

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	小規模特養 摂津いやし園	
運営法人名称	社会福祉法人 気づき福祉会	
福祉サービスの種別	(地域密着型) 特別養護老人ホーム (地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護)	
代表者氏名	施設長 藤野 順二	
定員（利用人数）	39 名（内短期入所者10名）	
事業所所在地	〒 566-0071 大阪府摂津市烏飼下1-13-15	
電話番号	072 - 654 - 2841	
F A X 番号	072 - 650 - 3303	
ホームページアドレス	https://iyashien.com	
電子メールアドレス	-	
事業開始年月日	平成26年4月1日	
職員・従業員数※	正規 20 名	非正規 6 名
専門職員※	介護福祉士 12名 介護支援専門員 1名 医師 1名 准看護師 1名 管理栄養士 1名 歯科衛生士 1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 39室（内 短期入所 10室）	
	[設備等] 食堂兼居間 4 台所 4 浴室（個浴 4 機械浴 1）洗濯室 8 談話コーナー1 会議室 1 医務室 1 ゲストルーム 1 エレベーター 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	- 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福祉、医療事業を通じ、地域の人々の安心なくらしの実現と福祉環境づくりなど、社会発展に貢献します。
- ②人間の尊厳を尊重し、利用者本位の真心と優しさのこもった援助で、「癒される」事業所を目指します。
- ③従業員を大切にするとともに、現場から謙虚に学び、人が育ちあえる「笑顔」あふれる「環境」づくりに努めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

・平成26年4月にオープンした、4ユニット（10室1ユニットが3つ、9室1ユニットが1つ）で構成された地域密着のユニット型特別養護老人ホームである。入居者・家族の思いを尊重し、できるだけ自由に、その人らしく暮らしていけるよう優しい援助を心がけている。

・当施設の近くにはスーパー・ハンバーガーショップや淀川の堤防があり、入居者や利用者は、気候の良い季節には、家族や職員と一緒に買い物や散歩に外出している。

また、日常生活の楽しみとして、毎月1回開催されるフラワー教室やきめこみパッチワーク教室に参加したり、6のつく日に1階のふれあいサロンで開催される「いきいき元気サロン」（6日・16日午後）「居酒屋サロン」（26日夕方）で、ご家族や地域の方々と親しく交流したりしている。

・大きなイベントとしては、納涼祭、年末の餅つき大会、一泊旅行などがあり、入居者の気持ちに寄り添い、摂津いやし園を選んで良かったと思える施設を目指している。

【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	平成31年1月21日～令和元年9月18日
評価決定年月日	令和元年9月18日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理・専門職委員） 1802A020（運営管理委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・小規模特養摂津いやし園は、地域に密着した老人福祉施設開設に対する摂津市の強い要望があり、市内に初めて開設された地域密着型の施設である。その理念は、地域の人々の安心なくらしの実現のための福祉環境をつくり、さまざまなところに「気づき」、声かけ・気配り・思いやりを大事にし、その人がその人らしい当たり前の生活を送れるような「いやされる」施設を目指すとしている。

・定員は39名（短期入所者10名を含む）で、建物の2・3階に入所施設があり、各フロアは二つに分かれていて4つのユニット型の居室39室がある。1階には認知症対応型通所介護施設と居宅介護支援事業所がある。併設して、特別養護老人ホーム、通所介護施設、小規模多機能型居宅介護事業所がある。

・施設は、淀川右岸のかつては田圃地帯で、近年では田圃や住宅や工場が混在した地区に位置し、近くの幹線道路沿いにはスーパーや外食チェーン店などがある。

・当施設と併設事業所間には合同の委員会（①感染・褥瘡予防対策委員会②リスクマネジメント・人権擁護委員会③渉外・物品管理委員会④教育・研修委員会⑤広報委員会）が設置されている。全職員はいずれかの委員会に所属し、それぞれの役割と意識を持ち、利用者の安心と安全のために各委員会活動に取り組んでいる。

・母体の法人は、福祉人材の養成校を大阪市内で運営し、また関連グループに全国展開している大手介護事業会社があり、グループ間で人材の交流や職員の合同研修などの連携をしている。

◆特に評価の高い点

・地域福祉に対する取り組み

地域の高齢者住民のニーズに応じて、無料の地域循環バス（施設と近隣駅の間）を定期的に運行する取り組みをしている。

非常災害時の地域の災害弱者の福祉避難所として行政と協定を結び、施設を提供し、防災訓練や備蓄品の準備を実施している。

社会貢献事業として生活困窮者レスキュー事業に積極的に取り組んでいる。

・地域との交流の取り組み

1階の地域交流スペースで「いきいき元気サロン」（毎月6日・16日の午後）や「居酒屋サロン」（毎月26日の夕方）を開き、利用者は地域の方々と触れ合いをしている。地域交流スペースでは11月にバザーも開催し、そこでは障がい者施設の手作りパンを販売して喜ばれている。

・リスクマネジメント体制への取り組み

「リスクマネジメント指針」「事故発生防止のための指針」「夜間救急マニュアル」「服薬管理マニュアル」「誤嚥窒息の対応マニュアル」などを作成し、リスクマネジメント体制を構築して職員に周知している。職員にリスクについての「気づき報告書」の提出を勧め、グレーゾーンの早期発見と未然防止の対応策の検討と実践を図っている。事故・ヒヤリハット報告書は館内ICTネットワークで共有し、ケース会議で改善に向けての対策を検討し実践している。また、リスクマネジメントに関する研修を年2回実施し、職員は様々な事例を通して学んでいる。

◆改善を求められる点

・利用者満足の上への取り組み

利用者の声として「散歩へ行きたい。散歩に行けば夜よく眠れるのだけれど・・・」や家族の声として「日中、居室や椅子で何もせずボーっとしている。機能訓練やレクレーションをしてほしい。」などの声がある現実を全職員が把握している。

- ①援助の仕組みや体制を見直し改善策を検討する。
- ②利用者の声を聴く利用者満足度調査の定期的な実施を行う。
- ③家族の意見や要望を聞く仕組みづくりの構築。
などが望まれる。

・個人情報保護の徹底への取り組み

施設では、館内にICTネットワークシステムが構築され、介護記録などの利用者の個人情報ネットワーク上で情報共有されて、職員にとって非常に便利なツールとなっている。

施設は、個人情報の保護・管理については規定や行動規範・就業規則を整備し、入職時には誓約書を取っている。

しかし、USBメモリーやインターネットのサイトの利用基準や規定が整備されていない。

ウイルス対策だけでは防げない脅威があることを念頭に入れた対策が求められる。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価内容を受け改善点は計画を立てて取り組んでゆく。
今回の指摘内容をふまえ、今まで以上に利用者ひとりひとりの声を聞き、家族の方とも意見を聞く場を増やし、満足いただけるサービス提供へとつなげていきます。

◆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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人理念は平成26年に「法人の在り方検討会」を中心に作成し、法人の社会的使命や利用者本位の援助、従業員の尊重を表す内容になっている。 ・理念・行動規範を記載した「理念カード」を入職時に渡し、解説資料で説明して職員に周知している、また、事業所の会議室・事務室に掲示し、毎週月曜日に唱和し、各種委員会・会議でも周知・確認して実践につなげている。 ・人事考課制度は理念・行動規範の項目をベースに作成しており、その実践が評価される仕組みとなっている。 ・理念・行動規範を法人ホームページに掲載しているが、さらに重要事項説明書への掲載や事業所内の掲示などによって、利用者・家族に周知することが望まれる。 	

		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は、インターネット上の介護関連情報や厚労省情報、外部研修などで把握している。また、地域の動向は、摂津市事業計画「かがやきプラン」や市の事業者連絡会などで把握している。 ・把握した内容の分析や福祉サービスのコスト分析、利用者の推移・利用率分析などは、毎月の運営会議（施設長・管理者・主任が参加）で行っている。 	
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"> ・把握・分析した経営環境・経営状況から課題を明確にし、事業計画(中長期計画・単年度計画)に明記しており、理事会・運営会議・職員会議・ケース会議などで役員・職員に周知している。 ・法人の当面の大きな課題は、東京都で2021年に開設予定の特別養護老人ホームを成功させることである。また、小規模特養摂津いやし園の現在の大きな課題は、利用料金が比較的高いことから利用者の獲得が難しいため、入院による退所者をできるだけなくす取り組みを強化することである。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の第三者評価を契機に、他法人の計画や園の単年度計画を参考にして、「摂津いやし園中長期経営計画」を策定した。計画の実施期間は前期5年（平成31年～平成35年度）・後期5年（平成36年～平成40年度）とし、各期の3年目に見直すとしている。 ・計画では、これまでの社会・摂津市・法人の経過、法人の現状と課題を述べたうえで、計画の基本方針3項目とその具体的内容を明記している。また、具体的内容ごとに実施期限を設定し、実施時期・年度目標をグラフで明らかにしている。 ・今後、計画に利用者家族との連携を重視して盛り込むことが望ましく、また、中長期収支計画を策定することが望まれる。 	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度事業計画は施設全体で策定し、組織体制・事業内容や委員会・部門ごとに12の計画となっており、その一つに「小規模特養」の計画がある。 ・計画には数値目標や具体的成果を設定し、詳細でわかりやすい内容となっており、施設の事業内容全体を把握することができる。 ・単年度収支計画は、法人全体と各事業所ごとに詳細な科目まで策定している。 ・単年度計画には中長期計画の内容が含まれているが、今回の中長期計画は単年度計画策定後に作成しており、今後は、中長期計画をさらに踏まえた単年度計画の策定が望まれる。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度事業計画は、12の計画ごとに職員が分担して参加し、前年度計画の評価結果に基づいて次年度計画を作成しており、次年度取り組みたいことを全職員から聞き取って反映している。半期で達成状況を確認し、職員会議で下半期に向けて見直している。 ・中長期計画は一部の役職員が策定しており、策定して間もないこともあって、職員に周知するまでには至っていない。今後の見直しの際には、職員の意見を集約して計画に反映し、できるだけ多くの職員が参加して見直すことが望まれる。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度計画の主な内容は、運営推進会議に参加した家族には説明している。 ・平成30年度の介護保険制度改定時には、家族への説明会を行った経緯がある。 ・今後は、特に小規模特養の取り組み内容をわかりやすく説明した資料を作成し、家族への周知と理解を促進することが望まれる。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・摂津市の詳細な介護保険自主点検表を用いて、法人の自主点検と特養主任が年1回サービスの実施状況を確認しているが、取り組み始めて間もないこともあり、十分機能してはいないと認識している。 ・職員は、人事考課時に100項目以上の自己評価を行っており、管理者は全体の評価内容を把握している。 ・サービス担当者会議時や、食事アンケート、気づきボックスへの投書などで家族の意見・要望を把握し、サービスの質の向上につなげている。 ・今回初めての第三者評価では、総務課員・管理者・介護主任などが分担して、a b c評価と評価の根拠を作成したが、今後はできるだけ多くの職員の参加が望ましい。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険自主点検表で確認した改善点については、会議で話し合っ随時見直しているが、改善実施計画の作成・実施までには至っていない。 ・今回の第三者評価結果と家族アンケートに基づいて、取組むべき課題を明らかにし、計画的に改善することを期待する。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割・責任は、単年度の各事業計画の中で明らかにしている。 ・災害などの有事の際の管理者の役割・責任はマニュアルに明記しており、代行者も管理者→主任→リーダーの順で設定して、不在時の権限委任を明確にしている。 ・現在、各職務の役割を抽出して整理中であり、今後、職務分掌を文章化して職員に周知することが望まれる。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者は、大阪府や摂津市の集団指導に参加して、遵守すべき法令などを習得し、園の相談員や介護主任などへ伝達・周知している。 ・職員に特に必要な人権擁護・虐待・身体拘束については、外部・内部研修で周知している。 ・新規職員採用時には、法令遵守やサービスマナーの研修を行っているが、十分ではないと認識している。また、中長期計画でも、「管理者へ関連法令の適切な理解を促す場の提供が必要」としている。 ・今後は、法令遵守規程やマニュアルを作成し、遵守すべき法令リストと法令集を整備して、職員に周知徹底することが望まれる。 	

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"> ・特養（本体・小規模）として5つの委員会と10の会議を、法人として4つの会議を設置し、職員が運営に参加する体制を構築している。ほとんどの委員会・会議は毎月定例的に開催し、活発に運営されている。管理者もいくつかに出席してサービス内容の評価・分析を行っており、会議や面談で職員を指導している。 ・サービス向上のための職員育成に向けて、外部研修に積極的に参加し、知識習得とスキルアップを図っている。 ・ケース担当職員は、利用者3名程の個人担当制として、ケアの方向性の決定や日々のタイムスケジュールなど、サービスの向上に取り組んでいる。 	
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"> ・管理者は各種会議で、業務の改善や効率化を図ることに取り組んでおり、また、外部研修で得た内容を職員に伝達・指導して、業務の実行性を高めている。 ・紙の資料は回覧物に限定し、パソコンでの作成・保存・閲覧を基本としている。施設の運営に関する各種記録・資料・データなどを、パソコンの共有フォルダーに蓄積・活用する取り組みは進んでおり、職員間で共有して業務効率を上げている。 ・利用者や働く人に優しい施設を目指して、今後、配置基準以上の人員配置を行ってユニットケアを進め、また、勤務体制を配慮して働きやすい環境づくりに取り組むとしている。 	

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"> ・中長期計画の中に、福祉人材に関する基本姿勢や、人材育成と職場環境の整備の方針を明記しており、有給休暇取得に向けた人材の確保や外国人労働者の採用の検討などの方向性を明らかにしている。 ・採用活動は、ホームページ・ハローワーク・折り込みチラシ・人材紹介会社や、高校への案内などで行っており、中途採用にも積極的に取り組んでいる。 ・今年度、法人で技能実習生4名（内1名が小規模特養）の採用が決定している。法人で2名の障がい者も雇用している。 ・「法人の在り方検討会」の答申によって、全職員の社員化（パート職員から準社員へ）を実現し、定着化を図っている。 	
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"> ・「行動規範」7項目によって期待する職員像を明らかにし、理念とともに「理念カード」に記載して全職員に配付し、周知している。 ・就業規則などの各種規則・規程や等級制度を整備して、総合的な人事管理を行っている。 ・最近キャリアパス表を作成し、職層・職名別の役割と責任、業務・専門知識・能力・取組姿勢・研修・給与・昇級条件を明記して、職員が将来像を描ける仕組みづくりができています。 ・中長期計画では、介護職員・他職種職員の給与を見直していく方向性が示されている。 	

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り組んでいる。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況や意向は、勤務表を作成する介護主任が把握し、また、日常のコミュニケーションや年3回の面談で意向を把握して、できるだけ意向に沿うようにしている。 ・夏期・冬期の年5日の特別休暇は全員取得している。半日休暇や時間単位年休(1時間単位で年5日分)を設けて取得促進しているが、有給休暇取得率は平均20%程であり、今後、人材確保によって取得率を上げたいとしている。 ・時間外労働は月平均1~2時間程度と少ない。 ・平成24年に互助会を設け、毎月のレクレーションや親睦会で職員交流を図り、勤続15年の永年勤続表彰も行っている。 ・ストレスが溜まりやすい職業であることから、今後、メンタルヘルスの取り組みを強化することを期待する。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・年度初めに職員の自己目標を設定し、人事考課のフィードバック面談で、進捗状況の確認と次回の目標について話し合っている。 ・人事考課時に、100項目以上の職員の自己評価を基に話し合い、一人ひとりの育成を図っている。 ・人を大切にすることを基本に、面談を年3回に増やすなどによって職員の育成に取り組み、離職率は平成26年度の36%から平成30年度は11%と大幅に改善した。 	
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画や単年度計画に、外部研修・内部研修への参加促進などの基本方針を明記している。 ・教育・研修委員会を設置し、年間の内部研修計画を策定し実施している。年度末に実施状況の把握・評価・見直しを行って、次年度計画につなげている。 ・外部研修へは、関連法人などからの研修案内の中から、特養会議で選択して参加している。今後は、参加実績などを参考に、施設の要請と個人の希望を加味して年間計画を作成し、主体的に取り組むことが望まれる。 ・また、課題となっている、非常勤職員が定期的に参加できる体制の構築と、カリキュラム内容の充実に向け取り組むことを期待する。 	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入職時には、新人研修マニュアル(ケース担当者の役割と責任)を用いて、社会人としてのマナーや介護基礎・現場の研修を実施している。 ・「個人資格研修内規」に基づいて、新卒採用者の個人資格取得時には研修費・交通費の支給と勤務保障を行っている。今後は、在籍者へも支援を広げることが望まれる。有料の外部研修への参加費用は法人が負担している。 ・現在、階層別研修はリーダー研修のみである。今後は、すべての階層別・職種別・テーマ別研修など、できるだけ多くの職員が参加できる機会を確保して、施設の要請と個人の希望に沿って参加することが望まれる。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在、教育・研修委員会を中心に、技能実習生を含めた新しい「実習生受け入れマニュアル」を作成中であり、その他プログラム整備や指導者研修などの受け入れ体制を構築中である。 	

		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"> ・法人ホームページで、事業内容をはじめ、理念・行動規範・財務諸表（法人・各事業所）・定款・理事名簿・評議員名簿・役員報酬規定・旅費交通費支給規定を公開している。また、施設のホームページには、事業の概要を中心に掲載している。 ・今後は、個人情報保護方針・苦情受付体制・苦情報告・事業報告・第三者評価受審結果など、さらに積極的に情報公開することを期待する。 	
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"> ・経理規程・公印管理規程を作成し、出納職員・統括会計責任者を配置して、適正な事務・経理・取引を実施している。また、外部会計事務所が月次の確認を行い、公認会計士が財務諸表のチェック・確認を行っている。 ・内部監査として、法人の自主点検室が年1回点検しているが、今後、事業の拡大に伴って、外部監査も実施することが望まれる。 	

		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。		
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画や単年度の社会貢献事業計画で、地域との関わりについて基本的な考えを明記している。 ・利用者は、日常的な通院や買い物などの外出（スーパー・ラーメン店・美容室・フードコートなど）で、地域の人達と触れ合っている。 ・施設が行う納涼祭・バザー・ふれあいサロン（喫茶・居酒屋）に利用者が参加し、地域の参加者と交流している。 ・今後は、自治会への加入も検討して情報収集し、地域行事への参加や子どもとの交流機会を設けて、交流の輪を広げることを期待する。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画と事業計画で、ボランティアの受入れに対する基本姿勢を明確にしており、「施設ボランティア受け入れ規定」を整備し、受け入れ担当者（渉外委員・管理者・主任）も設置して体制を整えている。 ・地域の認知症ボランティアグループ「ほほえみの会」を中心に連携し、施設で14名の申込者がある。盆踊り・ハンドベル・ハーモニカ・ギター・マジックショーやふれあいサロン手伝いなど、多彩なボランティアを受け入れている。 ・摂津市の紹介で、近隣の中学生の職場体験も受け入れている。 	

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・報告・連絡・相談で日常的に市と連携している。また、市の入所部会や介護保険事業者連絡会に参加しており、法人内で年3回事業所交流会を実施して連携を深めている。 ・摂津市の介護保険事業者の詳細な冊子を、利用者全員に配付して周知している。また、市の施設マップやガイドブックを事務所に掲示しているが、連絡手段・方法のわかりやすい一覧表を作成して利用者・家族に配付し、周知することが望まれる。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設1階の地域交流スペースにおいて、毎月平日の6・16日（喫茶）、26日（居酒屋）に行う「元気サロン」には、利用者・家族・地域住民・関係機関・職員を合わせて、2018年度には367名が参加した。 ・毎年11月に施設が行う地域交流バザーでは、福祉用具やパンの委託販売も行い、地域の人も購入している。また、施設の納涼祭にも地域の人に参加している。 ・施設は、福祉避難所として市と協定しており、災害時の協力体制を整備している。また、地域ニーズに合わせて平日の午前中に無料の循環バスを運用しており、100名程申込者があって利用する人が多い。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・市の福祉ニーズを把握し、平成22年に小規模多機能施設、平成26年には小規模特養を市内で初めて開設した。 ・市のしあわせハートネットを通じて、大阪府社会福祉協議会老人福祉部会の社会貢献事業「生活困窮者レスキュー事業」に積極的に取り組んでいる。 ・運営推進会議や、第三者委員でもある民生委員から地域ニーズを把握するよう努めている。今後、中長期計画にも記載してある、地域の認知症相談や支援体制の整備、子育て支援・障がい者支援に前向きに取り組むことを期待する。

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"> ・法人理念や「倫理規定」に利用者を尊重したサービスの実施について明示している。スタッフに配付している「行動規範」「ビジネスマナー35か条」「スタッフ行動規範30か条」にも詳しく記載して、各種サービスマニュアルにも盛り込み、職員に周知し実践している。 ・利用者を尊重したサービスの提供について、各種会議や人権擁護委員会で検討し、年1回人権研修も行って、実践につなげるよう努めている。また、人事考課で、職員の人権尊重の取り組みについて評価している。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・入所時に利用者・家族に、重要事項説明書に基づいて、身体拘束・虐待禁止、個人情報保護など人権擁護について説明し、理解を得ている。 ・常に権利擁護に配慮したサービス提供に努め、居室もすべて個室にし、利用者がプライバシーを守られて、安心して過ごせる環境を提供している。 ・スピーチロックや言葉遣い、権利擁護について研修を行い、「気づき報告書」を活用して、人権擁護委員会でグレーゾーンの早期発見に努めて対策を立て改善している。 ・「身体拘束・虐待廃止マニュアル」を作成し、運営規程や重要事項説明書も記載して職員に周知しているが、就業規則中の服務規律や懲戒事由にも明記して、さらに周知徹底することが望まれる。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人ホームページで、事業内容をはじめ、理念・行動規範・財務諸表（法人・各事業所）などを、施設のホームページには、事業の概要を中心に掲載している。 ・見学者・入所希望者には、施設を案内して口頭で丁寧に説明している。また、必要に応じて、ショートステイによる体験利用にも応じており、年4～5名の利用がある。 ・今後、小規模特養摂津いやし園を掲載した新たなパンフレットを作成し、公共的施設に置いたり、説明時に使用するなど、活用することが望まれる。 	

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"> ・入所時に契約書・重要事項説明書で事業内容などを詳しく説明し、同意を得ている。意思決定が困難な利用者へは、家族などを代理人として説明し、身寄りのない人には成年後見人に説明している。 ・サービス変更時には文書で説明し利用者・家族の同意を得ている。平成30年度の介護保険制度改正時にも説明会を開き、欠席者には電話で説明した。 	

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"> ・契約書・重要事項説明書説明時に、施設や事業所の変更の手続き方法について説明し、利用者の不利益にならないよう配慮している。 ・法人内施設へ移行する際は、館内ICTネットワークで情報を共有でき、法人外施設への移行時は、介護サマリーで情報提供している。 ・入院時も看護サマリーで情報提供し、退院時には相談員・介護支援相談員がカンファレンスに参加し、退院後の介護方法などを家族と相談してするなど、必要な対応を行っている。 	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向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"> ・運営推進会議やサービス担当者会議の参加者から意見や助言をもらって、サービス向上や運営の改善を図っている。 ・納涼祭や敬老会などの大きな行事の際は、職員アンケートや口頭で利用者の満足度を把握して改善している。 ・月1回市の介護相談員が訪問して、利用者から聞き取った内容の改善にも努めている。 ・今後、利用者会や家族会の開催を検討し、家族との面談機会を設けることや家族アンケートを定期的に行うなど、利用者・家族の意見・要望を把握する取り組みを強化し、分析・検討して利用者満足の向上をさらに図ることが望まれる。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「福祉サービスに関する苦情システム」運営要領を作成し、苦情解決の体制（苦情解決責任者＝施設長、苦情受付担当者＝ケアマネジャー、第三者委員1名）を整備している。 ・把握した苦情は、リスクマネジメント委員会や運営委員会で検討して改善している。 ・苦情解決体制は重要事項説明書に記載し、ホームのエレベーター内にも掲示して利用者・家族に周知しているが、今後は、ホームページにも掲載し、主な苦情内容や解決内容もホームページで公表することが望まれる。
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"> ・玄関に設置した意見箱や、訪問時・電話などで家族の意見・要望を把握している。また、エレベーター内に顔写真で職員を紹介して、意見を述べやすくしている。 ・介護職員は利用者担当制とし、日常的に意向を把握するよう努めている。また、市の介護相談員2名を受け入れ、施設介護支援専門員・管理栄養士・歯科衛生士・看護職員なども利用者の生活場면을日々巡回して、利用者の意見・要望を把握している。 ・プライベートな話は、仕切られた会議室で聞くよう配慮している。
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"> ・苦情対応のマニュアルを作成し、対応手順などを職員に周知している。 ・苦情内容によって、記録様式を「ケース記録」（即対応できるもの）と「苦情要望報告書」（重要な内容で検討を要するもの）に区分し、重要な内容は緊急性・重要性を管理者が判断して定時または即時のリスクマネジメント委員会や運営委員会の議題として、対応方法を検討し改善している。

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"> ・「リスクマネジメント指針」「事故発生防止のための指針」「夜間救急マニュアル」「服薬管理マニュアル」「誤嚥窒息の対応マニュアル」などを作成し、リスクマネジメント体制を構築して職員に周知している。また、リスクマネジメントに関する研修を年2回実施している。 ・月1回のリスクマネジメント委員会で、事故の分析や改善策・再発防止策を検討し実施している。 ・リスクについて「気づき報告書」を促進し、グレーゾーンの早期発見と対策の実施を図っている。事故・ヒヤリハット報告書はパソコンで共有し、ケース会議で改善に向けて検討している。 ・備品は職員が随時安全点検し、設備は年1回外部に委託して安全点検している。
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"> ・「感染対策マニュアル」「感染・食中毒予防指針」「新型インフルエンザマニュアル」「ノロウイルス予防及び発生時の対応マニュアル」を作成し、また、年4回の研修（食中毒・褥瘡・インフルエンザ・ノロウイルスなど）で職員に周知している。 ・月1回の感染予防対策委員会で、感染症に関する様々な取り組みを具体化して実施している。 ・感染症の流行時期は手洗いとマスク着用を徹底し、感染症が発生した場合は全家族に電話連絡して周知している。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「防災マニュアル（火災・地震・風水害・防犯）」を作成し、職員に周知している。 ・「小規模特養 摂津いやし園消防計画」を作成し、年2回日中・夜間想定避難訓練・消火訓練を実施している。 ・備蓄リストを作成して施設長と管理栄養士が整備し、水・食料など3日分を3階に保管している。 ・市から災害時の福祉避難所の指定を受け、近隣などへの協力体制を整えているが、近隣との合同訓練は実施できていない。また、園は淀川のすぐ近くにあって水害や津波被害の恐れがあるため、それを想定した避難訓練の実施が望まれる。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族から要望があれば、いつでもケース記録や看護記録などを開示できる態勢を取っている。 ・利用者・家族の疑問に対して説明が不十分であったり、対応した職員がわからない時は、担当の職員に交代して説明し、理解を得ている。 	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組みられている。		
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みられている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「入所選考指針」を作成し、入所選考委員会を設置して月1回入所判定会を行い、記録している。今後、選考委員に第三者を加えて、公平性を高める予定である。 ・入所希望者の家族や以前のケアマネジャーの問い合わせに対応し、待機時には待機順などを知らせている。 ・入所選考指針や説明資料などは公表しておらず、今後の課題である。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人として各援助項目（食事・入浴・排泄・服薬など）に沿った介護マニュアルを整備し、各ユニットに配備して職員はいつでも見ることができる。 ・法人として教育・研修委員会を設置して新人研修マニュアルを作成・整備し、プリセプター制度（新人職員をマンツーマンで指導・育成する制度）による指導教育を行っている。 ・先輩職員がマンツーマンによるOJTで、新人職員が実践的な実務の習得とメンタルケアを行えるように、コーチングの研修を中堅職員に行っている。 ・中途入職者が無資格未経験のケースが増えてきているが、教育については十分とは言えないので、指導方法を検討して早期の確立を目指している。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・教育・研修委員会において、新人職員の育成指導が利用者への援助へ活かされているかどうかをPDCA【Plan（計画）→ Do（実行）→ Check（評価）→ Act（改善）】サイクルで評価して、指導方法を含めた介護援助技術の見直しを行っている ・中長期計画において、更なる福祉サービスの質の向上に向けた取り組みとして「①利用者の個別ケアの推進②チームケアを向上させるための取り組み③認知症ケアに対する援助技術などのスキルアップ④認知症に関する相談・調整機能の充実⑤人事考課制度における法人が求める人材の水準の見える化」などを法人全体で取り上げて、実現に向かって取り組んでいる。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス実施計画書作成は、併設の特養の施設ケアマネジャーが兼務して作成している。 ・施設ケアマネジャーは、館内ネットワークで利用者の介護日誌を日々確認し、毎月モニタリングしてアセスメントしている。ケアマネジャー中心に介護主任や担当介護職員・看護職員・管理者が参加してケアカンファレンスを開き、医師の意見や本人・家族の意向を聞き、概ね半年の短期目標と1年の長期目標を立てて実施計画を策定している。 ・施設ケアマネジャーは、パソコンからいつでも介護日誌などを見ることが出来る館内ICTネットワークシステム環境の中、利用者の状態を常に把握できるので、状態が変化したときはすぐに計画を見直し、新たなサービス計画を策定している。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設ケアマネジャーは、館内ネットワーク上の介護日誌で利用者の日々の状態を確認し、現場では観察をして定期的にモニタリングし、介護計画の実施状況を把握している。 ・ケアカンファレンスを概ね6カ月に1回開いて、サービス実施計画の見直しを検討している。家族の参加は少ないため、来所時や電話で要望や意向を確認している。 ・サービス実施計画を変更する場合は、ケアカンファレンスで関係職員が合意し、本人や家族の同意の上で変更し、職員は館内ネットワークの会議録や介護日誌の変更記録情報で確認して、利用者の援助を行っている。 ・しかし、利用者や家族の声として「散歩へ行きたい。散歩に行けば夜よく眠れるのだけれど」や「日中、椅子で何もせずボーっとしている。機能訓練やレクレーションなどをしてほしい。」がある現実を全職員は理解し、援助の仕組みや体制を見直し、改善策を検討することが望まれる。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念に「人間の尊厳を尊重し、利用者本位の真心と優しさのこもった援助」を掲げ、行動規範では利用者の「自己決定と自立」を基本とした援助を行うとしている。各職員はこの基本方針の下に利用者の援助にあっている。 ・利用者が自己の力でできることは何かを施設ケアマネジャーが見極め、医師や看護師の意見を踏まえて、利用者が主体的な生活ができるように個別援助計画を立て、利用者や家族の同意を得てサービス計画を実施している。 ・サービス計画やサービス担当者会議の内容は、すべての職員が館内ICTネットワークシステムで確認できる。 	

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"> ・ICTネットワークシステムが特養を含む館内に構築され、職員はパソコンにパスワードでアクセスし、利用者の介護記録などを閲覧したり入力したりして情報を共有し、利用者へのサービスにつなげている。 ・ICTネットワークシステム内の個別介護計画書や会議録や研修報告書などを職員全員が閲覧したことを示す機能がないので、職員の情報共有の徹底のためにチェック体制の構築が望まれる。 	
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"> ・運営規程や就業規則のサービス規定には、職員の秘密保持やID・パスワードの取り扱いなどを定め、個人情報保護規程では、記録の保管・破棄や情報提供の取り扱い方法などが定められている。全職員には入職時に秘密保持の誓約書に署名させて注意を喚起している。利用者や家族には、入居の契約時に全職員の守秘義務の説明をしている。 ・利用者の個人記録のほとんどはICTネットワークシステムの中で管理されている環境であるので、IDやパスワードの管理上の禁止規定はあるが、USBメモリーやインターネットの使用基準があいまいであり、厳密な使用規定の策定が求められる。 	

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"> ・「身体拘束虐待廃止マニュアル」が整備され、職員は高齢者虐待・身体拘束廃止についての内部研修に参加し、様々な事例を通して学んでいる。また昨年度は、外部の「身体拘束ゼロ推進委員養成研修」に参加して、内部で伝達研修を実施している。 ・現在は、転倒リスクのある利用者については居室内のトイレまで歩く導線を考えたり、ベッドから畳へ変更したり、様々な居住環境対策を講じているが、特に転倒リスクの高い利用者には、家族の了解を得て居室内に感知センサーを使用している。 ・玄関・フロア間・エレベーターは施錠せず行き来自由で、閉塞感はない。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・預り金管理規定を定め、利用者の預り金は、総務職員が事務所の鍵付きのキャビネットで管理している。通帳と印鑑を預かる場合は別々に保管し、管理は別々の担当者がしている。 ・通帳からの出金は必ず2名で行い、書類に確認印を押している。毎月末には管理者が点検を行い、家族に通帳のコピーを郵送し通知している。 ・少額の小遣い金に関しては、家族の了解を得て各フロアの鍵付きの棚に保管し、必ず2名で入出金を確認し、毎月末に各フロア管理者が点検を行って家族に通知している。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス計画書には、利用者が楽しみながら生活できるように、カラオケなどのレクリエーションや散歩、喫茶サロンへの参加を計画し、職員は離床を促している。 ・現在、理学療法士が配置されておらず、看護職員も利用者個々への機能訓練ができていない。また、レクリエーションや朝のラジオ体操も参加者は全員ではない。 ・ボランティアの協力などで利用者の楽しみ事を少しでも増やす工夫をして、利用者の気分転換を図ることや、理学療法士などを週に数時間でも配置して、機能訓練を実施することが望まれる。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 各介護職員が利用者数名を担当する担当制を敷いて、利用者の生活習慣やくらしの意向を反映した自立支援に取り組んでいる。 施設ケアマネジャーは毎月モニタリングを行い、概ね6か月ごとにサービス担当者会議とアセスメントを実施して、利用者の状態に応じた援助計画を立て、介護職員に周知させ援助を提供している。 利用者の日々の楽しみとして、毎月1回「フラワー教室」や「きめこみパッチワーク教室」を開催したり、毎月2回の「いきいき元気サロン」や毎月1回の「居酒屋サロン」を開催し、家族や地域の住民との交流の場を提供している。また毎日曜日には、1階のデイサービスのカラオケの機械を用いてカラオケを楽しんでいる。 利用者の機能訓練と生活のメリハリをつけるのため、毎朝10時にラジオ体操を実施している。 買い物や馴染みのラーメン店や美容院などへの外出を希望する利用者には希望を叶えるように支援している。 しかし、利用者や家族の声として「散歩へ行きたい。散歩に行けば夜よく眠れるのだけれど」や「日中居室や椅子で何もせずボーっとしている。何か機能訓練やレクリエーションなどをして欲しい」などがある現実を全職員は理解し、援助の仕組みや体制を見直し、改善策を検討することが望まれる。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 各介護職員は数名の利用者を担当として受持ち、一人ひとり一人の生活習慣やくらしの意向や状態をきめ細かく把握しているので、それぞれに応じたコミュニケーションを取り支援を行っている。 聞き取った思いや希望は介護支援ITシステムのケース記録に打ち込み、職員間で情報共有しているので担当外職員も利用者の状況を把握している。 利用者の言葉遣いや接遇については入職時のオリエンテーションで指導をしている。 毎年、人権研修を実施し、否定しない傾聴やスピーチロックなどについて繰り返し学んでいる。 	
		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"> 「入浴介助マニュアル」を定め、職員はその手順に従って支援している。 入浴前には利用者の同意を得ている。入浴は週2回が基本だが、希望に沿って増やす人もおり、拒否する利用者には時間や日を変更したり提供方法を柔軟に調整している。 入浴担当者は、事前に浴室や脱衣所の室温や湯温を確認している。個浴では毎回湯の入れ替えを行っている。 介護職員は、入浴前に利用者の検温や体調観察を行い、異常があれば看護職員に相談して指示に従い、入浴日の変更や提供方法を変更している。 同性介助を希望する利用者には羞恥心に配慮して同性の介助で提供している。 個浴では基本的には1人介助で行っているが、利用者の状態より2人介助で行っている。 重度の人は1階の特殊浴槽（機械浴）も利用でき、10名程が2人介助で入浴している。 	

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"> ・各居室にはトイレが設置してあり、利用者は基本的にそれを利用しているのでプライバシーは守られている。自立している利用者は共用のトイレも使用する時もあり、その時は職員はプライバシーに配慮して誘導している。 ・昼間は大半の利用者は、個々に適したリハビリパンツとパッドを選定して使用しているが、数名の人はおむつを使用している。夜間は、おむつを使用している利用者が大半で、夜勤者は2時間おきに確認して援助している。 ・夜間は、転倒の恐れのある利用者には感知センサーを居室に設置して、信号があれば居室に行き、トイレに誘導している。 ・重度の利用者は2人以上で介助している。また手足が拘縮している利用者には最善の介助方法を話し合い、注意点や介助方法を職員間で情報共有して対応している。 	
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"> ・各居室のベッドは、利用者の状態（麻痺など）に合わせた配置で、本人の残存能力を活用し、介助バーを使用して自力で立ち上げられるよう工夫している。 ・廊下や共有スペースには、利用者が移動するのに障害になるような物はなく、安心・安全に配慮がされている。 ・車椅子などの福祉用具は、各利用者の担当介護職員が日常的に清掃や点検を行って、不具合があれば簡単な修理は直ぐに処置している。専門的な修理は外部の業者で対応している。 	
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"> ・施設では、「褥瘡予防マニュアル」を整備し、介護職員・看護職員・管理栄養士は連携して、日常的に褥瘡スケールで早期に判断し、定期的な体位交換、時には座位クッション・エアーマット使用による徐圧や、清潔保持・栄養管理に努め、利用者の褥瘡予防を図っている。 ・介護職員・看護職員・管理栄養士をメンバーとした「感染・褥瘡予防対策委員会」を立ち上げ、内部研修を開催したり、外部研修に参加を促したりして、職員の意識の向と技術の向上を図って褥瘡ゼロを目指している。 ・「感染・褥瘡予防対策委員会」を中心に、新しい予防技術の取り入れや見直しなどをして、褥瘡予防マニュアルの更新を図っている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に、食事の好みや食べたい食事の嗜好アンケート調査を毎年1回実施し、可能なものは献立に取り入れている。第4月曜日には各地の珍しい「ご当地食」（4月は徳島県のサツマイモご飯とはんぺんの磯辺揚げ）を提供したり、旬の食材を使った季節の行楽弁当（4月は桜寿司や桜羊羹などの花見弁当）を提供したり、利用者が見た目にもおいしく、季節を感じて楽しく食べられる工夫をしている。 ・食事は、主食や副食・汁物など、それぞれに合った食器を使い、副食の盛り付けにも工夫して提供している。 ・食事は、併設の特養の建屋の厨房で作り、容器に入れて各階まで運び、各ユニットの台所で盛り付けして提供している。副食は電子レンジを使って温めているが、汁ものなどは適温でないこともある。主食のごはんや汁ものは各ユニットで作って、適温で提供する工夫が望まれる。 	

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"> ・食事は、管理栄養士・看護職・介護職の総意で利用者の栄養計画を立て、個々の嚥下能力の状態に合わせた食事（普通・ソフト・きざみ・とろみ・ペースト各食）を提供している。 ・利用者のなかにはお箸を使って食べている人もいるが、介助の必要な利用者には嚥下を確認しながら、その人その人に合ったペースで食事ができるように配慮をして介助している。 ・利用者のその日の体調に合わせて普通食をおかゆやソフト食などに臨機応変に食事形態を変更できるように上記の各専門職が連携し、対応している。 	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎週、歯科医師と歯科衛生士が訪問し、利用者の歯の状態のチェックと治療を行っている。 ・施設の常勤の歯科衛生士は歯科医師より助言・指導を受け、個々の利用者の口腔ケア計画を立てて適切な口腔ケアを行い、口からおいしく食事が摂れるように支援し、誤嚥性肺炎の予防に努めている。 ・職員は、施設の歯科衛生士のOJT指導により、食事後の口腔ケアの重要性と支援方法を学んで、口腔ケアの実践につなげている。 	

		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"> ・入居時に、利用者・家族に終末期の施設の対応について説明している。 ・利用者が終末期を迎える状況になれば、家族に同意を得て病院に入院のため搬送している。 ・法人として「看取りに関する指針」を整備し、過去には看取りのケースがあったが、現在は医療の連携体制が整っていないので実施していない。 ・法人の中長期計画の中では、看取りケアの実施を検討し、一部の職員が外部研修に参加し準備を進めるとしている。できるだけ早く、当該介護職員・看護職員への看取りケアの研修を実施し、同時に医師・医療機関との連携体制を構築することが望まれる。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の8割が日常生活自立度Ⅱ以上の認知症の状態である現状を踏まえて、中長期計画に於いて認知症ケアの充実を重点項目として取り上げている。 ・昨年度も職員は、認知症についての外部研修（認知症基礎・実践研修など）に参加して認知症ケアの対応技術（バリデーションなど）を学び、施設内のケース会議や他の職員への伝達研修を通じて、認知症ケアの対応技術の周知を図り、各ユニット職員の実践につなげている。 ・利用者には、本人本位の対応・見守り・付添い・傾聴を心がけて援助している。利用者は思い思いに、自室でテレビを見たり、「きめこみパッチワーク」やカラオケなどのレクリエーション活動に参加したりして日々を過ごしている。 	

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"> ・館内の共有スペースの共同生活室や談話コーナーは、整理整頓が心がけられている。壁面にも廊下にも障害となる物はない。 ・居室には、利用者は入居前に使用した馴染みの家具を置き、思い出の写真、絵・置物などを飾り、安心して過ごせる工夫をしている。 ・自室を認識できない利用者には自室が分かるように、居室の入り口に大きな造花などの目印をつける配慮をしている。 ・利用者は、同じフロア内は自由に行き来でき、エレベーターも使えるが、エレベーター前には感知センサーが設置され、利用者が使用時は職員が見守りをしている。 	

	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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者には、リクレーション活動として「フラワー教室」や「きめこみパッチワーク」カラオケなど施設内での趣味の活動、花見・つつじ観賞・紅葉狩りや近隣のスーパーへの買い物などの外出、納涼祭などの行事への参加を通して、認知症の予防や改善に努めている。 ・利用者には、毎朝10時から館内放送でラジオ体操の放送を流して体操を促しているが、本人まかせにしている。中長期計画では、行事・レクレーション・日常生活リハビリが課題としており、専門職の指導の下、利用者個々に応じた機能訓練の実施が望まれる。 	

	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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・提携病院の内科医師が毎週2回来所して、利用者を診察し状態を把握している。 ・介護職員と看護職員は日々利用者の健康をチェックし、健康管理を行っている。体調変化や異常があれば、当該医師に連絡し指示を仰いでいる。夜間の急変時は「夜間緊急マニュアル」に従って、提携病院に救急搬送することになっている。 ・「リスクマネジメント・人権擁護委員会」では「内服チェックシート」で服薬事故（誤薬・未薬）を確認し、再発防止対策のため、毎月のケース会議において服薬事故についての怖さを話し合い、介護職員・看護職員の適切な服薬管理につなげている。 	
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"> ・法人内に「感染症・食中毒の予防、まん延防止に関する指針」と感染対策マニュアルが整備されている。 ・施設では「感染・褥瘡予防対策委員会」を立ち上げて感染症や食中毒の予防対策について協議し、また、外部研修に参加したり、職員への内部研修を実施して感染症や食中毒の発生ゼロを目指している。昨年度は集団発生は起こっていない。 ・玄関には、手指消毒スプレーやマスクを設置し、来館者に消毒や着用を呼びかけている。また、フロアには次亜塩素酸の空気清浄器を設置し、インフルエンザの防止に努めている。 	

		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"> 施設は、最新の耐震基準の鉄筋コンクリートの3階建ての2階・3階にあり、防火設備も完備しているため、入居者家族に安心感を与えている。 各ユニットの共有部分の共同生活室（食堂兼リビング）は一人あたりの面積が約4.5㎡あり、ゆったりと過ごせる空間である。中央にはゆったりした上質の木製の食卓と椅子が2組備えられている。隅には座部がモダン畳の腰かけやテレビが備えられていて、歓談できる談話コーナーとなっている。採光は部屋の一面に窓があって外光も取り入れ、天井には間接照明が備えられて柔らかな明かりとなり、快適な空間である。 廊下は、幅1.7mあってゆったりとしていて、サイドレールも設置され、間接照明とダウンライトを取り入れるなど、安心安全に配慮がされている。 各居室は約15㎡あり、ゆったり過ごせる部屋となっている。室内にはトイレと洗面所が設置され、排泄時のプライバシーが守られている。またベッドは2モーターの電動ベッドが備えられているので、利用者の立ち上がりや介助に役に立っている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 法人各部門の職員をメンバーとして広報委員会を設置し、利用者・家族・地域・行政機関などに「いやし園」の活動や状況を周知する活動に取り組んでいる。 法人全体のホームページを開設し、各部門はブログで日々の活動を報告している。 施設全体の「いやし園通信」を2カ月ごとに発行し、各部門の活動を紙面でも利用者・家族や関係機関に周知している。 当施設では、家族や民生委員や地域包括支援センター職員の参加を得て、2カ月に一度運営推進会議を開催して、施設の状況や取り組みについて報告し意見交換している。しかし、議事録を取らず、議事内容の報告が家族全員になされていないので、今後は会議の議事録作成および保存と家族全員への報告をすることが望まれる。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	小規模特養 摂津いやし園の利用者
調査対象者数	利用者人数： 29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、郵便局また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 29名 うち20通を回収 回収率 69%

入所利用者の回収の結果

満足度100%は

- ・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。

満足度80%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。
- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・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えますか。

自由意見としては

- ・日中は何もせず、ボーっとしている時間が多い。利用者全員で何か出来ることは無いだろうか？
- ・本人を交えて家族と施設介護職員との意見交換の場を設けて欲しい。
(6カ月に一度くらい)
- ・散歩に行きたい。散歩に行けば夜よく眠れるのだけれど。。。。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	小規模特養 摂津いやし園のショートステイ利用者
調査対象者数	定員 10人 利用者登録 21人
調査方法	・ショートステイの利用者の定員は10人であるが、21人が登録している。本調査では、登録されている利用者21人を調査の対象とし、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、郵便局また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）

ショートステイ利用者 21人うち10人より提出があった。

満足度100%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。
- ・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。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。

満足度80%以上は

- ・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。
- ・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。
- ・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。
- ・食事は、楽しい雰囲気ゆとりを持って食べられますか。
- ・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。
- ・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といおもいますか。

自由意見としては

- ・居室でじっと（ボーッと）していることが多くなり、認知面、ADLの低下を感じますので、適切な機能訓練やレクリエーション等、退屈しないようにいろいろな刺激を与えていただけたら嬉しいです。

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