

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 寿里苑	
運営法人名称	社会福祉法人 博光福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	中村きょう子（施設長）	
定員（利用人数）	140 名（利用人数 140名）	
事業所所在地	〒586-0094 大阪府河内長野市小山田町448番地の2	
電話番号	0721 - 52 - 3888	
FAX番号	0721 - 52 - 3899	
ホームページアドレス	https://www.julien.or.jp/julien/	
電子メールアドレス	julien@julien.or.jp	
事業開始年月日	昭和61年10月1日	
職員・従業員数※	正規 61 名	非正規 48 名
専門職員※	社会福祉士 4名 介護福祉士 49名 介護支援専門員 2名 医師 2名 看護師 10名 准看護師 3名 理学療法士 1名 柔道整復師 1名 管理栄養士 2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 20室 二人部屋 10室 三人部屋 4室 四人部屋 56室	
	[設備等] 食堂 2か所 相談室 2か所 スタッフルーム 7か所 多目的ホール 2か所 事務所 1か所 医務室 1か所 厨房 1か所 娯楽室（カラオケ室 1・クラブ室 1） 浴室 2か所（一般浴1・機械浴1）洗濯室1か所	

※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 28 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】

- 一、すべての人に快適で活力のある「やさしい家」を提供します。
- 一、ご利用者に「ふれあいのある生活」を提供します。
- 一、ご利用者に「笑顔のある生活」を提供します。
- 一、「夢のある地域づくり」に貢献します。
- 一、ナンバーワンの施設づくりを目指します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・明るく開放的な雰囲気の中、ご利用者もその家族も安心してご利用いただけるよう、心のこもったサービスを提供しています。
- ・四季折々の行事を通して笑顔で明るく生き生きとした日々のために、おひとりおひとりの想いや声を大切にしています。
- ・開設より34年を迎えますが、改修・修繕を計画的に実施しており今後もご利用者の快適な環境を第一に考え、臭いのない清潔感あふれる施設を維持していきます。
- ・法人内で最も歴史ある施設機能を活かし、介護・看護が協働し看取り介護を実施しています。例年、年間を通じて、約20～30名の方が施設で永眠され、ご家族と共に最期を看取る体制を大切にしています。
- ・人材育成においても、マナー研修や資格取得講習など積極的に実施または参加を促し、資質向上を図っています。また施設の雰囲気は建物ではなく職員が造るということを念頭に置き、ご利用者・ご家族・地域の皆様に関わるすべての職員が社会人としてのマナーをしっかりと持ち、明るく元気よく、持っている能力を存分に発揮できる人材育成、職場環境作りに努めています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和2年2月28日～令和3年1月18日
評価決定年月日	令和3年1月18日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理・専門職委員） 1101A002（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・当施設は、金剛山・葛城山を遠望できる緑豊かな丘陵地に法人が昭和61年に初めて開設した高齢者施設である。法人内には現在、高齢者向け施設が9施設あり、当施設はその中心的な役割を担っている。

・開設当初は、定員50名1棟のみであったが、その後平成3年に増設、平成7年に認知症専用棟として隣接して1棟が新設され、現在の定員140名となっている。

・併設事業所として短期入所生活介護、通所介護、認知症対応型通所介護の各事業所と診療所を開設している。また、市の委託事業として配食サービスも実施している。

・施設内には、カラオケルーム、陶芸設備も備えたクラブ室を設け、利用者は歌や趣味を楽しんだり、各フロアにはソファやいすを設置した談話スペースを設け、家族や利用者同士で談笑している。

・新棟の5階には、地区民生委員の会合など地域の会合に提供したり、研修会場や施設内会議などで使用している5～60人収容できる多目的ホールが設けられている。

・施設の1階ではよく躰けられ、手入れされた4匹のゴールドンリトリバー（兄弟）が自由に出入りして、利用者は勿論のこと家族や来訪者に癒しを与えている。

・各職員の利用者への笑顔あふれる挨拶、きめ細やかな心遣い、キビキビとした立ち居振る舞いが随所に見られ、経験豊富な施設長の職員一人ひとりを育てる意欲とその実行力を感じる施設である。

◆特に評価の高い点

人材育成の取り組み

・身体拘束廃止委員会ほか九つの委員会組織を設け、正規職員全職員に何れかの委員会に所属させ、各々の委員会研修活動を通じて職員が知識以外にリーダーシップやチームワークやコミュニケーションの力を身に着くことを目的とした人を育てる仕組みがある。

業務改善の取り組み

・独自の「施設サービス事業所自己評価表（全152項目）」を用いて、非正規職員を含む全職員が自らの業務内容を振り返り、それぞれの業務改善につなげる仕組みがある。

「もしかして報告書」の活用

・現場での介護スタッフ一人一人の気づきを記入する用紙があり、他スタッフと共有することでサービスを提供する際にその気づきを活かすことができている。

多職種との連携

・施設長を中心としたチームワークが発揮されている。行事等を含め、職員は自分の思いを実現する機会をもつことができている。

◆改善を求められる点

中長期計画について

・中長期計画の内容は、概念的ではなく具体的な達成目標や数値目標を設定し、達成度が明確に判定できる工夫を期待する。

サービス計画書送付の際に家族に意見を求める要望書について

・利用者個人に対する意見だけでなく、施設に対する意見も記入することができることを具体的に文面に追加することを期待する。

サービス計画書のサービス内容に関するチェック表について

・提供サービスを日常的にチェックを行い、できなかった時の状況を把握しやすくして、更なるサービス向上のための取り組みをすることを期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、福祉サービス第三者評価を受審させていただき、今後の施設運営に活かせる充実したものとなりました。また日々の業務の中で自分たちが見落としていたこと、行き届いていなかったことなど職員一人一人が立ち止まり、見直せる機会となったことに大きな意味があったと感じています。施設目線で具体的な内容のご意見を頂戴し、評価いただいた点については周知を図り、改善点についてはいただいたアドバイスを元に改善していくと共に、当法人内でも共有し、より良い法人運営、また施設運営に繋げていきます。コロナ禍の中で面会もままならない状況の中、ご家族にはアンケートにもご回答いただき、本当に有難く感じます。当たり前が当たり前でない時代だからこそ、ご利用者、ご家族、ボランティア、地域に方々など皆様に支えられていることを実感することが出来ました。今後も強い使命感を持ち、皆様にとっての「良い施設」を目指し、施設運営に邁進してまいります。

◆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)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページに法人の経営理念の「五つのメッセージ」が載せられ、広く周知が図られている。 ・法人の理念を利用者・家族などには、施設パンフレットや法人パンフレット、館内エレベーター内や各フロアの掲示物で周知を図っている。 ・法人は正規職員全員、非正規職員は希望者に法人特製の手帳を毎年配布、その最初のページには法人の理念が記載されている。職員は、毎月の全体会議の最後に全員で法人理念を唱和して確認している。 	
		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"> ・理事長、施設長は河内長野市内施設長連絡会に参加し、府や市の福祉施策・動向・状況を把握し分析している。 ・施設長は、施設を取り巻く地域の福祉のニーズや状況や施設のサービスの状況を毎月、集計資料で把握し分析している。 ・施設長は、法人内高齢者施設中部エリア会議にエリア長として毎月参加してエリア内の福祉サービスの方向性を協議している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、施設長連絡会やエリア会議で話し合われた課題について主任会議で報告、伝達し施設内で情報共有し、協議して解決を図っている。 ・これまでも施設長は、重度化のため増加している嚥下能力の落ちた利用者への介護（喀痰吸引・経管栄養）資格者不足の解消や介護福祉士資格者養成などの課題解決に取り組んで成果を上げている。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・人材育成・収支・設備の課題について3年計画と5か年計画と分け、介護福祉士資格保持者増加や電気使用量の抑制や設備の補修・改修など、数値も取り入れ具体的な目標を掲げて毎年立てている。 ・主任会議の中で計画策定会議を設け、その時点の進捗状況や目標達成度を把握分析して毎年見直し、次年度の中長期計画の策定に活かしている。 ・中長期計画は目標数値や目標内容を設定しているが概念的なところが散見される。より具体的な経費削減数値やより具体的な研修内容などを策定し、目標達成を確認しやすい工夫を望む。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度計画は、中長期計画に沿ってより具体的な目標を設定して策定されている。 ・計画では、先ず部門の役割と方針を表明し、当年度の重点政策を財務の視点、利用者・家族の視点、介護サービス内容の視点、人材育成・能力開発の視点で設定し、行動計画を設備面・環境面、職員育成面、余暇活動面で具体的に示している。 ・主要年間行事計画、職員研修計画、年間会議計画、委員会計画や栄養管理・機能訓練・嚥下機能維持（口腔ケア）・診療所の各方針も示している。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長、各部門の主任・副主任が出席して毎月開催している主任会議の中で計画策定会議を開き、その時点の単年度計画・中長期計画の進捗状況や目標達成度を把握・分析・見直しを行い、次年度の中長期計画の見直しや単年度計画を策定している。 ・策定された事業計画は年度末の全体会議で職員に説明し、また各フロアにも掲示して周知を図っている。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、各フロアのエレベーター近辺の掲示板に掲示して利用者・家族などに周知を図っている。また、毎年9月の敬老祝賀会に併せて開催する家族会総会の中で施設の現況を説明し、今後の方針や予定を伝えている。 ・毎年度の事業計画は、家族などに年度初めの施設だよりを配布するときに併せて、利用者・家族に関係する箇所を抜粋し、分かり易く工夫した書面で早期に周知を図ることを望む。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の高齢者施設9施設各々を順番に対象施設以外の8施設の介護主任や管理栄養士が内部監査を実施して、提供するサービス内容を互いに点検している。 ・施設では毎年定期的に非常勤職員を含む全職員が「施設サービス事業所自己評価表」で運営体制や利用者本位のサービス提供や危機管理など152の質問項目を判定している。 ・第三者評価は過去に2回受審している。 	
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"> ・内部監査、自己評価、第三者評価の結果内容を毎月開催している主任会議の場で協議検討し、改善策や課題などを明確にして各部署のフロア会議に提示している。 ・各フロア会議は2か月に一度、非常勤職員も多数参加できるように勤務体制を調整して開かれ、全職員が提示された改善策や課題を話し合い、提供するサービスの向上に取り組んでいる。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、毎年の初めの全体朝礼でその年の漢字一字を選び、それに関する所感を示し、書にもしたためて館内各所に掲示して利用者、家族、全職員に思いを表明している。 ・職務分掌には施設長の職務や役割が示され、組織図には自己の立ち位置と職務代行者を示している。 	
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"> ・施設長は「利用者権利擁護指針」（コンプライアンスルール）を定め、毎年度初めの事業計画発表の機会に職員に示し、QOL資質向上委員会の勉強会を開き職員に注意を喚起している。 ・また「身体拘束廃止委員会」「安全衛生委員会」「感染対策委員会」「災害対策委員会」の勉強会を通じて職員に対して各関連法律の遵守を促している。 	

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"> ・施設長は「身体拘束廃止委員会」「総務委員会」「レクレーション委員会」「職員資質・QOL委員会」「広報委員会」「感染対策・褥瘡予防委員会」「安全衛生委員会」「苦情・事故防止・個人情報保護対策」「災害対策委員会」「ボランティア対応委員会」を組織して非正規職員は除く全職員それぞれに役割を持たせその活動を通じて施設全体の資質向上を図っている。 ・各委員会はそれぞれの部門の勉強会テーマを企画し、毎月の全体会議の中で順番に勉強会を開催し職員に伝えて、職員の意識啓発に役立っている。 	
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"> ・施設長は、毎月集計された実績や労務関係資料や調査結果などを把握・分析し、施設内のその時々の課題を主任会議で幹部職員と議論をし、施設全体が改善策を実行に移す後押しをしている。 ・施設長は、組織化された各委員会の活動を全体会議で確認して、問題点を指摘したり助言を与えて各委員会の運営が更に活発になるように指導している。 	

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"> ・人材募集は法人本部が主体となり、グループ全体の人員体制を把握し計画的に取り組み、府内の大学、専門学校、高校は勿論のこと、離島の高校やベトナムなど海外までの募集活動や大阪市内などで開催される就職フェアに参加して、新卒や転職希望者や技能実習生の職員募集活動を活発に行っている。 ・募集用パンフレットは、グラビア印刷オールカラーページで各施設の日常の活動の様子、職員や利用者の笑顔あふれる姿などを紹介した豪華な小冊子となっている。 	
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"> ・法人では、「人事制度運用支援ハンドブック」を作成し、人事制度についてキャリアパスの枠組み、人事考課の基準や仕組みなど詳細に取り決め、職員に周知を図っている。 ・職員は毎年度6月と11月に既定の評価用紙に自己評価を事前に記入し、各上司が2次・3次判定を行った後、施設長が総合判定を行い人事考課を実施している。 	

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)

- ・各部門の管理者は、所属職員の相談や悩みを気軽に聞ける体制づくりを心掛け、パソコン内で有給取得や時間外勤務状況などの就業状況を把握している。
- ・施設長や管理者は、職員面談を年に2回の人事考課時に行い、職員の意向や就業状況についてヒヤリングをし把握している。
- ・施設では、連続5日～7日の休暇取得を職員に義務付けて、各職員は海外旅行に行ったり、バイクツーリングを楽しんだり有効に休暇取得をしている。
- ・施設では、総務委員会内に職員旅行担当者を決め職員の希望を募り、毎年グループ分けして北海道や九州など各地の一泊職員旅行を行い、職員の親睦を図っている。

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。

a

(コメント)

- ・職員は、人事考課表の目標記入欄に資格取得などの自らの具体的な目標を定め、管理者は半年ごとの考課時期（6月・11月）に面談をして、目標の進捗状況、達成度、今後の希望や意向を確認している。
- ・職員は、施設長・管理者の助言を受け、次の目標を設定し自己の成長につなげている。

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)

- ・中長期計画・単年度計画に施設の職員教育の方針を定め、年間研修計画を詳細に立てている。
- ・新卒職員研修については、法人理念や就業規則などのオリエンテーションから介護の基礎知識と実習までの研修が、9施設合同で毎年3月後半に施設の5階多目的ホールで実施されている。
- ・職員内部研修は、毎月の全体研修の中で「役職者主催研修会」と「委員会研修会」の各勉強会が開催され、出席できなかった職員や非常勤職員に対してフロア会議で伝達研修を行っている。
- ・外部研修は、施設長が研修内容と各職員の受講状況や必要性を考慮して出張命令を発出している。受講した職員は全体会議で研修報告を発表して、伝達研修を行っている。

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)

- ・正規職員全員は、「身体拘束廃止委員会」他9委員会に所属し、各担当分野の勉強会の準備と当日の発表者や司会者などの役割を果たすことを通じて介護知識は勿論のことリーダーシップ、コミュニケーション力、チームワークの大切さなどを大いに学び、日常の業務に活かしている。
- ・非常勤職員には、勤務調整をして出席できるように配慮し、別途昼間に時間を設けマナー研修などを行っている。
- ・法人は、全施設の幹部候補生教育として外部講師を招いてリーダーシップ論など多岐にわたるステップアップ研修を実施している。また、講義ばかりでなくディスカッション形式の研修も実施している。

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設は「実習生受け入れマニュアル」を整備し、社会福祉士養成校実習生に対しては生活相談員（社会福祉士）を、介護福祉士養成校実習生に対しては介護主任（介護福祉士）を指導責任者として指導者研修を実施している。 ・実習依頼の大学、短大、専門学校とは、事前に打ち合わせをして学校の指定のカリキュラムに沿って実習を行っている。 ・海外からの技能実習生受け入れマニュアルも整備し、すでにベトナムからの技能実習生4名を受け入れている。今年もまなくベトナムからの新たな技能実習生を受け入れる予定である。

		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。		b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人のホームページに理念や基本方針、苦情解決結果、法人現況報告書、財務諸表、「福祉サービス第三者評価」評価結果そして写真やブログで施設内の様子を紹介し、施設のサービスの現状や地域での取り組みを公表している。 ・施設では地域情報誌（年2回発行）に施設の活動や取り組みの紹介記事を掲載したり、宣伝広告をして地域に周知を図っている。 ・法人全体の年度方針や各事業所の活動実績や予定などを紹介した広報誌を例えば季刊として発行することを期待する。 	
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"> ・法人は、経理規定を定め、法人本部に経理事務を統括する事務長を置いている。 ・毎月の経理内容を外部の会計事務所が点検し、監査法人が決算内容を監査して法人ホームページに公表している。 ・内部監査は毎年度半期ごとに法人の2名の監事が実施して経理内容や取引内容を点検している。 	

		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。		a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の運営規定に利用者と地域社会とのかかわりを支援すると明記し職員は、毎年地区の盆踊りや施設前のグラウンドで開催される市民祭りに希望する利用者が参加できるよう支援をしている。 ・施設内で外部の住民を対象に月2回認知症カフェを開催している。希望する入居者も参加して地域の住民と交流できるように支援を行っている。 ・パン屋が毎週1回、コンビニが月2回、衣類販売業者が年1回施設に販売に来て、利用者は買い物を楽しんでいる。 	

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"> ・ボランティアマニュアルを整備し、登録手続きや事前説明などの諸規定を定めている。 ・ボランティア対応に責任者、副責任者他5名を配置し、ボランティア内容やスケジュールの調整を行っている。 ・現在ボランティアは4グループと個人が、シーツ交換、食事会援助、傾聴、クラブ活動（書道・陶芸・フェルト工芸・生け花）など多岐にわたり受け入れている。 ・生活相談員が近隣の小学校の生徒に福祉学習サポーターとして車いすの使用などの出張講習を行っている。また近隣小学校の社会学習の受け入れも行っている。 	
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"> ・施設正面玄関入り口に利用者・家族等が閲覧できるように、近隣病院・クリニック・市役所関係部署・地域包括支援センター・近隣介護施設・介護タクシーなどの住所・電話番号を記した一覧表を置いている。 ・この一覧表は事務所、各フロアのスタッフルームにも配備し職員に周知を図っている。 ・施設長は、市内の施設長会に参加し、市役所関係者と情報交換をしている。生活相談員も市内介護施設生活相談員部会に参加し情報交換をしている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の経営理念の一つに「夢のある地域づくりに貢献します。」と明記して地域に対する基本姿勢を示している。 ・生活相談員が地区の町づくり会に参加し、地区内の防犯や防災の課題について地区の住民と協議したり、また盆踊りや市民祭りの行事に参加している。 ・施設5階にある多目的ホール（大）を地域交流スペースとして開放し、地域の民生委員の会合などに使用されている。 ・毎月2回、施設2階の多目的ホール（小）で認知症カフェを開催し、地域住民の憩いの場を提供しながら介護相談を受けている。 	
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"> ・大阪しあわせネットワークづくりに生活相談員がCSWとして参加して、地域の福祉問題の解決に尽力している。 ・生活相談員は地域の民生委員や地域包括支援事業所と域内の介護問題を抱える高齢者の情報交換をして連携している。 ・生活相談員が、毎月2回ある施設内の認知症カフェで地域の高齢者住民の介護相談を受けている。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法令順守マニュアル、身体拘束廃止に関する指針を定めて、毎年1回全体会議内の委員会勉強会で職員に研修を実施している。新入職員には入職時研修で接遇マナー研修を実施している。 ・単年度計画の最後に「利用者権利擁護指針」を添付、利用者への言葉使いから介護サービス上の注意点、個人情報の取り扱いなどについてコンプライアンスルールとして職員に示して注意喚起を促している。 ・就業規則内には、サービス規定にサービスの基本と一般的なサービス心得しか示されず、また倫理綱領も定められていない。介護従事者として遵守すべき条項を記載したサービス規程を策定し職員に周知を図ることを望む。 	
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"> ・プライバシー保護マニュアル、法令順守マニュアル、虐待廃止に関する指針、利用者権利擁護指針を定め、各フロアに配置し、毎年1回全体会議内の勉強会で研修を実施し、職員に利用者の人権擁護の重要性を伝えている。 ・施設では年2回、全職員が施設自己評価を実施し、提供している介護サービスが適切かどうかを点検、分析し改善を図っている。 ・各フロアの共同使用のトイレ内がカーテンだけで仕切られている現状であり、利用者のプライバシーが完全に守られていないので、改善することを期待する。 	
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"> ・入所希望者家族に施設設備の写真入りの分かり易い施設紹介パンフレットと法人の概要紹介のパンフレットを提供している。 ・コロナ対応のため現在は館内を案内できないので1階事務所前のオープンスペースでモバイル端末を利用して見学希望者家族に内部の設備や様子を分かり易い映像で説明している。 	
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"> ・生活相談員が、入所契約時に利用者・家族に重要事項説明書で福祉サービス内容や料金を詳しく説明している。 ・高齢者家族には拡大し見やすく工夫した重要事項説明書で分かり易く説明し、特に介護保険の複雑で難解な料金体系の説明には丁寧に行って、理解を求めている。 	
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"> ・処遇改善加算やサービス提供体制の変更に伴う加算などで料金が変わるときはその都度、生活相談員が事前に説明文書を家族に送付し、また家族会の時や家族の来所時に詳しく説明して同意書を交わしている。 ・利用者が病院に入院するときには、生活相談員が入院先の担当者に介護サマリーと看護サマリーを提供し、詳しく説明を行っている。 ・利用者の退去時や死亡時には生活相談員が、今後の窓口担当者として家族に説明し、「施設入所契約終了に関する同意書」を交わしている。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設では利用者が一番の関心事は食事ととらえ、管理栄養士が毎日、利用者の残食量調査、直接の嗜好の聞き取りを行い、献立作りに活かしている。特別食メニューに天ぷら、うなぎ丼、釜飯など、誕生日メニューでは本人の希望で焼き肉や寿司などが提供され非常に喜ばれている。 ・生活相談員や各部署の介護職員は日頃から利用者に声を掛けて要望や思いを聞いて職員間で情報共有しているので、改めてアンケートなどを利用しての満足度調査をするまでには至っていない。QOL職員資質委員会で利用者のレクリエーションや生活上の要望などを調査する目的でアンケート調査をすることを望む。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各フロアに掲示物が掲示され、意見箱も設置されている。苦情内容、解決結果は玄関に掲示している。 ・苦情内容は再発防止策と共に各フロアに伝達されている。 ・暫定サービス計画書送付の際に、家族の意向を把握するために送付している要望書の中で、施設への意見も聞いているとのことであったが、その文面はほぼ、各利用者個人についての意見となっていた。施設全体への意見も記入できることを説明した文面を追加し、個人だけでなく施設全体への意見も把握できるようにすることを期待する。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・フロアに職員の顔写真を掲示し、出勤している職員がわかるようにしている。 ・相談についての掲示もあり、相談の際はそのまま利用者のプライバシーに配慮した場所を確保して行われている。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談や意見に受け入れた際には「相談対応マニュアル」に沿った対応をしている。 ・意見箱は月1回確認している。 ・相談内容は職員が主任に報告し施設長まで報告されることができるようになっている。 ・利用者の相談内容、解決策については介護スタッフには介護記録を通じて周知されており、家族より爪切りの要望や身だしなみについての意見があった際には他利用者を含めての取り組みをしている。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメントについては施設長が責任者となり、主任相談員が担当者となっている。 ・「事故報告書」の内容をフロアに周知し、内容により必要な利用者には「事故予防計画書」を作成しフロアに回覧している。事故については2か月に1回行われるフロア会議にて分析等を行い、各フロアには会議録を通じて周知をしている。 ・「もしかして報告書」にて介護職員が日々の気づきを記入し、他介護職員と共有し、日々の支援に活かしている。 	

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"> ・「感染症・食中毒予防および蔓延防止のための指針」があり、毎月感染対策委員会が実施されている。 ・感染症についての各マニュアルは各フロアのいつでも手に取れるところに置いている。 ・感染症についての勉強会は今年度2回実施されている。 ・利用者には手洗いを徹底している。 ・感染症予防のためエレベーターを1時間ごとに消毒したり、換気を行っている。職員は出勤前と昼の検温を行い体調の確認をしている。 	
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"> ・災害対策委員会が月に1回開催されている。 ・火災・地震・防災マニュアルもあり、立地条件の災害の影響について把握している。 ・職員は緊急事態・災害発生時緊急連絡網が作成されており、LINEやEメールにて安否確認や情報収集を行う。年に2回テスト送信を実施している。利用者は居室割表に基づき情報収集や安否確認を行う。 ・「施設災害防災用品一覧」にて備蓄について把握している。 	
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"> ・2、3年前に実際に日常生活の様子を知る要望に応じて介護記録を開示したことがある。 ・重要事項説明書に記録の開示についての記載があり、要望があれば今後も開示していく準備をしている。 	
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"> ・入所選考指針があり、指針に基づき1か月に1回入所選考委員会が行われている。入所選考委員会の内容は施設入所選考会議議事録にて公平に行われていることを確認することができる。 ・入所申込者にアンケートをとり、問い合わせがあれば指針や説明資料等の案内を行っている。 ・ホームページにて問い合わせや申し込みの受付も行っている。 	

		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"> ・「業務マニュアル」に沿って提供されている。 ・職員全員が受ける新人研修や勉強会にて業務マニュアルが周知されている。 ・日々の業務の中でリーダーや主任が実施状況を確認し、気になることがあればその場で指導している。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「業務マニュアル」については毎年年度末に主任会議にて見直しが行われている。 ・個人的な爪切りについての見直しが、全体として爪切りのチェックシートの作成に結びついた例があった。 ・フロア会議にて検証や見直しをおこなっている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントはケアマネジャーと担当介護職員にて「ケアチェック要約書」として作成している。その際に相談員や看護職員の意見も確認している。サービス担当者会議にて看護職員を通して医師の意向も把握し、立案している。 ・担当介護職員が中心となって、福祉サービス実施計画書のサービス内容を書面や口頭にて周知している。 ・実施についてはサービス内容が生活において必要なサービスであるため、毎日のサービス提供のチェックは行われていない。サービス内容が提供できていない際は担当職員が把握をしているが、確実に把握できるように、更なるサービスの向上に向けて、毎日のサービス提供のチェックを期待する。 ・支援困難ケースについては、市の職員の助言を得て福祉サービスの提供を行っている例がある。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画の見直しは定期的に3か月ごとに実施されている。 ・介護職員が担当利用者の状況を把握し、変更が必要であればケアマネジャーに報告する。介護主任、副主任、リーダーが報告する場合もある。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族の同意がされている。 ・入所時や入所後の福祉サービス計画書についてはケアマネジャーが担当介護職員と連携し作成している。 ・認知症高齢者の福祉サービス計画書についてはBPSDを把握し、医師などに助言を求めた上で変更を行うことがある。福祉サービス計画書は電子化されパソコン内で他部署も確認ができる。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス計画書に記載され、毎日のルーチンで必要なこと把握している。 ・記録内容や書き方に差異がでないように、新人職員が記録を入力する際には、半年間は毎日下書きを主任やリーダーが指導・確認している。 ・記録は電子化されていて、情報の共有を行っている。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書や運営規定、文書取り扱い規定にて保管、保存、情報の提供について定めているが、廃棄についての記載は特にはない。 ・重要事項説明書に文書の廃棄について記載し利用者家族に周知を図ることを期待する。 ・職員は個人情報の不適切な利用や漏洩の注意などについての誓約書を入職時に提出している。 ・個人情報保護を含めたプライバシーの研修を毎年1回実施し、周知を図っている。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束をしている利用者は現在いない。 ・「身体拘束及び人権に関するアンケート」を職員に実施し、勉強会を行っている。 ・「スピーチロック」についての外部研修に参加している。 ・居住空間の工夫として床を低床ベッドの高さにそろえ、ベッドから下りる際の高低差をなくす等、動きやすく転倒しにくい環境を整えている。 	
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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在自己管理が可能な利用者はいないが、預り金の責任者は事務長でその補助者は主任相談員となっている。 ・事務所での預り金収支状況は請求書と共に毎月送付している。 ・成年後見人制度は現在3名利用している。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・胃ろうの利用者も昼食時に離床し食堂で過ごしている。 ・利用者の体に合わせてオーバーテーブルを食べやすい高さに調整し、自力摂取ができるようにしている。 ・日常生活の中で、理学療法士の指導の下、手押し車や歩行器の使用をしている利用者がある。 ・寝たきりの利用者にも、あらかじめ数日前から声かけを行い、散歩の支援を行っている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者についてアセスメントにて全体の状況の把握を行い、サービス計画書を通じて一人ひとりの生活に反映させている。 ・利用者個人の活動プランターへの水やりや、職員と共に苗を買いに行く外出など、活気のない利用者には職員が付き添い、一緒に散歩をしている。 ・離床時間においては本人の意思や体調を考慮しながら実施している。 ・ゴールデンリトリバーを4匹飼育しており、利用者の意向により触れ合うことができる。 	
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"> ・利用者とコミュニケーションをとる際に、話すことがしんどいと訴える利用者には車いすにホワイトボードを準備し、その都度筆談で会話し、考えや希望を聞きとっている例がある。本人の希望により寮母室の中で話を聞く機会もある。 ・職員は普段の会話を利用者とのコミュニケーションとして意識して行っている。 ・難聴の利用者には福祉用具を使用して会話を行っている。意思表示の難しい利用者にはタッチングケアや話しかけを行っている。 	

		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"> ・フロアに看護職員がおり、バイタルチェック後に入浴前の体調の確認をして入浴の可否を判断している。 ・現在自力で入浴できる利用者はいない。介助にて入浴している。 ・機械浴と一般の入浴があり、機械浴の利用者人数のほうが多い。皮膚の状態により毎日入浴する利用者もいる。入浴回数は体調をみて柔軟に対応している。方法についてはマニュアルに基づき、心臓に負担がかからないように等の配慮をしている。 ・入浴の際は尊厳や羞恥心に配慮し、入浴を怖がる利用者には職員と一緒に入り、拒否する利用者にはなじみの職員が関わる、その方が入りやすい時間帯に入浴するなどの工夫をしている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・いろいろな種類のおむつやパットを用意し、利用者一人ひとりに合わせて使用している ・トイレ内で立位が難しい利用者も福祉用具を使用し便器に座って排泄する介助を行っている。自立に向けてリハビリパンツの利用を促すことも行っている。 ・トイレ内での転倒を防ぐため、前かがみになった際に身体を支える台や足台、身体の小さい利用者には子ども用の小さな便座を使用している。 ・夜間の排泄介助では、利用者一人ひとりの尿量や皮膚の状態を考慮したパットを使用し、交換回数等、睡眠を妨げないような工夫をしている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉用具は使用する際に理学療法士に相談の上使用し、その利用者に適したものになっているか、月1回のモニタリングにて確認している。 ・福祉用具の不備等については介護職員が介護前に確認を行い、月1回相談員のチームが確認を行っている。不備があれば施設の営繕担当者に修理の旨を申し送る。 ・利用者の心身の状態に合わせて福祉用具や福祉機器が使用できるよう、車椅子等の予備を準備し、必要であれば個人負担にてレンタルを利用している。 	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡発生予防に関する指針に基づき、標準的な実施方法を確立している。毎月褥瘡予防対策委員会が行われている。 ・体位交換や姿勢の変更を行っており、実施の際には表にチェックをして実施の確認を行っている。 ・年に一度、全職員対象の全体会議の勉強会として褥瘡予防・ポジショニングの勉強会が行われている。今年度は7月に実施されている。 ・皮膚の状態に配慮した介助が行われており、食事面からの予防としては喫食簿にて利用者の毎日の食事量を確認している。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時に利用者の好み等を聞き取る。嗜好調査として食事の都度利用者から聞き取りを行っている。1か月ごとにその内容をまとめ変更している。 ・季節の旬の食材を使用するだけでなく、月に1回新メニューを提供して献立に変化をもたせるようにしている。盛り付けには彩りを重視し、食欲が増すようにしている。 ・温冷配膳車により適温で食事を提供している。居室に配膳する際も同様である。 ・食事席については、利用者が自分で食べることができるテーブルの高さの調整が行われ、食べる速さや本人の意向等に配慮された席となっている。 ・誕生日には本人から好きなものを注文する形で様々なメニューを提供している。 ・定期的に、日常とは違う雰囲気を感じることができる食事会を開催し、ペースト食の利用者も参加している。 	
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"> ・誤嚥やのど詰めについては寮母室に写真付きの対応方法を壁に貼り職員に周知し、発生した際は放送を行い事務所職員を含めた協力体制ができるようにしている。 ・経口摂取については介護職員と看護職員、栄養士や歯科衛生士との連携が行われ、経口維持計画書が作成されている。 ・普通食・刻み食（大・小・極小）・ペースト食・ソフト食・嚥下食を利用者の状態に合わせて提供している。 ・食事中はテーブルの高さ調整等食べやすい姿勢を考慮している。。 ・経口摂取の継続目的で昼食、夕食前に必ず嚥下体操を行っている。 ・栄養ケア計画にて3か月ごとに見直しが行われている。栄養マネジメントはサービス計画書のモニタリングやケース記録にも反映されている。 ・体調変化による突発的な食事形態変更も可能であり、予備のおかゆも用意している。 	

A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医や歯科衛生士の助言を受け、経口維持計画書やケアプランを立案し、経口維持や口腔ケアに取り組んでいる。 ・「さわやかほほえみ帳」にて日々の一人ひとりの口腔ケアについてチェックしている。 ・新人研修の際に口腔ケアの研修を行っている。 	

	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"> ・「看取りに対する指針」に基づき、年間20~30人の看取りを行っている。 ・研修は職員全員が対象の研修と新人研修にて行われている。 ・新人研修においては面談も実施している。初めて終末ケアに関わる職員にはリーダーや副主任、主任がサポートしている。 	

	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・日常生活能力や残存機能の評価はアセスメントにて行っている。 ・入所時に24時間シートを作成し、BPSD（心的外傷後ストレス障害）が現れた際には1週間から10日の観察と記録を行い状況を把握し、アセスメントを行いケアプランに反映している。 ・早急に対応する必要がある異食や認知症に伴う事故の発生等あれば、他職種も含めたフロア会議や小カンファレンスを行い、予防計画書を作成し、周知している。その後は定期的にサービス担当者会議にて他職種と支援内容を検討している。 ・認知症により入浴を拒否する利用者への対応や日々の散歩への声掛けなど、あらゆる場面で受容的な支援を行うようにしている。 ・日常の活動ではタオルたたみやエプロンたたみ等を行い、個人としてはおやつを取りに行く、コップを洗う、コップを並べる等の役割を持つことができる。 ・抑制・拘束は行っていない。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・安全対策として、転倒防止のため床を切り取りベットと床の高さを一緒にしている部屋や、点滴は針が本人に見えないように衣類の中に入れるなどの工夫もある。 ・精神面では、担当職員の名前と写真をベット横に貼り、利用者が気軽に職員に声をかけやすいようにしている。 ・危険物は鍵のかかるところに保管している。飲み物と間違えられないようにベットボトルにて保管することは禁じている。 ・共有スペースのソファのところに、職員が作成した利用者個人のアルバムを置き、個人で見たり、その場で他者と一緒に見る等くつろいで過ごすことができるように工夫している。 ・ベットの周辺には家族写真や孫の写真、居室担当のメッセージなどを利用者の意向に添い飾っている。 ・居室やトイレの位置はわかりやすいように大きな張り紙等の工夫をしている。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設サービス計画書に看護職員・理学療法士の助言を受け、生活リハビリとして日常生活の中でリハビリを行っている。モニタリングにて評価や見直しを行っている。 個人で希望があった際は理学療法士による平行棒等を使用したりリハビリを行っている。現在は3名の利用者の実施がある。 日常の生活の中で意図的に訓練を意識し、車椅子と歩行器の併用や食堂での車椅子から椅子へ座り替えが行われている。 判断能力の低下や認知症の症状の変化については、毎朝のミーティングで変化があることを申し送り、介護職員と看護職員が観察を行い、必要であれば医師への連携を行う。 	

		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"> 朝礼や昼、夜のミーティングの申し送りで体調変化や異変について早期の把握 	
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・食中毒予防および蔓延防止のための指針」があり、対応マニュアルがある。標準的な方法が確立されており、毎月1回感染症対策委員会が行われている。 職員や職員家族が感染症にかかった場合の対応方法は重要事項申し送りとして文書化されている。 インフルエンザ予防接種は施設側の費用負担にて実施されている。 感染症や食中毒の研修は勉強会にて行われ、対応方法については全職員対象に回覧している。加えて対応方法をポスターとして壁に貼り周知徹底している。 必要な消毒薬や手洗い器が設置され、来館者には手洗いや手指消毒を呼びかけている。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> 定期的に年2回建物・設備の確認を行い、必要な個所は修理が行われている。 廊下の椅子を対面式にしたり、花を置く台を使用して視覚を遮ることで落ち着く小さいスペースをたくさん作っている。 利用者の意向により居室にテレビやこたつを入れている。 	

		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"> • 利用者の状況報告は主として相談員が窓口となり、家族に対しサービスの説明や要望を面会の際に聞いている、面会のない場合は、ケアプランの意見を聞く際に用紙を同封し、回収している。 • 家族の相談についてはサービス担当者会議等にて定期的に行っている。会議録にて内容を記録している。 • 利用者の近況については面会時だけでなく、広報誌と一緒に居室の担当者が年3回手書きの状況報告を送付している。 • 行事の案内などは広報誌や郵送にて実施している。 • ブログにて利用者の日常の様子を伝えている。 	

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寿里苑の利用者
調査対象者数	利用者人数 140 人
調査方法	事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封たうえて、郵便局又は事業所への提出を依頼した。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用者140名にアンケート用紙を配付し、94通を回収した。回収率は67.1%であった。
○回答の内、満足度90%以上は次の12項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・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、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・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。
- ・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受けましたか。
- ・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。
- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・急病や事故が発生した際には家族など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。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。
- ・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。
- ・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せんか。

○回答の内、満足度80%以上は次の9項目であった。

- ・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。
- ・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行っていますか。
- ・施設に金銭管理を依頼した際、あなたや家族の意向に沿って適切に管理をしてくれますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- ・職員は、入浴前、入浴後に、あなたの健康状態のチェックを行っていますか。
- ・排泄の介助は、速やかに対応していますか。
- ・排泄の際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思いませんか。
- ・機能訓練の目的や内容の評価等について、説明してくれますか。

自由意見としては、次のようなものがあつた 【良い意見】

- ・新型コロナ対策としてオンライン面会で叔母の元気な顔を見られたり、短時間ですがコロナ対策をした面会場で直接叔母に会うことも出来ます。安心して叔母のことをお任せできる施設とっております。
- ・いつ面会に行っても忙しい中、ゆとりある態度で対応してくださり安心して帰っていきます。スタッフの方の母に対する優しい思いを感じます。施設を一步入ると職員の皆さんが明るい笑顔で挨拶してくださるので温かい気持ちになります。
- ・認知などによる精神面、体調面で日々の状況を把握して頂き、対話などで穏やかに過ごせるようにケアをして頂き、ありがとうございます。

など感謝やお褒め言葉が多数寄せられている。

- ・施設内の散歩や軽い運動をもっとして欲しい。入所者もリハビリの時間が欲しい。
- ・定期的に家族との面談をして欲しい。
- ・職員間の情報共有、伝達の徹底をお願いしたい。

以上

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