

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム オズ	
運営法人名称	社会福祉法人 サポートハウス	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	鈴木 章司（理事長） 鈴木 美幸（施設長）	
定員（利用人数）	70 名 ★ショートステイ12名含む	
事業所所在地	〒 595-0066	
	泉大津市菅原町10番33号	
電話番号	0725 - 33 - 6001	
FAX番号	0725 - 33 - 6003	
ホームページアドレス	http://oz-tokuyo.jp/	
電子メールアドレス	suport@xj8.so-net.ne.jp	
事業開始年月日	平成11年4月1日	
職員・従業員数※	正規 26 名	非正規 27 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士12名、 介護支援専門員1名、医師3名、看護師3名、 准看護師1名、管理栄養士1名、 介護職員初任者研修修了者2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室18室、二人部屋2室、四人部屋12室	
	[設備等] 食堂3、浴室1、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	2 回
前回の受審時期	平成 22 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

- 一、私達の仕事は、福祉サービスの提供を通じ、地域社会に貢献することです。
- 二、私達の仕事は、高齢者や障がい者の命を守り、生活を守り、生きる力を励ましていくことです。
- 三、私達の仕事の場合は、自己を成長させ、職員全員が幸福になるための場です。

■基本方針

- 一、率先して重度高齢者ケアに取り組みます。
- 二、利用者を尊重し、明るく楽しく安心して満ちた生活を援助します。
- 三、職員が明るく楽しく仕事ができる施設にします。
- 四、利用者ニーズの把握に努め、利用者本位の援助をします。
- 五、職員の人材育成に努め、ケアの質を高めます。
- 六、成人施設としての対応を行います。
- 七、専門職としての役割を理解し、プロ意識をもち、介護の質の向上に取り組みます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①施設は、サービス業であるという意識を徹底させ、サービス業としてふさわしい人材の育成と介護サービスの提供をはかってきました。また、老人ホームは成人施設であるという意識を徹底し、成人施設としての取り組みも行っています。

②人事考課制度を活用し、人材育成に努めている。

③認知症高齢者に対してユマニチュード技法を法人全体で行っており、2018年度全国老人福祉施設研究大会（北海道）に選ばれ、発表させていただきました。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年12月20日～平成31年3月26日
評価決定年月日	平成31年3月26日
評価調査者（役割）	1301A010（運営管理委員） 1301A002（専門職委員） 1601A051（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

特別養護老人ホームオズは、南海本線「泉大津」駅より800メートル程の幹線道路にほど近い場所にあります。泉大津市は毛布の王国と歴史も古く、駅から施設に向かう町並みにも繊維会社、鳥居が目が引く大津神社があり、静かで過ごしやすい環境です。

法人は、泉大津で特別養護老人ホーム、地域密着型小規模特別養護老人ホームを展開しており、オズは平成11年に設立しています。同一敷地内には通所介護、居宅介護支援事業所、短期入所生活介護、訪問介護、障がい者訪問介護、障がい者計画相談支援、在宅介護支援センターが併設されています。

施設では「ユマニチュード」についての研究発表を行い認知症ケアについて検討し、基本方針に基づいて重度高齢者ケアにも取り組んでいます。職員間も話をしやすい環境を整え働きやすい職場となっています。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

◆特に評価の高い点

■プライバシー保護・権利擁護の取り組み

不適切ケアについてはケア会議やスタッフ会議で検討し、虐待予防に取り組んでいます。部屋やトイレなどのカーテンもしっかりと閉じて対応し、入室時なども声をかけるなどプライバシーの保護も実践しています。

■情報共有

施設内でネットワークを使用し、ケアプラン、議事録など必要な情報を素早く共有し、周知を図っています。

■事業計画策定への職員の参画

管理者クラスだけでなく、一般の職員も事業計画策定に関わる仕組みが確立されています。

■働きやすい職場環境づくりへの工夫

働きやすい職場環境づくりとして職員の誕生日に花を贈る工夫や、各部門ごとに達成目標を設定して評価する仕組みなど、モチベーションアップの仕組みが確立されています。

◆改善を求められる点

■マニュアル見直し体制の整備

マニュアルは作成されていますが、施設内で仕組みとして見直しができるような体制整備が求められます。

■意見・要望・苦情への対応とサービス改善

ご意見箱は施設内に数か所設置されていますが、利用者、家族が投書しにくいように感じました。利用者、家族が直接投書できる工夫が求められます。また、得た意見に対する回答の公表をご検討ください。

■研修のさらなる有効活用

研修の欠席者へ資料配布や研修回数の増など、対応に工夫が望まれます。また、管理者の研修参加も計画化されては如何でしょうか。

■自主点検の実施

介護保険の事業所として自主点検が年1回義務付けられていますので、実施することが求められます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で三回目の第三者評価を受審し、自分たちでは気付けなかった部分を気付くことが出来、評価結果から求められる改善点が整理できました。

まずは、マニュアルの見直しが出来ておらず施設内で整備できる体制として「マニュアル更新委員会」を立ち上げ常に最新のマニュアル整備に取り組みます。

また、今回の利用者ご家族アンケート結果では好意的な意見があった反面、ご家族の本音も垣間見えた内容でした。日頃からご利用者やご家族は施設に対してものを言いづらい部分があり、あらためてご利用者やご家族の本音を引き出すことの難しさを実感しました。ご利用者やご家族への満足度を上げていくためにも、施設としてはより一層の工夫が必要だと考えさせられました。

最後に今後ますます多様な利用者ニーズに応えられる組織作りや柔軟な思考を持ち、法人理念でもある、地域貢献・サービスの質の向上・人材育成に力をいれていく所存です。

◆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)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念、基本方針が明文化され、事業計画や広報誌、ホームページに明記されています。 ■職員はオズクレド（職員の心構え）を常に携帯し、会議や研修で唱和・確認するなど周知されています。 ■利用者や家族へはわかりやすい資料を配布・説明しています。 	
		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に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)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月、本部支援会議において幹部職員間で地域の福祉計画の動向や事業経営状況など、詳細に分析・確認しています。 	
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画に沿って、毎月の行動実績の進捗状況を数値化し、目標達成度を確認、次月の課題を文章化して経営課題と経営状況を共有しています。 	
		評価結果
Ⅰ-3 事業計画の策定		
Ⅰ-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■中・長期計画には、経営課題や改善に向けた具体的な数値目標を盛り込むことが望まれます。 	

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)	■事業の稼働率については記載があります。他の項目についても目標の数値化が望まれます。	
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。	a
(コメント)	■事業計画の策定は、職員の意見が集約できるように手順・方法が定まっています。 ■半期ごとに管理者は課長と面談を行い、事業計画の推進状況を確認しています。	
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
(コメント)	■事業計画の概略版を作成し、家族会で説明、配布し、参加されなかった家族には送付しています。 ■施設行事の案内は、面会の家族の目につきやすいように、エレベーター内に掲示板を設置するなど工夫しています。	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
(コメント)	■人事考課制度を確立し、職員個別育成計画に沿って福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。	
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	c
(コメント)	■人事考課制度における職員の個別目標については、評価結果や課題が文書化されています。 ■自己評価の実施並びに計画的な改善が求められます。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、毎年広報誌に経営・管理に関する方針や課題を掲載しています。 ■毎年4月の運営会議で、方針や取り組み、災害時の連絡ルートなど周知を図っています。 	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月、社会保険労務士の訪問があり、法律などの情報提供を受けています。 ■約5年前から「ノー残業デー」や健康増進法による「館内禁煙」、エコマーク事業によるリサイクル活動やペーパーレス化などに取り組んでいます。 	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員と半期ごとに面談し、あがった要望には必ず回答し、具体的な取り組みも実施しています。 ■職員研修は開催時間を工夫し、勤務時間との調整を図っています。 ■職員研修のテーマは、毎年2月に50項目の職員アンケートを行い、11項目に絞り込み、取り組んでいます。 	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■税理士（毎週）や社会保険労務士（毎月）からの専門的な経営分析・アドバイスを受け、毎月の運営会議で職員にフィードバックしています。 ■法人で資格取得助成金を準備し、平成30年度は3名に実務者研修費用を支給しています。 ■約10年前からペーパーレス化を目指して、ネットワークシステムを導入・確立しています。 	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や具体的な計画について、法人として用意することが望めます。 ■職員募集は、派遣会社からの紹介や求人サイトの活用、また高校まわりをしていますが、施設として費用面や定着が課題と考えています。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■人事考課制度について、評価対象者は常勤職員及び準常勤職員に限定されていますので、非常勤職員についても検討することが望めます。 	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入し、法人独自として全職員の誕生日に花を贈り、職員の希望で生活習慣病検診の検診車で胃のバリウム検査を追加できるなどの取り組みをしています。 ■育児休暇・出産休暇は平均して毎年1人が取得しています。 ■職員配置基準は満たしていますが、正規と非正規の職員割合や職員の背景（定年やキャリア、職階など）を考慮した計画を立てることが望めます。 	
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■半期に1度、人事考課面談を実施しています。 ■目標管理に向けた中間面談を実施しています。 	
II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■資格取得の助成を実施しています。 ■計画と研修内容やカリキュラムの評価と見直しが見込まれます。 	
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■日常生活支援加算を取得し、毎月加算要件確認として資格管理もしています。 ■新人職員については、研修の指導期間、担当者、指導手順、研修期間などが明記されており、研修が実施されています。 ■研修に欠席した職員への資料配布の検討が望めます。 	

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■地域の中学校の職場体験実習の受け入れも行っていきます。 ■実習生には、それぞれの養成校のカリキュラムをもとに、育成のマニュアルを用意しています。 ■ケアスタッフ・ガイドブックが10年以上前の内容なので、最新版の整備が望まれます。
b	

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人の事業計画、事業報告の情報をホームページに掲載し、また事務所に閲覧用ファイルを設置するなどの検討が望まれます。 ■介護相談員の訪問が定期的であり、掲示案内し、広報誌にも掲載されています。 ■広報誌を行政など外部にも配布することが望まれます。
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■小口現金の取り扱いルール、不明な点は管理者に確認するなど、職員に周知されていますが、マニュアル化には至っていません。 ■毎週税理士の訪問があり、経営改善に取り組んでいますが、内部監査の実施も望まれます。
b	

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月第1日曜日にカラオケのできる喫茶店を開催し、地域のボランティアが運営を担い、地域の方との交流も図られています。 ■初詣などの季節行事や外出会で地域に出かけています。 ■介護タクシーを利用して週2回リハビリに出かける方もいます。 ■定期的にボランティアを受け入れる体制づくりが望まれます。
b	

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>■ボランティア受入れに関する基本姿勢の明文化をしている事業所もありますので、参考に策定することが求められます。</p> <p>■小学1年生の慰問受け入れや年1回3校の中学生（各3から4名）の保育・福祉体験学習の受け入れをしています。</p> <p>■ボランティア受け入れ内容として、縫物や園芸などの環境整備をしては如何でしょうか。</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。	b
(コメント)	<p>■毎月の地域包括ケア会議に施設相談員とケアマネジャーが、医療・介護の「イカロスネット研修会」にはCSWが参加し、管理者は市の地域貢献委員会の会長を務め、地域との協働に取り組んでいます。</p> <p>■運営会議で取り組み報告をすることが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■毎月1回オズメイト（ボランティア）の5から7人が喫茶を担っています。</p> <p>■サテライトの施設で地域に向け入浴サービス、食事サービスを提供しています。</p> <p>■地域の秋祭りでは、だんじりが施設に寄ります。一般見学者向けにトイレを開放しています。</p> <p>■年1回地域向けに研修を開催し、平成30年度は認知症の内容で30人の参加がありました。</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
(コメント)	<p>■理事長は民生・児童委員を担っており、2か月に1回施設にて会議を開催し、福祉ニーズを把握しています。</p> <p>■市の社会福祉協議会と連携して、独居高齢者を対象とした鍵の預かり事業に取り組んでいます。</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)	<p>■基本理念には、「利用者を尊重し明るく楽しく安心して満ちた生活を援助します」とあります。利用者の尊厳に関しては施設内で活用するマニュアル類へも反映しています。全職員へ基本理念を記載した「携帯用クレド」を配布し職員への周知もしています。</p> <p>■理念を再認識をするための勉強会を5月に実施し、スタッフ会議では理念の唱和をしています。人事考課シートにより、職員への定期的な状況把握・評価をしています。</p>	
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)	<p>■ケアスタッフガイドブックとして、プライバシー保護に関するマニュアルを整備しています。利用者、家族へは重要事項説明書に記載し説明しています。ベッド周りはカーテンを使用しています。浴室ではカーテンで仕切れるようにし、プライバシーを保護しています。</p> <p>■身体拘束・虐待研修を平成30年9月に実施し、参加できなかった職員へは資料を配付して周知を図っています。</p> <p>■利用者の虐待防止等の権利擁護について、規程・マニュアル等の整備が望まれます。</p>	
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)	<p>■パンフレットを近隣の病院、地域包括支援センター、地域のサロンへ配布し多くの方が入手できるようにしています。利用希望者が訪問した際には、施設内見学の案内をし、利用料金やサービスの説明を行っています。体験利用は、短期入所で受け入れをしています。</p> <p>■利用希望者に対する情報提供ではパンフレット、ホームページの見直しはなされていますが、随時見直しと見学の記録を含め体制を整備することが望まれます。</p>	
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)	<p>■利用者を尊重する姿勢を基本方針に表記しています。利用者、家族へわかりやすいように資料の拡大版を用いて説明しています。サービス開始・変更時には書面で同意を残しています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者への対応事例として、成年後見制度を利用したことがあります。対応方法のルール化については確認ができませんでした。ルール化へ向けて整備することが望まれます。</p>	

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>■変更事例として長期入院後のサービスの移行が多く、必要な情報は伝達し、相談窓口は相談員、ケアマネジャーが担当しています。サービス移行についての文書や手順、家族等に対する文書が確認できませんでした。</p> <p>■必要な対応はしていますが、文書として手順書を整備することが求められます。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■嗜好調査を年1回実施し、調査結果は誕生日企画で計画、人気のメニューへ反映しています。</p> <p>■サービス担当者会議で利用者の満足度向上につながる検討はしていますが、利用者満足度調査を視点とした改善が求められます。</p>	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	c
(コメント)	<p>■苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書を通して利用者へ説明しています。館内へわかりやすい相談窓口案内を作成し掲示しています。施設玄関、館内に意見箱の設置を確認しました。</p> <p>■苦情内容は苦情報告書にまとめています。苦情報告書から検討内容を利用者、家族等へ説明していると確認しました。苦情内容、解決結果は、全体ノート、スタッフ会議で職員へ周知しています。苦情内容及び解決結果を公表する仕組みを整備することが求められます。</p>	
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
(コメント)	<p>■施設内外の相談窓口について、重要事項説明書に記載し、利用者、家族等へ説明し、館内にも掲示をしています。館内には相談スペースを設け、相談内容によって環境に配慮し対応しています。</p>	
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
(コメント)	<p>■苦情対応マニュアルを整備していますが、見直しが確認できませんでした。施設玄関、フロアに意見箱を設置しています。意見を検討しご意見番（ネットワーク上のフォルダ）、スタッフ会議で共有をしています。</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>■事故対策防止に関する指針、マニュアルも整備し、リスクマネジメント委員会を設置しています。事故報告書、ヒヤリハットにより再発防止に努めています。ヒヤリハットでは、「グッドな気づき報告」を今後も継続して収集することを望みます。</p> <p>■研修は平成30年9月と11月に開催しています。多くの職員が参加できるような工夫が望まれます。</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)	■感染症予防指針、マニュアルを確認しました。看護主任から感染症の予防の周知をしています。見学ではノロウイルスの感染を予防する用具の設置を確認しました。 ■マニュアルの定期的な見直しが求められます。研修に関しては多くの職員が参加できるような工夫が望まれます。	
	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	■消防計画、防災管理規定、地震津波マニュアルを整備し、立地条件から想定される被害、対策を確認しました。備蓄品は3日を分を想定して整備し、栄養士が管理しています。備蓄品に関しては職員、地域からの受け入れ数に応じた量も検討することが望まれます。 ■消防署立会いの避難訓練、福祉避難所の協定書を文書により確認しました。	
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。	a
(コメント)	■実際に記録等の開示を行った事例がありませんでしたが、重要事項説明書へ開示についての記載を確認しました。 ■サービスに関する記録を開示する体制があり、求めがあれば開示することができます。	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
	Ⅲ-1-(7)-① 施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	b
(コメント)	■指針や規程はありますが、状況に応じて、あるいは定期的に見直すことが望まれます。 ■入所選考委員会を定期的を開催し、記録に残すことが望まれます。	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
(コメント)	<p>■マニュアル類は整備されて、必要なポイントに利用者尊重やプライバシー保護、権利擁護に関わる内容が明記されています。スタッフ会議で、排泄ケア、入浴等の勉強会を実施して指導し、人事考課により評価する仕組みとなっています。</p>	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	c
(コメント)	<p>■見直しが行われていません。定期的な見直しを仕組みとして行えるよう検討することが求められます。</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。	b
(コメント)	<p>■計画策定の責任者はケアマネジャーとし、専門職の視点でアセスメントを行い取りまとめケアプランを作成しています。 ■認知症症状の進行がある利用者への支援を、支援困難事例として確認しています。</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。	b
(コメント)	<p>■ケアプラン見直しは、年1回を基本にし、利用者の状況により臨時で見直せるようにし、サービス担当者会議で意見を確認する体制としています。職員への周知に向け回覧、またケアマネジャー発信で相談日誌への記録をしています。モニタリングにて課題等を明確にしています。 ■見直しに関する手順の取り組みを組織的に検討することが望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<p>■居宅復帰を考慮するために、外出や外泊をプランに反映することを望みます。 ■医師のアドバイスには看護師も立ち会っています。</p>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の身体状況や生活状況等を、ソフトを活用し記入しています。不適切な言葉、記録方法はスタッフ会議、勉強会で検討しています。 ■情報共有は朝夕の申し送り、相談課日誌の活用、ネットワークによる部門横断での取り組みが実施されています。
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個人情報保護規程を確認しました。USBの取り扱い、不適切な利用や漏洩への対策方法及び管理者を定めて情報の管理に努めています。個人情報について新入オリエンテーションにてSNSの取扱注意、既存職員へはスタッフ会議、勉強会を実施し、理解の判断を人事考課にて評価しています。 ■利用者や家族へも重要事項説明書、個人情報使用同意書にて説明しています。
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。	
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■身体拘束防止について、重要事項説明書へ記載し、契約時に利用者、家族へ説明をしています。職員へは施設内研修を9月に実施し、施設外研修へも参加しています。身体拘束廃止への取り組みとして、転落防止のために床対応、緩衝マットの使用など工夫をしています。館内に身体拘束ゼロ宣言の掲示を行い施設全体で取り組みをしています。 ■現在、身体拘束の対象となる方はいませんが、過去に身体拘束をせざるを得ないケースがあった時には、ケース記録、検討、説明を適切に行っていることを確認しました。今後も環境整備の工夫をし、言葉遣いについても継続的に検討することが望まれます。
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。
(コメント)	■金銭の預かり管理をしていないため、非該当となります。
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ADL評価が計画的に、また状態変化に応じて実施されることが望まれます。 ■離床対策がケアプランに反映されています。

高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービスへの参加が困難な方に向け、個別的に何か参加できるプログラムの考慮が望まれます。 ■誕生日企画として1年に1回は希望に沿うプログラムがあります。 ■小学校区の防災の催しなどに参加していますが、少ない参加ですので活発に参加することが望まれます。 ■ボランティアの参加が以前より減少傾向にありますので、活発に導入することが望まれます。 ■地域のだんじりへの参加、クリスマス、月1回の喫茶店を運営しています。 	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■難聴者に対してはボードなどの使用をしていますが、さらなる方法の検討が望まれます。 ■ユマニチュードを取り入れてコミュニケーションを図る努力をしています。 	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入浴不可基準を明確にし、共有することが望まれます。 ■入浴を拒否する方への対応について、時間をずらしたり担当職員を変えるなどの工夫をしています。 ■入浴方法の選定基準の標準化が望まれます。 ■脱衣所の室温管理は記録に残すことが望まれます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ポータブルトイレ使用時には、転倒防止などへの安全配慮や臭い対策をしています。 	
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■年1回移動・移乗勉強会を実施しています。 ■移動・移乗で起きたインシデント対策や、マニュアル変更の手続きが望まれます。 	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■褥瘡を有する方がおり、処置をしています。 ■平成30年度は勉強会を実施していないので、計画することが望まれます。 ■褥瘡対策マットレスの一覧と使用基準の作成が望まれます。 ■褥瘡マニュアルや指針の見直しを年1回は実施することを望みます。 ■勉強会の内容は褥瘡を有している方の状況も踏まえた内容にすることが望まれます。 	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■年1回の嗜好調査の結果を給食会議で検討し、オムライスの希望などを取り入れています。 ■利用者に応じた自助具を検討し、使用しています。 ■季節に合ったメニューを取り入れています。 	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■食事形態は5種類（ミキサーとろみ、とろみ、粗きざみ、きざみ、普通食）を提供しています。 ■水分ゼリーを提供しています。 ■嚥下5期評価を学習し、飲み込み時のアセスメントができています。 	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■嚥下機能が低下した利用者には、毎食後に口腔ケアとイブニングケアを実施しています。 	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■緊急時には、4施設の医療機関と連携しています。 ■指針・マニュアルが平成21年に作成したもので、更新することが望まれます。 ■看取りは年10件ほど実施しています。 ■看護師が相談を受ける内容により、どのような手順で経過を観察していくのか、連携と共有が望まれます。 ■介護職員への看取り前研修は実施していますが、ケア後のフォローとして責任者が聞いている内容も記録に残すことが望まれます。また複数で共有し、カンファレンスを行うことも望まれます。 	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■年1回精神科医が判定しているツールについては、職員が共有することが望まれます。 ■ユマニチュードを積極的に実践しているので、マニュアルに記載することが望ましいです。 ■過去に、ミトン使用事例が1例ありましたが、必要な手続きをしていました。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が落ち着ける環境となるよう音の配慮、馴染みの方との席の配慮をしています。 ■部屋の認識が困難な利用者に対して、居室をわかりやすい表示にしています。 ■利用者は使い慣れた私物を持ち込んでいます。 	

評価結果

A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■本人の希望を取り入れて機能が維持・向上したことを、ケアプランや介護記録に連動させることが望まれます。 ■一人ひとりに応じた機能訓練のプログラム作成が望まれます。 ■介護予防活動を計画的に行い、評価・見直しをすることが望まれます。 	

評価結果

A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■誤薬インシデントの後はマニュアルの見直しをしています。 ■喀痰吸引研修は年1回実施していますが、現場で頻回に実施し安全対策することが望まれます。 ■症状・病状の観察方法や体調変化に気づくためには、専門家からの研修を受けて知識・技術の獲得をすることが望まれます。 ■看護師は毎日申し送りを受けて連携しています。 	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職員の健康管理を定期的に行い、また毎朝健康チェックを実施しています。 ■地域の研修会に参加しています。 ■医務室に消毒液を置くことが望まれます。 ■医務室の薬棚は常時施錠をすることが望まれます。 ■感染対策として、ペダル式のゴミ箱で処分することが望まれます。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■廊下にソファを置いて欲しいなどの要望を聞き、利用率は高いです。 ■各フロアで作成する修繕依頼書を効果的に活用し整備しています。 	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■担当者会議に参加しない家族へは要望を聞く機会がないので、生活状況をお知らせする工夫が望めます。 ■家族会は現在実施していません。 ■家族へは制度が変わる時には説明する義務があるので、周知の徹底が望めます。 	

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オズの入居者の代理人
調査対象者数	58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オズを、現在利用されている入居者の代理人58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、30名の方から回答がありました。（回答率52%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●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）●ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている。
●職員は常に優しく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている。
●職員に声を掛けやすい。
●健康管理や医療面、安全面について安心できる。
●支援方法について、本人や家族と相談しながら決めてくれる。
について、80%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オズ 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	13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オズを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人13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、7名の方から回答がありました。（回答率54%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●支援方法については、本人や家族と相談しながら決めてくれていた。
について、全員の方が「はい」「満足」と回答、
- （2）●職員に声を掛けやすかった。
●面会時等に、ホーム内で家族と居心地良く過ごせていた。
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- （3）●職員は常に優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。
●健康管理や医療面、安全面について安心できていた。
●ホームの総合的な満足度。
について、70%以上の方が「はい」「満足」と回答、

という結果が出ています。

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等