

様式 1

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 やぐるま苑	
運営法人名称	社会福祉法人 はるかぜ福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	施設長 西澤 大輔	
定員（利用人数）	110 名	
事業所所在地	〒 547-0023 大阪市平野区瓜破南2丁目4番10号	
電話番号	06 - 6707 - 5502	
FAX番号	06 - 6707 - 5503	
ホームページアドレス	http://harukazefukushikai.com/	
電子メールアドレス	yaguruma@harukazefukushikai.com	
事業開始年月日	平成 28 年 4 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 59 名	非正規 26 名
専門職員※	医師 1名 介護職員 70名 管理栄養士 1名 介護支援専門員 3名 生活相談員 2名 看護職員 8名 機能訓練指導員 1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 110室 13.32㎡ 共同生活室 10室	
	[設備等] 食堂 11 機械浴室 1室 医務室 1室 地域交流スペース 1室	

※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	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】

[やぐるま苑理念]

- 日常生活を安心安全に暮らせる福祉サービスを提供いたします。
- 生きる喜びと個人の尊厳を保持できる自立生活を支援いたします。
- 地域社会の一員として地域と繋がり協調できる施設を目指します。

[基本理念]

- (1) ご利用者及びご家族の‘安心’を目指して介護サービスを提供する。
- (2) 職員の育成指導に努め、介護サービスの質の向上を図る。
- (3) 健全かつ活力ある経営に努め、財政基盤の安定化を図る。
- (4) 施設機能の充実及び解放を図り、地域福祉の充実に寄与する。

[運営方針]

- (1) 職員、利用者が互いに穏やかな気持ち出で接することのできるような環境づくりに努めます。
- (2) 家族の方々との連絡を密にし、心の通い合う明るいホームを目指します。
- (3) 個人の人格、尊厳を大切にし、優しさが伝わる介護を目指します。
- (4) 行事・催事を通じて地域との交流を深め、地域住民の一員であることの意識向上に努めます。
- (5) 利用者の志向把握に努め、各ニーズに対応していけるよう充実したサービスの向上に努めます。
- (6) 施設サービスの質を高め、地域社会の福祉水準の向上に貢献し、利用者や地域の方々への安心と信頼を得ることに努めます。
- (7) 自然に囲まれた環境を活かし、利用者が明るく健康で、豊かな生活を送れるような施設を目指します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

[医療との連携]

- 系列の病院と連携して、利用者の看護を行っている。
- 医務室に、医師1名、看護師8名を配置して、利用者に医療を提供している。

[公益事業]

- 生活困難者に対する相談支援事業を行っている。
- 地域の医療介護相談窓口を担当している。

[地域との連携]

- 行政から福祉避難所の指定を受けている。
- 地域交流スペースを設置して、地域の自治会の会議等の利用に開放している。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	平成29年8月7日～平成30年2月13日
評価決定年月日	平成30年2月13日
評価調査者（役割）	0801A011（運営管理委員） 1201A027（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

- 平成28年4月に開所した新しい施設である。平成28年の法改正後の設置であるため、利用者は全て要介護3～5の方々である。
- 社会福祉法人はるかぜ福祉会の「社会福祉事業実施計画」に基づき設立されているため、運営の基礎は確立されている。
- 介護職員をはじめ、職員の熱心な努力により、日々の運営が行われている。
- 理念⇒基本方針⇒計画⇒実施⇒見直しの「管理の仕組み」は出来ているが、設立2年目であるところから、現場の職員の意見が、運営の改善に十分には活かされていない。
- 中期経営計画3年目の平成30年度末を目指して、改善の努力が求められる。

◆特に評価の高い点

- 社会福祉法人はるかぜ福祉会の長年に亘る福祉事業の運営実績が活かされて、運営の基礎がしっかりとしている。
- 日常のサービス提供も、介護職員をはじめ熱心に行われている。
- 系列の病院と連携して、利用者の健康管理が行われている。
- 交流スペースを地域に開放し、地域との連携を深める努力が行われている。
- 地域の医療介護相談窓口を担当するなど公益活動にも取り組んでいる。

◆改善を求められる点

- 運営の仕組みは出来ているが、現場の職員の意見が、運営の改善に十分には活かされていない。
- 施設サービス計画書は利用者の自立を支援するという基本方針の下、丁寧なアセスメントから導き出された一人ひとりの具体的なニーズが明示されており、そのサービス内容に沿ったサービスが各ユニットで提供されるというものだが、この流れの内容をさらに充実されることを望む。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

開設して間もない施設という意識から、安定したサービス提供のできる施設という意識への変革を目的に、この度第三者評価を受審しました。訪問調査及び評価結果を活用し、すぐに改善会議を開き即時改善できる項目については、全職員で取り組むこととしました。

先ず何より、ご入居者様には安心安全と生活に慣れ親しんで頂けるサービスの提供とご家族様、地域の方々に満足いただける信頼される頼られる施設づくりを目指して取り組んでまいります。

今後も自己評価を継続し、ご入居者様、ご家族様、全職員のご意見やご要望を取り入れ、より良いサービスに繋げるとともに、健康で明るく元気に生活を過ごせる場（施設）となるよう努め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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理念・基本方針は明文化され、運営規程・経営計画・パンフレット・ホームページ等に記載されている。 ・館内に理念、基本方針が掲示され、職員・利用者に周知されている。 ・利用者・家族・利用希望者には、パンフレット・ホームページに記載された経営理念、基本方針が周知されている。 ・職員に、会議や研修の場を活用し、周知・徹底を図ることが望まれる。 	

		評価結果
I - 2 経営状況の把握		
I - 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I - 2 - (1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪市老人福祉施設連盟や大阪府社会福祉協議会老人施設部に加入し、社会福祉法人改革の内容や地域の福祉サービスの動向等の情報を収集している。 ・中期経営計画で、「法人を取り巻く現状と課題」が、的確に把握・分析されている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・中期経営計画で①サービス向上、②組織強化、③人材の育成、④経営基盤充実の4つの課題と各々の具体的な取り組み内容が掲げられている。 ・理事会・評議会で事業報告書・決算書を審議し、役員間の共有が図られている。 ・職員には、全体会議等で課題を周知して、課題解決には各部署長が当たっている。 ・課題解決には、職員の意見を反映するよう組織的な取り組みが望まれる。 	

		評価結果
I - 3 事業計画の策定		
I - 3 - (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I - 3 - (1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・中期経営計画で、経営計画、行動指針（目標ビジョン）を示している。 ・職員配置計画、事業計画、資金収支予算が策定されている。 ・法人の中期計画の具体的内容を、事業所としてさらに掘り下げることが望まれる。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・中・長期計画に基づいた単年度の計画を策定し、事業方針、運営目標を具体的に示している。 ・実行可能な事業目標を設定し、事業報告書に成果、評価を毎年反映させている。 	
I - 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I - 3 - (2) - ①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画には、各種会議で収集した職員の意見を取組みに反映させて、事業目標、課題を策定している。 ・実施状況の評価・見直しは、職員の自己評価や年度末の事業報告で行っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、事務所窓口に設置した連絡ファイルで利用者・家族に周知している。 ・連絡ファイルは、一部の家族や後見人が閲覧している。 ・広報誌（やぐるま便り）等を活用し理解しやすい工夫をすることが望まれる。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪市より提示されている介護老人福祉施設自主点検表に基づき、年1回定期的に自己評価を行い、その内容を基に質の向上に努めている。 ・日常的な福祉サービスについては、月例ユニット会議内で検討したものを、ユニットリーダー会議、全職種が参加する全体会議でさらに検討している。 ・ユニット会議の意見が、質の向上に繋がるようさらに工夫することが望まれる。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・自主点検表の記入及び内容確認を、施設内各部署にて行っている。 ・施設内各部署が自らの課題を意識して、改善策を検討している。 ・改善策の検討結果については、福祉サービス質の向上に役立てている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割と責任は、職務分掌規定、災害対策マニュアル、緊急連絡網等で明らかにされており、職員に周知されている。 ・管理者は、事業計画に、施設の経営・管理に関する指針を示している。 ・会議や研修を通して組織内に伝え、理解を得るよう努めることが望まれる。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、施設長研修等に参加し、法令遵守について勉強している。 ・管理者として、全体会議、リスクマネジメント委員会や労働安全委員会等に参加し、入居者の生活環境や職員の職場環境を含め、制度・法令について周知・伝達を行っている。 	
II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
II-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、毎月の全体会議や各委員会で施設の介護サービスの質について課題や改善策を話し合っている。 ・毎年、自己評価をし、福祉サービスの質の評価・分析を行っている。 ・職員の教育・研修について、年間研修計画を立て、外部・内部の研修を実施している。 	
II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度ごとの事業報告・財務諸表作成に関わり、人事・労務を含めた分析を行い、経営改善の計画書を策定している。 ・労働安全委員会に参加し、職員の就業状況、働きやすい環境整備の改善に取り組んでいる。 ・ユニット会議・リーダー会議・全体会議から出された業務改善の職員の意見を集約し検討された事項を経営改善の計画に反映している。 	

		評価結果
II-2 福祉人材の確保・育成		
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本的な考え方に基づいて、福祉人材の確保と育成に関する方針が定められている。 ・職員配置計画を基に、専門職の配置、必要な福祉人材や人員体制を整備している。 ・新卒者の人材確保に福祉専門学校や福祉就職フェア等の採用活動を行っている。 ・職員の増減に対応できるよう中途採用や経験者の採用を定期的実施している。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・人材育成基本指針を定め、育成すべき職員像、期待される職員像を明確にしている。 ・就業規則に、人員基準の採用、配置、異動、昇進・昇格が明確に定められている。 ・人事考課により、一定の基準に基づき、職員の職務能力や成果、貢献度を評価している。 ・キャリアパス制度導入し、職員の職位・職責・職務内容一覧により、一定の基準を職員全員に周知し、職員の将来の姿を想定できるよう文章化している。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の労務管理者が、週2回職場を巡回し、個別面談を行い、就労の悩みや人間関係の相談を行っている。 ・労務管理者が、毎月、職員の有給休暇の取得状況や時間外労働のデータを作成し確認している。 ・労働安全衛生委員会で、職員の心身の健康安全確保について、問題点や改善策を検討し、魅力ある働きやすい職場づくりに取り組み、その内容は職員に通知している。 ・非常勤職員には、仕事と生活の調和ワークライフバランスに配慮した勤務形態に応じた採用を実施している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職位職責職務内容一覧とともに”求められる能力”を標記し、全職員に周知している。 ・職員は、人事考課の自己評価で自らの達成度を確認している。 ・職員一人ひとりの目標を適切に設定し、適宜面接を行うなどして、職員の質の向上に努められたい。 	
II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・人材育成基本指針を策定し、育成すべき職員像、期待される職員像を明確にし、職員の目標を定めている。 ・年間の教育・研修計画が策定されており、計画にもとづき実施されている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・研修計画のうち外部研修は、レベル別に設定している。 ・個人別研修報告書で習得知識を把握している。 ・新入職員については、新入職員研修シートにて修得知識を把握できるようにしている。 	

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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護実習教育マニュアルを整備し、専門職の教育・育成に関する基本姿勢を示している。 ・実習生の受け入れに関しては、設立2年目であることからまだ実績はない。 ・今後も学校側と緊密に連絡を取り、積極的に実習生を受け入れる取り組みが望まれる。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページに、法人、福祉施設、事業所の理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報を公開している。 ・パンフレットにも理念やサービス内容を記載し、地域に配付している。 	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職務権限規定・職務分掌規定・経理規定を整備し、職員に周知している。 ・法人の監事に公認会計士、弁護士が就任しており、事業所の財務状況やコンプライアンスについても監査している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の社会福祉事業計画に、地域と良好な関係を築くよう記載している。 ・近隣の地域密着型事業所（グループホーム等）との運営推進委員会に参加して、防災計画等について、地域との交流を広げる取り組みを行っている。 ・利用者の状況から難しい面があるが、特別養護老人ホーム やぐるま苑として地域の祭りにも参加している。 ・利用者の地域への参加を促す行事などが増えていくことを望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受け入れ指針マニュアルを整備し、登録手続きや事前説明に関する項目が記載されている。 ・ボランティアの年間行事計画が作成されている。歌声、手工芸、フラダンス等、多彩なボランティアを受け入れている。 ・利用者・家族には、広報誌「やぐるま便り」で行事の予定が案内されている。 ・実施された行事の報告も、広報誌にスナップ写真を付けて行っている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・相談員が関係機関のリストを準備して、必要に応じて、ケース毎に提示している。 ・大阪市老人福祉施設連盟や大阪府社会福祉協議会老人施設部会に加入し、定期的な連絡会を行っており、地域の関係機関・団体の共通の問題に対して、解決に向けて協働して具体的な取組みをおこなっている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> 行政から福祉避難所としての指定を受けている。 地域交流スペースを設置して、地域の自治会の会議等に利用されている。 このような活動を地域に積極的に知らせることが望まれる。
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)	<ul style="list-style-type: none"> 公益事業として、生活困窮者に対する相談支援事業を行っている。 地域の医療介護相談窓口を担当している。

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。		a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 倫理綱領、倫理規定を整備している。 入職時に説明し、常時現場で閲覧可能にしている。 人権研修を年度研修計画に組み込み、定期的に行っている。 	
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。		a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> プライバシー保護マニュアルを整備している。 職員には研修等で周知され、理解されている。 不適切な事案が発生した場合の対応方法も、事業所内に掲示されている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ホームページにサービスの内容や福祉施設・事業所の特性等を掲載している。 随時見学希望に対応している。 福祉施設・事業所の利用希望者については、担当者が個別に丁寧な説明を心がけている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 利用前に重要事項説明書、契約書を説明し、同意を頂いている。 介護報酬改定に伴う料金変更についても、その都度説明し、所定の同意書にて同意をえている。 介護計画の変更についても、6カ月毎にプランを見直し、その都度説明の上、交付している。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・退去時に所定の情報提供書を作成して、利用者・家族に手渡している。 ・退去後、別施設に入所されるケースでは、退去前に入所先の職員と面談し、情報提供している。 ・在宅復帰の際は、退所前に担当ケアマネージャと連携し、情報提供している。 	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事については、個人単位で定期的な嗜好調査を行い、これとは別に残食調査の結果をメニューに反映している。 ・定期的にアンケートを実施して実態を把握し、利用者満足の上昇を図りたい。 	
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"> ・苦情解決の体制（苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員の設置）を整備し、サービス提供開始時に文書で説明し、所内に掲示している。 ・苦情内容については、受付と解決を図った記録を苦情相談報告書として保管し、苦情内容に関する検討内容や対応策については、利用者や家族等に必ずフィードバックしている。 ・苦情相談内容に基づき、福祉サービスの質の向上に関わる取組を行っている。 ・なお、一部には意見・苦情を言い難いとの声もあり、苦情解決の仕組みは確立しているが、周知が不足し十分機能していないところがあると思われる。さらに工夫されたい。 	
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"> ・サービス提供開始時に、文書で苦情相談窓口を複数提示している。 ・所内に相談箱を設置し、相談は面談室で行い、プライバシーの保護に配慮している。 ・しかしながら、利用者・家族の中には、意見や苦情は言い難い、苦情相談窓口を知らないといった意見がある。 ・苦情解決の仕組みは確立しているが、十分機能していないと思われる。一層のサービスの質の向上のために、日常的に施設側から利用者・家族へ積極的に意見・苦情を聴きとるよう言葉かけを行うなどの働きかけが求められる。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は、把握した相談や意見について、迅速に対応を行っている。 ・会議等で検討に時間がかかる場合には、相談者に状況を速やかに説明している。 	

Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。

Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメント委員会を設置している。 ・責任と手順（マニュアル）を明確にし、職員に周知している。 ・ヒヤリハットやインシデント及びアクシデントの各レポートにより事例を収集している。 ・収集した事例を基に、職員の参画のもと、リスクマネジメント委員会で発生要因を分析し、改善策・再発防止策を検討、実施している。 	
Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染対策委員会を設置し、感染症対策について責任と役割を明確にしている。 ・感染症の予防と発生時の対応マニュアルと指針を作成し、職員に周知徹底している。 ・定期的に感染症の予防や安全確保に関する実践的な勉強会を開催している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・防災、非常災害時の対応体制が、マニュアルによって決められている。 ・自治体のハザードマップにより立地条件等から災害の影響を把握し、水・食料の備蓄により、福祉サービス提供を継続するために必要な対策を講じている。 ・防災計画等を整備し、地元の行政をはじめ、消防署、警察、自治会、福祉関係団体等と連携して訓練を実施している。 	

Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。

Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の開示は、個人情報保護マニュアルに沿って行われる。 ・これまで、開示請求の実績はない。 	

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"> ・大阪市の介護福祉施設入所選考指針に基づき、入所選考指針を整備している。 ・毎月1回、入所選考委員会を開催し、入所選考指針に準じた選考を行っている。 	

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"> ・マニュアルはすべての項目において文書化され、新入研修時に指導している。 ・通常は各フロアの職員室に置かれて、いつでも目を通すことができる。 ・マニュアルに基づいたサービスが実施されているかを確認する仕組みとしては、ユニット会議、リーダー会議、全体会議などがある。 	

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) ・毎年度末に、チーフリーダーが集まって検討会を持ち見直しする仕組みはできているが、実施されていない。	
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) ・包括的自立支援プログラム方式のアセスメントから導かれた一人ひとりの具体的なニーズが明らかにされたサービス実施計画書が作成されている。 ・作成のためには、本人家族の意向を把握したうえで介護職、看護師、機能訓練指導員、栄養士、相談員、ケアマネージャーが合議している。 ・計画書の内容を向上させることが望まれる。	
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) ・作成された計画書は紙資料でも見られるがデジタル化され保存されている。職員は各自のIDにより各ユニットの端末で見られる。 ・介護記録もパソコンを使用し、ケアマネージャーはそれを基に3月ごとにモニタリングし6か月ごとに見直している。	
Ⅲ-2-(2)-③ 自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント) ・介護計画書は入所後早期に多職種の参加するサービス担当者会議で検討され、ケアマネージャーにより作成され、電子カルテとして全職員の共有が可能である。 ・利用者の同意が可能な人には本人に説明、同意を得、それ以外は家族の同意を得ている。 ・計画書の内容に自立支援の姿勢を強めることが望まれる。	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。	
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
(コメント) ・記録はパソコン管理され、使用方法、書き方、記載内容は新人教育において十分されている。 ・記録内容が適切な標準化されたものになるように、その後も指導をしている。 ・端末は各ユニットに置かれ、職員は決められた過不足のない内容を記録するように努力し、その内容は共有されている。	
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
(コメント) ・個人情報保護規定で利用者の記録の保管、廃棄、情報の提供に関する規定を定めている。 ・職員へは新人教育で、利用者家族には重要事項説明書で契約時に説明している。	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。

Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none">・身体拘束ゼロ宣言を行って、利用者の行動を制限する行為はしていない。・事業所内に身体拘束廃止委員会をつくり、拘束しないケアについてセンサーマットや衝撃吸収マットの使用について検討したり、全職員に向けた研修会を開いている。・家族には重要事項説明書に身体拘束の制限の項に記載され、契約時にわかりやすく説明している。	
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">・預り金管理規定に規定されているが、預かりを希望する家族はいない。・居室内タンス引き出しは鍵がかかるので、本人の管理も可能だが、現在はお金を使う機会はない。	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none">・寝たきり防止のために朝の着替え、食堂での食事、トイレでの排泄、車椅子の使用などの離床対策がとられている。・必要に応じ機能訓練指導員の指導のもとに機能訓練が取り入れられている。・本人の意欲がある場合専門の意見と共に、利用者本位のサービスであることを十分説明し家族への理解を得る努力が望まれる。	

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"> ・利用者一人ひとりの、心身の状況、ADL（日常生活活動）、睡眠、食事、排泄、暮らし方の意向、生活状況の変化などはアセスメントで把握している。 ・サービス提供に際しては、洗濯物たたみ、新聞とりなどできることをしてもらうよう、自立に配慮した援助をしている。 ・手工芸クラブや趣味のボランティア訪問の受け入れなどを行っているが、利用者一人ひとりの趣味や興味、希望に沿って楽しみのある生活を送るところまでは至っていない。 	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・接遇研修によって日常生活の援助を行う際にコミュニケーションの大切さと尊厳に配慮した声掛けを学んで実践しようと努めている。 ・職員は多忙でつい大きな声の方に行きがちで、訴えの少ない人、訴えられない人に対する対応が十分行われていないとの反省の下、職員の利用者に対する言葉かけがより多くなることを望む。 	

		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"> ・浴室は各階にあり、機械浴、リフト浴、一般浴が用意されている。 ・利用者の尊厳や羞恥心に配慮しカーテンを使用し裸のまま合わないような配慮をしている。 ・すべて個室で各人新しいお湯で、身体機能にあった介助を受けて入浴している。 ・入浴前後には健康チェックを行い異常があれば看護師の指示を受けて清拭などに変えることもある。 	
A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身の状況や意向を踏まえ、排泄の方法を工夫している。 ・その時は自立に向けた働きかけになるように配慮している。 ・今後、ケアマネ、ナース、介護職などの多職種協働で排泄委員会を立ち上げ準備中で、一人ひとりに合わせた介助方法や下剤の使用法などを検討していきたいとしている。 	
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設は車いすや杖を使用できる安全で移動しやすい環境である。 ・利用者の心身の状況、意向を踏まえ、訓練指導員の意見を取り入れ、できるだけ自力で移動できるような支援を心がけている。 ・利用者と職員の移乗の際の負担軽減のためにはナイロン製の差し込み式のシートが大活躍している。 ・使用する福祉用具に不備がないかの確認、点検の方法を複数の目とチェックシートなどを利用し引き続き検討する様に望む。 	

A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・指針とマニュアルを整備し標準的な方法で対応している。 ・褥瘡委員会を組織し研修指導の活動をしている。 ・管理栄養士による栄養指導や、適する除圧マットやクッションも使用されている。 ・体位変換、マッサージや軟膏塗布など様々実施されているが、表皮剥離の例が見られるのは残念である。 ・傷や皮下組織にずれが起きないような安全な介助を期待する。 	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・食事は委託業者が建物内1階厨房で調理し各フロアに保温冷車で運ばれ、そこで盛り付け配膳されている。 ・炊飯は各フロアでしている。盛り付けを個人に合わせるのに時間がかかるのか、配膳された食事に箸をつけるころには冷えてしまっていたのは残念である。 ・月1回利用者の好みを聞き、たこ焼きなどのおやつ作りをしているが、今後行事食や外食、出前などにも取り組んで食の楽しみが充実していくことを期待する。 	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ずつに管理栄養士が栄養ケア計画書を作成し経口摂取が継続するよう支援している。 ・特別な形態の食事が必要なケースはサービス担当者会議で検討し、荒キザミ食、ソフト食、ミキサー食、ゼリー食を提供している。 	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・希望者には歯科医師、衛生士の訪問があり、口腔状態、咀嚼機能（咀嚼能力・嚥下機能）の定期的なチェックを受けている。 ・その際の連絡ノートには職員が日ごろ実施している口腔ケアや口腔機能を保持、改善に役立つ意見や情報がかかれていますので全員で共有し参考にしています。 ・さらに利用者全員の口腔ケアの計画を作成したり、職員の研修が組織的に行われることが望まれる。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・終末期の対応についての指針は整備され、入所時に説明している。 ・母体が病院なので連携は十分取れており、利用者家族の安心になっている。 ・そのためか現在まで看取りを希望するケースはないが、もしあれば、対応できる体制は整っている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の約半数が認知症であり、疾患への理解と適切な対応は重要性が高い。 ・一人ひとりのADL（日常生活活動）,残存機能を把握し、それに適したプログラムを用意したり、支持的、受容的な態度で接したり、困難例には多職種連携で検討したりと現在も対応はされているが、さらに研修や学習を継続し、より一層の強化した取り組みを期待する。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・ユニットケアとして最適な環境が保障されている。 ・異食・誤食に結び付かないよう危険物管理、環境の整理整頓、くつろげる空間の工夫、などに取り組んでいる。 ・さらにユニットケアの特質を生かした家庭的で安心、安全を実感できる対応を期待する。 	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理学療法士が常勤しており必要な人、希望する人にはプログラムを作成、実施、評価、見直しをしている。 ・生活することがリハビリの場と考え、起き上がり、移乗、食事摂取、手工芸などの動作が利用者の残存機能維持の手段となるように支援している。 ・しかし、家族は機械を使う専門的なリハビリを期待する向きがあり、この施設でのリハビリの姿勢を理解してもらう努力が必要であると思われる。 	

		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"> ・利用者の体調変化に対応して手順が整っており、看護師から医師、医療機関への連携は母体が病院であり万全の体制が確立されている。 ・職員に対して高齢者の病気や薬に関する研修は組織としてはまだないが、個々の事例を通じて看護師から直接指導を受けて学んでいる。 	
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"> ・感染症については、感染委員会を中心に夏、冬の前に季節ごとの対策、対応を研修する機会を持っている。 ・適切な対応の結果、今年度は食中毒、インフルエンザ、ノロウイルスなどの発生はなかった。 	

		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"> ・建物が新しく、設備・備品が整っており、利用者は快適に過ごしている。 ・設備の保守点検や害虫駆除は専門業者が定期的の実施しているが、その他の備品、床、壁など日常的な空間も定期的に点検を行い常に故障や不具合、汚れなどがないよう維持する取り組みはまだできていない。 	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族へは季刊で「やぐるま便り」を送るほか、来訪時には近況を伝えたり、緊急時には電話で連絡をしている。 ・行事の時は家族にも参加を案内をしている。 ・利用者の介護ケアは、家族と職員との連携が必要である。利用者に寄り添ったケアプランにするため、書類での了解のみではなく、要望や希望をきく機会を設けることを期待する。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	やぐるま苑の利用者またはその家族
調査対象者数	67名 / 103名
調査方法	1利用者・家族（家族）へのアンケートを実施した。 アンケート内容について説明を行い返信用封筒を渡し減封の上、直接評価機関へ送っていただく方法をとった。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

103名の利用者または家族から、67名の回答があった。回収率は65%であった。

- ・満足度90%以上については
 - ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
 - ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- 満足度80%以上については
 - ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
 - ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明をうけましたか。
 - ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
 - ・あなたの居室は安全で快適ですか。
 - ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いますか。
- 満足度75%以上については
 - ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。
 - ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
 - ・原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。
 - ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
 - ・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。
 - ・職員は入浴前、入浴後に、あなたの健康状態にチェックを行ってくれますか。
- 自由記述の評価する主な内容は
 - ・新しい部屋に入れて頂き、スタッフの皆様のサービスも素晴らしく満足している。
 - ・とても綺麗な施設で、介護士さん達も優しい。こちらで最後までお世話になりたい。
 - ・在宅の頃と比較して格段に生活の質が向上している。
 - ・判断能力の落ちている父に安全で清潔な生活を与えてくれている事にとっても感謝している。
- 自由記述で不満・要望の主な内容は
 - ・日、祝等にも事務的な相談ができるようにして欲しい。
 - ・車いす生活なので足を動かす等のリハビリもして欲しい。

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