

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 旭さくら苑	
運営法人名称	社会福祉法人 清水福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	(施設長) 菊野 和雄	
定員(利用人数)	130 名 (ショートステイ10名を含む)	
事業所所在地	〒 535-0021 大阪市旭区清水三丁目15番23号	
電話番号	06 - 6957 - 8008	
FAX番号	06 - 6957 - 8009	
ホームページアドレス	https://www.seisukai.net/fukushi/sakura_en/	
電子メールアドレス		
事業開始年月日	平成16年4月1日	
職員・従業員数※	正規 59 名	非正規 38 名
専門職員※	社会福祉士 1名 介護福祉士 38名 (内、非正規 16名) 介護支援専門員 2名 医師 3名 (内、非正規 2名) 看護師 7名 (内、非正規 3名) 管理栄養士 3名 (重複を含む)	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 36、四人部屋 23、二人部屋 1 (いずれも、トイレ・洗面台完備)	
	[設備等] 食堂 6、職員食堂、浴室 2 (一般浴・機械浴)、 静養室 2、トイレ 2、相談室 2、更衣室 2、 介護職員室 2、洗濯室、倉庫ほか	

※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29 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】

【清水会グループ 理念】

- (1) 私達は、医療、介護、福祉を通じ地域に貢献する。
- (2) 私達は、多くの方々に愛される施設をめざす。
- (3) 私達は、調和のとれた、豊かな人間性の育成につとめ、誇りと責任を持ち、日々研鑽を重ねる。

【旭さくら苑 職員目標】

- ① 生活のリズムを大切にし、「普段の生活の継続」を重視します。
- ② 「もう一つの我が家」として、自分ならどのような生活がしたいかという視点を忘れません。
- ③ 常に「チームケア」を展開し、個人個人のケアを考えていきます。
- ④ 可能な限り、研修の機会を増やし、自己研修も積極的に行います。
- ⑤ 清水福祉会の職員としての誇りと自覚を忘れず、日々成長していく職員を目指します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・ 人員配置（基本 3：1）当苑 2.0：1の人員配置（従来型・多床室個室採用）
- ・ 法人グループ内 事例発表開催（年1回）
- ・ 勉強会の充実（法人教育係による年間計画：新人～管理職）
- ・ 初任者研修教室開催（専門学校委託）
- ・ 介護福祉士受験対策講座開設
- ・ 新入職員入職前研修実施
- ・ ラダー研修実施
- ・ プリセプター制度(新人教育制度)導入
- ・ 介護手帳配布
- ・ 新人職員フォローアップ研修実施
- ・ リーダーシップ(人材育成)研修実施
- ・ 多職種協働研修実施
- ・ マナールールブック配布
- ・ 地域交流センター開放（ふれあい喫茶・子育て教室・いきいき体操教室）
- ・ 地域との交流（秋祭り開催・遊クラブ）
- ・ 地域防災訓練参加
- ・ 地域へのイベント参加（年6回）
- ・ 移動図書館へ駐車スペース開放
- ・ 社会福祉士実習施設
- ・ 介護福祉士実習施設
- ・ 関西医科大学学生実習受入施設
- ・ 大阪信愛学院大学看護学部実習受入施設
- ・ 障害をもつ中高生の「しごと体験」受入施設
- ・ 地域中学生福祉奉仕体験学習受入施設
- ・ 小学生福祉施設訪問見学受入
- ・ 介護予防ポイント事業受入登録施設（大阪市社会福祉協議会）

【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5年8月4日～令和6年1月19日
評価決定年月日	令和6年1月19日
評価調査者（役割）	1701A029（運営管理委員） 2101A030（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・特別養護老人ホーム 旭さくら苑（以降、施設）は、社会福祉法人 清水福祉会（以降、法人）が創立者の地元である大阪市旭区・城東区と隣接の守口市において運営する福祉施設10か所の内、特別養護老人ホーム（特養）4か所の一つで、平成16年4月、地元住民に永年親しまれた小学校跡地に建設されたさくら色の外観の鉄筋コンクリート5階建「旭さくら苑」内に開設され、来春には開設20周年を迎える。なお、法人は、医療法人 清水会（せいすいかい）と清水会グループを形成し、医療・介護・福祉面で有機的に連携を行い地域に貢献している。

・施設は、築20年近い建物であるが、外観・内部とも今なお美しく保たれている。施設は、建物の2階と3階にあり、中庭上部の中央吹き抜けの周囲に広い廊下とゆとりある居室（個室・多床室）等が配置され、清潔で整理整頓が行き届いている。

・施設の居室は、個室(36)と多床室(24)からなる従来型であり、多床室も趣のある建具で仕切られ、準個室化に改装している。各フロアに食堂を3か所ずつ配置し、食堂単位の会議の充実や食堂ごとに職員を固定配置するなど、従来型から準ユニット化を目指し、職員は利用者一人ひとりに合った介護支援に当たっている。

・旭さくら苑には施設のほか、10床の短期入所サービス（ショートステイ）、4階に50床の養護老人ホームと1階に定員55名の通所介護（デイサービス）や居宅介護支援事業所を併設する法人最大の福祉拠点となっている。また、1階に法人本部、事務所、厨房と診療所があり、グループの医療法人 清水会（せいすいかい）との連携により、介護・看護・医療の支援体制が整っており、利用者や家族等の安全・安心に繋がっている。

・施設は、最寄り駅2か所から徒歩5～7分と交通の便が良く、玄関前広場には花壇と桜の木があり、旭さくら苑のシンボルツリーとなっている。施設周辺には、有名な千林商店街のほか季節感のある多くの公園があり、利用者の買い物や散策にも便利な立地にある。

・旭さくら苑1階には、地域に開放し地域住民の各種行事を積極的に受け入れる「地域交流スペース」を配置し、地域との交流を深め多くの住民に愛される施設を目指している。また、近隣住民の誰もが自由に憩える「ふれあい喫茶いずみ」や連合町会が後援し毎年盛大に開催されていた「秋祭り」も今年4年ぶりに部分的に再開され、コロナ禍前の地域住民との盛んであった交流が徐々に戻りつつある。

◆特に評価の高い点

- 清水会グループの医療を加えた介護・福祉での総合的連携が図られている。
グループの医療法人と社会福祉法人傘下の医療機関や福祉事業所との連携のもとで、利用者・家族にとり介護に加え医療や健康管理の良好な環境のもとに安心感が得られている。一方、職員は比較的余裕のある人員体制で働き方や心身の健康にも配慮された職場環境が整備され、地域に開かれた施設には多くの地域住民が集まる良いコミュニティが形成されている。
- 「もう一つの我が家」を目指した職員の献身的介護と創意・工夫が随所に見られる。
利用者にとって広くゆったりした環境で元気で明るい職員に支えられ、一人ひとりに合った我が家のような暮らしが実現している。職員は、設備とサービスの両面で随所に創意・工夫を凝らし、利用者の暮らしの継続に努めていることが窺える。
- 利用者の快適な暮らしへの工夫
建物は築19年になるが、苑内は明るく清潔に保たれている。4人部屋は、和風の建具で仕切られ準個室風に工夫されている。改装された室内は、ゆったりし利用者のプライバシー保護にも十分配慮した空間となっている。
- 介護技術のチェックが適切に行われている。
法人が介護手帳や接遇マナールールブックを作成し、標準的な実施方法として記載し全職員に配付している。全職員は、標準的な実施方法に基づくサービスの実践が出来るか介護技術のチェックを年3回受け、技術不足の場合には一定のレベルに達するまで研修を受けている。統一した介護サービスの提供が出来ていることが窺える。

◆改善を求められる点

- 施設の「期待する職員像」の明文化を望む。
施設の期待する職員像の明文化は、職員にとって施設から期待される従業員像でもあり、施設において自己実現する理想の姿ともなるもので、施設関係者や外部有識者を巻き込み検討するに値する大切なものとの認識に立ち、施設の理念・職員目標や役割基準書等にそれぞれ部分的に記載されているものを一つにまとめ、職員教育等に一層活かすことを期待する。
- 利用者の認知症にかかわる理解の深化と対応についての工夫を望む。
利用者の殆どが軽重はあれ認知症というのが実情であり、認知症に対する職員の一層の理解と対応は大きな課題といえる。「認知症ケア」の外部研修への参加者は、施設における伝達講習等を強化・徹底し、認知症についての知識や情報を共有することで、職員全体が認知症ケアの知識とスキルの向上を目指すことを期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

受審するにあたり、評価項目にそってそれぞれの業務の目的や趣旨を再確認する良い機会であったと感じております
当施設は開設後約20年を経過し、建物・設備としては最新のものではありませんが、蓄積したノウハウや努力の成果を評価された点に関しては大変嬉しく思います。
ご指摘の内容は真摯に受け止め、今後の利用者サービスの質の向上はもちろん、職員にとって働きやすい職場・楽しい職場を実現できるように職員一丸となって努力していきます。

a評価を頂いた項目については、多職種間の連携を図りながら、施設が一体となって、より良いサービスの提供を継続して行きたいと思っております。
コロナ禍で面会や外出の制限があり、ご家族様とご利用者様がお会いできる機会や職員がご家族等と直接話す機会が少なくなりましたが、今後は、感染状況を見据えながら、機会の確保に努めて行きたいと思っております。

◆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"> ・清水会グループ理念は、ホームページ（HP）、施設パンフレット類やグループ広報誌「せいすい」（年3回発行）に掲載し、広く社会への周知を図っている。また、単年度事業計画の冒頭にも記載している。 ・法人の理念や施設の職員目標は、施設玄関ホール、各フロアの掲示板・介護事務所（詰所）等への掲示に加え、理念を記載した「介護手帳」を全職員に配付し、さらに必須研修における説明等により全職員に周知を図っている。 ・利用者や家族等には、入所時の説明のほか広報誌を配付することにより継続的な周知に努めている。 	
		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"> ・社会福祉事業全体の動向や地域の状況については、市老連（大阪市老人福祉施設連盟、2か月ごと開催）、旭区社会福祉施設連合会（3か月ごと開催）やWAMNET（ワムネット：福祉医療機構運営の福祉と医療を支援する総合情報サイト）等で具体的に把握している。 ・施設の数値目標については、毎月集計のうえ経営状況を把握し分析している。 ・毎月の在宅会議にて施設の現状報告と地域の分析を行い、法人運営会議にて法人の現状や計画の把握と施設の現状報告を行っている。 ・法人財務ミーティングにて、法人や施設の状況を把握し対策を協議している。 	
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"> ・毎月の法人運営会議・在宅会議と施設の目標数値集計にて状況分析のうえ課題の抽出を行っている。 ・法人の雇用会議（年2回開催）にて、職員体制・職員処遇・人材育成の方向性を検討している。施設の目下の課題は、勤務時間短縮による職員の補充、主任・副主任の人材層を厚くすることと認識し、課題克服に取り組んでいる。 ・施設の経営状況や改善すべき課題については、法人運営会議等で役員と共有するとともに、施設職員にも周知を図っている。 	
		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。

b

(コメント)

- ・5か年の中・長期計画が法人において策定されている（A3用紙両面に記載され、一見して理解できる表形式で作成）。SWOT分析（組織の強み・弱み・機会・脅威の4要素による分析手法）による施設の現状分析と5年後のあるべき姿（地区一番の特養となる）を描き、そのギャップを毎年克服していく行動計画（アクションプラン）を財務・顧客・業務プロセス・学習と成長の4視点から策定している。
- ・各視点の達成目標については、適格な文言や具体的数値で示されており、結果が客観的に評価（測定）可能なものとなっている。
- ・5か年の収支表は公表されていないが、計画達成の一里塚ともいえる重要な指標であり、誰にでも理解できる簡潔な収支表の開示を期待する。

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)

- ・中・長期計画を踏まえた施設の令和5年度事業計画が策定されている。
- ・単年度計画は、10項目の重点計画がA4用紙5頁にわたり記載されている。別紙に4視点（財務・顧客・業務プロセス・学習と成長）ごとの現状分析・目標数値・重点施策・責任部署(者)・3か月ごとのアクションプランを記入した一覧表のほか、詳細な収支予算表・行事等の年間スケジュール表・必須研修の年間日程表が添付されている。

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

(コメント)

- ・毎年2月頃に各部署の会議にて次年度の事業計画を協議することから作業を開始し、数値目標等を設定し施設の事業計画に反映している。なお、施設での目標等設定には、BSC（バランス・スコア・カード）の経営手法を活用している。
- ・施設の事業計画案は、法人の運営会議等の検証を経て最終的に理事会で承認され、施設にフィードバックされている。
- ・事業計画は、職員へ周知を図り新年度の目標設定にも活用されている。また、4半期毎に実績の検証を行っている。

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。

a

(コメント)

- ・事業計画の要旨は、1階ロビーに掲示し誰もが閲覧可能となっている。
- ・毎年開催の家族会にて、事業計画の要旨を配付し説明のうえ質疑応答を行っている。
- ・多くの家族等の参加を促すため、コロナ禍前には利用者と家族が1階の地域交流スペースで昼食を取り、その後家族会を開催する工夫を行っていた。

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"> ・施設内に各種委員会（待遇改善、感染対策・美化、事故防止・身体拘束廃止、苦情対策・虐待防止、研修など）を立ち上げ、毎月委員会にて福祉サービスの質向上に取り組んでいる。また、待遇改善委員会では、定期的に施設内を巡視のうえ職員の接遇面での問題点がないか点検している。 ・施設サービス等に関する利用者・家族アンケート調査を実施（直近は10月実施）し、結果を職員が会議等にて共有のうえ評価・分析を行い、現状の利用者への支援が適切かどうかについて検証している。 ・研修等により職員の福祉サービスの知識習得及び介護テクニック向上への取り組みを組織的・計画的に実施している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・各種の評価結果を一覧表にし、職員に回覧することで改善項目の周知と改善に向けた取り組みを推進している。 ・第三者評価を過去3回（直近は平成29年）受審し、結果を福祉サービスの質向上に活かしている。 ・定期的な会議において、問題事項について検討や改善を行っている。また、3か月ごとに施設のスローガンを更新のうえ掲示して職員へ啓蒙に努めている。 	

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"> ・管理者（施設長）は、自らの役割と責任について朝礼や各種会議等で職員に表明しており、必須研修等の機会にも表明している。 ・入職時に役割基準書（職務分掌）について説明を行い、昇進時には役割基準書と職務権限一覧表を配付し職員の理解を図っている。 ・有事における施設長不在時の権限移譲は、役割基準書等に明文化している。 	
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、運営に関する法人研修や市老連などの外部研修に参加し、施設が遵守すべき法令等について正しい理解に努めている。 ・施設長は、施設職員が遵守すべき法令等には、福祉関連法令のみならず雇用/労務・環境保全・食品衛生・消費者保護や個人情報保護など幅広い分野に及びことを認識しており、施設内の各種会議や委員会において法令遵守を徹底している。 	
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、施設のサービスの質向上に意欲を持ち、朝礼・各種会議において具体的な取組みを明示し指導力を発揮している。 ・施設長は、定期的に利用者・家族の満足度アンケート調査を実施し、利用者・家族の要望等の把握に努め、施設での福祉サービスの検証と改善に努めている。 ・施設長は、法人グループによる施設相互訪問による問題指摘を受け、改善に向けた取組みに指導力を発揮している。 	
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
	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、施設の各種委員会において経営改善や業務の実効性につき検証を行い、必要な改善に取り組んでいる。また、施設運営会議の開催で職員が意見を出しやすい雰囲気となるよう環境を整備している。 ・施設長は、ICT端末の導入により利用者の介護支援にかかわる記録等の入出力作業の電子化を図り、業務の実効性を高める取組みを行っている。具体的には、介護記録アプリを活用し、各フロアにパソコン1台・タブレット2台・スマホ3台を常備し、職員が介護現場でいつでも記録を入力・閲覧できることで業務の大幅効率化に繋げている。 ・施設長は、職員配置の適正化等については、主任・副主任の育成に重点を置き主任・副主任が中心となり、会議等で主体的に活躍するよう指導している。 	

		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"> ・人材確保は、法人の雇用会議にて計画的に決定している。採用には、就職フェアに参加し介護職員の「生の声」を聞いてもらったり、各地の大学や専門学校への訪問のほか、ホームページ（HP）の採用サイトの活用などリクルート活動を継続している。 ・人材育成は、法人の教育係主導による新人のフォローアップ研修・資格取得の奨励や講座の開設など豊富な研修プログラムを用意し活用している。 ・職員定着の具体策としては、資格取得への物心の支援・リフレッシュ休暇の充実・悩みの相談窓口(悩窓：なやまど)の設置・ストレスチェックの実施・新入職員へのプリセプター(先輩指導者)の配置や共済加入等による手厚い福利厚生制度などがあげられる。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年度初めに職員が立てた自己目標の進捗に対し、施設長等が年2回面談を実施する目標管理による人事考課制度を導入し運用している。 ・キャリアパス制度を確立し、職員が自ら将来の姿を描くことができる総合的な人事管理が行われている。 ・法人・施設の「期待する職員像」については、理念・職員目標や役割基準書等に部分的に記載されているが、これらを「期待する職員像」として一つにまとめ、職員教育等にさらに活用することを期待する。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 施設では、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した働きやすい職場づくりに取り組んでいる。具体例としては、基準以上の余裕ある人員配置による時間外勤務の削減やリフレッシュ休暇(5～7日)の充実・8時間夜勤制・半日勤務・産休明けの短時間勤務の導入等がある。 職員の定期的な健康診断(1階診療所利用)・心身面のストレスチェック実施・悩みの相談窓口(悩窓)の設置等がある。 福利厚生としては、共済会の親睦旅行や法人での多彩な親睦プログラムが用意され、人材の定着や働きやすい職場づくりを図っている
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 職員は、年初に上長との面談により目標水準など一人ひとりに合った適切な設定を行い、中間期には面談で進捗度と必要に応じ達成方向の再確認を行い、期末に達成度等の評価を行い人事考課に反映している。 職員は、キャリアパス等級表に示された介護知識とスキルの確認と習得に努めている。 法人・施設の「期待する職員像」については、理念・職員目標や役割基準書等に部分的に記載されているが、これらを「期待する職員像」として一つにまとめ、職員教育等にさらに活かされることを望む。
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 単年度事業計画に「研修の充実」を掲げており、法人の教育担当が年間研修計画を立案し、職員一人ひとりに合った知識・資質の向上と職員が参加したくなる魅力的な研修制度を目指している。 研修には、新人研修とフォローアップ(3年間)・主任と副主任のスキルアップ・多職種協働の研修やキャリアラダー講座等多くのプログラムを実施している。 法人・施設の「期待する職員像」については、理念・職員目標や役割基準書等に部分的に記載されているが、これらを「期待する職員像」として一つにまとめ、職員教育等にさらに活かされることを望む。
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設では、職員の知識・技術水準および専門資格の取得状況を毎年確認のうえ職員配置等に活用するほか、専門資格の取得を積極奨励している。特に認知症の知識とスキル習得については、外部講習受講と伝達講習で注力している。また、過去2回施設における認知症サポーター講習で32名の職員が受講しているが、さらに多くの職員が身につけることが急務であり期待する。 職員は、全職員に対する必須研修(10科目)のほか年間計画に基づいたキャリアラダー講義を受講している。新入職員にプリセプターを配置し、先輩職員によるマンツーマンのOJT研修を必要期間(3年)実施している。研修は、非常勤職員を含めた全職員が個々に必要な内外の研修を受講している。 研修には、多くの職員が受講できるよう動画による研修も積極的に取り入れ、受講者が感想文を提出することで研修の効果を上げている。
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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・単年度事業計画の中に「実習・体験等の積極的な受入」を挙げており、介護福祉実習や社会医学実習(医学生)・看護学生の実習を中心にコロナ感染対策を十分行ったうえで、今春には4名の実習生を受け入れている。 ・実習生受入マニュアルを整備し、指導者研修に参加(3名)し、受け入れに万全を期している。 ・実習に当たっては、実習前後と実習中に派遣校教師と実習計画書に沿って打ち合わせを行い、実習の効果を高めるよう努めている。
--------	---

		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。		
(コメント)	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
	<ul style="list-style-type: none"> ・法人のHPにおいて、理念・提供する福祉サービスの内容・決算状況等を公表している。一方、事業計画・事業報告・予算等についても併せ公表することを望む。 ・第三者評価を定期的(過去3回)に受審しているが、最新の評価結果(平成29年度)はHPにもWAMNETにも見当たらない。 ・グループの広報誌「せいすい」(年3回発行)にて、グループ各施設の状況を公開しており、グループ全体を良く把握できる媒体となっている。 	
(コメント)	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
	<ul style="list-style-type: none"> ・経理規程・各役職ごとの役割基準書(職務分掌)や職務権限一覧表が整備されている。また、施設の各種決算資料が、法人HPにおいて公表されている。 ・施設で行う取引や小口現金の取り扱いについては、施設長の確認・承認のもとで行い、本部経理が定期監査を実施している。 ・法人の会計部門においては、外部監査人及び公認会計士2人の監査を受けており、公正かつ透明性の高い経営・運営が行われていることが窺える。 	

		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。		
(コメント)	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
	<ul style="list-style-type: none"> ・施設は、グループ理念にある「医療・介護・福祉を通じ地域に貢献する」、「多くの方々に愛される施設をめざす」を実践している。施設が地元連合町会の後援で開催する「秋祭り」は、地元との最大の交流事業で、多くのボランティアの協力を得て、近隣住民と共に盛大に開催している(4年ぶりに再開した今年は、施設関係者だけで催している)。 ・施設1階の「地域交流スペース」を広く一般に開放している。このスペースを利用して実施の事業には、子育て教室、フレンズ・遊、ふれあい喫茶・いずみ、なにわ元気塾(生き生き教室)、地域活動協議会の集会などがある(現在、コロナ禍で一部の活動を中止)。 ・地域における社会資源の活用を推奨し、利用者・職員は地域での日用品の購入のほか1階診療所での健康診断など活用している。 	

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"> ・ボランティア規程と手順書を整備し、受入れの基本姿勢を明文化している。 ・秋祭りの開催には、地域の団体・各種専門学校・演者ボランティア（演奏・歌唱・エイサー踊り等）等の協力を依頼している。また、公的機関（行政・警察署・消防署）の参加も推進している。 ・ボランティアのほか、地元小・中学校の施設見学や職場体験・保育園児も受け入れ利用者との交流を図っている（現在はコロナ禍で中止）。また、施設は、地域住民の介護予防ポイント事業にも参加している。 	
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"> ・玄関受付に「介護サービス事業所ガイドブック」等の資料を常備し、必要な人が自由に持ち帰れるようにしている ・地域における連携機関の一覧表（行政、警察署、消防署、医療機関、福祉施設、電気・ガス・水道会社等）を整備のうえ介護事務所（詰所）等に掲示し、緊急時等の通報等に役立てている。 ・市老連(大阪市老人福祉連盟)や旭区社会福祉施設連絡会に参加し、相互に情報交換を行っている。 	
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	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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・併設の居宅支援事業所が旭区居宅支援事業所連絡会に加入しており、地域福祉のニーズ等の情報を得ている。 ・施設1階の「地域交流スペース」において、秋祭り・ふれあい喫茶・子育てサロン等を独自・併設施設または区社会福祉協議会と協働し開催していた（現在、一部は依然コロナ禍の影響で休止中）。早い時期の再開を期待する。 ・介護・養護・障がいや子育て等の相談会を近隣福祉事業所との共催や、子どもと利用者との交流など新たな福祉ニーズへの取組みの模索・検討を期待する。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・単年度事業計画の中に「地域とのかかわり」を挙げ、地域と一体で行う秋祭りや遊クラブの全面再開、地域との各種防災連携等の実践を目指している。 ・地域の一人暮らし高齢者に対する、在宅支援事業を実施している。 ・災害時における福祉避難所として、旭区と協定を締結し防災用品等の保管場所の提供を行っている。 	

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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程の方針に、「入所者の意思及び人格を尊重し、常に入所者の立場に立って…」、「入所者の人権の擁護、虐待防止等のため…」等の規定があり、利用者を尊重する施設の姿勢を明示している。 ・施設では、利用者の尊重や人権・権利擁護に関わる「倫理・安全管理、ハラスメント、接遇、身体拘束、虐待防止、認知症ケア」等を全職員への必須研修として毎年計画的に実施し介護に活かしている。 ・職員は、施設の「倫理綱領」に沿った利用者支援を実践している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設では、プライバシー保護マニュアルを整備し、利用者のプライバシー保護に配慮した福祉サービスに努めている。 ・職員は、入職時に配付された「介護手帳」と「接遇マナールールブック」を携帯し、接遇等の研修受講と併せ利用者のプライバシー保護に活かしている。 ・居室は個室（36室）のほか4人部屋等の多床室（24室）からなる従来型施設ではあるものの、多床室に和の趣を感じさせる仕切りを設け準個室に改装し、すべての部屋にトイレと洗面台を完備するなどの工夫を行い、設備面でも利用者一人ひとりのプライバシー保護に努めている。 	
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"> ・HPやパンフレット（区役所窓口や施設1階に常備）に、法人理念、施設の入所基準や手続きの流れ、支援内容等の施設情報を利用希望者等に分かりやすく紹介している。 ・施設では、生活相談員が利用希望者等に随時対応し、写真等を利用し丁寧な説明を行っている（コロナ禍の現在は施設内見学を中止）。 ・施設の短期入所（ショートステイ）利用することで体験入所が可能である。 	
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"> ・入所に当たっては、生活相談員が重要事項説明書や契約書に沿って説明のうえ利用者等の納得が得られれば契約に至りサービスの提供開始となる。なお、重要事項説明書や契約書は拡大版も用意し利用者等への便宜を図っている。 ・施設のサービス内容を変更する場合には、利用者等に事前に説明し納得を得たうえで文書での同意を得て実行に移している。 ・ケアプランの変更時には、カンファレンスに利用者や家族も参加してもらい、意見や要望を確認のうえ同意を得ている。 	
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"> ・入院時等には、看護師が同行し介護・看護介護サマリーを提示のうえ、口頭での説明も加え、福祉サービスの継続性に配慮した手続きを行っている。 ・短期入所の終了時には、利用期間中の経過がわかるショートステイサマリーを家族等に手渡し、必要に応じ口頭での説明もしている。 ・利用の終了時には、その後の相談方法や担当者（生活相談員）について説明を行っている。 	
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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査は相談員が中心となり実施し、調査結果は接遇改善委員会や該当委員会で評価・分析を行い、改善策を検討してサービスの向上を図っている。 ・利用者満足度調査は、年1回実施していたがコロナ禍では実施出来なかった。今年は10月より調査を行い、現在結果集計をしている。
--------	---

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"> ・重要事項説明書に、苦情受付担当、解決責任者、第三者委員及び行政機関、その他苦情受付機関の連絡先や手順と解決方法が明記されている。 ・入居者、家族には契約時に説明を行い、1階ロビーには受付担当、解決責任者、第三者委員名を掲示している。 ・法人では第三者委員会が設置され、施設では苦情対策委員会で苦情意見の検討や対応策を協議している。対応記録は作成のうえ保管している。 ・苦情意見の申し出者には、検討した対応策を説明し、申し出者が特定出来ないように配慮し、ロビーに掲示している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に「苦情の受付について」が明記され、ロビーに掲示している。各フロアに目安箱が設置されているが、利用はほとんどされていない。 ・日頃より介護職員はケアを行う時は、傾聴を心がけている。ラウンド(巡視)を行う多職種職員や介護・看護責任者は、声かけで意見や相談がしやすい雰囲気を作っている。利用者の意見は、その場で対応出来る事は直ぐに行っている。 ・施設には相談室があり、プライバシーが確保可能なスペースを確保している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護職員のケア提供時や、多職種職員のラウンド時は声かけを行い、傾聴を心がけている。 ・利用者からの意見は、当該部署長・看護部長に報告され、即時状況確認をし検討を行い返答している。時間のかかる場合も、まず一報を入れ後日報告している ・苦情対策委員会を毎月開催し、意見の検討・対応を協議している。議事録は職員に回覧されている。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・安全対策委員会を設置しリスクマネジメントの責任者を明確にし、体制を構築している。事故防止・安全対策マニュアルが整備されている。 ・安全対策委員会を毎月開催し、事故・ヒアリハット報告書の事例を基に、発生要因の分析を行うと共に改善策・再発防止策を検討して職員に周知徹底することで利用者の安心安全を図っている。 ・職員は、事故発生防止に関する必須研修を受けている。 	
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"> ・感染対策委員会・美化委員会を設置し、感染症対策について体制を構築している。感染予防には環境整備が必要と捉え、感染対策委員・美化委員が共に感染ラウンドを月2回行い、チェックを実施している。又感染時に利用する物品の確認やチェックもしている。 ・昨年度はコロナのクラスターが複数回発生したが、法人の「新型コロナウイルス感染症に伴う指針」と対応マニュアルに沿って、ゾーニング等の対応を適切に実施し、利用者の安全確保に努めた。 ・感染対策の必須研修は今年度3回実施し、マニュアルと共に職員全員に感染症発生時の予防と対策の周知が図られている。 	
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"> ・「自然災害発生時における業務継続計画」BCPを策定し、災害時に対応可能な体制が決められている。 ・3階フロアに食料品や備品類の備蓄品を保管し、管理責任者を決めている ・非常災害訓練は年2回実施している。淀川の氾濫を想定して、水害避難訓練も1回実施している ・施設は、災害時における福祉避難所として区と協定を締結をし、防災用品の保管場所の提供を行っている。 	

		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"> ・入職時に配付され携帯している「介護手帳」と「接遇マナールールブック」は、標準的な実施方法で文書化され絵入りで分かり易い内容になっている。利用者の尊重など権利擁護に関わる姿勢が明示されている。 ・標準的な実施方法に基づいてサービスが提供されているかどうかは、介護職員全員が介護技術チェックを年3回受けて確認している。技術不足の職員は、レベルに達する様に指導を受けている。 	
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"> ・年度初めに各委員会は関係するマニュアルの見直しを定期的を行っている。 ・「新型コロナウイルス感染症の対応マニュアル」は、都度に見直し改訂をしている。変更・更新についてはパソコンで確認ができ、職員に周知を図っている。 ・利用者・家族からの意見や要望を反映させ、サービス内容を多職種で検討している。ケアプランの見直しで、ある利用者がビールを飲みたいと要望がありサービス担当者会議で検討し、「ノンアルビールを飲んで楽しく過ごして頂く」と反映させた例がある。 	
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、法人独自のアセスメント表を使い各利用者の担当介護職員が作成し、介護支援専門員が確認している。アセスメントを基に介護職員のモニタリングと他の専門職（看護職員、管理栄養士、機能訓練指導員等）によるモニタリングの結果を参考にし、本人・家族の意向を聞き、介護支援専門員が作成している。 ・サービス計画書(2)には、個々人の具体的なニーズが明示されている。食事や機能訓練等サービス内容が詳しく記載され、個別ケアに役立つ優れた計画書となっている。 ・サービス計画書は関係者に配付され、パソコン等で端末で閲覧出来る。 	
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"> ・介護職員は毎月モニタリングを行い、適切なサービス提供が行われているか確認をしフロア会議等で検討をしている。 ・評価・見直しはケアプランマニュアルに沿って、6ヶ月毎もしくは心身の状態に変化あった時に行い、サービス担当者会議で協議を行うこととしている。介護支援専門員が、施設サービス計画書を更新している。 	
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"> ・ITC介護記録アプリを使用して記録を行っている。職員はタブレットやスマートフォンで介護現場で記録を入力している。入職時にはマニュアルを用いて指導を受けている。各勤務終了前には、記入内容や漏れが無いチェックをしている。 ・パソコンの共有フォルダの活用や、記録システム内でのメッセージ機能を用いて、施設内で情報を共有する仕組みがある。 ・サービス計画書に基づくサービス実施状況は、介護記録の特記事項に記載し、毎月のモニタリング表を用いてサービス内容の実施状況を介護職員、介護支援専門員の視点で紙媒体で記録しカルテに保管している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護規程により、利用者に関する記録は鍵のかかる書庫で保管し、保存期間の過ぎた記録は溶解破棄している。 ・職員の就業規則に機密の保持及び漏えいに関する規定があり、入職時・退職時には機密の保持の誓約書を提出している。 ・利用者家族に契約時、個人情報の取り扱いについて説明をし同意を得ている。 ・職員は「個人情報管理・プライバシーの保護」の必須研修を受けている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の目標「もう一つの我が家」として、利用者一人ひとりに応じた支援をしている。フロア会議では、ケース検討の協議をしている。 ・利用者の希望に沿って、個別に屋上での日光浴、編み物、囲碁、将棋、塗り絵等を楽しんでもらったり、利用者情報を参考に好みのCDを日中流す等の工夫をしている。午後からはフロアでの、レクリエーションの貼り絵、習字等への参加や、再開しつつあるボランティアによるフラワーアレンジメントの楽しめる企画を行っている。 ・利用者は役割として洗濯物たたみや、テーブル拭きをしてもらっている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・朝の挨拶から始め、支援場面やラウンド（巡視）時には利用者とのコミュニケーションを心がけている。 ・接遇委員会・虐待防止委員会が設置され、日々の利用者への接し方の指導をしたり、言葉遣いや不適切なケアのチェック等の指導をしている。 ・意思疎通が困難な利用者には、職員が手話教室に通い覚えて対応をしている。 ・他の誰とも会話しない利用者には、主として担当職員がこれまでの生活歴等を確認して声掛けしコミュニケーション取るように努めている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・倫理綱領に生命の尊厳・人権の擁護・個人の尊重など明確にし、行動指針に人権の尊重等が示され、職員に周知徹底が図られている。利用者・家族には契約時に権利擁護についての説明をしている。 ・事故防止・身体拘束廃止、苦情対策・虐待防止、安全対策等の各委員会を毎月開催し、防止策や早期発見に繋がる意見交換を行っている。 ・虐待防止対策の指針とマニュアル、身体拘束廃止指針とマニュアルが策定され、必須研修は年2回全員参加し、レポート提出を行い職員の理解を図っている。 	

		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)

・建物は19年経過しているが、明るく清潔に保たれている。中庭の吹抜けがあり廊下・居室はゆったりしている。掃除は居室は清掃業者が、居室以外は介護職員が行っている。美化委員が巡視を定期的に行い、衛生・環境・美化等の確認をしている
・居室は、個室(36)・2人部屋(1)・4人部屋(23)があり、4人部屋は和風の建具で仕切られ個室風でプライバシーは保たれている。各部屋ごとに、トイレと洗面台が設置されている。室内は利用者の状況に合わせ、ベッドや家具が使いやすく配置されている。

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)

・看護職員は入浴前のバイタルチェック(体温・血圧)や健康状態を確認し、入浴可能か又シャワー浴や清拭に変更するかなどの判断をしている。
・各フロアに一般浴・座浴・特浴(寝浴)が設備されている。フロア担当職員と入浴担当職員で介助支援をしている。脱衣場にベットが2台置かれ安全に着脱介助が行えている。座浴は一人介助、特浴はスライディングボードで移動をし二人介助としている。尊厳や羞恥心に配慮し、カーテンや衝立を利用している。
・入浴形態は、主任・副主任がフロアの介護職員、入浴担当職員と協議をし決めている。

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。

a

(コメント)

・個々人の排泄時間の記録データを収集し、一人ひとりのタイミングでおむつ交換やトイレ誘導を行うようにしている。利用者に適したおむつやパッドの工夫を試み、おむつ外し(布パンツ)が出来てきている。
・おむつ交換やトイレ誘導時はトートバッグを利用し、尊厳や羞恥心に気をつけている。
・片麻痺がある利用者には手すりの位置を考慮して、トイレを選定している。
・排泄基本手順マニュアルが整備され、排泄委員会が毎月開催されている。

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)

・利用者の心身の状況に合わせ、なるべく自身で移動が出来るような福祉用具や機器が選定出来るように個別カンファレンスで、機能訓練指導員の助言のもと多職種で協議・検討をしている。
・安全に移動が出来るよう、夜勤者が毎日車椅子2名分の清掃や、点検を行い記録をしている。
・フロアの机の位置等を考慮し、移動しやすい環境を整えている。

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。

a

(コメント)

・施設では一階厨房で食事の準備をし、配膳車で適温給食を提供している。
・季節の旬のものを献立に取り入れ、主菜を週一回選べる選択メニューの提供をし食事が楽しめる工夫をしている。
・行事食として4月桜の日、9月敬老の日に季節のお弁当を提供し、12月にはケーキ作りを楽しんでもらう予定をしている。
・食堂では、音楽を流すなど、楽しく食べられる雰囲気作りをしている。
・HACCP(食品衛生品質管理制度)の衛生管理に基づき、毎日自主点検表に記載して周知徹底している。

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・苑内の食事基準に基づき、利用者の心身の状況に合った食事提供をしている。 ・食事摂取に時間がかかる利用者には、食事開始時間を早くする（朝食）や食べ終わるまで時間を延長する（延食）を実施し、食事介助や見守りの支援をしている。 ・管理栄養士は、ミールラウンドをした結果を参考に、多職種（看護職・介護職・管理栄養士等）で食事中の姿勢、介助方法、食事形態の評価・検討をし支援方法の協議をしている。 ・管理栄養士は利用者の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成している。 ・各食堂に「喉に物が詰まった時の応急処置法」を掲示し、職員は周知している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・歯科医・歯科衛生士が来苑し、検診や治療は希望者と介護職員が口腔ケア時に受診が必要と判断した利用者が受診している。 ・介護職員は、歯科衛生士の指導を受け、口腔ケアマニュアルに沿って毎食後一日3回口腔ケアを行っている。口腔内の状態を観察し、必要に応じて施設サービス計画書に口腔ケアプランを立てている。 ・標準的なケアは行われているが、「入所者の口腔の健康の保持を図り、自立した生活を営む事が出来るよう口腔衛生の管理体制を整備し、各入居者の状態に応じた口腔衛生の管理を計画的に行わなければならない」と令和3年の省令の改訂で位置付けられている。一人ひとりの口腔ケア計画を作成し、口腔衛生の管理体制を整備することを望む。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡対策委員会が毎月1回開催され、発生状況・対応策を共有している。 ・皮膚に異常があれば、看護職員が「OHスケール（褥瘡発生リスク評価指標）」で評価をし、医師の診察を受け早めに治療している。状態に応じて体位交換（時間を決めて実施）・枕・エアーマットで対応している。清潔に保つ為に入浴を2回から3回にする対応もしている。 ・栄養面では管理栄養士を中心に多職種職員が、血液データや食事摂取量を参考に栄養管理の協議をし、低栄養時は補助食の提供をしている。 ・褥創対策指針・マニュアルが整備され、必須研修は5月に実施している。 ・褥瘡発生者は、調査時点で4名であった。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・業務目的基本方針があり、実施手順や個別の計画を立てている。医師の指示書、利用者家族への説明と同意書があり、「介護職員の喀痰吸引」マニュアルに沿って実施し、実施状況報告書に記録されている。 ・看護職員より喀痰吸引の個別指導が、定期的に行なわれている。 ・現在24名の有資格者が、利用者に適切なケアを行っている。 	
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機能訓練や介護予防活動を行っている。	a

(コメント)

- ・機能訓練指導員（柔道整復師）を常勤職員として配置し、利用者一人ひとりの個別機能訓練計画書を作成し、定期的な評価・見直しをしている。
- ・機能訓練指導員の指導・助言を受けた介護職員は、計画に基づき利用者の日常生活の中で行われる移動・移乗動作等の、残存機能を保つ介護予防運動を実施し記録をしている。
- ・判断能力の低下や、認知症の症状の変化を早期発見に努め、病院受診の対応を行っている。

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。

b

(コメント)

- ・施設内研修の認知症ケアは職員全員が必須研修として受講し、また外部研修を受講した職員は、レポートを提出し職員全員に回覧して情報の共有を行いスキルアップに努めている。
- ・外部研修受講者はレポートを提出し、職員に回覧しているが、伝達講習による職員研修で更に認知症の理解と対応を深め、新しい情報や知識を共有して、職員全体が認知症ケアのスキルの向上を目指す事を期待する。
- ・職員は支持的、受容的な関わりを実践し、利用者の馴染みの物を持ってきてもらったり、他の人と離れた一人席や職員の近くで過ごすなどの配慮をしている。
- ・行動・心理症状（BPSD）があれば精神科医に受診し、介護職と看護職が連携し、支援内容を検討して対応している。

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。

a

(コメント)

- ・緊急時対応マニュアルがあり、手順は日勤・夜勤別に記載されている。
- ・介護職員が毎日バイタル（体温・血圧・酸素飽和度）で健康状態をチェックをし、異常の早期発見に努めている。
- ・利用者の体調変化に気づいた時は、日勤は看護職員に報告し、医師の指示を受けている。夜間は看護職員のオンコール体制でマニュアルに沿って対応している
- ・利用者は定期的に血液検査・レントゲン検査を受け健康状態の記録がされている。
- ・服薬管理マニュアルが整備され、内服の確認方法は手順に沿って行っている。内服薬の効果・副作用の説明書は個人毎のファイルに入れてあり、確認する事が出来る。
- ・必須研修「医療的ケア」は12月に予定している。

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)

- ・終末期指針が策定され、必須研修「看取り」が2月に予定されている。
- ・利用者が終末期に入ると医師が家族に病状説明を行い、看取りに同意すると、看取りパス（絵入りの身体の状態変化）・看取りパンフレットで、対応の手順やケアの説明をしている。
- ・介護支援専門員を中心に多職種で看取りケアプランを作成し、プランに沿って介護職員は全員で関わり、多職種と共有し穏やかな最後になるように努めている。
- ・家族には、コロナ禍でも面会回数を増やす対応をしている。
- ・看取りを終えると「忍びカンファレンス」を開き関係職員で話し合い、次回に活かしている。家族へはアンケートを郵送し意見を伺っている。
- ・昨年度（令和4年）20名の看取りを行っている。

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族との連絡は今は電話でしたり、来苑時に行っている。 ・季節毎に、入居者の写真を家族に郵送している。家族には衣替えの時期には訪室可能としている。 ・コロナ禍で面会の制限を実施しているが、個々の要望については極力応じる様対応している。 ・第三者調査のアンケート回答には、家族の感謝の言葉が多く見られた。しかし、「人数制限がある面会の予約が取れない事が多い。居住スペースを見せてほしい。本人と会えてないので様子がわからない。」等々の意見が寄せられていた。ホームページで特養旭さくら苑の入居者の様子をお知らせする等、入居者と家族が更に繋がりが持てる取り組みを期待する。 	

		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)	訪問介護事業所の調査ではないので非該当とする。	

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 旭さくら苑の利用者家族等
調査対象者数	利用者人数 120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120名にアンケート用紙を配付し、59通を回収した。回収率は49.2%であった。

○回答の内、満足度90%以上は次の8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。
- ・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等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。

○回答の内、満足度80%以上は次の5項目であった。

- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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り効果がありましたか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ち面で安心して生活できるようになりましたか。

注）質問内容に対し、利用者のほか家族等による回答も多いと推測され、家族等にはわからない・本人の意思不明などの理由により無回答とした項目（無回答が20%超の項目が12あり）が目立った。各項目から無回答を除外し満足度を推定すると、次の6項目が満足度90%以上に相当すると判断できる。

- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・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くれますか。
- ・入浴は、落ち着いて、ゆったりと入浴することができますか。
- ・入浴する際、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すか。

○自由意見としては、次のようなものがあつた。一部を抜粋して次に記載する。

【して欲しい・欲しくないサービス等】・自由に面会ができる状況になることを希望（面会の回数、予約が取れないことが多い、居住スペースを見せて欲しい…同種の希望多数）・利用者本人は意思疎通が図れないので、家族のニーズを定期的に聞いてほしい・十分な介護を受けています。このままでお願いします。（同種の意見多数）

【施設やサービスに対する感想・自由意見等】

・とてもよくして頂いていますので感謝です。このままでズーとお世話になりたいです。（同種の感想多数）・コロナの為、面会の制限が厳しいです。本人と会えていないのであまり様子がわかりません。

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