感謝の思いがその背景にあるのではないかと考えられます。

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