

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（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 城東さくら苑 | |
| 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 富田 健治 | |
| 定員（利用人数） | 100名（100名）入所 | |
| 事業所所在地 | 〒536-0004 大阪府大阪市城東区今福西6丁目6番20号 | |
| 電話番号 | 06 - 6939 - 7000 | |
| FAX番号 | 06 - 6939 - 7010 | |
| ホームページアドレス | www.seisukai.net | |
| 電子メールアドレス | | |
| 事業開始年月日 | 平成31年4月1日 | |
| 職員・従業員数※ | 正規 82名 | 非正規 7名 |
| 専門職員※ | 介護福祉士 60名、 初任者研修 3名、 介護支援専門員 2名、 ヘルパー2級 1名、 看護師 7名、 准看護師 3名、 管理栄養士 1名、 理学療法士 1名、 医師 1名（非常勤）、 柔道整復師 2名 （重複を含む） | |
| 施設・設備の概要※ | [居室] 入所： 個室 100室 短期入所： 個室 20室 | |
| | [設備等] ・食堂 12室 ・共同生活室 12室 ・浴室 9室（一般浴槽・特殊浴槽） ・診療所・医務室 1室 ・地域交流スペース 1室 ・リハビリルーム 1室 ・相談室 4室 ・備蓄倉庫 1室 | |

※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】

【理念】

1. 私達は 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。

【基本方針】（施設方針）

- ・その人らしい暮らしの継続を笑顔でサポート。
- ・家族の心のよりどころとなる。
- ・介護を科学する。

【施設・事業所の特徴的な取組】

特別養護老人ホーム 城東さくら苑は、定員100人からなる特別養護老人ホームである。居室は全室個室でユニットケア（1ユニット10人）を実施している。当施設は、サービス内容の特徴を次のように説明している。

【特別養護老人ホーム】

各種専門スタッフが力を合わせ、介護・医療の両面からのサポート体制で、心から安心して頂ける生活空間を提供させていただきます。当施設では、入居者それぞれの個性を大切に、家庭的な雰囲気の中で生活を送る事を実現するため、全室個室・ユニットケアを実施しております。

医療面では、常勤の看護師を10名配置し、24時間365日、看護師が常駐する事で、安心、安全に生活ができるようにお手伝いをさせていただきます。また、理学療法士を常勤配置する事で、身体機能の維持・向上ができるような体制を整えています。介護面では、介護職員の介護福祉士の割合を90%以上とし、より専門性の高い、サービスが提供できるように、取り組んでいます。

また、短期入所生活介護施設、リハビリセンターを併設しており、住み慣れた地域で生活が続けられるようにお手伝いをさせていただきます。リハビリセンターは、多数の最新リハビリ機器を導入しています。

【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4月24日～令和3年1月13日 |
| 評価決定年月日 | 令和3年1月13日 |
| 評価調査者（役割） | 0401A110（運営管理・専門職委員） 0801A014（運営管理委員） |

【総評】

◆評価機関総合コメント

・北に鯉江公園を臨む閑静な地に建つ「特別養護老人ホーム城東さくら苑」は、社会福祉法人「清水福祉会」を母体に、平成31年4月、指定介護老人福祉施設サービスを提供する施設として、新築5階建てビルの2、3、4階部分に開設された。施設は、定員100名からなる特別養護老人ホームと、定員20名からなる短期入所生活介護施設で構成され、全室個室のユニット制（1ユニット10名、12ユニット）のもと、現在、前者100名、後者8名が利用している。施設内の居室、共同生活室、廊下は広く清潔である。今回の第三者評価は前者100名が入所する特別養護老人ホームを対象にしている。

・同じ建物内1階にリハビリセンター（通所介護）、診療所を併設し、近くに併設する居宅介護支援事業所と共に、地域の福祉ニーズに対応できる拠点として存在感を発揮している。更に、同グループの医療法人「清水会」との連携で、介護と医療の両面からの支援体制があり、利用者・家族の安心に繋がっている。

・開設2年目であるが、職員一人ひとりを育てるための教育システムの充実や電子カルテ導入によるデータ管理、各種会議・委員会開催など、法人グループで作られてきた組織運営のしくみが、当施設においてもよく機能している。

・中・長期計画2年目を迎え、今年度の実施計画を職員全体で意欲的に取り組み始めた時期に、国内外で想定外の新型コロナウイルス感染が発生した。特に高齢者の感染は生命に危険を及ぼすことから、ソーシャルディスタンス・手指消毒の徹底・外部面会謝絶と思わぬ対応に迫られるなか感染予防を最重要課題として試行錯誤を続けている。

・開所後短期間であり、利用者も施設入居生活に馴染んでいるとは言えずこれからの関係作りが大切な時期であるが、日常生活三大介護以外「ゆとりの時間」に築いていく利用者間の身近な関係作りや、職員との信頼関係作りを進める中、家族と面会規制による利用者の精神面への考慮や、日常の生きがいづくりに大きな影響が出ている。新型コロナウイルス禍の対応が優先されるが、施設の本来の役割をいつ取り戻せるか憂慮しながら早期収束を願っている。

◆特に評価の高い点

専門性を活かした福祉サービス

・看護師・理学療法士が常駐し、介護職員と共にそれぞれの専門性を活かして介護計画書作成の段階から利用者の日常生活維持にまで関わっている。

・介護職員の人員配置数は利用者1.8に対し1（1.8：1）で、そのうち介護福祉士の職員は90%以上と決め、専門性を活かした福祉サービスの充実を図ると共に、働き方改革適応を期している。

人材育成

・全職員対象に、必須項目として、倫理、安全管理、感染管理、事故・身体拘束、接遇などの研修を年間計画を立てて実施し、更に、新任・リーダー研修、技能習得研修、キャリアアップ研修、と幅広く計画し、また会議は職員育成の場と位置付け、新施設として職員の質向上に重点を置いている。

新しい施設を作り上げる姿勢

・施設開所に当たり、介護職員は法人からの移動は少なく職員全体で新しい施設を作り上げる姿勢がみられる。ユニットごとに入りに作った個性豊かな飾りつけ（垣根風の和風のしつらえや、華やかな花壇、もうすぐ迎えるハロウィンの出迎え、手作りの大掛かりなひさしなど）から、職員のユニットに対する思い入れが伝わってくる。

◆改善を求められる点

・法人のホームページには、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容を公開し、法人全体、各施設・事業所ごとの決算情報などを公開し運営の透明性確保に努めている。更に、事業計画や、苦情・相談の体制や内容に基づく改善・対応の状況についても、情報公開していく事を望む。

・家庭で暮らす姿を念頭に置き、介護計画には「私は何をしたいか」の視点を入れているが、介護する側とされる側と一線を引くこと無く、利用者一人ひとりの24時間の生活と向き合うことで生まれる信頼関係を築き、感情の表出を受け止めるように期待をする。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設開所1年で第三者評価を受審する事が出来ました。
当施設の現状の運営管理・利用者様・ご家族様へのサービスの評価をいただき、今後の業務改善に生かし、サービスの向上に取り組んでまいります。

◆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"> ・理念は「私達は、① 介護、福祉を通じ地域に貢献する。② 多くの方々に愛される施設をめざす。③ 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」であり、理念をパンフレット、ホームページ、広報誌「せいすい」に記載している。 ・職員は、入職時の研修で理念と理念に基づく基本方針（施設方針）を学び、毎日朝礼で唱和している。 ・パンフレット、ホームページ、広報誌「せいすい」を通じて、利用者や家族に理念の周知を図っている。 | |
| | | 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"> ・毎月法人全体で理事長を交え運営会議を開催し、介護事業を取り巻く環境や現在の経営状況について把握・分析している。 ・3か月に1回、経営コンサルタントを交え理事長及び管理者で経営状況についてコンサル会議を開催し、課題や改善点を明確にしている。 ・同一建物内に短期入所生活介護、診療所、リハビリセンター（通所介護）、近くの敷地に居宅介護支援事業所を併設しており、地域の高齢者の動向や福祉サービスのニーズなどの情報を得ている。また、入所選考会議などで待機者に関するデータを把握し分析している。 | |
| 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"> ・法人の運営会議で、経営状況や改善すべき課題を話し合い、役員間で経営課題を共有している。 ・運営会議で明確になった経営状況や課題については、施設内で毎月開催される部署会議で施設長が説明することにより職員に周知している。施設の利用状況の数値化、見える化の取組により、各役職者がデータを共有し、問題点の改善に向けて取り組んでいる。 | |

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。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・中・長期的なビジョンとして、4つの視点（財務・顧客・業務プロセス・学習と成長）に基づき5年後のあるべき姿を描き、その目標に至る迄の行程を更に1年刻みの目標で示すことにより、令和2年度～6年度の5ヶ年計画（アクションプラン）を策定している。 ・計画は現状に合わせて数値目標を含む具体的・実践的な事業計画になっている。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・単年度計画は、令和2年度～6年度の5ヶ年計画（アクションプラン）をもとに、令和2年度事業計画として具体的課題を定めて目標を策定している。 ・令和2年度事業計画では、4つの視点毎に1年間を更に3か月刻みで目標を示すアクションプランを策定している。基本方針を策定し、実施目標と施設の事業計画、年間行事計画、会議・委員会開催計画、研修計画を策定している。 | |

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 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・毎月開催される部署会議及び各ユニット会議で、事業計画の実施状況を話し合い確認し、3か月毎に各目標に対するアクションプランの見直しを行い、職員に周知・徹底を図っている。 | |
| 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 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、1階エントランスに備え付けの書架に立てて周知を図っているが、広く公表するには至っていない。 ・事業計画のうち、行事については、ホームページやチラシを用いて利用者や家族に周知している。 ・行事以外の事業計画の周知については十分ではなく、例えば、利用者会・家族会の体制を整え、これらの会で分かり易く説明した資料を用いて説明するなどの配慮を望む。 | |

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"> ・福祉サービスの質の向上に向けた取組として、事業計画の4つの視点の1つに「学習と成長の視点（人材育成）」を掲げ、新人から現任の職員にそれぞれの段階に合わせた法人内部研修を実施し、更に、外部研修受講の体制を整えている。 ・接遇向上委員により苑内巡視が行われ、接遇面における問題点を指摘するなど、改善に向けた取組がある。 ・当施設設立1年半で今回初回の第三者評価を受審している。受審に際し、一部の役職者のみでなく職員全体で自己評価に取り組みサービスの質の向上を図っている。 | |

| | | |
|-----------|--|---|
| 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"> ・次年度事業計画を作る際に、年度末のSWOT分析（経営戦略のための課題分析方法の一つ）による課題抽出を行い、改善策を立てている。 ・接遇向上委員による指摘事項などは会議で検討し、改善計画から始まるPDCAサイクル〔plan(計画策定)、do(実行)、check(評価)、action(見直し)]をが円滑に運用してサービスの質の向上に繋がるよう取り組んでいる。 | |

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"> ・運営規定に、施設長(管理者)の役割とその責任について明文化し、職員に周知している。 ・管理者は、施設の各種会議・委員会を組織し、職員の意見やサービスの現状を把握している。月1回の全体朝礼時に施設長として具体的取組事項について職員に指導を行っている。 ・災害時の責任体制を文書化し、職員に周知している。 | |
| 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"> ・管理者は、法令遵守にかかわる法人内の研修会や専門家を講師とする外部勉強会に参加し、遵守すべき法令を十分理解している。 ・管理者は、職員に対して、研修会や会議などで法令遵守に関わる講義や伝達を行い、周知に努めている。 ・法人全体で、法令遵守に取り組むため、介護教育システム(eラーニング)を用いて、全職員対象に、倫理、安全管理、感染管理、事故・身体拘束、接遇などの研修を年間計画を立てて実施している。 | |
| 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"> ・管理者として、部署会議、介護部主任・副主任会議、ユニット会議、事務所会議、看護部会議の他、ユニットケア推進委員会始め14種の委員会を組織し、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。更に、日常業務の中で職員に対し直接指導を行っている。 ・法人として、職員の育成にキャリアパスラダー研修制度を導入し、施設内外や自己啓発の研修などの充実を図っている。 ・サービスの質の向上に資するため、ハンドブック「接遇マナー ルールブック」「清水会グループ 介護手帳」を職員に携行させている。同僚の良い行いや発言への感謝を記して皆に伝える「いいねカード」を導入することにより、職員の仕事への意欲を醸成している。 | |
| 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 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、経営の改善事項や人事、財務の状況を法人の運営会議やコンサル会議で検討・分析している。その協議結果を施設の部署会議で伝達し、施設の改善策について適切に指示している。 ・管理者は、職員の働きやすい環境整備として、利用者に対する人員配置が基準3対1のところ1.8対1にまで介護職員数を増やし、時間外勤務の削減、有給休暇の取得推進、長期休暇の取得励行に取り組んでいる。 | |

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) | <ul style="list-style-type: none"> ・毎年新規学卒者の定期採用を行っている。 ・介護職員における介護福祉士の割合を90%以上を基準とし、専門職が働きがいのある職場とすることにより福祉人材の確保・定着に繋げる事を目指している。 ・事業計画の中に離職率の削減を掲げ、介護離職者を減らす取組に力を入れている。役職者が、職員の悩み等の相談に乗るために食事を共にする費用をコミュニティー促進費として充当している。 ・福祉人材の確保・定着は介護業界における重要課題であるので、更なる計画と取組を期待する。 | |
| 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"> ・法人の理念と基本方針（行動規範）に基づき、期待する職員像を明確にしている。 ・法人の「職員就業規則」で人事基準を明確に定め、職員に周知している。 ・人事考課制度として、「介護職員 キャリアアップシステムのガイドライン」に基づくキャリアパス等級表を定め、等級ごとに職責・職務内容・取得すべき資格要件を示して職員に周知している。 ・管理者・主任は職員が年度始めに立てた自己目標の進捗状況について、人事考課時に面談を実施し改善に導いている。 | |

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組んでいる。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・主任は職員の就業状況や意向を定期的に把握し、毎月の人員配置に配慮している。 ・人事考課制度で管理者・主任による職員面談により、職員の働きやすい環境作りに努めている。 ・職員の心身の健康に配慮し、年1回、メンタルヘルスチェックを実施している。ハラスメント対策として職員の悩みを本部に直接相談できる「悩み相談窓口」を設置している。 ・男性の育児休業の取得促進と介護休業の取得に配慮している。 ・働き方改革と職員の定着に向けて、有給休暇の取得率の更なる向上に係る対策を期待する。 | |

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) | <ul style="list-style-type: none"> ・キャリアパスにより、それぞれの「等級」で求められる能力、資格などが明示されている。 ・管理者は、年度始めに職員一人ひとりに人事考課表をもとに目標を立てさせ、中間面接を行い進捗状況を確認し、年度末には目標達成度により次年度の目標を話し合い、職員の育成を図っている。 | |

| | | |
|--|--|---|
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・法人は「教育・研修の基本方針」を定め、教育担当部署を配置し法人全体の研修を統括している。 ・法人内研修として、職員のスキルアップとキャリアアップのための年間計画をたて、キャリアパスにおける等級ごとに必要なキャリアラダー研修の他、新入職者研修、介護主任・副主任・リーダー育成研修、リーダーシップ研修を実施している。 ・法人は、介護教育システム「eラーニング」を導入し、このシステムで全職員必須研修の年間計画を立てて実施している。 ・施設独自の研修として介護研修を年間を通じて実施している。 ・年度末に実施状況を評価し、次年度の研修計画に繋いでいる。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・法人の年間研修計画と併せて、プリセプター制度により、新任職員をはじめ職員の経験や習熟度に配慮した個別的なOJTを行い、実施している。 ・外部研修については職員のキャリアを図り必要に応じて参加を促している。 ・法人は、介護教育システム「eラーニング」を導入し、このシステムで全職員必須研修を実施している。施設では5階会議室を会場として同じ研修内容を月間6回アクセスできるように設定し、職員はいずれかの日時に受講し、研修報告書を提出している。 | |
| 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。 | b |
| (コメントは) | <ul style="list-style-type: none"> ・開設後2年未満であるため、実習生の受入は行われていない。 ・実習指導者マニュアルや実習生受け入れマニュアルの策定は行っていない。 ・実習指導者研修受講修了者は現在5名であり、今後も計画的に受講を促進していく。 ・専門職の教育・育成は将来の福祉を担う人材の養成に関与する事であるので、マニュアル策定など体制整備を行い、積極的な実習生受入の推進を期待する。 | |

| | | 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は、理念や基本方針、提供する福祉サービスの内容を公開し、法人全体、各施設・事業所ごとの決算情報などを公開している。 ・第三者評価は当施設では今回が初回の受審であり、その評価結果について独立行政法人福祉医療機構フムネットを通じての公開を希望している。 ・広報誌「せいすい」は医療法人も含めたグループ全体での発行であり、理念、令和2年度入職式、展示会出展、医師の自己紹介、福祉車両整備など等が掲載され、グループの情報発信源となっている。 ・ホームページに、更に、事業計画や、苦情・相談の体制や内容に基づく改善・対応の状況について公表していく事を望む。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・法人運営の透明性確保のため、事業、財務に関して監事2名による内部監査を行っている。 ・外部監査は実施していない。令和2年4月に外部監査の契約を行ったところである。今後速やかにこの体制が機能することを期待する。 | |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に「施設全体を明るく開放することで施設と地域の隔たりを無くし、利用者と地域住民が融合できる施設運営に努める」と掲げ、連合町会に入会している。 ・地域交流スペースで認知症カフェ「さくらカフェ」を社会福祉協議会・地域包括支援センターと連携して3か月に1回開催し、地域住民にサービスと情報を提供している。 ・新型コロナウイルス禍により地域との交流にも制限があるが、今後、地域との定期的な交流会や研修会を地域のニーズを踏まえて計画し、地域に密着した交流体制作りの推進を期待する。 | |
| 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。 | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受入れマニュアルを策定している。令和元年の秋祭りには、三味線、コーラスなどボランティアを受け入れ賑わった。 ・当施設は開設2年未滿につき、未実施であるが、今後、地域の中学校の職場体験学習に協力して生徒の受け入れを進めていく予定である。 ・社会福祉協議会やボランティア協会に発信して地域からのボランティアの受入れ拡大を図り、レクリエーションを増やす事により、利用者の生活に楽しみと潤いをもたらすことを期待する。 | |

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。 | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・緊急時の警察署、消防署、災害伝言サービスの連絡先一覧を各フロア詰所や事務所に掲示し、全職員に周知している。 ・大阪府の「安まちメール」に登録し、各種犯罪発生情報や防犯キャンペーンなどの情報をリアルタイムで取得している。 ・利用者へのサービスの質の向上のために、連携が必要な機関や、団体を更に開拓することを期待する。 | |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事業計画に「施設全体を明るく開放することで施設と地域の隔たりを無くし、利用者と地域住民が融合できる施設運営に努める」を掲げ、地域への取組として地域交流スペースで認知症カフェ「さくらカフェ」を社会福祉協議会・地域包括支援センターと連携して3か月に1回開催し、地域住民にサービスと情報を提供している。 ・近くの系列の居宅介護支援事業所と協力し、社会福祉協議会や民生委員と連携して虐待等福祉ニーズの把握に努め、援助の必要な高齢者が適切なサービスを受けられるように支援している。 ・城東区役所より福祉避難所の指定を受け、災害時に協力する体制を整えている。 | |

| | | |
|------------|--|---|
| 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・近くの系列の居宅介護支援事業所と協力し、社会福祉協議会や民生委員と連携して虐待等福祉ニーズの把握に努め、援助の必要な高齢者に適切なサービスが受けられるように支援している。 ・地域の福祉ニーズに基づく公益的な事業・活動の実施については、地域のニーズの把握とその実現化へ向けて努力を期待する。 | |

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"> ・管理者は、入職時研修で「接遇マナールールブック」「介護手帳」を配付し、法人の理念や施設方針を説明し、利用者を尊重した福祉サービスの実施について新入職員に周知させている。 ・全職員に、倫理、安全管理、身体拘束、虐待防止、プライバシー、接遇等必須研修の受講と研修報告を義務付け、全職員が利用者を尊重した対応ができるように取り組んでいる。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・入所時に利用者や家族には重要事項説明書に添って、プライバシー保護や権利擁護に配慮したサービス提供を行う旨説明し、実践に努めている。 ・「接遇マナールールブック」「介護手帳」にプライバシー保護について明記し、職員に周知を凶っている。 ・職員は、利用者尊重を基本とした介護サービスマニュアルに添ってサービスに努めている。 ・居室は全て個室で、洗面・排泄時のプライバシーが守られており、入浴も個浴が用意され、プライバシーに配慮している。 ・利用者のプライバシーに関わる記録は、鍵付きの書棚に収納されている。 | |
| 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"> ・ホームページやパンフレット等で施設の情報をわかりやすく掲示している。 ・見学希望者には、相談員が随時対応し、入居条件、利用料金のほか必要経費などについて説明をしている。 | |
| 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"> ・サービス開始時には重要事項説明書等を用いて利用者及び家族に入居施設の概要、利用料金、入居条件などをわかりやすく説明し、同意を得た上で入居契約書に署名捺印を得ている。 ・入居後の施設サービス計画書の策定・変更については、利用者、家族及び施設の多職種によるサービス担当者会議を開き、サービス計画書を策定・変更してわかりやすく説明し、利用者・家族の同意、署名捺印を得ている。 | |

| | | |
|----------------------------------|---|---|
| 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"> ・重要事項説明書に入院または退所する場合の対応が示され、相談窓口担当が生活相談員である旨明記されている。福祉サービスの内容の変更に際し、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮している。 ・生活相談員は、入居者の入院先や退所先へ情報提供（介護サマリー・看護サマリー）を行い、入院先や退所先からの質問にも丁寧に回答している。家庭に戻る場合の家族や担当居宅介護支援事業所に対しても同様に対応している。 | |
| 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 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・法人単位で、接遇顧客満足度向上委員会を発足させ取組を始めている。 ・毎年全職員を対象に接遇の研修を設定している。 ・利用者や家族からの聞き取り、意見箱の活用による利用者の意向を基に接遇向上委員会で見直し改善を行っている。 ・体制の整った今後、利用者・家族懇談会の場を利用し職員・利用者・家族共に直接忌憚のない意見や話し合いの機会を設けることや、利用者・家族から定期的にアンケートを提出してもらうなど、利用者満足度調査を行うことを期待する。 | |
| 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"> ・苦情処理対策委員会を設置し、苦情に対する回答及び対応策を1階事務所前に掲示している。 ・第三者委員を設け年6回の委員会を開いている。 ・各階に意見箱を設置し、意見を出しやすくするための声掛けをしている。集まった意見は1か月毎に集約して委員会で検討し、後議事録を職員へ回覧周知を図っている。 | |
| 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"> ・ユニットケア（10名単位）で全室個室であり、1ユニット5名の職員が関わっている他、看護師も4ユニットに1名配置されている。利用者別の担当職員が定められ利用者にとって相談しやすい環境が整っている。 ・介護職員はTPOに配慮した私服、看護師・理学療法士は色分けした制服にし、利用者が介護職員・看護師・リハビリ職員を区別しながら、話がしやすく、顔の見える日常生活になっている。 | |
| 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"> ・電子カルテ化され、24時間ケアプランシートを用いて時間単位で利用者相談や意見を記録している。今年度全職員の記録の取り方と活用の強化を目指し（24時間シート委員会を設けている）ている。記録シートを利用して他職種と連携を取り、迅速な業務が進められている。 ・利用者からの相談意見は、介護・看護部長を通して、毎月行われる接遇向上委員会や苦情処理対策委員会で検討されている。 | |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止対策委員会が設置されている。ヒヤリハットや事故報告は月別に集計され検討・見直しされている。 ・機能訓練部を設置し、利用者の転倒防止・歩行訓練を理学療法により行っている。 ・安全管理研修は全職員の必須になっている。24時間ケアプランシートには要連絡レベル基準が設けられ連絡の漏れがない仕組みとなっている。事故報告書は、職員に的確な内容と迅速な記入が出来る書式を準備し提出を促している。 ・産業医によりフロアの温度管理、破損設備チェックが行われている。 | |
| 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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症予防対策指針を設け、感染予防マニュアルを用意し、委員会で適切な対応体制を作っている。昨年度はインフルエンザを始め感染は起こっていない。 ・新築施設で建物面積にゆとりがあり、利用者職員その他の洗濯室を別にし、汚れ物の搬入出路と生活エリアが完璧に分けられている。 ・コロナ禍の対策は徹底され、利用者ソーシャルディスタンスを取り入れた生活環境の見直しや、外来者の健康チェック質問シートの記入を促し綿密な対応をしている。 | |
| 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。 | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設長を中心とした防災管理体制が有り、市のハザードマップも参考に防災・洪水対策マニュアルを準備している。 ・毎年2回の消防訓練は消防署員の下で実施しアドバイスを貰っている。今年12月にはハザードマップを利用した水害時訓練を計画している。 ・今年度はコロナ対策を追加した災害時の備蓄を準備し、リスト化している。 ・新設施設で近隣の関係強化はこれからの課題とのこと、関係性の構築を期待する。 | |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個人情報保護対応マニュアルに基づきサービス提供記録などを管理し、利用者からの求めに応じて開示する用意がある。 | |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設の利用を募集し、応募希望について、入所選考会が開かれている。 ・入所選考基準を定め、基準シートを準備し公平な選考を行っている。 | |

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"> ・福祉サービス実施に当たる各種指針とそれに対応した委員会を設置し、福祉サービスを推進するための各種マニュアルが制定されている。 ・各種委員会は定期的実施されている。会議の運営を職員育成の場と位置付け、PDCA方式を取り入れ「未解決を放置しない」を謳っている。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・設立2年目になり、各種指針の基に、提供する福祉サービスについて標準的な実施方法を構築し実践中である。個々の課題に応じて見直しが出来ている。来年3年目を迎え、実施見直しの仕組みを構築することを認識しているので、次年度の課題として実施する事を期待する。 | |

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"> ・介護計画策定責任者を看護・介護部長とし、ユニット会議でモニタリング、アセスメントをしている。 ・介護計画マニュアルを作成し、利用者担当職員が中心となり個別に介護計画を立て会議を経て、計画決定されている。 ・介護計画書は電子カルテに記録され、介護、看護、機能訓練、管理栄養士など各職種と共有し、ユニット会議を始め各職種会議の資料として有効利用されている。 | |
| 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"> ・定期的なカンファレンスと共に入所時や緊急時のカンファレンスでは、24時間シートに記録され、日々データ蓄積と分類が出来ている。データの蓄積はさらに検討書類として、ユニット会議で適切な評価見直しをしている。 | |
| 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"> ・入所時には1か月以内にサービス担当者会議を開き、施設における身体状況をチェックし、また6か月後の見直しや緊急時の随時見直しを丁寧に行っている。 ・介護計画はケアマネジャーが利用者の家族の意向を確認し、介護・看護、機能訓練・管理栄養・相談員など多職種が関わるチームで行っている。 | |

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。 | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護に関する情報は電子カルテ方式を採用している。情報の蓄積・共有・分析などあらゆる介護関係の資料として有効なシステムである。 ・職員は全員このシステムを使いこなせることを条件とし、介護24時間シート（個人別）の適切な使用方法を管理する24時間シート委員会を設けている。 ・情報の利用は多岐にわたり利用者の介護に寄与するシステムであり、このシステムに係る教育にも力を入れ、更に有用なシステムとして活用するための努力がされており、さらに電子カルテを熟知し利用されサービスに寄与する事を期待する。 | |
| 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"> ・法人で統一された記録管理体制が確立されている。 ・個人情報保護対応マニュアル、個人情報開示手続きマニュアルを設け、それに基づいて管理されている。 ・個人情報規定は施設の玄関に利用者・家族の目に触れるよう掲示をしている。 ・介護職員として利用者の個人情報に触れる機会が多く就業規則に秘密の保持を入れている。契約書には守秘義務及び個人情報の保護を明記している。さらに個人情報保護対応マニュアルを利用した職員の研修を望む。 | |

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0」の取り組みポスターを掲示している。また新入職員教育プログラムに身体拘束を入れその習得に徹している。 ・利用者家族へ入所説明時に身体拘束廃止の取り組みを説明し、夜間にベッドセンサーを用いる利用者には家族の了解を得て、その後継続した観測を続けている。 | |
| 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。 | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書には金銭の預かりについて明記している。 ・現在、金銭預かり規程を作成中であり、利用者からの金銭預かりは行っていないが、規程が速やかに完成されることを望む。 | |
| 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"> ・入居契約書に機能訓練、健康管理を記載し、常勤の機能訓練指導員2名、看護職員8名を雇用し介護計画会議のメンバーとして関わっている。 ・機能訓練士はリハビリメニューを作成し、「おむつから便座での排泄へ」など、専門職としての訓練を心掛けている。入所時には1週間で機能評価と介護計画の見直しをし、車いす座位時間の延長などに取り組んでいる。 ・利用者一人ひとりの機能保持を考慮し、イベントを計画し利用者自らが楽しめる企画（スタンプラリー、施設通貨を使って日常に変化を持たせる）を考え、趣味の聞き取りを一覧表に集約して新しい企画に役立てている。 | |

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"> ・ 接遇研修を実施し、担当制で顔の見える関係を目指している。家族の面会時には入居者の近況報告や要望の話し合いをしている。 ・ 行事案内、近況報告便りを出し家族と利用者の関係継続に留意している。 ・ 今年のコロナ禍では面会がままならず、電話での要望聞き取りに傾注している。 ・ 家族との関係が希薄にならないように家族に向け作品展覧会を開く企画を立て、展示品作りを通して利用者に日常の生活の張りを考えている。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 支援のスキルアップに全職員対象に接遇の研修（接遇マナー/不適切なケアについて）を実施している。 ・ 24時間ケアプランシートは一人ひとりの目線に立った計画書であり、コミュニケーション手段や本人の気持ち欄が設けられポイントが掴みやすい。 ・ 新しい施設で、法人からの異動職員は少なくほとんどが採用の新規職員である。比較的若く施設に活気がある。介護度4の利用者も多く、利用者の気持ちを汲み取るための研修として、接遇研修の中にコミュニケーション方法を項目に入れることを期待する。 | |

| | | 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"> ・ 看護師は毎朝利用者の体調をチェックし、心身の状況を24時間シートを介して職員に伝えている。 ・ 4ユニットに特浴2台、個浴2個が用意されている。入浴チェック表を用いてチェックをし、利用者の希望に沿って温度・入浴時間・同性介助などを行っている。 ・ 新任職員はプリセプター方式を利用し、入浴の適切な介助技術を学んでいる。 | |
| 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"> ・ 入所時利用者一人ひとりの排泄の状態を把握するために尿測を実施し、適切な排泄介助のタイミングとおむつなどの製品選択をしている。 ・ 排便サポートの取り組みとして水分摂取や適切な運動を促し、一人でも多く利用者のおむつ外しを目指している。 ・ 排泄介助の技術向上を目指して、主任による介護技術のチェックと、おむつの正しい当て方の職員試験を設けている。 | |
| 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"> ・ 機能訓練部の理学療法士が利用者の心身状況の把握に関り、利用者のADLや意向に応じて残存能力を活かした支援方法を提案し、職員全体で共有している。 ・ 利用者同士が安全に移動・移乗できるよう動線に配慮し、環境設定を行っている。 ・ 福祉用具の点検は毎月チェック表を使用して不備の無いようにしている。 | |

| | | |
|--------|---|---|
| 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"> ・褥瘡予防対策指針を設け、褥瘡予防対策委員会を開いている。 ・毎月ユニット担当からは利用者の皮膚の状態が委員会へ報告される。委員会では一覧表を作成し褥瘡治療計画を検討している。医者の回診と介護士・看護師・管理栄養士の連携により、完治・治療中・重度化のチェックを行い、リスク評価を記入して早期対応を行っている。 | |

| | | 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"> ・主食は各ユニットで味噌汁を温めご飯を炊いている。適温に配慮しながら副食は施設内調理場で作っている。 ・給食委員会で利用者の摂食状況を把握し、どちらかを選ぶ選択食を月2回、年3回のランチバイキングを開催し、不定期ではあるが好きなメニュー希望する選択食も取り入れている。 ・献立には管理栄養士が、多様な身体状況に合わせたメニューを作りおいしく食べる食事を目指し、おかゆのオムライス作りに挑戦するなど利用者本位に意欲的な姿勢で臨んでいる。 ・ユニット会議では利用者の相性を考え食事の席も話し合っている。 | |
| 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"> ・一人ひとりの栄養状態の把握に務め栄養カンファレンスを3か月ごとに行い、栄養管理計画書を基に多職種共同で支援している。 ・献立には管理栄養士が、糖尿・腎臓・心臓・透析など利用者の健康維持に合わせた療養食も用意している。 ・食事形態を6種類(普通・一口大・粗刻み・極刻み・ミキサー・ゼリー)設定し排泄支援と連動した水分補給を行い、利用者の嚥下能力に合わせた食事を提供している。 | |
| A-3-③ | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・週3回訪問歯科による往診を受け、口腔ケア研修を毎月実施している。 ・個室に洗面台が有り、一人ひとりに応じた口腔内体操（嚥下体操）をし、義歯の着脱・清潔・保管をしている。 ・誤嚥予防を目的とし、食事前に利用者全員を対象として口腔内体操の場を設ける事を希望する。 | |

| | | 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・看取りは実施していないが、委員会を開催の準備を進めている。 ・症状の急変には協力医への連絡、昼夜配置されている看護職により緊急対応が出来る。 ・緊急時対応マニュアルを設け、利用者家族へは医師より終末期の説明と今後の施設での対応について説明をし家族の不安に答えている。 ・終末期の研修をしている。施設の体制を整えつつ看取りの実施が行われることを期待する。 | |

| | | 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・認知症利用者の24時間ケアプランシートでは、ADLや周辺症状について観察し記録されている。新任はプリセプター体制のもと、一人ひとり認知度を把握しの対応を学びながら支援している。 ・今後 認知症の利用者が増えてくることを考慮し、認知症の理解と対応方法についての職員研修計画の見直しを望む。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・ユニットケア10名の利用者で、利用者の特性が掴みやすく対応が容易である。 ・居間・食堂の共有面積も広く環境の見直しがし易い。薬など危険物の収容場所が決められ保管されている。居室には以前の生活や居場所作りを考慮してダンス・仏壇などが持ち込まれている。 ・職員はユニット単位で毎日の過ごし方に工夫を凝らし各ユニットの設えに個性が出ている。またユニット間の見学を含め利用者の生活環境の整備について試行錯誤している。 ・認知症特有の症状に不安なく対応するため、主に認知症の行動特性を研修に入れることを望む。 | |

| | | 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"> ・機能訓練部には理学療法士2名、看護部の看護師は8名が常勤している。介護・看護・理学療法は関連委員会のメンバーとなって一人ひとりの機能計画（3か月単位）に関わっている。リハビリコーナーが設けられ必要に応じて週1回の機能訓練が設定されている。 ・日々ラジオ体操・昼食前に認知症予防体操を実施し、日常生活場面に配慮し、利用者の生活に応じた声掛けをしている。 | |

| | | 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"> ・看護師が常駐し定期的に巡回でバイタルチェックをしている。体調の変化には看護師のもとに早期対応が出来る体制を構築している。 ・服薬剤は看護師が責任を持ち、職員が食事など生活場面でチェックしながら飲み忘れの無いように注意している。 ・看護師体制が充実し日常の対応に不足はないが、介護職にも高齢特有の薬の効果や副作用などに関する研修を期待する。 | |
| 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"> ・看護部は利用者の医療関係について全てを詳細に判断している。 ・感染予防マニュアルを整備し、家族や訪問者に手洗いうがいの励行を義務付けている。特に今年のコロナ禍の感染予防体制を整え設備面の環境、ソーシャルジスタンスもあらゆる場面に配慮している。 ・感染予防対策指針と委員会を設置し、食中毒、インフルエンザなどに対応している。 ・職員は出勤時に検温し発熱の有無を確認している。 | |

| | | 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"> ・築2年目の施設は、設計時より介護職の視線が取り入れられ、また建物面積にゆとりがある。ユニット単位の面積や共有部分も広く、環境整備がしやすい。 ・汚れ物の搬出入の動線や職員の出入り口が考慮され、収納スペースも多く、利用者の目に入らない、臭わない日常が確保されている。 ・産業医による環境チェックと共に、日常の設備点検で良否・改善を定期的にチェックしている。 ・職員はユニットの設備・装飾に意欲的で夢を持ち自由度が高く個性のある設えをしている。 | |

| | | 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"> ・接遇研修を実施し、担当制で顔の見える関係を目指している。家族の面会には入居者の近況報告や要望の話し合いをしている。 ・行事案内、近況報告便りを出し家族と利用者の関係継続に留意している。 ・今年のコロナ禍では面会がままならず、電話での要望聞き取りに留意注意している。 ・家族との関係が希薄にならないように利用者の日常を知らせる機会として、家族に向け作品展覧会を開く予定があり、利用者は展示品の制作に励んでいる。 | |

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 城東さくら苑 の利用者 |
| 調査対象者数 | 利用者人数： 入所 100 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したうえで、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）

入所利用者100名にアンケートを配付し、72通を回収した。回収率は72パーセントであった。

質問は自由記述を除き全27項目

回収の結果

○満足度90%以上は、

- ・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。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・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すか。

○満足度80%以上は、

- ・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くれますか。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- ・機能訓練の目的や内容、実施後の評価等について、説明してくれますか。

自由意見では、

- ・老人施設が今回で4件目ですが一番良いと思います。
- ・今年は病院での検査、現在の生活、様子など介護士さん、看護師さんから電話やお手紙で連絡をいただいています。家族は大変安心しています。感謝の気持ちで一杯です。
- ・コロナ問題で業務が多くなったと思います。職員方々の体調に十分気を付けて今暫く頑張ってください。
- ・定期的に丸薬の状況を教えて欲しい。
- ・母が病院に行かなければならない時は施設の車を利用して欲しい。車椅子対応の車で病院への送迎をしていただければありがたいです。
- ・コロナによって対面できなくなっている。テレビ会議が一人1家族しかできないので家族全員が会えない。もう少し枠を広げられるとありがたい。もし難しいなら施設での状況を通常時よりも多く知らせてもらいたい。

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 |