

様式 1

**福祉サービス第三者評価結果報告書**  
**【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】**

**【受審施設・事業所情報】**

|            |   |          |
|------------|---|----------|
| 事業所名称      | 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      | 岩田 敏郎（理事長） 橋本 みゆき（施設長）  |          |
| 定員（利用人数）   | 100 名 ★30-17112名含む  |          |
| 事業所所在地     | 〒 580-0016<br>松原市上田8-11-11  |          |
| 電話番号       | 072 - 339 - 1661  |          |
| F A X 番号   | 072 - 339 - 1660  |          |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.shoutokukai.net/">http://www.shoutokukai.net/</a>                 |          |
| 電子メールアドレス  | <a href="http://www.shoutokukai.net/contact/">http://www.shoutokukai.net/contact/</a> |          |
| 事業開始年月日    | 平成 22 年 4 月 1 日   |          |
| 職員・従業員数※   | 正規 43 名   | 非正規 24 名 |
| 専門職員※      | 社会福祉士2名、介護福祉士33名、<br>介護支援専門員1名、理学療法士1名、<br>看護師4名、准看護師2名、管理栄養士1名、<br>介護職員初任者研修修了者12名   |          |
| 施設・設備の概要※  | [居室]<br>個室 100室   |          |
|            | [設備等]<br>浴室 6、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    | 1 回      |
| 前回の受審時期 | 平成 27 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】

### 【理念】

私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、明るく健康的な生活ができるように精進します。

### 【基本方針】

- I 人と地域を支えるサービスをつくる（利用者・社会に対する姿勢）
- II 人を育てる職場をつくる（福祉人材に対する基本姿勢）
- III 歴史をつなぐ組織をつくる（マネジメントにおける基本姿勢）

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

当施設は従来型特養から平成22年4月に建て替えを行い、全室個室のユニット型施設です。入居者88名、ショートステイ12名で1ユニット10名の方が生活され全10ユニットです。

聖徳会の理念を基本とし、日々、ケアの提供を行っています。介護が必要となっても、誰もが自宅に住み、家族や親しい人と共に自分らしい安心した生活を送りたいと考えています。そのため、たとえ施設に入居しても、その願いをできるだけ叶えることができるよう様々な職種が連携を図りながら、利用者の情報を収集・共有し、本人の意向を尊重し必要とするケアを決定しています。

個別ケアを提供するために、スタッフ全員が日々、自己研鑽に努めています。年25回開催される施設内研修や、認知症介護実践研修、介護福祉士ファーストステップ研修などの外部研修にも積極的に参加し、スキルアップを図っています。さらに、実践を通し学ぶことができるよう、フロアリーダーが中心となり新人職員等への指導育成を行っています。また、キャリアパスシステムの導入やそれらのスタッフの頑張りを評価する人事考課制度を導入し、賞与や昇給に反映しています。

創設者岩田民次郎の「施設がただ死を待つだけの場所であってはならない」という思いを大切に、常に地域に求められる施設づくりを目指し取り組みを継続しています。

## 【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31年1月17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） | 1101A005（運営管理委員）<br>0401A128（専門職委員）<br>0401A172（専門職委員）<br>（ ）<br>（ ） |

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

社会福祉法人聖徳会基本方針「人と地域を支えるサービスをつくる・人を育てる職場をつくる・歴史をつなぐ組織をつくる」を基に、大阪老人ホームうえだでは利用者、家族、地域との連携などに積極的に取り組む施設運営をしています。

施設は個室でユニット構成となっていて、各フロアに訪問すると、利用者の穏やかな雰囲気伝わってきます。また職員の利用者への対応も何の違和感もなく感じとれ、職員に対する教育が出来ていると感じます。

(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

#### ■地域住民との連携強化

毎年の地域住民との防災訓練、毎月の府営住宅内公園の清掃活動、法人の健康スタジオでの出前講座(男の料理教室・ますます健康塾)で積極的に地域住民との交わりを深め、多様な相談に応じる等、施設と住民との関係強化に努めています。

#### ■家族等との連携とケアプラン作成

利用者の家族との面談、ケアプラン作成のためのカンファレンスへの積極的な働きかけを行い、9割を超える家族の参加を達成しています。ケアプランにおいて、家族の意向の反映により具体的に明記され、個々の利用者の支援に活かされています。

#### ■サービス提供に取り組む職員の姿勢

支援困難な事例に対して、利用者の「些細な行動」「しぐさを」を観察し、何が原因か見つけ出す姿勢を各専門分野の職員が持ち合わせており、はじめは困難と思われたことも次のステップに繋がっています。

#### ■認知症ケアと環境整備

職員は法人内研修を受講し理解を深めながら、認知症高齢者の状況に合わせた日常生活支援に取り組んでいます。ユニット出入口は施錠せず利用者の行動範囲を制限しないようにしています。落ち着ける場の確保として共有スペースにイスや座布団を置き、利用者が自由に過ごせるようにしています。施設1階に喫茶室を開き、利用者や家族が利用できるようにしています。また危険物の管理は厳重に行い、共有空間の安全対策を重視しています。

### ◆改善を求められる点

#### ■各課の単年度活動計画

施設内の各課・フロアごとに単年度事業計画を策定していますが、運営会議で課題ごとに対策について優先順位、担当部署、責任者、達成時期、成果目標、行動計画等を決め、月次の評価と見直しを連続した過程でわかるものになるよう、運営システムの見直しと手順の文書化が望まれます。

#### ■利用者満足度調査への取り組み

利用者、家族等への満足度調査は、提供するサービスの質向上に向け具体的に結びつく調査になります。定期的な調査を行う仕組みの整備が望まれます。

#### ■標準的な実施方法見直しと整理

標準的な実施方法について、各サービス提供ごとに作成していますが、定期的な見直しが一部を除き実施されていません。見直しの時期、手順などを定め、定期的に検証・見直しを行うことが望まれます。

#### ■研修における出欠の把握と伝達

研修は計画通り行われていますが、パート職員を含め、全体の出欠状況、伝達ができているかの確認ができる仕組みの構築が望まれます。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、日々提供しているサービス内容について振り返り、自事業所の課題だけでなく強みも確認することができました。受審結果を踏まえ、課題を改善するために取り組みを進めていくことはもちろんですが、自事業所の強みを活かし、ご利用者の生活の質が更に向上するよう、全職員でより良いサービスの提供に努めて参ります。

#### ◆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>■法人理念、事業所理念、基本方針ともに社会福祉法人としての使命や目指す方向性を示し、職員の行動規範となる具体的内容になっています。</p> <p>■法人理念・基本方針は、中期経営計画書、単年度事業計画書に記載しています。</p> <p>■職員の周知に向けて、各詰所とフロアに法人理念・使命、事業所理念を掲示し、毎朝のミーティング、始業前に事業所理念を、毎月の会議で法人理念・使命と事業所理念を唱和しています。さらに年度初めには理念・基本方針の研修会を開催しており、職員のヒアリングでも確認しました。</p> <p>■利用者・家族への周知に向けて、ホームページに創始者の思いや「聖徳会のこれまでとこれから」といった現在に至る過程を写真と共に掲載し、理解しやすい内容に創られています。広報誌の特集や喫茶ルーム、地域交流センター等でDVD放映をするなど、自然な形で伝える工夫が望まれます。</p> <p>■パンフレット・広報誌に理念を記載し配布していますが、基本方針の記載もれがないよう確認が望まれます。</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>■厚生労働省や大阪府の各種公表資料、全国社会福祉法人経営者協議会等の社会福祉事業関係団体からの情報を、積極的に収集し分析しています。</p> <p>■松原市の高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画の情報から、地域の福祉計画の策定動向や内容を把握し、分析しています。</p> <p>■毎月の法人事業運営責任者会議で、各事業所の月次報告（利用者数・利用者像、職員体制、コスト等）から経営状況を分析するとともに、中間事業報告（4月～9月）と年度報告で利用者の推移・利用率・コスト分析等を行い、経営環境や課題について検討しています。</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>■毎月の法人事業運営役職者会議で、各事業所の利用者数、利用者像、職員体制、設備の整備、人材育成、財務状況等について月次報告を行い、経営状況を共有しています。</p> <p>■毎月の法人事業代表者会議（各所属長、財務部長、統括部長、業務部長）で月次事業報告から具体的な経営課題を明らかにし、改善すべき課題について取り組みを検討しています。</p> <p>■毎月の法人事業代表者会議の決定事項については、施設の運営会議（施設長、ケアマネジャー、生活相談員、介護責任者、フロアリーダー、看護責任者、管理栄養士、機能訓練指導員）とチーフ会議で具体的な取り組みについて検討しています。</p> <p>■各フロアチーフは、担当フロアのフロア会議で職員に伝えています。</p> <p>■現在の課題は人材確保で、「現職がいかにかすれば長く定着してもらえるか」に取り組んでいます。</p> |      |

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)

■法人の使命として「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」を謳い、「時代と地域の要請を受けて、適切なサービスを提供します」と、法人中期経営計画（2017年3月～2022年）に示しています。  
 ■事業戦略では、大阪老人ホームうえだについて「全室個室・ユニット型の新型特養の収益は、法人の経営に大きな影響があり、稼働率向上に向けて各事業所の連携ネットワークが不可欠」としています。  
 ■中期経営計画・収支計画の見直しは、法人経営企画会議で中間事業報告や年度事業計画の策定に合わせて行っています。  
 ■中期経営計画の内容は具体的に記載されていますが、数値目標や成果、達成時期の設定について、より具体的な記載が望まれます。

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)

■中期経営計画（2022年計画）に基づいた、平成30年度法人事業計画が策定され、その計画に沿って各事業所の単年度事業計画を策定しています。  
 ■平成30年度事業計画では、「1. 利用者・社会に対する基本姿勢 2. 福祉人材に対する基本姿勢 3. マネジメントにおける基本姿勢」の3つの方針について、行動計画を示していますが、全ての項目に達成時期や数値目標、具体的成果を設定し、さらに具体的な行動計画の提示が望まれます。  
 ■単年度事業計画は、半期、年度毎に報告書を作成していますが、具体的な成果や目標が設定されている項目が少なく、全体に根拠の薄い評価になっています。次の計画に活用できる評価が望まれます。

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。

b

(コメント)

■単年度事業計画の策定手順は、1月下旬～2月下旬に次年度の法人事業計画案に基づいて作成した、各事業所の単年度事業計画案を、法人本部に提出し理事会の承認を受けます。2月下旬～3月下旬に各事業所の単年度事業計画案に基づいて、各フロアのチーフと課長で各フロアの事業計画案を作成し、施設の運営会議で調整後、4月に大阪老人ホームうえだ事業計画書として各課とフロアに配布しています。  
 ■各課とフロアごとに作成した事業計画に基づいて毎月の目標を設定し各詰所に掲示しています。また月次の成果を施設の運営会議で検討後「事業報告」にまとめ、毎月の法人事業運営役職者会議に提出するとともに、半期、年度毎の成果を事業報告書にまとめています。  
 ■平成30年度事業計画書に経営課題と対策を示していますが、運営会議で各課題の対策ごとに優先順位、担当部署、責任者、達成時期、成果目標、行動計画等を決め、月次の評価と見直しが連続したものになるよう、施設内の事業計画の運営システムの見直しと手順の文章化が望まれます。  
 ■各課・各フロアの事業計画については職員参画がみとめられますが、法人の大阪老人ホームうえだ単年度事業計画については、年度初めに各フロア会議で、施設長が全職員に対して「法人の大阪老人ホームうえだ年度計画」を説明し共有することが望まれます。

|  |   |
|--|---|
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <p>■事業計画書・事業報告書・決算報告書を玄関に設置し自由に閲覧可能としています。また各ユニットの計画を毎月の目標として利用者、家族の見える場所に掲示しています。広報誌の春号に施設長の施設運営方針を掲載し、各ユニットに掲示するとともに、全家族に配布しています。</p> <p>■家族会の発足はありませんが、毎年「ご家族との交流会」を開催し、施設の取り組みについて報告しています。平成30年3月の交流会では、感染症の予防対策について説明し、アンケートをしています。</p> <p>■事業計画の要約版を作成し、広報誌と共に全家族に郵送するなど、周知への工夫が望まれます。</p> <p>■月次目標のみを掲示していますが、活動計画表をフロアに掲示し、家族来所時に取り組み状況に対する意見を伺う等、事業計画への参加を促す工夫が望まれます。</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。   | b |      |
| <p>(コメント)</p> <p>■各課と各フロアごとに、事業計画として活動目標を立案し、毎月フロア会議で達成状況を評価するとともに、チーフ会議と運営会議で進捗状況を管理しています。さらに運営会議で調整したものを「業務報告」に作成し、毎月の法人事業運営役職者会議に報告しています。</p> <p>■第三者評価の受審は2回目ですが、毎年の自己評価は大阪府の自主点検表を用いて実施しています。サービスの質の評価については第三者評価の「自己評価シート」が適しており、両者の特性を活かした評価が望まれます。</p> <p>■今回の受審にあたっては、運営会議で取り組んでいます。</p> <p>■サービス検討委員会の4グループが設置されていますが、ケアに限局した活動内容であり、第三者評価受審に際しては運営会議がプロジェクトチームとして事実上の活動をしています。広い意味での福祉サービスの質の向上に向けた組織づくりが望まれます。</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 |      |
| <p>(コメント)</p> <p>■毎年の自己評価は大阪府の自主点検表を用いており、明らかになった課題については各課、各フロアで目標に挙げ、改善に取り組んでいます。利用者のケアについてはサービス検討委員会の「排泄・入浴・食事・レクリエーション」の4グループが活動しています。</p> <p>■前回の第三者評価の受審結果から明らかになった課題については、法人全体の取り組みとして「①理念を広報誌に掲載 ②階層別教育計画の実施 ③目標管理シートの見直し等」を行い、改善しています。</p> <p>■今回は、施設の運営会議のメンバーを中心に職員参加型のプロジェクト活動によって、第三者評価の自己評価シートに沿って見直しを行い、PDCAサイクルを動かしています。</p> <p>■プロジェクト活動によってPDCAサイクルを動かす場合、活動過程がより具体的に分かる活動計画表の作成が期待されます。</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>■単年度事業計画に運営方針と取り組みを示すとともに、毎年広報誌「あっぱれ」の春号に「年度の事業運営に対する思い」を掲載し、自らの役割と責任について表明しています。</p> <p>■施設長の職務分掌として、キャリアパスの階層別職責に役割や責任を規定しています。さらに研修や会議等でも表明し周知が図られています。</p> <p>■有事（災害・事故等）における管理者の役割と責任は、「緊急対策」と「消防」の編成表に示し、不在時の権限委任については職務分掌に規定しています。</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。   | b    |
| (コメント)                       | <p>■職務分掌に管理者に決裁権限が委任されている事柄が詳細に規定されており、利害関係者との適正な関係を保っています。</p> <p>■管理者は、高齢者施設運営に必要な外部研修に参加し、内部研修でも平成30年度の管理者研修「労働局による働き方改革関連法の概要」に参加しています。</p> <p>■平成30年度事業計画に「マネジメントにおける基本姿勢」として、法令遵守の徹底とガバナンスの確立を示し、法令遵守規程（業務管理体制規程）を整備していますが、コンプライアンス委員会による幅広い取り組みが望まれます。</p> <p>■職員研修は、毎年年度初めに「職業倫理」「人権、プライバシー、身体拘束、高齢者虐待」についての研修を実施しています。</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。   | b    |
| (コメント)                       | <p>■管理者は、年1回の大阪府の自主点検表による自己評価と、第三者評価受審結果さらに月次報告等から「福祉サービスの質」について評価・分析しています。</p> <p>■管理者は、把握した課題について施設の運営会議と法人事業運営役職者会議で検討するとともに、単年度事業計画の「1. 利用者・社会に対する姿勢」の項目に取り上げ、具体的な取り組み方針を職員に提示しています。</p> <p>■管理者が提示した単年度事業計画に基づいて、各課とフロアごとに、事業計画として活動目標を立案し、毎月フロア会議で達成状況を評価するとともに、チーフ会議と運営会議で進捗状況を管理しています。</p> <p>■管理者が提示した課題と対策について、優先順位の絞り込み・担当部署・達成時期・成果目標の設定と活動計画表の作成まで、管理者の積極的な参加が望まれます。</p> <p>■利用者のケアについては、サービス検討委員会の4グループ（排泄・入浴・食事・レクリエーション）がフロアチーフを中心に毎月活動しており、チーフ会議、運営会議に報告されます。具体的取り組みとしては、排泄グループの「パッドの見直し」や食事グループの「配膳ミス無くす」などがあります。</p> <p>■職員の教育・研修では、認知症介護実践研修、医療的ケア（喀痰吸引研修）、ユニットリーダー研修、介護初任者研修等への参加を促しています。</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、人事、労務、財務に関するデータを月次事業報告にまとめ、法人事業所責任者会議で報告・分析をしています。データ管理は法人事務局が行っています。</p> <p>■平成30年度事業計画に「2. 福祉人材に対する基本姿勢」で、「トータルな人材マネジメントの実現・職員処遇の向上」と、「職員の確保・育成・働きがいのある職場の実現」に取り組んでいます。特に、ワークライフバランスには法人全体として、職員の出産・介護・看護への配慮を強化し、定着に向けての取り組みに力を入れています。</p> <p>■管理者は、人材確保のプロジェクトチーム立ち上げに参加し、法人事務局を中心に各事業所からチーフ、サブチーフの10名が平成31年3月の就職フェアに向けて積極的に活動しています。</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>■中期経営計画書の「2022年への方向性と事業戦略」に「人間味あふれ、専門性の高いプロフェッショナル集団を追及し続けます」と示し、平成30年度法人事業計画書に「トータルな人材マネジメントの実現」を取り上げ、職員配置体制や育成、処遇向上等を示しています。</p> <p>■法人の人材確保プロジェクトチームは、現状の配置数に働き方改革関連（有給休暇5日）と新規事業を加えた職種と員数を算定し、特に専門職については、現状の介護報酬加算算定数以上を獲得することを基本に求人活動を展開しています。</p> <p>■特養2施設は、新入職員育成の役割を持ち、法人の在宅部門やその他の入所部門の要請に合わせて再配置システムをとっています。</p> <p>■平成30年度は、インターネットの就職情報サイト、就職フェア、養成校の訪問などの求人活動の結果12名が入职し、特養2施設に配置しています。</p>                            |      |
| II-2-(1)-②                             | 総合的な人事管理が行われている。   | b    |
| (コメント)                                 | <p>■キャリアパス、人事考課基準等で「期待する職員像」を示しています。</p> <p>■法人は人事考課制度を導入しており、就業規則とキャリアパスに合わせて新入職員研修で説明し資料配布をしています。</p> <p>■職員の意向・意見は、人事考課の自己評価表の「アピール欄」に記載し、年2回の考課後に目標管理と合わせて面接しています。考課者は一次（チーフ）・二次（介護責任者）・三次（施設長）の三段階で評価し、考課者7名で調整後、さらに二段階の調整をしています。処遇改善の必要性等の評価・分析は本部人事課が管理しています。</p> <p>■考課に当たっては、考課者全員で考課結果の調整をしています。法人人事制度の習熟を基本とした考課者訓練の定期的な実施が望まれます。</p> <p>■職員が自らの将来の姿を示すものとして「キャリアパスモデル（6階層）」にキャリアモデルを示し、目標管理の目標設定に「年間研修計画」と合わせて活用しています。</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。  | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■職員の有給休暇、時間外労働のデータは各事業所で集約し、法人人事課が管理しています。</li> <li>■労働安全衛生委員会を毎月1回開催し、産業医・衛生管理者・各事業所の担当者が参加しています。年1回の健康診断（夜勤者は2回）、インフルエンザ予防接種、労働災害状況や残業時間等の評価・分析、職場環境パトロールの結果報告等を行っています。</li> <li>■毎月の職場環境パトロールは、衛生推進員が行い産業医に報告しています。年に1～2度は産業医のパトロールが望まれます。</li> <li>■メンタルヘルスは、年2回の面接の他に、ストレスチェックを外部委託で実施し、期間を設定して希望者本人が産業医（精神科医）に申し出るように通用口に掲示しています。悩みの相談やハラスメントの相談窓口は入職時に担当者の案内をしていますが、公的な相談窓口の掲示が望まれます。</li> <li>■福利厚生は、大阪民間社会福祉事業従事者共済会や福利厚生センター（Sowel CLUB）に加入、クラブ活動（フットサル・バレーボール）、職員忘年会、ボーリング大会、お花見など法人内のレクリエーションに力を入れています。</li> <li>■ワークライフバランスについては、職員の意向に配慮した勤務体制を整えるとともに、子育て・介護・看護の時短、子育て世代の夜勤免除、3歳まで育児休暇が可能等の配慮をしています。</li> <li>■全職員対象に「働きやすい環境にするには何が必要か」のテーマで2回グループワークを行い、目標を立てて取り組んでいます。職員からは「仕事以外で違った話ができたと好評でした。</li> </ul> |   |

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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■キャリアパスに「期待する職員像」を職能等級別に示し、「管理能力」「職務姿勢」「業務能力」の3項目とキャリアモデルが提示されています。</li> <li>■年2回の人事考課のフィードバック面接（6月と12月）に合わせて、目標管理シートによる目標設定に取り組み、中間面接では進捗状況の確認と下半期の見直しを、各チームが行っています。</li> </ul>   |   |
| 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)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■中期経営計画の方針の中で、「人間味あふれ、専門性の高いプロフェッショナル集団を追及し続けます」と明示し、キャリアパスに「期待する職員像」を職能等級別に示しています。</li> <li>■キャリアパスモデル（6階層）のキャリアモデルに専門技術や専門資格を明示しています。平成31年1月では認知症介護指導者1名、認知症リーダー研修修了者8名、認知症実践者研修修了者8名、ユニットリーダー研修修了者4名が在籍しています。</li> <li>■毎月の法人研修会議に各事業所から担当者が参加し、年間研修計画の策定と実施・評価を行っています。</li> <li>■研修計画の評価・見直しは、研修終了時に参加者が記載した「ふりかえりシート」で行っています。また「ふりかえりシート」は担当講師に回覧し、次回の講義内容の参考に提供しています。</li> <li>■年間研修計画は、毎年年度末に研修会議で行い、次年度の計画立案と講師の選択をしています。</li> </ul> |   |

|  |  |
|--|--|
| 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>           ■個別の職員の知識、技術水準、専門資格の取得状況等は、人事考課の他に資格取得一覧表を作成して把握しています。<br/>           ■新人研修のOJT（職務を通じての研修）は、チューター方式で指導しています。またOFF-JT（職務を離れての研修）で法人研修計画の新人研修、ベーシック研修、フォローアップ研修があります。<br/>           ■平成29年度から法人年間研修計画を、ベーシック研修と中級研修、管理職研修の階層別に変更し、ベーシック研修は全職員対象、中級研修はチーフ・サブチーフ対象、管理職研修は係長以上の管理・経営職対象に分けています。また平成30年度から専門職のソーシャルワークが加えられています。<br/>           ■外部研修の情報提供は職員通用口に掲示し、目標管理に合わせた参加機会を提供しています。<br/>           ■内部研修は、参加機会を多くする目的から同一研修を2回実施し、開催時間についても19時15分開始とし、終了後の「ふりかえりシート」提出者には研修手当を付けていますが、参加率が低迷しています。参加率を上げるための工夫が望まれます。<br/>           ■新入職員の独り立ちを決めるためのチェックシート等の作成が望まれます。         </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>           ■実習受け入れの基本姿勢は、平成30年度法人事業計画の「2. 福祉人材に対する基本姿勢」に、「職員の自己研鑽に役立つ大学等での福祉教育・学習支援、養成機関等と連携等を通じ、法人職員の資質の向上及び次代を担う人材育成を進めます」と示しています。<br/>           ■実習生受け入れについては、マニュアルを整備し、各専門職ごとに（社会福祉士・介護福祉士）プログラムと実習指導者講習会修了者（社会福祉士3名、介護福祉士6名）による実習体制を整えています。<br/>           ■実習プログラムは、法人内の他事業所や生活相談員、看護師、機能訓練指導員など他職種と同行を組み込んだ内容にしています。<br/>           ■大阪介護福祉士会開催の平成30年度実習指導者講習会フォローアップ研修に参加を予定しています。<br/>           ■学校教員の実習巡回時に実習生を交えて実習カンファレンスを行い、教員との連携を密にしています。         </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>■平成30年度法人事業計画書、平成29年度法人事業報告書、平成29年度法人決算書のファイルを、玄関に設置し閲覧できるようにしています。予算書についても公開が望まれます。</p> <p>■法人ホームページに理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、研修関連情報、採用情報、後援会、法人沿革、ロゴマークコンセプト、個人情報保護方針、アクセスマップ、福祉向上のための取り組みの実施状況、苦情件数、決算書、監事報告書等を掲載しています。</p> <p>■ワムネットで現況報告書・財務諸表等の情報、第三者評価受審結果を公表しています。</p> <p>■苦情・相談体制は、重要事項説明書に記載し施設内にも掲示しています。苦情の対応状況については、家族の了解を得た上で施設玄関の掲示板に掲示していますが、今回の調査時には直近の苦情受付がなかったため掲示はありませんでした。苦情の件数はホームページで公表していますが、対応状況の掲示等が望まれます。</p> <p>■パンフレットは入所申込者や介護予防教室参加者に配布し、広報誌は後援会、ボランティア、利用者家族に配布しています。</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。  | b    |
| (コメント)                            | <p>■法人の組織・運営規程（事務・業務分掌）・経理規程等に基づいて、事務全般の職務分掌と権限・責任を明示しています。また職員のルール周知については、事務体制を本部事務局集中型に変更し、経営管理体制強化に取り組んでいます。</p> <p>■事務・経理・取引等については、必要に応じて外部の専門家（経営コンサルタント）に相談し、助言を得ています。</p> <p>■毎年の監事監査は監事2名で実施され、前会計年度実施状況は「概ね適正である」の意見で、指摘事項は「特になし」でした。内部監査については、施設相互の監査など実施方法の工夫による実現が望まれます。</p> <p>■外部の専門家（経営コンサルタント）の活用により、事業、財務に関するチェックを受け、指摘事項に対しては、改善報告書を提出するシステムになっています。</p> <p>■「会計監査人の設置義務の段階施行」に備えて、平成27年に会計監査法人によるショートレビュー（予備調査）を受け、現在準備を進めています。</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。   | a    |
| (コメント)                      | <p>■平成30年度事業計画の「1. 利用者・社会に対する基本姿勢」に、地域との関わり方について示しています。</p> <p>■社会資源の情報提供としては、サービス検討会議でレクリエーショングループが周辺飲食店等の営業日や出前のオーダーストップ時間等を詳細に記載した「社会資源一覧表」を作成し、利用者の希望に合わせて出前の注文等を行っています。また各ユニットに松原市の広報誌、マッサージ、理美容、パンの販売、出張デパート等の掲示をしています。</p> <p>■地域の催しへの参加は、「柴垣神社のたんじり鑑賞会」に9名が参加し、他にも「松原市民祭り」や「松原中学校フェスタ」に職員付き添いで参加しています。</p> <p>■地域住民との交流は、「施設の秋祭り」に地区自治会を招待し、また保育園や小・中学校との交流会を開催しています。</p> <p>■利用者は、地域の飲食店や買い物にも家族や職員と一緒に参加しています。</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。   | b    |
| (コメント)                      | <p>■平成29年度事業計画の社会に対する基本姿勢に、「地域の方との交流や生きがい活動のためのボランティア受け入れを積極的に行う」と謳い、マニュアル等の整備をしています。ボランティアマニュアルに「ボランティア受け入れにあたっての基本姿勢」の明文化が望まれます。</p> <p>■地域の学校教育等への協力は、平成30年事業計画書に挙げており、松原市の中学校から「福祉実習への協力」として、平成30年度に10名の受け入れをしています。地域の学校教育への協力についても基本姿勢の明文化が望まれます。</p> <p>■ボランティアの研修・支援は、毎月開催の「ボランティア会議」が中心に活動しており、メンバーは各拠点事業所の生活相談員5名で、法人全体のボランティアが集まる「ボランティア感謝祭」（平成31年2月予定）、ボランティア広報誌「ぼらぼら通信」（年1回発行）を運営しています。</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。   | a    |
| (コメント)                      | <p>■地域の「関係機関一覧」を作成し、職員間の情報の共有化が図られています。</p> <p>■大阪府社協老人施設部会やケアマネ連絡会での意見交換等から得た情報や、法人運営役職者会議からの情報を、施設の運営会議で共有しています。松原市の種々の連絡会へのさらなる積極的参加が期待されます。</p> <p>■平成25年に広域連携として、日本福祉大学提携13法人と「災害時の連携・支援に関する覚書」を交わし、広域での災害における連携と毎年研修を行っています。</p>   |      |

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。  | b |
| <p>(コメント)</p> <p>■施設の専門職が、法人の健康スタジオに出むき、「男の料理教室」や「ますます健康塾」を地域住民向けに開催しており、地域住民の活動・相談窓口となるよう努めています。「男の料理教室」は管理栄養士が3か月毎に開催しており、地域の男性13～15名が参加しています。</p> <p>■毎年地域住民を招いて防災訓練をしており、平成29年は11名、平成30年は5名の参加があり、「東日本大震災から学ぶ防災の心得」のDVD上映や、防災グッズ、家具の固定、非常食の試食会、避難経路のシミュレーション等の学習会も合わせて行っています。</p> <p>■平成29年、松原市と「災害発生時における福祉避難所の指定及び設置運営に関する協定」の締結をしていますが、詳細についての取り決めは現在確認中です。</p> <p>■平成30年の台風や地震を踏まえ、今後発生するであろう大地震を想定したシミュレーションを確実にを行い、そのシミュレーションに基づいた合同訓練の実施と、福祉避難所の具体化が望まれます。</p> <p>■併設のケアプランセンター連携し、毎月の府営住宅公園の清掃活動への参加を通して、地域住民との関係強化に努めています。</p>   |   |
| 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。   | a |
| <p>(コメント)</p> <p>■法人全体の取り組みとして、松原市の「介護認定審査会」、「地域包括支援センター運営協議会」、「児童福祉審議会」等に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。</p> <p>■民生委員・児童委員等から情報として、第三者委員会や入所判定委員会等の場で具体的福祉ニーズの把握に努めています。</p> <p>■毎年の地域住民との防災訓練、毎月の府営住宅内公園の清掃活動、法人の健康スタジオでの出前講座等で積極的に地域住民との交わりを深め、多様な相談に応じる等、施設の機能を知ってもらうための努力をしています。</p> <p>■大阪府社協老人施設部会の社会貢献事業「大阪しあわせネットワーク」に参画し、CSW（コミュニティソーシャルワーカー）による「制度の狭間の生活困窮者」への支援をしています。生活困窮者自立支援法に基づく就労訓練事業では、一般就労に向けた支援を行っており、平成29年度は1名を受け入れています。</p> <p>■緊急受け入れについては、平成29年度は8件あり、各課連携を図り迅速、適切に対応しています。また当施設は在宅介護支援センターの機能を有していますが、相談事業についても取り組んでいます。</p> <p>■松原市の要請に応えて、安否確認を兼ねた「配食サービス」を実施しています。</p> <p>■法人は、大阪府下の各事業所の要請に応え「認知症介護実践研修（実践者研修・リーダー研修）」を開催するとともに、「介護初任者研修、実務者研修のスクーリング部分」の委託を受け実施しています。</p> |   |

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"> <li>■利用者を尊重したサービス提供について、理念に明示し、標準的な実施方法に反映しています。</li> <li>■身体拘束、虐待防止について、身体拘束廃止委員会が定期的開催され状況の把握、評価、必要な対応が行われています。</li> <li>■利用者の尊重、基本的人権について研修が行われています。参加者については確認出来ますが、職員全体の参加率が把握できません。パート職員を含めての参加、参加できなかった職員への周知、伝達を把握できる一覧表の作成などの仕組みの構築が望まれます。</li> </ul>  |      |
| 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"> <li>■プライバシー保護についてマニュアルが整備され、新規入職時また定期的に研修が行われています。参加者については把握はできますが、職員全体の参加率が把握できません。パート職員を含めた参加、参加できなかった職員への周知、伝達を把握できる一覧表の作成などの仕組みの構築が望まれます。</li> <li>■利用者、家族へのプライバシー保護、権利擁護についての説明は入所時に行っています。</li> <li>■不適切な事案へは、サービス検討委員会、フロア会議で対応していますが、対応手順についての文書化が望まれます。</li> </ul>  |      |
| 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"> <li>■福祉サービスの提供に必要な情報について、ホームページ、パンフレット等で公開しています。また内容については、適宜見直ししています。</li> <li>■見学、相談について丁寧な説明内容を確認できます。書式として、説明資料の列記がありチェックをするようになってはいますが活用されていません。活用が望まれます。</li> <li>■体験入所については、ショートステイで対応しています。</li> <li>■近隣の居宅介護支援事業所に施設紹介のパンフレットを持参し、説明が行われていますが、設置までには至っていません。多くの人が入手できる場所の選定など工夫が望まれます。</li> </ul>            |      |
| 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"> <li>■サービス利用開始、変更時に説明し同意を得る際は利用者の自己決定を尊重しています。</li> <li>■サービス開始、変更時の説明資料の利用者、家族に理解しやすい工夫は、契約時に全文読み上げて説明など一部行われていますが、他の想定される内容での工夫についても検討が望まれます。</li> <li>■入所契約時、介護保険改定に伴う変更時、ケアプラン等の説明についての手順書を作成し、急な場合でも対応できる体制が望まれます。</li> <li>■意思決定が困難な利用者への配慮について、成年後見制度の利用などカンファレンスにて適宜取り組んでいますが、手順書の作成などルール作りが望まれます。</li> </ul> |      |

|   |  |   |
|---|--|---|
| 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)                                    | <p>■利用者の入院、他施設への移行、家庭への移行について、継続性に配慮した手順と引継ぎ文書を定めていますが、詳細が明記されていません。担当職員以外でも対応できる、移行先別の引継ぎ文書名などの記載が望まれます。</p>  |   |
| 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。  | b |
| (コメント)                                    | <p>■利用者満足度に関する調査は、食事について毎年実施しています。他のサービスに関する調査は定期的に行われていません。家族懇談会の在り方、家族等の面会、カンファレンス開催時の活用など、サービス向上、改善への取り組みを組織として位置づけて実施する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。   | b |
| (コメント)                                    | <p>■苦情解決の仕組みとして、苦情解決体制要領、苦情解決実施要領が定められています。第三者委員は8名選任しており、毎月1回意見交換会を実施しています。</p> <p>■苦情解決の仕組みについて、利用者、家族への説明は重要事項説明書で行われています。重要事項説明書に担当者を明示していますが、責任者、第三者委員も記載するか、別文書での説明の工夫が望まれます。</p> <p>■苦情申し出に対し、受付から解決に至る経緯を記録として残しています。</p> <p>■苦情申し出者に配慮し、内容を掲示し公表していますが、掲示期間は公表という意味で見直しが望まれます。ホームページでは申し出件数のみ記載があります。内容の公表も仕組みの一つとして検討が望まれます。</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。   | a |
| (コメント)                                    | <p>■利用者が相談、意見を申し出しやすい環境づくりが行われています。複数の相談者、第三者委員も含めた文書の掲示があります。</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>■相談・意見の受付から解決までの対応は、苦情処理対応と同等で行う仕組みになっていますが、同等扱いの明示として、苦情要領等の表題に「意見、相談」の項目の記載が望まれます。</p> <p>■職員に対し、日々のサービス提供時に個々の利用者から聞き取りを行うように周知し、積極的に把握するようにしています。また第三者委員の懇談会でも利用者からの相談や意見を取り上げ、サービスの向上に努めています。</p> <p>■標準的な実施方法（対応マニュアル）の定期的な見直しが望まれます。</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>■緊急対応マニュアルが整備され、事故発生時の対応、安全確保についての責任と手順が明確になっています。</p> <p>■利用者の安心、安全を脅かす事例の収集が積極的に行われ、発生要因の分析、改善策、再発防止に取り組む委員会がありますが、類似的なリスクマネジメント報告があります。再度、改善策、再発防止を含め職員への周知徹底が望まれます。</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>■感染症対策について、管理体制が整備され、感染予防、発生時の対応の指針があり、職員への周知が行われています。指針等の見直しは定期的に行うことが望まれます。</p> <p>■法人全体で感染症委員会にて、感染症予防、安全確保について検討し、各施設での伝達が行われています。</p> <p>■インフルエンザの予防接種は行われていますが、職員は希望者となっています。アレルギー等体質の関係で接種出来ない職員への予防対応等も含め、職員の体調管理について検討することが望まれます。</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)                       | <p>■地震、火災、風水害などの災害時の対応が決められていますが、災害発生時に利用者が避難したかの最終確認を行う仕組みについて、複数回確認しないで済む方法等の検討が望まれます。</p> <p>■食料等の備蓄について管理者を決め、リストを作成しています。備蓄品の数、消費期限などの確認を行ったかのチェックリストを作成して管理し、そのチェックリストを備蓄庫、スタッフルーム等へ設置することが望まれます。また食料の備蓄は利用者の2食3日分となっています。利用者、職員を合わせた3食3日分の備蓄が望まれます。</p> <p>■防災訓練は近隣の住民の参加があり連携的な訓練として行われています。</p> |   |
| 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)                       | <p>■サービス提供の開示請求は今までありません。開示請求された場合の対応の手順が定められており、求めに応じられる体制があります。</p> <p>■利用者、家族への説明は入所時に重要事項説明書で行われ、同意書にて同意を得ていますが、同意書の項目にない部分の説明も含め、利用者本人、主たる介護者、それ以外の関係者など3者への説明手順について整備することが望まれます。</p>   |   |
| 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。  | b |
| (コメント)                       | <p>■施設サービスを受ける必要性が高い利用者が優先的に入所できるよう、入所選考指針を作成し、第三者委員の参加を得て毎月1回入所選考委員会を開催しています。</p> <p>■入所選考指針や説明資料等はわかりやすく記載し、会議資料として入所選考委員等に配布する、施設入所希望者に手渡しする等の取り組みをしていますが、一般に公表はしていない状況です。入所選考に係る指針や説明資料等はインターネットホームページや施設ニュース等で公表し、誰でもが閲覧できるようにすることが望まれます。</p>   |   |

|   |   | 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)                                  | <p>■標準的な実施方法が文書化されています。また実施方法には利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護についての姿勢を明示しています。</p> <p>■標準的な実施方法の研修、個別指導について、新人研修、新人担当者によるOJTを行い周知徹底を行っていますが、現任の職員についても再徹底することが望まれます。</p> <p>■標準的な実施方法に基づいて実施しているかは、フロア会議、サービス検討グループ会議による確認を行っていますが、職員本人対象によるアンケートなど、日頃の実施についての把握と思い起こしを図るなどの取り組みが望まれます。</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。   | b    |
| (コメント)                                  | <p>■サービス検討グループにて改善策を検討していますが、一部に留まっています。標準的な実施方法の検証・見直しを行う時期、方法について組織として策定し、定期的の実施することが望まれます。</p> <p>■検証・見直しにあたり、施設サービス計画の内容を標準的な実施方法へ反映するべきかは、運営会議、フロア会議で検討していますが、反映に至った事例はありません。今後は利用者等も含めた取り組みが望まれます。</p>  |      |
| 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)                                  | <p>■組織で定められた手順、様式で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。</p> <p>■部門間を横断した職種の関係職員によるアセスメント等について協議を行うとともに、サービス実施計画の策定のカンファレンスが行われ、家族等の参加は9割を超えています。</p> <p>■サービス実施計画通り実施出来ているかの確認も所定の記録にて行われ、支援困難な事例への対応も積極的に行われています。</p> <p>■支援困難な事例に対して、利用者の「些細な行動」「しぐさ」を観察し、何が原因か見つけ出す姿勢を各専門分野の職員が持ち合わせており、はじめは困難と思われたことも次のステップに繋がっています。</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。  | a    |
| (コメント)                                  | <p>■サービス実施計画の作成から同意、実施、見直しの手順が決められ実践されています。また職員への周知は会議、引継ぎノートで行う仕組みになっています。見直しは6か月毎に行っています。</p> <p>■サービス実施計画を緊急に変更する場合の対応は出来ています。手順について、ケアプラン作成マニュアルに記載していますが、より詳しい手順の加筆が期待されます。</p>  |      |

|                                |   |   |
|--------------------------------|---|---|
|                                | <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。</p>  | b |
| (コメント)                         | <p>■施設サービス計画書は利用者一人ひとりの意向や家族の希望等を尊重し、自立支援の方針に沿って作成しています。サービス担当者会議を開催し、カンファレンスには家族や後見人の参加を呼びかけ、日程調整をして多くの参加を得ています。サービス実施計画は利用者・家族等へ説明を行い、同意書にサイン・押印をもらっています。</p> <p>■施設サービス計画書は、自宅復帰も考慮して生活リハビリを取り入れ、利用者の帰宅願望等を尊重した内容にしています。</p> <p>■施設サービス計画書は、責任者を定めユニットミーティング等で確認し共有していますが、一部にサービスの提供が行なわれていない等の状況が見られます。サービス提供内容については全職員が理解し、確実に提供できるよう職員間で取り組むことが望まれます。</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。 |   |   |
| (コメント)                         | <p>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。</p> <p>■利用者の身体状況、生活状況を組織が定めた統一様式で記録し把握しています。</p> <p>■記録の書き方についての研修が行われ差異が生じないようにしていますが、OJTによる指導を行い、個人による差異を無くすためにも、個別指導を行うことが望まれます。また記録漏れ等で重複のサービス提供によるリスクマネジメント報告あります。記録漏れをなくす工夫が望まれます。</p> <p>■情報共有を目的とし、部門を横断した職員による協議が行われ、職員への周知に向け会議、ミーティング、連絡ノートを活用しています。</p> <p>■パソコンによる施設内ネットワークの活用が一部の業務にとどまっていますので、さらなる活用が望まれます。</p>     | b |
| (コメント)                         | <p>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。</p> <p>■個人情報保護規程等により、責任者が設置され利用者の記録の保存、情報提供の取扱いは明確になっていますが、保管、廃棄についての文書確認がとれません。明確化が望まれます。</p> <p>■記録の管理について、個人情報保護の観点からの研修が行われています。参加者の把握は出来ませんが、職員全体の参加率が把握できません。パート職員を含めた参加、参加できなかった職員への周知、伝達を把握できる一覧表の作成などの仕組みの構築が望まれます。</p> <p>■利用者、家族への説明は入所時に重要事項説明書で行われ、同意書にて同意を得ていますが、同意書の項目にない部分の説明も含め、利用者本人、主たる介護者、それ以外の関係者など3者への説明手順について整備することが望まれます。</p> | b |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■身体拘束は行われていません。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。身体拘束ゼロ宣言は重要事項説明書に記載し利用者、家族へ説明していますが、施設内掲示、ホームページ等で宣言するなどの取り組みが望まれます。</li> <li>■身体拘束廃止委員会が定期的開催され、不適切な介護やグレーゾーンについても検討しています。</li> <li>■利用者の家族から、転倒等のリスクを考慮して身体拘束の申し出があっても、施設の対応として話し合いを行い、理解を得て身体拘束を行っていません。</li> <li>■施設内研修を年1回、職業倫理の研修で行っており、参加者の確認はできますが、全体像が把握できません。パート職員を含め、出席できなかった職員への周知伝達が行われたか確認出来る仕組みの構築が望まれます。</li> <li>■外部研修参加は「復命報告書」で確認できましたが、伝達が行われたかの確認ができませんでした。外部で知り得た内容について、伝達研修等の開催が望まれます。</li> </ul> |   |
| Ⅲ-2-(4)-② 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。  | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■入所者所持金等管理取扱要領に基づき、管理、点検、収支状況の報告が行われています。</li> <li>■自己管理している人は現在いません。今後を見据えて保管場所の検討が望まれます。</li> <li>■成年後見制度の利用を視野に入れた検討を、運営会議、カンファレンスで行う仕組みがあります。</li> </ul>  |   |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■機能訓練指導員に理学療法士を配置し、個別機能訓練計画書を作成して寝たきり予防に取り組んでいます。離床時間等については利用者の希望に沿いながら看護職員、介護職員と連携し、褥瘡予防と合わせた取り組みをしています。</li> <li>■食堂で皆と一緒に食事をする、テレビを見たりレクリエーションに参加する、トイレでの排泄をする等、利用者の意欲を大切にしながら進めています。</li> </ul>   |   |

## 高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

|           |   | 評価結果 |
|-----------|---|------|
| A-1 支援の基本 |   |      |
| A-1-①     | 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。  | a    |
| (コメント)    | <p>■サービス検討グループを設け、排せつ・入浴・食事・レクリエーションの4チームに分けて責任者を決め、サービスの質の向上を目指した取り組みをしています。</p> <p>■利用者一人ひとりの状況や希望に沿った一日の過ごし方ができるように工夫しています。年間行事での外出支援、個別希望に沿った外出支援、地域ボランティアの協力を得た楽しみごと支援、ユニット毎の食事づくりやレクリエーション企画、週2回の喫茶室開店、朝夕の着替え、安全で快適な入浴支援、排せつの自立支援など、職員は利用者の意欲を高め生活を楽しめるように取り組んでいます。</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>■利用者の思いや希望を聴き取ったり、日常会話の中で把握しています。意思表示が困難な場合には筆談をしたり、表情で理解するなど、一人ひとりに合わせた対応をしています。</p> <p>■接遇に関する研修を実施して、コミュニケーションの重要性を認識し、言葉遣いに対する配慮や節度ある対応を心がけています。日常支援の中で利用者が話したいことを話せるように、個別に声かけを行い相談室に案内するなど、話しやすい雰囲気作りをしています。</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>■サービス検討グループに、入浴サービスの質の向上を図るためのチームを作り、年間を通じて入浴支援について検討しています。看護職員や機能訓練指導員等と連携し、感染症発生時の対応、水分摂取、スキンケア、利用者の状態に沿った入浴設備の活用等について検討し、利用者が安全に気持ち良く入浴できるように工夫しています。</p> <p>■利用者の意向に応じて、また利用者の健康状態を考慮して、入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも、入浴あるいはシャワー浴等ができるよう調整しています。</p> <p>■同性介助の希望があれば対応し、利用者が自力で入浴できる場合でも、安全のための見守りを行っています。安全確保のために、ユニット間で協力し合い入浴介助者数を増やすなど、状況に沿った支援をしています。</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。  | b    |
| (コメント)   | <p>■排泄サービスの質の向上を図るために、排泄サービス検討グループ会議を開催し、利用者の排せつ自立を目指した取り組みをしています。</p> <p>■排せつ誘導や介助にあたっては、利用者の尊厳や羞恥心に配慮した支援をしています。</p> <p>■尿意や便意の訴え、おむつ交換の要望に対しては、できるだけ早く利用者の希望に沿って対応できるようにしています。おむつ交換を行う際には、皮膚の観察、清拭等に努め、必要時にはシャワー浴を行うなどしています。</p> <p>■トイレ内での転倒、転落を防止する等、排せつ介助を安全に実施するための取り組みをしていますが、一部には転倒や打撲等の課題が残っています。チームワークを高め、今後もさらに取り組みを強化することが望まれます。</p> <p>■自然な排せつを促すために、排せつリズムの把握、適度な運動、食事内容、水分摂取等に配慮しています。排便が困難な利用者には下剤や座薬の投与をしていますが、一部に下剤の重複投与等、不適切な対応がみられます。チームワークを高め、適切な対応を行うことが望まれます。</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) | <p>■機能訓練指導員を中心に、家族と相談しながら利用者の状況に沿った車イスや歩行器等を準備しています。</p> <p>■車イスや歩行器、杖などを使用する利用者が安全に移動できるように、廊下等には物を置かないよう配慮しています。</p> <p>■福祉用具については不具合が生じた時に随時点検を行っていますが、定期的に点検や整備を行う取り決めはしていない状況です。担当者を決めて定期的に点検を行い、記録に残して職員間で共有することが望まれます。</p>  |   |
| A-2-④  | 褥瘡の発生予防を行っている。   | b |
| (コメント) | <p>■月1回褥瘡予防委員会を開催し、「褥瘡対策のための指針」に沿って褥瘡予防に取り組んでいます。利用者の皮膚の状態観察や記録は綿密に行い、職員間で共有し課題があればすぐ対応策を考えて応急処置をするなど予防に努めています。</p> <p>機能訓練指導員を中心に、体位交換や座位の保持、関節可動域訓練やマッサージ、拘縮の予防等を行い褥瘡の発生予防をしています。</p> <p>■入院等により褥瘡が発生した場合には各職種が協力して栄養状態の改善、体位交換、エアマットやエアクッション等を用いて改善に取り組み、治癒した事例も確認できました。今後は原因が明確でない傷や皮下組織のずれが起きないように取り組むことが望まれます。</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>■職員はユニット毎に利用者の声を聞き取り、毎月食事アンケートに記載して給食会議等で反映しています。選択食は毎週取り入れ、事前に利用者の希望を聞き取り、希望に沿った副食を提供しています。利用者の目の前で調理する対面調理では利用者の希望に沿って献立を作り、季節感のある食材を使った料理を提供しています。</p> <p>■旬の食材として新鮮な果物を増やすよう取り組んでいますが、さらに提供回数や種類を増やすことが期待されます。</p> <p>■利用者の意向や状況に応じてテーブル席の配置をしたり、音響を楽しめるようにしています。</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。   | b    |
| (コメント)  | <p>■特別食、療養食等、利用者一人ひとりの状況や体調の変化に合わせた形態での食事提供をしています。医師や機能訓練指導員、言語聴覚士とも連携して、嚥下に適した姿勢を保持できるようにしています。食事時の事故予防に努めていますが、アレルギー食の提供等については課題が残っています。今後はさらにチームワークを高め、利用者の状況に合わせた対応と工夫が望まれます。</p> <p>■利用者一人ひとりの栄養状態を血清アルブミン値等の数値も合わせて確認し、栄養ケア計画書を作成しています。リスク改善した事例もあり、栄養ケアマネジメントは利用者の状況に沿って適切に行われています。</p>  |      |
| A-3-③   | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。   | b    |
| (コメント)  | <p>■利用者の口腔清掃の自立状況を把握し、必要に応じて、義歯の着脱、清掃、保管等について援助しています。確認が困難な場合には歯科医師の診察や歯科衛生士の助言・指導を受けて、口腔の状態を確認し、必要な場合には治療につなげています。咀嚼や嚥下機能の低下している利用者には、月2回言語聴覚士の指導を受けて口腔機能を維持・改善するための取り組みをしています。</p> <p>■利用者の状況に応じた口腔ケアに取り組んでいますが、一人ひとりに応じた口腔ケアの計画作成には至っていません。今後は利用者一人ひとりの状況に合わせた口腔ケア計画を作成することが望まれます。</p> <p>■口腔ケアに関する研修として、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士の個別指導を受けていますが、今後は職員研修の一環として研修会を開催するなどの取り組みが望まれます。</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。  | a    |
| (コメント)     | <p>■ターミナルケアマニュアルを作成し、終末期支援を行う方針を明確にしています。利用者が終末期を迎えた場合には医師から家族に病状説明を行い、終末期ケアの希望を確認して書面に残しています。</p> <p>■終末期支援については介護職員が研修を受けて吸引資格を持ち対応していますが、夜勤等で吸引資格のある職員がいない場合には他フロアから応援できるよう勤務体制を組んでいます。</p> |      |

|           |  | 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)    | <p>■利用者が日常生活の中で、洗濯物たたみや下膳等、それぞれが得意なことで役割を持てるように支援しています。また外出やレクリエーション等を通じて生活を楽しめるようにしています。身体拘束やスピーチロックは行っていません。</p> <p>■認知症実践者研修、認知症リーダー研修等に積極的に取り組み、法人内研修を受けて認知症の医療やケア等について最新の知識や情報を得られるようにしています。関係職種が連携して周辺症状についての話し合いと支援内容の検討を行い、日常支援に活かしています。</p> |      |
| 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)    | <p>■職員は法人内研修を受講し理解を深めながら、認知症高齢者の状況に合わせた日常生活支援に取り組んでいます。ユニット出入り口は施錠せず利用者の行動範囲を制限しないようにしています。落ち着ける場の確保として共有スペースにイスや座布団を置き、利用者が自由に過ごせるようにしています。施設1階に喫茶室を開き、利用者や家族が利用できるようにしています。</p> <p>■危険物の管理は厳重に行い、共有空間の安全対策を重視しています。</p>                            |      |

|               |  | 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)        | <p>■機能訓練指導員として理学療法士を配置しています。機能訓練指導員は利用者・家族の意向を汲み取り、医師や言語聴覚士等と相談しながら、利用者一人ひとりの状況に沿った個別機能訓練計画書を作成し実施しています。実施状況は毎月確認して評価し、3か月毎に見直しをしています。</p> <p>■利用者の状態に合わせて調整した車イス、歩行器等を提供し、利用者が主体的に動き回れるような環境作りをしています。また、車イスから固定イスに移乗して食事をするなど、日常生活動作の中で利用者が生活力を高められるよう取り組んでいます。</p> |      |

|               |  | 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)        | <p>■利用者の体調変化や異変に気付くための観察を行い、異常があれば看護職員へのオンコール、必要があれば医師へのオンコール体制を整えています。</p> <p>■利用者の服薬支援については看護・介護職員が連携して取り組んでいますが、各ユニットで誤薬が多く見られます。一部には記録が適切に行われていないための重複投与等も見られます。適切な服薬管理と記録の徹底が望まれます。</p>   |      |
| 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)        | <p>■月1回開催される法人主催の感染症予防委員会に責任者が出席し、その内容を運営会議等で報告し課題があれば対応しています。施設内では看護職員を責任者とし、感染症対応マニュアルに沿って感染症・食中毒予防対策を行っています。過去1年以内に感染症・食中毒の集団発生は起きていません。</p> <p>■感染症対応マニュアルでは、職員の健康状態をチェックし、インフルエンザ等体調の変化がある場合には自宅待機や自宅療養を行うなどの取り決めをしています。また、職員家族に異常があれば原因を特定するまで「自宅待機」等の取り決めをしています。マニュアルの記載内容が大まかで、一部判断に困るような状況も見られます。感染症対応マニュアルを具体的でわかりやすい内容に改定することが望まれます。</p> <p>■施設内研修を年に2回実施し、感染症予防について周知徹底しています。</p> <p>■ノロウイルス感染症対策として「ノロ対応セット」を準備しています。「ノロ対応セット」は嘔吐物等の処理用品をひとまとめにして各フロアに配置しており、職員間で共有し速やかに活用できるように使用訓練をしています。</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。  | b    |
| (コメント)    | <p>■建物・設備の定期点検を行い、問題点があれば改善するなど、快適性や安全を維持する取り組みをしていることを建設設備定期検査報告書で確認しました。冷暖房の点検はシーズン前に年2回実施しています。厨房等、給食設備については食品衛生管理点検表を用いて自主点検を行い適切に対応しています。</p> <p>■車イス等の備品については不具合を感じた時に整備を行い、併せて周辺の車イスも整備・点検するなどの対応をしています。定期的な点検を行う取り決めはしていない状況です。利用者が使用する備品については定期的な点検を行い、記録に残して職員間で共有することが望まれます。</p> <p>■談話スペースを廊下の一部に確保したり、施設内に喫茶室を開いて利用者が家族等と気分転換できるようにしています。</p> <p>■施設内は全館禁煙としていますが、利用者が喫煙を希望する場合には施設建物外敷地内で喫煙できるように配慮しています。</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>■家族面会時には利用者の状況を説明し、意見や要望を聞いています。季刊誌を年4回発行し、行事を行った際の写真等を掲載して利用者の生活状況を共有しています。月別予定表、行事予定表等を掲示し、家族等に手渡しするなどして行事への参加も呼びかけています。</p> <p>■ケアプラン作成時にはカンファレンスへの参加を呼びかけ、日程調整をして家族等の参加を得ています。家族の意向はサービス計画書に記載し、支援内容として具体化した上で家族に説明し了承を得ています。</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うえだの入居者 |
| 調査対象者数 | 88名（うち回答可能な方21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うえだを、現在利用されている入居者88名（うち回答可能な利用者21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、21名の方から回答がありました。（回答率100%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
●「職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」  
について、全員の方が「満足」と回答、
- (2) ●「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」  
●「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」  
●「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、95%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員に声を掛けやすい」  
●「生き生きとした生活が送れている。（他人との関わりや、レクリエーション、趣味のクラブなどの楽しみごとで）」  
について、85%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うえだの入居者代理人 |
| 調査対象者数 | 88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うえだを、現在利用されている入居者の代理人88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、45名の方から回答がありました。（回答率51%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
●「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」  
●「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、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員に声を掛けやすい」  
●「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」  
●「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、80%以上の方が「はい」「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うえだ 過去1年間に利用終了した入居者の代理人 |
| 調査対象者数 | 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うえだを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人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、14名の方から回答がありました。（回答率70%）

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、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」  
●「職員に声を掛けやすかった」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、全員の方が「満足」と回答、
- (2) ●「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、90%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「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」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」  
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
●「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」  
について、85%以上の方が「はい」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   |
|------------|---|
| <b>居室</b>  | ●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等  |
| <b>設備等</b> | ●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 |