

**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 三養苑	
運営法人名称	社会福祉法人 三養福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	菅 幹夫（理事長） 山田 真司（施設長）	
定員（利用人数）	70 名 ★ショートステイ10名含む	
事業所所在地	〒 571-0035 門真市桑才249番地5	
電話番号	072 - 882 - 3333	
F A X 番号	072 - 885 - 6118	
ホームページアドレス	<a href="http://www.sanyoufukushikai.com/sanyoen/">http://www.sanyoufukushikai.com/sanyoen/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:honbu2@sanyoufukushikai.com">honbu2@sanyoufukushikai.com</a>	
事業開始年月日	平成10年4月1日	
職員・従業員数※	正規 30 名	非正規 11 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士14名、 介護支援専門員1名、医師2名、准看護師5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2名、 実務者研修修了4名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室15室、二人部屋11室、三人部屋3室、 四人部屋6室	
	[設備等] 食堂1、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	0 回
前回の受審時期	平成 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】

### ■法人基本理念

- ・人権尊重の精神を基調に、高齢者、障害者等すべてのご利用者が共に生きる社会（ノーマライゼーション）の実現を目指します。

### ■法人基本方針

- ・成長していく芽 元気の源
- ・全てを包み込み受け入れ、地域と共に歩む
- ・心の温かさで情熱で行動

### ■特別養護老人ホーム三養苑 理念

『看護・介護のプロである自覚をもって業務にあたる』

### ■特別養護老人ホーム三養苑 方針

『行動を予測した5分前行動を！』

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

私共、三養福祉会の基本理念は、人権尊重の精神を基調に、高齢者、障害者等すべての利用者が共に生きる社会（ノーマライゼーション）の実現を目指すことです。

当法人の名称である三養福祉会の「三養」とは、3A安心・安全・安息をモットーにしており、三養福祉会のシンボルマークである「緑：成長していく芽、元気の源」は職員を表しており、「白：地域の歴史と習慣を大切に皆様と共に歩む」は地域の方々・行政機関を表しております。「赤：心の温かさで情熱」これはご利用者・ご家族を表します。

ご利用者の“生活の場”として、心身両面にわたって自立を促しつつ支援することにより、食事・入浴・排泄といった基本的な生活面から、生きがい・娯楽といった精神的な生活面、さらに家族や地域社会とのつながりを保つといった社会的な生活面をも支援していきます。また、私達は、入居者様・ご家族様・職員が一体となり、介護や生活に関する相談を職員の専門知識、技術、施設整備を積極的に役立てることにより施設全体を地域社会の資源として活用していくことで、皆様に喜んでいただけるよう取り組んでいます。

## 【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11月14日～平成31年1月7日
評価決定年月日	平成31年1月7日
評価調査者（役割）	0401A191（運営管理委員） 0501A117（専門職委員） 0901A024（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三養苑は、Osaka Metro長堀鶴見緑地線「門真南」駅より800メートル程の幹線道路から外れた住宅街の中にあります。近くには郵便局やコンビニエンスストア、食堂やバス停などがあり、静かで過ごしやすい環境です。

法人は大阪、兵庫、奈良、和歌山で保育・介護事業を展開しており、三養苑は法人の中で最初にできた唯一の従来型の特別養護老人ホームであり、今年で設立20年目を迎えました。同一建物内には通所介護や訪問介護、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターが併設されています。

開設当初から勤務している職員が非常勤も含め6割もおり、働きやすい職場となっています。施設は老朽化が進んでいますが、管理者・職員は業務の改善や修繕を検討し、利用者の生活が法人のモットーである安全・安心・安息に繋がるよう工夫をしています。

(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

#### ■職員の対応

食堂が2階にあり、また浴室が1階にあるため、1日を通してエレベーターでの移動が多い環境下で、日常的に努力している介護職員をはじめとしたスタッフの対応は評価できます。待ち時間には口腔体操を行ったり、移動を機能訓練の視点で対応する等工夫して取り組んでいます。

#### ■情報共有のための工夫

施設で従事するために必要な情報を「職員手帳」としてまとめ、全職員へ配布することで周知を図っています。

### ◆改善を求められる点

#### ■看取りについて

現在看取りは実施されていません。利用者や家族から希望があった場合に、状況に応じできる限り施設での看取り介護が実施できるような体制整備が求められます。

#### ■サービス向上のための取り組みについて

アンケート調査等、利用者の満足度にかかわる調査をうまく活用し、サービス向上に取り組む仕組み作りが望まれます。

#### ■事業計画の周知について

事業計画の内容が利用者や家族に周知されるよう、家族が集まるイベント等の機会を活用したり、わかりやすくしたものを広報誌やホームページで公表するような仕組み作りが望まれます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回初めて第三者評価を受審させていただきました。

今回の評価結果を踏まえて、今後も施設をご利用いただくすべてのご利用者様が安心安全安息に生活ができる環境作りを進め、継続的なサービスの向上に取り組んで参ります。

### ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	<p>■法人理念の基に策定した特別養護老人ホーム三養苑の理念と方針・基本方針を広報誌、事業計画書等に記載しています。法人理念・基本方針はホームページ、パンフレットに記載しています。</p> <p>■特別養護老人ホーム三養苑の理念は「看護・介護のプロである自覚を持って業務にあたる」、方針は「言動を予測した五分前行動を！」と職員間で協議して定めています。</p> <p>■「人権尊重の精神を基に、高齢者、障がい者等すべての利用者が共に生きる社会（ノーマライゼーション）の実現をすることです」を法人理念としてホームページ、中長期計画等に明示しています。</p> <p>■全職員に周知する取り組みとして「職員手帳」を配布したり「理念基本方針カード」を名札入れにいれるなどしています。</p> <p>■法人理念・基本方針また特別養護老人ホーム三養苑の理念・方針は、職員の理解はもとより利用者・家族、さらには地域社会に対して示していくことが大切です。玄関入口、各フロア、食堂、会議室などにも掲示して周知徹底を図っていくことが望まれます。</p>	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅰ-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
(コメント)	<p>■法人内では、大阪5施設、兵庫1施設、奈良1施設、和歌山3施設と近畿地方での事業展開を行っています。各施設長連絡会、施設長・副施設長エリア会議等を開催して情報提供をする等して各事業所管理者との共有を図っています。</p> <p>■施設長連絡会議録は、法人内ネットワークでPC・タブレットで作成しています。</p> <p>■事業所が位置する地域での福祉ニーズに対する需要の動向、利用者数、福祉のニーズ等に関するデータは各部署からの報告を得ています。</p> <p>■2か月に1回の運営会議には、施設長、副施設長、各部署所属長、相談員、栄養士等の参画により、2か月毎の運営状況を確認し、課題について評価・分析しています。</p> <p>■事業所が位置する地域の利用者数・利用者像、福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関する収集したデータを分析することは、今後の事業経営を長期的視野に立って進めていくためには欠かせません。収集したデータを分析していくことが望まれます。</p>	

I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
(コメント)	<p>■運営会議では、施設長、副施設長、各部所属長等が参画し、各事業別の月間集計及び報告、稼働率、業務報告、各会議・委員会予定等の報告を行う等して経営課題の解決・改善に向けた取り組みを行っています。</p> <p>■理事会は年4回、評議員会は年2回開催され、役員間での共有がなされています。</p> <p>■管理者は、職員が財務の視点からも意識して業務にあたっていくよう、今後は収支などの課題についてもスタッフ会議等で報告をする等していくことが望まれます。更に財務以外に組織体制・職員体制等の課題の解決についても具体的に明文化することが望まれます。</p>	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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)	<p>■法人の中長期計画（平成29～30年）を策定しています。</p> <p>■中長期計画は3～5年位をイメージして、「中・長期事業計画」と「中・長期収支計画」を策定していくことが望まれます。</p> <p>■中期以外の長期計画も含めて明確にしたビジョンに対して、実施する福祉サービスの内容、組織・職員体制、設備の整備、人材育成等の側面から現状分析を行い、課題や問題点を明らかにすることが望まれます。</p>	
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)	<p>■事業計画は、法人中長期計画に基づき作成しています。</p> <p>■事業報告書は、年間利用者や状況、実施したレクリエーションや行事について、具体的な成果を数値で報告しています。今後は事業計画においても運営状況、各委員会の計画を数値目標を設定して実施状況の評価が行えるようにしていくことが望まれます。</p> <p>■事業計画は、例えば「事故防止・緊急対応委員会では転倒事故で0を目指す」「感染症対策委員会ではインフルエンザ感染症0を達成した」等、具体的な数値目標や成果を設定することで、職員が意識して取り組めるような工夫が望まれます。</p>	

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)	<p>■事業計画の策定にあたっては手順書はありませんが、3月の理事会に報告できるように運営会議、スタッフ会議において検討し策定しています。</p> <p>■管理者は、実施状況の評価分析を行い、事業報告書に記載しています。</p> <p>■管理者は、運営会議、スタッフ会議・各委員会等からの意見を吸い上げて事業計画を策定しています。</p> <p>■今後は、事業計画を策定するに当たり、構成メンバー、時期、手順などを定め、少なくとも半期ごとの評価・見直しをしていくことが望まれます。また、全職員に周知していくには、事業計画書を非常勤職員を含めた全職員に配布したり、説明会を行う等していくことが望まれます。</p>	

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)	<p>■事業計画書を1階事務所窓口に設置して、いつでも閲覧できるようにしています。</p> <p>■利用者会や家族会はありませんが、広報誌等で管理者等の挨拶・行事等のお知らせをしています。広報誌は年3~4回発行し、請求書と一緒に家族あてに送付する等しています。</p> <p>■事業計画は、年度初めにホームページ、広報誌等により分かりやすくなるよう文章や絵にして記載したり、掲示板に掲示するなどして利用者・家族に理解を得る工夫をすることが望まれます。</p> <p>■利用者会や家族会等の設置や、利用者・家族等に対して各フロア毎に説明をする機会を持つなどの工夫が望まれます。</p>	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
(コメント)	<p>■今回第三者評価受審にあたり、各部署・全職員で自己評価をチェックする等して組織的に取り組んでいます。</p> <p>■介護保険自主点検表による年1回の点検を行っています。</p> <p>■福祉サービスの質の向上に向けた取り組みは、運営会議、スタッフ会議、接遇委員会他各種委員会等において組織的に行っています。</p> <p>■サービス向上のためには、職員アンケートを実施したり、利用者満足度アンケートを実施する等して「振り返り」を行い、さらに良いサービスに繋げていく工夫が望まれます。</p> <p>■介護保険自主点検表による点検の実施や第三者評価の自己評価を行うにあたって、幹部職員や複数の職員による担当制を定めることが望まれます。</p>	
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
(コメント)	<p>■第三者評価受審にあたり、全職員で自己評価をチェックしていますが、分析した結果や課題を出すまでにはいたっていません。</p> <p>■福祉サービスの質向上に向けた課題は、運営会議やスタッフ会議で検討しています。</p> <p>■自己評価・第三者評価の結果が出た後は、改善すべき課題を明確化し、解決・改善を計画的に取り組み、その計画を中長期計画や事業計画に反映していくことが望まれます。</p> <p>■今後は、担当部署や業務改善委員会等を定めて、解決・改善すべき課題について検討してはいかがでしょうか。</p>	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
(コメント)	<p>■法人のキャリアパス表並びに「職員の役割表」に、管理者の役割と責任を明確にしています。また、運営会議やスタッフ会議等を活用して表明をする等、周知を図っています。</p> <p>■広報誌には、理事長はじめ管理者等が理念や方針、事業の進捗状況等を掲載して周知を図っています。</p> <p>■平常時のみならず有事における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含めたマニュアルの整備が望まれます。</p>	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■法人では、コンプライアンス委員会を法人管理職会議が担っています。コンプライアンス規程を定め、法令遵守を推進しています。</p> <p>■管理者は、大阪府及び門真市等の開催する法令遵守の研修や勉強会等に参加しています。</p> <p>■三養苑では、待遇委員会の中でコンプライアンス委員会を兼ねた取り組みを行っています。</p> <p>■利用者が離床した後のベッド下にナースコール、リモコンが置かれていました。ナースコールやリモコンは必ず手の届くところやベッド上に置いておくことが求められます。</p> <p>■待遇委員会の課題だけでなく、事業経営、社会福祉関係法令はもとより雇用、労働、防災、環境への配慮など、様々な法令について遵守していくための取り組みが望まれます。</p>	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
(コメント)	<p>■施設長、副施設長、各部署所属長、相談員、管理栄養士等は、2か月に1回運営会議を開催し、実施するサービスの質について評価・分析しています。会議の内容は、スタッフ会議・各委員会へと報告される仕組みとなっています。</p> <p>■職員は、各種委員会のどれかに所属しており、また施設長・副施設長は会議・委員会の大半に参加をする等して職員の意見を取り込めるよう努めています。</p> <p>■福祉サービス向上のためには、正規職員以外の全非常勤職員の教育・研修も大切です。全職員が参加できるような教育・研修の場の整備が望まれます。</p>	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	b
(コメント)	<p>■管理者は、運営会議等において、人事、労務、各事業所の稼働率等の報告を受け分析を行っています。</p> <p>■職員配置については、毎月事務所で数値化して管理しています。利用者に対する介護・看護職員の配置は介護保険制度による基準通り3：1となっています。</p> <p>■20周年を迎えたホームですが、開設当初からの職員は非常勤も含め6割となっており、働きやすい職場となっています。施設は老朽化が進んでいますが、管理者・職員は業務の改善や修繕を検討し、利用者の生活が安全・安心・安息に繋がるよう工夫をしています。</p>	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	<p>■中長期計画の重点項目に、人材確保と育成を掲げています。求人体制の強化と定着率向上を図るため、法人内外研修、キャリアアップ支援等による人材確保・育成、海外からの担い手確保等を計画しています。</p> <p>■外国人労働者の採用に当たり研修の実施等も始まっています。</p> <p>■組織の理念・基本方針や事業計画に沿って、組織を適切に機能させるために必要な職員数や、体制あるいは正規職員と非常勤職員の比率なども含めた具体的な計画を立てることが望まれます。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■法人では人事考課は実施していません。法人就業規則の中に人事基準が明記されており、採用時に説明しています。</p> <p>■施設長は職員から意見を吸い上げるため、非常勤も含む職員一人ひとりに対して年2回の面談を行っています。施設長は職員一人ひとりの「個人ファイル」を作成してメッセージを毎回通知し、職員は法人・施設への提言・企画、その他どんなことでも自由に意見を記載して面談を行っています。今後は職員の評価・管理のための仕組み作りに繋げる取り組みをしていくことが望まれます。</p> <p>■キャリアパス・職員配置・異動・昇進等の基準を明確化し、人事考課制度等での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。</p>	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
(コメント)	<p>■職員の就業状態や意向・要望は、各フロア介護副主任、介護主任から副施設長、施設長へと職制を通して報告・把握されています。</p> <p>■就業状態は、事務部門と管理者が管理しています。有給休暇や超過勤務は毎月の給料表に記載し、職員一人ひとりが確認できるよう配慮しています。リフレッシュ休暇一覧表も職員が取りやすいように、また励みにもなるようスタッフ室に掲示しています。</p> <p>■職員の面談は施設長が年2回行っており、職員の意見や日頃感じていることを把握しています。聞き取った内容については一人ひとりの個人ファイルに管理し、フィードバックしています。</p> <p>■大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。</p> <p>■法人では、ストレスチェックを実施しています。</p> <p>■働きやすい職場づくりに向けて、把握した職員の就業状況や意向・意見を分析・検討し、改善に向けた取り組みを福祉人材や人員体制に関する具体的な計画に反映していくことが望まれます。</p>	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■キャリアパス表の「求められる能力・機能」の中に期待する職員像を明記しています。</li> <li>■施設長は「職員評価シート」を活用していく予定で検討しています。</li> <li>■法人として、中長期計画や事業計画に明記し、目標管理と評価制度、キャリアパス表のあり方の議論を進めていくことが望まれます。また、評価を実施するにあたりアセッサー（評価者）の指導力アップを目指すアセッサー教育を実施していくことが望まれます。</li> </ul>	
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■キャリアパス表に「期待する職員像」の内容が記載されています。具体的な知識・技術水準や専門知識の取得といった点からも記載されていますが、まだ活用には至っていません。</li> <li>■法人として中長期計画や事業計画にも「期待する人物像」を明記することが望まれます。</li> <li>■ステップアップ委員会が年間研修を計画しています。委員会は、上半期の研修計画を振り返り、見直し、下半期の研修テーマ・回数・参加対象者等を検討していく仕組みとすることが望まれます。</li> <li>■キャリアパス表とも連動した計画が望まれます。</li> </ul>	
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■新任職員には、採用時に新任職員研修が実施され、チューター方式により指導しています。チューター方式とは、基本介護の勉強会で中堅職員から新人へ指導する方式です。中堅職員も指導することで再度見直しをしていく等、全職員で勉強会をとおして取り組んでいます。</li> <li>■キャリアパス表を活用し、職員が目指す方向性を明示しています。職員一人ひとりに対して必要とする教育・研修計画を明確にしていくことが望まれます。</li> <li>■年間研修計画を立てた内部研修については、全職員が参加できるよう、テーマごとに2～3日程かけて行う等の配慮や、研修後には「職員個人履歴」で管理して研修成果の評価・分析を行うことが望まれます。</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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画、実習生マニュアルに実習生受け入れに関する基本姿勢を明記しています。</li> <li>■実習生マニュアルには、受入手順、オリエンテーション、プログラムの作成などを整備しています。</li> <li>■平成29年度は受け入れがありませんでした。</li> <li>■指導者に対する研修の実施が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人・事業所の理念や基本方針、福祉サービスの内容、財務諸表・決算情報等はホームページに公開しています。</p> <p>■ホームページ・広報誌には、事業の実施状況を公表しています。苦情内容と改善については掲示板に掲示する等しています。第三者評価受審後は評価の結果を、また苦情の内容・対策についても事業報告書・ホームページ等にも公表することが望まれます。</p> <p>■施設のパンフレットや広報誌は、各事業所や門真市役所高齢福祉課に設置しています。</p> <p>■ホームページ・広報誌等の活用により事業計画、事業報告等についても公表していくことが望まれます。</p>	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
(コメント)	<p>■経理規程に基づき会計処理を行っています。</p> <p>■法人では、「職員の役割表」に権限が明確化されており、関係職員に周知しています。</p> <p>■法人では、外部の公認会計士によるチェックを受けています。</p> <p>■ホームページには、財務諸表(貸借対照表・資金収支計算書・事業活動計算書等)を開示して透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</p> <p>■法人内専属の会計士と外部の会計士に年2回相談し、助言を受けていますが、法人内の施設間で内部監査を実施し、職員相互のチェックや監査結果が経営改善や人材育成につながるような取り組みが望まれます。</p>	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■法人中長期計画には、重点事項の一つに「地域福祉の推進」を掲げています。地域の社会福祉ニーズに対応した経営戦略として、特別養護老人ホームを主軸とした経営を行い保育事業にも参入していく等、他にも具体的に明記しています。</p> <p>■市が策定した防災マップを玄関等に掲示して利用者・家族に情報を提供しています。玄関窓口や2階の地域包括支援センター窓口には市内の社会資源が記載された冊子「かどまっぷ」を設置したり、地域行事のチラシを掲示したりしています。</p> <p>■地域の秋のたんじり祭りでは毎年施設前までたんじりの訪問があり、利用者の楽しみとなっています。施設の納涼祭は近隣の住民やボランティアの協力を得て開催しています。地域住民との交流の場となっています。</p>	

<p>II-4-(1)-②</p> <p>(コメント)</p>	<p>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。</p> <p>■ボランティア、学校教育への協力については、事業計画に明文化しています。          ■ボランティアマニュアルを整備しています。          ■今後は活動中のトラブルや事故を防ぐためにも、ボランティアへの研修や学習会等が望まれます。また、実績を数値化して事業報告書等に記載していくことも望まれます。</p>	<p>b</p>
<p>II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。</p>		
<p>II-4-(2)-①</p> <p>(コメント)</p>	<p>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。</p> <p>■玄関窓口や2階の地域包括支援センターに、介護保険制度の説明や介護保険サービス事業者が掲載されている冊子を設置して、いつでも閲覧できるようにしています。          ■施設長は、門真市の施設連絡会議や事業所連絡会に参加しています。          ■地域包括支援センターの介護支援専門員は、毎月開催の「地域交流会」に参画し、関係団体と地域の課題解決に向けて活動をしています。内容については運営会議において管理者等に報告をしています。</p>	<p>b</p>
<p>II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。</p>		
<p>II-4-(3)-①</p> <p>(コメント)</p>	<p>福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。</p> <p>■地域包括支援センター連絡会議やヘルパー連絡会議等の会議場所として、会場を提供をしています。          ■特養三養苑と門真市は「災害時福祉避難所」として協定を結んでいます。          ■近隣の福祉施設間では「大規模災害時における施設間相互協力の覚書」を結んでいます。          ■管理者は、門真市美しいまちづくり推進委員会に参画をしています。管理者・職員は施設周辺、歩道、側溝等の清掃をして地域のまちづくりに貢献しています。          ■今後は、要介護者、生活困窮者等への理解を深めるための講習会や研修会・講演会等の開催、福祉に関する相談窓口を設置することが望まれます。</p>	<p>b</p>
<p>II-4-(3)-②</p> <p>(コメント)</p>	<p>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。</p> <p>■2階にある地域包括支援センターでの連絡会議等の会議場所として、会場を提供をしています。会議には民生委員等が参画しており、そこからの相談などから福祉ニーズの把握をしています。          ■施設長、副施設長、各部署所属長等で構成する運営会議での報告からも、福祉ニーズの把握をしています。          ■三養苑では地域福祉ニーズに基づき、デイサービス、ショートステイ、ヘルパーステーション、配食サービス、グループホーム事業等の事業展開を行っています。          ■管理者・職員は地域ケア会議等にも積極的に参画をして、具体的な福祉ニーズの把握に努めることが望まれます。          ■今後も既存制度では対応しきれない生活困窮者等の支援、地域社会での貢献活動を主体的に進めていくことが望まれます。</p>	<p>b</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>■基本方針には、「入居者様・利用者様の意思及び人格を尊重し」とあります。また利用者尊重に関しての姿勢は、法人でまとめる倫理綱領や施設としてまとめる職業倫理として文書化しています。この姿勢は施設内で活用するマニュアル類へも反映しています。基本方針や必要な規定、マニュアル類は「職員手帳」としてひとつにまとめて全職員に配布しています。</p> <p>■今年8月に職業倫理や法令遵守を目的とした勉強会を実施し、参加できなかった職員へは資料を配布して周知を図っています。理念や方針は介護職員の詰所に掲示し、朝の申し送り時に唱和しています。また、毎月の接遇推進委員会でも日常のサービス提供に関する改善を進めています。</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>■プライバシー保護や虐待防止等、権利擁護に関する指針、マニュアル類を整備しています。これらは「職員手帳」としてまとめられ、全職員に配布しています。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。月1回の接遇推進委員会では利用者へのより良い対応について検討しています。</p> <p>■今年8月に研修を実施し、参加できなかった職員へは資料を配布して周知を図っています。トイレやベッド周りにはプライベートカーテンを使用しています。また、浴室には入り口を2か所用意して、内部をカーテンで仕切れるようにする等してプライバシーを保護しています。ポータブルトイレを使用している利用者への配慮事例についてもヒヤリングで確認しました。ベッドでなく布団を敷いている居室に関する快適な居室空間については、さらに工夫した取り組みが望まれます。</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>■パンフレット等の案内は市役所に設置して多くの方が手にできるようにしています。ベースとなるパンフレットに、必要な資料を追加し、組織の説明に活用しています。利用希望者が訪問した際には、施設内を案内し、料金やサービス内容の説明を行っています。体験利用に関しては、短期入所という形で受け入れていることが多いとヒヤリングで確認しています。</p> <p>■利用希望者に対する情報は適宜見直しされていますが、見学の記録を含めてさらに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>■基本方針には利用者の意思を尊重する姿勢を表記しています。説明に際しては言い方を変えたり、専門用語を避ける等配慮しています。目の見えにくい方へは資料を拡大する等の配慮も可能です。サービス開始、変更時や料金の変更時には文面で同意を残しています。</p> <p>■意思決定が困難な方への対応事例として、入居後に成年後見制度を利用したことをヒヤリングで確認しましたが、ルール化という形での整備が確認できませんでした。実践されたことが、自施設にとってのノウハウになるようルール化しておくことが望まれます。</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>■事例としては、病院での長期入院に至る事例が多いと聞き取りました。サービス移行に関しては、必要な情報を伝えたり、利用終了後の窓口を決めています。それを示す文書や手順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、今後は、その対応がばらつかないように、施設として引き継ぎ文書を定め、サービスの継続性が配慮できるよう手順を整備することが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■嗜好調査を年2回実施しています。調査の結果は分析し、給食会議でより良いサービス提供についての検討に活用しています。</p> <p>■接遇推進委員会をはじめとして、部門の会議でも利用者の満足度向上につながるサービスについて検討はしていますが、今後は利用者満足度調査を視点とした改善の仕組みについて取り組むことが期待されます。</p>	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
	Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
(コメント)	<p>■苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書を通して利用者へ説明しています。館内には、職員の顔写真入りでわかりやすい相談窓口案内を作成して掲示しています。施設玄関には意見箱の設置を確認しました。</p> <p>■受け付けた苦情内容は苦情受付書にまとめています。苦情受付書から改善に向けた対応や利用者、家族へのフィードバックについて確認できました。苦情内容、解決結果は館内に掲示していますが、掲示以外の方法も含めて継続的に公表することが期待されます。</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て利用者、家族に説明しています。館内には相談スペースを設け、相談を受け付ける職員を顔写真入りで紹介するポスターも掲示しています。</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>■苦情解決マニュアルを整備しています。マニュアルの見直しについても確認しました。利用者から受けた相談と対応の記録はケース記録にまとめています。施設玄関には意見箱を設置しています。接遇推進委員会をはじめとして、部門の会議でも利用者の満足度向上につながるサービスについて検討しています。</p> <p>■今後、マニュアルを点検する際には、苦情と相談や意見の流れを整理してまとめることが望まれます。また、利用者の意見を把握するためのアンケート調査や満足度調査の実施に関しても一度ご検討下さい。</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>■事故防止マニュアルを整備して介護事故防止委員会を組織する等し、体制を整備しています。ヒヤリハット報告書や事故報告書により事例の収集や再発防止に繋がっています。具体的には、その重大さで「ヒヤリハット報告書」「事故報告書」にレベル分けして整理し、取り組みを行っています。事故報告書からは、要因分析と対策が確認できました。事故の再発防止については介護事故防止委員会で検討しています。</p> <p>■研修は1月に実施しており、今年度も1月の実施を予定しています。研修に関しては、年2回以上の実施と、さらに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)	<p>■感染症の予防体制は指針としてまとめています。マニュアルは「職員手帳」としてもまとめて、全職員へ配布し周知を図っています。毎年定期的に研修を実施し、今年は5月に開催しています。</p> <p>■感染症予防委員会とスキンケア委員会を組織して、日々の予防対策を検討しています。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。</p> <p>■指針内の責任体制については、再度点検することが望まれます。また、マニュアルの点検方法についても、一度ご検討下さい。研修に関しては、さらに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)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	<p>■消防計画や防災マニュアルには災害時の組織体制や想定される被害、具体的な避難、サービスを維持する職員体制等必要な事項をまとめています。マニュアル類は「職員手帳」としてもまとめ、全職員へ配布して周知を図っています。備蓄品は現在3日間を想定して整備し、栄養士が管理をしています。備蓄品に関しては、想定される地域からの受け入れ数に応じた量も検討し、現状で良いかどうか点検することが望まれます。</p> <p>■消防署立会の避難訓練、夜間想定での避難訓練の実施、福祉避難所の協定書を文書により確認しています。</p>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<p>■個人情報保護規定の開示について記載しています。過去に開示の求めにより規定による手順にて開示に応じている事例がありました。開示の体制は整備しています。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	b
(コメント)	<p>■入所選考に係る指針や説明資料等はわかりやすく作成していますが、パンフレットやホームページなどで広く公表することが望まれます。</p>	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
(コメント)	<p>■マニュアル類を整備しており、文書内には必要なポイントに利用者尊重やプライバシー、権利擁護の視点での表記があります。マニュアル類は「職員手帳」としてひとつにまとめて全職員へ配布し周知を図っています。また、排泄、食事、入浴、記録、緊急対応の5つの項目についてチューターリーダーを設置し、OJTを実施するほか、勉強会を開催したり、業務マニュアルを見直す等しています。</p> <p>■チューターを中心に、日々の業務で気になったところは話をするようにしていますが、マニュアルに沿った業務ができているかどうか確認する方法として、現在、人事考課制度と関連させていけるような仕組みを検討しているところです。</p>	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
(コメント)	<p>■マニュアル類は年1回、年度末に見直しを行っています。マニュアルの見直しは、主任を中心に担当で分担して行います。</p> <p>■例えば、ケアプランに関連するマニュアル類の見直しについて、ケアマネジャーを担当者として最終的な点検を行う等することで、現状よりもケアプランに連動した視点での見直しが可能になります。このような方法を含めた取り組みの検討が望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
(コメント)	<p>■ケアマネジャーを計画策定責任者としてケアプランを作成しています。介護職員を含めたケアプラン委員を組織して、専門職の視点でアセスメントを行い、最終的に擦りあわせの協議を行うようにしています。サービス担当者会議には、部門を横断する職員の参加を確認しました。モニタリングは記録ソフトを活用して、毎月の行動実施記録と3か月ごとのモニタリング、6か月ごとの評価を基本に実施しています。</p> <p>■事例では、体調の急変リスクがある利用者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>■ケアプランの見直しは6か月を基本にし、利用者の状況により臨時で見直せるようにしています。サービス担当者会議には家族の参加を推進し、意見を確認する体制にしています。ケアプランはファイリングして介護職員の詰所への設置、朝礼での説明、サービス担当者会議終了後にケアマネジャーから情報を発信する等して周知に努めています。</p> <p>■「Ⅲ-2-(1)-②」でも示したように、例えば、ケアマネジャーが最終的なマニュアルの点検を行う等することで、現状よりもケアプランに連動した視点での見直しが可能になります。このような方法を含めた取り組みの検討が望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>           ■利用者一人ひとりの施設サービス計画書は、人格を尊重し自立を支援するという基本方針に基づき作成し、サービスの実施にあたっては利用者に説明し同意を得ています。            ■担当者を中心に利用者の状況を把握し、計画作成担当者が利用者の目標達成状況について評価しています。            ■施設サービス計画書は医師、看護師、栄養管理士など、専門的なアドバイスを反映し作成しています。         </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。	a
(コメント)	<p>           ■利用者の身体状況や生活状況は記録ソフトを活用して記録しています。毎月の行動実施記録と3か月ごとのモニタリング、6か月ごとの評価によりケアプランに基づくサービス提供を確認しています。チューター制を導入し、記録チューターを設置して適切な記録が行われるようにしています。            ■毎朝行う朝礼、夕方に行う申し送り、記録ソフトのネットワークでの共有、連絡ノート、掲示版等を活用して必要な情報が的確に届くよう取り組んでいます。サービス担当者会議等、部門横断で出席する会議体についても確認しました。         </p>	
	Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	b
(コメント)	<p>           ■個人情報保護規定を整備し、不適正な利用や漏えいへの対策と対応方法及び管理者を定めて情報の管理に努めています。記録の管理に関しては、職業倫理のステップアップ勉強会を開催しUSBの取り扱いなどを含め周知を図っています。個人情報の取り扱いについては、重要事項説明書により、利用者、家族へ説明しています。            ■8月に法令遵守を目的とした内容の研修を実施し、参加できなかった職員へは資料を配布しています。         </p>	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
	Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	b
(コメント)	<p>           ■身体拘束の防止について重要事項説明書に記載し、契約時に利用者、家族へ説明をしています。マニュアル類も整備し、職員へは「職員手帳」として配布して研修を6月に実施し、施設外での研修にも参加しています。毎月、身体拘束虐待防止委員会を開催し、サービス担当者会議でも検討するようにしています。委員会では言葉遣いについても検討し、館内に目標を掲示するなど具体的に取り組んでいます。            ■身体拘束の対象の方は現在いませんが、環境整備の取り組みの工夫については継続的に検討することが望まれます。         </p>	

Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	b
(コメント)	<p>■預り金管理規定を整備し、管理責任者も定めています。管理に際しては契約書を交わしています。預り金は月1回点検し、職員立会いのもと、金銭授受をしています。通帳は施設長及び会計職員が管理し、印鑑は相談員が管理しています。預り金収支状況は家族へ電話連絡し、面会時に報告をしていますが、書面での報告を一度検討することが望まれます。必要な方へは成年後見人の申し立て支援もしています。</p> <p>■家族との話し合いより少額自己管理をされている利用者がいます。個室は金銭を管理しやすい環境にありますが、多床室では利用者間でのトラブルも考えられるため、管理についての工夫を検討することが望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
(コメント)	<p>■利用者の意向に沿って、編み物、縫物、塗り絵などに取り組み、食堂での食事やトイレの誘導、レクリエーションの参加など、自室から出て過ごす時間をより多くすることで離床対策を進めています。</p> <p>■機能訓練指導員として、看護職員が機能訓練計画書を作成し、関節拘縮を予防するためにマッサージ等を行い、寝たきり予防と自立に向けた支援をしています。</p>	

## 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)	<p>■利用者一人ひとりの暮らしの意向を理解し、近隣公園での花見やお誕生日会、おやつ作りなど利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができるよう支援しています。</p> <p>■お誕生日会のおやつ作りや行事・レクリエーションの参加など、利用者の生活に楽しみがあるように工夫していますが、アンケートに、カラオケや体操をしてほしいという要望もあります。利用者や家族の要望をアンケートなどから把握し、メニューを工夫することが望まれます。</p>	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
(コメント)	<p>■話すことや意思表示が困難な利用者には、表情や筆記で確認するとともに、「はい」「いいえ」を記したカードのどちらかを選んでもらうなどの方法でコミュニケーションを行っています。</p> <p>■接遇推進委員会活動として、接遇マナー5原則の推進や、2か月毎の標語などを行い、接遇マナーの向上に取り組んでいますが、アンケートに職員の接遇の個人差が大きいという声もあります。また、利用者への接遇に関する研修を年1回行っていますが参加人数が少ないので、接遇マニュアルの周知等、更なる取り組みが望まれます。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■浴槽は機械浴、一般浴を用い、利用者の心身の状況や意向に合わせて入浴形態や方法を選択しています。</p> <p>■利用者の尊厳や羞恥心に配慮し、不必要な肌の露出を避けるためタオルを使用しています。</p> <p>■利用者が入浴を拒否した場合は、時間や曜日を変更したり、関わる職員が交代するなど柔軟に対応しています。</p>	
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■排せつ介助にあたっては、トイレ内での転倒、転落事故を防止し、安全に実施するために、職員がその場から離れず付き添い、見守るようにしています。</p> <p>■できるだけトイレでの排せつ支援に努めていますが、おむつを使用する際は利用者に適したものを使用し、排泄チェック表で確認し交換するようにしています。</p> <p>■アンケートに、トイレの臭気が気になるので衛生面に努めてほしいという要望がありますので、現状を見直し改善することが望まれます。</p>	

A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるように環境に配慮し支援しています。</li> <li>■移乗・移動の介助にはスライディングシートなどを活用し、備品管理委員により定期的に福祉用具の点検を行っています。</li> <li>■利用者の希望にできる限り早く対応できるように、ナースコールを利用者がいつでも押せるような位置にあるか、確認することが望まれます。</li> </ul>	
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"> <li>■褥瘡対策委員会を開催し、利用者の心身の状況に応じた体位や姿勢の変換、マットレスの使用等の工夫を行っています。</li> <li>■褥瘡を食事面から予防するために給食会議を開催し、利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、栄養管理を行っています。</li> <li>■職員を対象に研修会を実施していますが、いくつかの課題が残っています。今後も更なる褥瘡の発生予防に向けた取り組みが望まれます。</li> </ul>	

	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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■嗜好調査を年2回実施し、利用者の希望や好みを把握して献立に反映させています。</li> <li>■朝食の粥とパンが選択をできるようにしていますが、利用者が体調や食欲、好みに応じた食事を選択し、満足感を味わえるような取り組みが望まれます。</li> <li>■食堂で利用者の座る席や一緒に食べる人については、利用者の意向を聞きテーブルや席を決めています。</li> </ul>	
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"> <li>■医師、管理栄養士、看護職員等と連携し、利用者の嚥下能力に合わせた食事内容や、食事形態に配慮し、食事介助については、利用者の心身の状況に合わせて行っています。</li> <li>■食事中に誤嚥し、喉に詰まったなどの事故については、緊急対応マニュアルに基づき迅速な行動ができるように研修を通して確認しています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎食後口腔ケアを行い、医療を必要とする場合は歯科医師の往診により助言や指導を受けています。</li> <li>■利用者の口腔清掃の自立の程度を把握し、口腔清拭、歯磨き、義歯管理など状況に応じて対応しています。</li> <li>■誤嚥性肺炎等を予防するためにも、口腔機能を保持改善するための対策として、毎食前の口腔体操等を早急を実施することが望まれます。</li> </ul>	

		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。	c
(コメント)	<p>■利用者・家族から希望があった場合に、できる限り施設での看取り介護が実施できるように、また、緊急時には看護、介護職員が駆けつけられるなどの体制を整えることが求められます。</p>	

		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a
(コメント)	<p>■医療スタッフとの連携を密にして周辺症状については分析を行い、認知症の状態に応じたケアを行っています。          ■利用者一人ひとりの症状に合わせて、洗濯ものたたみやおやつ配りなど日常生活の中で役割が持てるように支援しています。          ■職員に対して、認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報を得られるよう研修を行っています。          ■身体の抑制や拘束を行わず、利用者の症状に合わせたケアや生活上の配慮を行っています。</p>	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者の行動が抑制されたり拘束されたりすることのないよう、生活環境に十分な工夫をしています。          ■異食や火傷等の事故防止のため、毎日の環境整備時には危険物の確認をしています。          ■利用者が他利用者との関わりが持てるように廊下にソファを置いていますが、テーブルや観葉植物を置くなど、利用者が安心・安全で落ち着けるスペースとなるような工夫が望まれます。</p>	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
(コメント)	<p>■機能訓練が必要な利用者に対しては、利用者一人ひとりに応じたプログラムを、機能訓練指導員として看護職員が作成し、実施、評価、見直しをしています。          ■日々の生活動作の中で、レクリエーションや行事の実施が介護予防活動に繋がるように、企画の際は看護職員の助言や指導を受けていますが、利用者の心身の状況に応じ、体操など身体を動かすプログラムの提供が望まれます。</p>	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の体調変化時には緊急時対応マニュアルに基づき、医師・医療機関と連携し迅速に対応しています。</li> <li>■疾患の理解や薬の知識、緊急時の対応については、看護職員が研修を担当し職員への周知に努めています。</li> <li>■利用者ごとの服薬管理、配薬は看護職員が直接行っていますが、一部課題も残っていますので、配薬チェック表などを作成し、利用者一人ひとりの服用後の確認ができるような工夫が望まれます。</li> </ul>	
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"> <li>■感染症対策委員会を開催し、感染症や食中毒の発生予防・対応について対策を立て、職員研修や個別の指導等により周知徹底に努めています。</li> <li>■職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握できる仕組みについて取り組むことが望まれます。</li> <li>■感染症や食中毒の発生予防・対応方法について、職員を対象に研修を行っていますが、感染症が流行する時期を十分考慮し、研修を行うなどの工夫が望まれます。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■建物・設備の点検を定期的に行い、問題点については改善するなど、快適性や安全を維持する取り組みが望まれます。</li> <li>■備品の点検については、備品管理委員会が備品チェック表を用い定期的に故障や不具合、汚れなどが無いように維持する取り組みをしています。</li> <li>■居室には利用者がくつろいで過ごせるように、壁に写真や塗り絵を貼ったり、使用していた家具などが置かれていますが、談話スペースなど共用空間にテーブルや椅子、家具を置くなど、利用者の快適性に配慮した工夫が望まれます。</li> </ul>	

		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"> <li>■相談員、ケアマネジャーが窓口になり、家族の意見や相談を聞いています。</li> <li>■家族に対しサービスの説明をしたり要望を聞く機会として、サービス担当者会議を利用し、改善に繋げる工夫が望まれます。</li> <li>■家族の面会時には、利用者の近況を報告しており、また年3~4回施設で発行している広報誌と共に家族への手紙を同封し、利用者一人ひとりの生活の状況などをお知らせしています。</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三養苑の入居者
調査対象者数	60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三養苑を、現在利用されている入居者60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20%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「支援の方法について、あなたや家族と相談しながら決めている」について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員は、常にやさしく一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  
●「職員は、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」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心である」  
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」について、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三養苑の入居者の代理人
調査対象者数	60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三養苑を、現在利用されている入居者の代理人60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、28名の方から回答がありました。（回答率47％）

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」  
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」  
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地良く過ごせる」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「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。

## 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