

福祉サービス第三者評価結果報告書
【高齢福祉分野（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	南港咲洲特別養護老人ホーム	
運営法人名称	社会福祉法人 遺徳会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	嶋田 祐史（理事長・施設長）	
定員（利用人数）	170 名 ★ショートステイ30名含む	
事業所所在地	〒 559-0033 大阪市住之江区南港中2丁目1番35号	
電話番号	06 - 4703 - 1700	
FAX番号	06 - 4703 - 1800	
ホームページアドレス	http://www.itokukai.com/	
電子メールアドレス	sakisima@helen.ocn.ne.jp	
事業開始年月日	平成14年4月1日	
職員・従業員数※	正規 48 名	非正規 50 名
専門職員※	介護福祉士37名、介護支援専門員6名、 医師12名、看護師10名、准看護師1名、 管理栄養士1名、柔道整復師1名、 あん摩マッサージ指圧師1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室52室、二人部屋1室、四人部屋29室	
	[設備等] 食堂4、浴室3、調理室1、更衣室2、医務室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	3 回
前回の受審時期	平成 28 年度

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

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

【理念・基本方針】

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

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①私達は人柄の向上を目指す為に、職場で次の事を実践しています。
「明るく笑顔で挨拶すること」、「真剣に親孝行を実践すること」、「他人に役立つ充実感を体得すること」、この3つを行動指針に挙げ、職員一人一人が真剣に取り組んでいます。
- ②特別養護老人ホームと養護老人ホームを合わせて、平成14年度の施設開設以来勤務している職員が10名、介護職員の平均勤続年数は8.4年と介護施設としては、高い水準を維持し、利用者様、御家族様と馴染みの関係を築けています。また、育児休業明けの女性職員が復帰しやすいように時間の調整をしたり、職場配置を考えたりと働きやすい環境を作っています。
- ③どのような方でも施設で受け入れる断らない施設として地域の方より高い評価を得ています。行政、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等からの緊急依頼も断らずに受けています。
- ④施設利用者様全員が楽しんでくださるような行事を多くしています。ボランティアの方々がたくさん来て下さり、各階を周り触れ合って頂く慰問を多く行っています。クッキングクラブや音楽療法等を大学との連携もしています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年12月18日～平成31年2月25日
評価決定年月日	平成31年2月25日
評価調査者（役割）	1101A006（運営管理委員） 1601A045（専門職委員） 1201A006（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

南港咲州特別養護老人ホームは、社会福祉法人遺徳会の2番目の特別養護老人ホームとして平成14年4月に開設されました。同じ建物内には養護老人ホームも併設されています。

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

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

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

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

◆特に評価の高い点

■理念、基本方針の確立と周知

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

■人柄向上への取り組み

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

■人材育成とキャリアレベル制度

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

■サービス向上に向けての取り組み

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

■褥瘡の発生予防

褥瘡発生0（ゼロ）を目標としています。評価スケール2種類（MAスケール評価、OHスケール）を用いて6か月ごとに評価しています。医師のコメントとして「褥瘡発生認めずコントロール管理良好」とあります。今後も褥瘡発生原因除去・予防についての取り組みを強化することが期待されます。

◆改善を求められる点

■災害時を想定したBCP（事業継続計画）の策定

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

■ケース記録等の記録の充実

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

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

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

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念や基本方針はわかりやすく表現されて、施設内に掲示し、ホームページ、パンフレットにも記載し、広く周知を図っています。 ■職員は毎朝の朝礼時に、理念、基本方針を唱和し、「理事長教本」を読み合わせて職員の行動指針を確認することで、理念の周知を確実なものにしています。 ■広報誌「まごころとふれあい」に理念や基本方針について説明した文章を掲載し、利用者、家族に配布しています。また家族交流会では理事長が理念や基本方針について説明し、周知の継続的な取り組みをしています。 	
		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■中期経営計画で法人や事業を取り巻く環境変化などを分析し、課題を明確にして、法人事業計画では具体的な方策を明示しています。 ■施設の位置する地域の介護連携推進委員会に委員として所長代理が出席し、社会福祉事業全般の動向や地域の高齢化率、他事業所の状況などを把握しています。把握した情報は所長代理会議で検討していますが、分析等の資料や記録が確認できませんでした。今後は地域の福祉計画等の資料と共に分析結果などの記録の整備が望まれます。 ■月1回開催の所長会議で、利用実績や稼働率について報告し、対策について検討しています。 	
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"> ■中期経営計画で、経営課題として①人材確保と育成②入所者の健康と安全確保③健全財政の確立④快適な生活環境の提供⑤新規プロジェクトの具体的な検討開始⑥社会貢献について、具体的な課題や問題点を明確にしています。 ■法人理事会では事業計画の進捗状況や財務状況などを報告し、経営課題の共有を図っています。 ■経営課題の人材の確保や育成、稼働率などは朝礼時に職員に話をして周知に努めています。 ■人材の確保について外国人採用に向けて取り組み、平成30年度に2名を採用しています。 	

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

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

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
(コメント)	<p>■管理者（理事長）は、法人の理念や基本方針に基づいた取り組みを、ホームページやパンフレット、また広報誌などを通して明確に表明しています。</p> <p>■管理者（理事長）の役割と責任については、法人組織図、職務分掌、職務権限区分表および有事の際の役割については防災規程に明示しています。</p> <p>■管理者（理事長）は毎朝の朝礼に参加し理念や基本方針、職員の行動指針について話し、自らの役割と責任について職員に表明し、理解を得ています。</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>■組織倫理規範を定めて、組織として取るべき行動基準を具体的に明示して職員に周知しています。</p> <p>■管理者（理事長）は関係機関が実施する法令順守に関する研修会に参加して、毎朝の朝礼時に職員に報告をしています。</p> <p>■法令遵守委員会が中心になり、4月に法令遵守、就業規則について全職員に施設内研修を実施し、法令を守ることの大切さを学んでいます。</p> <p>■今後は幅広い分野について遵守すべき法令等の把握や周知が望まれます。</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>■毎月1回管理者（理事長）が出席してフロアリーダー会議を開催し、実施するサービスの実施状況について評価、分析をしています。</p> <p>■毎日の朝礼時には職員が順番に「自分が実践できた素敵な事」として実施した支援内容などを報告しています。</p> <p>■サービスの質の向上を目的とした資質向上委員会を設置して、自己サービス評価や利用者満足度調査をとおしてサービスの現状についての評価、分析を行っています。</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。	a
(コメント)	<p>■中期経営計画において健全財政の確立を目標に掲げて、稼働率や経費削減および管理部門の効率化など、具体的な対策を掲げて取り組んでいます。</p> <p>■管理者（理事長）は毎月のフロアリーダー会議に出席し、稼働率、月間の収支状況や人員配置などを報告して経営面での改善点などをリーダー職員と話し合っています。</p> <p>■特別養護老人ホームと養護老人ホームを合わせて人員配置は配置基準+10%を目標に定員管理をしています。</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。	a
(コメント)	<p>■中期経営計画において「人材（量・質）確保と育成」について、①採用②教育③幹部職員のグループ活動④福利厚生を目標として掲げて具体的な対策について明示し、有資格者の配置についての具体的な目標数値等も掲げています。</p> <p>■中期経営計画および平成30年度事業計画に基づいて外国人職員採用に力を入れて、今年度は2名の外国人職員を採用しており、また65歳以上であっても積極的に雇用しています。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■期待する職員像として「人柄の向上」を明示しています。</p> <p>■キャリアパス表に勤続年数、能力・知識、昇進・給与、役職について明示しており、職員に周知しています。</p> <p>■法人独自の「キャリアレベル制度」を整備して、昨年度は法人全体で105名に介護職員の介護技術評価を実施しています。今後はこの制度の定着を図るとともに職員処遇についての改善策などを計画の中で明示していくことが望まれます。</p> <p>■人事考課は職員個々の自己評価をもとにスキル評価を加えて実施しています。7月に個人面談を行い、11月に人事考課の実施、年度末には個人目標に沿った面談が行われて、次期へ向けての目標設定などを話し合う機会としています。年度末の個人面談後に昇給などの処遇が決定される仕組みになっています。</p>	
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
(コメント)	<p>■職員の就業状況や意向の把握は各フロアのリーダーから主任、次に所長代理から管理者へ職制をとおして行われています。</p> <p>■有給休暇の取得状況や時間外労働などの把握は事務部門が管理し、フロアリーダー会議で報告しています。</p> <p>■職員は毎日就業時にバイタルチェックを行うことで、日々の健康管理を実施しています。</p> <p>■人事考課の面談の際に職員は悩み事など自由に相談をしています。また施設の産業医にも相談できることを職員に周知しています。</p> <p>■育児介護休業の取得を推奨し、復職後の勤務時間も職員一人ひとりの希望に沿って短時間にするなど、人材定着の一つとして積極的に取り組んでいます。</p> <p>■福利厚生事業として、大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。永年勤続表彰や食事会、職員旅行などに取り組んでいます。</p>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。	
II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■法人の「人材育成基本方針」に人材育成の基本として「職場は人柄の向上を目指す場所」を掲げ、具体的な方策として①人柄の向上②業務能力の向上③職員処遇の3つを明示し職員の育成を行っています。</p> <p>■職員は自己評価を行い、人事考課など年に3回の面談を通してそれぞれの目標や実践について上司と話し合い、進捗状況の確認を行っています。</p> <p>■職員は朝礼時に順番に日々の支援の実践の中で学んだことなどを報告し、広報誌にも掲載し、家族等に送付しています。</p>
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
(コメント)	<p>■法人の「キャリアパス制度」および「遺徳会における介護職員のキャリアレベル制度」に組織が必要としている専門技術などを明示し、事業計画書の中にもキャリアレベル制度の活用による職員の質の向上を目標に掲げています。</p> <p>■職員研修は内部研修、外部研修共に年間計画を策定して実施しています。実施後の評価や見直しは定期的ではありませんがフロアリーダー会議で行って、次の研修内容に反映させています。今後は定期的に見直しを図り、成果や問題点なども記録に残して、次の研修計画作成に活かしていくことが望まれます。</p>
II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	a
(コメント)	<p>■キャリアパス表の中で階層別にあるべき姿を明確に定めて必要な教育、研修内容について明示しています。職員一人ひとりの研修計画、研修履歴は個人教育記録表で一元管理をしています。</p> <p>■内部研修は、同一内容で3回実施して、全職員が参加できるように配慮しています。</p> <p>■遺徳会キャリアレベル制度に基づいて支援能力評価を行い、明確になった苦手な分野を職員それぞれが業務の中で積極的に取り組めるように指導をしています。</p>
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。	
II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	a
(コメント)	<p>■実習生受入要項で実習生受入の目的を明示しています。実習種目ごとに、開始から実習中、評価、終了までの流れについて記載しています。</p> <p>■介護福祉士、社会福祉士、栄養士、教職課程の介護体験など個別の実習プログラムを作成しています。</p> <p>■実習指導者は実習指導者講習を修了した職員が担当し、管理者は定期的に指導する機会を持っています。</p> <p>■実習終了後は実習生と懇談し、実習についての感想や意見を聞き取って、改善するようにしています。</p> <p>■現在2名の外国人職員が就労しており、今後は外国人の実習生の受け入れを検討しています。</p>

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

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

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

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

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

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

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■経営理念や事業計画書に利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示し、玄関ホールや各部署、フロア等に掲示し、パンフレットやホームページにも掲載しています。</p> <p>■法人独自の朝礼集等をもとに、毎日の朝礼にて理事長による訓話や理念等の指導がなされています。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<p>■利用者のプライバシー保護や権利擁護等について、規定・マニュアルが整備され、職員にも研修を実施しています。研修に参加できなかった職員に対しても研修資料を確認してもらうなど、周知できる取り組みをしています。</p> <p>■プライバシー保護や権利擁護についての流れがわかりやすくフローチャートで明示されています。</p> <p>■入浴は職員がすべてマンツーマンで対応するなど、生活面でもプライバシー等に対して配慮しています。</p>	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
(コメント)	<p>■年2回、地域内の居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、病院等を訪問し、施設の情報を積極的に提供しています。</p> <p>■ショートステイ等にて一時利用を活用し、利用者がやむなく施設利用を希望しない場合は他の施設を利用できるように支援するなど、柔軟に対応しています。</p> <p>■施設利用時の説明に拡大版の重要事項説明書等を用いて、わかりやすい説明を心がけていますが、図や挿絵等を活用するなど、更にわかりやすく説明できるよう工夫することが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
(コメント)	<p>■厚生労働省が示す「認知症の人の日常生活・社会生活における意思決定支援ガイドライン」に従い、意思決定の困難な利用者への配慮がルール化されています。</p> <p>■利用契約時、必要に応じて居宅介護支援事業所の介護支援専門員に同席してもらうなどの配慮がなされています。</p> <p>■契約時の説明に拡大版の重要事項説明書等でわかりやすい説明を心がけていますが、重要事項説明書を拡大するだけにとどまらず、書面にルビを振るなどよりわかりやすく説明できるよう工夫することが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
(コメント)	<p>■利用者が入院した際には、手順に従って看護サマリー等の情報提供をしています。</p> <p>■特養から在宅へ復帰した事例があり、在宅復帰後もショートステイ等で関わりを持ちながら、在宅生活を支援しています。</p> <p>■利用終了後も所長代理等が相談窓口となり、相談方法や担当者についての説明文を渡しています。</p>	

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"> ■年2回、利用者満足度調査を実施し、職員も自己サービス評価表にて自施設のサービスについての評価をしています。その調査結果を基に利用者・第三者委員も参加する資質向上委員会にて分析・検討し、サービス向上への取組をしています。 ■年1回、食事への嗜好調査を実施し、その結果を献立に反映させています。 ■利用者満足度調査の内容は会議録にて職員へ、広報誌にて家族へ周知しています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■3名の第三者委員が定期的に訪問し、利用者や家族へ声かけや聞き取りをしています。 ■玄関ロビーに苦情解決の仕組みをわかりやすく説明した掲示物があります。 ■各階に意見箱が設置され、職員に見られずに意見が書けるよう、場所の配慮をしています。 ■苦情内容は毎日の朝礼や申し送り、職員会議等で職員や第三者委員に周知し、月毎にまとめて掲示しています。 	
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"> ■玄関ロビーに掲示されている職員写真に、当日の主相談者が誰なのかがわかるように工夫しています。 ■玄関や各階に、利用者や家族にわかるように第三者委員の訪問日等を掲示しています。 ■個別で相談できる相談室（面会室）を設置し、各階でも個別で相談ができるスペースを確保するなどの配慮をしています。 	
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"> ■玄関ロビーに掲示されている職員写真に、当日の主相談者が誰なのかがわかるように工夫をしています。 ■相談員や介護支援専門員がラウンドして積極的に要望や意見を聞き取るようし、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、適切な相談対応と意見の傾聴に努めています。 ■3名の第三者委員が定期的に訪問し、利用者や家族へ声かけや要望の聞き取り等を行っています。 	
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎月開催される安全対策委員会にて事故についての検討をしています。 ■入れ歯の飲み込み事故防止のために利用者の口腔内の写真を撮って状況把握する等、事故再発防止についての工夫・取組を行っています。 ■事故が発生した際の報告書は出勤簿の横に掲示するなど、職員全員が情報を共有できるように取り組んでいます。 ■事故が発生した際、発生要因を基に事故防止策を検討・実施し、各階の安全対策委員が定期的に評価・見直しを実施しています。 ■事故報告書やヒヤリハット等により事故等に対する事例の収集が積極的になされていますが、収集されたヒヤリハット等の事例を報告だけでなく統計・分析し、事故再発防止だけでなく未然に防ぐ取組も強化することが望まれます。 	

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)	<p>■毎月開催される感染衛生委員会にて感染症予防について検討し、その内容を職員に周知しています。</p> <p>■職員は基本的な感染予防策に努めると共に、出勤時には手洗い・うがい・検温を実施する等、感染症発生予防に努めています。</p> <p>■医師等の医療職よりアドバイスを受けて感染症に対してのマニュアルを整備し、各職員室に設置することで、対応の周知に努めています。</p> <p>■インフルエンザの発症者が出ていますが、適切な対応・予防タミフル投与などの対応等により発症拡大を防ぎ、早期終息に向けて努めています。</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>■平成30年の台風により施設が大きな影響を受けたことを基に行政に働きかけ、地域の防災体制の改善に取り組んでいます。</p> <p>■備蓄リストを作成し、担当者を決めて備蓄を管理しています。福祉避難所として地域の方が避難してきても対応できるように4日分以上の備蓄を確保しています。</p> <p>■平成30年の台風により施設が受けた影響の情報整理等がなされています。今後は、それを基に、もし施設が被災したとしても円滑に事業が継続できるよう計画を作成することが望まれます。</p> <p>■水分摂取表等により利用者の人数確認の方法が決められていますが、地震災害等が起こった際の安否確認がスムーズに行えるような手順を取り決めることが望まれます。</p> <p>■消防署立会のもと消防訓練が実施されています。民生委員を通して、地域の方に消防訓練の開催が通知されていますが、参加には至っていないと聞き取りしました。地域と連携した消防・防災訓練の取り組みが望まれます。</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>■重要事項説明書等により利用者・家族に記録の開示について説明がなされています。</p> <p>■マニュアル「情報の開示について」により記録の開示についての手順が定められ、記録等の開示がなされています。</p> <p>■記録の開示の書類の一つであるケース記録は、開示の際、利用者・家族がより具体的に理解できるよう意識して記録することが望まれます。</p> <p>■「情報の開示について」により記録の開示についての手順が定められていますが、本人（もしくは法定代理人）以外が記録の開示を求めた際について、個人情報保護法に則した手順を定めることが期待されます。</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。	a
(コメント)	<p>■入所選考指針に基づき、月1回（随時開催有り）入所選考委員会を開催し受け入れを決めています。委員会には第三者委員が参加しています。申し込み者に対し指針資料、申し込み用紙等を手渡して説明しています。</p> <p>■特別養護老人ホーム入所までの流れを掲載した「まごころとふれあい」冊子を区役所、社会福祉協議会、居宅介護支援事業所に配布しています。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■マニュアル集である規則要領集に利用者の尊重、プライバシー保護や権利擁護に関わる姿勢が明示され、福祉サービスについて標準的な実施方法を文書化しています。 ■介護職員のサービス実施方法については内部研修やOJTでの指導に加え、各フロアリーダーが129項目からなる独自の評価基準（キャリアレベル評価表）を基に毎年職員をチェックしています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■規則等見直し規定に則り、年度末にマニュアルの見直しが行われています。 ■標準的な実施方法の見直しはリーダー会議等で行われ、個別の事案を基に夜間帯の見守りを強化するための体制を整えたり、職員の提言により服薬マニュアルに指差し呼称の手順を追加するなど、個別の事案や職員の意見を反映できるように取り組んでいます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■ケアプラン作成要領集に基づき、ケアプランが作成されています。 ■毎月、介護職員がケアプランサービス評価表にてモニタリングを実施し、介護支援専門員と主任がチェックしています。 ■介護支援専門員のアセスメント資料として課題整理総括表が導入されていますが、活用まではなされていない状況です。ケアプラン作成時の過程の中で活用することが期待されます。 ■確認した殆どの利用者のケアプランの「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が2つまでとなっています。利用者によっては解決すべき課題が多数存在する場合があります。個々の課題を更に拾い上げる取り組みが望まれます。 	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ケアプラン作成要領に基づき、ケアプランサービス評価表にてサービス実施の評価を行い、3か月に1回、サービス担当者会議を開催しています。サービス担当者会議にて各専門職の意見を聴取し、個々のケアプランを策定しています。 ■ケアプランを急遽変更する場合も、ケアプラン作成要領に基づき柔軟に対応しています。 ■確認した殆どの利用者のケアプランの「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」が2つまでとなっています。利用者によっては解決すべき課題が多数存在する場合があります。個々の課題を更に拾い上げる取り組みが望まれます。 	

	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> ■入所之际し、生活状況調査、アセスメントを丁寧にしています。サービス担当者会議を開催し、多職種の専門的意見と利用者、家族の要望を聞いています。 ■毎月モニタリングを行い、3か月に1回アセスメントを実施して、サービス担当者会議にて各専門職と情報共有、共通認識しています。ケアプラン作成後、介護職員は内容を確認し、施設サービス計画書(2)の裏面に押印しています。 ■リウマチ疾患、認知症の利用者に対する薬剤調整について相談していますが、ケアプランへの反映までには至っていません。助言、指導に基づくサービス提供が行えるケアプランを作成することが望めます。 ■担当介護職員、介護支援専門員にて実施状況や問題点を把握し、利用者の目標達成状況について評価しています。ニーズに対しての実施記録はありますが、目標についてのサービス実施状況記録についても検討することが望めます。 ■施設サービス計画のニーズについて生活意欲を導き出す言葉、「〇△したい」等、利用者が主体的、意欲的に取り組める、誰にでも分かる具体的な書き方について検討することが望めます。 ■家族の希望により居宅復帰に向けて能力維持できる施設サービスを実施し、現在ショートステイを利用している事例があります。 </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)	<p> ■内部研修にて記録の方法について指導し、記録マニュアルに基づきケース記録にて利用者の日々の状況が記録されています。 ■入浴介助・排泄介助等の各介助ごとに利用者のケアに対しての注意事項や配慮事項等の一覧表が作成され、情報の共有がなされています。 ■3か月に1回に開催されるサービス担当者会議等で利用者一人ひとりの情報共有がなされています。 ■公的な記録であるケース記録には簡易的に記録されており、メモ的な存在である連絡ノートや入浴介助や排泄介助等の一覧表には詳しく書かれている状況です。施設が提供しているケアの証明や利用者一人ひとりの状況を一元的に把握し、ケアの質を高めていくような取り組みが望めます。またそういった内容を加味した記録作成マニュアルの作成等が望めます。 ■ケアの一覧表など紙面での情報共有に様々な工夫がなされていますが、介護システム等のネットワークシステムを活用し、更なる情報共有円滑化の工夫が望めます。 </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
(コメント)	<p> ■内部研修や日々の朝礼等により、個人情報保護についての指導が行われています。 ■重要事項説明書等により、利用者や家族に個人情報保護についての説明が行われています。 ■個人情報保護規程を基に記録の保存・廃棄、個人情報の不適切な利用や漏洩への対策と対応について個別で詳しく規定し、職員に周知することが望めます。 </p>	

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。	
Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
(コメント)	<p>■身体拘束ゼロ宣言を行い、身体拘束を行っていません。身体拘束ゼロ推進委員が3名在籍し、身体拘束ゼロを維持するために毎月開催される虐待防止委員会にて、内部研修の開催や啓発活動が行われています。またスピーチロックや不適切なケア防止への啓発も行われています。</p> <p>■施設の方針としてセンサー等を使用せず、巡回強化等の工夫により利用者の安全を確保するように努めています。</p>
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)	<p>■利用者や家族の要望に応じて通帳や印鑑を預かり、適正に管理しています。</p> <p>■収支状況は毎月の利用料明細と共に家族や成年後見人に報告しています。</p> <p>■金銭の自己管理が可能な利用者には、ベッド周りに置ける金庫を貸与する等の配慮をしています。</p> <p>■買い物ツアーを年1回開催したり、ボランティアに協力してもらい近隣のスーパーに利用者と一緒に買い物に行くなどし、利用者自身で金銭を支払うことができる機会を提供しています。</p>
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。	b
(コメント)	<p>■寝たきり予防として利用者一人ひとりの介助方法や留意点を離臥床表に表し、職員全員で把握しています。体調不良の利用者、一部の胃ろう造設者を除き、寝・食分離を徹底しています。</p> <p>■他者との交流を促し、離床する機会、時間が増えるように計画しているケアプランがあります。</p> <p>■田舎に帰りたい利用者に対し、機能訓練指導員と共に離床時立位（20秒）を促し、トイレでの排泄の維持にも努めています。</p> <p>■1日の利用者の生活時間に沿って提供したサービスについての離臥床実施記録を工夫、検討することが望まれます。</p>

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>■生活状況調査表やアセスメントにて生活習慣を把握しています。利用者、家族の要望に応じ、趣味、特技についても生活支援を行うという書式であり、行事、クラブへの参加を促し、楽しさを引き出すようにしています。サービス計画表には具体的に参加しているクラブ名の記載はありません。食事・排泄について自立に配慮した援助をしています。</p> <p>■クラブ活動、行事、慰問など多彩なメニューがそろっています。ボランティア活動も盛んで、大阪市介護予防ポイント事業の登録施設です。囲碁クラブ、民謡クラブ、クッキングクラブ、折り紙クラブ、みどりの町工作クラブで制作指導を受けた作品を居室に飾っています。</p> <p>■施設全体の取り組みとして、多彩なメニューが用意され、マンネリにならない工夫をしています。</p>	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
(コメント)	<p>■毎朝、介護支援専門員と相談員が各階を回り、利用者一人ひとりに声かけをし、毎日の変化や状態について早く気付けるようにしています。巡回時にも声を十分聞き取れるように居室側を歩いています。</p> <p>■サービス担当者会議に利用者と家族が参加し、希望する田舎への旅行が実現した事例があります。</p> <p>■話すことが困難な利用者には筆談ノート、文字盤、ホワイトボード等を使用しコミュニケーションを図っています。</p> <p>■満足度調査をもとに内部研修を3回実施しています。外部研修では、サービスマナーの研修を受講しています。</p>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■入浴前にバイタルチェックを行い、状態に応じ看護職員の指示を受けて清拭に変更しています。利用者の心身の状況に応じ、一人ひとりの利用者の浴槽、機器、介助方法が入浴形態表に記され、職員間で共有しています。</p> <p>■入浴日は週4日設けています。入浴を拒否する利用者には、担当職員が時間やタイミングを見ながら利用者に合わせた声かけをするなどの工夫をしています。</p> <p>■入浴後はスポーツ飲料を準備し、利用者は水分補給をしています。介護職員だけでなく看護職員も入浴介助に関わり、スキンケアや心身の状況把握をしています。</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>■排泄アセスメントには「意識障害がある、下半身麻痺があるに〇が入らなければトイレでの排泄を目指す」としています。リハビリにて下肢筋力を鍛え、トイレでの排泄の維持やオムツ外しを実践し、排泄の自立に向けた取り組みをしています。</p> <p>■トイレ使用時はカーテンにてプライバシーに配慮しています。細やかに巡回することで衛生、臭いに配慮し、清潔が保たれています。安全バーは片麻痺の利用者が左右どちらでも使えるようにしています。車いすのブレーキをかけずに立ち上がり、トイレを使用している利用者がいます。声かけし、安全に配慮することが望まれます。</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>■個別身体評価表にて利用者一人ひとりの身体機能や移乗、移動方法、留意点を記し、支援しています。リハビリテーション評価実施計画書にて心身機能、日常生活・活動、基本動作をアセスメントしています。関節リウマチの利用者に対し、立位動作の安定、トイレ移乗動作の安定を図り、意向に沿ってトイレでの排泄を維持しています。</p> <p>■車いす等個別にあったものについて機能訓練指導員、家族と相談しています。骨盤サポート、クッションの利用もしています。</p> <p>■巡回について、食堂見守り、入浴等業務が重なる場合は看護職員、掃除、洗濯スタッフと連携し、手すりを持って移動する人を含め見守りや移動希望する利用者に早く対応できるようにしています。</p> <p>■福祉用具点検について、毎月、機能訓練指導員と一緒に整備し、チェックしています。ベッド、ベッド柵、ベッド柵ホルダー等についても不備がないか点検することが望まれます。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■評価スケール2種類（MAスケール評価、OHスケール）を用いて、6か月ごとに評価しています。また、2週間に1回医師の診察があり、平成30年12月の医師の総コメントとして「褥瘡発生認めずコントロール管理良好」と記されています。</p> <p>■褥瘡の基礎知識、移乗、体位変換について研修しています。外部研修では褥瘡セミナーにてポジショニングについて学んでいます。</p> <p>■利用者一人ひとりの食事の摂取状況の確認、状態変化、血液検査データ把握、亜鉛強化食品の導入にて栄養管理をしています。</p> <p>■体位変換を実施している利用者は7名です。褥瘡発生0（ゼロ）を目標としています。今後も褥瘡発生原因、予防についての取り組みを強化することが期待されます。</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>■嗜好調査だけでなく、日々の会話の内容から利用者の好みを献立に反映させています。変わりご飯、麺類は人気があり、週1回取り入れています。食事委員会で残食を減らすことを検討しています。固い野菜は、柔らかくゆがく、蒸す等工夫していますが、調査時、汁物に入っている「ごぼうがかたい」と残される利用者もいました。</p> <p>■料理にあった食器、盛り付けに三つ葉、ネギなどで彩られています。適温で食事を提供しています。食事前に献立内容の放送がなされ、季節にあった音楽が流れ、楽しく食事ができる工夫をしています。</p> <p>■誕生日食について、冬はお造り、夏はてんぷら、赤飯も出ると利用者は喜んでいきます。朝食は、ごはん、お粥、パンから選べます。選択制として、毎月のお楽しみ食事会では、メインを自由に選んでいます。</p> <p>■選択メニューについて、日々の生活の中で体調、食欲、好みに応じた食事（メニューや量）を選択できるように、さらなる取り組みをすることが望まれます。</p>	
A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<p>■利用者の嚥下能力、食事状況に合わせ飲み込みやすい形態に配慮しています。片麻痺など利用者の状態に応じ、介助食器、自助食器、マグカップなどの対応をしています。食事は可能な限り利用者のペースで自力摂取できるように支援しています。</p> <p>■車いすから食卓の椅子に移動して食事の姿勢に配慮するまでには至っていません。食べ物を飲みこみやすいよう食事の姿勢に配慮することが望まれます。</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>■利用者一人ひとりの口腔状態を把握し、口腔ケア計画に沿って口腔内の清潔保持には利用者に合った器具を使用しています。歯科医師にて口腔機能維持管理に関わる助言と指導を受けています。薬剤「ワーファリン服用者の歯肉出血留意」などコメントがあります。</p> <p>■食事前に口腔体操を実施しています。また、毎月歯科衛生士による口腔ケアの研修も実施しています。</p> <p>■職員は、歯科衛生士から利用者の口腔内の状況に沿った清拭、清掃等の技術指導を受けています。毎食後、食堂で利用者毎の歯ブラシ、コップを使用し、口腔ケアが行われています。起床時、就寝前は実施していません。</p> <p>■利用者の口腔ケア習慣（起床時、食後、就寝前等）や状況に応じた口腔ケア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。	a
(コメント)	<p>■介護・看護・医療体制を整備しています。オンコール体制により、夜間変化時や緊急時には夜間緊急対応者、医師、看護職員と連携を密にし、緊急連絡表に沿って連絡しています。所長代理とはいつでも相談できる体制を整えています。</p> <p>■家族とは24時間の連絡体制を確保し、看取りについて説明し、同意書に署名してもらっています。家族懇談会で看取り介護について看護職員をはじめ各職種から説明を行い、「まごころとふれあい」にも掲載しています。</p> <p>■ターミナルケア、メンタルヘルスの研修をしています。夜間の人員体制を強化し、精神的負担に配慮しています。協力医療機関一覧表があり、近隣には病院があり、医療連携が確実にできる体制となっています。</p>	

		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。	a
(コメント)	<p>■BPSD（拒否、拒絶、放尿、便、攻撃性、不穏、徘徊）を発症した利用者に対し、入居時より日常生活能力、残存機能評価し、一定期間観察を行い、行動を否定せず、すべてを受け入れ、見守り、症状に合わせたケアや生活上の配慮をしている事例があります。洗濯物、おしぼりたたみを役割としている利用者がいます。</p> <p>■認知症研修に多くの職員が参加し、「認知症介護実践者研修」「認知症ケア専門士」等、質の向上に向けた研修をしています。</p> <p>■利用者の症状、状態についてカンファレンスが開催され、医師より「認知症薬（メマリー）の量」についてや「居室でのポータブルトイレ設置」についても話し合っています。医療スタッフ、各専門職とも連携してチームケアを実施しています。</p> <p>■安全な環境で、自由に暮らせる工夫や他者とのふれ合いを大事にクラブへの参加を促しています。</p>	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
(コメント)	<p>■廊下、居室、トイレの巡回が徹底され、清潔で、明るく臭いについても配慮しています。職員の見守りと環境を整えることで、利用者は居心地よく過ごせています。</p> <p>■利用者の生活区域には危険物、異食、火傷につながるものは片付けられています。施設の利用留意事項として、持ち込み制限をしています。家族が本人の私物を持ち込み、異食につながったケースがあり、家族に伝えています。</p> <p>■みどりの町工作クラブで制作した好みの作品を飾っています。居室・トイレ等一目でわかる表示をしています。</p>	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	a
(コメント)	<p>■機能訓練指導員が利用者の身体状況に応じたリハビリテーション評価実施計画書を作成しています。計画実施し、3か月に1回評価見直しを行い、カンファレンス開催時は各専門職、本人、家族も参加して情報共有しています。実施状況のチェックはありますが、利用者の日々の実施記録についても検討することが期待されます。</p> <p>■昼食前にリハビリ体操を施設全体で実施しています。トイレ排泄が維持でき、外出、外泊に向け機能訓練や介護予防活動を実施しています。リハビリ委員会では、生活に生かせるリハビリや楽しく充実したリハビリ、個別対応について検討しています。</p> <p>■リハビリ時などに利用者の症状に変化がみられた場合には、すぐに医療関係者と連携し必要な対応を行っています。</p>	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	<p>■利用者の体調管理については、医師、看護職員、介護職員、管理栄養士で連携しています。「体調変化の発見及び対応方法マニュアル」を職員の目につく所に配架しています。「巡回時、声のトーン、傾きなど小さな変化を見逃さない」としています。</p> <p>■高齢者に多い病気、基礎医学、薬の効果、副作用について研修しています。誤薬を防止するために利用者一人ひとりの疾患名、薬剤情報について、周知することが望まれます。</p> <p>■規則要領集と対応集には、各疾患、症状に対する緊急、応急対応、夜間対応について記され、夜間休日緊急対応連絡体制を整えています。体調変化時の対応について、研修や個別指導を実施するなど周知徹底することが望まれます。</p> <p>■服薬管理は看護職員が行い、配薬時は2名で確認しています。</p>	
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)	<p>■感染症に関する標準的な対応方法については、対応集、規則要領集に記しています。職員の健康状態については、出勤簿に睡眠時間と体温を記載しています。</p> <p>■感染症、食中毒についての研修は、6月に栄養士による食中毒、10月には感染予防委員によるインフルエンザについての研修をしています。</p> <p>■インフルエンザ予防接種の費用について、職員が無料、家族は半額で施設負担としています。</p> <p>■家族、来館者に向けて、玄関入り口には手洗いと手指消毒などを呼びかける掲示があり、手指消毒薬を設置し、マスクも準備しています。1階トイレにも掲示し、手指消毒薬、ペーパータオルを設置しています。面会室には、うがい用水と紙コップを用意しています。</p> <p>■家族懇談会で食中毒をテーマに管理栄養士と介護職員が話をするなど、感染症の知識を家族にも広めています。</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>■毎月1回、建物設備について管理会社が点検しています。現在、利用者の中に喫煙者はいません。福祉用具の点検をしています。ベッド、ベッド柵についても点検することが望まれます。</p> <p>■居室には私物やクラブ活動で作製した作品を飾り、安心できる快適な空間となるよう配慮しています。面会者には椅子を提供したり、1階の面会室に案内等しています。</p> <p>■談話スペースとして、他者の視線が適度に遮断できる居場所づくりが望まれます。</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>■家族等に対して3か月に1度、介護職員が利用者の近況報告を郵送しています。日々の要望に関しては連絡ノートに記載し、介護支援専門員が確認し、家族と連絡しています。</p> <p>■家族懇談会、ケアプラン更新時等を家族の要望を聞く機会とし、要望に関しては、ケアプランに反映しています。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	南港咲洲特別養護老人ホームの入居者
調査対象者数	入居者140名（うち回答可能な方50名）
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

南港咲洲特別養護老人ホームを、現在利用されている入居者140名（うち回答可能な利用者50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、38名の方から回答がありました。（回答率76%）

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、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」
●「健康管理や医療面、安全面について安心」
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」
について、75%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	南港咲洲特別養護老人ホームの入居者の代理人
調査対象者数	140名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

南港咲洲特別養護老人ホームを、現在利用されている入居者の代理人140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、77名の方から回答がありました。（回答率55%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
について、85%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員に声を掛けやすい」
●「健康管理や医療面、安全面について安心」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
●「ホームの総合的な満足度」
について、80%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	南港咲洲特別養護老人ホーム 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	35名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

南港咲洲特別養護老人ホームを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人35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、18名の方から回答がありました。（回答率51%）

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た」
●「職員は常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしていた」
について、全員の方が「満足」と回答、
- (2) ●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」
●「ホームの総合的な満足度」
について、90%以上の方が「はい」「満足」と回答、
- (3) ●「職員に声を掛けやすかった」
●「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、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