

## 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      | グランドオーク百寿                                                                                                                       |          |
| 運営法人名称     | 社会福祉法人よしみ会                                                                                                                      |          |
| 福祉サービスの種別  | 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護                                                                                                            |          |
| 代表者氏名      | (施設長) 山口 大輔                                                                                                                     |          |
| 定員（利用人数）   | 39 名（ショートステイ10名を含む）                                                                                                             |          |
| 事業所所在地     | 〒 590-0115<br>大阪府堺市南区茶山台3丁22番11号                                                                                                |          |
| 電話番号       | 072 - 291 - 0222                                                                                                                |          |
| FAX番号      | 072 - 291 - 0205                                                                                                                |          |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.grand-oak.jp/">http://www.grand-oak.jp/</a>                                                                 |          |
| 電子メールアドレス  | <a href="mailto:info@grand-oak.jp">info@grand-oak.jp</a>                                                                        |          |
| 事業開始年月日    | 平成27年11月1日                                                                                                                      |          |
| 職員・従業員数※   | 正規 22 名                                                                                                                         | 非正規 20 名 |
| 専門職員※      | 社会福祉士 1名<br>介護福祉士 27名（内、非正規 12名）<br>介護支援専門員 1名 理学療法士 1名<br>医師 2名（内、非正規 2名）<br>看護師 5名（内、非正規 3名）<br>管理栄養士1名 栄養士 1名                |          |
| 施設・設備の概要※  | [居室]<br>個室 39室（4ユニット、各室にトイレ設置）                                                                                                  |          |
|            | [設備等] 共同生活室・調理室 4ヶ所、厨房、<br>浴室 4ヶ所（一般浴・機械浴 各2）、事務所、<br>医務室・会議室・家族室・応接室・相談室 各1、<br>洗濯室、休憩室、更衣室、保管庫、中庭、屋上、<br>カフェ、マーケット、地域交流スペースほか |          |

※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 | 2018 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】

### 【運営理念】

誰もが利用したいと思える施設を目指します。～ 想いをカタチに ～

### 【基本方針】

- 1.入居されている方々が愛情豊かなケアのもとで、幸せな毎日を送れるようにサポートします。
- 2.オープンで親しみやすい生活環境作りを目指し、入居者の方々が居心地良く毎日を過ごしていただける「温かな家」でありたいと思っています。
- 3.地域社会における重要な社会資源であることを認識して、地域住民に還元できるように「シルバーサロン」としての役割を果たします。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

グランドオーク百寿は「誰もが利用したいと思える場所」となれるよう、クオリティ・サービス・環境にこだわり、様々な世代の方が交流できる基点となることを目指しています。また、地域との関係をより密接にできるよう、施設の1階に地域交流スペースを設け、カフェやマーケット、イベントを実施しています。本格バリスタが淹れるこだわりのスペシャルティコーヒーやラテアート、管理栄養士考案の豊富なランチメニューがびっくりするほどリーズナブルな価格でどなたでも楽しみ、北欧風のオシャレな空間でゆったりとくつろげる地域密着型の新スタイルカフェとして入居者の方や地域の方から大人気です。

## 【評価機関情報】

|           |                             |
|-----------|-----------------------------|
| 第三者評価機関名  | 特定非営利活動法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ |
| 大阪府認証番号   | 270012                      |
| 評価実施期間    | 令和4年2月24日～令和4年6月22日         |
| 評価決定年月日   | 令和4年6月22日                   |
| 評価調査者（役割） | 1701A029 （運営管理委員）           |
|           | 1201A027 （専門職委員）            |
|           | （ ）                         |

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

・地域密着型の特別養護老人ホーム（特養）「グランドオーク百寿」（以下「施設」）は、大阪府堺市の社会福祉法人「よしみ会」（以下「法人」）が、地元自治体（堺市）によるさびれた商業地の再活性化に向けた要請を受け、「誰もが利用したいと思える施設を目指し」（法人理念）、平成27年（2015）11月に商業施設跡地に開設した。

・法人は、施設の隣接地に特養「泉北園百寿荘」を平成7年（1995）に開設しており（幼保連携型こども園との複合施設）、両特養は相互に有機的な連携を図っている。

・施設は、約50年前に開発された泉北ニュータウンの茶山台近隣センターにあり（駅から約1Km、バスで5分・徒歩でも15分の距離）、隣接地には法人の複合施設のほか商業施設や自治会館、近隣には、整然とした住宅街や公団住宅群、小・中学校、大小の公園があり、緑の多い住みやすい環境となっている。

・施設は、傾斜地を利用した4階建て1階には、おしゃれな北欧風のカフェ（OAK CAFE）があり、本格的コーヒーやランチ等が誰でも手軽に楽しめ、若い人たちや高齢者の憩いの場所となっている。このカフェでは数量限定ではあるが入居者と同じランチを楽しむこともできる。物販店（OAK MARKET）もあり、近隣の買物客や駄菓子を目当てに放課後集まる小学生の姿も見られる。カフェで宿題を済ます子どももいて世代を問わず地域住民の交流と憩いの場として機能している。玄関入り口近くには、入居者やカフェ利用者等が誰でも自由に使用できるパソコンコーナーも設置されている。これらの明るく開放的なスペースが来訪者にとって、ここが高齢者施設とはとても思えない新しいイメージを抱くこととなっている。また、地域交流センターは、公益事業として各種イベントの場として活用されている。（現在はコロナ禍で中止）。屋上は、見晴らしも良く施設や地域のイベントが開催できるほか、家族室が用意され必要に応じて宿泊も可能となっている。△

・施設の2・3階は、入居者が毎日を居心地良く過ごせる「温かい家」を第一に考えて運営されている。4つのユニットがあり、各ユニットに職員を固定で配置することにより、入居者と職員が顔なじみの家族のような関係を築いている。また、単なる作業では無く一人ひとりの個性を尊重し愛情を込めた介護を実践している職員の姿が窺える。各フロア中央に共同生活室・浴室等を置き、回遊式の広い廊下を挟んでトイレ付個室がある。施設全体に木材を多用し木の温もりを活かし、内部の淡い色使いや壁に描かれたアートや絵画、スマートな案内板のほか吹き抜けの中庭等の設備が整っている。また、汚物等をおしゃれなトートバッグに入れ運ぶなどプライバシーにも配慮し、入居者の気分を明るく快適にする工夫やこだわりが随所に見られる。

・入居者の食事は、管理栄養士が作成した献立に沿って直営のカフェ厨房と各ユニットのキッチンでの調理により提供され、入居者は毎朝和洋2種類のメニューや月1回好みのメニューを選択できるほか、1階カフェにて好みの食事をとることも可能である。食事の時間も一斉ではなく、起床時間と同様一人ひとりの生活に合わせた対応を行っている。

### ◆特に評価の高い点

・施設の想い（運営理念や基本方針）を実現するために、職員がそれぞれの立場で考える習慣づけの仕掛けが随所に見られる。

・事業計画が職員の関わりの中で適正に策定され、各部署毎に考えたビジョンに沿った具体的項目が集約されている。計画は進捗度が客観的に見える化され、毎月の会議でレビューし、中間期等に見直し（コロナ禍にあっては中止・延期も含めて）が適切に行われている。前回の調査時から格段の改善がなされている。

・人材を大切に考える「人財ビジョン」を施設自ら策定し、従業員満足度との違いなど分かりやすく明確に定め「私たちのエンゲージメント（絆）」として、法人コミットメントと職員コミットメント各5項目に明文化している。後者は、まさに施設の「期待する職員像」と云え、共感できる・チャレンジする・ポジティブ思考な・誠実な・規律ある人財としている。

・施設内に7つの委員会を構築し、それぞれ有効に機能している。委員会議事録には冒頭に会議の目的とアウトプット（会議のゴール）を明記し、各会議事のルール（全員が守る絶対の掟）を明確にし、適切なアウトプットにつなげるような工夫が見られる。

・「個の尊重」を施設の重要目標に掲げ、入居者一人ひとりの意向や希望を第一に考えたケアを実践している。目標を絵に描いた餅に終わらせないで、入居者第一の考え方が職員全体に浸透し、それが24時間シートに連携して実践していることが確認できた。

### ◆改善を求められる点

・施設長を頂点とするキャリアパスについて、法人が運営する介護施設が現状2つに限られることから、職員に育成が進むにしがたい将来適切なポジションの不足が懸念される。今から何らかの対策を検討することを望む。

・タブレット端末やインカム等ICT機器の導入による手書き作業削減などを進め、職員の間接業務等の削減に努めているが、記録の電子化をより一層進め、見守り機器センサー等のICT機器及び移乗・移動の自立を助ける道具や介護機器等をより積極的に活用し、質の高い個別ケアを進めることを期待する。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回2回目の第三者評価受審となりました。

前回調査以降、計画的に物事を進めることに注力し、その点を評価いただけたことは大変自信になり、今後も継続していきたいと思います。

ケアの面については振り返ることを大切にし、現状に満足することなく取り組んでいます。課題であると感じていた点も再確認することができましたので、「考える」ことを大切にしながら、より良い運営を目指していきたいと思います。

### ◆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)                      | ・運営理念や基本方針を明文化し、施設の重要事項説明書・パンフレットやホームページに開示している。<br>・新入職員研修や年度初めの職員研修において周知を図っており、職員へのヒアリングにおいても周知が確認できた。<br>・直近の人事考課の自己評価において、理念を覚えている・体現できているとの回答が評価対象職員の100%となり、前回調査時の指摘事項を大幅に改善できている。 |      |
|                             |                                                                                                                                                                                           | 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)                      | ・堺市の介護保険事業計画（第8期、2021～23）等を把握・分析することで、施設の事業運営に活かしている。<br>・施設の利用率・収入額や主たる経費支出の進捗度については、毎月の運営会議にて共有し目線合わせを行っている。<br>・運営会議においては、目標に対する利用率や収入の絶対額が具体的に数値で表示されているのが特筆される。                      |      |
| 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)                      | ・運営会議において施設運営の現状分析と課題の抽出を行い、課題解決に努めている。<br>・3ヶ月毎に開催の理事会において、役員への報告と情報共有を図っている。<br>・職員に対しては、施設長→役職者→一般職のラインで情報を伝達し共有を図っている。                                                                |      |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 評価結果 |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| I-3 事業計画の策定                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |
| I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |      |
| I-3-(1)-①                       | 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | a    |
| (コメント)                          | <ul style="list-style-type: none"><li>・中期（～2023）・長期（～2025）計画を策定し、それぞれのビジョン・ビジョンの背景・目標（運営目標・経営目標）・運営方針を明確にしている。因みに長期計画のビジョンは、「手 to 手 ～多世代が交流し支え合う地域を目指す～」である。</li><li>・長期計画の運営目標として地域とつながることで入居者の生きがい、職員の働きがい、住民が住んで良かったと感じることや地域との共生を目指している。経営目標は、収支による修繕費の積立、施設の稼働目標や地域交流スペースの利用者数それぞれを具体的数値で示し、客観的な評価が可能となっている。</li><li>・計画は、中間期や適宜に修正（見直しのほかコロナ禍にあっては中止・延期も含めて）が適切に行われている。</li></ul> |      |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | a    |
| (コメント)                          | <ul style="list-style-type: none"><li>・単年度（2022）計画にも、ビジョン（「もっと！もっと！もっと！」）・重点目標・経営目標（収支目標・稼働目標）・重点方針（経営・サービス・人材開発/育成・組織開発・環境）が、中・長期計画を踏まえて策定している。</li><li>・計画は、具体的で実現可能な言語や数値で表現し、かつ詳細な資金収支予算内訳表も添付しており、客観的な評価が可能となっている。</li><li>・単年度事業計画に年間行事・外部研修予定のほか、各部署（介護課・地域/相談課・看護課・栄養課）それぞれの個別計画（中長期・単年度）を添付している。</li></ul>                                                                     |      |
| 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)                          | <ul style="list-style-type: none"><li>・運営会議で施設の事業計画を策定している。</li><li>・事業計画は各部署の職員に配付され、各部署（介護・地域/相談・看護・栄養の4課）においてもそれぞれの中長期・単年度計画を職員が策定している。</li><li>・計画の進捗や評価は、PDCAサイクルに沿って毎月開催の運営会議やユニットリーダー会議で行い、中間期や必要に応じ計画の見直しを行っている。</li></ul>                                                                                                                                                      |      |
| 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)                          | <ul style="list-style-type: none"><li>・入居者や家族等への施設運営に関する説明等は、入居時の重要説明書に沿った説明と運営推進会議における現状報告のみとなっている。</li><li>・事業計画の簡潔で分かりやすい資料等を作成し、入居者や家族等に説明の機会を設けることを望む。例えば、現在活用中のSNS（ソーシャルネットワーキングシステム:交流サイト）を利用することも考えられる。</li></ul>                                                                                                                                                               |      |

|                                    |                                                                                                                                                                                      | 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)                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケア向上委員会において福祉サービスの質向上に関わる課題を抽出したうえで課題解決に向けた年度計画を作成している。</li> <li>・毎月の会議において年度計画の進捗を確認し、必要に応じ修正を行い年度末に評価を実施することで、福祉サービスの質向上に努めている。</li> </ul> |      |
| 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)                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケア向上委員会における評価を確認し、取り組むべき課題を明確にし、職員が参画して改善計画を作成している。</li> <li>・改善策については、次年度計画に反映し継続して解決に努めることにしている。</li> </ul>                                |      |

## 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)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理者（施設長）は、自らの役割と責任を会議等において表明している。</li> <li>・施設長の役割と責任については、法人介護部門の職務要件と職務権限表にそれぞれ明記しており、これらを全職員に配付することで周知を図っている。</li> <li>・有事における施設長不在時の権限移譲については、下位の役職者が代行する旨が文書に明記されている。</li> </ul>                                                                                                           |      |
| 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)                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、各種会合や研修にてコンプライアンス（法令遵守）についての認識を深めている。</li> <li>・施設長は、遵守すべき法令等には福祉関連法令のみならず、雇用/労務・環境保全・食品衛生・消費者保護・個人情報保護・交通安全等幅広い分野に及ぶことを認識している。</li> <li>・職員への周知については、入職時に法令遵守の研修を実施しているほか、施設のスタッフルームには法令集を常備しているが、全国の福祉施設においても、不祥事がたびたび報道される情勢にあることから、施設においても他山の石として全職員への警鐘と法令等の正しい理解と運用を期待する。</li> </ul> |      |

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"> <li>・施設長は、会議の開催や各種委員会を立ち上げ、自ら出席や議事録を確認することで現状を把握・分析し、福祉サービスの質向上に取り組んでいる。</li> <li>・施設長は、会議とは別にレポートライン（指揮命令系統に沿った報告経路）を構築し、各役職者や部門から適切な報・連・相により管理を図っている、</li> <li>・施設長は、内外の研修等へ職員の参加を積極的に推奨し支援を行っている。</li> </ul> |   |
| 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"> <li>・施設長は定期的に経営アセスメントを行い、毎月の自らが出席する会議で報告を行っている。</li> <li>・施設長が指導を発揮している取組対象としては、人員配置（職員増員）、雇用関係（有休取得促進）、収入拡大（ショートステイ稼働率向上・カフェ売上拡大）、支出抑制（食材・消耗品・おむつ・水道代ほか）等があげられる。</li> </ul>                                    |   |

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)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員が安心して業務に専念できる人員配置を基本に考え、人材確保・育成と定着に取り組んでいる。結果、離職率は低くなり職員の定着が図られている。</li> <li>・職員の確保は、実習生受入校へのリクルートを中心とし成果があがっている。</li> <li>・職員の育成は、入職時研修およびその後のフォロー研修のほか、年間計画に沿った職員研修を実施している。実習生指導者や認知症に関わる有資格者等の養成のため、職員の外部研修受講を計画的に推進している。また、ユニットケア実習施設認定のための必要な職員の資格取得にも努めている</li> </ul> |   |
| Ⅱ-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | a |
| (コメント)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設が求める人物像は「人財ビジョン」に、共感できる・チャレンジする・ポジティブ思考な・誠実な・規律ある人財として明確にしている。</li> <li>・職務要件が整備され人事考課制度も定着しており、法人の介護運営推進室による定期的見直しも含め、総合的な人事管理制度が確立している。</li> <li>・職員が自ら将来の姿を描くことができるよう、3年目の職員を対象にキャリアビジョン研修を開始している。</li> </ul>                                                            |   |

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)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・職員の就業状況や意向を把握し、適切な労務管理に努めている。また、働きやすい職場作りのため、ES（職員満足度）評価・ストレスチェック・ホエールカード（職員が称賛し合う仕組み）等の取り組みを行っている。</li> <li>・ワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行い、コロナ禍で職員が不足気味ではあったが有休取得67%（長期目標80%）・残業平均2時月・人（令和2年度実績）となっている。誕生日休暇も設定している。</li> <li>・新入職員のフォローアップ面談は、着任後3回定期的に実施しているが、非常勤を含めた職員については面談が不定期であり、定期的実施を望む。</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 |
| (コメント)                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>・求める人物像は「人財ビジョン」の中で明確にし、職員に周知している。</li><li>・人事制度に目標管理制度を採り入れ、職員が個々にアクションプラン(目標)シートを作成し、年間を通し目標達成に向けて取組んでいる。</li><li>・目標設定時・中間期の振り返り時や期末に上司との面談による評価を行い、フィードバックすることで、職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。</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 |
| (コメント)                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>・求める人物像は「人財ビジョン」の中で明確にし、職員に周知している。</li><li>・職員の教育・研修にかかわる基本方針に沿って、研修委員会を中心として年間の研修計画が作成され実施されている。研修委員会が中心となって、研修計画や研修内容・頻度・カリキュラムの評価と見直しを計画的に実施している。</li><li>・職員に求められる専門技術や必要資格は、職務要件に詳細な記載がある。</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)                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>・職員一人ひとりが研修に参加できるよう、1日複数回の開催も行なっている。コロナ禍においては、全職員が集まって実施する研修に変え、オンラインや書面での開催を中心に実施している。</li><li>・研修には、新入職員研修を実施しているが、階層別や職種別の研修が実施されておらず、今後計画のうえ実施に移すことを期待する。</li></ul>                                                                             |   |
| 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)                                                    | <ul style="list-style-type: none"><li>・実習生受入マニュアルを整備している。入居者の生活を第一優先として実習を行い、介護現場だけでなく社会人としての立ち振る舞いについても指導を徹底している。(R3年度は14名の受入があった)</li><li>・施設では、介護福祉士と社会福祉士を目指す実習生を受け入れているが、コロナ禍にあってはオンラインによる実習にて継続している。</li><li>・実習プログラムは、学校側と連携して作成している。実習期間中も学校側と連携を頻繁に行い効果的な実習となるよう努めている。</li></ul> |   |

|                                      |                                                                                                                                                                                                                                                | 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)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ホームページに法人の運営方針・施設の基本方針・福祉サービスの内容や法人の決算情報等を適切に公開している。</li> <li>・運営推進会議を2か月毎に開催し、入居者家族等や地域の方々も交え施設の現況報告や参加者からの意見聴取を行っている。</li> <li>・施設のカフェ・マーケットの利用のほかイベントへの参加等により地域住民に施設を知ってもらう機会を積極的に設けている。</li> </ul> |      |

|           |                                                                                                                                                                   |   |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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"> <li>・職務権限表の業務・予算/会計等や事務・経理・取引等に関するルールと職務分掌及び権限が詳細に規定されている。</li> <li>・外部の会計監査人を選任し定期的（4か月に1回）に、内部監査や経営改善に関わる助言を得ている。</li> </ul> |   |

|                            |                                                                                                                                                                                                                                                               | 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)                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域との関わりについては、施設の基本方針に明記している。また組織に地域・相談課を置き職員を配置するなど交流活動ができる体制を整備している。</li> <li>・施設のカフェやマーケットのほか地域交流スペースを活用して、地域住民との関係構築を日常的に実践している。（コロナ禍の時期は中止）</li> <li>・地元商業施設と共同でCHAYA FES（茶山台フェスティバル）を開催し、地域交流を実践している。</li> </ul> |      |
| Ⅱ-4-(1)-②                  | ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。                                                                                                                                                                                                                            | a    |
| (コメント)                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア規定を整備し、ボランティアに対する事前説明や登録手続き、配置やシフト管理等につき明確化している。</li> <li>・ボランティア・コーディネーターを窓口として配置している。（コロナ禍でボランティア活動はほぼ中止だが、マーケットのレジカウンター活動は継続中）</li> <li>・学校教育への協力として、近隣小学校への出張授業や大学校への訪問講座等の実績がある。</li> </ul>                |      |
| 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)                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・協力医療機関（複数）をはじめとする必要な行政機関や諸団体をリストアップのうえスタッフルームに掲示し、緊急時に活用できるよう工夫がなされている。</li> <li>・必要関係機関との情報共有や相互の報・連・相に活かすため、各種会議を主催したり参加している。各種会議には、運営推進会議・担当者会議・相談員連絡会・施設内運営会議・商店会会議や地域ケア会議等があり、適切な連携を保っている。</li> </ul>            |      |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                                                             |   |
|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設内のカフェ・マーケットや地域交流スペースに集い憩う近隣住民から福祉ニーズや生活活動等の把握に努めている。近隣との協働によるCHAYA FES（茶山台フェスティバル）等もコロナ禍ではあるが、今年は規模を縮小しての再開見込みである。</li> <li>近隣の茶山台団地（集会場）では、公団・地元病院・大学や行政が協力して「まちかど保健室」を開催し、住民の健康増進・疾病予防・介護予防活動を行っているが、施設でもこの活動を支援している。</li> </ul> |   |
| 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)                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>施設の地域・相談部門に地域交流担当職員を配置し、地域との定期会合や行政機関との連絡を行い、ニーズの発掘と実践の取組を行っている。</li> <li>施設カフェのスペースを活用し地域ケア会議を開催している。</li> <li>施設のマーケットには、防災グッズを常備し、防災時に拠点となる心構えをしている。実際3年半前の大型台風時には、近隣が停電に見舞われたなか施設は停電を免れ、近隣住民の避難場となった経緯もある。</li> </ul>            |   |

### 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)                      | <ul style="list-style-type: none"><li>・運営理念や基本方針に明示している入居者を尊重した福祉サービスの提供が、ユニットケアマニュアルに落とし込まれ、研修を通じ職員の理解を深めている。</li><li>・運営理念や基本方針に沿ったビジョンを各部署・ユニットごとに考え、目標を定め目標達成に向け全職員が取組んでいる。</li><li>・高齢者の人権と尊厳に関する職員研修を毎年定期的に行っている。</li></ul>                                                                                  |      |
| 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)                      | <ul style="list-style-type: none"><li>・ユニットケアマニュアルに入居者のプライバシーに配慮した支援方法を明記し、職員の理解と実践に活かしている。</li><li>・居室内のトイレは完全に独立した造りで、各ユニットの浴室もドア等で廊下から視覚的に遮断されており、入居者のプライバシー保護がなされている。居室等からの汚物運搬にはバケツやカートに代えトートバッグを使用することでおしゃれでプライバシーにも配慮した工夫が見られる。</li><li>・入居者家族等との面談には、居室（個室）やコロナ禍でもサロン（相談室）を使用することでプライバシーに配慮している。</li></ul> |      |
|                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |      |
| 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)                      | <ul style="list-style-type: none"><li>・入居希望者に対しては、パンフレットやその他資料を用意し説明している。なお、入居希望者の関心事である利用料金等も丁寧にれなく説明を行っている。</li><li>・見学希望者には、知りたいことなど要望を事前に聞き、要望に沿った施設案内を心がけている。見学後も個別に対話の機会を設け疑問点の解消を図っている。</li><li>・コロナ禍の現在は、ユニット内の入室は原則禁止のためユニットとサロン（相談室）をオンラインで結び、画面を通して見学してもらう工夫を行っている。</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。                                                                                                                                                                                                                                                       | a |
| (コメント)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居開始や福祉サービスの変更に当たっては、利用者等に分かりやすく説明し、利用者の自己決定を尊重している。サービスの開始や変更には、利用者等と同意書を交わした後に実行に移している。</li> <li>・入居者の介護内容を詳細に示した24時間シートの開始や変更には、事前説明の後に同意を得て実行している。ケアプラン等の計画書についても同様に手続きを行っている。</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。                                                                                                                                                                                                                                          | a |
| (コメント)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設からの退所（契約終了）と円滑な退所のために施設から行う援助については、入居契約書及び重要事項説明書に詳しく記載している。</li> <li>・施設からの援助としては、病院・老健（介護老人保健施設）・その他福祉サービスの紹介や3か月以内の退院では施設に再入居が可能なことを説明している。</li> <li>・他の施設への移行には、施設は福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ等を定めている。退所後も施設長及び相談員が窓口となり対応している。</li> </ul>      |   |
| 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)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営推進会議（2か月毎に開催）で入居者家族等から意見・要望を聞く機会があるが、コロナ禍の現在では家族交流会や面会等を含め機会が限られている。</li> <li>・今後、定期的な利用者満足度把握のための手段や体制を検討中とのことで、コロナ化が落ち着いた早い段階での実行を期待する。法人が傘下の施設で同時期に利用者満足調査を行うことも考えられる。</li> </ul>                                                           |   |
| 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)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の苦情処理体制や仕組みに関わる玄関モニターでの表示は、目立ちかつ内容が見やすことから来客への周知としては適切に機能していると云える。</li> <li>・入居者や家族等から苦情等については、施設長が相談員や介護職員と協議を行い対応結果を家族等にもフィードバックしている。</li> <li>・運営推進会議での家族等の苦情があれば、適切に記録を行い対応策を公表している。</li> </ul>                                            |   |
| 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)                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入居時に利用者や家族等に対し、利用者が意見等を言いやすい職員・リーダーや施設長等を自由に選んだり、複数の行政窓口から選択して述べるができる旨を重要事項説明書に沿って説明を行い周知を図っている。</li> <li>・利用者が相談や意見を述べる際には、相談しやすい職員等へ直接の訴え・投書箱や施設のパソコンコーナーからのメール等複数の方法が用意されている。</li> <li>・相談に当たっては、相談しやすい職員やプライバシー保護に適した場所の配慮を行っている。</li> </ul> |   |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                           | Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。                                                                                                                                                                                                                                                                                           | b |
|                                           | (コメント) <ul style="list-style-type: none"><li>・入居者からの相談や意見を入手した際には、施設長や職員に共有し迅速に対応する仕組みを構築している。</li><li>・入居者の相談や意見に対応する手順については、利用者に対しても職員に対しても手順をフロー図による簡潔で分かりやすいものにする必要があると思われ、早期の検討を期待する。</li></ul>                                                                                                                                |   |
| 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) <ul style="list-style-type: none"><li>・事故防止委員会を定期的開催し、事故発生時の対応方法や再発防止策などを検討している。開催日ごとに安全確保策の実施状況や実効性を検討し、年に2～3回、関係マニュアルの見直しをしている。</li><li>・介護事故発生時には、介護士・看護師や相談員による会議を当日中に行い、事故内容・原因分析や対応策等は適切に記録し、翌日職員が出勤後就業前に記録を見れるようにしている。</li><li>・ヒヤリハット報告用紙には「あなたの気づきにより、大きな事故が防げました」と予め印刷されており、積極的な収集を進めている。</li></ul>                |   |
|                                           | 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) <ul style="list-style-type: none"><li>・感染症対策委員会において、感染症発生時の対応や役割を明確にしている。コロナ禍において、マニュアルの見直しや改訂を頻繁に行い職員の周知徹底に努めている。</li><li>・入居者や職員のコロナ感染があったが、適切な予防対策によりクラスターにはならず、以後の発生もない。</li><li>・感染症の研修会は年2回開催され、欠席者には職員通用口研修内容を置き確実に見られるように工夫している。</li></ul>                                                                           |   |
|                                           | 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"><li>・非常災害マニュアルを整備し取組み体制を定めているが、施設は高台にあるので水害は想定外で、地震防災対策を重視している。BCP(事業継続計画)は今年度中に作成予定で進めている。</li><li>・自家発電機があり、年1回停電検査の時シュミレーションしている。備蓄品のうち食料品はリスト化し管理栄養士が施設内で保管、管理をしている。その他の備品類は法人の隣接施設で保管管理している。</li><li>・職員の安否確認は外部システムを導入し平常時にも利用しているが、入居者の確認方法は不十分であると施設で自己評価している。強化策の検討を望む。</li></ul> |   |

|                                     |                                                                                                                                                                                                                       | 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) <ul style="list-style-type: none"><li>・ユニットケアマニュアルを標準的な実施方法として整備し、各ユニットに配備するとともに全職員に配付している。</li><li>・新入職員研修で指導するほか、毎月のケア向上委員会で実践状況を確認し、不適切事例があれば、個人的なものかその他の要因によるものかを分析し対応策を決め、統一したケアが提供されるように努めている。</li></ul> |      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケア向上委員会を毎月開催し、都度見直しをする必要がないかを検討している。委員会の年間計画で定期的に見直し時期を決め（年2～3回）、検証し記録に残している。</li> <li>・見直しでは、介護計画書や24時間シートに職員や入居者の意見が反映された例が多数あることが記録から確認できた。</li> </ul>                                                                                              |   |
| 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントシートは独自の「聞き取りシート」を使用している。主に入居者の希望を聞き取る内容で24時間シート作成の元となっている。</li> <li>・施設サービス計画書通りにサービスが行われていることを確認するのは、24時間シートの記録によるが、明確には判りにくい。</li> <li>・今年度の事業計画に「アセスメント内容が24時間シートやケアプランに反映される流れを見直す」とあり、現在アセスメントツールの見直しや変更が行われているので、さらに進展させることを望む。</li> </ul> |   |
| 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) <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設サービス計画書の長期目標期間は介護保険の認定有効期間に合わせ、短期目標は6か月ごとに評価し見直しをしている。</li> <li>・看護師・管理栄養士や相談員は毎日ユニットを見回り、入居者の変化や気になることがあれば、担当者会議を開いて緊急に計画を見直す仕組みがある。</li> <li>・サービス計画書の更新や変更の作成時は、家族に説明し同意を得た日を記録に残している。</li> </ul>                                                 |   |
| Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。                                                                                                                                                                                                                                                                        |   |
| Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。                                                                                                                                                                                                                                                   | a |
| (コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>・開設時から記録はパソコンとタブレットを使っている。記録内容は統一されていて24時間シートの内容を適切に実践しているかどうか記録から判る。</li> <li>・職員は個人ID(利用者識別情報)をもち、自分に必要な情報がいつでもみられる。</li> <li>・ユニット会議のほか、部署を横断した多職種の委員会が情報交換を目的に定期的開催されている。</li> </ul>                                                                |   |
| Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。                                                                                                                                                                                                                                                                      | b |
| (コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>・運営規程の別表に、「備えるべき帳簿と保存年数」が逐一記載されている。</li> <li>・個人情報保護の観点から、入職時に誓約書を取り、その中でSNS（交流サイト）やパソコンの情報の取り扱いについても定めている。</li> <li>・入居者家族等には重要事項説明書で説明し、入居者の顔写真の施設における使用諾否を確認している。</li> <li>・介護記録類の保存期間は、重要事項説明書に書かれている内容が古いままとなっているので早急に変更することを望む。</li> </ul>        |   |

## 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。                                                                                                                                                                                                                                                  | b    |
| (コメント)           | <ul style="list-style-type: none"><li>一人ひとりの利用者の希望に合わせた生活を目指しているので、状況にもよるが、一斉にフロアに集まって団体的なレクリエーション活動などはしないことを基本にしている。</li><li>起床時間、食事時間は自由で、一人ひとりの選択の自由を大切にしている。</li><li>「個の尊重」を重点目標に掲げ、職員全員が共通認識をもち、アセスメントから実践につなげるよう努力しているが、意思表示の難しい人へのアプローチが課題と捉えている。より一層の取り組み強化を願う。</li></ul> |      |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                      | b    |
| (コメント)           | <ul style="list-style-type: none"><li>10人のユニットで個人の希望を第一にしているので、ケアの中でコミュニケーションを取る機会が多い。</li><li>食堂で難聴の利用者に献立を書いて知らせ、お茶かコーヒーか希望を聞くホワイトボードを見かけた。</li><li>職員は言葉遣いやコミュニケーションのとり方に配慮し、尊厳や自尊心に気をつけているが、対応の仕方や会話の足りない人はいないか、利用者の思いが十分に表出で来ているか、介護者として把握できるかを常に考え続けていくことを望む。</li></ul>     |      |
| 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)           | <ul style="list-style-type: none"><li>身体拘束虐待防止委員会が権利擁護に関する、規定やマニュアルを管理し防止と早期発見のための活動を行っている。</li><li>職員への研修を定期的に行っている。利用者家族には、入所時に重要事項説明書で周知している。</li><li>職員にアンケートを定期的に行っているが、その中で権利擁護に関する項目もあり、意識を高く持つように努めている。</li></ul>                                                         |      |

|                     |                                                                                                                                                                                                                                            | 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)              | <ul style="list-style-type: none"><li>開設後7年経過しているが、建物内外とも清潔で明るくオシャレな雰囲気が保たれている。館内各所に生花と見間違えるような盛花が飾られている。（衛生面から実は造花）</li><li>利用者の希望や動線を考慮し、ソファ、テーブルや家具の配置を検討している。</li><li>居室の備品はベッド、エアコンだけで、その他のものは家にいた時の生活と継続性があるような持ち込みを勧めている。</li></ul> |      |

## 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）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・浴槽の種類は個浴（一般浴）、中間浴（２種類）、寝台浴の４種類あり、新規利用者は、まず個浴の検討から始めてADL(日常生活動作)に合わせた入浴方法を選んでいる。</li> <li>・入浴支援を最初の着替えを選ぶところから１人の職員が担当し、その人の湯温、洗う順番や使う備品などこだわりや希望に合わせた方法を２４時間シートに記載し共有している。</li> <li>・入浴の可否などはケアマニュアルに詳しく書かれ、その通りに実施されているかについては職員が常に確認している。</li> </ul> |   |
| 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）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・居室内にトイレと洗面所があり個人の尊厳や羞恥心に配慮されているが、さらに介助の時、職員が今排泄介助に入っていることが、他人にわからないようにする、臭気が漏れないようにするなどについても、特に留意している。</li> <li>・利用者一人ひとりの心身の状況や意向に合わせたケアを検討し、２４時間シートに記載してケアの統一をはかっている。</li> </ul>                                                                    |   |
| 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）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アセスメントにより、心身の状況を把握したうえで、できるだけ自力で移動できるように支援を心がけている。移動のための介助方法は２４時間シートに記載し、予定通りにできたかどうかを記録して検討評価している。</li> <li>・近年移動移乗の自立を助ける介護機器の活用が盛んになってきている。それらを使うことにより、職員の負担軽減だけでなく利用者の心理的負担も軽減され自発的行動が期待されるので積極的な検討を望む。</li> </ul>                                |   |

## 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）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・直接雇用の調理職員が施設の食事だけでなく、地域に向けたカフェの調理もしており、質の高いおいしい食事を提供している。</li> <li>・ユニットでの調理を推進しており、管理栄養士が作成したメニューの一部もユニットキッチンで調理しており、ご飯の炊ける匂いやてんぷらの揚がる音など食欲をそそる環境がある。</li> <li>・食事の選択としては朝食の和か洋かと、月１回の選択メニューがある。その日の献立が好みでなければ、ユニットキッチンでうどんなど好きなものに変更したり、階下のカフェに行ってお好きなものを食べることができる。</li> </ul> |   |
| 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）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・管理栄養士、看護師や相談員が毎日巡回し、介護士も含めて嚥下テストを定期的に行い、嚥下能力や栄養面に配慮しつつおいしい食事の提供を検討している。</li> <li>・茶碗や箸は自宅で使い慣れたものを持参してもらい、自分でできることは自分で行えるような支援を心がけている。</li> <li>・管理栄養士は全利用者の栄養状態を把握し、栄養ケア計画書を作成し栄養ケアマネジメントを実施している。</li> </ul>                                                                    |   |
| A-3-（２）-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"> <li>・各居室に洗面スペースがあるので利用者は自分のペースで歯磨きができる。必要な場合は職員が確認、介助している。</li> <li>・週１回歯科医師と衛生士が来所し治療や口腔ケアを行い、職員に技術的助言や指導を行い、研修もしている。</li> <li>・利用者一人ひとりの口腔ケア計画の作成は行っているが、計画に結びついたケアの実践、評価などが十分に回ってはいない。PDCAサイクルの確立を望む。</li> </ul>                                                                   |   |

### 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。                                                                                                                                                                                                                 | b |
| （コメント）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・褥瘡対策指針とマニュアルは完備し、褥瘡予防委員会を組織し、危険因子の評価や対応を検討している。発生が見られた時には、関係する職員が連携して治療に向けたケアが行われている。</li> <li>・褥瘡予防研修を年間計画に位置づけ、学習している。</li> <li>・十分な対応をしているが、現在利用者の一部に症例が見られるので、さらに有効な対策を望む。</li> </ul> |   |

### 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。                                                                                                    | — |
| （コメント）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・喀痰吸引・経管栄養の処置は看護師が担当していて介護職員が行う体制にはない。夜間も喀痰吸引の必要が生じた場合は、他施設に転所することを入所時に説明し同意を得ているので非該当とする。</li> </ul> |   |

### 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）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練指導員が1人ひとりに合わせた訓練計画書を作成し、評価、見直しをしている。</li> <li>・集団的な生活リハビリではなく個人の心身の状況や、意向に合わせた機能訓練を行い、主体的な取り組みとなるように工夫している。</li> <li>・利用者の希望で訪問リハビリテーション（医療）を受けている例もある。</li> <li>・職員は食事や排泄、入浴場面などで、利用者が自らできることはできるようなケアを心がけている。</li> </ul> |   |

### 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。                                                                                                                                                                                                                                                                              | b |
| （コメント）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・日常生活能力や機能、生活歴など認知症に関連するアセスメントはおこなっている。</li> <li>・精神科医師の訪問診療は実施していない。必要な利用者は外部に通院しており、その医師とは、困りごとを相談できる協力関係はある。</li> <li>・認知症実践研修を積極的に取り入れている。認知症に関する学習は新人研修のみで、それ以後は経験や個人のスキルにより対応に差があると上層部は認識している。</li> <li>・高齢者介護に認知症の知識は重要である。いっそうの強化を期待する。</li> </ul> |   |

### 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。                                                                                                                                                                                                                                               | b |
| （コメント）    | <ul style="list-style-type: none"> <li>・急変時対応マニュアルにより、変化に気づいた場合は看護師に連絡し、かかりつけ医、医療機関との連携体制は確立している。</li> <li>・職員通用口には現在の有熱者情報を掲示し、パソコン画面でも表示しているので職員はいつでも確認できる。</li> <li>・服薬管理は看護師と介護士が連携し、その記録は鍵のかかるロッカーで管理している。</li> <li>・感染症研修はあるが、その他の高齢者の健康や疾病、薬に関する研修は行っていないので実施を望む。</li> </ul> |   |

|                |                                                                                                                                                                                                                                                               |      |
|----------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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。                                                                                                                                                                                                                             | b    |
| （コメント）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・終末期ケアの指針、マニュアルは整備しており、看取り介護の手順は確立している。</li> <li>・看取り期は、コロナ制限下でも面会はいつでもでき、宿泊ができる家族室が用意してある。</li> <li>・昨年度本人や家族の意向が難しいケースと職員へのフォローを充実させるため、「看取りサポートチーム」を立ち上げ、事例の振り返りなどの取り組みを始めている。今後この取り組みがより一層、充実することを期待する。</li> </ul> |      |
|                |                                                                                                                                                                                                                                                               | 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）         | <ul style="list-style-type: none"> <li>・現在家族への個人連絡は電話、SNS,が主だが、画像も送れるので、コロナ以前よりも確実に密な連絡がとれるようになった。</li> <li>・施設の様子はインスタグラムでも発信されて、家族もよく見ているようだ。</li> <li>・サービス担当者会議には、家族の参加が多く、意見、要望を聞く場として有効だった。現在は紙面開催なので、全家族に議事録は送付している。</li> </ul>                        |      |

## 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 グランドオーク百寿の利用者等                                                                                  |
| 調査対象者数 | 利用者人数 39人                                                                                                 |
| 調査方法   | 事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封たうえて、郵便局又は事業所への提出を依頼した。 |

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用者39名にアンケート用紙を配付し、30通を回収した。回収率は 77%であった。

○回答の内、満足度100%は次の 2項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとり効果がありましたか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いませんか。

○回答の内、満足度90%以上は次の 8項目であった。

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。
- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。

○回答の内、満足度80%以上は次の 6項目であった。

- ・原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。
- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか。
- ・苦情対応の相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。

○回答の内、満足度70%以上は次の 2項目であった。

- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- ・排泄の介助は、速やかに対応していますか。

○自由意見としては、次のようなものがあつた。

【して欲しいこと・欲しくないことなど】

・食事をもっと美味しくして欲しい。・デイサービスが利用できるなら利用させて下さい。・コロナ禍の制限解除の折には、ボランティア、催し物等のレクレーションで施設に変化、刺激が欲しい。・利用者の様子をもうすこし知りたい。電話は緊急時には欲しいが、普段はラインが大変ありがたいです。・なるべく退屈することなく、快適に過ごせる様に願います。

【感じたり思ったりの自由意見】

・お世話になり、良くして頂いています（多数）。・いつも丁寧に優しく接して頂いており、連絡等もきちっとして下さり、とても感謝しております。とても良い施設です。・今はコロナで面会できず残念ですが...・可能であれば玄関等でのガラス越しに5分ぐらいでも面会でき姿を見れると、ビデオ面会以上に安心が持てるように思います。・どんなことをお願いできるか、遠慮してしまうので、他の家族がどのようにされているのか知りたい。・コロナ以前は地域との関連行事が多くあつた。今後も地域とともに地域の中での施設であってほしい。

以上

## 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 |