

**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	南港咲洲養護老人ホーム	
運営法人名称	社会福祉法人 遺徳会	
福祉サービスの種別	養護老人ホーム	
代表者氏名	嶋田 祐史（理事長・施設長）	
定員（利用人数）	60 名	
事業所所在地	〒 559-0033 大阪市住之江区南港中2丁目1番35号	
電話番号	06 - 4703 - 1700	
FAX番号	06 - 4703 - 1800	
ホームページアドレス	<a href="http://www.itokukai.com/">http://www.itokukai.com/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:sakisima@helen.ocn.ne.jp">sakisima@helen.ocn.ne.jp</a>	
事業開始年月日	平成14年4月1日	
職員・従業員数※	正規 6 名	非正規 4 名
専門職員※	介護福祉士3名、介護支援専門員1名、 准看護師1名、管理栄養士1名、 あん摩マッサージ指圧師1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室60室	
	[設備等] 食堂1、浴室1、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	3 回
前回の受審時期	平成 27 年度

## 【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

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

## 【理念・基本方針】

- 介護サービスを通じて、お客様（施設の利用者及びその家族）並びに福祉関係者に安心を提供し、以って老人福祉に寄与すると共に、社会に貢献します。
- 人柄の向上に向けて不断の努力を行い、質の高い介護サービスを行います。
- 明るく笑顔で挨拶をします。
- 真剣に親孝行を実践します。
- 人に役立つ充実感を体得します。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①私達は人柄の向上を目指す為に、職場で次の事を実践しています。「明るく笑顔で挨拶すること」、「真剣に親孝行を実践すること」、「他人に役立つ充実感を体得すること」、この3つを行動指針に挙げ、職員一人一人が真剣に取り組んでいます。
- ②特別養護老人ホームと養護老人ホームを合わせて、平成14年度の施設開設以来勤続している職員が10名、介護職員の平均勤続年数は8.4年と介護施設としては、高い水準を維持し、利用者様、御家族様と馴染みの関係を築けています。また、育児休業明けの女性職員が復帰しやすいように時間の調整をしたり、職場配置を考えたりと働きやすい環境を作っています。
- ③養護老人ホームの行事だけでなく、併設している特別養護老人ホームの行事も楽しんで頂いています。施設利用者様全員が楽しんでくださるような行事を多くしています。ボランティアの方々がたくさん来てくださり、各階を周り触れ合って頂く慰問を多く行っています。
- ④職員は養護、特養間での異動もあるので介護力の高い職員が対応しています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年12月18日～平成31年2月25日
評価決定年月日	平成31年2月25日
評価調査者（役割）	1101A006（運営管理委員） 1601A045（専門職委員） （ ） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

南港咲州養護老人ホームは、社会福祉法人遺徳会が運営しており、南港咲州特別養護老人ホームと併設されています。

大阪 Metro「ポートタウン東」駅から約400メートルのところにあり、阪神高速の出入口にも近く、とても交通の便の良いところにあります。咲州病院と隣接し協力体制が整っている上、近隣にはショッピングモールや公園が多数あり、買い物を楽しんだり、四季折々を感じることもできます。

職員の勤続年数が長く、「人柄の向上に向けて不断の努力を行い、質の高い老人介護サービスを行います」という言葉が運営方針に掲げられ、毎日行われる朝礼等を通して職員一人ひとりが人柄の向上に取り組み、利用者が安心して楽しく過ごすことができるよう生活支援に努めています。

地域の方々や第三者委員、近隣の大学等と協力しながら、より良いサービスを提供できるように工夫し取り組んでいます。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(b)は多くの施設・事業所の状態、(c)はb以上の取り組みとなることを期待する状態、に改訂されました。即ち、(b)が一般的な取組水準となり、従前に比べて(b)の対象範囲が広がります。また、改正前に(a)であった評価項目が改正後の再受審で(a)を得られなくなる可能性もあります。

### ◆特に評価の高い点

#### ■理念、基本方針の確立と周知

理念、基本方針をわかりやすく表現し、パンフレット、ホームページおよび施設内に掲示しています。職員は365日毎日の朝礼時に出席者全員で唱和する機会を持っています。各部門、各委員会での取り組みも理念や基本方針を意識したものになっており、事業計画の目標として反映しています。また入所時の重要事項説明書にも記載して利用者、家族等に説明し理解を得るようにしています。また広報誌への掲載、家族交流会での説明など、理念、基本方針の周知に向けて積極的に取り組んでいます。

#### ■人柄向上への取り組み

毎朝実施される朝礼に理事長も参加し、理事長からの訓話や指導、職員一人ひとりの実践報告、施設理念に掲げられている行動指針に伴う輪読会等、職員としての資質・人柄向上に努めています。朝礼では職員が他の職員の褒めるべき点、いい所などを発表する機会を作り、モチベーションアップへの取り組み等もなされています。

#### ■人材育成とキャリアレベル制度

介護職員のキャリアアップを図ることを目的に、施設内外での研修やOJTでの指導に加え、法人独自の評価基準（キャリアレベル評価表）を作成しています。介護職員の人柄や介護技術の向上に依りて、職員自身が自己の将来図を描いていくことが出来るように体系的に示しています。平成29年度は介護職員105名（法人全体）の介護技術レベルを5段階評価し、キャリアアップの道しるべとしました。

#### ■サービス向上に向けての取り組み

地域の方々や近隣の大学と協力し、いろいろな取り組みがなされています。特に3名の第三者委員に定期的に訪問してもらい、利用者や家族へ聞き取りを行い、相談相手となってもらうだけでなく、施設で開催される会議にも参加してもらうなど、より良いサービスを提供できるように積極的に取り組んでいます。

## ◆改善を求められる点

### ■災害時を想定したBCP（事業継続計画）の策定

平成30年9月の台風21号により、施設は高潮による浸水、冠水の被害を受け一時は交通手段も遮断されるなど大きな被害に見舞われたとのことです。今回の災害への対応から多くの課題や問題点を把握することが出来たと聞き取りました。今後は災害時など緊急時を想定した人材確保や利用者の安全確保、また施設設備の安全確認および地域の社会資源としての役割も含めてBCP（事業継続計画）を策定することが望まれます。

### ■ケース記録等の記録の充実

利用者一人ひとりに対して、いろいろな介護場面での注意事項や配慮事項等の一覧表が作成され、情報の共有がなされていますが、ケース記録の内容は利用者個人の生活状況・全体像、サービスの提供状況の記載が十分とは言えません。より良いケアを実行するための判断材料とするためにも、ケース記録等の充実が望まれます。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

私達の施設では、3年ごとに評価して頂いております。  
利用者様に安心してご利用下さる施設として考え取り組んできましたが、評価下さることで、現在の取り組みが良かったという再確認と、さらに強化することで良くなるという新しい発見も多くありました。  
また、次年度は、さらに多くの方に選んで頂けるよう、今後も断ることのない施設として中身の充実を図り、取り組んでいきます。

## ◆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)	<p>■理念や基本方針はわかりやすく表現されて、施設内に掲示し、ホームページ、パンフレットにも記載し、広く周知を図っています。</p> <p>■職員は毎朝の朝礼時に、理念、基本方針を唱和し、「理事長教本」を読み合わせて職員の行動指針を確認することで、理念の周知を確実なものにしています。</p> <p>■広報誌「まごころとふれあい」に理念や基本方針について説明した文章を掲載し、利用者、家族に配布しています。また家族交流会では理事長が理念や基本方針について説明し、周知の継続的な取り組みをしています。</p>	

		評価結果
I-2 経営状況の把握		
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
(コメント)	<p>■中期経営計画で法人や事業を取り巻く環境変化などを分析し、課題を明確にして、法人事業計画では具体的な方策を明示しています。</p> <p>■施設の位置する地域の介護連携推進委員会に委員として所長代理が出席し、社会福祉事業全般の動向や地域の高齢化率、他事業所の状況などを把握しています。把握した情報は所長代理会議で検討していますが、分析等の資料や記録が確認できませんでした。今後は地域の福祉計画等の資料と共に分析結果などの記録の整備が望まれます。</p> <p>■月1回開催の所長会議で、利用実績や稼働率について報告し、対策について検討しています。</p>	
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<p>■中期経営計画で、経営課題として①人材確保と育成②入所者の健康と安全確保③健全財政の確立④快適な生活環境の提供⑤新規プロジェクトの具体的な検討開始⑥社会貢献について、具体的な課題や問題点を明確にしています。</p> <p>■法人理事会では事業計画の進捗状況や財務状況などを報告し、経営課題の共有を図っています。</p> <p>■経営課題の人材の確保や育成、稼働率などは朝礼時に職員に話をして周知に努めています。</p>	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
(コメント)	<p>■法人の理念の実現のために、中期経営計画で6項目の経営課題と目標を明確にしています。</p> <p>■中期経営計画は前回の中期経営計画(平成25年~29年)を見直し、達成状況と課題を明確にして策定しています。</p> <p>■中期経営計画に「⑤新規プロジェクトの具体的な検討開始」に取り組むことを明示していますが、複数年かけて取り組む課題でもあるので、内容の具体化と共に収支計画も含めて策定することが期待されます。</p>	
I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
(コメント)	<p>■事業計画は法人の中期経営計画に沿って策定しています。事業計画は①人材確保と育成②入所者の健康と安全確保③健全財政の確立④快適な生活環境の提供⑤社会貢献の5項目をあげて、取り組むべき課題を具体的に示しています。</p> <p>■事業計画では各部門、各委員会での目標を一部数値化するなどして実施状況を把握しやすい内容になっています。</p>	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
(コメント)	<p>■事業計画は年度末に各部門、各委員会より意見を聞いて所長代理が中心になって策定し、作成した事業計画は職員に配布するとともに施設内に掲示して周知に努めています。</p> <p>■事業計画は半期ごとに各部門、各委員会で見直しを行い、その報告を受けて所長代理会議で検討して、検討結果をフロアリーダー会議でまとめて各フロア職員へ周知するという仕組みができています。</p>	
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
(コメント)	<p>■事業計画は施設内に大きく拡大したものを掲示し、またホームページでも公開しています。</p> <p>■事業計画の行事などはポスターなどを作成して利用者へ周知しています。</p> <p>■事業計画は家族交流会で参加者に配布し、内容について理事長が説明しています。</p> <p>■今後は利用者等に対してわかりやすい資料を作成するなどの工夫をして、利用者等に事業計画の内容を周知する取り組みが望まれます。</p>	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
(コメント)	<p>■年に2回、サービスの質の向上を目的として利用者の満足度調査を実施しています。調査は職員の接遇や食事、環境など施設の暮らしについて16項目にわたって聞き取りを中心に行っています。意見や要望が聞き取れない利用者に対しては家族等にアンケートを取っています。調査結果は集計し、フロアリーダー会議で改善に向けて検討しています。</p> <p>■自己サービス評価は資質向上委員会が中心になって行い、結果は理事長出席のフロアリーダー会議で報告し、改善に向けて検討しています。</p> <p>■毎月1回第三者委員が施設を訪問して、利用者の意見や要望を聞き取り、活動終了後に職員との懇談の場を持っています。</p> <p>■資質向上委員会には第三者委員にも出席してもらい、満足度調査の内容について意見を聞いています。</p> <p>■サービスの評価を実施し、結果を分析する仕組みがあるので、今後は分析結果から抽出した課題を明確にして計画を立て、職員参加で取り組むことで更なるチーム力の向上が望めます。</p>	
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り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)	<p>■利用者満足度調査結果は資質向上委員会でグラフ化するなどの工夫をして検討しています。検討結果はフロアリーダー会議を通して各フロアのリーダーに伝え、朝礼時に職員に伝えています。</p> <p>■毎年1月に資質向上委員会が中心になって自己評価を行い、その結果を各委員会で検討し、課題を抽出して、次年度の事業計画に反映させています。</p> <p>■満足度調査や自己評価結果より、課題を抽出し事業計画へと反映し評価や見直しを行っていますが、実践のプロセスや結果が記録として不十分なので、記録の整備に取り組むことが望めます。</p>	

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"> <li>■管理者（理事長）は、法人の理念や基本方針に基づいた取り組みを、ホームページやパンフレット、また広報誌などを通して明確に表明しています。</li> <li>■管理者（理事長）の役割と責任については、法人組織図、職務分掌、職務権限区分表および有事の際の役割については防災規程に明示しています。</li> <li>■管理者（理事長）は毎朝の朝礼に参加し理念や基本方針、職員の行動指針について話し、自らの役割と責任について職員に表明し、理解を得ています。</li> </ul>	
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>■組織倫理規範を定めて、組織として取るべき行動基準を具体的に明示して職員に周知しています。</li> <li>■管理者（理事長）は関係機関が実施する法令順守に関する研修会に参加して、毎朝の朝礼時に職員に報告をしています。</li> <li>■法令遵守委員会が中心になり、4月に法令遵守、就業規則について全職員に施設内研修を実施し、法令を守ることの大切さを学んでいます。</li> <li>■今後は幅広い分野について遵守すべき法令等の把握や周知が望まれます。</li> </ul>	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
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"> <li>■毎月1回管理者（理事長）が出席してフロアリーダー会議を開催し、実施するサービスの実施状況について評価、分析をしています。</li> <li>■毎日の朝礼時には職員が順番に「自分が実践できた素敵な事」として実施した支援内容などを報告しています。</li> <li>■サービスの質の向上を目的とした資質向上委員会を設置して、自己サービス評価や利用者満足度調査をとおしてサービスの現状についての評価、分析を行っています。</li> </ul>	
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"> <li>■中期経営計画において健全財政の確立を目標に掲げて、稼働率や経費削減および管理部門の効率化など、具体的な対策を掲げて取り組んでいます。</li> <li>■管理者（理事長）は毎月のフロアリーダー会議に出席し、稼働率、月間の収支状況や人員配置などを報告して経営面での改善点などをリーダー職員と話し合っています。</li> <li>■特別養護老人ホームと養護老人ホームを合わせて人員配置は配置基準+10%を目標に定員管理をしています。</li> </ul>	



	<b>評価結果</b>
--	-------------

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■中期経営計画において「人材（量・質）確保と育成」について、①採用②教育③幹部職員のグループ活動④福利厚生を目標として掲げて具体的な対策について明示し、有資格者の配置についての具体的な目標数値等も掲げています。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■期待する職員像として「人柄の向上」を明示しています。          ■キャリアパス表に勤続年数、能力・知識、昇進・給与、役職について明示しており、職員に周知しています。          ■法人独自の「キャリアレベル制度」を整備して、昨年度は法人全体で105名に介護職員の介護技術評価を実施しています。今後はこの制度の定着を図るとともに職員処遇についての改善策などを計画の中で明示していくことが望まれます。          ■人事考課は職員個々の自己評価をもとにスキル評価を加えて実施しています。7月に個人面談を行い、11月に人事考課の実施、年度末には個人目標に沿った面談が行われて、次期へ向けての目標設定などを話し合う機会としています。年度末の個人面談後に昇給などの処遇が決定される仕組みになっています。</p>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■職員の就業状況や意向の把握は各フロアのリーダーから主任、次に所長代理から管理者へ職制をとおして行われています。          ■有給休暇の取得状況や時間外労働などの把握は事務部門が管理し、フロアリーダー会議で報告しています。          ■職員は毎日就業時にバイタルチェックを行うことで、日々の健康管理を実施しています。          ■人事考課の面談の際に職員は悩み事など自由に相談をしています。また施設の産業医にも相談できることを職員に周知しています。          ■育児介護休業の取得を推奨し、復職後の勤務時間も職員一人ひとりの希望に沿って短時間にするなど、人材定着の一つとして積極的に取り組んでいます。          ■福利厚生事業として、大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。永年勤続表彰や食事会、職員旅行などに取り組んでいます。</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
<p>(コメント) ■法人の「人材育成基本方針」に人材育成の基本として「職場は人柄の向上を目指す場所」を掲げ、具体的な方策として①人柄の向上②業務能力の向上③職員処遇の3つを明示し職員の育成を行っています。                  ■職員は自己評価を行い、人事考課など年に3回の面談を通してそれぞれの目標や実践について上司と話し合い、進捗状況の確認を行っています。                  ■職員は朝礼時に順番に日々の支援の実践の中で学んだことなどを報告し、広報誌にも掲載し、家族等に送付しています。</p>	
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p>(コメント) ■法人の「キャリアパス制度」および「遺徳会における介護職員のキャリアレベル制度」に組織が必要としている専門技術などを明示し、事業計画書の中にもキャリアレベル制度の活用による職員の質の向上を目標に掲げています。                  ■職員研修は内部研修、外部研修共に年間計画を策定して実施しています。実施後の評価や見直しは定期的ではありませんがフロアリーダー会議で行って、次の研修内容に反映させています。今後は定期的に見直しを図り、成果や問題点なども記録に残して、次の研修計画作成に活かしていくことが期待されます。</p>	
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
<p>(コメント) ■キャリアパス表の中で階層別にあるべき姿を明確に定めて必要な教育、研修内容について明示しています。職員一人ひとりの研修計画、研修履歴は個人教育記録表で一元管理をしています。                  ■内部研修は、同一内容で3回実施して、全職員が参加できるように配慮しています。                  ■遺徳会キャリアレベル制度に基づいて支援能力評価を行い、明確になった苦手な分野を職員それぞれが業務の中で積極的に取り組めるように指導をしています。</p>	

II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。

II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
<p>(コメント) ■実習生受入要項で実習生受入の目的を明示しています。実習種目ごとに、開始から実習中、評価、終了までの流れについて記載しています。                  ■介護福祉士、社会福祉士、栄養士、教職課程の介護体験など個別の実習プログラムを作成しています。                  ■実習指導者は実習指導者講習を修了した職員が担当し、管理者は定期的に指導する機会を持っています。                  ■実習終了後は実習生と懇談し、実習についての感想や意見を聞き取って、改善するようにしています。</p>	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	a
(コメント)	<p>■ホームページで法人や施設の概要、理念、基本方針、事業計画、予算、決算などの情報を公開しています。</p> <p>■前回の第三者評価受審結果もホームページで公表しています。</p> <p>■利用者や家族等から寄せられた苦情は、苦情内容とその対応も含めて施設内に掲示するとともに広報誌に掲載し、またホームページ上でも公表しています。</p> <p>■広報誌には理念や基本方針、苦情への対応、利用者満足度調査結果なども掲載して、民生委員や近隣の4地区の会議などに出向いて配布しています。</p>	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
(コメント)	<p>■施設における事務、取引に関するルールは経理規程に明確にして、関係する職員には周知しています。</p> <p>■定期的に公認会計士に経営や財務について相談し、助言を受けています。また、年に1回は別の公認会計士に依頼して自主点検を実施し、改善に向けて指導を受けています。</p>	

		評価結果
II-4 地域との交流、地域貢献		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■事業計画書に「⑤社会貢献」として①地域福祉②災害非常時における地域との共助③関係団体との協力などについて目標を定めています。</p> <p>■地域の社会資源や地域行事などの情報は掲示板に貼り出し、利用者に周知しています。自立している利用者は、近隣で開催されるゲートボールに参加したり、買い物や散歩など自由に出かけています。</p> <p>■地域行事などの際には、希望があれば付き添うなどの支援をしています。</p> <p>■地域住民主催の「みどりの町工作クラブ」に参加し、一緒に手工芸作品を手作りする機会を持っています。</p>	
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)	<p>■中期経営計画、平成30年度事業計画書に「④快適な生活環境の提供」として、「ボランティア団体との連携強化」、また「⑤社会貢献」として「職場体験など地域の学校等の受け入れを積極的に行う」ことなどを目標に掲げています。</p> <p>■ボランティア受入要項を整備して受け入れの目的を明示しています。オリエンテーション時に施設とボランティアのニーズのすり合わせを行い、登録後に研修を実施して、利用者に周知してから活動を開始しています。活動後には職員と意見交換を行って要望や必要な研修を把握するようにしています。</p>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	<p>■社会資源一覧ファイルを整備し、リストを作成して施設内に掲示し、リーダー会議を通して職員に周知しています。リストはフロア内に掲示し、ファイルは玄関ホールと各部署に置いています。いつでも誰でも自由に利用することができます。</p> <p>■所長代理が地区の介護保険施設事業者連絡会の委員を務め、定例会議に参加しています。また相談員は地域ケア会議に参加するなど関係機関との連携に取り組んでいます。</p> <p>■平成30年9月の台風21号により被災したことをきっかけに、南港地域の他の法人、施設に呼びかけて「南港地域入所施設災害検討会議」を立ち上げ、災害時の協同の取り組みについて検討しています。</p>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
(コメント)	<p>■地域住民主催の「みどりの町工作クラブ」の会場を提供し、利用者と一緒にクラブ活動をしています。</p> <p>■平成30年9月に地域住民30名が集い、管理者が「ボランティアについて」の講演会を実施しています。</p> <p>■住之江区街づくりセンター主催の地域交流会に参加し、相談窓口を担当しています。</p> <p>■南港地区での防災会議を実施して連携を図っています。</p> <p>■今後は福祉施設の専門性を活かし、地域住民の生活に役立つ講演会など更なる取り組みが期待されます。</p>	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。	b
(コメント)	<p>■地域の民生委員が施設の第三者委員として活動しており、地域の福祉ニーズについて日常的に相談しあえる関係ができています。</p> <p>■断らない施設を目指して、行政や地域の開業医等の連携のもと対応が困難な事例も積極的に受け入れています。</p> <p>■中期経営計画で地域社会に貢献するために「新規プロジェクトの具体的な検討開始」とあります。今後は地域福祉ニーズの把握と共に、ニーズにもとづいた具体的な事業や活動を中期経営計画や事業計画で明示して、継続的に取り組むことが望まれます。</p>	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■経営理念や事業計画書に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、玄関ホールや各部署、フロア等に掲示し、パンフレットやホームページにも掲載しています。</p> <p>■法人独自の朝礼集等をもとに、毎日の朝礼にて理事長による訓話や理念等の指導がなされています。</p>	
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)	<p>■利用者のプライバシー保護や権利擁護等について、規定・マニュアルが整備され、職員にも研修を実施しています。研修に参加できなかった職員に対しても研修資料を確認してもらうなど、周知できるよう取り組んでいます。</p> <p>■プライバシー保護や権利擁護についての流れがわかりやすくフローチャートで明示されています。</p> <p>■利用者間での苦情等があったとしても、匿名性に配慮した上で、全体のこととして利用者に伝えるようにしています。</p>	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
(コメント)	<p>■年2回、地域内の居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、病院等を訪問し、施設の情報を積極的に提供しています。</p> <p>■併設している特養のショートステイ等にて一時利用を活用し、利用者がやむなく施設利用を希望しない場合や施設生活が困難と判断した場合は他の施設を利用できるように支援するなど、柔軟に対応しています。</p> <p>■施設利用時の説明に拡大版の重要事項説明書等を用いて、わかりやすい説明を心がけていますが、図や挿絵等を活用するなど、更にわかりやすく説明できるよう工夫することが望まれます。</p> <p>■「生活のしおり」を作成し、居宅介護支援事業所の介護支援専門員や地域包括支援センターの職員等に養護老人ホームの内容を説明しています。</p>	
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)	<p>■厚生労働省が示す「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」に従い、意思決定の困難な利用者への配慮がルール化されています。</p> <p>■デイサービス等の外部サービス利用契約時、必要に応じて居宅介護支援事業所の介護支援専門員に同席してもらうなどの配慮がなされています。</p> <p>■契約時の説明に拡大版の重要事項説明書等でわかりやすい説明を心がけていますが、重要事項説明書を拡大するだけにとどまらず、書面にルビを振るなどよりわかりやすく説明できるよう工夫することが望まれます。</p>	

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"> <li>■利用者が入院した際には、手順に従って看護サマリー等の情報提供をしています。</li> <li>■施設から施設への移行だけでなく、行政や介護支援専門員とも連携し、利用者が養護老人ホームから在宅へ復帰することもできています。</li> <li>■利用終了後も所長代理等が相談窓口となり、相談方法や担当者についての説明文を渡しています。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■年1回、利用者満足度調査を実施し、職員も自己サービス評価表にて自施設のサービスについて評価しています。その調査結果を基に利用者・第三者委員も参加する資質向上委員会で分析・検討し、サービス向上への取り組みをしています。</li> <li>■年1回、食事への嗜好調査を実施し、その結果を献立に反映しています。</li> <li>■利用者満足度調査の内容は会議録にて職員へ、広報誌にて家族等の関係者へ周知しています。</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。		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■3名の第三者委員が定期的に訪問し、利用者や家族へ声かけや聞き取りをしています。</li> <li>■玄関ロビーに苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物があります。</li> <li>■各階に意見箱が設置され、職員に見られずに意見が書けるよう、場所の配慮をしています。</li> <li>■苦情内容は毎日の朝礼や申し送り、職員会議等で職員や第三者委員に周知し、月毎にまとめて掲示しています。</li> <li>■利用者間での苦情も多くみられるため、苦情内容の公表等については誰が申し出たかが明らかにならないように配慮しています。</li> </ul>	
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>■玄関ロビーに掲示されている職員写真に、当日の主相談者が誰なのかがわかるように工夫しています。</li> <li>■玄関や各階に、利用者や家族にわかるように第三者委員の訪問日等を掲示しています。</li> <li>■個別で相談できる相談室（面会室）を設置し、各階でも個別で相談ができるスペースを確保するなどの配慮をしています。</li> </ul>	
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"> <li>■玄関ロビーに掲示されている職員写真に、当日の主相談者が誰なのかがわかるように工夫をしています。</li> <li>■相談員等がラウンドし積極的に要望や意見を聞き取るようしています。また、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めています。</li> <li>■3名の第三者委員が定期的に訪問し、利用者や家族へ声かけや要望の聞き取り等を行っています。</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。		
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>■毎月開催される安全対策委員会にて事故についての検討をしています。</li> <li>■事故が発生した際の報告書は出勤簿の横に掲示するなど、職員全員が情報を共有できるように取り組んでいます。</li> <li>■事故が発生した際、発生要因を基に事故防止策を検討・実施し、各階の安全対策委員が定期的に評価・見直しを実施しています。</li> <li>■事故報告書やヒヤリハット等により事故等に対しての事例の収集が積極的になされていますが、収集されたヒヤリハット等の事例を報告だけでとどめるのではなく統計・分析し、事故再発防止だけでなく未然に防ぐ取り組みも強化することが望まれます。</li> </ul>	
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"> <li>■毎月開催される感染衛生委員会にて感染症予防について検討し、その内容を職員に周知しています。</li> <li>■職員は基本的な感染予防策に努めると共に、出勤時には手洗い・うがい・検温を実施する等、感染症発生予防に努めています。</li> <li>■医師等の医療職よりアドバイスを受けて感染症に対してのマニュアルを整備し、各職員室に設置することで、対応の周知に努めています。</li> <li>■利用者が外出する際はマスクを提供し、感染予防に配慮しています。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■平成30年の台風により施設が大きな影響を受けたことを基に行政に働きかけ、地域の防災体制の改善に取り組んでいます。</li> <li>■備蓄リストを作成し、担当者を決めて備蓄を管理しています。福祉避難所として地域の方が避難してきても対応できるように4日分以上の備蓄を確保しています。</li> <li>■平成30年の台風で施設が受けた影響の情報整理等がなされています。今後は、それを基に、もし施設が被災したとしても円滑に事業が継続できるよう計画を作成することが望まれます。</li> <li>■水分摂取表等により利用者の人数確認の方法が決められていますが、地震災害等が起こった際の安否確認がスムーズに行えるような手順を取り決めることが望まれます。</li> <li>■消防署立会のもと消防訓練が実施されています。民生委員を通して、地域の方に消防訓練の開催が通知されていますが、参加には至っていないと聞き取りました。地域と連携した消防・防災訓練の取り組みが望まれます。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■重要事項説明書等により利用者・家族に記録の開示について説明しています。</li> <li>■マニュアル「情報の開示について」により記録の開示についての手順が定められ、記録等の開示がなされています。</li> <li>■記録の開示の書類の一つであるケース記録は、開示の際、利用者・家族がより具体的に理解できるよう意識して記録することが望まれます。</li> <li>■「情報の開示について」により記録の開示についての手順が定められていますが、本人（もしくは法定代理人）以外が記録の開示を求めた際について、個人情報保護法に則した手順を定めることが期待されます。</li> </ul>	
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。	非該当
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■養護老人ホームへの入所は市町村が決定するため、該当しません。</li> </ul>	

		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)	<p>■マニュアル集である規則要領集に利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示され、福祉サービスについて標準的な実施方法を文書化しています。</p> <p>■介護職員のサービス実施方法については内部研修やOJTでの指導に加え、各フロアリーダーが施設独自の評価基準（実践的スキル評価表）を基に個別に職員をチェックしています。</p>	
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)	<p>■規則等見直し規定に則り、年度末にマニュアルの見直しが行われています。</p> <p>■標準的な実施方法の見直しはリーダー会議等で行われ、個別の事案を基に夜間帯の見守りを強化するための体制を整えたり、職員の提言により服薬マニュアルに指差し呼称の手順を追加するなど、個別の事案や職員の意見を反映できるように取り組んでいます。</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。		
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)	<p>■ケアプラン作成要領集に基づき、介護保険サービス利用者には居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するケアプランに即して施設サービス計画書が作成されています。生活が自立している利用者にも施設サービス計画書を作成しています。</p> <p>■毎月、介護職員がケアプランサービス評価表にてモニタリングを実施し、主任等がチェックしています。</p> <p>■確認した殆どの利用者の施設サービス計画書の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が2つまでとなっています。利用者によっては解決すべき課題が多数存在する場合があります。個々の課題を更に拾い上げる取り組みが望まれます。</p>	
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)	<p>■ケアプラン作成要領に基づき、ケアプランサービス評価表にてサービス実施の評価を行い、6か月に1回、サービス担当者会議を開催して個々の施設サービス計画書の評価・見直しをしています。計画の変更・継続となる理由や根拠などの評価の根拠を記録として明示することが望まれます。</p> <p>■施設サービス計画書を急遽変更する場合もケアプラン作成要領に基づき、柔軟に対応しています。</p> <p>■確認した殆どの利用者の施設サービス計画書の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が2つまでとなっています。利用者によっては解決すべき課題が多数存在する場合があります。個々の課題を更に拾い上げる取り組みが望まれます。</p>	



	<p>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。</p>	b
(コメント)	<p>■ケアプラン作成要領集に基づき、居宅介護支援事業所の介護支援専門員が作成するケアプランに即して施設サービス計画書が作成されています。認知症の症状や精神疾患の症状のある方については、医師等に相談し助言を得ています。</p> <p>■毎月、介護職員がケアプランサービス評価表にてモニタリングを実施し、主任等がチェックしています。</p> <p>■ケアプラン作成要領に基づき、ケアプランサービス評価表にてサービス実施の評価を行い、6か月に1回、サービス担当者会議を開催して個々の施設サービス計画書を評価・見直しをしています。計画の変更・継続となる理由や評価の根拠を記録として明示することが望まれます。</p> <p>■介護保険サービス利用者には居宅介護支援事業所の介護支援専門員が開催するサービス担当者会議に医師・看護職員・栄養士・機能訓練指導員等も参加し、生活についての検討をしています。</p> <p>■養護老人ホームから在宅復帰した事例があります。</p> <p>■確認した殆どの利用者の施設サービス計画書の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が2つまでとなっています。利用者によっては解決すべき課題が多数存在する場合もあります。個々の課題を更に拾い上げる取り組みが望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
	<p>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。</p>	b
(コメント)	<p>■内部研修にて記録の方法について指導し、記録マニュアルに基づきケース記録にて利用者の日々の状況が記録されています。</p> <p>■6か月に1回に開催されるサービス担当者会議等で利用者一人ひとりの情報共有がなされています。</p> <p>■公的な記録であるケース記録には簡易的記録されており、メモ的な存在である連絡ノートや入浴介助や排泄介助等の一覧表には詳しく書かれている状況です。施設が提供しているケアの証明や利用者一人ひとりの状況を一元的に把握し、ケアの質を上げていくような取り組みが望まれます。またそういった内容を加味した記録作成マニュアルの作成等が望まれます。</p> <p>■ケアの一覧表など紙面での情報共有に様々な工夫がなされていますが、介護システム等のネットワークシステムを活用し更なる情報共有円滑化の工夫が望まれます。</p>	
	<p>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。</p>	b
(コメント)	<p>■内部研修や日々の朝礼等により、個人情報保護についての指導が行われています。</p> <p>■重要事項説明書等により、利用者や家族に個人情報保護についての説明が行われています。</p> <p>■個人情報保護規程を基に記録の保存・廃棄、個人情報の不適切な利用や漏洩への対策と対応について個別で詳しく規定し、職員に周知することが望まれます。</p>	

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"> <li>■身体拘束ゼロ宣言を行い、身体拘束を行っていません。身体拘束ゼロ推進委員が3名在籍し、身体拘束ゼロを維持するために毎月開催される虐待防止委員会にて内部研修の開催や啓発活動が行われています。またスピーチロックや不適切なケア防止への啓発も行われています。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者や家族の要望に応じて通帳や印鑑を預かり、適正に管理しています。</li> <li>■収支状況は毎月の利用料明細と共に家族や成年後見人に報告しています。</li> <li>■一人で外出できない利用者には介護サービスを利用してもらったり、職員と外出し買い物をする機会を作っています。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■心身機能低下予防のため、毎朝ラジオ体操の実施、機能訓練指導員によるリハビリ体操を行っています。</li> <li>■養護老人ホーム専従の機能訓練指導員により、個別で自転車漕ぎ・ゴム体操等の運動プログラムを実施しています。</li> <li>■介護サービスを利用している利用者にはデイサービス等を利用してもらうなど、心身機能低下の予防に努めています。</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		
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)	<p>■利用者一人ひとりの心身状況や生活状況、趣味・嗜好等を把握し、アセスメントシートを作成しています。</p> <p>■クラブ委員会や行事委員会を設置し、手芸、ペーパークラフト、ビデオ鑑賞、工作、塗り絵、囲碁、クッキングなど様々な活動がなされています。また地域で開催されるふれあい喫茶やお祭り、演芸大会等にも参加し、利用者が楽しめるように取り組んでいます。</p> <p>■介護サービスを利用している利用者には、デイサービス等の利用も介護支援専門員と共に模索しています。</p>	
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)	<p>■職員はコミュニケーションの重要性を理解し、日ごろから利用者一人ひとりに話しかけています。相談員も毎日フロアを巡回し、利用者に声をかけ、要望等を聴きとっています。</p> <p>■コミュニケーションについてのマニュアルを整備し、OJTや内部研修等で指導しています。職員指導に使われる施設独自の評価基準にコミュニケーションの項目もあり、各フロアリーダーが個別に職員をチェックしています。</p>	

		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。	b
(コメント)	<p>■利用者は基本、週3回の入浴で、月・火・木・金・日曜日は入浴日、水・土曜日はシャワー浴で対応しています。</p> <p>■利用者同士の相性等により一緒に入浴する人の配慮をしつつ、利用者の要望に沿いながら入浴の順番等を決めています。一人で入りたいと要望があれば柔軟に対応しています。</p> <p>■入浴前に検温を実施するなど体調をチェックし、浴室を出てすぐの場所でスタッフが待機し、利用者の安全に配慮をしています。</p> <p>■毎日入浴できるよう配慮がなされていますが、日中だけでなく夜間にも入浴できるような取り組みが望まれます。</p>	
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。	非該当
(コメント)	■排せつ介助を要する利用者がいないため、該当しません。	
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。	非該当
(コメント)	■移動・移乗の支援を要する利用者がいないため、該当しません。	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	非該当
(コメント)	■褥瘡の発生予防に関する支援を要する利用者はいないため、該当しません。	

		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)	<p>■嗜好調査を年1回実施し、普段の会話の中や利用者懇談会等で要望を聞き取り献立に反映するよう取り組んでいます。</p> <p>■管理栄養士がコミュニケーションを取りながら利用者の状況や要望把握に努め、利用者に合わせた食事形態で提供しています。</p> <p>■毎月のお楽しみ食事会にてメインの食事を自由に選んでもらうことができるようにしていますが、日々の生活の中でも食事を選択できるよう取り組むことが望まれます。</p>	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<p>■利用者の嚥下能力等の状態に合わせた食事を提供しています。療養食が必要な方についても、医師の指示のもと、糖尿病食や減塩食等を提供しています。</p> <p>■食事に遅れてくる人、ゆっくり食べる人などの状況に応じ、食事開始時間から2時間までであれば柔軟に対応しています。</p> <p>■誤嚥・窒息マニュアルを各フロアに設置し、緊急時に対応できるようにしています。</p> <p>■食事前にパタカラ体操を実施し、嚥下機能低下の防止に努めています。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<p>■口腔ケアが必要な利用者については職員が把握し、歯科医師や歯科衛生士等の助言をもらいながら援助しています。</p> <p>■定期的に歯科医や歯科衛生士が訪問し、口腔状態等をチェックしています。</p> <p>■食事前に口腔体操を実施しています。また毎月歯科衛生士による口腔ケアの研修をしています。</p>	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	非該当
(コメント)	■施設として看取り支援は行わない方針であるため、該当しません。	

		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)	<p>■施設サービス計画書やケアアセスメント表等により利用者一人ひとりの状況を把握し、ケアプランサービス評価表やサービス担当者会議等で評価を行っています。サービス担当者会議等で多職種間で情報を共有し、利用者一人ひとりに合った生活を送ってもらうように努めています。</p> <p>■認知症介護実践者研修や認知症ケア専門士の資格を持った職員が中心となり、認知症についての研修を開催しています。</p> <p>■認知症や精神疾患を患っている利用者には、精神科医との連携を取りながら相談や薬剤の調整等により落ち着いた生活を送ってもらうように努めています。</p> <p>■特養・養護合同で開催しているクッキングクラブでは、特養入居者への支援をしてもらったり、特養入居者の囲碁相手、水槽の管理などをしてもらうことで役割を持ってもらうように努めています。</p> <p>■公的な記録であるケース記録は簡易的に記録されており、利用者一人ひとりの状況が詳しく読み取りにくいところがあります。施設が提供しているケアの証明や利用者個々の状況を一元的に把握し、ケアの質を高めていくような取り組みが望まれます。</p>	
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)	<p>■玄関・エレベーター・階段・ベランダ等は施錠せず、閉鎖された空間とならないように配慮しています。</p> <p>■共有スペースに水槽を置いたり、テレビを観るスペースを個別で設置したり、本を読むスペースを設置したり等、落ち着いて過ごせるように工夫しています。</p> <p>■居室前には利用者個人が作った手芸等の作品を展示しています。</p>	

		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)	<p>■養護老人ホーム専従の機能訓練指導員を配置し、毎食前の「リハビリ体操」や曜日により自転車漕ぎ、チューブ体操、ホットパック等を実施しています。</p> <p>■介護が必要な利用者には個別で機能訓練を実施しています。</p> <p>■個別機能訓練評価表を作成し、一人ひとりの身体機能を把握し、月1回確認しています。</p>	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■月～土曜日に往診があり、随時体調面での対応を行っています。</li> <li>■「巡回時のポイント」に体調変化や異変などについてのポイントが記載されています。</li> <li>■施設のすぐ横に協力病院があり、連絡が密にできており協力体制を整えています。</li> <li>■基礎医学として薬の効果・副作用について看護職員から研修が行われています。</li> <li>■個別の薬事情報をファイリングして、服薬の介助が必要な利用者には看護職員や介護職員により服薬の確認が行われています。</li> <li>■連絡ノートには受診等の詳細が記載されていますが、公的な記録である個別のケース記録には簡易的にしか記載されていないので、個別の記録を充実できるような取り組みが望まれます。</li> </ul>	
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"> <li>■感染症や食中毒に対する予防策や発生時の対応方法は規則要領集や対応集に記載され、各階の職員室に配置しています。</li> <li>■職員は出勤時に検温をし、検温結果や睡眠時間を記録することで、主任等は職員の体調を把握するように努めています。</li> <li>■家族、来館者に向けて、玄関入り口に手洗い、手指消毒などの呼びかけ掲示があり、手指消毒薬を設置し、マスクも準備しています。1階トイレにも掲示し、手指消毒薬、ペーパータオルを設置しています。面会室には、うがい用水、紙コップを用意しています。</li> </ul>	

		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"> <li>■各居室は個室で利用者の私物も自由に置くことができ、利用者にとって安心して過ごせるように配慮されています。</li> <li>■室内だけでなく、ベランダにもベンチが設置され、利用者が思い思いに過ごせるように配慮されています。</li> <li>■毎月、管理会社が建物や設備の点検を実施しています。</li> <li>■車椅子等の備品の点検を定期的に行っています。</li> </ul>	

		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"> <li>■家族懇談会を年1回開催し、家族の要望を把握する機会を設けています。</li> <li>■利用者に状況変化等が生じた場合、電話等で状況報告を行い、家族の面会時にも近況報告を行っています。疎遠であったり遠方の家族には、手紙等で状況を報告しています。</li> </ul>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	南港咲洲養護老人ホームの入居者
調査対象者数	60名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

南港咲洲養護老人ホームを、現在利用されている入居者60名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、33名の方から回答がありました。（回答率55%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- （2）●「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、75%以上の方が「はい」と回答、
- （3）●「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」  
●「職員に声を掛けやすい」  
について、65%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	南港咲洲養護老人ホームの入居者の代理人
調査対象者数	30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）

南港咲洲養護老人ホームを、現在利用されている入居者の代理人30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、14名の方から回答がありました。（回答率47%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」  
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、85%以上の方が「はい」「満足」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
<b>居室</b>	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
<b>設備等</b>	●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