

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 ハートピア堺	
運営法人名称	社会福祉法人 堺福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	淡野 勝也（理事長） 古川 英宏（施設長）	
定員（利用人数）	100 名 ★ショートステイ16名含む	
事業所所在地	〒 590-0982 堺市堺区海山町3丁150-1	
電話番号	072 - 222 - 8080	
FAX番号	072 - 222 - 8778	
ホームページアドレス	http://www.heartpia-sakai.or.jp/	
電子メールアドレス	heartpia@soleil.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成 8 年 4 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 46 名	非正規 25 名
専門職員※	介護福祉士36名、介護支援専門員3名、 医師3名、看護師2名、准看護師3名、 管理栄養士1名、柔道整復師1名、 介護職員初任者研修修了者18名	
施設・設備の概要※	個室24室、四人部屋19室	
	食堂3、浴室4、調理室1、更衣室5、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 27 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する事業所の同意の有無	有
---------------------	---

【理念・基本方針】

■法人理念

「真実 公平 愛情 奉仕」

■ハートピア堺の理念

- 1.地域が安心と思える存在であること
- 2.利用者様が安心して生活できること
- 3.スタッフが安心して働けること

【施設・事業所の特徴的な取組】

当施設の理念「①地域が安心と思える存在であること②利用者様が安心して生活できること③スタッフが安心して働けること」に基づき、ご利用者の皆様が最期の時まで安心して生活できる環境を提供するために、スタッフが安心して働ける環境を整え、ご利用者の自立支援に向け、ご家族と共に連携しながら取り組んでいます。

自立支援に関しては、「ハートピア堺式自立支援①選択肢を増やすこと②自己決定が尊重されること③専門職としての客観的判断のバランスが取れていること」の3つを掲げ、単に残存能力の活用ということではなく、ご利用者が自分で行っていると思えるようにスタッフがそっと支援する事を方針として進めています。

連携に関しては、①ご本人と家族が主役であるチームであること②目標を共有しているチームであること③専門職としてそれぞれがベストを尽くし、他職種の専門性を尊敬するチームであること。このチームで新しい気持ち・新しいつながり・新しいチャレンジが出来ることをハートピア堺式連携の定義としています。

具体的方策としては、各階それぞれに専門的なケアが行えるように工夫をしています。2階は認知症ケアのフロア、3階は重度の介護を行うフロア、4階は個室を中心としたフロアの特徴を生かし、在宅復帰に向け、より進んだ個別ケアや地域に開かれた施設を目指しています。それぞれの階ごとに、専門性の高い外部研修に参加し、施設研修を行っています。

施設理念のキーワードである「安心」を重んじ、地域から、ご利用者から、そしてスタッフからも「安心」と言ってもらえる施設にする為に、生活面に重視した自立支援の取り組みを行っています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年9月25日～平成30年12月14日
評価決定年月日	平成30年12月14日
評価調査者（役割）	0401A165（運営管理委員） 1701A038（専門職委員） 1601A051（専門職委員） （ （

【総評】

◆評価機関総合コメント

主要道路に面していて交通の便が良く、住宅地ではありませんが屋上からの見晴らしが良く静かな環境にあります。近隣には飲食店が多くあり外食企画でも活用しやすくなっています。施設周辺にはスーパーマーケットが無いようですが、法人の取り組みとして地域の方々にも利用しやすい移動販売の拠点となっていて「地域の方が気軽に立ち寄れる場所」となっています。

ケアの質も高く、①自立支援を増やす事②自己決定が尊重される事③専門職としての客観的判断のバランスが取れている事の3つの特色を掲げ、自立支援に向けた取り組みを目指しています。

また重度のご利用者への対応として様々なリフトを導入しています。ご利用者、ケアを提供するスタッフ双方にとって無理のない安全な生活環境となっています。施設理念のキーワードに「安心・安全」を掲げ地域の方・ご利用者・働くスタッフが「安心・安全」感じられる場所となっています。

(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

■福祉サービスの向上への取り組み

定期的に第三者評価を受審する等、福祉サービスの向上を目指す姿勢が素晴らしいです。

■実習生の受け入れ・人材確保の体制

長年、介護福祉士の養成に高い意欲を持って取り組み、毎年多数の実習生の受け入れを実施し、福祉業界の人材育成・人材確保に繋がる体制が確立されています。

■食事に対する考え方

家庭で食事を楽しんでいるようにと食事提供時にはお盆を利用せず、エプロンを使用しないといった自然な形での食事提供となっています。

■介護リフトの導入

居室や入浴場に様々なリフトを導入しています。ご利用者は安心して生活を送り、スタッフには負担軽減になる良い取り組みとなっています。また筋力低下により立ち上がりや立位保持が難しくなった利用者に対しても移動移乗用リフトを活用し、生活の質を落とすことなく生活を支援しています。

■閲覧システムの導入

ペーパーレス化と効率を考え議事録、ケアプラン、各種規定・指針・マニュアル等を職員が効率よく漏れのないように確認、回覧できるソフトを活用しています。時間にバラツキのある仕事環境でもスタッフ全員が確認できるように配慮しています。

■マニュアル委員会の設置

月に1回、各種マニュアルに対しての提案、見直しができるようマニュアル委員会を設置しています。状況変化の中でマニュアルの変更がオフィシャルの場で随時行われるといった良い取り組みとなっています。

■「支援係ナイスな気付き」の活用

ヒヤリハットではなく、ナイスな気付きとして様々な視点からケアの見直しや事故防止策を考えています。インシデントだけではなく、生活改善の為に「良い点」にも気付き職員間で共有するといった良い取り組みとなっています。

◆改善を求められる点

■苦情の開示方法

苦情内容を広報誌「和み」に記載していますが、内容の記載がなく第三者が見てもわからないものになっています。透明性を向上させる為にも「どのような苦情でどのように検討・実施・解決したか」を記載する事が望まれます。

■感染症対策について

浴室がデイサービスと時間帯を分けて共有されている為、感染症への予防策が必要です。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、第三者評価を受審することで、自施設の取り組みの振り返りと課題を整理する機会を得ることが出来ました。

第三者評価を初めて受けるスタッフが多い中、取り組んでいるすべてのことをPDCAサイクルを回して常に評価しながら進めていくことの重要性を理解することが出来ました。又、現場のスタッフが外部からの評価を受けることで、自分達の取り組みに対して評価して頂き自信に繋がりました。

評価結果を参考にしながら、施設の理念である「地域・ご利用者・スタッフが安心と思えること」を実現していけるように今後も取り組みを継続していきます。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	■理念、基本方針がホームページやパンフレット、事業計画書に記載されています。 ■毎月の会議等でチェックシートを使うとともに、フロアミーティング等で職員への周知が図られています。 ■利用者や家族に周知するための資料の作成や工夫が望まれます。	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。		
Ⅰ-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
(コメント)	■経営指標が明示され、月別業績をSWOT分析を用いて管理しています。 ■WAMNETや全国社会福祉法人経営者協議会の資料から情報を収集し、研修会にも積極的に参加しています。 ■堺市の福祉計画は把握していますが、分析するまでには至っていません。	
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。	b
(コメント)	■平成28年度から29年度にかけて取り組んだ効果的な人員配置により、人件費率を下げる等改善に努めています。 ■各部の会議で経営状況や課題について説明し改善に取り組んでいます。 ■地域ケア会議等で課題について説明はありますが、具体的な数値等については周知されていません。	

		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)	■理念や基本方針の実現に向けた具体的な内容になっており年1回見直しがされています。 ■備品（特殊浴槽や車両等）の購入計画や中規模修繕の策定が望まれます。 ■中長期の人員計画及び収支計画は策定されていますが、平成30年度以降の計画を確認できませんでした。 ■数年先の修繕計画・備品購入計画・収支計画を集約した中長期計画の策定が望まれます。	

	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)	■単年度の事業計画は実行可能な具体的な内容となっています。 ■単年度の事業計画は具体的な数値目標が設定され、達成されたかどうか分析するしくみがあります。 ■中長期計画が整理されていないため、一部反映されていない項目があります。	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。			
	I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
	(コメント)	■事業の運営に事業計画は欠かせないものです。実際に行われている事業が事業計画に十分に盛り込まれていません。事業計画の内容の充実を期待します。	
	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)	■事業計画書、事業報告書が常時ロビーの資料コーナーに設置され閲覧できるようになっています。 ■創立祭で利用者やご家族に説明していますが、参加されていない家族への周知が確認できませんでした。 ■事業計画が各階に掲示されていますが、周知や理解を促す工夫が必要です。	

			評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組			
	I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
	I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	a
	(コメント)	■各会議や委員会等でPDCAサイクルに基づいて福祉サービスの質の向上に関する取り組みが組織的に実施されています。 ■定期的に第三者評価を受審し、前回の課題が改善されています。 ■会議録等が会議閲覧システムを使って職員に周知されています。 ■必要に応じて改善計画の見直しが行われています。	
	I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
	(コメント)	■前回の第三者評価における指摘事項（5S委員会の活用と情報開示に関する規定の整備）が改善されています。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
(コメント)	■管理者は会議等で経営・管理に関する方針と取り組みを明確に示しています。 ■管理者は自らの役割と責任について庶務規程には記載していますが、業務分掌等で表明している資料を確認できませんでした。 ■業務分掌または事業計画書に管理者の役割と責任を掲載してはいかがでしょうか。	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
(コメント)	■管理者は様々な研修会に積極的に参加し、法令等の正しい理解と最新の情報把握に努めています。 ■各階スタッフルームに法令関係のリストが掲示されています。 ■社会保険労務士や弁護士と法人契約があり、解決に向けた体制が整備されています。	
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)	■毎年、家族交流会でご家族から意見や要望を聴取し、アンケートも実施しています。 ■自己チェックシートにより課題を明らかにし職員と共有ができています。 ■スタッフの業務軽減のため、ITや介護補助器具等の導入を積極的に進めています。	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	■経営改善や業務の実行性の向上に向けて分析がなされています。 ■「ナイスな気づき」や「プチいら」から職員の問題意識をボトムアップで吸い上げ、労働環境の改善に努めています。また、新しい機器の導入に積極的に関わっています。	

		評価結果
Ⅱ-2 福祉人材の確保・育成		
Ⅱ-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
(コメント)	■福祉人材の確保と育成に関する方針が確立しています。 ■実習生を多数受け入れることにより、養成校と連携し、必要な人材が確保・育成されています。 ■採用した職員を計画的に育成するしくみが確立しています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	■理念・基本方針に基づいて「期待する職員像」が明確になっています。 ■人事考課基準が明示され職員に周知されています。 ■評価を見直すしくみがあります。	

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。	a
(コメント)	■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ます。 ■介護リフトや介護ロボット、タブレット等を積極的取り入れ、介護職員の業務負担軽減に力を入れています。	
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
(コメント)	■理念に沿った職員個人の目標が設定されています。 ■年2回の面接でフィードバックされ、進捗に合わせて修正されています。 ■個人の育成を適正に実施するしくみがあります。	
Ⅱ-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
(コメント)	■教育・研修計画に基づいて教育・研修実施が行われ、定期的に評価と見直しが行われています。 ■個人の育成を適正に実施するしくみがあります。	
Ⅱ-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント)	■職員が教育・研修を受ける機会が確保されています。 ■階層（経験年数）や職種に応じた教育・研修が実施されています。 ■研修参加費や交通費は施設が負担しています。 ■施設内研修に参加できなかった職員はファイルシステムで閲覧することができるしくみはありますが、できるだけ多くの職員が参加できるように施設内研修を同テーマで月2～3回開催されることを期待します。	
Ⅱ-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
Ⅱ-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
(コメント)	■実習生の教育・育成について基本姿勢が明文化されマニュアルが整備されていますが、事業計画書に記載されていません。事業計画書に基本姿勢と実施計画の概略を記載することを提案します。 ■毎年多数の実習生を受け入れ人材確保に繋げています。 ■指導者の研修が実施されています。	

		評価結果
Ⅱ-3 運営の透明性の確保		
Ⅱ-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
Ⅱ-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
(コメント)	■事業計画書や報告書が閲覧できるようになっています。 ■地域に向けて活動等を説明したパンフレット等が配布されています。 ■ホームページに決算書が掲載されていますが、最新の情報ではありませんでした。 ■苦情・相談の体制はありますが、改善された事例を公表するしくみの改善を望みます。	
Ⅱ-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
(コメント)	■経理規程や業務分掌により事務、経理、取引等に関するルールが明確にされ職員等に周知されています。 ■公認会計士、弁護士、社会保険労務士と顧問契約が結ばれ、専門家のチェックを受ける体制が整備されています。	

		評価結果
Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献		
Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
(コメント)	■事業計画書に地域貢献や相談事業について記載されています。 ■納涼祭や文化祭が開催され地域との交流が図られています。 ■地域包括支援センターや在宅介護支援センターを通じて、地域住民の相談に対応し、また認知症カフェ、ハート食堂等が開催されています。 ■利用者と地域の交流を広げるための積極的な活動を期待します。	
Ⅱ-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
(コメント)	■ボランティア受入れに対する基本姿勢が明確にされており、年間延べ2000名以上の方が活動しています。 ■学生の職場体験を受入れています。 ■利用者がベルマークの整理をして小学校との交流を深めています。	
Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
Ⅱ-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	■福祉施設として必要な社会資源（病院、関係団体）が明確にされています。 ■地域包括ケア会議や三宝校区の会議にも参加しています。	

Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
Ⅱ-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	■地域の役員に広報誌を送付し福祉施設の機能を説明しています。 ■地域活動「ふらっと三宝」を運営し地域住民との交流を意図した取り組みがありますが、生活に役立つ講演会や研修の実施を確認できませんでした。今後は地域住民の生活に役立つ講演会や研修会の開催を期待します。 ■毎年、納涼祭と文化祭を開催し、地域住民も参加しています。	
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	a
(コメント)	■地域ケア会議に参加し、地域の福祉ニーズの把握に努めています。 ■地域にスーパーマーケットがないことから、率先して移動スーパーを誘致し地域に貢献しています。	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
(コメント)	■基本理念に自由に選択できる「生活の場」や「ノーマライゼーション」の言葉を記載し、生活や権利を保障していくといった理念を掲げています。 ■尊厳、人権等を取り入れた研修を年1回以上開催し、不参加の職員に対しては「閲覧システム」を活用し、研修内容を確認できるシステムを取り入れていきます。また職員間で研修内容に疑問、質問等があった場合は同僚や上司に確認できる職場内の関係も構築されています。 ■各フロアに基本理念や方針を掲示し、常に確認、認識できるように取り組んでいます。 ■各種介護マニュアルの内容で、利用者を尊重する文言が記載されているものと、そうではないものがありました。「利用者を尊重した内容」をどのように盛り込むのかを検討し、適切な言葉を記載することが望まれます。 ■基本理念の内容をより詳しく事業計画に取り入れることで、より確認、認識できる環境が期待されます。	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	■プライバシー保護マニュアルを「高齢者の尊厳の保持」と設定し、閲覧可能としていました。プライバシー保護のみのマニュアルを作成するとより質の向上につながると考えられます。 ■設備の工夫について、従来型施設で難しいとは考えますが、ご利用者とご家族が担当職員とともに個別で工夫し実施しています。 ■権利擁護を取り入れた研修を年1回以上開催し、不参加の職員に対しては「閲覧システム」を活用し、研修内容を確認できるシステムを取り入れていきます。また職員間で研修内容に疑問、質問等があった場合は同僚や上司に確認できる職場内の関係も構築されています。 ■不適切な事案が発生した場合の対応方法について、就業規則には明示されていましたが、プライバシー分野での書式には明示されていませんでした。今後プライバシー保護のみのマニュアルなどを作成し、内容を明示する等の工夫が望まれます。	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
(コメント)	■施設内だけではなく、ケアプランセンターや、ふらっと三宝等に特性を紹介した資料を置き、多くの人が入手できる取り組みを行っています。また資料の補充も不足するような状況にならないよう努めています。 ■施設見学・相談については、急な見学・相談であっても生活相談員や施設ケアマネジャーが対応し、来所時の初回相談記録を細かく残していました。相談者やご利用者、ご家族にとっては安心できる取り組みです。 ■ショートステイやデイサービスを活用し、施設内の雰囲気やサービス内容を感じられる取り組み（体験入所）を行っています。法人と、ご利用者、ご家族双方にとって良い取り組みです。	
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
(コメント)	■重要事項説明書や利用契約書を施設内の誰でも見やすいような場所に掲示しています。 ■サービス内容を伝える工夫として、一日の流れやサービス内容について、写真や絵を用いた書類を作成していました。ご利用者、ご家族視点の工夫をしています。 ■サービス開始、変更時には担当者が説明し、同意を得て書面として残すといった一連の流れが出来ています。また意思確認が可能なご利用者に関しては本人へ説明し、同意を得ています。 ■成年後見制度を活用（現在4名）しています。また今後独居やご家族、代理人がいない場合に備えて成年後見制度を積極的に取り入れていく方向性を示しています。	
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	b
(コメント)	■サービス終了後、移行先に対しての医療的な情報（看護サマリー）、生活面での情報（ADLパーソンフード表）を作成し、退所時援助マニュアルの手順に沿って渡しています。ADLパーソンフード表については担当介護スタッフが作成し、より有効な情報提供を実現しています。 ■看取り対応によるサービス終了の場合、ご家族へ一か月後に連絡をするといった配慮をしています。またその内容を取り入れ看取り介護についての振り返りをし、看取り介護の質を高めています。 ■退所時援助マニュアルの見直しや更新が望まれます。	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	■満足度アンケート調査を家族交流会（年1回）で行っています。その他では施設ケアマネジャー、担当介護スタッフがご利用者にヒヤリングし満足度調査を踏まえたモニタリングを毎月行っています。また、日々の関わり・モニタリングの中で感じる気付きを「ナイスな気付き」として書式化し反映するといった流れが構築されています。 ■家族交流会での意見や反省点を抽出し、カンファレンスやフロア会議で検討→実施→改善するといった流れが速やかに行われています。	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。

b

(コメント)

■苦情への対応策を苦情会議を通し、各フロア会議で検討→実施→評価をし、迅速な対応と質の向上に努めています。
■各フロアに意見箱の設置をしています。要望書として受け付け内容確認をしています。意見箱設置場所については申立者が人の目を気にせず記入し投函できる環境整備が望まれます。
■各フロアに苦情解決の体制や解決の仕組みを説明した掲示物が掲示されていましたが、スタッフルームに掲示されていたフロアもありました。ご利用者、ご家族に対して目の届きやすい場所への掲示が望まれます。
■広報誌「和み」に苦情内容を開示していました。件数の開示だけではなく、内容や対応策などを開示することでより透明性を高めることが出来ると考えます。「どのような苦情でどのように検討・実施し解決した。」といった内容を開示することが望まれます。
■今後ホームページに苦情内容を開示予定と聞きましたので、開示内容や方法を検討することで、透明性の向上が期待されます。

Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。

b

(コメント)

■回廊式廊下の一部にソファや机、間仕切りを使用し小さな相談スペースが設置されています。ご利用者、ご家族が意見を述べやすいよう工夫しています。またデイサービスが休業の際には1Fのスペースも利用するなどの工夫もしています。
■相談者が意見を述べたりする際のわかりやすい文章を作成し、1階玄関前に掲示しています。各フロアにも、ご利用者、ご家族の目の届きやすい場所に掲示することが望まれます。
■各フロアに意見箱を設置しています。要望書として受け付け内容確認をしています。意見箱設置場所については申立者が人の目を気にせず記入し投函できる環境整備が望まれます。
■相談員、施設ケアマネジャー、担当介護スタッフが不在の場合の苦情や相談窓口をご利用者、ご家族へ明示することで、より相談しやすい環境を整備することが期待されます。

Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。

b

(コメント)

■相談マニュアルを作成しています。今後は内容の見直しが期待されます。
■各フロアに意見箱を設置しています。要望書として受け付け内容確認をしています。意見箱設置場所については申立者が人の目を気にせず記入し投函できる環境整備が望まれます。
■要望書の内容や、口頭での相談内容を上手く抽出し、各フロア会議で話し合いミニカンファレンスを開催し、迅速に対応しています。現在行っている組織的な対応を相談マニュアルに盛り込んでいくことで、より内容の濃い相談マニュアルの作成が期待されます。

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
(コメント)	■事例に対しスタッフ参画型のマンダラート分析を行い、リスクの管理をしています。 ■月500件以上の「ナイスな気付き」があり、積極的な事例の収集ができています。 ■事故内容を報告書として挙げ、電子媒体ですぐに閲覧できる「閲覧システム」を活用しています。 ■事故防止を取り入れた研修を年1回以上開催し、不参加の職員に対しては「閲覧システム」を活用し、研修内容を確認できるシステムを取り入れています。また職員間で研修内容に疑問、質問等があった場合は同僚や上司に確認できる職場内の関係も構築されています。	
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	■感染症予防を取り入れた研修を年1回以上開催し、不参加の職員に対しては「閲覧システム」を活用し、研修内容を確認できるシステムを取り入れています。また職員間で研修内容に疑問、質問等があった場合は同僚や上司に確認できる職場内の関係も構築されています。 ■毎月行われるマニュアル委員会で、マニュアルの見直しが定期的に行われています。	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	■防災マニュアルの中に台風（大雨・強風）、地震、火事の明記がありました。 ■事業継続計画（BCP）を作成することが望まれます。 ■備蓄リストの中に常備薬の記載がありませんでしたので、追記することが望まれます。 ■三宝校区防災協議会や近隣の小学校への避難訓練にも参加しています。 ■防災に関する研修も行っており、新規採用職員への研修も開催しています。	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	b
(コメント)	■個人情報の開示請求があった場合、ただ渡すだけでなく「個人情報の開示に関する通知」を用いて開示しています。 ■重要事項説明書では「利用者、又は代理者」と明記されていましたが、法令厳守規定の一部の個人情報に関する基本指針には「本人の同意」となっていました。また、個人情報にかかる開示申請等に関する規程の第四節の本人からの開示などの申請に対する対応も「本人から」となっています。明記している内容を統一する事が望まれます。	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	b
(コメント)	■入所判定会議により、関係職種で情報共有しています。 ■待機リストの順番が変更になった場合の仕組みづくりが望まれます。 ■優先度についての認識は共有しています。	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
(コメント)	■各介護マニュアルの内容で、利用者の尊厳、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢が明記してあるマニュアルとそうでないマニュアルがありました。各介護マニュアルに盛り込むことが望めます。 ■周知させる方策として、各フロアにOJTリーダーを設置し、周知させる内容をフロア会議等でも実践、または各フロアごとで臨時的にミニ研修を開催しています。	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
(コメント)	■毎月1回マニュアル委員会を開催し、定期的に各マニュアルの作成、更新を行っています。 ■平成29年には30件以上のチェックリストや手順書、マニュアルを更新していました。	
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
(コメント)	■施設サービス実施計画策定マニュアルの中に、アセスメント手順が明記がされていました。 ■個々のモニタリングをケアマネジャーと担当介護スタッフが協力して行っています。また各専門職からの意見を取り入れたモニタリングを実施しています。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
(コメント)	■施設サービス実施計画策定マニュアルに沿って、タイミングにあった個別カンファレンスを定期的に行い、ケアプランの更新を行っています。 ■ADLパーソンフード表を利用し、ケアプランに必要な情報収集を行っています。 ■更新したケアプランについては、「閲覧システム」を使用し周知を図っています。 ■ご利用者の状況に著しい変化があった場合には、臨時カンファレンスを開催しケアプランの更新を行っています。また病院からの退院時にも出来る限りカンファレンスを開催し、その内容をケアプランに反映させています。病院からの情報収集も効率よく行い、カンファレンスでの議題として取り入れています。	
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)	■状態変化について医師と連携し、機能訓練指導員もカンファレンスに参加しています。 ■ケアプランから個々がイメージできる実施計画が望めます。 ■パーソンフード表を元に適切にカンファレンスしています。 ■希望者は有料ヘルパー利用で外出しています。	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
(コメント)	■介護ソフトを利用して、施設内で統一した記録となっています。 ■職員で記録内容や記載方法に差異が生じないように、OJTを活用し各フロアでの指導をしています。また進捗状況を毎月各主任が確認し、適切な指導方法となっています。 ■記録の研修会も施設内で開催し、また外部への研修にも参加し、より適切な記録になるように努めています。	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
(コメント)	■個人情報取り扱いの同意書を活用しています。 ■パソコンの取り扱いに関して、囑託を含む全てのスタッフにパスワードを設定し、管理体制に留意しています。 ■新規職員採用時には研修を行い、年に一度施設内の研修も行っています。また参加できなかった場合も「閲覧システム」を活用し、周知できるように取り組みを行っています。	
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。	a
(コメント)	■身体拘束に関する取り組み内容について、重要事項説明書に明記しています。 ■身体拘束ゼロ宣言を掲示しています。 ■ティルト式車椅子等が不適切な使用とならないよう、機能訓練指導員が適切な使用方法を専門的に指導しています。 ■認知症委員会を開催し、認知症ケア研修を実施しています。適切な言葉・対応を周知させ、拘束に対する意識を深めています。 ■センサー類を身体拘束と考えセンサーの使用をしていません。	
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。	非該当
(コメント)	■預かり管理はしていないため、非該当。	
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。	b
(コメント)	■カンファレンスでADL評価を元に計画しています。 ■機能訓練のメニューや方法について、利用者一人ひとりに応じた運動療法の工夫が望まれます。 ■離床対策は利用者の意欲につながるよう背景を考慮し、タオルたたみ、お茶、料理クラブ、お菓子クラブへの参加を勧めています。	

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。	a
(コメント)	■ケース担当職員が中心になり、ケアプラン目標を視点に日課表作成をしています。 ■ナイスな気づきを多職種が意識しています。 ■学生やボランティアとの交流により、利用者の気分の向上につながっています。 ■コーヒークラブ、書道クラブ、カラオケクラブ、美容クラブなどがあります。 ■利用者の表情が穏やかで、落ち着いた生活をしている様子がうかがえます。	
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。	a
(コメント)	■接遇研修を年1回、勉強会を2か月に1回実施し、教育をしています。 ■コミュニケーションの成功事例も、ナイスな気づきで共有しています。	

		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。	a
(コメント)	■入浴前に判断基準に沿って健康チェックを実施しています。 ■パーソンフード表を参考に入浴方法を検討しています。 ■ADL評価チェック表を元に見守りをしています。 ■平均週2.5回入浴しています。 ■入浴拒否が強い利用者への対応をカンファレンスし、必要時には医師へも相談しています。 ■入浴を拒否していたある利用者に対し、その方が以前ダンスをしていたという生活歴を考慮して担当職員がそのダンスを学び、踊りながら誘ったところ、拒否せずに入浴されたという成功事例があります。	
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。	b
(コメント)	■自動採尿器の使用基準や評価の共有を明確にすることが望まれます。 ■フロアにオゾン消臭器やアロマを設置しています。 ■トイレのカーテンフックが数か所はずれたままでしたので改善が望まれます。 ■移動移乗用リフトでトイレ介助を安全に実施する取り組みや姿勢バーの設置を行っています。	

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。	a
(コメント)	■職員がリフト体験を実施後、リフトを運用し利用者の苦痛軽減を図っています。 ■リフト・回転盤を適切に選択しています。 ■移乗・移動器具に関して業者と検討し、デモを活用しています。 ■ナイスな気づきにより、利用者のくつのサイズをあわせることで歩行しやすくしています。	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	■褥瘡対策にプロテインパウダーを使用しています。 ■褥瘡処置を実施している方は1名で看護師との協働でケアしています。 ■褥瘡予防マニュアルの評価やアセスメントについて、新たな根拠も取り入れてもう少し具体的に検討することが望めます。	

		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)	■選択メニューは各フロアの意見を取り入れ、朝食の和洋食の選択、松花堂弁当、イタリアンランチ、月2回夕食時の主菜選択もしています。 ■各フロアでご飯を炊いて匂いで利用者の食欲を増進しています。 ■トレイ、エプロンを廃止し、またおひつをテーブルに置き、家庭的な環境にしています。 ■利用者も役割を持ち、ごはんをよそっています。	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	■症状により空間無視のある方などの食事を置く位置の工夫が望めます。 ■一人ひとりの栄養ケア計画にもう少し個別性を加えることが望めます。 ■嚥下評価については、歯科医や歯科衛生士との情報共有やケアの実施に努めることが望めます。 ■経管栄養剤の評価など検討しています。 ■昼食の食事ラウンドを適切にしています。 ■経管栄養の利用者で逆流しやすい場合は、カンファレンスしています。 ■水分摂取の工夫として、お茶ゼリーやジュースゼリーで対応しています。	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	■義歯の使用者の割合や有歯割合は1～2割で、利用者に応じた口腔ケア方法の実際を共有することが望めます。 ■歯科衛生士に口腔ケアの指導を受けています。	

		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。	a
(コメント)	■年間看取り件数は12～15件で、看取り研修を年1回してOJTでフォローしています。 ■看取り後のカンファレンスで職員へのケアフォローをしています。	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	■認知症研修会、勉強会を奇数月に実施し学習しています。 ■カンファレンスにおいても細やかな観察をもとに対策をしています。 ■介護職員が利用者の受診に付き添い、直接病状の説明を聞き対応をしています。 ■症状別（アルツハイマー、前頭側頭型等）のチームで学習し、対応方法を考え職員間で発表しあうことにより、質の向上を目指しています。 ■週1回の精神科医との連携により、利用者への対応を適切にしています。	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
(コメント)	■帰宅願望の強い利用者について、自宅で使用していた家具を持参して対応した事例など、ご本人の生活歴を大事にしています。 ■薬や危険物の管理方法として、鍵のかかっていない所があるので、すべてのフロアで施錠をすることが安全上望まれます。	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a
(コメント)	■機能訓練指導員が多職種と計画書の見直しを適切にしています。 ■心身の変化に対して、工夫や見直しをする中で、ナイスな気づきを朝礼で共有したり、福祉用具選択を適切にしています。	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	■看護・介護マニュアルをわかりやすく作成しています。 ■ナイスな気づきやインシデントより、点滴・内服の際、より安全に配慮した対策で実施することが望めます。	
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)	■流し台のアルコール消毒液の日付記載をすることで、より適切に効果が現れるよう検討することが望めます。 ■看護、介護、栄養マニュアルをわかりやすく作成しています。 ■吐物処理セットを準備しています。 ■看護師は年1回以上外部研修に参加し、学んだことを職員に周知しています。	

		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。	b
(コメント)	■物品配置のわかりやすい見取り図を準備しています。 ■入所者やご家族に配慮して、談話スペースなど使いやすい工夫をしています。 ■トイレのカーテンフックがはずれたままの部分がありましたので改善が望めます。	

		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。	a
(コメント)	■広報誌「和み」で年間予定を伝えメール、ブログ、ホームページを有効に活用しています。 ■利用者家族への連絡について、マイナス情報ではなくプラス情報を意識して発信するようしています。 ■カンファレンスに約7割の家族が参加し、情報共有しています。	

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ハートピア堺の入居者
調査対象者数	84名（うち回答可能な方10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ハートピア堺を、現在利用されている入居者84名（うち回答可能な利用者10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、10名の方から回答がありました。（回答率100%）

満足度の高い項目としては、

- （１）●「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ある」
について、全員の方が「はい」と回答、
- （２）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、常にやさしく一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員は、残っている機能を使って自分でできる範囲のことは自分でできるよう支援してくれる」
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- （３）●「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援してくれる」
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ハートピア堺の入居者の代理人
調査対象者数	84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ハートピア堺を、現在利用されている入居者の代理人84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、52名の方から回答がありました。（回答率62%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- （2）●「職員に声を掛けやすい」
●「職員は、本人の意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」
●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地良く過ごせる」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」
●「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。

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ハートピア堺 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	17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ハートピア堺を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人17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、12名の方から回答がありました。（回答率71％）

満足度の高い項目としては、

- （１）●「ホームは安心して生活できる場所になっていた」
 ●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」
 ●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めていた」
 ●「ホームの総合的な満足度」
 について、90％以上の方が「はい」「満足」と回答、
- （２）●「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援していた」
 ●「職員に声を掛けやすかった」
 ●「職員は、本人の意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援していた」
 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。

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