

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】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム かがやき	
運営法人名称	社会福祉法人 双洋会	
福祉サービスの種別	介護老人福祉施設（短期入所介護を含む）	
代表者氏名	達谷 紀昭（施設長）	
定員（利用人数）	54 名 ショートスティ10名	
事業所所在地	〒 557-0012 大阪市西成区聖天下2丁目8番5号	
電話番号	06 - 6627 - 9295	
FAX番号	06 - 6627 - 9301	
ホームページアドレス	<a href="https://www.soyokai.or.jp">https://www.soyokai.or.jp</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:info@soyokai.or.jp">info@soyokai.or.jp</a>	
事業開始年月日	平成27年11月1日	
職員・従業員数※	正規 30 名	非正規 26 名
専門職員※	医師 1名 介護福祉士 33名 介護支援専門員 1名 社会福祉士 1名 看護師 4名 管理栄養士 1名	
施設・設備の概要※	[居室] 全室個室 9室×6ユニット ショートスティユニット 10室	
	全ユニットに共同生活室 浴室 トイレ 地域交流スペース 事務室 ケアプランエンター 特浴 厨房	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	0 回
前回の受審時期	年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

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

## 【理念・基本方針】

### 【法人理念】

#### 「たずさわるすべての人々に幸せを感じてもらえる法人」

- 一. 健やかな毎日を営むことができるよう、日々の安全と安心に努めます。
- 一. 相手を尊重し、思いやりの心をもって信頼の確立に努めます。
- 一. 明るく家庭的な雰囲気のもと、互いに支え合う環境づくりに努めます。

### 【施設理念】

入居者様、ご家族様が安心して託して頂けるよう生活面、精神面共に健やかに過ごしてもらえるよう配慮します。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

かがやきでは、特養だけでなく在宅介護も実施しており、地域の介護窓口でありたいと考えております。入居者様・利用者様に寄り添う介護を目指し、サービスを提供する私達が、「驕らず謙虚に素直な気持ち」をもって、あたたかく携わることを日々心掛けております。

### 【食の理念】

『入居者様・利用者様に心のこもった食事サービス』を理念に、安心、安全で美味しい食事提供を行っております。衛生管理の徹底は勿論の事、健康面でも栄養士によるメニュー管理を行い、和食・洋食など味に変化を付けた、飽きのこないメニュー構成です。

旬の食材を使用した、季節を感じる毎月の行事食など、食を通じて入居者様・利用者様の生活が豊かになるよう、取り組んでおります。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ふくてっく
大阪府認証番号	270003
評価実施期間	令和4年8月8日～令和5年2月27日
評価決定年月日	令和5年2月27日
評価調査者（役割）	0401A138（運営管理委員） 1201A029（専門職委員） 0601A077（その他） 2101A015（その他） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

施設は、西成区と阿倍野区の区境近くにあり、広い市道に面しながらも比較的静かな住宅街に立地しています。近くには公園や公共交通機関の駅もあるほか、マーケットなどの生活施設も充実しています。

また、上町大地の裾に位置しており、水害のリスクも高くありません。

法人設立や事業開始からまだ歴史は浅いですが、高齢者福祉サービス激戦区にあって、施設長はこの地で一番に評価される施設を目指して、そのためにはまず内部の充実を図ることに努めています。

福祉サービス第三者評価は初めての受審ですが、施設長は主任とともに、第三者評価調査者養成研修を受講し、その受審異議や評価基準項目の理解を深めて受審しました。

第三者評価結果を踏まえて、改善に向けた取組を加速されることが期待できます。

### ◆特に評価の高い点

#### ■施設長の指導力

施設長は、職員一人ひとりの研修姿勢を吟味したうえで積極的な受講を支援し、必ず施設にフィードバックさせています。また、指示待ちではだめだと職員一人ひとりの自発性を鼓舞してサービスの質の向上に強い指導力を発揮しています。

#### ■働きやすい職場づくりと職員の定着

施設長は、着任した当初からの目標として、施設側の事情で職員が退職することがない職場を目指し、超過勤務の削減、多様な休暇制度の創設などを実践して、職員の高い定着率を実現しています。

#### ■1日の過ごし方

利用者が進んで行うことを役割として見守ったり、自由に楽しんでもらえる企画を検討して取り組んでいます。

#### ■入浴支援

利用者の心身状況に応じて多様な設備と支援方法を用意して快適な入浴支援を行っています。

## ◆改善を求められる点

### ■中・長期計画と単年度計画

理念・基本方針に基づいて法人・施設が目指している方向を内外に明確に示すために、中・長期計画を策定するとともに、中・長期計画を踏まえた単年度計画を策定することが求められます。また、これらの計画の主な内容を利用者等にわかりやすく説明することは、利用者等の理解や安心、協力を得る意味で大切です。

### ■実習生の受入

コロナ禍以降、実習生の受入が途絶えています。ウイズコロナ社会における受入れ体制を整えて、実習生やインターシップなど、福祉専門職の育成に貢献する取組を期待します。

### ■地域との交流

R4年度事業計画に、施設が地域福祉の拠点となるべく地域との交流を活性化させたいとしています。地域福祉を盛り上げるとともに、施設が地域で一番と評価されるようになるために、地域に向けたアウトリーチの活動が期待されます。

### ■ボランティアの導入

ボランティアの導入は、施設に外部の風を入れて運営の透明性を高めるとともに、施設と地域のつながりを深めて地域福祉に貢献する大切な活動です。ウイズコロナ社会における創造的な取組を期待します。

### ■地域の福祉ニーズ等の把握と地域貢献

社会福祉事業者には、地域に潜在する多様な福祉ニーズ等にもとづく公益的事業・活動が求められています。そのためには、まず地域に潜在する多様なニーズを把握することが求められます。

### ■利用者満足の把握

利用者の満足度を定期的・客観的に把握する取組みが求められます。

### ■苦情解決体制の公表

苦情への対応体制や、苦情の解決状況などを、苦情を申し出た利用者や家族に配慮したうえで、苦情内容やその解決結果等を公表することが求められます。

### ■相談や意見の表明

利用者が、方法や相手を選択することを妨げられることなく相談したり意見を言うことができることを、より明確に利用者に示していくことが大切です。

### ■標準的実施方法

福祉サービスの実践や新任職員へのOJTが職員によってバラツクことなく、また支援困難ケースの検討において判断の基礎となる指針として、標準的実施方法を確立して明文化すること、そしてその活用と評価、見直しを継続することを期待します。また、マニュアルには策定・改訂の期日を明記することが求められます。

### ■権利擁護

権利侵害を広義に捉えて、それが発生した場合の対処方法や再発防止の取組についてのマニュアル等を整えて職員間に周知徹底するとともに、そうした姿勢や方針を利用者等にも周知することが大切です。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回、初めての第三者評価受審でしたが、受審して非常に良かったと思っています。地域の社会資源としての役割をもっと果たすべく、質の高いサービスと言えるには何が足りないのか、強い組織を作る為には何が足りないのかを明確にすることを目的として受審した為、今後取組むべきことが明確になりました。また、職員間でも今後取り組むべき事を共有することができました。評価機関の皆様にも、非常に真摯かつ丁寧な対応をいただき感謝しております。次回受審時には、法人として成長した姿を見せたいと強く決意をしています。

## ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	<p>法人の理念、施設理念はホームページ（以下「HP」）およびパンフレットに記載しています。職員倫理規程を定め、これに基づく行動指針が示されています。行動指針には①差別の禁止、②利用者の主体性と個性の尊重、③プライバシーの保障、④人権の尊重と対等な立場での支援、介護、援助、⑤体罰等の禁止、⑥社会参加の促進、⑦専門性の向上と倫理の確立、そして⑧本規定の位置づけ（就業規則における位置づけ）が定められています。これとは別に、施設長はわかりやすい標語として6項目の行動指針を示して周知を図り、職員は毎日唱和しています。しかしながら、職員の周知度を確認する仕組みは講じていません。また、利用者や家族等への周知の取り組みは、コロナ禍中で難しい側面があり、今後の課題となっています。</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>施設長は大阪市老人福祉施設連盟（以下「市老連」という）の理事を務め、施設運営を取り巻く動向に係る情報を把握して、役員や幹部職員間で共有しています。また、部門（特養・ショートステイ・デイサービス）ごとに稼働率推移表を作成し、施設利用状況を毎月チェックして、福祉サービス事業としてのコスト分析を行っています。</p> <p>ただ、そうした状況把握を全職員で共有して、組織として多様な視座から分析する仕組みの構築は今後の課題となっています。</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。	b
(コメント)	<p>施設長をはじめ、役職者が参加する運営会議を毎月開催して、前項で把握した経営課題や時事問題をテーマとして現状や計画の進捗状況を検討しています。経営状況を役員間で共有し、法人の常任理事が推進する監査を実施して課題のさらなる明確化を図り、具体の取組に繋げようとしています。</p> <p>施設長は、明確にされた経営課題についてこれを打開していくには、職員がそれぞれに課題意識をもって行動することが欠かせないと考え、職員一人ひとりに能動的・主体的かつ根拠ある挑戦を求めています。職員間の連携を強固なものとするため、相互に他職種をリスペクトすることと、コミュニケーションの活性化を推進し、実現してきました。今後は、経営状況や改善すべき課題について、職員に一層の周知を図り、組織として具体的な取組が進められることを期待します。</p>	

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。

c

(コメント)

法人創立の想いは、「たずさわるすべての人々に幸せを感じてもらえる」ことにあり、それは施設名「かがやき」に象徴されています。また、「西成区で一番の事業所になろう」や「この施設だけで終わることのない発展（新たな事業展開）」をスローガンとしています。それらの推進には、遠大な構想の実現に向けて、3～5年先を展望した中・長期計画の策定が大切です。  
主任・リーダー育成や財務支出を伴う施設環境整備、あるいは施設の長期保存計画など、単年度では完結しない計画の立案が求められます。  
施設長は、施設管理者として施設運営についての全責任と権限を担って、職員と共に事業を推進していますが、理事長や理事役員とのコンセンサスをいっそう図って、法人としての中・長期計画を策定することを期待します。

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。

c

(コメント)

単年度事業計画は、現状の把握・分析に根ざして策定されることは当然ですが、中・長期計画を踏まえた策定である事が求められます。  
単年度事業計画は、前年度の振り返りから当面の課題について適切かつ具体的に策定されていますが、中・長期計画が策定されていない以上、本評価基準項目においては評価することはできません。  
法人理念が目指す施設運営を具現化するための中・長期計画とそれを踏まえた単年度計画の策定を期待します。

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。

b

(コメント)

各部門・フロアのリーダーが部門を構成する職員から、面談や各種会議で吸い上げた意見等を基に次年度の計画を作成しています。  
施設長は、各部門からの計画を集約するにあたり、副施設長ほか主任や各専門職とともに各部門長から計画説明を受け、計画の目標や根拠を確認して、曖昧な趣旨の計画は認めないなど、強い指導力を発揮しています。  
施設長は、整えた事業計画を年度初めに職員会議等で職員に配布・説明して周知に努めていますが、現場への落とし込みが不十分と感じています。  
施設長は特養およびショートスティ部門について、頻りに現場を回遊するほか、必要に応じて応援にも入り、各フロアの状況を把握して随時に計画の見直しをしています。しかしながら、予め定められた時期に、組織として明確な体制をもって計画の評価や見直しを行う仕組みが構築されていません。

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。

c

(コメント)

施設の取り組みや状況については、HPやパンフレットおよび毎月発行する「かがやき通信」「すまいるレター」、ブログなど多様な方法を用いて、利用者や家族等に伝えていますが、その内容は日々の取り組みや行事内容、職員紹介などが中心で、事業計画の主旨や主な取組内容の積極的な周知としては十分ではありません。  
事業運営に関して利用者や家族等の理解を得るとともに、意見を反映して主体的な参加を促すことが大切です。そのためには、広報活動とともに、利用者会や保護者会等の設定が有効です。コロナ禍中では困難な課題ですが検討を期待します。

I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組

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)

福祉サービスを提供する組織の構造や仕組みについては、自主点検表を用いて基準の適合を定期的に確認しています。また、自主点検に加えて常任理事による法人内監査を併用してダブルチェックを行っています。  
 しかしながら、上記の2点は、組織の構造的な資源や仕組みを評価するものであって、必ずしもサービスの質を評価するものではありません。  
 一方、職員一人ひとりについては各部門長を含めて、上司による面談でそれぞれの目標達成度を振り返り、その評価結果を踏まえて次のステップに向けた改善の取組を行っています。これもミクロのPDCAサイクルとして評価できます。  
 ただ本評価基準項目では、組織として福祉サービスの質の向上を目指すマクロのPDCA（半期あるいは一年の定期的周期で取り組む評価と改善の仕組み）を問うものであり、今回初めて受審した第三者評価における自己評価がこれに当たるものです。  
 第三者評価の受審を契機に、これを継続して組織的なPDCAサイクルの仕組みが定着して機能することを期待します。

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)

重要な改善課題について、①事故・苦情防止対策委員会、②身体拘束防止委員会、③感染予防・褥瘡防止委員会、④看取り委員会、⑤「エンジョイ委！員会」などを設置して、それぞれに各部門から職員が参画して検討しています。  
 前項で評価したように、自主点検表の取組みや法人内監査の実施があり、それぞれ点検・監査報告書がまとめられていますが、これらは必ずしも直接的にサービスの質を点検・監査するものではありません。また、それら評価結果や監査結果に基づいて、職員参画のもとで改善に向けた計画の策定や取組の遂行にまでは繋がっていません。  
 今回受審した第三者評価結果を踏まえて、具体的な改善課題を明確にして、その改善に向けた中長期計画に反映することを期待します。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	b
(コメント)	<p>施設長はじめ、各役職々員の業務負担は職分掌表や就業規則のほか、防火管理体制、消防計画、介護事故発生時フローチャート等に明示されています。</p> <p>施設長は、施設を地区で一番の施設にしようと号令して、職員一人ひとりに自覚と能動的・主体的な取組を促しています。着任してからの方針として、職員間の意思疎通と各職種を相互にリスペクトして協調する関係性を求めています。長として、事業計画や施設運営の幹の部分は譲らず指示する一方、枝葉の部分については、各職員の積極的な行動を、明確な根拠を伴うことを条件に容認し、見守りつつフォローしています。自らの役割や責任を敢えて声にすることはありませんが、職員はよく理解しています。</p> <p>副施設長は、介護主任を務めるとともに、施設長をよく補佐し、その不在時には役割と責任を補完しています。</p> <p>今後は、こうした想いや取組を内外に「見える化」して、流されないようにしていくことが大切です。</p>	
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)	<p>施設長は、市労連主催の研修会等に参加して福祉事業所として遵守すべき法令等の研鑽に努めており、運営会議等で組織内に紹介しています。外部取引先や行政各機関との適正な関係性の保持は、自主点検シートで確認して堅守しています。</p> <p>職員倫理規程と、これに基づく行動指針を定めるほか、令和4年度事業計画の中に、法令遵守とリスク管理を掲げ、職員にその規定励行を促しています。さらに法令遵守マニュアルに、基本姿勢、基本原則、違反した場合の措置、職員の役割や行動規範、施設としての行動規範を定めています。</p> <p>また施設長は、職員に伝えた各種法令の規定が、日々の支援現場において具体的に落とし込むことが不十分であると考え、法令が求める意味を高年齢者支援や地域との関係に照らして、職員一人ひとりに考えさせたいとしています。遵守すべき法令等をリスト化して職員に周知するなどの取組はありません。リスク管理や言葉遣い、コミュニケーションのあり方など、具体のテーマに即して諸法令の内容をすり合わせる学習会の開催を期待します。</p>	
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)	<p>施設長は、職員一人ひとりの研修機会の充実を図っています（詳細はⅡ-2-(3)で評価する）。職員の内外研修参加を積極的に促し、かつ、ただ聴講させるだけではない取組を指導・支援しています。</p> <p>組織体制において、各フロア主任の役割と責任を重視して、能動的・主体的な取組を奨励しつつ、最終的なフォローと責任を保障しています。</p> <p>運営会議や各部門・フロア会議には積極的に出席して、福祉サービスの質の現状について情報の共有と評価を行い、職員の意見を集約しています。また可能な限り、フロアを回遊して状況を把握し、また自らも応援に入る等、現場にも密着して指導力を発揮しています。</p> <p>その指導のもと、ショートスティ部門管理者は、チームを一丸にまとめ、質の高いサービスの提供に努めています。</p> <p>今後は、施設長が率先して福祉サービスの質を評価・分析する仕組みを定着させ、組織的に改善の取組を進める体制を整備することを期待します。</p>	



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)	<p>施設長は、施設稼働率を高位に安定するためには、施設理念の徹底によるサービスの質の向上が第一であり、その基本は利用者や家族に限らず、職員とその家族、そして施設運営に関わる全ての人々の幸せの追求にあるとしています。そのために、職員の処遇改善について多面的に取組を推進しています。（詳細はII-2-(2)で評価）</p> <p>また施設長は、特養3フロアとショートスティフロアの独立性を活用して、それぞれの主任に管理職としてのスキルアップを促しています。特に、ショートスティフロアを特養フロアから独立させていることは、ショート部門スタッフの一体性を高めるとともに、利用者特性への柔軟な対応、感染症対策のメリットなど、多くの面で経営の改善や業務の実効性を高めることに寄与しています。ただ、経営改善や業務の実効性を高めるために、組織内に同様の意識を形成し、業務改善や品質管理の専門チームを設置する取組にはなお改善の余地があります。</p>	

	<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
(コメント)	<p>人材確保については、職場環境の評価が口コミで伝わり、職員からの紹介もあって順調です。施設長は、いわゆる人材紹介会社を使わない方針を堅持しています。令和5年3月から、就職フェアに参加する計画があります。現施設長、副施設長着任後は、職員を離職させないことに徹底的に取り組み、その甲斐あって必要な人材確保が達成できています。</p> <p>特にショートスティ部門では十分な人員が確保されており、特に特養部門とは別に生活相談員を配置していることは高く評価できます。</p> <p>一方、看護師以外に喀痰吸引や経管栄養に取り組める職員が少なく、今後利用者の重度化への対応を目指した専門職員確保の計画が課題となっています。</p> <p>また、特養およびショートスティ各フロアの独立性を高めてリーダー職員のスキルアップに注力する一方で、新任職員や若手職員の育成については、バラツキを生じていることも課題となっており、組織的なOJTシステムの確立が求められます。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>福祉事業においては、数値化できない要素を組み込んだ人事考課の設定は難しく、検討したものの総合的な人事管理の仕組みは導入できていません。役職者の登用は、施設長を中心とした幹部職員による合議で決定していますが、その基準は明らかにされていません。</p> <p>その中で、施設長は「期待する職員像」として、まずは職員一人ひとりが他者をリスペクトし、豊かなコミュニケーションのもとで協調できることをあげています。また、職員面談等で自らも職員とのコミュニケーションに努めて、職員一人ひとりの資質や想いを把握するとともに、職員の目標設定や振り返りを行っています。</p> <p>職員が安心して働きながら将来を展望できるように、何らなの道標を示すことが求められます。</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
<p>(コメント) 施設長は着任以来、離職者を出さないことを第一に上げ、数々の改善を行ってきました。勤怠管理やストレスチェックは当然のこととして、職務のオンオフの明確化を図り、職員の超過勤務ゼロ実現、有給休暇の完全取得の推奨、特別休暇（スマイル休暇、はなまる休暇など）の設定を行いました。また表彰制度を設定するなど、福利厚生の充実にも努めています。それでも「すべての関係者が輝ける事業運営」という理想は高く、さらなる課題に向かっています。</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。	b
<p>(コメント) 「期待する職員像」は、施設長には「協調性のある人、専門性のある人」という想いがあるものの、それを具体的に文書化したり職員に提示し周知するまでには至っていないようです。個別面談は、年2回実施し、日頃の働き方や仕事の悩み、個人目標等の聞き取りを上長が実施しています。しかしながら、それは、一人ひとりの育成に向けた取組にまでは至っていません。離職率が低減し、働きやすい職場となっているとお聞きしました。福祉は、人が人に行うサービスであり、人は「財を成す」という意味での「人財」は組織の財産であるという考えがあります。今後は一人ひとりの人格や人権を尊重し、適正を見極めながら、必要な知識や技術を習得するための育成に向けた仕組みづくりに期待します。</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) 各委員会が次年度研修予定を企画し、事業計画書に年間研修計画を作成しています。また、研修担当職員は、前年度の実施内容を振り返るとともに見直しを行い次年度に反映しています。予定外の外部研修等がある場合は、専門性向上のために必要と思われる職員に声をかけ、研修に参加できるようにシフトを組んでいます。参加しただけの研修に終わらないように、研修後は報告書を提出し、内容によっては内部研修を実施し広く職員に周知しています。しかしながら、この項目でいう計画は、一人ひとりに対応した人材育成における計画性を問うています。「一人ひとりが輝けるように」するためにもより具体的な計画づくりを期待します。</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。	b
<p>(コメント) 各委員会が次年度研修予定を企画し、事業計画書に年間研修計画を作成しています。また、研修担当職員は、前年度の実施内容を振り返るとともに見直しを行い次年度に反映しています。予定外の外部研修等がある場合は、専門性向上のために必要と思われる職員に声をかけ、研修に参加できるようにシフトを組んでいます。参加しただけの研修に終わらないように、研修後は報告書を提出し、内容によっては内部研修を実施し広く職員に周知しています。しかしながら、この項目でいう計画は、一人ひとりに対応した人材育成における計画性を問うています。「一人ひとりが輝けるように」するためにもより具体的な計画づくりを期待します。</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
(コメント)	職業訓練学校や専門学校、歯科衛生士養成校、介護美容研究所等から実習生を受け入れています。実習生受け入れ時には、個人情報保護に関する誓約書や検便、アレルギー報告書の提出を求めています。出勤時における抗原検査や手洗い・うがいの徹底等コロナ禍における受け入れに配慮しています。副施設長が実習生受け入れ窓口となり、各学校等のプログラムに合うように考慮するとともに、実習時の留意点等の説明も行っています。受入れカリキュラムはその都度作成し、フロア担当に伝えています。今後は、専門職の研修・育成に関する基本姿勢を明文化し、実習生受入れマニュアルを整え、施設としての受け入れ体制づくりに期待します。	

		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)	法人HPで、理念や施設理念、年度ごとの事業活動計算書や資金収支計算書等は公開されていますが、事業報告がアップされていない年もあります。また、苦情・相談体制は第三者委員も選定され施設の1階E Vホールに掲示されていますが、HPでは、苦情体制等の公表はなされていません。「スマイルレター」「かがやき通信」を毎月作成し、季節に合ったレシピ情報や施設での利用者の様子を紹介し、家族や地域の居宅介護支援事業所等の関係機関に配布してます。また、日々の活動は、個人情報に配慮してブログやツイッターを活用して発信しています。地域で一番の施設となるためにも、法人の存在意義や役割を明確にし、苦情や相談内容に関する改善・対応状況等を公表するしくみづくりに期待します。福祉サービス第三者評価は初受審です。	
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)	運営規定において事務職員の職務について規定しています。事務、経理、取引等に関するルールは明確にされていますが、職員への周知は不十分です。毎年実施している自主点検表の取組みや2年ごとに常任理事の会社により自主点検表に基づいた法人内監査の実施、顧問会計事務所や社労士事務所から高齢福祉に関する制度改正の情報や事業経営のアドバイスを受けています。指摘内容に基づき各部門ごとに改善方法について話し合い改善報告書を作成し、積極的に業務の改善を行っています。今後も公正かつ透明性の高い取組みが求められることから、法人経営組織の更なるガバナンスの強化及び事業運営の透明性を図る取組みに期待します。	

Ⅱ-4 地域との交流、地域貢献

Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-① 利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。

b

(コメント)

R4年度事業計画の事業運営方針(3)では、「地域福祉の拠点となり、地域の方々が安心して暮らせる環境づくりに貢献できるよう開放的で透明性の高い経営を目指します」としています。また、施設長からは、「地域の福祉を盛り上げ、持続可能な施設づくりを目指します」とお聞きしました。しかしながら、文書化されていても職員へ届いていないようです。今後は、具体的な内容へ落とし込み職員への周知に期待します。コロナ禍により地域との積極的な交流は滞っている状況ですが、施設6階の地域交流スペースを活用して介護美容研究所の協力で行う「かがやきサロン」や出張デパート「かがやき屋」、地域の学校への働きかけ等、施設長をはじめ職員は、利用者やご家族等の活動範囲を広げるために、また、施設と家族、施設と地域と積極的なかかわりを持つための取り組みについて準備を整えています。

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。

c

(コメント)

コロナ禍においても十分配慮しながら、介護美容研究所の卒業生によるケアビューティボランティアを受け入れ、メイクやネイル、フットケアなどを実施しています。ボランティアの活動は、利用者が地域コミュニティとつながる手段の一つと考えられます。また、職員の負担を減らしたり、利用者の満足度を高めたり、QOLの向上につながることも期待できます。効果的なボランティア活動を促進していくうえにも具体的な受入れ体制を確立し、ボランティア受入に関する基本姿勢や学校教育等への協力姿勢等を明文化し、ボランティア受け入れマニュアル等の整備を期待します。さらに、児童生徒が交流活動を通して高齢社会がどのような社会であるかを学び、実際に地域社会や高齢者のために主体的に行動する意欲をはぐくんでいくことにつながると考えられることから、お互いにとって良い取り組みとなるような地域の学校への働きかけに期待します。

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。

b

(コメント)

生活相談員が近隣地区の老人保健施設等の相談員と協議会を開催しています。リアル会議が実施できていない状況でも電話等で情報交換を行っています。聞き取り調査では、関係機関と連携して緊急ショートステイの受け入れも行っているとお聞きしました。利用者へのサービスの質の向上のために必要な関係機関等の連携先をリスト化・見える化し、連絡方法などを職員間で共有することに期待します。

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 地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	b
<p>(コメント) 施設長は施設長研修会等に参加したり、関係機関と協議し、地域の福祉ニーズや地域の生活課題等について把握し、運営会議等で地域の福祉ニーズ等について話す機会を設けています。区社協の実施する「ふれあい喫茶」に参加して地域の方たちや関係機関と交流しニーズ等の情報収集を行っています。事業運営方針(3)では、「地域福祉の拠点となり、地域の方々が安心して暮らせる環境づくりに貢献できるよう開放的で透明性の高い経営を目指します」としています。地域包括支援センターや各種地域団体、居宅介護支援事業所の介護支援専門員(以下、「CM」)と連携し、より具体的な取り組みに期待します。</p>	
Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズ等にもとづく公益的な事業・活動が行われている。	c
<p>(コメント) 事業運営方針において「地域の方々が安心して暮らせる環境づくりに貢献する」と掲げている施設として、24時間365日介護を提供する施設の強みを生かした取組みが求められています。施設長は、他の同業事業所の取組事例を参照して、当地に適した地域防災の取組みを行いたい考えがあります。R4年に作成した「自然災害発生時における事業継続計画」において、南海トラフ地震の震度や河川氾濫区域、高潮浸水区域等を調査しており、その結果、自然災害に強い立地環境であることを把握しています。今後はそれを活かした災害時避難所として「避難者用の災害時支援継続・備蓄整備マニュアル」等を整え、公的な事業活動が行えるようなくみづくりに期待します。</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。	b	
<p>(コメント) 法人理念「たずさわるすべての人々に幸せを感じてもらえる法人運営」に基づき、倫理規程、法令遵守マニュアルには、利用者を尊重した福祉サービスの提供について記載されています。例えば、利用期間が長い利用者に対して親しみを込めたつもりの声掛けが利用者の尊重を損ねていないか等、職員同士の日々のコミュニケーションの中で確認しています。福祉サービスは、人が人に行うサービスであり、経験値の高い職員が施設のマニュアルとは異なる支援を行っていないかについて、経験値の高い職員に対して新人研修で行う介護動作確認を実施する等で確認するしくみも整えています。年2回、身体拘束廃止委員会が中心となり、身体拘束廃止研修を行い、その際には利用者の尊重や基本的人権、権利擁護など、その都度、職員等が欲している内容について研修を実施しています。</p>		

Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保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)	重要事項説明書にプライバシー保護についての施設の取組を明記し、契約時に説明し利用者や家族等に周知を図っています。倫理規程や法令遵守マニュアルには、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を明記してありますが、職員の認識は低いようです。本人の身体状況により声掛けがスムーズにいかない利用者もおられるとは思いますが、「言葉を手渡す」ような気持ちを持ち適切な声かけ等の日々の支援について、改めて確認するための勉強会や研修等を実施されることに期待します。施設は、ユニット型全室個室です。入浴に関しては、原則、同性介助としていますが、異性介助が必要な場合は、事前にきちんと説明しています。	
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)	法人の概要や施設理念を記載したパンフレットやHPは整備されていて、施設の様子など写真などにより分かり易いように紹介しています。毎月発行している広報誌「すまいるレター」では施設の行事や食事内容、利用者の活動などを発信しています。施設のパンフレットは居宅介護支援事業所や薬局、介護老人保健施設、クリニックなどに設置しています。また利用希望者には、生活相談員が面談して施設サービス内容等を説明していて、日々の施設の状況をブログなどのSNSで紹介する取組を行っています。 利用希望者には見学を受け入れています。満床状態がつづいており、体験入所等には応じていません。 利用希望者への情報提供について、配布・活用状況、利用者や家族等の意見等を必要に応じて聴取しながら、定期的な見直しを行い、より良い内容へのさらなる工夫を期待します。	
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)	サービス開始前には生活相談員が利用者のご家族へ重要事項説明書や福祉サービス内容をパンフレットなどを使用して説明をしています。CMとサービス担当者会議を開催し暫定ケアプランを作成して、家族へ説明をして、同意とサインを得るようにしています。今回の第三者評価に伴って評価機関が実施した意識調査ではわかりやすく説明を受けたという評価割合が少ないようです。資料は用意しているが、わかりやすくする工夫が不十分ですので、今後は利用者や家族等にわかりやすい説明資料作成の工夫を期待します。	
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)	利用終了後、利用者や他の福祉事業所からの問い合わせなどには電話で対応していて、生活相談員が利用者への問い合わせ内容などを記録しています。福祉サービスが終了した際には、口頭での説明はしていますが、今後は、利用者への福祉サービスの継続性を損なわないように、引継ぎ文書のフォーマットを定めることと、サービス終了後の対応方法を文書化して家族等に手渡すなどの取組を期待します。	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足の上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
<p>(コメント) 利用者の満足度については、日々の介護支援の中で口頭で確認したり、意思を表出することが困難な利用者へは表情や声のトーンなどから満足度を図るようにしています。食事の満足度調査は定期的に行っていますが、食事以外の満足度調査は定期的には行っていません。また家族会はなく、家族の満足度を把握する取組は十分ではありません。今後は利用者満足度を図るアンケートを定期的実施して、その結果を分析することにより、利用者や家族の満足度の向上を図る取り組みに反映することを期待します。</p>	

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。	c
<p>(コメント) 重要事項説明書に、サービス提供に関する相談・苦情の記載があり、手順、責任者、窓口などが記載されています。また苦情解決に関するマニュアルや相談苦情対応シートは整備しています。入口に意見箱はありますが、各階に整備されていないようです。また意見箱の内容は掲示や公表はなされていないようです。苦情には職員同士で話し合い、改善の方法を生活相談員に伝えて、家族へ連絡するように取り組んでいます。小さな苦情も記録に残して、苦情を申し出た利用者や家族に配慮したうえで、苦情内容やその解決結果等を公表することが求められます。</p>	
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。	c
<p>(コメント) 各階にソファを設置して相談しやすいスペースを確保していたり、日々の介護支援でのコミュニケーションを取りながら対応しています。運営規定に、利用者に対し、その相談に適切に応じるとともに必要な助言その他の援助を行う、との記載はありますが、内容の掲示など分かり易くする工夫が不十分です。相談方法等を説明した文書を施設玄関や各ユニットなど分かりやすい場所に掲示するなど利用者や家族等に十分に周知される取り組みを期待します。</p>	
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) 日々の介護支援で利用者の要望に対して職員同士で話し合っってスピード感をもって対応していますが、アンケート調査の取組やマニュアルなどはなく、都度の判断となっています。今後は、組織として、マニュアル等の策定とその定期的な見直しを期待します。</p>	

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
<p>(コメント) 事故発生防止に関する指針を定め、事故・苦情防止対策委員会を設置しています。委員会は3か月に1回開催し、施設全体としての事故を振り返り傾向分析をおこなっています。介護事故発生時の報告フローチャートを作成し、初期対応から最終までの事故報告書作成し、施設内各部署への報告・回覧、施設長への報告と手順が決められています。ヒヤリハットは報告や記録の蓄積が少なく、また、利用者の身体に内出血を発見した時は事故報告書にて報告・記録されています。内出血に関しては、その重要性に鑑み、新たに専用の報告書作成する等、新たに作成する等、書式の見直しが行われていますが、あらゆる事故を想定した安全確保の対応マニュアルの策定と、定期的な見直しを期待します。</p>	

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)	感染予防委員会を月1回開催し、感染症予防及び衛生管理・消毒マニュアルを整備しています。年に2回感染予防の内部研修を実施し、職員間で共有を図っています。新型コロナウイルス感染予防対策として、職員は2週間に1回、利用者は37.5°以上で抗原検査を実施しています。うがい、手洗いの方法はもとより、空気清浄機の設置をはじめとする利用者の安全確保のための環境整備が行われています。常に新しい知見に基づいた対応を図るために、マニュアル等の定期的な見直しを期待します。	
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)	天候不良時運営マニュアル、防災管理体制・防災マニュアルが整備され、緊急時連絡メーリングリストも整備されています。災害時に備えて各フロアに3日分の食料品が備蓄され、リスト化されています。施設内での利用者や職員の安否確認等はSNSを使って行われることになっています。防災訓練は、利用者はフロア内での訓練に留まっています。ストックされている備蓄食料品は、ライフラインが遮断された時でも高齢者にとって食しやすい食品であるかどうか検討して、改善の余地があります。BCPは作成されていますが、職員への周知徹底と組織的・日常的な取組が求められます。	

		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。	b
(コメント)	運営規程、職業倫理規定等に利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢が明記されています。各種マニュアルが整備され施設が提供するサービス内容の質の標準化が図れるように取組んでいます。しかしながら、作成された日付のないマニュアルもあり、また、今回に第三者評価に伴って評価機関が実施した職員の意識調査では、標準的な実施方法については「わからない」も一定数います。職員への周知徹底が求められます。	
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)	組織として標準的な実施方法の検証・見直し等について、時期やその方法は明確に定められていません。各マニュアルの検証・見直しの仕組みや手順等の整備が求められます。	
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。		
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)	個別の福祉サービス実施計画の策定は、手順に添って実施されたアセスメントに基づいています。CMが中心となり、6カ月毎にケアプランの見直しを行っています。また、ケアカンファレンスを開催し、サービス提供に関わる多職種とニーズやアセスメントを共有しています。しかしながら、利用者によっては細かいニーズがひろえていない現状もあるようです。利用者一人ひとりの細かいニーズを把握する取組を期待します。	



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) 福祉サービス実施計画の見直しについては、見直しの時期、利用者や家族の意思の把握と同意を得るための手順等の仕組みを整備して、実施しています。また、見直しによって変更された内容については、フロアミーティングで共有しています。緊急に福祉サービス実施計画を変更する場合、手順や関係職員への周知の方法等についても明確にすることを期待します。</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。	
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) 介護サービスは「計画」によって実施され、「記録」によってサービス提供の事実を確認・報告するシステムとされています。法人の「法令遵守マニュアル」にも記録の大切さが記載されています。現在、特養は手書きにより記録し、ショートステイはPCを使用しソフトによる記録となっています。記録の仕方に違いはありますが必要な内容が記録され、いつでも確認でき情報の共有化は図られています。施設長は、業務の効率化や情報のリアルタイムの共有化のためにITC化は欠かせないと考え、現在のソフト更新時に新たなソフトの導入して施設全体のITC化を検討しています。期限を決めてITC化のための準備を整え、職員に対して使い方等の勉強会等を開催することに期待します。</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。	b
<p>(コメント) 個人情報保護管理の最終責任者は施設長ですが、記録管理の責任責任者を特定していません。施設では「個人情報保護規程」を定め、「運営規定」にも個人情報の保護を規定しています。法人HPでプライバシーポリシーについて掲載しています。個人記録等は、鍵付きの書棚で保管されています。入所契約時の重要事項説明書で個人情報保護について規定し、利用者や家族等に説明しています。また、職員も入職時に秘密情報保持の誓約書を提出しています。運営規定や就業規則に掲載され、「個人情報保護規程」はありますが、勉強会等の研修が出来ていないようです。基本的なことから学ぶ機会を設け、職員間で意識の差異がでないような取組みに期待します。</p>	

## 高齢福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		
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。	a
(コメント)	職員は基本的には利用者の其々が思い思いに過ごせることを大切にしています。介護度が高い利用者が多いですが、自ら何かしたいと申し出がある利用者には、車いすであってもモップ掃除等出来る事を工夫して役割を提供するよう対応しています。複数の活動メニューを用意していますが、個々の選択に合わせ、自由度が高い生活を提供しています。利用者に楽しんでもらえる行事等を企画・実施するために令和4年度から「エンジョ委！員会」を設置し取り組んでいます。	
A-1-(1)-①	利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	—
(コメント)	本評価項目は特別養護老人ホームには適用しません。	
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。	—
(コメント)	本評価項目は特別養護老人ホームには適用しません。	
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
(コメント)	「接遇マニュアル」や「ケママニュアル」を使って、利用者への接し方や言葉使い、相手の思いを汲み取る技術を学んでいます。ケース記録には利用者の日々の生活から捉えた特徴を記載し職員間で共有しています。しかしながら、忙しくなると言葉づかいも荒くなったり、スピーチロック等の場面も見受けられます。利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉遣いの周知徹底が求められます。ショートステイでは、言葉が出にくい利用者には筆談やジェスチャー等を交えて、意図を汲み取るように努めています。	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	c
(コメント)	「重要事項説明書」に虐待防止、身体拘束廃止、秘密保持、個人情報保護等を説明し、利用者や家族等から同意を得ています。「職員倫理規程」に基づく行動指針に「人権の尊重と対等な立場での支援、介護、援助」に関する規定を定め、「身体拘束適正化のための指針」に基づき身体拘束廃止委員会を設置し、やむを得ない場合の方針として「身体拘束発生時の対応に関する基本方針」等をまとめ、「高齢者虐待防止・身体拘束マニュアル」を整えています。年2回以上身体拘束に関する研修に取り組んでいます。また、各部署からの報告に基づき、研修の内容を精査し次年度の研修計画に反映しています。今後は、定期的に関催している委員会において、権利侵害が発生した場合の再発防止策等を検討する仕組みや運営規定における「人権の擁護及び虐待の防止のための措置」として講ずるべき項目に関する規定やマニュアルを整え、職員に周知徹底する取組みを期待します。	

		評価結果
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
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
(コメント)	施設内は清潔で、自然光があり、落ち着いた色調でまとめられていて、施設は完全個室で9部屋ごとをワンユニットとして、職員2人以上で対応するなどゆったりとした体制をなっています。共用スペースにはソファを置いたり、利用者によって書かれた絵を掲示したりして、クリスマス会や誕生会など毎月イベントを開催することで利用者にとって楽しく、くつろげる取り組みをしています。	

		評価結果
A-3 生活支援		
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
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。	a
(コメント)	入浴介護マニュアルは整備されています。浴室には暖房設備があり、寒い季節には入浴30分前に脱衣室を含めて暖かくするようにしています。各階にはリフトを併設した浴室が2箇所と2階には特浴室があり、利用者の心身の状況に配慮した入浴計画に対応しています。利用者は午前3人、午後3人、週二回入浴とゆったりとした計画となっていて、利用者の意向に合わせて入浴してもらっています。	
A-3-(1)-②	排泄の支援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)	排泄介助マニュアルは整備されています。利用者の心身の状態に合わせておむつ対応を行っています。利用者への排泄の介助をするに際して、骨折につながる恐れがある場合は無理に自立支援の対応をしないなど配慮しています。定時のトイレ誘導ですが、利用者の羞恥心に配慮した声掛けを心がける取り組みを期待します。	
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。	a
(コメント)	移乗・移動・外出・通院介助マニュアルが整備されています。認知症予防や運動機能低下予防の観点から、利用者に動いていただいたり、立ったりすることで筋力を使ってもらえるように支援したり、レクリエーションには運動するような内容のものを取り入れています。また利用者の移動は、過度に支援せず極力見守りを旨としています。	
A-3-(2) 食生活		
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
(コメント)	利用者に対して、毎月「栄養だより」を作成して、掲示するようにしています。毎週掲示する献立表にイラストやお勧め献立をピックアップして目がひくようにしていたり、イベント食や行事食には季節感が感じられる食事や盛り付けをおいしそうに見えるようにも工夫しています。職員はとなりに寄り添って、おしゃべりしたりしながら楽しい食事の提供に努めています。食事の楽しみをより向上するために、食事メニューを選択できる取組みの検討を期待します。	

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。	a
(コメント)	食事介助マニュアルは整備されていて、管理栄養士は3か月毎に利用者の栄養や身体状況に合わせて栄養ケア計画を作成しています。また生活相談員などと会議を行い、利用者のケアプランを作成して、家族へ同意を得るようにしています。食事のペースは利用者に合わせて提供していて、全介助が必要な利用者の横に一人の職員がついて介助しながら、他の利用者の状況を把握するようにしています。食事の大きさは一口サイズ、ギザギザ、ごく刻み、ペースト、ゼリー食など利用者に合わせて食事の提供をしています。	
A-3-(2)-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)	口腔ケアマニュアルは整備され、利用者の様々状態（寝たきりの人・認知症のある人・入歯を利用する人等）の口腔ケアの留意点や実施方法等が記載されていますが、利用者個別の口腔ケア計画の作成には取り組まれていません。毎食後の歯ブラシ等は、自力で行える入所者に関しては声掛けで促しています。また、入歯は外して洗浄しています。歯科医師や歯科衛生士は週に1回来所し入所者の口腔状態を確認しています。口腔ケアは歯科疾患の予防にとどまらず、肺炎など種々の疾病や認知機能の低下を予防することにも繋がります。歯科医師等の助言・指導を受けた口腔状態や咀嚼・嚥下機能の定期的なチェックの実施や評価・見直し等の取組を期待します。	
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	b
(コメント)	「褥瘡対策のための指針」を策定し、3カ月に1度、感染予防・褥瘡予防委員会を開催しています。入浴や排泄の介助時に好発部位の皮膚状態の観察をおこない、発赤等の変化が見られた場合は速やかに看護師に連絡をとって、必要に応じた処置をおこなっています。一方では、職員が実践を積み重ねて、褥瘡ケアのスキルを高めていくことが課題となっています。褥瘡の予防について標準的な実施方法を確立し、褥瘡予防や褥瘡発生後の栄養管理等、看護師を中心に栄養士も参加したアセスメントの取組等を期待します。	
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
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。	—
(コメント)	喀痰吸引・経管栄養については、介護職員で資格を持っている人もおりますが、必要な時は看護師が実施することになっており介護職員による喀痰吸引・経管栄養の実施はありませんので非該当とします。	
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-3-(5)-①	利用者の心身の状況に合わせて機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
(コメント)	専門職の助言・指導を受けての機能訓練や介護予防活動は実施されていませんが、介護職員を中心に生活リハビリを提供しています。利用者のアセスメントをおこない、個々の心身状況に応じて日常の基本動作能力の維持のための計画を作成し、必要に応じて見直しをおこなっています。利用者の機能の向上や現在もっている機能を維持するために専門職と連携した取組を期待します。	

A-3- (6) 認知症ケア

A-3- (6) -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) 「認知症ケアの心得」に基づき、認知症の高齢者に対しては、常に支持的・受容的な関わりと個人に合わせた対応を心がけています。共用スペースには利用者に合わせて家具等を配置し、落ち着いた生活ができるよう支援を行っています。日々の関りの中で認知症状の進行に気づく場合はフロアミーティング等で共有し、看護師に報告して医療機関につなぐ等必要な対応をおこなっています。ショートステイではCMと連携して、家族に向けた認知症ケアのアドバイスを実施しています。特養やショートステイの職員が認知症の医療・ケア等について最新の知識・情報が得られるような研修や個々の利用者の行動・心理症状(BPSD)についての勉強会等の取組を期待します。

A-3- (7) 急変時の対応

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
-------------	---------------------------------------	---

(コメント) 緊急時対応マニュアルを作成し対応手順が確立しています。服薬管理や医療面でのサポートは看護師が担っています。日常はケース記録や看護記録等で入所者の健康状態を記録・把握しています。また、入所者の体調変化は日中活動時や入浴時の観察で捉えています。内服薬は看護師中心に管理しており、誤飲や飲み忘れがないように多重チェック体制が整っています。看護師不在の時、どの職員でも入所者の体調急変に対し慌てず落ち着いて行動ができるように、高齢者の医療(健康管理・病気・薬等)に関する研修を期待します。

A-3- (8) 終末期の対応

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。	a
-------------	-----------------------------------	---

(コメント) 看取り委員会を設置し方針と対応手順が確立しています。利用者が元気な時に看取り介護の意思を確認し、施設で終末期を迎える利用者から看取り介護や医療の同意書が提出されています。利用者等の意向を大切に、家族と協議して利用者が安心して穏やかに終末期を過ごせるケアに努めています。看取り委員会では、施設で最期を迎えた利用者について支援を振り返り、家族の思いやケアを通じて経験したことを職員で共有し、職員の不安の解消にも努めています。

評価結果

A-4 家族等との連携

A-4- (1) 家族等との連携

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。	a
-------------	--------------------------	---

(コメント) 毎月「すまいるレター」を発行し、施設内のイベント報告やご家族への連絡事項など施設の日常を伝えています。1~2か月ごとに生活相談員が利用者の状況について家族等に電話で報告を行っています。また、利用者の家族等とはSNSなど新しいツールも利用するなどいつでも連絡とれる仕組みをつくり、報告の内容は相談員記録に記載しています。ショートステイ利用者の家族等とは送迎時やCMより電話などで利用者の様子を伝えるようにしています。

評価結果

A-5 サービス提供体制

A-5- (1) 安定的・継続的なサービス提供体制

A-5- (1) -①	安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	—
-------------	-------------------------------	---

(コメント) 本評価項目は特別養護老人ホームには適用しません。

## 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かがやき（ショートステイを含む）の利用者および家族等
調査対象者数	特養54人（有効回答数7）・ショートステイ20人（有効回答数7） 特養入所者の家族54人（有効回答数34）
調査方法	自記式質問紙留置法

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

#### 結果の要約

##### 【特養・ショートステイの利用者】

- ・特養、ショートステイとも利用者の8割以上が施設での生活に満足と答えており良好な結果です。
- ・個々の内容において、特養では全員「はい」とする項目も多くみられます。  
【施設内の生活スペースが清潔で過ごしやすい】【職員の言葉遣いや態度、服装】  
【気持ちを大切にしてくれ優しく接してくれる】などが特に評価されています。  
ただ、支援計画をわかりやすく説明してくれたかという点では、特養で「いいえ」の否定回答が多くなっています。  
また、機能訓練には特養、ショートステイとも「はい」の比率が少なくなっています。

##### 【特養利用者の家族】

- ・利用者家族から見て、施設のサービスを総合して満足している割合は94%で非常に高くなっています。【利用者の体調管理】【職員の言葉遣いや態度】【電話や窓口での対応】  
【家族との相談体制】などがとくに信頼されています。
- ・しかしながら、不満や否定的な感情を抱いている家族も6%いて、無視することができません。
- ・コロナ禍で面会が制限され、中の詳しい様子がわからないまま、わずかな接点や転倒など事故をきっかけに不信感を持ってしまうケースもあると見られます。
- ・家族との連絡は密に取っているようですが、さらにはいねいな対応が期待されます。

## 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