

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	ひらかた聖徳園		
運営法人名称	社会福祉法人 聖徳園		
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名	三上 了道（理事長） 草川 重文（施設長）		
定員（利用人数）	130 名 ★ショートステイ110名含む		
事業所所在地	〒 573-0084 枚方市香里ヶ丘3丁目15-1		
電話番号	072 - 854 - 5826		
F A X 番号	072 - 852 - 7105		
ホームページアドレス	<a href="http://shotokuen.or.jp/">http://shotokuen.or.jp/</a>		
電子メールアドレス	<a href="mailto:hirajimu1@shotokuen.or.jp">hirajimu1@shotokuen.or.jp</a>		
事業開始年月日	昭和 44 年 4 月 1 日		
職員・従業員数※	正規	73 名	非正規 71 名
専門職員※	社会福祉士6名、介護福祉士44名、 介護支援専門員4名、理学療法士2名、 言語聴覚士2名、医師4名、看護師6名、 管理栄養士1名、あん摩マッサージ指圧師1名、 介護職員初任者研修修了1名		
施設・設備の概要※	[居室] 個室130室		
	[設備等] 食堂13、浴室8、調理室1、更衣室3、 医務室1		

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

**【第三者評価の受審状況】**

受 審 回 数	2	回
前 回 の 受 審 時 期	平成	22 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	
-------------------------	--

【理念・基本方針】

■法人理念

社会福祉法人聖徳園 福祉観 ～人々の期待に応え高い信頼をえるために～

- ・ヒューマニズムにたって 高度な専門性を持って人の為に尽くします
- ・子どもの輝く成長を願い 高齢者・障害者の良質な生活を支えます
- ・地域に目を向け 福祉の関わりを見つけ取り組みます

■法人基本姿勢

人権の尊重 人材の育成 法令の遵守 財務基盤の安定

■経営方針

常に業務の改善により 前進します

■各事業所における基本姿勢

安全の確保 地域公益活動 サービスの質の向上 情報の開示 環境への配慮

■運営目的

高齢者の方々が主体性を持って 安心して 潤いのある生活を過ごしていただけるよう応援する

■サービス方針

- ・必要なサービスから喜ばれるサービスを提供する
- ・心が元気になるサービスを提供する
- ・ホスピタリティーによる人間関係を築く

■職員姿勢

- ・スキルアップを図り、専門的サービスに努める
- ・礼儀正しく接し、その人の自尊心を大切にする
- ・快適な生活環境を整え、事故のない安全な介護に努める

【施設・事業所の特徴的な取組】

① ISO9001への取り組み、次へのチャレンジ

平成18年に全事業所でISO9001（品質マネジメントシステム）を取得しました。年2回の内部監査をはじめ、独自に内部パトロールも実施しながら、更新審査及び継続審査等を受審してきました。常に、ヒヤリハットや事故、苦情、是正予防等を通して、サービスの質の向上、業務改善等を目指し、様々な手順書や書式の作成や改定等に取り組んでいます。今後、この経験を活かして、独自の品質マネジメントシステムへの転換を模索しているところです。

②看取りケアへの取り組み

当施設では、常勤医師の配置ができていることから、胃ろうユニットの設置や看取りケアを積極的に行っています。28年度の看取りケアの取り組みは20名で、退所者の67%、死去退所者の73%となっています。ご本人やご家族の意向を確認するとともに、多職種と連携しながら、より良い終末期を過ごしていただけるように支援しています。また、今年度は看取りケアに関するパンフレットを作成しています。

③社会貢献・地域貢献活動

当施設は、平成16年より大阪府社協の生活困窮者レスキュー事業に積極的に取り組んできました。また、平成19年からは、地域住民向けの健康体操教室を開催や地域交流会、縁日、ボランティア受入れ、実習生受入れ、福祉避難所等も行っています。平成27年11月からは特別養護老人ホーム内に地域連携課を設置し、地域と顔の見える関係づくりを目指し、校区コミュニティー協議会会議への参加や校区夏祭りへの出店、地域大掃除などにも参加しています。28年12月より、当施設で「認知症カフェ」をオープンし、地域の居場所作りも進めています。また、デイサービスのスペースを活用した「こども食堂」や、地域の商店街の一角に”暮らしの保健室”として、まちかどステーションを開設し、健康チェック、医療相談、子育て応援等、医療・看護・介護・生活の相談窓口を開設しています。

④生活環境

平成17年12月に当地へ建て替え移転し、多床室から全室個室（10室）とリビング、キッチンで構成されたユニット型特養となり、4階建ての13ユニット（うち1ユニットは短期入所）を運営しています。

当施設には、広い芝生園庭があり、四季折々の花や緑に溢れ、季節の移り変わりを感じていただくことができます。いつでも、ご家族と一緒に遊歩道を散歩していただいたり、職員と共に歩行訓練を行うこともできます。

また、施設の一角にある”喫茶こもれび”は、地域にも開放した喫茶店であり、入所者や家族、デイケア利用者、地域の方々の交流の場・憩いの場となっており、時には、元気な子どもの姿やかわいいペットに心癒されるひと時もあります。

## 【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29年11月21日～平成30年2月6日
評価決定年月日	平成30年2月6日
評価調査者（役割）	0401A165（運営管理委員） 1301A013（専門職委員） 0401A172（専門職委員） （ ） （ ）

## 【総評】

## ◆評価機関総合コメント

ひらかた聖徳園は平成17年12月に建て替え移転した、定員130名（内ショートステイ10床）の全室個室のユニット型の施設となります。4階建ての建物で、デイケアセンター、ヘルパーステーション、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、診療所などを併設しています。住宅地の一角にあり、近隣には小学校や保育所、スーパー、個人商店等があります。地域交流スペースにて勉強会や認知症カフェを開催し、また中庭を開放しており、地域住民の散歩コースなど憩いの場として提供しています。施設内では、障がい者施設に委託し「喫茶こもれび」という常設喫茶を開催し、地域住民や入居者、デイサービス利用者などたくさんの方が利用しています。

利用者家族に対しては、家族懇談会を開催し、利用者家族と個別で面談を行い、福祉サービス向上に向けて取り組んでいます。法人全体として、「苦情は宝」をモットーにわずかな訴えにも耳を傾けるように取り組んでいます。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の日安となる状態、(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

パソコンの連絡帳を利用し、各部署にて利用者の状況に関する情報共有・申し送りを円滑に行っています。各自閲覧後にチェックするなど工夫しています。

## ■地域貢献事業について

平成16年より大阪府社協の生活困窮者レスキュー事業に率先して取り組んでいます。デイサービスのスペースを活用してこども食堂を開き、また地域の商店街の一角に「暮らし保健室」として街角ステーションを開設し、健康チェック・医療・看護・介護・生活の相談窓口として看護師を常駐させ、拠点づくりを行っています。法人として地域貢献に積極的に取り組んでいます。

## ■終末期の支援

利用者が終末期を迎えた場合の対応手順を確立しています。医師や医療機関等との連携体制を確立し、看護職員、介護職員、管理栄養士、相談員等による看取りケアチームを立ち上げて、終末期支援の充実に取り組んでいます。利用者が安心して終末期を迎えられるよう体制整備を進めており、退所者の半数以上が看取り支援を受けている状況です。

## ■利用者の体調変化時の対応

利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立しています。医師及び看護職員が毎日全ユニットを廻り、利用者の体調を確認しています。定期的に利用者の健康診断を行い、体調管理と疾病予防に取り組んでいます。職員研修を行い、高齢者の健康管理や病気の予防、薬の効果や副作用等に関して理解を深め、利用者支援に活かしています。

## ■利用者家族との連携

利用者家族との連携を適切に行っています。家族の面会時には利用者の状況を報告し、意見や要望を聴取しています。サービス計画書や生活記録については、家族が自由に閲覧できるようにしています。毎月、施設だよりを発行し、行事報告や予定等を家族に知らせています。家族懇談会を開催し、家族間の交流を進めながら意見や要望を聴取して施設運営に活かしています。

## ◆改善を求められる点

■研修システムの改善

計画的に研修を実施していますが、非常勤職員の研修参加が年1回のみとなっております。利用者・家族にとっては常勤職員・非常勤職員ともに「介護サービスを提供してくれる者」であります。非常勤職員を含めた全職員に対して行う研修企画・開催が望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

&lt;別紙&gt;

## 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。		
no	1	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。
		(コメント)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■法人の福祉観（理念）、基本姿勢（方針）が施設玄関や各フロアに掲示され、パンフレットやホームページ、事業計画書に記載されています。</li> <li>■職員手帳に理念・基本方針が記載されており、会議等で唱和をしています。</li> <li>■年度当初、理事長・副理事長から全職員に理念の説明がなされています。</li> <li>■職員には周知していますが、利用者等への周知や分かりやすく説明する工夫が望まれます。家族懇談会等で理念・基本方針を説明してはいかがでしょうか。</li> </ul>
		b

		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。		
no	2	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。
		(コメント)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎月法人全体で経営会議が開催され、各事業の経営状況を把握しています。</li> <li>■毎月高齢者代表会議を開催し、現状分析とサービス拡大に向けて取り組んでいます。</li> <li>■隔月各サービスごとに責任者会議が開催され、情報の共有や分析がなされています。</li> </ul>
		a
no	3	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。
		(コメント)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>■各会議で具体的な課題や問題点を明確にし、事業計画・事業報告に記載しています。</li> <li>■事業計画及び事業報告を基に役員会で説明し、共有しています。</li> <li>■経営状況や改善すべき課題について、管理者や責任者レベルで把握し、半期ごとに職員に報告しています。</li> <li>■経営状況の把握と分析がなされ、具体的な目標数値（稼働率等）が設定されています。</li> <li>■会議に一般職員も参加できる体制があると、経営参加意識が高まり周知が徹底する効果も期待できます。</li> </ul>
		a

		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。		
no	4	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。
		(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■理念や基本方針の実現に向けた目標が明確になっています。</li> <li>■経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっています。</li> <li>■数値目標等実施状況の評価を行える内容になっています。</li> <li>■中・長期計画及び進捗管理表は平成29年10月に更新されています。</li> <li>■中・長期計画の実現に収支計画は不可欠です。増改築等の積立金の使途も明確にする必要があります。中・長期収支予算表の策定が望まれます。</li> </ul>
no	5	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。
		(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■中・長期計画で各部門の課題と取り組み状況が策定され、品質目標を明文化・数値化していますが、事業計画では具体的な数値目標が確認できませんでした。</li> <li>■各事業所ごとに品質目標について半期に一度実施状況の確認と分析が行われています。</li> <li>■単年度計画において実現可能とする収支計画を確認できませんでした。</li> <li>■中・長期計画と単年度計画の内容について整合性があるか確認する必要があります。</li> </ul>
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
no	6	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。
		(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画は主任クラスまで参画し策定されていますが、一般職員の意見が具体的に反映されている事例を確認できませんでした。</li> <li>■幹部職員以外に中堅職員が事業計画策定段階から参画することにより、計画の理解と周知を図ることが望まれます。</li> </ul>
no	7	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。
		(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■各部門の品質目標は玄関に掲示され、事業計画書を回覧できるよう玄関に設置しています。</li> <li>■今年度の事業計画の主なものについて広報誌に掲載し、利用者・家族に配付していますが、周知を進めるために家族懇談会等で理念・基本方針と共に事業計画の概略を説明することが望まれます。</li> </ul>



		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。		
no	8	<p>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。</p> <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■平成18年4月にISO9001を取得し、その後も半年に1回継続審査を受審しています。</li> <li>■毎年各部門ごとに品質目標を掲げ、サービスの向上に取り組んでいます。</li> <li>■法人独自で内部パトロールや監査を実施しています。</li> <li>■平成12年より介護保険市民オンブズマン機構大阪に加入し、月2回の活動と年2回のミーティングが実施されています。</li> <li>■第三者評価を継続して受審することを期待します。</li> </ul>
no	9	<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。</p> <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ISO活動における内部パトロール、監査、継続審査等を通して評価結果が分析され、課題が共有されています。</li> <li>■課題については責任者会議や各事業所等で改善策が検討され改善に取り組んでいますが、改善計画の見直しが確認できませんでした。必要に応じて改善計画の見直しが望まれます。</li> <li>■オンブズマン活動についても年2回のミーティングで課題や改善状況等の確認が行われています。</li> </ul>

## 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。		
no 10	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"> <li>■年度初めの研修（常勤職員の80%が参加）で法人の方針や取り組みを明確にし、管理者の役割や責任について基準書等に基づき表明しています。非常勤職員についても夏期に研修が実施されています。</li> <li>■有事（災害、事故等）の責務と役割については、職員手帳や防災規定等に明記されています。</li> <li>■研修以外にも会議等で定期的に表明するような取り組みが望まれます。</li> </ul>	
no 11	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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■法令遵守管理規程に則って業務が遂行されています。（年1回の業者評価等）</li> <li>■大阪府集団指導研修に参加し、相談員会議で伝達が行われています。</li> <li>■環境への配慮等福祉事業以外の法令について遵守する幅広い取り組みは確認できませんでした。</li> <li>■職員手帳に虐待防止の項目を追加する等、時事に対応する積極的な取り組みが望まれます。</li> </ul>	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
no 12	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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者はISO活動の一環として福祉サービスの質の向上に取り組んでおり、品質目標や研修計画、事故等のデータ分析にも参画しています。</li> <li>■毎月の各会議でサービスの現状や課題について職員の意見を反映する取り組みがなされていますが、具体的な事例を確認できませんでした。</li> <li>■職員に対し各種研修への積極的な参加を促し、教育・研修の充実に努めていますが、非常勤職員の参加増が望まれます。</li> </ul>	
no 13	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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■各種会議で経営改善や業務の実効性の向上に向けて分析がなされています。</li> <li>■国基準以上の職員配置を検討する等具体的に取り組んでいます。</li> <li>■ヒヤリハット等のデータ分析や印刷機器の増設により、業務の効率化が図られています。</li> <li>■介護リフト、超低床ベッド等の導入により職員の腰痛予防や離職防止対策に積極的に参画しています。</li> <li>■国基準以上の職員配置（1ユニット4名体制）とすることはコストバランスの改善が難しくなるため、管理者としての手腕に期待します。</li> </ul>	

		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。		
no 14	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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■福祉人材の確保や育成についての方針が確立しており、事業計画等に記載しています。</li> <li>■年2回の人事考課や研修受講の助成等が実施されています。</li> <li>■必要な人材体制について具体的な計画や活動はありますが、人材確保が効果的に進んでいません。正規職員は年度ごとの法人採用のため、施設として中途採用を検討しています。</li> <li>■年々人材確保が難しくなっていますが、他施設と連携して新しいアプローチを試行する等、従来の募集方法を見直して計画に盛り込むことも検討してはいかがでしょうか。</li> </ul>	
no 15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■「期待する人間像」を事業計画書やガイドライン、職員手帳等で明確に表記しています。</li> <li>■人事基準が定められ、職員に説明会を開催しています。</li> <li>■年2回人事考課が実施され評価しています。</li> <li>■新人事制度が策定され、職員からの自己報告書により意見や意向確認がなされています。</li> <li>■人事制度見直し会議が開催され、働き方・福利厚生の見直しが行われています。</li> <li>■①採用配置②評価③報酬④能力開発の4点を相互に連動させて、トータルな人材マネジメントシステムを整備することが期待されます。</li> </ul>	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
no 16	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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■常勤雇用制度の推進や福利厚生の充実に努力しています。</li> <li>■有給休暇取得や時間外労働を管理・把握しています。</li> <li>■ストレスチェック・健康診断・予防接種が実施されています。</li> <li>■職員向けに「心と身体に関するホットライン」を開設し、医師に相談できる体制がとられています。</li> <li>■セクシャルハラスメントの防止に関する相談窓口が設置されています。</li> <li>■サポートが必要な職員に対する組織的な取り組みが期待されます。</li> </ul>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
no 17	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"> <li>■職員一人ひとりの目標管理のための仕組みがあります。</li> <li>■個別の研修参加票が作成され、外部や法人内研修に参加する仕組みがあります。</li> <li>■年度初めに設定した接遇目標について、人事考課のフィードバック面接を通じて進捗状況を確認し、次回の目標について話し合っています。</li> <li>■各職員から業務改善の提案をする仕組みがあり、良い提案には報奨しています。</li> <li>■目標達成の期限や水準を目標管理シート等によって明確にすることが望まれます。</li> </ul>
no 18	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎年法人全体及び事業所ごとに年間研修計画が策定され、教育・研修が実施されています。</li> <li>■年度末に実施状況の把握・評価・見直しが行われ、次年度の研修計画に繋がっています。</li> <li>■非常勤職員が定期的に参加できるような体制の構築が望まれます。</li> </ul>
no 19	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎年法人全体及び事業所ごとに年間研修計画が策定され、階層及びテーマに応じて教育・研修が実施されています。</li> <li>■新任職員については新任職員研修を開催し、社会人としてのマナーや介護基礎、現場研修が実施されています。またフレンドシップ制度を設け、新任職員のサポート役として2～3年目の職員が担当して教育・指導が行われています。</li> <li>■外部研修に参加する場合は勤務調整を行い、参加費・交通費は法人負担とするなど積極的に参加できるよう推奨しています。</li> <li>■フィードバック面接で希望を聞き取り、研修に参加できるよう配慮しています。</li> <li>■非常勤職員が定期的に参加できるような体制の構築が望まれます。</li> </ul>
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
no 20	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■実習生受入れに関する基本姿勢がマニュアルに明文化されています。</li> <li>■受入れに際してオリエンテーションや中間カンファレンス、最終反省会等実習生とのコミュニケーションを大切にする仕組みがあります。</li> <li>■施設長含む2名が実習指導者講習を受講済ですが、近年介護福祉士の実習例はありません。</li> <li>■学生が望むプログラムを学校と協議の上、作成しています。</li> <li>■実習生の受入れについて積極的な取り組みが確認できませんでした。</li> </ul>

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
no 21	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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ホームページに理念・基本方針・会計報告等が公開されています。</li> <li>■ 苦情報告、第三者評価結果が公表されています。</li> <li>■ 地域に向けて理念や基本方針、事業所の活動を掲載した広報誌等が配布されています。</li> <li>■ ホームページの更なる活用（事業計画や事業報告、苦情解決、広報等の掲載）が望まれます。</li> </ul>	
no 22	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) <ul style="list-style-type: none"> <li>■ 法人全体で各種規程が整備され、事務・経理・取引等に関するルールや職務分掌・権限・責任が明確になっています。</li> <li>■ 内部監査だけでなく外部監査によって事業・財務をチェックする仕組みが確立しています。</li> <li>■ ISOの継続審査や更新検査を定期的に受審しています。</li> <li>■ 法人内の他施設の職員による内部パトロールが実施されています。</li> <li>■ 事務・経理・取引等に関するルールを一般職員まで周知することが望まれます。</li> </ul>	

		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。		
no 23	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"> <li>■ 利用者と職員が地域交流会や地域一斉清掃に参加しています。</li> <li>■ 社会資源の掲示は確認できませんでしたが、情報は口頭で伝えられています。</li> <li>■ 認知症カフェが併設され、地域の方が活用しています。</li> <li>■ 地域のボランティア活動も積極的に受け入れています。</li> <li>■ 利用者が分かりやすい方法で社会資源の情報が得られるような工夫（お店マップの掲示等）が望まれます。</li> </ul>	
no 24	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。	b
	(コメント) <ul style="list-style-type: none"> <li>■ ボランティア開始前にオリエンテーションを実施しています。</li> <li>■ 年間150名を受入れ、将棋の相手、見守り、行事、花の手入れ等の活動があります。</li> <li>■ ボランティアコーディネーターを配置し、必要な研修・支援が行われています。</li> <li>■ 施設の規模からみても、ボランティア活動をより一層積極的に受け入れる取り組みを期待します。</li> </ul>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
no 25	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域の一員として「地域ケア会議」や「開成福祉元気会議」に参画しています。</li> <li>■相談員会議で必要な社会資源について情報を共有しています。</li> <li>■福祉避難所として指定されています。</li> <li>■枚方市の老人福祉施設長会や老人施設部会北河内ブロックに参加し、人材確保に向けての取り組みに参画しています。</li> <li>■同業種だけでなく市社協や医療機関との連携や協力体制の確立も有効です。</li> </ul>
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
no 26	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。	a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域交流スペースで介護予防教室を週2回開催し、120名/月が参加しています。</li> <li>■デイサービスのスペースを活用した「こども食堂」が開催されています。</li> <li>■「こもれび塾」と題して健康講座や認知症カフェを開催しています。</li> <li>■枚方市の福祉避難所として指定されています。</li> <li>■様々な活動を通じて事業所が有する機能を地域に還元しています。</li> </ul>
no 27	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"> <li>■喫茶や施設の敷地を地域に開放し、地域住民が散歩やドッグランに活用しています。</li> <li>■商店街の一角に「暮らしの保健室」としてまちかどステーションを開設しています。看護師が常駐し、医師の協力も得て地元住民の相談を受けています。</li> <li>■平成15年に当法人理事長がリーダーとなって生活困窮者レスキュー事業を立ち上げ、長年にわたって公益的な支援活動を続けています。またこの事業は大阪府のみならず全国に拡がっており、先駆者としての功績は素晴らしいものがあります。</li> </ul>

## 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。		
no 28	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"> <li>■法人理念の下、基本姿勢・経営方針を定め、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しています。</li> <li>■職員手帳を毎年配付し、理念や個人情報10カ条、職員の基本姿勢などを明記し、周知しています。</li> <li>■ホームページや玄関横の掲示板に法人理念・基本方針を掲示して、利用者や家族に公表しています。</li> </ul>	
no 29	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"> <li>■入所時、利用者や家族には重要事項説明書に沿って、虐待防止等の権利擁護に配慮したサービス提供について説明しています。今後は利用者や家族への取り組みの周知が望まれます。</li> <li>■手順書については、ISO内部パトロールにてチェック体制をとり、見直しを図っています。見直しを図った際に日付や変更内容等記録をするなど、外部からみても分かりやすく表現することが望まれます。</li> </ul>	
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。		
no 30	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"> <li>■見学者には適宜予約を受け付けて対応しています。入居については必要に応じてショートステイの利用による体験利用も可能となっています。また、家族宿泊の希望についても対応しています。入居の相談や見学については見学者記録に記載しています。</li> <li>■施設の概要について写真入りで見やすくしたパンフレットを作成し、現在、地域包括支援センターなど施設外にも設置しています。</li> </ul>	
no 31	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"> <li>■サービス開始時に契約書・重要事項説明書の内容を説明し、同意のサインをもらっています。説明にあたっては、利用料金、入居時に用意する物等を記載した別紙を用意しています。</li> <li>■意思決定が困難な利用者に対しては、基本的に家族等を代理人として説明しています。意思決定が困難で身寄りのない方へは成年後見制度を活用しています。</li> <li>■サービス開始・変更時に用いる資料や説明方法について、利用者や家族等にとってさらにわかりやすくする工夫が望まれます。</li> </ul>	
no 32	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"> <li>■生活相談員、介護支援専門員が相談窓口になっており、長期入院時には所定のサマリーの提供により情報提供を行っています。退所時対応手順にて定めて対応しています。</li> <li>■今後、福祉サービスの利用が終了した後に、福祉サービスの継続性に配慮した案内や取り組みを定めることが望まれます。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
no 33	Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。 b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■家族懇談会を年2回行っており、利用中の様子報告や今後のケアの参考になるように日々のケア向上に向けて面談を行っています。</li> <li>■個別面談に関するアンケートを実施し、ユニット会議にて情報共有をし、改善に向けて検討しています。検討した内容については、手順書に反映する等福祉サービス向上に向けた取組が望まれます。</li> </ul>
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。		
no 34	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"> <li>■苦情解決の体制は、重要事項説明書に受付窓口、苦情解決責任者、第三者委員等を記載しています。</li> <li>■苦情については個人情報等を考慮したうえで、ホームページにて年1回公表しています。</li> <li>■苦情内容にもとづき、福祉サービスの質の向上につなげるような体制作りが望まれます。</li> <li>■苦情内容の対応策等を利用者や家族等にフィードバックしていますが、口頭のみとのことでしたので記録に残すことが望まれます。</li> </ul>
no 35	Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 a
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■全室個室対応の施設のため、相談や意見を述べやすい環境になっており、また相談室やお食事処なども設置されています。</li> <li>■各階エレベーター前に職員事務所があり、生活相談員や管理栄養士、介護支援専門員などが常駐しています。また、ユニット玄関には介護職員の顔写真を掲示し、相談しやすい環境を整えています。</li> </ul>
no 36	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"> <li>■要望・意見の申し出を受け、検討に時間がかかる場合には、期限をつけて返答することを伝えています。</li> <li>■手順書は2007年の作成日からの記載でしたので、年1回見直したことが分かるような表記方法の改善が望まれます。</li> <li>■各階職員事務所カウンターに意見箱を設置しています。いつでも利用者や家族が意見を出しやすく匿名性を確保した対応が望まれます。</li> <li>■月2回オンブズマンにより利用者のニーズや満足度等聞き取りをしてもらい、施設にフィードバックされています。</li> </ul>
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。		
no 37	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"> <li>■職員に対して、事故発生・緊急時の対応研修を年1回行っていきます。参加者が正職員のみとなっていますので、年2回以上の開催と非常勤職員も含めて全職員が参加できるような体制作りが望まれます。</li> <li>■事故防止委員会を設置し、月1回開催しています。自己分析についてもグラフ化し、見やすく工夫しています。ヒヤリハットについても毎月分析し、事故防止委員会に報告し、対策を検討しています。</li> </ul>
no 38	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"> <li>■感染症及び食中毒対策委員会を毎月開催し、感染管理に努めています。研修は年2回実施しています。参加者が正職員のみとなっていますので、非常勤職員も参加できるような研修体制作りが望まれます。</li> <li>■手順書については、ISO内部パトロールにてチェック体制をとり、見直しを図っています。見直しを図った際に日付や変更内容等記録をするなど外部からみても分かりやすく表現することが望まれます。</li> <li>■職員の理解については、研修後に効果確認票にて研修の理解度が分かるように工夫しています。</li> </ul>



no 39	Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
	(コメント)	<p>■防災マニュアルを整備し、対応体制などを定めています。非常災害対策指針には、立地等の現状認識の項目を組み入れています。マニュアルについては全職員に配付しています。</p> <p>■水害対策として土嚢を整備しており、適時使用できる状態です。</p> <p>■利用者の安否確認の方法は定められていましたが、正規職員にのみ研修等で周知していましたが、非常勤職員も参加できる体制を整え、全職員に周知する体制構築が望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。			
no 46	Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
	(コメント)	<p>■利用者や家族（代理人）から、サービスに関する記録の開示を請求されたことはありません。過去にオンブズマンからの情報開示請求があり、情報開示の手順は整っています。</p> <p>■利用者、家族へは、入所時に重要事項説明書にて、記録の保管の部分に「請求に応じて自由に閲覧していただけます」と記載し、同意を得られています。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組みられている。			
no 50	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みられている。	b
	(コメント)	<p>■施設サービスを受ける必要性が高い利用者が優先的に入所できるよう、入所選考委員会を開催し、入所選考指針に沿って適切な取り組みをしています。</p> <p>■入所選考指針や入所説明資料等については公表することが望まれます。</p>	

			評価結果
Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保			
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。			
no 40	Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
	(コメント)	<p>■ISOに基づいて福祉サービスの手順書を作成し、手順書に沿ってサービス提供をしています。</p> <p>■職員が手順書を理解し実践できているかについては、ISO内部パトロールやISO内部監査にて確認する体制が確立されています。今後は、確認した内容を手順書に反映できるような仕組みづくりが望まれます。</p>	
no 41	Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
	(コメント)	<p>■手順書の見直しについては、ISO内部パトロールやISO内部監査にて確認する体制が確立されています。内容を変更する必要のない場合にもその日付を記載することが望まれます。</p> <p>■サービス担当者会議、リーダー会議、ユニット会議を開催し、職員や利用者等の意見や提案を聞く機会を設けています。</p>	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。			
no 42	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ケアプランは、専任の介護支援専門員が、ケアプラン作成手順に従って、多職種によるアセスメントを踏まえて作成をしています。</li> <li>■生活記録やケアプランチェック表にて日常の支援計画の確認を行っています。</li> <li>■支援困難ケースについては、適宜見直しを行い、家族と一緒に工夫しながら様々な対応を行っています。</li> </ul>	
no 43	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"> <li>■福祉サービス計画の見直しは6か月に1回、サービス担当者会議において行われています。サービス担当者会議の内容は職員に周知され、パソコンの介護支援ソフトを通して、福祉サービス計画書も閲覧できるようになっています。</li> <li>■区分変更や看取り対応等状態が変化した場合は速やかにサービス担当者会議を開催し、福祉サービス計画の見直しを行っています。</li> <li>■日常のケアチェックと3か月毎のモニタリングにて福祉サービス計画の実施確認をしています。</li> <li>■福祉サービス計画書から標準的な実施方法に反映した事例はありませんが、個別の外出希望などのニーズに対応できるように配慮しています。福祉サービスの質の向上に関わるものを標準的な実施方法に反映できるように取り組むことが望まれます。</li> </ul>	
no 51	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■自立を支援するという基本方針に沿って、利用者一人ひとりのサービス実施計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意を得ています。</li> <li>■認知症高齢者のサービス提供方針については、医師の専門的な助言や指導を得て作成するよう努めていますが、行動・心理症状（BPSD）への対応についてはタイムリーな助言が得られていない状況です。今後は効果的な助言や指導が得られるよう、専門医と連携を密にした取り組みが望まれます。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。			
no 44	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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■パソコンによる連絡帳や会議録等は他部署職員の閲覧サインを残すことができる仕様となっています。他にも施設内メールなど情報共有する仕組みが整備されています。</li> <li>■介護支援ソフトにて利用者の日常生活の様子等、事業所内職員が閲覧できるようになっています。</li> <li>■記録の書き方に差異が生じないように、各ユニットリーダーにて指導を行っています。</li> </ul>	
no 45	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"> <li>■個人情報保護規程により、記録の保管や廃棄、情報の提供に関する取り扱い方法が定められています。</li> <li>■職員手帳を全職員に配付し、個人情報10カ条を周知しています。</li> <li>■利用者や家族に対しては、個人情報使用同意書にて説明し同意を得ています。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
no 47	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"> <li>■一年以内に身体拘束は行われていません。</li> <li>■身体拘束を行わないことを重要事項説明書に明記し、施設内でも「身体拘束ゼロ宣言」ポスターが掲示され、年1回高齢者虐待・身体拘束についての研修を行っています。研修ではグループワークを行うことで、日々のケアについて振り返りを行い、職員同士で意見交換をする場を設けています。</li> <li>■センサーマットの使用について、現在1名使用していますが、基本的には外す方向で検討し、定期的に見直しを行っています。介護ベッドからの転落リスクがある方については、畳に変更して対応しています。</li> </ul>
no 48	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"> <li>■重要事項説明書に、現金や貴重品の預かりについて記載し、利用者・家族に説明し同意を得ています。</li> <li>■預かり金品に関する手順を定め、責任者や管理方法について明記しています。利用者、家族には3か月に一度報告しています。金銭の受け渡しについては、複数の職員が金銭受け渡し確認書を用いて行っています。</li> <li>■自己管理を希望する利用者には、管理に必要な保管場所等の確保がなされていないため、保管方法を決め、本人自身で金銭管理ができるような環境の整備等が望まれます。</li> </ul>
no 49	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"> <li>■寝たきり予防と離床対策が計画的に実行され、理学療法士及び言語聴覚士等による個別機能訓練が行われています。今後は利用者が楽しみながら取り組めるような離床対策が望まれます。</li> </ul>

## 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			
no 52	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"> <li>■利用者の希望に沿って、個別に外出する機会を設けたり、施設内行事や保育園児との交流、クラブ活動等に参加できるよう支援しています。</li> <li>■着替えや整容等については、適時行っていますが、利用者の状況によっては毎日行えていない場合もあり、今後の取り組みが望まれます。</li> </ul>	
no 53	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"> <li>■利用者の思いや希望を日常会話の中で聞き取り、言葉で表せない場合には表情やしぐさで読み取るなどして支援に生かしています。</li> <li>■ユニット内で利用者間のコミュニケーションが取れない場合、日常生活支援の各場面で職員が話し相手になるよう努力していますが、十分とは言えない状況です。ボランティアの活用、ユニット間の交流を行うなど、コミュニケーションの場を増やしてははいかがでしょうか。</li> </ul>	

			評価結果
A-2 身体介護			
no 54	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。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■週2回の入浴を基本に、利用者の心身の状況や希望を確認して、入浴方法を決定し、希望に沿って同性介助を行っています。</li> <li>■利用者の体調等、状況に応じて入浴日を変更したり、入浴日以外の日でも入浴やシャワー浴等ができるようにしていますが、利用者の意向に沿った支援は困難な状況です。今後は、利用者の意向に沿った対応が望まれます。</li> </ul>	
no 55	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"> <li>■排せつの誘導や介助については、利用者の心身の状況に合わせて行い、羞恥心に配慮した対応をしています。</li> <li>■尿意・便意の訴えやおむつ交換の要望に対しては、できる限り早く対応できるようにしていますが、訴えが少ない場合には時間によりおむつ交換を行っている状況があります。日頃は要望を表現しない利用者が一時的に排泄の要望やしぐさを表明した場合には、時間を待たずに交換する等、柔軟な対応が望まれます。</li> </ul>	
no 56	A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の心身の状況や意向を踏まえて、できるだけ自力で移動できるように支援しています。必要な場合には利用者の希望や心身の状況に合わせて、杖、押し車、歩行器、車イス等の福祉用具を準備しています。</li> <li>■介護機器点検表を作成し、福祉用具に不備はないか等の点検を行っています。利用者一人ひとりが活用している全ての福祉用具の点検結果の詳細は確認できませんでした。福祉用具の点検は全種類もれなく行い、必要な場合には整備や清掃を行うことが望まれます。</li> </ul>	
no 57	A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■褥瘡対策指針を定め、月1回褥瘡予防委員会を開催して褥瘡の発生予防に取り組んでいます。</li> <li>■医師、看護職員、介護職員、管理栄養士、理学療法士をメンバーとする「排泄・褥瘡ケアチーム」を立ち上げ、褥瘡予防に取り組んでいます。介助の際に傷や皮下組織のずれが起きている状況が見られます。今後は、さらに安全に配慮した取り組みが望まれます。</li> </ul>	

			評価結果
A-3 食生活			
no 58	A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■嗜好調査を実施し、利用者の希望や好みを確認して献立に反映させています。</li> <li>■食事に選択制を取り入れ、栄養バランスを考慮した食事提供をしています。</li> <li>■食事は美味しいと好評ですが、食材には旬のものが少なく冷凍食材が多く使用されている状況です。旬の食材を増やし、見た目にも美味しい献立になるよう取り組むことが望まれます。</li> </ul>	
no 59	A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■医師、看護職員、言語聴覚士、管理栄養士、理学療法士、介護職員、相談員等が連携して、利用者の心身の状況に合わせた食事提供と食事介助をしています。</li> <li>■利用者が入れ歯を使用している場合、入れ歯での咀嚼状況を考慮した食事形態になるよう取り組むことが望まれます。</li> </ul>	
no 60	A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
	(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■職員は利用者の口腔清掃の自立度を把握し、歯科医師、歯科衛生士、言語聴覚士等と相談しながら、口腔状態や咀嚼嚥下機能の定期的なチェックを行っています。</li> <li>■毎週、歯科医師が来訪し、利用者の口腔状態を確認して必要な場合には治療につなげています。3か月に1回歯科衛生士が来訪し、利用者の状況に応じた口腔ケアの方法等を検討し、職員はその結果を日常ケアに活かしています。</li> <li>■一人ひとりに応じた口腔ケア計画の策定は実施できていない状況です。今後は職員の研修を徹底し、利用者一人ひとりの口腔ケア計画を策定し、実施・評価・見直しができるよう取り組むことが望まれます。</li> </ul>	

		評価結果	
A-4 終末期の対応			
no 61	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>■月1回、看取り介護委員会を開催し終末期を迎えた利用者に対して、利用者・家族の希望に沿った支援ができるよう取り組んでいます。</p> <p>■医師や医療機関等との連携体制を確立し、看護職員、介護職員、管理栄養士、相談員等による、看取りケアチームを立ち上げて、終末期支援が充実するよう取り組んでいます。</p> <p>■職員に対して、終末期のケアに関する研修を実施し、看取り介護手順書に沿った対応ができるよう取り組んでいます。</p>	

		評価結果	
A-5 認知症ケア			
no 62	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)	<p>■利用者の日常生活能力や社会参加能力等、残存機能の評価を行い、日常生活の中で役割が持てるよう支援しています。</p> <p>■職員研修では、認知症医療やケア等について、最新の知識や情報を得られるよう内容を充実し、全職員に研修の機会を設けるよう取り組むことが望まれます。</p>	
no 63	A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
	(コメント)	<p>■認知症高齢者が安全に生活できるよう、危険物は鍵をかけて保管し、異食や火傷等の事故防止のための対応は適宜行っています。</p> <p>■居室では写真や馴染みの家具等を配置して過ごしやすくしていますが、ユニット内、フロア等の共有スペースは、利用者が自由に過ごせる環境とは言えない状況です。今後は利用者が自由に安心して過ごせるよう、共有部分の環境整備が望まれます。</p>	

		評価結果	
A-6 機能訓練、介護予防			
no 64	A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
	(コメント)	<p>■理学療法士、言語聴覚士等、専門職を配置して、個別機能訓練実施計画書を作成しています。利用者の心身の状況に合わせた機能訓練や介護予防の取り組みを行い、評価・見直しをしています。</p> <p>■利用者が日々の生活動作の中でリハビリを行えるよう、利用者が自ら取り組めるよう支援していますが、意識付けが難しい利用者や意欲が低下している利用者には効果的な支援が行えていない状況です。今後は、クラブ活動等を通じた、利用者が楽しみながら取り組めるような工夫が望まれます。</p>	

			評価結果
A-7 健康管理、衛生管理			
no 65	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)	<p>■医師及び看護職員が毎日全ユニットを廻り、利用者の体調を確認しています。また、介護職員と連携して日常的な体調管理を行い、異常の早期発見に努めています。</p> <p>■定期的に利用者の健康診断を行い、体調管理と疾病予防に努めています。</p> <p>■職員に研修を行い、高齢者の健康管理や病気の予防、薬の効果や副作用等に関して理解が得られるよう取り組んでいます。</p>	
no 66	A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
	(コメント)	<p>■職員研修を徹底し感染症や食中毒の発生予防に取り組んでいます。過去1年以上、感染症や食中毒の集団発生は起きていない状況です。</p> <p>■職員の健康状態についてチェックし、体調の変化を日常的に把握できる仕組みは設けていない状況です。また、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法等については文書化していない状況です。職員の体調変化を確認できる仕組みを設け、職員や職員の家族が感染症にかかった場合の対応方法等については文書化することが望まれます。</p>	

			評価結果
A-8 建物・設備			
no 67	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)	<p>■保守点検業者管理基準を設け、エレベーター、電気設備等の点検については業者委託を行い、問題点については速やかに改善するなど、快適で安全な施設運営に努めています。</p> <p>■施設設備管理手順に沿って、職員が自主点検を行っている備品等については不具合があれば、担当者に報告し上層部と相談して改善に努めていますが、車イス等の点検・整備に課題が残っています。備品等の点検・整備はもれなく確実に行うことが望まれます。</p>	

			評価結果
A-9 家族との連携			
no 68	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>■家族の面会時には利用者の状況を報告し、意見や要望を聴取しています。利用者の居室(個室)にサービス計画書や生活記録を置いて、家族が自由に閲覧できるようにしています。</p> <p>■毎月、施設だよりを発行し、行事報告や予定等を家族に知らせています。</p> <p>■家族懇談会を開催し、家族間の交流を進めながら意見や要望を聴取して施設運営に活かしています。</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ひらかた聖徳園の入居者
調査対象者数	120名（うち回答可能な方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ひらかた聖徳園を、現在利用されている入居者120名（うち回答可能な利用者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、17名の方から回答がありました。（回答率85%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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、全員（100%）の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」  
について、90%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、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いる」  
●「支援の方法については、本人やご家族と相談しながら決めている」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。



## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホームひらかた聖徳園の入居者の代理人
調査対象者数	120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ひらかた聖徳園を、現在利用されている入居者の代理人120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、82名の方から回答がありました。（回答率68%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、90%以上の方が「はい」、「満足」と回答、
- (2) ●「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きる」  
●「支援の方法について、ご本人やご家族と相談しながら決めている」  
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員に声を掛けやすい」  
●「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いる」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホームひらかた聖徳園 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	35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ひらかた聖徳園を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人35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、17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) ●「ホームの総合的な満足度」  
について、全員（100％）の方が「満足」と回答、
- (2) ●「ホームは安心して生活できる場所になっていた」  
●「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た」  
●「職員に声を掛けやすかった」  
について、90％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た」  
●「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、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせた」  
●「支援の方法については、ご本人やご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、

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