

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 にちげつの光	
運営法人名称	社会福祉法人 功德会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	江原 睦泰（理事長） 矢島 繁一（施設長）	
定員（利用人数）	120 名 ★ショートステイ10名含む	
事業所所在地	〒 557-0004 大阪府大阪市西成区萩之茶屋1丁目2番5号	
電話番号	06 - 6633 - 1680	
FAX番号	06 - 6633 1658	
ホームページアドレス	http://s-koutokukai.or.jp/	
電子メールアドレス	info@s-koutokukai.or.jp	
事業開始年月日	平成28年3月1日	
職員・従業員数※	正規 53 名	非正規 16 名
専門職員※	社会福祉士2名、介護福祉士22名、 精神保健福祉士1名、介護支援専門員2名、 看護師5名、管理栄養士1名、 あん摩マッサージ指圧師1名、 介護職員初任者研修修了者22名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室120室	
	[設備等] 食堂11、浴室11、調理室11、更衣室11、 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	0 回
前回の受審時期	平成 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】

『成長』を理念としています。『成長』とは、利用者・入居者の生活の質（QOL）が向上すること、スタッフの専門性が向上することを指しています。その二つの実践を、支援・教育することです。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①入居者の人権を尊重する上で、居場所を選べる環境を取っています。具体的には、玄関エレベーターの施錠を日中（8：30～18：00）までは開錠することにより、自由に自分の居場所を選べるようにしています。
- ②入居前の生活習慣の延長を実践する。具体的には、外出の機会、喫煙・飲酒の習慣の有る方は、継続する。近隣の店舗に買い物に出かける等を、出来るだけ支援していく。
- ③機能訓練の機会を、個別だけではなく、集団リハビリを行うことでの、集団心理により実施。（ユニット対抗風船バレーボール大会、運動会等）

【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3月13日～平成30年6月1日
評価決定年月日	平成30年6月1日
評価調査者（役割）	0401A191（運営管理委員） 1501A027（専門職委員） 0901A024（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にちげつの光は、西成区あいりん地区のすぐ近くで、平成28年3月に全室個室のユニット型特別養護老人ホームとして開設しました。8階建て建物に、定員110名、ショートステイ10名の施設で、診療所を併設しています。駅から近く交通の利便性に恵まれ、近隣にコンビニエンスストアや大型スーパーがあり、外出や買い物も便利な環境です。各ユニットは、居心地のよい空間づくりへの職員のアイデアや工夫が発揮され、生活感あふれた穏やかな雰囲気です。

施設の名前「にちげつの光」には、日中は太陽のように光にあたり、夜は月の光があたりするような、日々穏やかで光のように温かい施設になるようにとの願いが込められています。

「成長」を施設の基本理念とし、地域社会と共に生き甲斐が持てる社会を実現するため、地域、利用者、職員をはじめ施設にかかわるすべての人と共に、日々の生活を通して心身ともに「成長」しつづけ、より良い地域社会の向上を目指しています。

利用者の人権を尊重し、「心身」を拘束しないという施設の方針により、日中は玄関やエレベーターを開錠しています。また、利用者の自由な暮らしを支援するケアに積極的に取り組み、利用者が家族や職員と外出して買い物し、また、電車に乗って外出することなども日常的になっています。

開設3年目に入り、第三者評価の受審を、振り返り・気づきの機会とし、施設長以下、施設全体で、サービス改善・向上に活かそうと、積極的に取り組んでいます。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の日安となる状態、(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

■福祉サービス提供に対する組織的な取り組み

施設は、平成28年3月に開設し、体制として落ち着いてきたところで、自分たちの福祉サービスが良い方向に向かっているかを確認し、「職員ができていないこと」を気付くため第三者評価の受審に取り組みました。施設長はじめ、各部の主任級職員は、毎日各ユニットでの朝礼(8階建ての2階～7階に2ユニットもしくは1ユニット合計11ユニット)に時間差の工夫をしながら参加をして、情報の共有を図っています。管理者が各ユニットに出向くことで利用者・家族の声を聞いたり、職員の顔を見て声を聞き、実施しているサービスの内容を確認していることは高く評価できます。

■利用者の夢の実現に向けた取り組み

入所前の聞き取り調査から利用者のニーズを把握し、夢の実現に向けて機能訓練やレクリエーションなどを取り入れ、多職種が連携し支援しています。また、各ユニットで利用者の夢を共有できるように写真やイラストを用いるなどの工夫をしています。

■機能訓練の工夫

利用者の競争心を刺激し、楽しみながら身体機能を維持することができるように、施設の全利用者を対象に風船バレーのトーナメントを行っています。

■ユニット毎に工夫された生活環境作り

利用者が落ち着いて過ごすことができるように、居室の表札やトイレの表示など各ユニットで工夫しています。エレベーター前のスペースを利用し、利用者が思い思いに過ごせるようにテーブルや椅子を設置しています。

◆改善を求められる点

■マニュアルの整備

現在提供している福祉サービスの標準的な実施方法を文書化し、職員の違い等による差異を極力少なくし、一定の水準、内容を実現することが求められます。

■研修体制の工夫

各種研修の実施は、各委員会で学び合い、委員会出席者が各ユニットで伝達するシステムになっていますが、実施状況が確認できません。全職員に研修内容が周知できる仕組みを検討し実施することが望まれます。

■人材育成への取り組み

人材育成として、「職員の目標管理と評価制度」を導入しています。職員は「職員目標達成」に向けて上司と達成度や反省点等を面談によって話し合っています。今後は、評価を行う考課者の訓練や研修も実施していくことが望まれ、全職員のスキルが高まっていくことを期待します。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価の内容を全部署で共有し、a評価以外の項目について、達成できる項目の優先順位を付け、次回の第三者評価の受審を2年後と定め取り組むようにしました。各部署の「事業計画書」に具体的に記載し、目標を具体的に明確化できたことは法人全体のスタッフのモチベーションの向上に繋がっています。また、評価内容以外の目標についても検討する機会となっています。第三者の評価は客観的に見られる視点を再認識する良い機会です。自分たちの主観的な評価や、実施指導時の指導とは違う、納得のいく内容であることを感じます。今後、利用者、家族の声を独自にアンケート等を実施し、取り組みたいと思っています。

◆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>■法人理念・基本方針は、パンフレット、ホームページに記載しています。</p> <p>■法人理念・基本方針を特別養護老人ホームにちげつの光の「職業倫理」と定めて、各ユニットの介護職員室に掲示し周知徹底を図っています。</p> <p>■【『成長』入居者（利用者）の生活の質（QOL）が向上すること・職員の専門性が向上すること】を法人理念として、理念を実現するために職員の行動規範となる基本方針を明示しています。</p> <p>■職員への周知の仕組みとして、施設長は「今月のひとこと（A4版）」を作成し、理念達成のための考え方を取り入れた内容の文章を全職員に渡しています。</p> <p>■職員に周知する仕組みとして、中長期計画・単年度事業計画書に記載して年度初めに説明することなどが望まれます。</p> <p>■法人理念・基本方針は、職員への理解はもとより利用者・家族、さらには地域社会に対して示していくことが大切です。玄関入口や各ユニットフロア、会議室等に掲示して周知徹底を図っていくことが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■法人内では、理事長・施設長・事務主任参画の運営会議を毎週開催し、収支・予算・人事（人員配置）等を把握・分析し見直しています。</p> <p>■毎月開催の主任会議では、理事長・施設長・部長・各部署主任級の参画により、毎月の運営状況を確認し、課題等について対策を評価・分析しています。</p> <p>■事業所が位置する地域での福祉に対する需要の動向、利用者数、福祉ニーズなどに関するデータを収集し分析しています。また、毎週の稼働率を基に営業地区・方法を検討する営業会議を毎週開催して福祉ニーズのデータ収集に努めています。</p> <p>■毎週開催している運営会議・営業会議については、「業務日報」「人員配置表」「収支計算書」等に分けて管理をしています。今後は、会議開催について事前のレジュメや事後の議事の内容を記載してはいかがでしょうか。ご検討ください。</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>■法人の経営状況、進捗状況や課題は理事会にて共有を図っています。理事会・評議員会は、年5回開催しています。ホームページ（法人概要）に開催内容を公表しています。</p> <p>■法人内では、理事長、施設長、事務主任が参画し、収支・予算・人事等について毎週評価・分析しています。また、理事長、施設長、部長、各部署主任級が参画する主任会議においては、各部署からの報告、人事、管理部からの通達、施設長からの報告を行う等して経営課題の解決・改善に向けた取り組みを行っています。</p> <p>■管理者は、職員が財務の視点も意識して業務に当たっていくよう、今後は収支などの課題についてもリーダー会議・主任会議等で検討していく予定としています。</p> <p>■5つの「視点から」の施設の課題を掲げています。「利用者の視点」「スタッフの視点」「業務の視点」「財務の視点」「地域の視点」を掲げていますが、更に組織体制・職員体制・人材育成等の課題の解決についても具体的に明文化することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人の中長期計画（平成28年度～平成33年度）を策定しています。</p> <p>■法人では経営の適正化や経営分析の手法として※SWOT分析を実施しています。バランスド・スコアカードの視点での中長期計画となっています。分析結果をもとに、法人として優先課題を解決するため更に具体的な計画を策定していくことが望まれます。</p> <p>※事業を取り巻く外的環境とそれに対する事業の現状を自ら分析して、強みや弱みなどを把握することによって今後の経営戦略やビジョンを構築する仕組み。</p> <p>■中長期計画を実現するためには財務面での裏付けが重要です。そのためには、中長期の事業計画に沿った収支計画を策定することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■事業計画は、中長期計画にもとづき策定しています。</p> <p>■平成29年度の事業計画は、11項目の「重点目標」を掲げています。さらに職員が意識して行動するよう5つの視点「利用者視点」「スタッフの視点」「業務の視点」「財務の視点」「地域の視点」を掲げて、行動指針を明示しています。</p> <p>■事業計画は、5つの視点での課題・計画を掲げていますので、年度の終了時に実施状況の評価を行うため、内容については実施状況の評価が可能であることが重要です。開設3年目に入り、数値化できるような計画策定が望まれます。</p> <p>■事業報告書は、数値目標や具体的な成果を設定して評価を行っていますが、事業計画と連動した内容の報告書が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■事業計画の策定にあたって手順書はありませんが、3月の理事会に報告できるように運営会議で検討し策定しています。</p> <p>■管理者は、実施状況の評価分析を行い、事業報告書に記載しています。</p> <p>■管理者は、主任会議、ユニット会議、リーダー会議、各委員会等からの意見を吸い上げて事業計画を策定しています。</p> <p>■今後は、事業計画を策定するにあたり、構成メンバー、時期、手順等を定め、少なくとも半期ごとの評価・見直しをしていくことが望まれます。また、全職員に周知していくには、事業計画書を非常勤職員を含めた全職員に配付したり、説明会を行う等していくことが望まれます。</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>■施設では年2回の家族会、年1回の入居者自治会を行っています。</p> <p>■管理者は、家族会・入居者自治会において法人の理念や運営方針等を説明し、利用者・家族の理解を得るよう取り組んでいます。今後は、利用者・家族の声を事業計画に反映していけるような入居者自治会・家族会につながることを望まれます。</p> <p>■開設3年目に入る平成30年度には、「広報誌」を発行し、その中に事業計画を記載したり、施設内に掲示していく予定があります。また、ホームページの活用も検討しています。</p> <p>■事業計画は、利用者にとって、より分かりやすくなるよう文章や絵にして、各フロアに掲示する等の工夫が望まれます。</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>■法人では、開設後2年目の、概ね施設内が落ち着いてきたところで、福祉サービスの質を評価分析し、今後の福祉サービス実施に向けて更に良いサービスに繋げていくことを目的として今回の第三者評価受審に臨みました。</p> <p>■理事長はじめ施設長・部長・主任級の参画による主任会議において、第三者評価の検討を行っています。</p> <p>■福祉サービスの質の向上に向けた取り組みは、主任会議・ユニット会議・リーダー会議・各種委員会等において組織的に行っています。</p> <p>■介護保険自主点検表による点検の実施や第三者評価の自己評価を行うにあたって、幹部職員や複数の職員による担当制等を定めて行うことが望めます。</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>■第三者評価受審にあたり、各部署で自己サービス評価を分析し、その中で出た課題については主任会議等が中心となり検討しています。</p> <p>■自己評価・第三者評価の結果が出た後は、改善の課題を明確化し、解決・改善を計画的に取り組み、計画は中長期計画や事業計画に反映していくことが望めます。</p> <p>■今後は、担当部署や業務改善委員等を定めて、解決・改善すべき課題について検討してはいかがでしょうか。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■管理者は、法人の理念、中長期計画、事業計画、事業報告書を主任会議等で説明しています。 ■法人キャリアパスモデル表に、管理者の役割と責任を明記しています。 ■法人は、「職員及び職務表」に、管理者の役割を明記しています。 ■施設長は、全職員向けに理念や基本方針に沿った考え方をA4版に記載した文章「今月のひとこと」を毎月給与明細書に同封して、周知徹底の工夫をしています。 ■広報誌は平成30年度より作成して、理念や事業計画等を掲載して周知徹底を図っていく予定があります。早期の発刊が望まれます。 ■平常時のみならず有事の際における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含めたマニュアルの整備が望まれます。 	
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"> ■法人では、人権委員会・心身拘束廃止委員会・衛生委員会等を設けて取り組んでいます。 ■施設開設当初から、幹部職員をはじめとして、法令遵守に関する外部研修や内部研修に参加をしています。 ■開設当初から多忙であったため、当初作成した重要事項説明書や様々な文書類に記載ミスや漏れがありましたので、早急に点検し修正していくことが望まれます。 ■コンプライアンス（法令遵守）の担当者、担当部署等を設置して、倫理や法令の遵守の徹底に向けた規約の策定・整備や体制構築を図ることが望まれます。法人内で検討してはいかがでしょうか。 	
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"> ■毎週、理事長・施設長・事務主任等による運営会議では、法人全体の収支・予算・人事等について確認を行っています。毎月開催の理事長・施設長・部長・主任級による主任会議では、全部署が円滑な運営ができているかを評価・分析しています。各部署の主任からの1か月の報告と問題提起・対策を講じる場となっています。 ■毎月開催の施設長・部長・主任・ユニットリーダー等によるリーダー会議は、各ユニットでの課題を検討し情報の共有を図っています。 ■施設長はじめ幹部職員は、毎日各ユニットの朝礼に参加して、管理部からの通知や職員からの報告を受けるなどして職員間の情報共有を図っています。施設は8階建の2～7階に2ユニットもしくは1ユニットの配置となっており、各ユニットの朝礼に参加するためには時間もかかりますが、時間の調整をする等の工夫をして取り組んでいます。各ユニットに出向くことで、利用者や家族の声を聞いたり、実施しているサービス内容を確認していることは高く評価できます。 	

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>■管理者は、毎週運営会議において、収支・予算・人事等について評価分析しています。</p> <p>■主任会議において、稼働率・人員配置・利用者状況・各部署（介護支援部・診療部・管理部）・研修等の報告を受け、分析を行っています。</p> <p>■管理者は、職員が働きやすい環境のために、就業規則の見直し等を検討しています。</p> <p>■今後、経営の改善や業務の実効性を高めていくためには、幹部職員他ユニットリーダーの育成が重要です。リーダー育成のための研修等が望まれます。</p>	

	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。	b
(コメント)	<p>■法人は、キャリアパスモデルを作成し、職員育成に関する考え方を明記しています。</p> <p>■専門職（有資格者）の配置については重要事項説明書に記載しています。必要な人員体制については、毎週開催の運営会議で確認をしています。</p> <p>■理念・基本方針・事業計画に基づく、質の高い福祉サービスを実現するためには、必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方や人材の確保や育成について、中長期計画や事業計画に明記することが望まれます。</p> <p>■法人として必要な人員体制に関して、介護福祉士・社会福祉士・介護支援専門員・看護師・栄養士等の福祉サービスに関わる専門職の配置や確保について、具体的な計画を策定することが望まれます。</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>■法人の基本方針【ホスピタリティ（おもてなしの精神）の向上、不適切ケアをなくすこと。職員が自らの仕事に誇りを持つこと。介護職は、倫理・道徳・優しさ・思いやりを持つこと。】に「組織が求める人物像」を明記しています。基本方針は「職員倫理」として各フロアに掲示しています。</p> <p>■法人は、人事考課を実施しています。職員一人ひとりの到達目標・自己評価・一次考課・二次考課を行い査定しています。今後は、人事考課者研修や評価指針の標準化を明確にしていくことが望まれます。</p> <p>■キャリアパス・職員配置・異動・昇進等の基準を明確にして、人事考課制度での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。</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
(コメント)	<p>■管理者は、年4回面談の折に職員の意向を調査・把握しています。</p> <p>■毎月の有給休暇取得状況、時間外労働等の就業状況は、事務部門・管理者が把握しています。</p> <p>■施設長・直属上司は、入職1か月、3か月、6か月、12か月と年4回面談の機会を設けて、職員が相談しやすいよう取り組んでいます。</p> <p>■職員通用口の掲示版、各ユニット会議室掲示板に、大阪市社会福祉研修センター「メンタルヘルス相談窓口」のチラシを掲示しています。また、パワハラ・セクハラについても「禁止ポスター」を掲示して、職員が働きやすい職場づくりを目指して取り組んでいます。</p> <p>■管理者は、福祉人材確保のために、勤務時間や労働条件等を見直していく改善策を検討しています。改善策により、福祉人材や人員体制に関する具体的な計画につながることを望まれます。</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
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ■法人の基本方針に、「組織が求める人物像」を明記しています。 ■施設長・直属上司は、年4回の面接を行っています。職員と話し合いながら「職員到達目標」を定め、振り返りを行っています。目標管理チェックシートの記載漏れが多くありました。適切な管理が望まれます。 ■職員到達目標を設定するにあたり、目標管理制度に関する規定（基準）の仕組み作りが望まれます。法人中長期計画にも「キャリアパスの未成熟」と明記がありますので、早期の実現が望まれます。 	
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"> ■法人の基本方針【ホスピタリティ（おもてなしの精神）の向上、不適切ケアをなくすこと。職員が自らの仕事に誇りを持つこと。介護職は、倫理・道徳・優しさ・思いやりを持つこと。】として「組織が求める人物像」を明記しています。基本方針は、職員倫理綱領として各フロアに掲示をするなどして職員が目指す方向性を示しています。 ■「キャリアパスの未成熟」と中長期計画に記載があります。早期にキャリアパスの整備をして、職員が目指す方向性を体系的に明示し、必要な教育・研修を明記していくことが望まれます。 ■平成30年度は、法人が3年目を迎えるにあたり、理念である「成長」を実践・実感できるような研修制度が必要であると職員研修計画を策定しています。今後は、その計画に沿って非常勤職員も含む全職員が参加できるように、テーマごとに2日間ほどかけて行う等の配慮や「職員プロフィール」に記載をして管理する等していくことが望まれます。 	
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"> ■「職員プロフィール」にて専門資格の取得状況を把握しています。人事考課により知識、技術水準を把握しています。 ■開設間もないため、全職員が順番に外部研修に参加ができるように、主任会議等で参加者を決めています。 ■外部研修受講後は研修報告書を作成し、研修委員会で伝達研修を実施しています。 ■平成30年度より、内部・外部研修受講内容が明確になるよう「一年間の研修履歴」を管理していく計画となっています。また、テーマ別・職種別研修以外に「キャリア別研修」も計画・実行すると明記しています。 ■研修参加者の報告や評価分析を記載できるような「職員別履歴等」を作成して、研修成果の評価・分析を行い、次の研修計画に反映させ、継続した記録になることが望まれます。 	

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) <ul style="list-style-type: none"> ■平成28年度事業計画に、研修・実習生受入れについて明文化しています。平成29年度も受け入れをしていますので、事業計画やマニュアルなどに明文化をしていくことが望まれます。 ■社会福祉士、介護職員初任者研修課程、教員免許のための介護体験実習等の実習生を受け入れています。 ■養成校とは、担当者の訪問時に実習内容について話し合う場を持ち、連携して取り組んでいます。 ■実習生受入れ体制の整備については、受け入れに関するマニュアルの作成が必要です。マニュアルには、連絡窓口・利用者や家族への事前説明、職員への事前説明・実習生等に対するオリエンテーションの実施方法等について明記していくことが望まれます。 	

		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)	<p>■ホームページでは、法人、福祉施設・事業所の理念や基本方針、財務諸表等を公開して広く周知を図っています。今後は、事業計画・事業報告についても公表していくことが望まれます。</p> <p>■苦情・相談の体制については重要事項説明書に記載しています。玄関入口事務所横に設置している掲示板に利用者・家族からの要望・苦情・意見等を掲載しています。利用者や家族等、そして地域の理解を深めていくために、第三者評価受審結果と共に、苦情・相談の内容・対応については、ホームページ、広報誌等にも公表することが望まれます。</p> <p>■法人では広報誌の発行を計画しています。今後は、広報誌等に理念・基本方針、事業計画、事業報告等についても公表していくことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■経理規程にもとづき会計処理を行っています。</p> <p>■法人では、「職員及び職務分掌」に権限が明記されており、関係職員に周知しています。</p> <p>■法人では、外部の公認会計士によるチェックを受けています。</p> <p>■ホームページには、経営報告を開示しています。現況報告書、財務諸表（資金収支計算書・資金収支内訳表・事業活動計算書・事業活動内訳書等）を公表し、透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</p> <p>■必要に応じて外部の専門家に相談し、助言を受けていますが、内部監査を実施するなど事業経営・運営のさらなる適正性を確保する取り組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■法人中長期計画に「地域の視点」からの取り組みを明記しています。</p> <p>■施設では、「地域の視点」での取り組みとして「喫茶店のような場所を提供することで、地域との窓口を持つ」「地域の行事に参加をする」「ボランティアの受入れ」「ボランティアにも居心地の良い雰囲気づくり」を明記しています。</p> <p>■西成区社会福祉協議会主催の介護予防教室を8階の地域交流スペースで実施しています。毎回10数名の地域住民の参加があり、特養利用者も10名程度参加をして地域住民との交流が進んでいます。実施にあたって各ユニットにポスターの掲示をして参加を募っています。</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。	b
(コメント)	<p> ■ボランティア受入れについては、法人中長期計画や事業計画に明文化しています。 ■平成28年度事業報告書には、行事・レクリエーション活動報告に「夏祭り開催時に地域住民による踊りボランティアの参加」を報告しています。今後は、実績を数値化していくことが望まれます。 ■学校教育等への協力に対する方針や、ボランティア受入れマニュアルの作成が望まれます。 </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。	b
(コメント)	<p> ■玄関窓口に、介護保険制度の説明や介護保険サービス事業者が掲載されている冊子を設置していつでも閲覧できるようにしています。また、各ユニット掲示板には、西成区医療福祉マップ等を掲示しています。 ■施設長、ケアマネジャーは西成区社会福祉施設連絡協議会に参加をしています。今後は、特養連絡部会等に参加をしていく予定があります。 ■近隣特養等と連携して「子ども食堂」への参画をするなど社会貢献事業に取り組んでいます。 ■相談員・介護支援専門員等は、地域の抱える課題解決に向けて地域ケア会議等に参加をしていくことが望まれます。 </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。	b
(コメント)	<p> ■施設では、3日間にわたる夏祭りを開催し、利用者・家族・地域住民との交流を図っています。地域住民は踊りボランティアとして参加をしています。 ■平成29年度事業計画に、「今後、社会福祉法人功德会の事業展開を地域住民の安心と、地域・自宅をより一層意識したサービス体制を整える必要がある。また、地域の高齢者等を特別養護老人ホームや在宅支援のサービスを浸透させることにより、災害発生時の近隣住民が避難する地域の防災拠点としての役割も担っていく」と明記しています。 ■現在、施設は福祉避難所とはなっていませんが、避難所となるべく申請をしているところです。 ■今後は、要介護者、生活困窮者等への理解を深めるための講習会や研修会・講演会等の開催、福祉に関する相談窓口の設置をすることが望まれます。 </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> ■西成区社会福祉協議会主催の介護予防教室が、8階地域交流スペースを活用して開催されています。そこからの相談などから福祉ニーズを把握しています。 ■事業計画に、「地域の関係機関との連携を図り、地域への社会貢献を社会福祉法人として行い、管理者・職員は、大阪市老人福祉施設連盟、介護保険事業所連絡会、保健所管轄施設連絡会、ユニットケア推進会議に参画をしていく」と明記しています。 ■民生委員等との会合はまだ始まっていませんが、毎日のように近隣住民の訪問があり、簡易宿泊所などの相談を行っています。管理者は、施設玄関にカギをかけずに、いつでも地域住民の相談対応ができるよう配慮しています。 ■今後も既存制度では対応しきれない生活困窮者等の支援、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが望まれます。 </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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人理念の下、職業倫理を定め、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示しています。 ■利用者を尊重した福祉サービスの提供の実践状況の把握は、職員到達目標チェックリストを用いて評価しています。 ■利用者の尊重や基本的人権について、人権擁護委員会で学び合い、委員会出席者が各ユニットで伝達するシステムになっていますが、実施状況が確認できません。全職員に研修内容が周知できる仕組みを検討し実施することが望まれます。 	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■個室の居室をはじめ共有空間でも、利用者一人ひとりのプライバシーを守るケアが実践されています。 ■虐待防止に関するマニュアルが作成され、不適切なケアの発見時の対応が明記されています。今後、現場でのマニュアルの周知が望まれます。 ■プライバシー保護については、人権擁護委員会で学び合い、委員会出席者が各ユニットで伝達するシステムになっていますが、実施状況が確認できません。全職員に研修内容が周知できる仕組みを検討し実施することが望まれます。 ■利用者のプライバシー保護について、マニュアルの作成が求められます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設のパンフレットを関連病院や区役所に置いていますが、数か所にとどまっています。今後、福祉サービス利用希望者が、福祉サービスを選択する際に参考とすることができるよう、より多くの人が入手できる公共機関等への資料の設置が望まれます。 ■希望者には電話受付から見学まで対応することになっています。相談内容は相談受付簿に記載しています。 ■ショートステイを利用した体験入所の事例があります。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス開始にあたっては、イラストを入れ解りやすく工夫した重要事項説明書を用いて、説明しています。 ■サービス開始の説明の中で、「今まで一日をどのように過ごしてきたか」を聞き取り、個別性を尊重しています。 ■今後、意思決定が困難な利用者には、成年後見制度の利用等について説明するなどの工夫が望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項説明書に沿って、移行の援助を行っています。 ■他の福祉施設・事業所へのサービス変更の際には、看護サマリーなどで情報の提供を行っています。看護サマリーには、介護職員からの情報提供も記入しています。 ■実際に、施設から自宅復帰したケースがあり、在宅サービスを使った自宅での生活に繋げています。 ■退所後も家族の希望があれば、生活相談員が相談に応じることを口頭で伝えています。今後、文書で渡すことが望まれます。 ■今後、他の福祉施設・事業所や地域・家庭への移行にあたり、福祉サービスの継続性に配慮した手順と引き継ぎ文書の作成が求められます。 	

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。 b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■入居者自治会があり、話し合いを実施しています。 ■敬老会開催後、懇親会を兼ね、各ユニットで家族の話を聞く機会を設けています。 ■年1回、家族会を実施しています。 ■家族に面接調査を実施しており、今後は、定期的な利用者満足に関する調査の実施が望まれます。
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。	
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、利用者・家族に説明しています。また、施設内に掲示しています。今後、客観性の視点から、第三者委員の複数設置が望まれます。 ■意見箱を設置しています。利用者や家族が気兼ねなく意見を入れられるように、設置場所も配慮されています。 ■苦情内容は、ユニットリーダー会議等を通じて職員間で共有され、サービス向上に活かしています。 ■苦情内容及び解決結果等は、施設内に掲示し公表しています。
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。 b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項説明書に相談窓口を明記しています。 ■相談室や談話コーナーなど、相談できるスペースはたくさんあります。 ■利用者が相談したり意見を述べたりする際、相手を自由に選べるように、受付担当者の写真入りの紹介等、利用者によりやすい工夫が望まれます。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■苦情相談マニュアルを整備しています。 ■意見箱を設置し、利用者・家族の意見を積極的に把握しています。 ■利用者・家族からの要望や意見は、職員間で共有し、改善に向けて取り組みを行っています。 ■今後、苦情相談マニュアル等の定期的な見直しが望まれます。

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)	<p>■毎月、セーフティーマネジメント委員会を実施し、事故・ヒヤリハット報告書に基づき、再発防止や改善策の検討を行い、結果を各フロアに発信して周知しています。</p> <p>■事故防止・対応マニュアルを作成しています。</p> <p>■事故防止策等の安全確保策の実施状況は、確認のために施設長や管理者がラウンドチェックを行っています。</p> <p>■安全確保・事故防止に関する研修については、セーフティーマネジメント委員会で学び合い、委員会出席者が各ユニットで伝達するシステムになっていますが、実施状況が確認できません。全職員に研修内容が周知できる仕組みを検討し実施することが望まれます。</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)	<p>■感染症のマニュアルが作成され、定期的な見直しも行われています。</p> <p>■職員は出勤時に手洗い・うがいを実施するように徹底しています。</p> <p>■感染症の研修も実施していますが、今後、全職員に実施できたか確認できる工夫が望まれます。</p>	
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)	<p>■災害時の食料や備品類の備蓄リストが作成され、毎年避難訓練が実施されています。</p> <p>■災害時に対応できるマニュアル（少なくとも台風・地震・火事の3点が盛り込まれたもの）と災害時の組織的な対応策の整備が早急に望まれます。</p> <p>■利用者や職員の安否確認の方法を決め、マニュアルに明記することが求められます。</p>	
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)	<p>■契約書に記録の複写物の交付について記載し、利用者・家族に説明しています。</p> <p>■開示の事例があります。</p> <p>■開示請求を受けた場合の対応方法やマニュアルを整備し、全職員が統一した対応ができる工夫が望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■施設サービスを受ける必要性が高い利用者が優先的に入所できるよう、月1回入所選考会議を開催し、入所選考指針に沿って適切な入所判定をしています。入所選考に係る対外的な透明性を担保するために外部からの委員の参加が望まれます。</p> <p>■入所選考に係る指針や説明資料などわかりやすく作成されていますが、施設のパンフレットやホームページ等での公表が望まれます。</p>	

		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。	c
(コメント)	<p>■職員への指導や介護方法の伝達などは、口頭で行い、介護手順・マニュアルは整備されていない状況です。</p> <p>■現在提供している福祉サービス（食事・入浴・排泄等介護の場面）の標準的な実施方法を文書化し、職員の違い等による福祉サービスの水準や内容の差異を極力なくし、一定の水準、内容を常に実現することが求められます。</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。	c
(コメント)	■まずは、現在提供している福祉サービスの標準的な実施方法を文書化することが求められます。	
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。	a
(コメント)	<p>■ケアプランは、責任者である専任の介護支援専門員が、介護支援専門員業務マニュアルの手順に従って作成しています。</p> <p>■サービス担当者会議は、部門を横断した職員が出席し、専門性を活かした会議となっています。</p> <p>■ケアプランは、利用者一人ひとりの希望や意向を尊重した、「その人の望む生活」を支援する計画となっています。</p> <p>■毎月担当が作成する支援経過記録で実施状況を確認しています。</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。	a
(コメント)	<p>■ケアプランの評価・見直しは、介護支援専門員業務マニュアルの手順に従って行っています。</p> <p>■更新したケアプランは、各ユニットにファイルを設置し、職員間で共有しています。</p> <p>■毎月のモニタリングで課題を記入する仕組みがあり、フロア会議等で検討を行っています。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者一人ひとりのケアプランは、自立を支援するという基本方針に沿って作成し、サービス実施にあたって同意を得ています。</p> <p>■入所前にこれまでの生活習慣や、暮らしの意向をチェックシートを用いて聴き取り、個別的なニーズを取り入れた24時間シートを作成し、利用者の目標達成状況について評価しています。</p> <p>■ケアプランは医師、看護師、機能訓練指導員、管理栄養士等の専門的な立場から得たアドバイスに基づいて作成し、認知症高齢者のサービス提供方針については、月2回の精神科医の専門的な助言や指導を得ています。</p> <p>■ケアプランは居宅復帰を考慮して作成し、復帰した事例を確認しましたが、利用者や家族に定期的に意向を確認することが望まれます。</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。		
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の身体、生活状況は統一された書式にて把握され、記録しています。 ■情報が全員に的確に届く仕組みとして、申し送りノートや、朝礼時の申し送り伝達等工夫しています。 ■記録内容の書き方に差異が生じないように、新入職員に対しての研修は実施されていますが、その他の職員に対しての研修の実施が望まれます。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の個人情報の取り扱いについては、個人情報保護規程に沿って、利用者・家族に説明しています。 ■個人情報保護について、新入職員に対しての研修は実施していますが、その他の職員に対しては実施していない状況です。 ■文書・書類管理規程を定め、記録の保管、保存、廃棄等に関して規定することが求められます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項説明書に身体拘束の原則禁止を明示し、利用者・家族に説明しています。 ■以前、身体拘束の事例が1件ありましたが、家族への同意や会議、記録など、手順を踏んで実施しました。現在は身体拘束はありません。 ■身体拘束廃止については心身拘束廃止委員会で学び合い、委員会出席者が各ユニットで伝達するシステムになっていますが、実施状況が確認できません。全職員に研修内容が周知できる仕組みを検討し実施することが望まれます。 ■身体拘束ゼロ宣言を明記することが望まれます。 	
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"> ■預り金に関する規程を定め、その責任体制や管理方法について明示しています。 ■重要事項説明書に、金銭管理について記載し、利用者・家族に説明しています。 ■保管管理者は出入金の都度出入金記録を作成し、3か月毎に預り金の収支状況を知らせ、家族から確認書を返してもらっています。 	
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"> ■入所前の生活状況を詳細に聞き取り、利用者の意向に沿って食事、トイレ、入浴、リハビリテーション、レクリエーションへの参加を支援する等、利用者の状況に沿った離床対策を進めています。 ■機能訓練や離床対策は、生活状況などの聞き取りに基づき、利用者のニーズの実現に向けた立位訓練や歩行訓練を行い、モニタリングで評価し心身の機能の改善・維持に努め、自立に向けた支援をしています。 	

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。	b
(コメント)	<p>■利用者一人ひとりの暮らしの意向を理解し、24時間シートに基づき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に支援しています。</p> <p>■利用者の趣味、興味、希望を把握し、居室担当者が中心となりサービス担当者会議やユニット会議で検討し、銭湯での入浴、買い物、路面電車での外出等を行い、生活に楽しみを作るような工夫をしています。</p> <p>■家族の面会が多く行事等にも参加していますが、今後地域住民のボランティア参加が得られるように働きかけることが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■聞き取りチェックシート、困りごとチェックシート等から利用者一人ひとりのニーズの実現に向けて24時間シートを作成し、その内容をケアに活すとともに機能訓練、レクリエーション、外出など支援しています。</p> <p>■話すことや意思表示が困難な利用者には筆談や表情で確認し、連絡帳を用い情報の共有に努めています。</p> <p>■利用者への言葉使いや態度など接遇に関しては、全職員が月1回総合点検表で点検し、人権擁護委員会ではスピーチロック、パワーハラスメント等の研修を行っていますが、周知徹底を図るためにも全職員を対象に研修を行うことが望まれます。</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>■浴槽は機械浴、個室でのリフト浴を用意し、利用者の心身の状況や意向に合わせて、入浴形態を採用しています。</p> <p>■入浴介助を安全に実施するための取り組みとして、全利用者に職員が1対1で関わり事故防止に備えていますが、安全管理について課題も残されていますので、ケアの標準化を図るための工夫が望まれます。</p> <p>■利用者の意向に応じ、入浴日を変更したりシャワー浴に変更し、ユニットにより入浴の回数を週3回にしたり、夜間の入浴を実施するなど快適かつ楽しめるための工夫をしています。</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。	b
(コメント)	<p>■トイレでの排泄支援に努めていますが、やむを得ずオムツ類を使用する際は、利用者の状況に合わせたものを使用し、生活記録や排泄チェック表で排泄時間を確認し対応しています。</p> <p>■トイレは衛生や臭気に配慮して清潔に努め、冬季は暖房や保温便座を使用し、利用者が快適に排泄できるように支援しています。</p> <p>■トイレ内での転倒、転落については安全管理面での課題も残されていますので、事故防止への取り組みが望まれます。</p> <p>■排泄はトイレで行うことや同性介助に努めていますが、利用者の尊厳や羞恥心への配慮に課題が残されていますので改善が望まれます。</p>	

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。	b
(コメント)	<p>■利用者の心身の状況や意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるように自立に向けて支援しています。</p> <p>■福祉用具に不備はないか等の点検は、定期的に営繕の職員が行い安全面に配慮しています。</p> <p>■利用者一人ひとりの身体の状況に合わせた車いす、テーブル、椅子の整備を課題としていますが、安全に快適に過ごすためにも早急な取り組みが望まれます。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■褥瘡対策委員会を開催し、利用者の心身の状況に応じた体位や姿勢の変換を行い、褥瘡を食事面からも予防するために、利用者一人ひとりの食事の摂取状況を確認し栄養管理を行っています。</p> <p>■傷や皮下組織のずれが起きないように安全に介助し、褥瘡の発生に努めていますが、いくつかの課題が残っています。今後も取り組みを強化し、褥瘡の発生予防に努めることが望まれます。</p> <p>■褥瘡の発生予防するための標準的な実施方法について個別の指導等を行っていますが、全職員を対象に研修を実施することが望まれます。</p>	

		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>■給食委員会で嗜好調査を実施し、利用者の希望や好みを把握し献立に反映させています。</p> <p>■利用者の好みの献立を取り入れた調理レクリエーションとして、利用者を交えた昼食作りや宅配寿司、居酒屋等を取り入れ食事をおいしく食べる工夫をしています。</p> <p>■在宅で使用していた茶わんや湯呑、箸を入所後も使用し、利用者が満足して食事ができるように工夫しています。</p> <p>■ユニットごとに主食とみそ汁を作り、利用者の盛り付けにより食べる量を選択していますが、食事に選択制を取り入れる工夫が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■医師・言語聴覚士・管理栄養士・看護職員・介護職員が連携し、利用者の嚥下能力に応じた食事内容や食事形態を工夫し、食事介助についても利用者の心身の状況に合わせて行っています。</p> <p>■食事が喉に詰まったなど食事時の事故については安全面での課題も残されていますので、対応方法を確立し誤嚥防止に取り組むことが望まれます。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■週1回歯科医師・歯科衛生士の助言、指導を受けて、口腔状態および咀嚼嚥下機能の定期的な確認を行い、必要な場合には歯科医師の診断、治療が受けられるよう支援しています。</p> <p>■口腔機能を保持、改善するためにも、体操（口腔体操など）を全ユニットで実施することが望まれます。</p> <p>■できる限り口腔での摂取を維持できるように、全職員を対象とした口腔ケアに関する研修を実施することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■看取りケアマニュアルに沿って、利用者が終末期を迎えた場合の対応を適切に行っています。 ■利用者および家族に、終末期を迎えた場合の対応やケアについて十分な説明をしています。 ■医療連携体制を整備し、利用者および家族から看取り支援の希望がある場合には、利用者の状況に応じ施設での看取り介護を行う体制を整えています。 ■看取りを行うユニットの職員に対して、終末期のケアに関する研修を行っていますが、夜間の対応などで介護職員が過度のストレスを感じることなく業務にあたることができるように、全職員を対象とした研修が望まれます。 	

		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"> ■医療スタッフ等と連携し、月2回の精神科医の往診により周辺症状については分析を行い、認知症の症状に配慮したケアを行っています。 ■利用者の日常生活能力や残存機能を評価し、日常生活の中で役割（家事等）が持てるように工夫していることが利用者アンケートで高い評価を得ています。 ■認知症の医療・ケア等については必要に応じ精神科医の指導や助言を得ていますが、全職員を対象に最新の知識・情報を得られるよう研修の実施が望まれます。 ■胃ろう造設の利用者がチューブを抜くという行為に対して、安全性の面から食事を注入する際のみ必要な手続きを行って、上肢の固定をしています。 	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者が落ち着いて過ごせる雰囲気や環境となるよう、共有スペースについてもユニットごとの工夫をしています。 ■心身の拘束を行わないという施設の方針により、玄関の施錠やエレベーターのロックをせずに施設内を利用者が自由に行動できるようにしています。利用者アンケート集計においても施設の良い点・気に入っている点として挙げられています。 ■居室や共有スペースなどについては週1回、設備・環境チェックリストを用いて生活環境の安心、安全に取り組んでいます。 ■利用者が一目でわかるように居室の表札やトイレの表示については、ユニットごとに工夫しています。 	

		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"> ■機能訓練指導員として看護師を配置し、利用者一人ひとりに応じた個別機能訓練計画書を作成し、実施、評価、見直しを行っています。 ■利用者が主体的に機能訓練を行えるよう、全ユニットで風船バレーのトーナメントを行い、優勝チームを表彰するなどの工夫をしています。 ■利用者の判断能力の低下や認知症の症状が変化した場合でも、医師・医療機関との連携を図りながら日常生活が安全に行えるように、介護予防活動を行っています。 	

		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)	<p>■ユニットごとに日々の担当看護師を決め、介護職員との連携により利用者の状態を把握し、体調の変化に気づいた場合は医師・医療機関と連携し対応しています。</p> <p>■高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用、体調変化時の対応等については、職員には個別的に説明していますが、的確に迅速に対応するためにも全職員を対象とした研修が望まれます。</p> <p>■服薬管理または服薬確認については看護職員と介護職員が連携して取り組み、職員が2名体制の時は看護職員とダブルチェックを行い誤薬の防止に努めていますが、課題も残されていますので防止策について取り組みが望まれます。</p>	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■家族・来館者には手洗いの設置や必要に応じたマスクの着用などの説明がされ、職員通用口にも同様の設置をし感染防止に努めています。</p> <p>■給食部門では職員の衛生点検表により、日常の健康状態をチェックし対応する仕組みを設けていますが、その他の職員については自己申告となっていますので、体調の変化を日常的に把握できるような取り組みが望まれます。</p> <p>■感染症対策委員会を開催し、感染症や食中毒に対する予防対策や発生した場合のマニュアルが作成されていますが、MRSA等、まだ整備されていない感染症対策マニュアルがありますので、早急な整備が望まれます。</p> <p>■感染症対策委員会で委員を対象にした研修が行われていますが、感染防止策に課題も残っていますので全職員を対象とした研修も含めた取り組みが望まれます。</p>	

		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。	b
(コメント)	<p>■週1回事務職員が全ユニットの建物や設備についてチェックし、月1回施設長が接遇・規律・清潔・整頓等環境整備について評価し、安全性や快適性に努めています。利用者の喫煙場所をユニット内の換気扇の下と指定していますので、他利用者の快適性や健康面からも改善が望まれます。</p> <p>■利用者が思い思いに過ごせるスペースとしてエレベーター前に応接セットを置き、ユニットごとに工夫をしています。</p>	

		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)	<p>■家族に対し、定期的および変化があった時、相談員や介護支援専門員が利用者の状況を報告しています。健康上の変化があった時は看護職が報告しています。</p> <p>■交通の便もよく、家族はよく面会に訪れています。施設で行われる行事に一人でも多くの参加を得られるよう、2か月前に案内を郵送しています。</p>	

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にちげつの光の入居者
調査対象者数	110名（うち回答可能な方24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）

特別養護老人ホームにちげつの光を、現在利用されている入居者110名（うち回答可能な方24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、19名の方から回答がありました。（回答率79%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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」
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員は、あなたに対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「健康面や医療面、安全面について安心である」
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
●「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、80%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	特別養護老人ホームにちげつの光の入居者の代理人
調査対象者数	86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）

特別養護老人ホームにちげつの光を、現在利用されている入居者の代理人86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、57名の方から回答がありました。（回答率66%）

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、85%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員に声を掛けやすい」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」
●「ホームの総合的な満足度」
について、75%以上の方が「はい」・「満足」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	特別養護老人ホームにちげつの光 過去1年間に利用を終了した入居者の代理人
調査対象者数	13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）

特別養護老人ホームにちげつの光を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人13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、5名の方から回答がありました。（回答率38%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしていた」
 - 「職員は、本人に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た」
 - 「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」
 - 「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めていた」について、全員の方が「はい」と回答、

- (2) ●「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た」
 - 「職員に声を掛けやすかった」
 - 「職員は、本人の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た」
 - 「健康管理や医療面、安全面について安心できた」について、80%以上の方が「はい」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
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