

兵庫県福祉サービス第三者評価  
評価結果報告書

施設名 : 川西市立養護老人ホーム満寿荘

( 養護老人ホーム )

評価実施期間 2018年11月28日 ~ 2019年3月31日

実地(訪問)調査日 2019年2月18日

2019年3月29日  
特定非営利活動法人  
はりま総合福祉評価センター



様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター
-------------------------

②施設・事業所情報

名称：川西市立養護老人ホーム満寿荘	種別：養護老人ホーム
代表者氏名：荒木 茂	定員（利用人数）： 50（39） 名
所在地：〒666-0137 兵庫県川西市湯山台2丁目46番地	
TEL 072-793-6090	ホームページ：http://www.k.-shakyo.or.jp/
【施設・事業所の概要】	
開設年月日： 1961年 6月 1日	
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 川西市社会福祉協議会	
職員数	常勤職員： 14 名 非常勤職員： 11 名
専門職員	管理者 1 名 嘱託医 2（2）名
	管理栄養士（計画作成担当者） 1 名 サービス提供責任者 1 名
	生活相談員 2 名 訪問介護員 8（7）名
	支援員 6 名 事務員 2（1）名
	看護師 2（1）名
施設・設備の概要	居室（二人部屋） 25室
	食堂、浴室、事務室、相談室、集会室、医務室静養室、作業室、散髪室、
	車椅子トイレ 3室
	寮母室 2室

③理念・基本方針

<p>〈理念〉</p> <p>私たちは、利用者の人権と意思を尊重し、自立支援に向けた質の高いサービスの提供を通じて、利用者が快適で豊かな生活を営めるよう努めるとともに、公平・公正で効率的な施設運営をめざします。</p> <p>〈基本方針〉</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 利用者一人ひとりが個性のある人間として尊重され、常に利用者の立場に立った支援を基本に、生活の質の向上と自立に必要な支援を行います。</li> <li>2. 利用者一人ひとりの意向を踏まえた計画的な支援を行い、利用者満足度を高めるようにします。</li> <li>3. 地域コミュニティとの連携を図り、地域に開かれた施設づくりを目指します。</li> <li>4. 経営の効率化を図り、自主・自立した法人運営を目指します。</li> <li>5. 職員の技術等の専門性を高めるとともに、豊かな人間性を備えた質の高い人材を育てます。</li> </ol>
---

6. 総合福祉施設の特徴を活かし、施設間の有機的連携により専門機能を活かし法人としての総合力を発揮するようにします。

④施設・事業所の特徴的な取組

入所者のプライバシーの保護及び自主性を尊重し、「生活の場」として人生を快適に過ごせるよう生活の質の向上に努めるとともに、介護予防などを通じて、心身の維持向上を図っています。また、地域住民の方々との交流を一層深めるようにしています。

また、外部サービス利用型特定施設入居者生活介護事業所の指定を受け、入所中に要支援・要介護サービス（訪問介護、通所介護）を受けることができます。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 30年 11月 28日（契約日）～ 平成 31年 3月 31日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	初回

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **運営法人の特性を活かし、社会や地域の状況に応じた施設運営が展開されています。**  
運営法人である社会福祉協議会や川西市を通じて、地域の動向を含め、社会福祉事業全体の動向を的確に把握し、指定管理評価シートにおいて、課題や問題点を明らかにし、法人の会議で検討しながら地域の状況に応じた運営が行われています。また、法人事務局において、いくつかのプロジェクトチームを立ち上げ、新たな時代に向けた体制や仕組みの構築に向けて検討が進められていることが、随所にかがえます。
- **ケアの実施にあたり細かく、支援の手順や内容が文書化され、標準的なサービスの実施方法が定められています。**  
法人が定めた施設運営に関するマニュアルに加え、「満寿荘心え」として、入浴、排せつ、移動支援や安眠など、ケアの実施にあたり細かく、プライバシーにも配慮した内容が文書化され、標準的なサービスの実施方法が定められています。
- **利用者の意見や要望を聞く機会を設け、利用者の意思を尊重する支援が行われています。**  
「利用者の人権と意思の尊重」を掲げた理念に基づいて、利用者の意思を尊重することを職員間の共通認識として持たれています。具体的には、利用者を尊重したサービス提供について、「満寿荘心え」、「職員倫理綱領」において明記し、プライバシー保護マニュアルや人権研修の実施において、職員への周知が図られています。また、年1回利用者満足度アンケートを実施するとともに、月1回の行事説明会において利用者から意見や要望を吸い上げ、利用者の意思を尊重する支援が行われています。

◇改善を求められる点

- **今後の事業運営を具体的に示した中・長期事業計画を策定していくことが課題です。**  
行政による指定管理事業のため、受託期間ごとに目標を定め、それに基づいた事業所の年度事業計画が策定されていますが、中・長期的な視点に立った組織体制や設備の整備、人材育成等に関する具体的な計画には至っていません。社会の情勢や利用者のニーズに対応するためには、中・長期的な視点に立って、実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成等を具体的に示した事業計画を策定していくことが重要です。
- **支援や業務の評価から見直しに至るまでの手順を明確にし、PDCAサイクル（改善のためのサイクル）を確立していくことが重要です。**  
昨今、人材育成をはじめ、基本的なマニュアルの整備等、業務の改善が図られており、多様な事業が展開されていることがうかがえます。今後は、介護マニュアルやサービス実施計画など、多様な業務についての評価から見直しに至るまでの手順を明確にすることによって、PDCAサイクルを確立していくことが重要です。
- **利用者支援に関する生活場面や支援項目ごとの実施状況についての文書化の充実が望まれます。**  
現在、マニュアル化をはじめ業務の標準化が行われています。しかし、利用者個々の生活場面や支援項目ごとの実施状況についての文書化は十分ではありません。今後は、利用者個々の取り組みを整理し、利用者の意向やサービス実施計画に基づく記録がなされるよう、記録の方法について検討され、利用者の情報を共有する仕組みを明確にしていくことが必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

初めて第三者評価を受審し、施設運営について客観的な評価、今までの実践内容を検討する良い機会になりました。

施設としての「強み」の一層の強化と、「弱み」である改善点について、職員全員で共有し、今後の運営に生かすとともに、利用者サービス向上に向けたより具体的な取り組みをしています。

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

		第三者評価結果
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
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。	b
<コメント> ○ 理念・基本方針は、「利用者の人権と意思を尊重」を掲げた理念に基づいて、介護及び福祉職員の行動規範となる6つの基本方針を定め、ホームページ、パンフレット、施設内の掲示、職員会議、行事説明会等を通じて、周知が図られています。 ○ 今後は、法人の理念との関係を整理され、利用者・家族に対して、分かりやすく説明した資料を作成するなど、更に周知していくことが望まれます。		

I-2 経営状況の把握

		第三者評価結果
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
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。	b
<コメント> ○ 法人本部との連携により、川西市の福祉計画を通じて、地域の高齢者施策の動向を把握するとともに、事業実施状況報告書を通じて、毎月のコストや利用率の分析が行われています。 ○ 今後は、関係機関との連携を深めることにより、更に社会福祉全般の動向や変化を把握していくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 毎年の指定管理評価シート報告書の中で、入居者の定員確保・建設物の老朽化などの課題を抽出し、法人の会議で検討しながら改善が図られています。 ○ 課題について職員への回覧は行われていますが、改善計画を立案・実施するに至るまでのプロセスを明確にし、職員に周知していく仕組みを整備することが望まれます。		

I-3 事業計画の策定

		第三者評価結果
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
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。	b
<コメント> ○ 法人の地域福祉推進計画、指定管理にかかる仕様に、中・長期的なビジョンが明記されていますが、中・長期的な視点に立った組織体制や設備の整備、人材育成等に関する具体的な計画には至っていません。 ○ 今後は、中・長期計画の具体的な取り組み内容を設定すること等により、実施状況の評価を行える内容にすることが重要です。		

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。	b
<コメント> ○ 単年度計画は法人の計画の一部として、事業所の事業計画が策定され、目標と具体策が項目ごとにまとめられています。 ○ 今後は、数値目標や具体的な成果等を設定することにより、実施状況の評価が行えるような事業計画にしていくことが望まれます。		
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
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。	b
<コメント> ○ 事業計画は、10月に策定案について意見が求められ、2月の職員会議や個人面接において職員意見を聴いて、決められた時期、手順で策定が行われています。 ○ 今後は、定期的な事業計画の進捗状況の評価に基づいて、計画を細やかに見直していく仕組みを確立していくことが望まれます。		
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。	b
<コメント> ○ 事業計画の内容は年度当初に配布するとともに、利用者に関係する行事などは行事説明会において説明が行われています。 ○ 今後は、事業計画の主な内容を分かりやすく説明した資料を作成するなど、利用者や家族がより理解しやすい工夫が望まれます。		

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

		第三者評価結果
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。		
8	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> ○ 年に一度、市の指定管理者評価シートで自己評価を行うとともに、川西市及び評価委員による福祉サービスの質の向上に向けたチェックが行われています。 ○ 今後は、福祉サービスの質の向上に向けて、定期的に定められた評価基準にもとづいて、サービス評価を実施することで、組織的にPDCAサイクルを確立していくことが望まれます。		
9	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> ○ 市の指定管理者評価シートの評価結果に基づく課題が文書化され、職員会議等で職員間の共有が図られています。 ○ 今後は、今回の第三者評価や自己評価等を通して明らかになった課題について、改善計画を作成するなど、計画的なサービスの質の向上に向けた仕組みづくりが望まれます。		

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
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> ○ 管理者は、年2回、職員会議において、管理者としての方針について表明されており、有事を含む管理者の役割と責任は事務分掌や災害時職員対応マニュアルに明記されています。 ○ 今後は、管理者の方針や役割と責任について、広報誌等で文書化を進めることで、更に管理者のリーダーシップを明確にしていくことが望まれます。		
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。	a
<コメント> ○ 県の研修会、老人施設協議会の会議、法人の研修会に出席し、遵守すべき法令、働き方、介護サービス、債務整理などに関して法令を把握し、会議等を通じて、全職員に周知しています。		
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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> ○ 管理者は、指定管理における評価において、福祉サービスの質の現状について自己評価を行い、職員との面談や職員会議を通して、サービスの質の改善に向けてリーダーシップを発揮しています。 ○ 今後は、サービスの質の管理について、職員のサービス改善レポート提出など、改善のための具体的な体制を明確にしていくことが望まれます。		
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> ○ 月ごとの事業実施状況報告書にて、経営の改善、業務の実行性について分析を行うとともに、新規・拡充計画を策定し、職員の処遇改善を図るなど、就労環境の整備に取り組んでいることがうかがえました。 ○ 今後は、施設において、経営や業務の改善に向けて検討する具体的な体制を構築し、経営改善の仕組みを明確にしていくことが望まれます。		

II-2 福祉人材の確保・育成

		第三者評価結果
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。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設として、指定管理に基づいた必要な人員について、市と協議を重ね人材の確保についての方針が定められています。</li> <li>○ 今後は、福祉サービスの提供に関わる専門職（有資格の職員）の配置等、必要な福祉人材や人員体制について具体的な計画を策定していくことが望まれます。</li> </ul>		
15	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 人事管理については、法人に一元化されており、基本方針の中で期待する職員像を明確にされ、人事基準にもとづくキャリアパス制度の導入により、評価、人事管理の仕組みが確立しています。</li> <li>○ 今後は、職員処遇の水準について、明確にしていくことにより、さらに総合的な人事管理の仕組みにしていく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。		
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組んでいる。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人の規定のもと、管理者が中心となって法人事務局と連携しながら労務管理が行われています。また、法人として、メンタルチェックや常設の相談窓口を設けるなど、労働衛生に関する取組が充実しており、働きやすい職場づくりに努められています。</li> <li>○ 今後は、人事計画を明確にすることにより、さらに施設の特異性に配慮した人材確保と定着の取組に期待します。</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。		
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。	a
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 基本方針などに期待すべき職員像を明文化し、職員面談や個別目標シートにおいて目標設定し、中間面接・最終面接によって、進捗状況を確認しています。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人の研修計画に従って、階層ごとの研修が実施されています。また、施設独自のキャリアパスフレームを用いて、期待される職員像や必要とされる技術及び資格を明確にされています。</li> <li>○ しかし、研修計画の評価・見直しや研修内容の評価・見直しを定期的に行うには至っていません。今後は、研修計画に基づいた研修が確実に実施される仕組みを確立されることが望まれます。</li> </ul>		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 「研修・資格表」を作成し、職員一人ひとりの技術水準、資格の取得状況の把握に努められるとともに、外部研修に多くの職員が参加できる体制が整備され、職員一人ひとりが、教育・研修の場に参加できるよう配慮されています。</li> <li>○ 新任職員には、専門職が指導にあたっていますが、明確な仕組みには至っていません。今後は、研修記録を整備するなど、OJT（日常業務に基づいた研修）の仕組みを明確にしていけることを期待します。</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。		
20	II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人としての実習生受入れの基本姿勢、意義などを明記したマニュアルを整備することによって、積極的に専門職の実習の受入れが図られています。</li> <li>○ 今後は、さらに効果的な実習を推進するため、実習指導者に対する研修や、学校側との連携による多様なプログラムを整備していくことを期待します。</li> </ul>		

### II-3 運営の透明性の確保

		第三者評価結果
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。		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ホームページや広報誌において、福祉サービスの内容や財政状況等が公表されています。また、川西市の指定管理評価や苦情・相談の内容等を公開することで、幅広い活動の周知が行われています。</li> <li>○ 今後は、施設運営の透明性を確保するための取組として、地域にむけて施設活動を説明する機会を設けるなど、更に情報公開を積極的に行うことが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人において、経理等の規定や事務分掌を整備し、定期的に内部のチェックが行われています。また、必要に応じて税理士や兵庫県社会福祉協議会（経営相談室）に、相談できる体制が整えられています。</li> <li>○ 今後は、事務、経理、取引等に関するルールや実施した監査結果に基づく改善について、職員に周知を図ることで、透明性の高い適正な運営を継続される取り組みが期待されます。</li> </ul>		

II-4 地域との交流、地域貢献

		第三者評価結果
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人として、地域との関わりについての方針や施策を明示し、ボランティアグループの定期的な来所や自治会との共催による夏祭り、地元幼稚園との七夕祭りなどを通じて、地域との交流が図られています。</li> <li>○ 今後は、日常的な、個々の利用者のニーズに合わせた、地域の社会資源の活用を図られることに期待します。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ボランティア受入れ規定にボランティア受入の意義を明文化し、施設行事等で地域ボランティアを受け入れるとともに、地域の小中高校に福祉体験学習を行う等、学校教育への積極的な協力が行われています。</li> <li>○ 今後は、学校教育への協力に対する基本姿勢を明確にし、ボランティアに対し、利用者との交流を図る視点からの研修の体制を確立することが期待されます。</li> </ul>		
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 学校、病院、他事業所、理髪店などの事業所に関係のある社会資源を明示することにより、必要な資源を整備され、認知症SOS徘徊ネットワークに参加することで関係機関との連携が図られています。</li> <li>○ 今後は、利用者のアフターケア等を含め、地域でのネットワーク化を構築していくことが期待されます。</li> </ul>		
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ テニスコートの活用した福祉避難所など、施設を開放し協力することで、事業所が有する機能を地域に還元されています。</li> <li>○ 今後は、福祉施設・事業所の専門性や特性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会や研修会等を開催するなど、施設が有する機能を地域に開放・提供する仕組みの構築が望まれます</li> </ul>		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 運営法人である社会福祉協議会の活動を通じて、認知症の方についての困りごとや、買い物に行けないなどの高齢者の方々の地域の福祉ニーズの把握に努められていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、法人と連動して、施設の特性に応じた地域の福祉ニーズに基づく多様な公益的的事业活動を計画的に実施する仕組みの整備が望まれます。</li> </ul>		

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者を尊重したサービス提供について、「満寿荘心え」、「職員倫理綱領」において明記し、具体的には、プライバシー保護マニュアルや人権研修の実施において、職員への周知が図られています。</li> <li>○ 今後は、利用者の尊重や基本的人権への配慮について、定期的に状況の把握・評価を行うことで、利用者の権利を高める取組について明確にしていくことが期待されます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 身体拘束廃止委員会が設置され、虐待防止マニュアルやプライバシー保護マニュアルを整備して、職員会議等にて勉強会を実施しています。</li> <li>○ 今後は、利用者や家族にプライバシー保護と権利擁護に関する取組を周知するなど、権利擁護に配慮した支援について、更に明確にしていくことが望まれます。</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。		
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。	b
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ホームページや事業所パンフレット、機関誌を作成し、市役所や法人関係機関等に設置するなど、選択に必要な情報提供を行っています。また、入所希望の利用者に対して、見学やショートステイなどを通して説明が行われていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、適宜、提供する情報を検討することによって、高齢者の特性に応じたさらにわかりやすい情報提供が望まれます。</li> </ul>		
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
<p>&lt;コメント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 重要事項説明に加えて、「入所時の医療上の確認」、「管理委任状」、「一日の生活の流れ」を用いて、サービスの内容について、利用者や家族等の同意を得たうえで、その内容を書面で残し説明されていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、利用者に応じて分かりやすいように工夫した資料を用いるなど、意思決定が困難な利用者への配慮についてルール化され、更にわかりやすい説明、工夫が図られることが望まれます。</li> </ul>		

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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退所する利用者等、福祉サービスの変更については、生活相談員を中心に窓口を明記し、継続性に配慮した引継ぎを行っていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、引き継ぎやアフターフォローについて書式や手順を整備していくことで、継続性に配慮した仕組みを明確にしていくことが必要です。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 年1回利用者満足度アンケートを実施するとともに、月1回の行事説明会において利用者から意見や要望を吸い上げ、利用者の満足度の把握に努められています。</li> <li>○ 今後は、利用者参画のもと把握された満足度や意見を検討、分析し、サービスに取り入れるプロセスを明確にしていくことが望まれます。</li> </ul>		
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見を述べやすい体制が確保されている。		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情解決の仕組みを整備され、掲示されるとともに、出された苦情に対しては記録し、利用者へフィードバックされ、苦情に基づいた改善が行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者の意見を取り入れる視点から、苦情の公表などを通して、苦情や意見を活用していく仕組みを明確にしていくことが期待されます。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 利用者からの相談については、プライバシーに配慮した面談室や隣接する事業所の相談室等を活用し、随時行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者の生活における多様な相談先を文書化し明示していくことで、意見を述べやすい環境を整備していくことが望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 苦情解決規定、マニュアルを整備し、意見箱の設置やアンケートの実施を通して、利用者が相談しやすく意見を述べやすいよう配慮が行われています。</li> <li>○ 今後は、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討など、相談を支援に反映していくプロセスを明確にしていくことが期待されます。</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。		
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> ○ 事故発生時の対応と安全確保について、事故対策委員会を設置され、事故対応マニュアルを整備し、起こったアクシデントについて対応が図られています。また、ヒヤリハットや事故報告書を通して、安全を脅かす事例の収集がなされています。 ○ 今後は、予防の観点から安心と安全を脅かす事例の分析がなされ、研修を実施するなど、日常の支援に活かされる仕組みを構築していくことが望まれます。		
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> ○ 感染症対応マニュアルを整備し、感染症が疑われる場合のフローチャートに基づいて、感染症情報等を施設内に掲示し注意喚起が行われています。 ○ 今後は、感染症対策について、研修を通じて周知するとともに、感染症マニュアルの見直しを定期的実施することで、利用者の安全確保のための体制を明確にしていくことが望まれます。		
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している。	b
<コメント> ○ 災害対策マニュアルを作成し、災害時の対応体制等を定めており、消防署の協力を得て、火災避難訓練が行われています。また、福祉避難所としての指定を受け、必要な食品や備品を整備し、安全対策が講じられています。 ○ 今後は、災害時に向けて、地域と連携した取り組みと利用者及び職員の安否確認の方法を明確にされることが望まれます。		

### Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
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> ○ 「満寿荘心え」として、ケアの実施にあたり細かく、プライバシーにも配慮した内容が文書化され、標準的なサービスの実施方法が定められています。 ○ 今後は、研修の実施など、マニュアルに基づいてサービスが提供されているか確認する仕組みを明確にしていくことが望まれます。		
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。	c
<コメント> ○ 定期的なマニュアルの見直しには至っていませんでした。今後は、マニュアルの活用の中で定期的に見直しの必要性を確認の上、適時に変更していく仕組みの構築が求められます。		

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。		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福祉サービスの実施計画の作成の責任者は、組織図に基づいて定められており、「養護老人ホームパッケージプラン」に基づいて、細かく情報収集が行われ、職員会議、カンファレンスを通じて実施計画書に繋がられています。</li> <li>○ 今後は、継続的な経過観察を通して、計画通りにサービスが行われていることを確認する仕組みの構築が望まれます。</li> </ul>		
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
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 福祉サービスの実施計画については、「パッケージプラン手順」に基づいて、年1回、更新を行うとともに、カンファレンスを通じて、緊急時の変更が行われていることがうかがえます。</li> <li>○ 今後は、「観察結果」「評価」「見直し」の手順を明確にしていくとともに、計画の見直しにおける利用者の意向把握や同意を得るための仕組みを構築していくことが必要です。</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。		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 支援の状況は、介護記録記載マニュアルに基づいて、サービス提供実績表やケース記録に記載され、朝・夕の引継ぎ、業務連絡帳等により必要な情報を確実に伝達できる体制を整えています。</li> <li>○ 今後は、サービス実施計画に基づく記録がなされるよう、記録の方法について検討され、利用者の情報を共有する仕組みを明確にしていくことが必要です。</li> </ul>		
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。	b
<p>〈コメント〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 法人の個人情報保護規定及び文書規程により、記録管理の責任者を設置し、人権研修を通じて職員に対し教育や研修が行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者の記録や情報の管理に関して、不適切な利用や漏洩に対する対応規定を制定するとともに、更に利用者に周知していくことが望まれます。</li> </ul>		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	A-1-(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。(特養)	非該当
A①	A-1-(1)-① 利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。(養護、軽費)	b
A②	A-1-(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

特記事項

○	アセスメントにより生活歴の把握、意向の確認を基に、利用者一人ひとりに対する具体的なケアの方法や個々に応じた暮らしが送れるよう、自立支援計画に反映しています。また、耳が聞こえにくい方には筆談を行うなど、利用者の思いや希望を十分に把握できるような配慮がうかがえます。
○	今後は、利用者個々の暮らしが実現できるよう、精神疾患など疾患の理解や対応方法について検討し、明確にしていくことが望まれます。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

○	「高齢者虐待防止の取組」について揭示し、利用者の権利侵害の防止について、スピーチロックなど年に2回の研修の実施に合わせて、検討委員会を3ヶ月に1回行われ、権利侵害の防止等に関するマニュアルを整備しています。
○	今後は、虐待などの利用者の権利侵害について、権利侵害の防止と早期発見するための具体的な取組を明確にしていくことが期待されます。

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	A-2-(1)-① 福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	a

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 施設の老朽化がうかがえますが、施設内は整理整頓がしっかりと行われており、清潔感が感じられます。また、居室には飾りつけや好きなものを身の回りに置く等の工夫がなされており、利用者同士の談話スペースとして、サンルームや長椅子を設置するなど利用者の快適性に配慮した環境になっています。</li> <li>○ 今後は、利用者の身体状況に合わせた設備の改善を進められていくことを期待します。</li> </ul>
---

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
A⑥	A-3-(1)-② 排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
A⑦	A-3-(1)-③ 移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
A⑧	A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	b
A⑨	A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入浴、排せつ、移動支援や安眠などのマニュアルを整備し、利用者の状況に応じて支援が組み立てられています。</li> <li>○ 身体状況に変化がある場合、入浴方法を検討し、身体状況に応じて入浴順を変更やシャワーチェアを利用するなど、個別の状況に配慮した取組が行われています。</li> <li>○ 必要に応じて、排泄チェック表から排泄パターン、排泄頻度の把握に努め、トイレ誘導が行われており、利用者の心身の状況に合わせて検討と見直しが行われています。</li> <li>○ 衣服や理美容については、定期的な訪問による支援や、送迎の代行を行うなど、利用者の希望に合わせた取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、利用者の生活支援について、利用者の身体状況に合わせた安全で快適な環境づくりが期待されます。</li> </ul>
---

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	A-3-(2)-① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
A⑫	A-3-(2)-② 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
A⑬	A-3-(2)-③ 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a

特記事項

○ 自立の方に関しては、自分で好きな量を食べられるようにバイキング形式で食事が提供されており、月2回の選択メニューなど楽しく食べられるよう献立や提供方法の工夫が行われています。また、「大量調理施設衛生管理マニュアル」をもとに独自の食品管理衛生基準を作成しています。
○ 利用者の咀嚼・嚥下状態に合わせ3種類の食事形態が準備されており、食事前に口腔・嚥下体操を行っています。また、定期的に歯科医師、歯科衛生士の訪問があり、口腔機能の維持・改善が図られています。
○ 今後は、誤嚥、窒息など食事時の事故発生の対応方法を明確にしていくことを通して、施設全体で安全な食生活を保持する取組の充実が期待されます。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b

特記事項

○ 現在は褥瘡対象者はおられないものの、褥瘡対策指針に基づいて、マニュアルは整備され、褥瘡予防に取り組んでいます。
○ 今後は、褥瘡ケアの最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れていくことにより、褥瘡予防対策の構築が望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	非該当

特記事項

--

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑩	A-3-(5)-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

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 機能訓練や介護予防活動について、毎日のラジオ体操、週に3回の筋力トレーニングの機会が確保されることで、利用者の自立に向けた支援が行われています。また、退院時に理学療法士等の専門職の助言や指導を受けて、機能訓練等を継続している事例がうかがえました。</li> <li>○ 今後は、機能訓練や介護予防についての計画を明確にしていくことにより、利用者の心身の状況に合わせた取組の充実が望まれます。</li> </ul>		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑪	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 認知症の方に対して、認知症高齢者対応マニュアルに基づいて、支持的、受容的な関わり・態度を重視した援助を行っており、ケース記録より心身の状況を記載され、外部研修を通じて認知症に関する学習の機会が確保されています。</li> <li>○ 今後は、認知症ケアに向け医師や看護師、介護職員との連携により、行動心理症状についての分析や対策を考える機会を設けるなど、施設内における認知症ケアの充実が期待されます。</li> </ul>		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑫	A-3-(7)-① 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、取組を行っている。	b

特記事項

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 日々の利用者の健康確認と健康状態の把握は、看護師と介護職の連携のもと、詳細に記録するとともに、緊急時の対応が図れるよう場面ごとに対応手順が分かりやすく記載された急変時対応マニュアルが作成され、利用者の急変時に備えた共通理解を図る取組が行われています。</li> <li>○ 今後は、職員に対する利用者の急変時に備えた定期的な内部研修の実施や高齢者の病気、薬の効果や副作用等に関する研修の実施が望まれます。</li> </ul>		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	A-3-(8)-① 利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	非該当

特記事項

--

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族との連携		
A⑳	A-4-(1)-① 利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b

特記事項

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 家族への日頃の状況の報告については、満寿荘祭り等家族が参加する行事の時に報告されています。また、家族への連絡はマニュアルに沿って行われ、ケア記録に記載し、情報共有が図られています。</li> <li>○ 今後は、面会や家族会に参加されない方への状況報告及び意向確認ができるよう、定期的な利用者の状況報告を通して、今後の取組に活かせることが期待されます。</li> </ul> |
|--|

A-5 その他

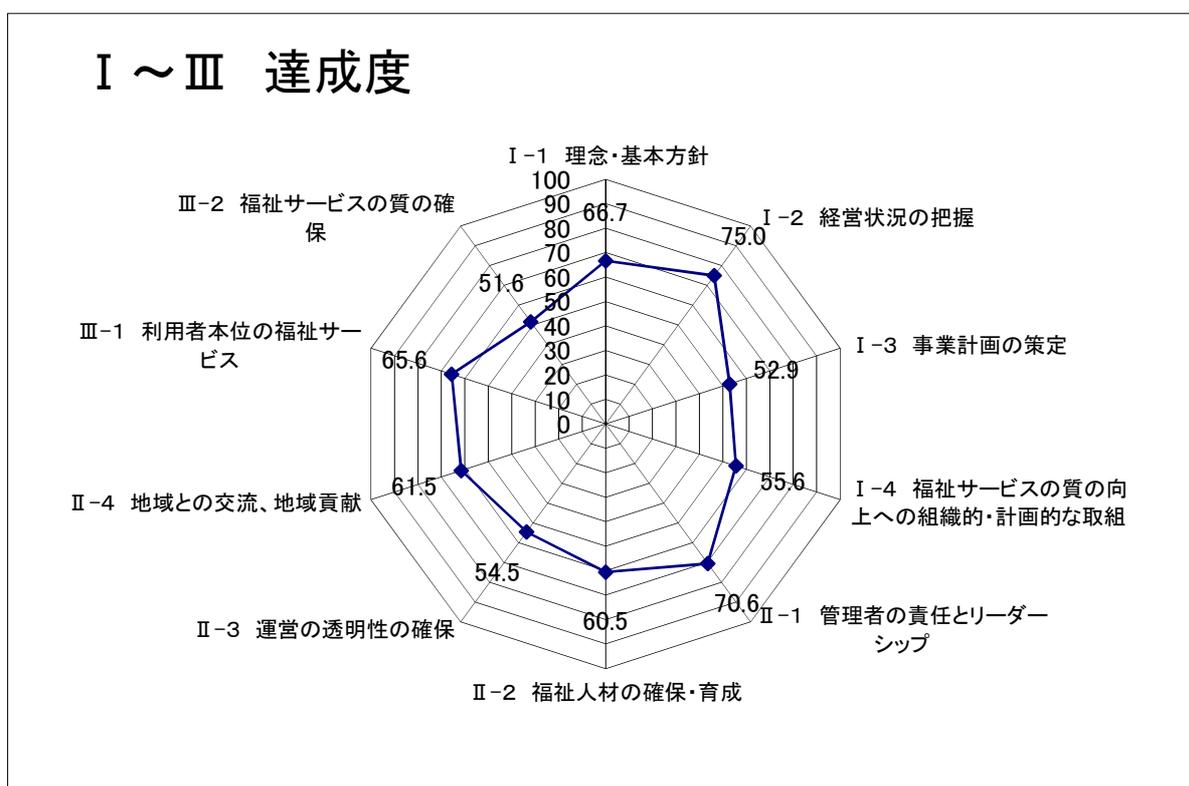
		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	a
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a
A㉓	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	a

特記事項

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 買い物ツアーの実施により利用者の希望に合わせた外出の支援が行われています。また、外出のルール化が図られ、利用者へ説明がなされていることがうかがえました。</li> <li>○ 新聞・雑誌やテレビの所持は個々の意思や希望によって行われており、はがき・切手等を常備し、公衆電話は、時間制限なくいつでも利用できるよう、利用者が自由に利用できるような配慮が行われています。</li> </ul> |
|--|

## I～III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	6	75.0
I-3 事業計画の策定	17	9	52.9
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	5	55.6
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	12	70.6
II-2 福祉人材の確保・育成	38	23	60.5
II-3 運営の透明性の確保	11	6	54.5
II-4 地域との交流、地域貢献	26	16	61.5
III-1 利用者本位の福祉サービス	64	42	65.6
III-2 福祉サービスの質の確保	31	16	51.6
合計	227	139	61.2



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	28	17	60.7
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	75	56	74.7
A-4 家族等との連携	5	4	80.0
A-5 その他	8	8	100.0
合計	120	89	74.2

合計(I～Ⅲ+A)	347	228	65.7
-----------	-----	-----	------

