

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	高石特別養護老人ホーム	
運営法人名称	社会福祉法人 遺徳会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	嶋田 祐史（理事長） 嶋田 充伸（施設長）	
定員（利用人数）	74 名 ★ショート14名含む	
事業所所在地	〒 592-0013 高石市取石五丁目8番15号	
電話番号	072 - 275 - 1031	
FAX番号	072 - 275 - 1035	
ホームページアドレス	http://www.itokukai.com	
電子メールアドレス	itokukai@globe.oce.ne.jp	
事業開始年月日	昭和57年3月11日	
職員・従業員数※	正規 26 名	非正規 12 名
専門職員※	介護福祉士17名、介護支援専門員3名、 医師2名、看護師2名、准看護師4名、 管理栄養士2名、柔道整復師1名、 あん摩マッサージ指圧師1名	
施設・設備の概要※	[居室] 三人部屋2室、四人部屋17室	
	[設備等] 食堂1、浴室1、調理室1、更衣室1、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	3 回
前回の受審時期	平成 27 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

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

【理念・基本方針】

■経営理念

私たちは、介護サービスを通じて、お客様（施設の利用者及びその家族）並びに福祉関係者に安心を提供し、以って老人福祉に寄与すると共に、社会に貢献します。

■運営方針

私たちは、経営理念実現のために、人柄の向上に向けて不断の努力を行い、質の高い老人介護サービスを行います。

【施設・事業所の特徴的な取組】

◇職場は人柄の向上を目指す場所<家庭人として、社会人として、職員として>

- ・ 質の高い介護サービスは人柄のよい職員であることによって実現される。
- ・ 職員は人柄の向上に向けて不断の努力をする義務を負っている。

◇行動指針（前期の経営理念、運営方針を受けて）

私たちは、次の事を実践します。

- 一．私たちは、明るく笑顔で挨拶をします。
- 一．私たちは、真剣に親孝行を実践します。
- 一．私たちは、他人に役立つ充実感を体得します。

【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21日～平成31年2月25日
評価決定年月日	平成31年2月25日
評価調査者（役割）	0901A020（運営管理委員） 0501A141（専門職委員） 1302A044（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

高石特別養護老人ホームは、JR阪和線北信太駅から約800メートルにある閑静な住宅街に位置しています。昭和57年3月に開設された定員70名の特別養護老人ホームで、同じ敷地内には同法人の介護老人保健施設が隣接しています。

全職員の参加を基本にした毎朝15分程度の朝礼では、法人の根幹指針である「理事長教本」冊子を読み合わせ、行動指針を確認しています。また「今日、自分が実践できた一番素敵なこと」を報告し合い、理念の実現に向けて取り組んでいます。

第三者評価を活用し、サービスの質の向上に積極的に取り組んでいる施設です。

(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

■中期経営計画の策定について

中期経営計画は、前期計画を検証し経営課題や問題点を明らかにし策定しています。策定した内容は具体的で実行可能であり、単年度事業計画に反映しています。建物老朽化による建て替えや設備の整備等、長期的な収支計画を策定していること等評価できます。

◆改善を求められる点

■事業計画の職員への周知について

中期経営計画・単年度事業計画の職員への周知について、上層部の職員には周知していますが、一般職員には計画策定時に関わった部分についての周知に留まっています。事業計画の全般について職員へ周知することが望まれます。

■より快適な生活環境に向けて

各階の談話コーナー部分の窓が全開する為、危険防止対策の改善を早急に望みます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

◆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>■理念・運営方針を明文化し、パンフレット、ホームページ、事業計画に記載し広く周知を図っています。</p> <p>■職員周知への取り組みは理念・運営方針、行動指針を全員に配布すると共に、月曜日の朝礼で全員で唱和し周知を確実なものにしています。理念に基づいた職員行動指針を策定し、法人の根幹指針である「理事長教本」の冊子をもとに読み合わせ行動指針を確認しています。</p> <p>■家族へは入居時に重要事項説明書に記載してある理念等について詳しく説明しています。館内にも掲示し何時でも目にすることができます。</p> <p>■利用者への周知については困難さもあるようですが、掲示等の文字を大きくするなど周知を意識した取り組みが望まれます。</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>■事業経営を進めていく上で必要な社会福祉事業の動向や国の考え方等について、各種会議や研修会、福祉関係の雑誌や新聞、インターネット等で情報収集が行われています。市の審議会委員や専門委員会、介護事業所連絡会に参加することや、法人の在宅事業所から地域の福祉ニーズの把握に努めています。</p> <p>■月1回行われる法人の所長会議で法人や施設をとりまく環境を分析し協議しています。</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>■法人、施設の経営課題は所長会議で分析・検討し、課題を明らかにしています。改善課題は各施設のリーダー会議で検討し、具体的な取り組みとして中期経営計画、平成30年度事業計画に反映しています。</p> <p>■課題について役員には理事会・評議員会で説明し、意見交換を行っています。職員へは施設の課題を取り上げている中期経営計画・平成30年度計画を説明していますが、施設の経営課題について職員へ周知する方法を検討することが望まれます。</p>	

		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)	<p>■中期経営計画は平成30年度～平成34年度の5か年を目途に策定しています。策定根拠となる前期計画を検証し、経営課題を捉えた具体的な内容です。長期的課題として建物老朽化による建て替え、大規模修繕、設備の整備等について検討を繰り返し、予算等の長期収支計画を立てています。</p> <p>■今回の台風で被災した事もあり、収支計画を見直す予定にしています。</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。	a
(コメント)	<p>■平成30年度事業計画は、中期経営計画の目標と課題・具体的な取組みを踏まえ策定し実行可能な内容です。</p> <p>■中期経営計画・単年度計画は法人全体を対象に策定しています。「人材確保と育成」「健全財政の確立」「入所者の健康と安全確保」「快適な生活環境の提供」については取り組む課題について検討し、高石特養の計画を具体的に策定しています。</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>■単年度計画の策定は部門ごと（介護、医務、厨房、リハビリ等）に策定しケアスタッフ会議、リーダー会議で検討しています。財務、人材確保等は所長会議で検討し策定しています。計画の見直しについては確認できませんでした。</p> <p>■事業計画の進捗状況について、施設策定の計画はリーダー会議で行い、それ以外の計画は所長会議で評価しています。</p> <p>■事業計画の内容はスタッフ会議で職員に説明しており、職員には策定に関わった部署の内容については周知していますが、中期経営計画、単年度事業計画の内容の周知まで至っていません。中期経営計画・単年度計画を職員に周知する方法を検討することが望まれます。</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>■事業計画の家族への周知については年2回行う家族懇談会で説明しています。また館内掲示板に掲示しており、家族は見る事ができます。利用者へは行事等についてはポスターで掲示していますが、事業計画については目につき難い状況です。</p> <p>■利用者への周知には困難さもありますが、特に利用者に関わりのある事、施設が知ってほしいと思う事を解りやすく伝える方法を検討することが望まれます。</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>■サービスの質の向上に施設独自の自己評価を行っていることや、利用者満足度アンケートを実施しています。結果はリーダー会議で分析しサービス向上委員会で検討し、改善計画を立てています。</p> <p>■自己評価や利用者満足度アンケートの検証から改善計画・実行・評価・次の改善計画までを記録に残すことが望まれます。</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)	施設独自で策定した自己評価を行い、利用者満足度アンケートの結果に基づく課題の分析はリーダー会議で行い、サービス向上委員会で検討し改善計画に取り組んでいます。改善策等をスタッフ会議で伝えています。改善計画から見直しまでを記録に残すことが望まれます。	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
(コメント)	<p>■運営規程に所長（管理者）の役割について記載し、所長不在時に業務が滞らないように副所長に権限移譲しています。また職務分掌及び職務権限にも役割、権限移譲について明示しています。</p> <p>■先般の災害時には、管理者は陣頭指揮をとり利用者、職員の安心安全を守る等、役割や責任を果たしています。広報誌の挨拶の中で管理者としての責任に関することを表明しています。</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>■管理者は法改正等の情報や、福祉分野に留まらない幅広い法令を理解するため、外部研修、泉州ブロック会議等各種会議への参加や新聞、インターネット等で最新の情報を把握しています。</p> <p>■職員には個人情報保護、法令遵守や人権・虐待、拘束等の研修を行っています。組織倫理規範を定め職員に周知しています。</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>■管理者はサービスの現状を正しく理解するために、利用者満足度アンケートや独自の自己評価を行っています。サービス向上委員会を中心に現状の把握と内容を検討し、改善に取り組んでいます。</p> <p>■管理者はリーダー会議やケアスタッフ会議に参加しサービスの質や現状を把握しています。管理者は利用者の生活をより豊かにする方法に、夏のソフトクリームや冬の焼き芋の機械を購入する等、利用者の生活の活性化に努めています。</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>■管理者は施設内の経営改善や人員体制等について分析し、法人所長会議で検討しています。</p> <p>■職員配置基準以上の職員配置や介護職・看護職の正職比率を上げることで職員の定着率を上げています。育児休暇後の時間短縮勤務や休暇が取れるよう配慮する等で復帰率100%に達する等、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。</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>■人材確保と育成について中期経営計画に示し、法人全体で採用活動、職員育成に取り組んでいます。</p> <p>■普通高校卒業者の採用に力を入れ、学校との関係づくりや普通高校卒業で採用した職員のロコミ等、効果的な福祉人材確保に模索しています。外国人数名が勤務しており、直接大使館と連携を取ることや職業訓練校からの外国人受け入れを行う等、様々な取組を行っています。</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>■施設が必要とする職員像について、法人理念や運営方針、行動指針、キャリアパスに明確にしています。理事長教本の「人柄の向上を目指す」にも記載しています。</p> <p>■人事に関する、採用・異動・昇進等については、人事取扱細則に明確にし職員に周知しています。人事考課は年2回行い、職務遂行能力・職務成果等公平に評価し、評価後面談を行っています。</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>■有給休暇や時間外手当の管理は事務長が行い、職員の悩みや相談はリーダーが話をする中で聞いています。職員の心身の健康について定期的に健康診断、予防注射、ストレスチェックを行い産業医がチェックしています。ストレスの高い職員には産業医が個別にフォローしています。</p> <p>■育児休業後の職員の復帰が100%であることや、人員配置を+10%にする等、働きやすい職場づくりに取り組んでいます。年4回の親睦会や職員旅行等を行っています。</p> <p>■職員の悩み相談は各リーダーが個々に対応しています。相談窓口を設置し、相談を受けてから解決まで、組織的に体制を整備することが望まれます。</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
(コメント)	<p>■職員は年度末研修会で一年の振り返りを行い、次年度の「私の目標」を策定しています。業務上の目標やなりたい自分等を所定の用紙に書き提出しています。用紙には目標期限や、目標がどこまで達成できたかの明確な記述がありませんでした。目標管理と人材育成、研修までを連動させ、職員一人ひとりの育成に向けた取組みが望まれます。</p>	

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)	<p>■人材育成基本方針を策定し、人材の基本は「人柄の向上と技能で決まる」と位置づけ、特に「人柄の向上」については毎日の朝礼で「理事長教本」をもとに唱和等で周知徹底しています。</p> <p>■平成30年度事業計画に研修計画を策定し実施しています。定期的な研修内容やカリキュラムの評価見直しは行っていません。次年度策定時に研修計画の回数や内容の変更をしています。</p>	
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)	<p>■職員の専門資格や研修履歴は一覧表にして把握しています。</p> <p>■福祉人材の採用が困難になっている中で、普通高校卒業者を中心に採用活動を行い、研修マニュアルを作成し育成に取り組んでいます。自己啓発研修は外部研修情報を知らせると共に必要に応じ、勤務への配慮や費用負担等行っています。</p> <p>■職員個人目標と施設内外の研修を連動することが望まれます。</p>	
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
(コメント)	<p>■実習受け入れ要領を策定し、実習指導者研修修了者2名を配置する等、実習生の受け入れを確実にしています。介護福祉士養成校等の減少で現在は大学と連携を取り、栄養士取得予定者の実習を受けています。栄養士用実習プログラムを用意し平成29年度は4名を受け入れています。</p>	

		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>■法人の理念、経営方針、サービス内容、事業計画、予算、決算等、ホームページ等で情報を適切に公開しています。苦情解決の体制については重要事項説明書に記載し入居時家族に説明しています。重要事項説明書の苦情解決の体制に苦情解決責任者を記載することが望まれます。</p> <p>■施設の存在や役割について、地域への周知として、管理者が参加する各種会議の中で伝えていきます。</p> <p>■苦情処理要領に沿って相談内容を解決し館内に掲示しています。掲示物の文字が小さく目にし難い状況です。見てもらう事を意識し文字を大きく解りやすくすることが望まれます。第三者評価受審結果はホームページで公開しています。</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>■担当職員は法人施設の経理規程、組織倫理規程等を周知し、業務を遂行しています。職務分掌、職務権限区分表には責任を明確にしています。</p> <p>■公認会計士による自主点検を年4回受け、税理士等による指導を毎月受け適正な運営を行っています。今後、内部監査についても実施することが望まれます。</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>■地域との交流は、利用者の重度化により地域へ出向いての参加が難しくなっていますが、施設行事に地域の人々に来てもらう事や近くの園児の訪問、ボランティアの受け入れ等で地域との交流が広がっています。施設行事の花見、外食ツアー、買い物等で地域に出向いています。介護タクシーを利用する利用者もいます。</p> <p>■利用者の生活をより豊かにできる地域の身近な情報を、掲示板等で利用者提供することが望まれます。</p>	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
(コメント)	<p>■ボランティア規程を整備し市の社会福祉協議会と連携をとり10数か所の団体、多数の個人ボランティアの訪問があります。</p> <p>■中学校の職場体験学習を受け入れています。中学生等の受け入れは成人ボランティアと異なった意義があると考えられるため、基本姿勢等を明文化することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■地域の医療機関、福祉団体、介護保険事業所、ボランティア団体等の連絡先が記載された社会資源一覧表があり、関係職員に周知しています。</p> <p>■市福祉事業交流会、社会福祉審議会や専門委員会に参加し、関係機関との連携が適切に行われています。</p> <p>■市の地域包括支援センターSOSネットワーク事業連絡会に相談員が参加し、地域高齢者の困りごとや、行方不明者等の捜索に関係機関と協働で取り組んでいます。虐待等による緊急措置入所を受け入れています。</p>	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<p>■施設に入ってすぐのところに交流スペースがあり、地域の方に開放しカラオケ発表会や演芸の場として利用しています。利用者は見物を楽しんでいます。</p> <p>■消防署の協力施設として、有事の時の資材置き場の提供をしています。また災害時・非常時に備え、町内会と施設の相互協力が話し合われています。</p>	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<p>■法人の理事や評議員に自治会役員が参加していることや、併設のデイサービス等から地域の情報を得ています。また相談員が地域の会議に参加していることで具体的なニーズの把握ができています。玄関に「なんでも相談」の旗を掲げ、地域の相談を受けています。</p> <p>■福祉ニーズから、食事を必要とする子ども達の「子ども食堂」を開き、地域の人々の利用も視野に入れ、「人と人との繋がり場場所にしたい」と準備を進めています。</p>	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者を尊重する姿勢は、理念、運営方針に明示され、規程要領書に反映されています。 ■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、研修を通じて周知され、ケアスタッフ会議で状況の把握、評価等が行われています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者のプライバシー保護等の権利擁護について、規程要領書に明示されています。虐待防止に関する研修を年1回以上実施し、職員への周知に取り組んでいます。 ■居室は4人部屋が中心ですが、カーテン等で可能な限りプライバシー保護に努めています。 ■現状の施設環境において、不適切な事案を想定し、対応方法等を明確にしておくことが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設パンフレットは、居宅介護支援事業所に置かれ、施設の紹介がなされています。 ■利用希望者へは、施設パンフレット、利用料金表を用いて、丁寧な説明をしています。 ■利用希望者に対する情報提供について、見直しを実施されている状況を記録等で確認できることが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入所契約は重要事項説明を行い、書面で同意を得ています。 ■意思決定が困難な利用者は、成年後見制度を利用した契約の締結がなされています。 ■利用者及び家族等への説明と同意について、組織が定めた様式に基づいて、同じ手順・内容で行われるよう、援助の方法を文書化し取り組むことが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の入院や他の施設及び家庭への移行等にあたり、看護サマリーで情報の引継ぎが行われています。 ■利用契約時に、退所（契約解除後）後の相談方法について、重要事項説明書を基に説明をしています。 ■契約解除時に、相談方法等の内容を記載した文書を手渡ししています。 ■引継ぎや申送りの手順、文書の内容等を定めておくことが望まれます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■年に1回「利用者家族アンケート」が実施され、年2回家族懇談会が開催されています。 ■利用者満足度調査の結果を踏まえ、サービス向上委員会で具体的な改善に努めています。 ■利用者満足度調査結果に関する分析や検討内容、改善策の実施に関する記録が明確に確認できることが望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■苦情を受け付けた場合は、苦情処理要領に基づき、適切に対応し、その結果を利用者や家族等にフィードバックしています。 ■毎月、サービス向上委員会で苦情内容について検討し、施設内掲示板にて公表しています。公表の有無は申し出者の意思により決定しています。公表の仕組みを明確にして取り組むことが望まれます。 	
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■相談や意見に関して、重要事項説明書にてわかりやすく説明されています。また、相談を受け付ける職員の顔写真を掲示しています。重要事項説明書やポスターを掲示し、意見を述べやすい環境を整備しています。 ■相談室や面談室など、施設環境上、確保が難しい状況にあります。 	
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■把握した苦情等について、毎月のサービス向上委員会で、対応策を協議しています。 ■苦情処理要領書が毎年3月に改訂されているとヒアリングで確認しました。検証及び見直しの状況を記録に残して確認できるようにすることが望まれます。 	
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入職時の新人研修、年2回の事故防止に関する職員研修が定期的実施されています。 ■転倒転落や誤嚥について、アセスメント表から情報収集を行っています。 ■安全確保策の実施状況や実効性について、1週間・1か月と評価を行っています。 ■事故発生の防止及び発生時対応の指針に、介護事故防止のための職員研修に関する基本方針を明示することが望まれます。 	
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症委員会が毎月開催されており、インフルエンザの発症はありましたが、この1年以内に感染症等の集団発生はありませんでした。 ■対応マニュアル等を定期的に見直す仕組みが、継続的な取り組みとなることが望まれます。 ■検証及び見直しの状況が記録で確認できることが望まれます。 	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■防災規程が定められています。 ■消防署等と連携した避難訓練を年3回以上実施しています。 ■災害時における安全確保の取り組みを組織的に行っていますが、年間を通した防災計画を作成した取り組みが望まれます。 	

Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者や家族（代理人）からの求めに応じて、サービス提供に関する記録の開示が行われています。 ■主たる家族（代理人）以外から開示請求があった場合について、規程等に対応方法を明文化しておくことが望まれます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入所申し込みの際、家族に対して入所選考基準の説明をし理解を得ています。 ■大阪府の選考指針と施設入所選考指針に基づき、各種専門スタッフ及び第三者委員の参加で公平性・透明性が保たれています。 	

		評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■標準的な実施方法は、要領書対策集に文書化されています。 ■入職時の新人研修で、標準的な実施方法を指導しています。 ■実施状況は、ケアスタッフ会議・リーダー会議で確認されています。 	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■標準的な実施方法の検証及び見直しについては、ケアスタッフ会議で職員の意見を求め、リーダー会議で毎年3月に行われています。 ■検証及び見直しの状況を記録に残して確認できるようにすることが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■新規入所者は、暫定的な計画を作成し、入所後1週間を目処に、見直しが行われています。暫定計画であっても、組織で定めた施設サービス計画書様式を使用することが求められます。 ■利用者一人ひとりのニーズ（生活課題）において、職員が取り組むべき課題が見受けられました。利用者本位のサービス実施計画書作成について、継続的な取り組みとなることが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月、アセスメントシートのチェックを行い、3か月に1回サービス担当者会議を開催し、サービス実施計画の見直しや変更が行われています。 ■利用者一人ひとりのニーズ（生活課題）において、職員が取り組むべき課題が見受けられました。利用者本位のサービス実施計画書作成について、継続的な取り組みとなることが望まれます。 	

Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■1か月に1回は、サービス計画の実施状況や問題点の把握に努め、利用者の状況を把握しています。 ■3か月毎のケアプランの見直しを、各種専門職員で点検しています。できれば家族等が参加することが期待されます。 ■暫定プランから本プランへの移行は、同書式を利用することで、効率性が図られることが期待されます。 	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス実施計画書の生活課題に対し、どの課題に対する記録であるかが一目で分かるよう工夫して、記録されていますが、サービス実施の結果、利用者の状態の推移等を記録することが望まれます。 ■サービス担当者会議が3か月毎に開催され、サービス実施計画の変更や見直しが行われています。 ■職員への情報伝達等の共有化については、申し送りノートで情報が届く仕組みになっています。 	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個人情報保護規程を定め、記録の管理が適切に行えるよう取り組まれています。 ■職員は、年1回「個人情報と法令遵守」に関する研修を受け、適切に管理が行われています。 	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■過去1年間に入所者への身体拘束をしていません。 ■身体拘束に関する研修を定期的に行っています。 ■外部研修の取り組みが、わかりやすく記録で確認できることが望まれます。 	
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入所者所持金等管理取扱要領が定められ、60名以上の入所者の金銭管理を行っています。収支状況は毎月報告されています。 ■利用者の自己管理に必要な保管場所等については、設備面から配慮が難しい状況です。 	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■一人ひとりのリハビリ計画で機能訓練をしています。 ■クラブ活動や、行事、カラオケ等への利用者の参加があり、日々の暮らしに変化と活気をもたらしています。 	

高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■生活状況調査表を基にサービス計画を作成し、各種クラブ参加を勧めています。 ■誕生日には、外出支援や外食支援等を計画し、施設だけでなく地域との繋がりを大切にしています。 ■一人ひとりの生活パターン（起床時間・就寝時間・朝食時間等）を尊重したサービス計画が実施されています。 	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■難聴など、意思疎通困難な利用者にはホワイトボード使用、カード作成等でコミュニケーションを取っています。 ■虐待防止委員会での研修において、ロールプレイングを手法とした、具体的コミュニケーションの取り方等の研修をしています。 ■食事場面においても、一人ひとりを尊重したコミュニケーションができています。 	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入浴前のバイタルチェックが実施され、その状況に応じシャワー浴・清拭等のケアがなされています。 ■入浴を拒否される利用者に関しては、時間をずらしたり、職員を変更したり、「〇〇温泉へ」等の工夫をしたコミュニケーション方法で入浴を勧めています。 ■同性介護の希望にも応えています。 ■不眠がちな利用者に対しては、足浴を実施し良眠できるケアをしています。 ■ストマー造設の利用者に対しては、プライバシーを保つための配慮をしています。 	
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■心身の状況に合わせてトイレ移動、ポータブルトイレ、尿器、差し込み便器等を使用しています。 ■利用者の時間帯別尿量を把握し、一人ひとりの尿量に合った尿取りパッドを使用しています。 ■利用者の尊厳を重視し同性介護を実践しています。 ■排便・排泄の後のケアを確実に実施し清潔を保っています。 	
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■立位バーを使用し、移乗・移動が自分でできる環境を提供しています。 ■レッグウォーマー等を使用し、外傷等の予防がなされています。 ■一人ひとりに合った福祉用具（車椅子・リクライニング車椅子・ベッドマット等）を使用しています。 	

	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■体重・血液検査等のデータを基にリスク判定を実施し、褥瘡予防をしています。</p> <p>■褥瘡予防カルテは、状態の変化・危険因子評価・現状（ステージ・大きさ・浸出液等）の把握で介護計画を立てケアをしています。</p>	

		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)	<p>■嗜好調査を参考にお好み焼き・すき焼き・唐揚げ・肉料理等の希望に応えるメニューを提供しています。</p> <p>■季節感を感じるメニューも提供しています。（鰹のたたき・タケノコご飯・キノコご飯等）</p> <p>■朝食は選択メニュー（パン・お粥・ご飯）を提供しています。</p> <p>■外食支援や即席ラーメン屋さん、また晩酌をされる利用者にも対応でき、食を楽しむ企画があります。</p>	
	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)	<p>■利用者の嚥下機能に合わせて食事形態（普通食・きざみ食・超きざみ食・ミキサー食）を提供しています。</p> <p>■水分補給の為に甘茶ゼリー等の工夫で1日の目標水分量を可能にしています。</p> <p>■栄養スクリーニングの結果を踏まえ、中リスク・高リスクの利用者に希望の食事を提供し栄養改善に努めています。</p>	
	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)	<p>■歯科医師・歯科衛生士による口腔ケアをしています。</p> <p>■食前食後の口腔ケアや義歯洗浄もできています。</p> <p>■食前のパタカラ体操は理学療法士が毎回実施しています。</p>	

		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>■看取りに関しては医師からの説明が来ています。</p> <p>■各職種間での共有するための研修も実践しています。</p> <p>■看護のオンコール対応ができています。</p> <p>■訃報は全職員で共有し、葬送の歌を斉唱し個人を偲んだり、お見送りも実践しています。お彼岸には僧侶を招き、物故法要を実施しています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■認知症に関して専門医師による研修をしています。 ■ユマニチュードを取り入れ、認知症のある利用者に寄り添うケアをしています。 ■認知症のある利用者に役割を持ってもらい、出来ることを積極的に勧めています。 ■四季に応じた行事（お花見・菖蒲湯・七夕祭り・だんじり・クリスマス・お正月・節分）で、認知症のある利用者も参加できる機会を設けています。 	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
(コメント)	■長い廊下について、落ち着くことができる環境の工夫が望まれます。	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■リハビリ会議で利用者一人ひとりの問題点を出し合い対策が立てられています。 ■2015年より利用者一人ひとりのリハビリ目標を掲げ、達成できた時には賞や表彰状を贈るシステムがあり、やりがい、生き甲斐に繋がっています。 	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■緊急連絡網により対応を行っています。 ■夜間・休日はオンコール体制が敷かれています。 ■毎朝の朝礼にて状態変化のある利用者の情報共有がなされています。 ■服薬に関しては2名の看護師による確認チェックと服薬前に介護職による確認、服用後の押印のシステムがあり誤薬防止をしています。 ■高齢者の罹患しやすい病気や、異常の早期発見の為に研修をしています。 	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■29年度にインフルエンザの発症はありましたが、大事には至っていません。 ■職員・来訪者に感染予防に対する啓発活動を行っています。 ■感染症に対する研修を実践しています。 	

		評価結果
A-8 建物・設備		
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■各階談話スペースはありますが、落ち着ける環境づくりが望まれます。 ■談話コーナーの出窓が全開する状況について、危険予知からも早急の対策が望まれます。 	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■担当介護職から家族へ利用者の近況を手紙でお知らせしていることは、信頼関係に繋がっています。 ■月初に施設行事を知らせています。また施設の掲示板に案内をしています。 ■家族の来訪時には、生活相談員から近況を報告しています。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	高石特別養護老人ホームの入居者
調査対象者数	70名（うち回答可能な方15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）

高石特別養護老人ホームを、現在利用されている入居者70名（うち回答可能な利用者15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、15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）●「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、残っている機能を使って自分でできる範囲のことは自分でできるよう支援してくれる」
について、70%以上の方が「はい」と回答、
- （3）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、常にやさしく一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援してくれる」
●「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、60%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	高石特別養護老人ホームの入居者の代理人
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）

高石特別養護老人ホームを、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、33名の方から回答がありました。（回答率55%）

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る」
●「職員に声を掛けやすい」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」
●「職員は、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」
●「健康管理や医療面、安全面について安心できる」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地良く過ごせる」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」
について、70%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	高石特別養護老人ホーム 過去1年間に利用終了した入居者の代理人
調査対象者数	16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）

高石特別養護老人ホームを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人16名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、10名の方から回答がありました。（回答率63%）

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」
 - 「健康管理や医療面、安全面について安心できた」
 - 「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ● 「職員に声を掛けやすかった」
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

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

①【職員・従業員数】

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

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

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

②【専門職員】

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

③【施設・設備の概要】

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

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