

## 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 八戸ノ里向日葵                                                              |          |
| 運営法人名称     | 社会福祉法人 玉美福祉会                                                                   |          |
| 福祉サービスの種別  | 特別養護老人ホーム                                                                      |          |
| 代表者氏名      | 西島 善久（理事長） 三木 一雄（施設長）                                                          |          |
| 定員（利用人数）   | 100 名 ★ショートステイ10名含む                                                            |          |
| 事業所所在地     | 〒 578-0944<br>大阪府東大阪市若江西新町3丁目1番9号                                              |          |
| 電話番号       | 06 － 6730 － 7181                                                               |          |
| FAX 番号     | 06 － 6730 － 7182                                                               |          |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.tamami.or.jp">http://www.tamami.or.jp</a>                  |          |
| 電子メールアドレス  | <a href="mailto:info@tamami.or.jp">info@tamami.or.jp</a>                       |          |
| 事業開始年月日    | 平成 27 年 9 月 1 日                                                                |          |
| 職員・従業員数※   | 正規 54 名                                                                        | 非正規 32 名 |
| 専門職員※      | 社会福祉士2名、介護福祉士23名、<br>介護支援専門員8名、医師4名、<br>看護師4名、准看護師7名、管理栄養士1名、<br>介護職員初任者研修修了5名 |          |
| 施設・設備の概要※  | [居室]<br>個室100室                                                                 |          |
|            | [設備等]<br>食堂10、浴室10、調理室 1、更衣室10、<br>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<br>事業所の同意の有無 | 有 |
|-------------------------|---|

## 【理念・基本方針】

### ■経営理念

ともに「支え」「歩み」「学び」「考え」「喜ぶ」

1. 利用者・家族とともに  
「幸福」を共有できる、明るく楽しい生活を創造します。
2. 地域社会とともに  
地域の良き社会資源として愛され、良質で均一なサービスを提供し、地域社会の福祉の向上に貢献します。
3. 職員とともに  
内に「和」を守り、外に「信用」を固め、生きがいある職場づくり、お互いに信頼し、信頼される関係を築きます。

### ■基本方針

1. 創造と革新の姿勢をもって、積極果敢に目標に取り組む
2. 利用者第一の精神に徹し、真心と感謝の念をもって奉仕する
3. よりよき利用者の生活の提案者を目指し、魅力ある施設づくりに努める
4. 相互信頼関係を基盤として、利用者、及び家族と共存共栄をはかる
5. 理解と協調にもとづく人間関係を樹立し、働きがいのある職場環境をつくる

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

①安全で快適な設備はもちろんのこと、我が家のようにくつろげる場所を目指しております。施設やインテリアに木目調の素材を使い、落ち着きと、安らぎを与えてくれる『ホッ』とする空間を作っています。

②光庭からリビングに自然光を取り入れ、ぬくもりと落ち着きのある空間を構成しています。  
環境にやさしいLED照明を全館に採用しています。

③全室トイレ付きの個室を用意し、共同生活室・居室内は転倒時の衝撃を緩和する二重床を採用しています。  
セミパブリックスペースとして談話コーナー等を用意しております。  
パブリックスペースとして喫茶、地域交流スペースを用意しております。

## 【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2月26日～平成30年5月25日                                            |
| 評価決定年月日   | 平成30年5月25日                                                       |
| 評価調査者（役割） | O401A128（運営管理委員）<br>1601A045（専門職委員）<br>1601A052（専門職委員）<br>（<br>（ |

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

社会福祉法人玉美福祉会が運営する、総合ケアセンター八戸ノ里向日葵の特別養護老人ホーム八戸ノ里向日葵は、全室個室のユニット型特別養護老人ホームとして東大阪市に平成27年に開設されました。近畿自動車道に近く、主要道路に面している交通の便のいい立地条件となっています。

法人のロゴマークに表されている3つの「輪」は地域社会・利用者・施設を意味し、人の「和」が表現されています。「利用者・家族とともに」「地域社会とともに」「職員とともに」との法人理念を掲げ、いつまでも住み慣れた地域で充実した生活を送っていただけるように、安全と快適さを追求し、いつまでも自分らしく、うるおいある暮らしを目指すために、様々な取り組みがなされています。

(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

#### ■職員間の連携について

各職員が熱意を持って、ケアに当たっています。同職種間の連携だけでなく他職種間でも連携を取り、利用者に寄り添い対応することで、困難事例も乗り越える対応ができています。

#### ■外国籍職員の採用について

法人全体として外国籍の職員を多数採用し、人材確保に力を入れています。

#### ■ネットワーク環境の整備について

ネットワーク環境を構築しタブレット端末を活用することで、職員間の情報供給をスムーズに行っています。タブレット端末で記録環境を整えることで、入居者サービスに力を注ぐことができます。

#### ■家族会への参加

家族会は年2回開催されています。一家族での人数制限をすることもある程、多くの家族が参加され、様々な意見や情報交換の場となっています。

#### ■看取りについて

法人内の経験を活かし、看取りの体制を整えています。利用者の尊厳を尊重し家族への精神的なケアにも配慮して、最期の時まで安らかな生活ができるように支援しています。

### ◆改善を求められる点

#### ■職員教育の強化について

新人職員に対しての指導・研修・チェック体制が充実していますが、中堅・ベテラン職員に対してのチェック機能が十分とは言えません。階層別・経験年数別の研修・チェック体制の強化が望まれます。

#### ■施設内研修の参加について

職員の資質向上のため、施設内でいろいろな研修が実施されていますが、全体的な参加率が少ない傾向にあります。同一内容の複数回実施、また研修に参加した職員が参加できなかった職員へ伝達する等、より多くの職員に研修内容が伝わる仕組みが望まれます。

#### ■地域との交流の活性化

施設開設3年目となり、徐々に地域との交流が増えてきていますが、より一層、交流が活性化できるような取り組みが望まれます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回の受審を通して評価機関との意見交換等より様々な気づきを得ました。改善が必要な部分については、施設内に設置されている各委員会等とも情報を共有して全体で取り組んで参ります。

そして良好な取り組みとして評価をいただいた部分についても、さらに継続して対応させていただき、より一層の質の高いサービスが提供できるように努めて施設の福祉サービスの向上につなげていきたいと考えております。

### ◆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。                                                                                                                                                                                             | a    |
| (コメント)                      | ■理念・基本方針は、事業計画、パンフレット、ホームページに記載され、施設内にも掲示しています。また職員への周知は、職員会議で理念、基本方針、今年度事業計画の説明を行っています。各フロアの昼礼等で毎回、法人理念、求める人物像として五つの心得「五常心」の唱和を行い、意識付けを行っています。<br>■利用者・家族へは、パンフレットを活用するなど入所時に説明しています。また事業計画も受付カウンターで閲覧でき、掲示もしています。 |      |

|                             |                                                                                                                                                                                                           | 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。                                                                                                                                                                           | b    |
| (コメント)                      | ■インターネットを活用し、社会福祉事業の動向を随時把握しています。地域福祉の動向は地元自治体の計画を確認し、近隣施設の利用者の動向も分析していますが、細部の課題を把握するまでには至っていません。今後の取り組みが望まれます。<br>■課長会議を開催し、毎月の事業報告の内容について情報の共有と検討がなされています。<br>■組織体制として部課長制度を導入し、事業経営に対する取り組みの強化を図っています。 |      |
| 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。                                                                                                                                                                                 | b    |
| (コメント)                      | ■経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制等について、前年度の振り返り、また半期ごとにも振り返りを実施し、具体的な課題や問題点を明らかにしています。<br>■役員会議、課長会議で経営状況や課題の共有がなされ、解決・改善の取り組みが行われています。<br>■職員会議にて改善課題についての説明が行われていますが、全職員へ周知されたかを確認する仕組みが望まれます。                   |      |

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                       | 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。                                                                                                                                                                                                                           | a    |
| (コメント)                          | ■平成27年度から平成29年度の中・長期計画で、理念や基本方針の実現に向けた目標を明確にしています。<br>■役員会議で各部署から利用者の推移、収支等の進捗状況の報告を受け、把握すると共に検討する仕組みができています。                                                                                                                                         |      |
| 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。                                                                                                                                                                                                                            | a    |
| (コメント)                          | ■法人の運営方針を軸に各部署にて検討し、具体的な目標を掲げて、中・長期計画の内容を反映した単年度の事業計画を策定しています。                                                                                                                                                                                        |      |
| 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)                          | ■事業計画は、1月から2月にかけて各部署ごとに計画の実施状況の検証を行い、職員と協議のうえ次年度の事業計画を各部署の責任者が策定し、役員会議に提出しています。<br>■事業計画の評価は、上半期末、年度末の2回行う仕組みをががあります。上半期の検証で計画の進捗状況の把握を行い、目標達成に向けて取り組みの見直しをしています。<br>■事業計画の説明、上半期の検証での変更点の説明は職員会議で周知されていますが、全員に伝わったかを確認する仕組みが確認できませんでした。仕組みの構築が望まれます。 |      |
| I-3-(2)-②                       | 事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。                                                                                                                                                                                                                             | b    |
| (コメント)                          | ■事業計画書は受付カウンターに置き、閲覧できるようにしています。家族会においても事業計画を説明しています。<br>■利用者、家族への理解しやすい説明資料を作成するなど、今後の工夫が望まれます。                                                                                                                                                      |      |

|                                    |                                                                                                                                                                                            | 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)                             | <p>■事業計画、事業報告書は組織的に評価、分析、検討が行われています。</p> <p>■年1回の自主点検を行い、福祉サービスの質の向上に取り組み、組織として評価結果を共有しています。第三者評価は今回が初回受審となっています。継続の受審が望まれます。</p> <p>■評価結果を踏まえて、職員会議の開催などより多くの職員が参画し、分析・検討する体制ができています。</p> |      |
| I-4-(1)-②                          | 評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。                                                                                                                                                 | a    |
| (コメント)                             | <p>■評価結果に基づき、取り組む課題を事業計画に反映させ、定期的に見直しをしています。また職員参画による改善計画の策定、実施も行われています。</p>                                                                                                               |      |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

|                              |                                                                                                                                                                                                             | 評価結果 |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ           |                                                                                                                                                                                                             |      |
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。     |                                                                                                                                                                                                             |      |
| Ⅱ-1-(1)-①                    | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。                                                                                                                                                                            | a    |
| (コメント)                       | ■施設長は、運営方針と経営目標・方針について年度初めの職員会議で周知しています。<br>■施設長の役割や責任について、広報誌、ホームページ等を通じて表明しています。また定例的に施設内をラウンドし、状況の把握に努めています。<br>■「緊急時連絡網」で不在時の体制について明確にしています。                                                            |      |
| 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。                                                                                                                                                                                | a    |
| (コメント)                       | ■施設長は外部の人権研修等に参加しています。定期的には介護老人福祉施設自主点検表を使用し、法令遵守できているかの確認を行っています。不明な点があれば顧問弁護士に相談をしています。<br>■施設長は施設内研修に参加し、法令等の遵守について必要性を職員に説明しています。<br>■施設長は定例的に施設内をラウンドし、法令遵守実施状況の把握に努めています。                             |      |
| 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。                                                                                                                                                                          | b    |
| (コメント)                       | ■施設長は福祉サービスの質の現状、問題点の把握と分析を行う為に、関連する委員会に出席し、取り組みに対し指導するなど積極的に参画しています。<br>■施設内ラウンドを通じて職員へのヒアリングを行い、また職員会議にも参画し、職員の意見を求めるなどの取り組みをしています。<br>■職員の研修について計画し実施されていますが、不参加者へフォローしたかの確認が取れませんでした。全員に伝達できる仕組みが望まれます。 |      |
| 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)                       | ■課長会議において、人事、労務、財務等の分析を行い、人員管理表にて職員の配置状況を確認しています。<br>■事業計画、事業報告の作成に職員が参画し、業務の実情を知る機会があり、目標意識の共有化が図られています。<br>■人材定着育成プロジェクト会議を開催し、人事面、環境面など職員の定着を図る取り組みが行われています。<br>■施設内に職員専用の託児所や食堂を完備し、働きやすい環境を整えています。     |      |

|                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 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)                                | ■月1回人材定着育成プロジェクト会議にて、法人としての方針のもと、人員体制、福祉人材の確保について検討し、具体的な計画に結び付けています。<br>■福祉人材の育成について、「成長支援のプログラム」で階層別研修を行い、経験別・年数別など職員が将来を描きやすい取り組みが行われています。<br>■人材確保は、福祉サービスの提供、職員の満足度に関わってきます。具体的に計画されていますが、採用が難しい中、引き続き人材の確保に向けて更に取り組むことが望まれます。                                                                                                                         |      |
| Ⅱ-2-(1)-②                             | 総合的な人事管理が行われている。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | b    |
| (コメント)                                | ■中・長期計画、事業計画に人材育成及び専門性の向上としての方針を明記しています。<br>■職員の階層毎に必要なスキル、必要教育、資格等がキャリアパス表に明記されていますが、人事基準キャリアパスの説明の徹底が望まれます。<br>■個人目標シート等や人事考課での面接が確実に実施されており、職員の意見、意向を把握し、改善策の検討が行われています。<br>■キャリアパス表に基本姿勢が明示され、それをもとに必要な研修、教育等に参加する仕組みとなっていますが、職員一人ひとりが参加したか、希望の研修に参加できたかを確認できるような仕組みの表が望まれます。                                                                           |      |
| 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)                                | ■職務権限一覧にて労務管理の責任体制が明確になっています。また課長会議にて職員の就業状況の把握をしています。<br>■職員アンケート、職員会議にて、健康や安全の確保への取り組みを周知しています。<br>■職員の悩み相談など組織内での窓口を設置し、ストレスチェックの体制があるものの利用実績がない状況となっています。一度利用についての検討が望まれます。<br>■定時の就業終了をチャイムで知らせて退社を促しています。産休取得の実績もあります。<br>■福利厚生について、種々の取り組みをされ共済会の案内も職員へ知らせています。またフットサル、ストレッチ育成員が来て指導、少額で参加できる体制がありますが、職員の参加が1割程度であり、職員の希望による福利厚生へのもう一歩進んだ取り組みが望まれます。 |      |

|                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |   |
|---------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                   | b |
| (コメント)                                      | ■事業計画書にキャリアパス制度の活用が明記されています。また職員アンケート、個人目標シートに基づき面談を行っています。<br>■人事考課において、職員の目標、目標達成の自己評価も含めた面談が行われています。<br>■パート職員については、アンケートや自己評価で目標等を把握していますが、面談が一部の人のみとなっています、全員に面談する仕組みが望まれます。                                                                                                                         |   |
| 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)                                      | ■期待する職員像は、中・長期計画に明示されています。<br>■キャリアパス、階層別研修で必要な専門技術、専門資格を明示しています。<br>■研修計画は研修委員会が立案し、事業計画に反映させています。また上半期で進捗状況等を分析・把握して見直しを行い、下半期へつなげています。<br>■研修は計画した対象職員の全員が参加ができたかを確認する仕組み、または参加できなかった職員へフォローする仕組みが望まれます。                                                                                               |   |
| 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)                                      | ■平成29年度大阪府介護人材育成確保支援事業の申請を行い、「成長支援のプログラム」で階層別研修を実施し、教育・研修が行われています。<br>■外部研修への参加は、本人の希望はもとより、上司からも打診があり、適切に行われています。<br>■職員への個別的なOJTが行われています。またOJTを行う指導者により理解したかの判断をする仕組みとなっています。指導者個人でなく統一した判断基準の作成が望まれます。<br>■階層別研修への参加率は良いものの、他の研修への参加率が低いと研修委員会で分析されています。一人でも多く参加できる研修の開催、また、研修を受けた職員からの伝達方法の仕組みが望まれます。 |   |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                           | a |
| (コメント)                                      | ■介護職員初任者、介護福祉士実務者研修、介護福祉士、看護師等の資格に応じたマニュアルやプログラムが作成されています。<br>■実習生についての、学校との連携について各プログラムの中で継続的に行える仕組みになっています。<br>■各指導員には、外部の実習指導者研修を受講させる仕組みになっています。                                                                                                                                                      |   |

|                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                | 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)                           | <p>■ホームページに掲載し、また、施設内の受付カウンターに事業計画書、事業報告書、予算書、決算書が置いてあり、確認、閲覧ができます。</p> <p>■苦情等はホームページや事業報告書、施設内に掲示されています。</p> <p>■施設内に掲示されている苦情受付窓口となる担当者が明記されています。第三者委員の氏名と連絡先の記載があります。</p> <p>■月1回の介護相談員の訪問があります。</p> <p>■第三者評価の受審は、今回が初回受審となっています。継続した受審と結果等の公表が望まれます。</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>■経理規程に基づいて、公正かつ透明性の高い経営・運営に取り組んでいます。</p> <p>■監査法人による会計監査を受けています。内部監査については外部の専門家の指導を受け、取り組んでいます。法人としての仕組みの構築が望まれます。</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>■地域との基本的な関わり方は、経営理念に掲げています。</p> <p>■支援が必要な時のボランティアの体制について、取り組みの強化が望まれます。</p> <p>■利用者にとって必要と思われる社会資源のリストを作成し、提供しています。</p> <p>■散髪専用の部屋があり、業者が来訪して利用者の散髪を行っています。</p> <p>■地域のボランティアが週1回来訪し、喫茶室の手伝いをしています。現在、喫茶室の利用は施設内の人のみとなっており、地域住民の利用を促す取り組みが望まれます。</p> |      |
| Ⅱ-4-(1)-②                  | ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。                                                                                                                                                                                                                        | a    |
| (コメント)                     | <p>■ボランティアコーディネーターを配置して活動が円滑に行われています。</p> <p>■学校教育に基づくボランティア活動、体験学習への協力をしています。</p> <p>■ボランティアとして活動している人は喫茶室で2名おり、夏祭り等行事の時は随時募集しています。</p>                                                                                                                  |      |

|                              |                                                                                                                                                                                                                                     |   |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。    |                                                                                                                                                                                                                                     |   |
| Ⅱ-4-(2)-①                    | 福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。                                                                                                                                                                                        | a |
| (コメント)                       | ■利用者にとって必要と思われる関係機関として、交通手段、医療機関など近隣で利用できるリストを作成しています。また関係機関を訪問し、情報交換をしています。<br>■地域でのネットワークの取り組みとして、近隣福祉施設とタイアップを行い、人材募集の取り組みを合同で実施しています。また、災害時マニュアルは合同で作成しています。                                                                    |   |
| 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)                       | ■地域交流スペースを活用し、介護支援専門員の団体会議、RUN伴（認知症の人や家族、支援者、一般の人がリレーをしながら、一つのタスキをつなぎゴールを目指すイベント）の会場の提供、消防訓練での建物使用など交流を意識した取り組みを行っています。<br>■東大阪市と災害時の対応について意見交換をしています。<br>■サークル活動等、地域のニーズに応じられる周知として広報誌を配布しています。まだ活性化するまでには至っていません。これからの取り組みが望まれます。 |   |
| 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)                       | ■法人内にある地域包括支援センターや居宅介護支援事業所などが地域密着サービスに繋がりのある事業所と常に交流を行い、開催される会議へ参加するなど情報を収集し、施設として対応できる内容について積極的に案内・提供しています。<br>■福祉ニーズに基づき、中間就労など社会貢献事業に取り組んでいます。                                                                                  |   |

# 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)                                      | ■毎回の朝・昼・夜礼で理念を復唱し、職員が法人の理念を理解し実践できるよう取り組み、日常的なヒアリングや虐待防止委員会等で利用者の尊重や基本的人権への配慮等についての状況把握等が実施されています。<br>■倫理綱領は施設玄関に置かれ誰でも確認できる状況になっていますが、職員の主体性だけでなく、施設側から積極的に伝える取り組みが望まれます。<br>■新人研修や施設内で利用者の尊重や基本的人権等の研修が実施されていますが、不参加者への情報伝達や周知への工夫が望まれます。 |      |
| 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)                                      | ■各マニュアルにはプライバシー保護や虐待防止に関しての配慮が記載され、職員に周知が図られています。<br>■全室個室で、利用者個人個人のプライバシーに配慮された作りとなっています。<br>■入浴は一人ずつ行われ、排泄介助では用具をショッピングバッグに入れる等の配慮がなされています。<br>■新人研修や施設内で人権研修の中でプライバシー配慮等の研修が実施されていますが、不参加者への情報伝達や周知へ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)                                      | ■地域の居宅介護支援事業所や病院、歯科医院等にパンフレットや広報誌等を置いてもらい、積極的に施設の情報を提供しています。<br>■施設見学等の際、パンフレットやタブレット端末を使用しながらわかりやすく丁寧に説明しています。                                                                                                                             |      |
| 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)                                      | ■施設見学や入居面談等の際、パンフレットだけでなくタブレット端末も使用し、誰にでもわかりやすく説明しています。<br>■介護保険改定に向けて説明会を開催し、重要事項説明書の取り直しをする等、組織的に説明と同意についての取り組みが丁寧に行われています。                                                                                                               |      |
| 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)                                      | ■特養からケアハウスに移行した事例があり、相談員・ケアマネジャーが主体となってサービス移行の支援が適切に実施されています。<br>■入院時やサービス移行時等に引継ぎ文書等により情報提供が適切に実施されていますが、それらの手順を定め文書化することが望まれます。                                                                                                           |      |

|                                  |                                                                                                                                                                                                     |   |
|----------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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。                                                                                                                                                                     | b |
| (コメント)                           | ■毎年9月、3月に開催される家族会やその後に実施される「八戸ノ里向日葵の現状に対するアンケート」、カンファレンス、介護相談員の定期的な訪問などで満足度や意向の把握に努め、サービスの質の向上に努めています。<br>■把握した満足度の結果を分析・検討していますが、検討の場に利用者の参画が望まれます。                                                |   |
| 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)                           | ■苦情解決の体制が整備され、責任者、受付担当者、第三者委員が明確になっています。<br>■苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した資料を利用者等に配付し説明することが望まれます。<br>■苦情の解決結果の公表については、苦情委員会にて検討し利用者・家族等に配慮した内容で施設内やホームページに掲示しています。                                           |   |
| 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)                           | ■重要事項説明書に、相談や意見の申出先として複数の方法や連絡先や連絡方法が明示されていますが、その文書の配付やわかりやすい場所に掲示する等の取り組みが望まれます。<br>■複数の相談室が設けられ、相談員やケアマネジャーは事務所の窓口際に座ることで、相談しやすい雰囲気や環境を整えています。<br>■介護相談員の訪問を定期的に受け、施設職員だけでなく第三者にも相談しやすい環境を整えています。 |   |
| 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。                                                                                                                                                                     | a |
| (コメント)                           | ■年2回の家族会の開催、介護相談員の受け入れ、苦情委員会を設置し、普段からスタッフがヒアリングを実施する等、利用者や家族が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めています。また、その意見や相談にもとづき、福祉サービスの質の向上に関わる取り組みが行われています。                                                 |   |

|                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |   |
|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | b |
| (コメント)                                    | <p>■毎月開催される事故検討委員会にて事故の報告や啓発、事例の検討がなされています。</p> <p>■事故が発生しても複数のスタッフで事故発生予防策を検討し、再発防止に努めています。重大な事故が発生した場合、実施されている事故発生予防策の実効性について再検討がなされています。</p> <p>■従来のヒヤリハット報告書をより書きやすい「その気付き いいね！」メモに変更し、できるだけ多くのヒヤリハットを収集できるよう取り組んでいます。</p> <p>■クッション性の高い床材を使用することで、もし転倒が起こったとしても衝撃が緩和できるような構造となっています。</p> <p>■服薬マニュアルを基に誤薬防止への取り組みがなされています。</p> <p>■窓口での対応、防犯カメラの設置等で不審者への対応の取り組みがなされています。</p> <p>■安全確保・事故予防に関する研修が実施されていますが、不参加者への情報伝達や周知への工夫が望まれます。</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>■玄関には手洗い場があり、来客者が施設に入る前に手洗いができる環境となっています。インフルエンザ等感染症流行期は面会者、来客者にマスクの着用を徹底し、ウイルス等が外部から持ち込まれないよう取り組みがなされています。</p> <p>■日常的な環境整備に消毒効果のある強酸性水を使用し、感染症発生予防に取り組んでいます。</p> <p>■感染症及び食中毒の対応についての指針・マニュアルが策定され、施設長を責任者とした管理体制を明確にしています。また、感染症対策委員会での施設内研修が行われていますが、不参加者への情報伝達や周知への工夫が望まれます。</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している。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | b |
| (コメント)                                    | <p>■防災計画、火災・地震・水害に対してのマニュアルが整備され、消防避難訓練は消防署・地域住民参画のもと実施されています。</p> <p>■マニュアルに即して避難訓練が実施されていますが、より効率的な安否確認方法などの検討が望まれます。</p> <p>■立地上、冠水地域であることを理解し、土地がかさ上げされ施設が建設されています。災害時でも適切なサービスが提供できるよう事業継続計画（BCP）の策定等が望まれます。</p> <p>■管理栄養士が備蓄リストを作成し管理していますが、少なくとも入居者・スタッフ3日分の備蓄を整備することが望まれます。</p>                                                                                                                                                       |   |

|                              |                                                                                                              |   |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。 |                                                                                                              |   |
| Ⅲ-1-(6)-①                    | 利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。                                                                          | b |
| (コメント)                       | ■希望に応じ、個人記録の開示が行われています。<br>■個人情報保護規程には、本人からの申し入れがあった場合の手順が記載されています。本人以外からの申し入れがあった場合の開示手順等についても記載することが望まれます。 |   |

|                              |                                                                            |   |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|---|
| 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)                       | ■月1回法人内の合同メンバーによる選考委員会を行っています。<br>■入所選考に係る対外的な透明性を担保するために、今後外部委員の参加が望まれます。 |   |

|                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 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。                                                                                                                                                                                                                                                  | b    |
| (コメント)                                  | ■入浴、排泄、食事等の各マニュアルが策定され、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢が明示されています。本マニュアルに加え、簡易版のマニュアルも作成し、スタッフが理解・確認しやすくできるよう取り組みがなされています。<br>■新人教育ではマニュアルにもとづいて介護がなされているかチェックしていますが、ベテラン・中堅スタッフへのチェック体制の拡充が望まれます。                                                                                                 |      |
| 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。                                                                                                                                                                                                                                                                | b    |
| (コメント)                                  | ■年1回、各委員会等でマニュアルの見直しを実施しています。<br>■事業計画書に「来年度に向けてマニュアルの見直しを実施予定」と各委員会ごとに記載していますが、時期や方法、どのマニュアルを見直すかななどを明記することが望まれます。<br>■経口摂取困難な入居者の事例をマニュアルに反映するなど、個々の事例がマニュアルに反映できる仕組みが整備されています。                                                                                                            |      |
| 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)                                  | ■施設サービス計画書策定の責任者はケアマネジャーとなっています。施設サービス計画書には、利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されています。<br>■施設サービス計画に基づきサービスが実施されているかの確認は、日々のサービス記録、モニタリング等により介護支援専門員が把握しています。<br>■サービス担当者会議では部門を横断したさまざまな職種の関係職員が参加して、アセスメント等に関する協議を実施しています。<br>■支援困難な事例に対しては、ケアカンファレンス、サービス担当者会議など部門間を横断した協議を行い、より良いサービス提供に向けた取り組みが行われています。 |      |

|                                |                                                                                                                                                                                                                                                                    |   |
|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
|                                | 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)                         | <p>■ケアマネジャーが介護士に状況を確認し、毎月モニタリングを実施しています。</p> <p>■入居者に状態変化があれば随時、適切に施設サービス計画書を変更しています。</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>■入所時に担当者会議を実施しています。ユニットでの共通認識については、ユニットリーダーの基にユニット会議を行っています。</p> <p>■ケース検討会議には、必要に応じて家族も参加して、利用者の人格を尊重し、自立を支援しています。</p> <p>■利用者の日常生活について、モニタリングシートにより把握して、担当者会議やユニット会議で定期的に見直ししています。</p> <p>■認知症のある利用者については、月2回の精神科の医師の診察時に問診票で利用者の状況を伝えて、専門的な助言、指導を受けています。</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。                                                                                                                                                                                                                          | b |
| (コメント)                         | <p>■介護ソフトやタブレット端末を活用し、施設サービス計画書に基づいたサービス実施内容がケース記録に残され、実施状況が確認できるようになっています。</p> <p>■記録方法のマニュアルが整備され記録の書き方に差異が出ないように取り組んでいます。</p> <p>■介護ソフトやタブレット端末等を介して、情報の共有がなされていますが、確認したかどうかの情報を責任的立場の職員が把握する方法など運用の仕組みの構築が望まれます。</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>■施設長が記録管理の責任者となっており、管理方法については個人情報保護規程に定められています。新入職員が入職時に個人情報に関する誓約書を交わすなど、個人情報保護に努めています。</p> <p>■個人情報保護規程により個人情報の管理等は規定されています。</p> <p>■新入職員に対して個人情報保護に関しての研修が実施されていますが、全体的な職員に対しての研修の参加率向上や、参加していない職員へ伝達できたかどうかを確認する仕組みの導入が望まれます。</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>■身体拘束ゼロ宣言を掲示し、施設全体で身体拘束がなされないよう取り組みが行われています。</p> <p>■虐待防止委員会にて身体拘束解除に向けての検討が適時実施され、スピーチロックの状況についても把握・確認が行われています。</p> <p>■施設の方針としてセンサーを使用せず、巡回の強化や環境の工夫などで事故の予防に努めています。</p> <p>■身体拘束ゼロ推進員を複数名配置し、身体拘束についての施設内研修が実施されていますが、不参加者への情報伝達や周知への工夫が望まれます。</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>■預り金管理規程に基づき、預り金の収支状況を点検し、毎月収支状況を家族等へ送付しています。</p> <p>■自己管理の可能な利用者は個室で管理していますが、紛失防止等の支援が期待されます。</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>■寝たきりを防止するために、個々の日課計画表で日常生活動作訓練やトイレの誘導等を組み入れて実施しています。</p> <p>■利用者自身の意欲と結びつくように、お部屋の清掃やおしぼりたたみ等役割を提供しています。</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>■希望があれば家族に嗜好品を持ってきてもらい、随時提供しています。</p> <p>■施設行事について家族に参加を促しています。また週に1回の喫茶や行事など、ボランティアの協力の基に定期的に行っています。</p> <p>■ユニットごとにカラオケや、映画鑑賞、おやつレクリエーション、計算ドリルなど多彩な活動をしています。</p> <p>■週1回の喫茶、行事の時や河内音頭などボランティアや地域住民の参加を得ていますが、同法人内の事業所の先駆的な取り組みを参考に、さらに一歩すすんだ取り組みが望まれます。</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。                                                                                                                                                                                                                                      | a    |
| (コメント)    | <p>■アンケート等の希望や外出の時などの家族のメモ、個人ノートなど、様々な方法で利用者のニーズを汲み取る努力をしています。</p> <p>■話すことや意思表示の困難な方などには、タブレットを利用したり個別な方法で対応しています。</p> <p>■接遇委員会を通して言葉づかいや態度、身なりなどチェックを随時行っています。</p> <p>■各職種（看護師、栄養士、機能訓練指導員）が毎日全てのユニットをラウンドして、日常生活の各場面で利用者が話したいことを話せる機会を作っています。</p>             |      |
|           |                                                                                                                                                                                                                                                                   | 評価結果 |
| A-2 身体介護  |                                                                                                                                                                                                                                                                   |      |
| A-2-①     | 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。                                                                                                                                                                                                                                     | a    |
| (コメント)    | <p>■利用者の尊厳と羞恥心に配慮した対応として、利用者同士が重ならないような時間配分や環境を整えています。</p> <p>■入浴拒否のある方は、時間や曜日を調整し行っています。</p> <p>■個浴ではバスボードやシャワーチェア、滑り止めマット、マッスルスーツ等の介護用具を用意し、その人に合わせて使用しています。</p> <p>■1対1で介助することや健康状態の観察を十分に行うなど安全に配慮しています。</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。                                                                                                                                                                                                                                        | a    |
| (コメント)    | <p>■各居室にトイレがついており、トイレ時は扉を閉めて使用しています。</p> <p>■ユニット会議で排泄パターンの見直しを行っており、個人のサインを見逃さないようにしています。</p> <p>■タブレットで水分の摂取量、食事量等と関連して排便、排尿のケアチェックを行っています。</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。                                                                                                                                                                                             | a |
| (コメント) | <b>■福祉用具に不備はないか等、定期的に点検を行っています。</b><br><b>■スライディングボードやスライディングシート等福祉用具が必要な際は担当の業者に連絡し、常時依頼して対応しています。</b><br><b>■利用者へ啓発文を室内に掲示し、事故防止を呼び掛けています。</b>                                                                       |   |
| A-2-④  | 褥瘡の発生予防を行っている。                                                                                                                                                                                                         | a |
| (コメント) | <b>■エアーマット、褥瘡マット、低反発マットの3種類を用意し、利用者のADLに合わせて随時変更しています。</b><br><b>■血液検査での栄養状態の把握と体重の管理を管理栄養士と連携して行っています。</b><br><b>■月1回褥瘡委員会を開催しており、年2回OHスケールを実施することで、リスクのある利用者への対応をしています。</b><br><b>■体位変換が必要な利用者に対しては2時間毎に実施しています。</b> |   |

|         |                                                                                                                                                                                                                                               | 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)  | <b>■選択メニューは月1回実施しており、季節に応じた料理の提供、郷土料理の提供を行っています。</b><br><b>■冷蔵庫や電子レンジを活用して、適温で提供できるようにしています。</b><br><b>■ユニットごとに嗜好調査を年1回実施しており、委託業者と栄養士との会議を月に1回行い、食べづらいものやお肉、お菓子の献立など工夫しています。</b><br><b>■日々の献立をリビングに掲げており、ランチョンマットを工夫したり、食堂の雰囲気づくりをしています。</b> |      |
| 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)  | <b>■発熱時等はお粥や雑炊にしたりと細かく調整を行っています。</b><br><b>■歯に痛みがある場合は一時的に形態を変更し、負担の軽減を行っています。</b><br><b>■本人の希望や状態を考慮し車椅子対応の利用者もいますが、車椅子を使用している方も、できる限り食事のときは、食卓の椅子への座り替えを行っています。</b><br><b>■ケアチェックをタブレットに入力して、栄養計画の作成、栄養マネジメントを行っています。</b>                   |      |
| 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)  | <b>■歯科衛生士に週に2～4日、2か所からきてもらい、個別に口腔、嚥下状態を見て、職員へ口腔ケアの指導、助言を行っています。</b><br><b>■歯科衛生士ノートや口腔ケアマニュアルに基づいて、ケアの方法を写真付きの手順にして掲示しており、一人ひとりに応じた口腔ケアを実施しています。</b><br><b>■ユニットごとに、昼食前に「ふるさと」を放送して口腔体操をしています。</b>                                            |      |

|            |                                                                                                                                                                                  | 評価結果 |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-4 終末期の対応 |                                                                                                                                                                                  |      |
| A-4-①      | 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。                                                                                                                                                      | a    |
| (コメント)     | <p>■年1回内部研修でターミナルケアを実施しており、開設から2年半の間に25名看取りました。</p> <p>■デスカンファレンスの開催や看取り後の家族へのアンケートの実施を行い、随時振り返りをしています。</p> <p>■看取り介護に関する指針については、新規利用者、家族会に説明しており、利用者の状況に応じて看取り介護の体制を整えています。</p> |      |

|           |                                                                                                                                                                                                                                               | 評価結果 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-5 認知症ケア |                                                                                                                                                                                                                                               |      |
| A-5-①     | 認知症の状態に配慮したケアを行っている。                                                                                                                                                                                                                          | a    |
| (コメント)    | <p>■本人の状態に合わせてケアの見直しを随時行っています。</p> <p>■利用者のパーソナリティや相性に合わせてユニットを移動したりと工夫しています。</p> <p>■認知症の周辺症状の対応や行動パターン、危険性等について専門家の指導を受けて、十分理解して介護しています。</p> <p>■一人ひとりの症状に合わせた、できる家事（お茶碗洗い等）を念頭に役割を提供しています。</p> <p>■職員は地域包括支援センター主催の認知症サポーターの研修を受けています。</p> |      |
| A-5-②     | 認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。                                                                                                                                                                                                             | a    |
| (コメント)    | <p>■環境委員会を設置し、利用者がよりよい環境で生活を送ることができるよう検討しています。</p> <p>■居室は個室となっているため、居室内には今までの生活をそのまま持ち込んで、環境の変化を少なくなるように配慮しています。</p> <p>■居室の場所がわからなくなる利用者については、扉に張り紙をする等を行っています。</p>                                                                         |      |

|               |                                                                                                                                                                                                                                          | 評価結果 |
|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-6 機能訓練、介護予防 |                                                                                                                                                                                                                                          |      |
| A-6-①         | 利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。                                                                                                                                                                                                          | a    |
| (コメント)        | <p>■週2回理学療法士に来てもらい、機能訓練計画書に基づいて、助言もらいながらリハビリを実施しています。</p> <p>■利用者の作成した作品（季節の分かる貼り絵等）は、掲示をすることで意欲につながるようにしています。</p> <p>■利用者一人ひとりに合わせた訓練として、新聞や卵の殻、半紙、段ボール、牛乳パック等を使って作品作りをしています。職員は会話が広がるよう声かけや支援を行い、利用者が材料選びから完成まで楽しんで取り組めるよう工夫しています。</p> |      |

|               |                                                                                                                                                                                                  | 評価結果 |
|---------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-7 健康管理、衛生管理 |                                                                                                                                                                                                  |      |
| A-7-①         | 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。                                                                                                                                                                  | b    |
| (コメント)        | <p>■服薬は1人ずつ行うよう徹底し、誤薬予防に努めています。薬のチェックも2重3重に行い、服薬間違いがないよう注意しています。</p> <p>■薬剤情報をファイリングしており、新しい薬が出た時は、看護師から説明しています。</p> <p>■体調変化時の対応等についての研修は行われていますが、今後、薬の効果や副作用についての研修等、全員参加できる研修企画、内容が望まれます。</p> |      |
| A-7-②         | 感染症や食中毒の発生予防を行っている。                                                                                                                                                                              | a    |
| (コメント)        | <p>■研修会を定期的に行い手洗いチェックや感染予防について周知しています。</p> <p>■インフルエンザ予防接種は一部自己負担で実施しています。玄関に張り紙をして手洗い、マスク等促しています。</p> <p>■施設の入り口で外来者のために、洗面台の設備があり、感染予防のための手洗いができています。</p>                                      |      |

|           |                                                                                                                                                           | 評価結果 |
|-----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-8 建物・設備 |                                                                                                                                                           |      |
| A-8-①     | 施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。                                                                                                                              | a    |
| (コメント)    | <p>■図書スペースの設置、自販機の設置、近隣の社会資源の活用、談話スペースの設置等により利用者や家族の快適性に配慮しています。</p> <p>■環境委員会を開催して、施設全体の環境について検討しています。</p> <p>■5階屋上の庭園は歩行訓練に活用したり、気分転換の場所として利用しています。</p> |      |

|            |                                                                                                                              | 評価結果 |
|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| A-9 家族との連携 |                                                                                                                              |      |
| A-9-①      | 利用者の家族との連携を適切に行っている。                                                                                                         | a    |
| (コメント)     | <p>■年2回の家族会を開催し、家族へのアンケートを実施しています。</p> <p>■利用者の状態変化時、速やかに家族連絡できる体制があり、連携できています。</p> <p>■行事等に参加してもらえるように、家族の面会時など案内しています。</p> |      |

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

|        |                      |
|--------|----------------------|
| 調査対象者  | 特別養護老人ホーム八戸ノ里向日葵の入居者 |
| 調査対象者数 | 90名（うち回答可能な方31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八戸ノ里向日葵を、現在利用されている入居者90名（うち回答可能な方31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、31名の方から回答がありました。（回答率100%）

満足度の高い項目としては、

- （１）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
「健康管理や医療面、安全面について安心である」  
について、80%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」  
●「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせる」  
について、70%以上の方が「はい」と回答、
- （３）●「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る」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、65%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八戸ノ里向日葵の入居者の代理人 |
| 調査対象者数 | 90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八戸ノ里向日葵を、現在利用されている入居者の代理人90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、44名の方から回答がありました。（回答率49％）

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、80％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」  
 ●「職員は本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」  
 ●「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」  
 ●「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせる」  
 ●「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、
- （３）●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」について、65％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八戸ノ里向日葵 過去1年間に利用を終了した入居者の代理人 |
| 調査対象者数 | 20名                                   |
| 調査方法   | アンケート調査                               |

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム八戸ノ里向日葵を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人20名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、6名の方から回答がありました。（回答率30％）

満足度の高い項目としては、

- （１）●「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た」  
について、全員の方が「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た」  
●「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせた」  
●「支援の方法について、本人や家族と相談しながら決めていた」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- （３）●「職員は、本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援していた」  
●「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」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心できた」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、65%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 |