

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	介護老人福祉施設 高槻けやきの郷	
運営法人名称	社会福祉法人 成光苑	
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) 中島 康博	
定員（利用人数）	120 名（ショートステイ20名を含む）	
事業所所在地	〒 569-0044 大阪府高槻市番田1丁目60番1号	
電話番号	072 - 662 - 5888	
F A X 番号	072 - 662 - 5887	
ホームページアドレス	http://www.seikouen.biz	
電子メールアドレス	keyaki01@seikouen.org	
事業開始年月日	平成 16 年 1 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 53 名	非正規 45 名
専門職員※	介護福祉士 42名（内、常勤者 37名） 介護支援専門員 1名（内、常勤者 1名） 作業療法士 1名（内、常勤者 1名） 医師 1名（内、常勤者 1名） 看護師 9名（内、常勤者 3名） 管理栄養士 1名（内、常勤者 1名）	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 120室（トイレ完備）	
	[設備等] 食堂・談話スペース（10ヶ所）、浴室（8）、 トイレ（14、車椅子対応6）、 機能訓練室（2）、医務室、理容室、 ゲストルーム	

※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	1 回
前回の受審時期	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】

【法人理念】

1. 個人の尊厳を旨とし、その人にふさわしい最善のサービス提供に努める。
2. 地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点となる施設経営を目指す。
3. 専門的知識、技術の研鑽に努め、誇れる施設を目指す。

【サービス目標】

オンリーワンとナンバーワンを目指す。

【高齢者施設経営方針】

1. 安らぎのある生活と環境を提供し生きる喜びを創造する。
2. 介護機能の多様化を図り、ご利用者に対し総合的なサービスを提供する。
3. 地域の一員として、地域福祉の活性化に貢献し、超高齢社会のセーフティネットの機能を発揮する。

【施設・事業所の特徴的な取組】

けやきの郷の運営法人である社会福祉法人 成光苑では、質の高いサービスを提供することを目指しています。働くスタッフが介護の知識や技術だけでなく、人間性も高められるよう人材育成に努めています。そのためにも、ファーストステージ→ネクストステージ→キャリアアップステージと段階ごとに研修を行い、入職から着実にステップアップできる環境を整えています。

ユニット毎に勤務スタッフを固定し、利用者様お一人おひとり寄り添いながら、より満足いただける介護サービスを提供できるよう、話し合う時間を設けています。そして上司との面談を行う人事考課もあるので、意見を伝えあうことができ、頑張り次第では昇給や賞与に反映され、やりがいを持って働き続けられます。

こうして、けやきの郷では、スタッフや上司と情報共有や意見交換を行い、働きやすい環境となるよう努めています。

ISO9001認証を取得し、サービスの質の向上にPDCAサイクルを意識した取り組みを行っています。定期的にISO審査員の審査を受け(外部審査)、年2回ISO内部監査研修を修了した職員による内部監査を行う等、福祉サービスの質の向上に取り組んでいます。

【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13日～令和3年2月1日
評価決定年月日	令和3年2月1日
評価調査者(役割)	1701A029 (運営管理委員) 1201A027 (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 高槻けやきの郷（事業所）は、社会福祉法人 成光苑（法人）が、大阪府高槻市において運営する開設17年目の高齢者施設である。法人は、京都府北部と大阪府北部にそれぞれ6ヶ所の高齢者施設のほか、大阪府で保育園を6ヶ所と障がい者施設1ヶ所の福祉施設を幅広く運営している。

・事業所は、京阪または阪急電鉄の特急停車駅からバスで10～20分、バス停から徒歩約8分の郊外にあり、瀟洒な5階建ての2～4階を占める。事業所は、ショートステイも含め10ユニット120の個室を有するほか、デイサービス（一般・認知症対応）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護を併設しており、相互に有機的連携が図られている。さらに、敷地内に4階建てのサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）を新築し、2018年から運営している。

・事業所は、2・3階の2フロアに1ユニット12のトイレ付個室で、それぞれ和風等装飾に工夫を凝らした個性的な4ユニットを配置し、4階に特養4室、ゲストルーム4室とショートステイの20室を配置し、3フロアで合計120室が配置されている。各ユニット毎に食堂・談話スペースと浴室（階により大浴場・個室浴と機械浴があり、利用者は選択可能）や共通トイレが設置されている。5階には見晴らしの良いウッドデッキ、1階には喫茶コーナーが付いた地域交流スペースやシアター室（兼相談室）さらに外側には菜園も用意され、利用者にとって憩いの場となっている。また、事業所やボランティアの支援で近隣住民も含めた地域交流の場となっている。

・事業所の周辺は、貨物配送センター等のほか、田畑が広がる豊かな自然が残された地域でもあり、淀川堤防の河川敷にはスポーツ公園やゴルフ場があり、連日散歩やウォーキングを楽しむ人々の姿がみられる。

・淀川に面した立地のため、防災に万全の対策を採っており、停電時の自家発電設備や断水時に地下水を利用した飲料水や生活水の確保、高齢者施設間での利用者相互受入や福祉避難所として地域の被災者受け入れの整備などを行っている。

・事業所特徴の一つは、取得した品質マネジメントシステム（ISO 9001）や経営デザイン ランクアップ認証をツールとして日常のケアに活かしながら、業界におけるオンリーワン（その施設にしかない特色の創造）とナンバーワン（利用者満足を高めるため、積極的な取り組みの継続を目指すこと）で、職員一同が利用者本位のケアや地域交流の深化に日々努めている。

◆特に評価の高い点

・創業時から「和顔愛語」（わけんあいご：優しい笑顔と思いやりの心と言葉をもって人々や地域に貢献すること）に代表される法人の志の高さが、70年を経た今もなお脈々と職員に受け継がれ、利用者本位のケアや地域との交流に活かされている。また、清潔で落ち着いた雰囲気のある事業所内、各居室にトイレを備え利用者の利便性やプライバシーに配慮した設計やメンテナンス、喫茶コーナーを備えた地域交流スペース、園芸スペースや地域住民にも開かれたジム（サ高住）等の設備が、事業所の志の高さの実践に大いに役立っているといえる。

・ファースト・ネクスト・キャリアアップ研修と各階層の職員に対する充実した研修制度、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した就業状況への取組や ISO9001 認証等をツールとして活かした介護の質の向上などを通して、究極的に利用者本位のケアを実現しようとする活動が大いに評価できると考える。

・認知症ケアに特化した人材育成とケアの充実が評価に値すると考える。即ち、職員の勤務年数に応じて、認知症介護実践研修、リーダー研修、指導者研修、パーソン・センタード・ケア、バリテーションなどの受講を推奨し、多数の認知症介護のプロを育成している。それらの知識やスキルを共有することにより、質の高い認知症介護を目指している。

・法人開催の研究発表会に、事業所から個人またはチームで参加し、毎年連続で受賞している。職員の仕事に対するモチベーションアップに効果的に役立っていると思われる。

◆改善を求められる点

・法人及び事業所の中長期ビジョンが、単年度計画（R2年度）に記載されていたり、法人の中長期の職員採用計画や方策が、施設長会議の議事録としてファイルされているなど、断片的なものは見られるが、理念等の具現化のためにも法人及び事業所の中長期計画として整理し、一つにまとめた計画を早期に策定することを望む。

・事業所サービスの内容は、介護サービス計画書に基づいて提供されると運営規程にも記載されているが、直接ケアにあたるすべての職員（パートも含めて）に、利用者一人ひとりのサービス内容が理解されていることが必要と思われる。全職員へサービス計画の共有を図ることを望む。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審し、日々提供しているサービス内容について振り返り、自事業所の課題だけではなく強みも確認することができました。
改善点としてご提示いただいた中長期ビジョンは事業所と職員が同じ方向を目指し、進捗度が都度客観的に評価できるよう次年度の事業計画に取り入れます。
事業所サービス内容については、ご利用者に対するすべての職員の理解と共有を図り、一層のサービス向上に取り組んで参ります。
自事業所を専門的・客観的な立場から評価いただいた、課題の改善と、強みを生かし私たちが目指す「地域にあってよかった」と思ってもらえる施設づくりを実現していきます。

◆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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人理念、経営方針等を明文化し、ホームページ・パンフレットや法人の広報誌「ききょう」等に掲載している。 ・法人の福祉の原点として「和顔愛語」の小冊子を職員全員に配付し、現在はフロアー会議等で職員のスピーチの題材として活用し、職員への周知を図っている。また、事業所内（トイレも含め）に掲示することで職員等に周知しており、職員は理念等を自分のものとして体得していることが職員へのヒアリングにおいて確認できた。また、利用者や家族等にも事業所内の掲示や広報誌により周知が図られている。 	
		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"> ・行政の通達・老人施設部会・民間福祉事業協議会・月刊誌「老協だより」等から、全国及び地域の事業経営を取り巻く情報を入手し分析を行っている。 ・法人及び各事業所の経営状況については、隔月開催の施設長会議にて把握分析し、利用者数や利用率の推移は、事業所の部署長が参加するリーダー会議や入居会議（介護各係長・支援専門員・相談員・管理栄養士・機能訓練士や看護師が参加）において報告を行っている。 	
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"> ・法人の施設長会議や ISO事務局会議において、財務・利用者・職員・施設等の多面にわたる経営課題を明確にし、人材確保と育成や、認知症への関りの深化など課題に向け必要なプロジェクトを立ち上げ、具体的取組を図っている。 ・事業所の経営状況や解決すべき課題は、理事会に報告され法人の各役員が共有している。また、施設のリーダー会議や入居会議にて報告を行い、職員への周知を図っている。 	

評価結果

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。

c

(コメント)

・中長期の経営ビジョン（利用者の自立支援に向けたケアシステムの構築・地域の認知症介護の拠点化実現）は、単年度事業計画に記載されており、人材確保や育成等は法人の中長期プロジェクトの中で検討されているが、中長期計画として策定はされていない。
 ・ビジョンを含め検討中の中長期的な案件や財政の基盤となる収支計画を中長期計画として一つにまとめ、事業所と職員が同じ方向を目指し、進捗度が都度客観的に評価できるような中長期計画の策定を期待する。

I-3-(1)-② 中・長期計画を踏まえた単年度計画が策定されている。

c

(コメント)

・事業所の単年度計画（R2年度）は、施設の特性を踏まえた取組・サービス実績管理・職員体制・安全衛生管理・研修計画・大規模修繕・備品購入等の各論及び予算案と詳細に策定されており、各論及び予算案とも客観的な評価が可能となっている。
 ・次年度にあっては、まずは中長期計画を策定したうえで、これを反映した形で単年度計画を策定することを期待する。

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

(コメント)

・単年度計画は、2～4階の各フロアの職員が事業計画やISO品質目標に沿って設定しており、これらをまとめて事業計画を策定している。
 ・計画の進捗度については、3ヶ月毎に評価し、必要に応じて見直しを行っている。
 ・事業所全体の計画や進捗度合いは、リーダー会議や入居会議のメンバーには周知されているが、更に一般職員に至るまで周知を行い、理解度の推進を望む。

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)

・単年度事業計画と事業報告書等は各フロアに設置しており、利用者等は閲覧可能である。また、法人の収支計算書（資金と事業活動の2表）、貸借対照表及び収支資金予算は、法人の広報誌に掲載され、事業所に配置するとともに家族等に送付されている。
 ・事業計画等は、事業所内のイベント時に説明するほか、大きな字で計画の要点を1～2枚にまとめ事業所内に掲示し、事業所の広報誌「高槻けやきの郷 地域だより」（隔月発行）への掲載やホームページの活用などで、利用者や家族等に分かり易く説明する工夫を望む。

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)

・ISO9001を活かし事業所内のP・D・C・A（計画→実行→評価→改善）サイクルを回し、福祉サービスの質の向上を目指した継続的取組を行っている。また、ISO維持更新のための外部審査のほか、法人の他事業所職員を含む監査員2名による内部監査を2月と5月の年2回行っている。
 ・ISO事務局会議において、評価結果を分析し改善に向けた検討を行っている。
 ・市の基準に基づく自主点検も実施し、質の向上への取組の一環としている。

I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ISO内部監査の監査結果や不適合項目について、入所会議において改善計画を作成し次回の監査において改善実施事項につき確認を受けている。また、ISO内部監査の結果を入所会議に報告し、職員への周知を図っている。 ・事業所による年1回の満足度調査を行い、結果を公表している。 ・自己評価に基づいた第三者評価を定期的に受審（今回2回目）し、改善を求められた事項につき、会議で検討することになっている。 	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理者（施設長）の事業所における運営方針や役割と責任につき、管理規程に明示するほか、各種会議や広報誌等において表明し、周知を図っている。 ・施設長不在時における施設長の権限委譲は、次席者が担う旨管理規程に明示しており、災害等の有事に於ける権限委譲についても、消防計画の中で明示されている。 	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、法人の施設部会・行政通達・各種所属団体の研修等や業界誌等を活用し、事業所が遵守すべき法令等の把握と理解に努めており、事業所内のリーダー会議や入所会議において、また職員への説明や文書回覧等により周知を図っている。 ・取引業者等の利害関係者との適正な関係の保持については、経理規程による稟議書やISO供給者リストに基づく各種ルールを定め厳格に運用している。 ・遵守すべき法令は、福祉関係法令のみならず、消費者保護・雇用労働・防災・環境・公益通報や個人情報保護等幅広い分野に及ぶことを施設長は認識している。 	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、事業所の福祉サービスの現状を定期的、継続的に評価、分析する手法として、ISO9001推進、顧客満足度調査や第三者評価受審を実施している。 ・施設長は、事業所内にサービスの質の向上に必要な9つの委員会と9つの推進会議を立ち上げ、必要に応じ自ら参加する事で指導力を発揮している。 ・施設長は、サービスの質の向上に欠かせない研修制度の充実を図り、内外研修への職員参加を推進している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、経営の改善や業務の実効性を高めるため、リーダー会議で意思決定を行い、入所会議で具体的な実行に移している。 ・施設長は、職員が働きやすい環境整備のため毎月開催の衛生委員会において、勤務時間や休暇制度・職員の健康維持を含む職場環境の整備等につき検討し、改善に努めている。 ・事業所内の清掃やリネン業務等を介護職員の業務から切り離し、介護職員は利用者のケアに一層専念できる体制を整備していることは大いに評価できる。かかる業務の実効性を高める工夫を今後とも継続的に推進することを期待する。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の人材（人財）確保、育成方針に基づき、事業内に人財確保プロジェクト（広報・渉外と人財育成の2チーム）を立ち上げ、年6回推進会議を行っている。 ・法人として中長期的な福祉人員体制の計画があるが、新規採用環境が厳しくなる傾向の中で、採用数やリクルート方法について検討している。 ・具体的な採用活動としては、法人及び事業所において、ホームページのブログや広報誌等による効果的な情報発信、福祉人材養成学校との関係強化と実習生の受入れ、就職フェア参加などを実施している。法人では外国人介護技能実習生の受入れも推進している。 	
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"> ・「期待する職員像等」については、5項目からなる「求めるスタッフ像」として、「和顔愛語」への記載や事業所各所へ理念等とともに掲示している。 ・人事考課制度を整備しており、職員の職務遂行能力、職務の成果や組織への貢献度等を総合的に評価しており、面談も年2回実施している。 ・年度初めに自己申告書に基づく面談があり、職員の意向を把握している。一方、職員は職務・職能等級規程により、自らの将来の姿を描くことが出来るキャリアパスの仕組みができています。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は年度初めの自己申告書提出に伴う面談等において、勤務に係る意向を表明することができる。また、事業所は、勤務条件については適時変更に応じるほか、リフレッシュ休暇やその他休暇の取得を奨励したり、育児休暇後の復職に柔軟に配慮するなど、職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した取り組みを行っている。また、職員の相談や要望は、直接施設長に届くボックスが用意しており、自由に表明できる。 ・職員一人ひとりの出退勤はデジタルタイムレコーダーで記録し、有給休暇取得状況等と併せ、総務課で職員の就業状況を把握している。 ・福利厚生として共済会に加入するなど、職員は共済会の各種制度や施設を利用でき、働きやすい職場づくりの一環となっている。 	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人の求めるスタッフ像は、和顔愛語に掲載されている。 ・人事考課制度として、一般職員は年度初めに目標水準や期限を記入したチャレンジシートを幹部職員は目標管理シートを作成のうえ上司の面談を受け、年度末面接で目標達成度の確認を行っている。 	

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"> ・職員研修規程にて教育・研修の目的及び方針を明確にしている。この規程に沿って、新任職員研修、外部及び内部研修を実施している。研修・訓練計画及び実績は、文書に記録し、事業報告書にも掲載されている。 ・研修を受講した職員は、事業所に戻り理解度調査テストや必要に応じてケース会議等で伝達研修を実施している。 ・人財育成プロジェクトにおいて、教育・研修計画や研修内容・カリキュラムの見直しや検討を定期的に行っている。 	
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"> ・職員の知識、技術水準及び専門資格等は、総務人事管理の中で把握しており、職員の資格取得等の希望は、自己申告書や人事考課後の面談で聞き取っている。 ・職員研修規程において事業所の研修制度を体系化している。内部初任者研修は、年4回チューターの下で実施している。 ・資格取得や更新のための講習会等には、事業所が積極的に支援している。また、自己啓発研修は、職員が申し出を行い、施設長の許可を得れば受講可能である。 ・職員一人ひとりの教育・研修の機会を確保するため、「研修・訓練計画/実績表」(受講必須研修・実習21項目を横軸に、全職員名を縦軸で表したマトリックス図)を使い、年度初めに職員毎の受講計画を○印で記載し、受講終了時点で○印を赤く塗りつぶすことで、各個人の受講状況が一目瞭然となり、年度末に施設長が最終確認(捺印)し、研修の実効性を確保している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・実習生受入れマニュアルを整備している。 ・事業所では、看護及び介護の初任者研修・実務者研修・介護福祉士や社会福祉士等のプログラムを用意している。実務者研修は、実習指導者講習会修了者の下で、主任が中心となり実施している。 ・実習生受入れに当たっては、派遣元の学校側と受入れ前や実習期間中にも緊密に連携を図っている。実習期間中に学校側の担当者が来所するほか、学校主催の研修会に毎年事業所から学習指導者が参加するなど協力関係を維持している。 	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
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"> ・ホームページ（HP）を充実させ、法人の理念・経営方針・事業計画や事業報告等の情報公開、苦情解決の体制及び事業所の提供するサービスや職員のブログを公開している。予算・決算概況については、法人の広報誌「ききょう」において公表している。また、事業所玄関やエレベータ横に事業計画や事業報告を重要事項説明書等と共に配置し、家族等が閲覧可能である。 ・法人HPの「地域の皆様へ」の中で、地域貢献に係る6つの活動を紹介し、地域の一員として、高い信頼を得ていく活動推進の姿勢が伺われる。 ・今後、HPにおいて中長期計画・苦情相談内容の公開や第三者評価の受審結果などを公表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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は、事業所の職務基準書（職務分掌と権限を規定）等の各種規程、ISO認証基準書などを遵守し、業務を遂行している。 ・独立監査法人による法人の監事監査及び会計監査を受けることで、公正で透明性の高い適正な運営を実現している。 ・法人の他事業所のISO内部監査員による事業所のISO内部監査（年2回）を受けるなど、公正で透明性の高い適正な運営を目指している。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域との交流は、法人理念3項目の一つである「地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点となる施設経営を目指す」に根差した根源的なものである。 ・利用者と地域との交流の取組として事業所で各種催しを開催している。一例としては、秋祭り、元気祭り（福祉用具業者との連携による福祉啓蒙活動）、毎月1回開催のはにわキッチン（こども食堂）、自立高齢者向けのトレーニング機器を使った介護予防、近隣小中学校の職場体験受入れ、認知症予防教室や認知症サポーター養成講座など枚挙に暇がない。 	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ボランティア受入れ規程を策定し、数多くのボランティアを受け入れている。また、ボランティアに感謝と懇親を兼ね、年1回意見交換会も開催している。 ・実際のボランティア受入れとしては、喫茶ボランティア（月～金）や、みどり会（季節の花・野菜作りを通して近隣の人々との交流を図る）の運営等多岐にわたる。 	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・市発行の冊子「高齢者暮らしに生かそうサービスガイド」を各フロアーに配置し、関係機関との連携に活用している。 ・民間社会福祉施設連絡会（あんしんねっとあゆむ）へ参画し、市社会福祉協議会（市社協）と協働しながら地域の福祉ニーズ解決に向け活動を行っている。また、地域の認知症関係団体とも連携と協働を行っている。 ・事業所の地域支援員による認知症家族への支援を行っている。 	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所1階の地域交流スペースを有効に活用し、喫茶ボランティアの受け入れ（月～金）、認知症家族を支える会への会議室の提供等を行っている。 ・隣接するサ高住1階のジムを使用し、地域の65歳以上の高齢者を対象にトレーニング機器を使ったパワーリハビリテーションを実施している。 ・市と福祉避難所（二次避難所）開設の協定を締結し、一時避難所からの移動避難訓練も実施済みである。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所内に地域支援員を配置し、必要に応じ認知症家族の支援等を行っている。 ・生活困難者に対する生活相談事業を行い、事業所のコミュニティーソーシャルワーカー（CSW）の専門知識を活かした相談活動を実施している。また、地域の認知症関係団体との連携と協働で、地域の在宅認知症の高齢者や介護の家族を支援している。 ・子ども食堂（はにはキッチン）を毎月1度日曜日に開催し、近隣の小学生の安心できる居場所づくりとして、子どもと料理や勉強をボランティアと協力して行っている。 	

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者を尊重した福祉サービス提供は、法人理念3項目の一つである「個人の尊厳を旨として、その人にふさわしい最善のサービスの提供に努める」に根差した根源的なものである。理念等は、トイレ内も含め事業所各所に掲示し、職員への周知を図っている。 ・利用者尊重の姿勢は、入職時全職員に配付される小冊子「和顔愛語」やマニュアル「はじめの第一歩」に掲載され、これらに沿って職員研修等を実施している。 ・利用者尊重の姿勢は、身体拘束廃止に関する規程、抑制廃止委員会や虐待防止検討会議の定期開催（偶数月）にて徹底している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・入居時、館内ユニット等を見学後、利用者と家族等に重要事項説明書に沿って事業所のプライバシー保護等の対応につき説明を行っている。 ・全居室は、トイレ付きの個室で、プライバシーに配慮した造りとなっている。 ・職員は、「虐待の芽チェック」を年3回自己と他者による相互チェックで受け、利用者に対する権利擁護の配慮を継続している。 	

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"> ・事業所サービスの概要は、事業所パンフレットに理念のほか館内各フロアの説明が、文字・写真・平面図で分かり易く適切に表示しており、福祉関係諸施設に配置している。 ・HPに事業所館内の案内動画（けやき探検隊）や職員のブログなど興味を引く内容を掲載し、頻繁にHPの更新を行い積極的な情報発信に努めている。 ・入居希望の問い合わせ時点から、ISOの手法による相談カードで管理し、入居に繋いでいる。見学希望者には個別に説明と案内を行っている。 	
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"> ・入居に当たっては、契約書や重要事項説明書に沿って分かり易く説明し、利用者の自己決定を尊重したうえで利用者や家族等の署名捺印を得ている。 ・円滑な退所に当たっては、適切な病院・診療所・介護保険施設等の紹介、居宅介護支援業者やその他保険医療サービス又は福祉サービス提供者の紹介を行うことを契約書と重要事項説明書に明記し、説明を行っている。 ・退所時の援助を行う場合には、各関係機関に利用者の心身の状況等必要な情報を利用者や家族の同意を得て、文書にて提供できることとしている。 ・意思決定が困難な利用者には、成年後見制度を利用（現在1名）している。 	
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"> ・事業所の変更や家庭への移行等に当たっては、契約書及び重要事項説明書に「円滑な退所のための援助」が明記されており、退所後の適切な諸施設への紹介の支援を行うことにしている。 ・上記援助に当り、事業所は各関係機関に利用者の心身の状況等必要な情報を利用者や家族等の同意を得て提供することで、福祉サービスの継続性に配慮している。 ・事業所では、「特養退所のプロセス」（手順書）に沿って退所手続きを進めている。一方、利用者には「退所後のしおり」を手渡しすることで、福祉サービスの継続性に配慮している。 	

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。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・顧客満足度調査を年1回行っているほか、利用者家族等に意見投書を依頼し、「みなさまの声」として郵送によるフィードバックを行うなど、顧客満足の上昇の取り組みを行っている。意見投書が活かされたケースとしては、玄関にスナック菓子等の販売コーナー（小さな無人のコンビニ）の設置例があり、買物に出かけられない利用者や家族等に喜ばれている。 ・利用者からの意見・要望等を事業所内に掲示している。 ・オンブズマン機構大阪による利用者への聞き取り調査を実施し、利用者満足向上の取り組みを行っている。 	

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	a
(コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決の仕組みを、ISOの手法を使い整備しており、その概要を事業所内に掲示のほかHP等においても周知に努めている。 ・苦情受付ポスト「みなさまの声」を設置し、結果についてはポスト横の「コミュニケーションボード」に掲示し公表している。 ・苦情処理体制につき、入居時に重要事項説明書に沿って利用者や家族等に説明している。また、苦情解決の流れをフロー図にしてHPに分かり易く掲載している。 	

Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に、苦情解決責任者・窓口担当者、第三者委員2名の個人名と連絡先のほか、行政の苦情受付機関を複数記載しており、利用者が苦情提出の相手を自由に選べることを保証している。 ・利用者や家族等の苦情や相談は、利用者の居室（個室）にて行っている。必要に応じて、1階相談室も利用可能である。 	
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"> ・意見箱のポストと意見記入用紙を玄関脇に設置し、投書を歓迎している。 ・「みなさまの声」を年1回家族等に郵送している。 ・法人で苦情解決規程を策定し、苦情解決の流れをフロー図でHPに掲載している。また、提案制度規程を整備している。 	

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"> ・入所課長を責任者とした毎月の入所会議の中で、リスクマネジメント委員会を開催している。具体的な対策は、「アクシデントマニュアル」に則り、フロア会議で検討し改善策を3ヵ月間試行したのち評価して再発防止策を実施しており、PDCAサイクルが確立している。 ・設備・備品のメンテナンスは、月1回点検を行い設備点検簿に記録し、事務所に管理している。 	
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"> ・看護課長が責任者となる感染対策委員会が活動しており、例年感染症発生時の年2回研修が行われていたが、本年度は新型コロナ対策で特に予防対策を強化し職員や来訪者からの感染防止のため、家族の面会制限・体調チェック・殺菌消毒などの取り組みを行っている。 ・嘔吐処理キッドは、各ユニットに置かれ、ガウンテクニック（防護具の正しい着脱方法）の勉強も行われた。 	
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"> ・災害時のために非常用発電機・中圧ガス・井戸水・軽油等の用意があり、サービスが継続できるように対策している。 ・市と災害時における2次避難所開設の協定を締結している。 ・備蓄の食料に関しては厨房委託業者に100人分×3日間を依頼しているが、一般的に利用者+職員分が必要とされており、さらに地域の拠点となることを考慮した備蓄の再検討が必要と思われる内容の充実を期待する。 	

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
(コメント)	<p>記録開示に関しては、運営規程及び重要事項説明書に明記されている。実際の例としては、利用者・家族ではないが、大阪府国民健康保険団体連合会（国保連）からの請求に応じたことがあった。</p>	

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)

- ・入所選考指針を作成し、毎月入所判定委員会において入所判定を行っている。判定委員会には、第三者委員の2名もメンバーとして参加している。
- ・入所判定基準は、地域の認知症介護の拠点を目指す法人のビジョンや認知症に特化した介護方針等を反映し、認知症の受入れに積極的なものとなっている。
- ・入居者の中に介護度1・2の認知症利用者（市の許可を受けた特例入所者）が5人含まれていることから、認知症受入れを重視する事業省の方針を踏まえている。

評価結果

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	a
-----------	---------------------------------------------	---

(コメント)

- ・法人が発行した「はじめの第一歩」は、必要な福祉サービス実施方法の基本がすべて網羅され、新入職時の内部研修で用いられている。
- ・研修は、チューター制でファーストステージ・ネクストステージ・キャリアアップステージと段階ごとに行っている。
- ・標準的な実施方法に基づいたサービスが実施されているかどうかは、3ヶ月、6ヶ月、一年ごとにセルフとチューターのチェックがあり、最終的に施設長が確認する仕組みがある。

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)

- ・マニュアルは、法人の人財育成プロジェクトが管理しており、法人の各事業所から代表が参加して見直しを行っている。
- ・提案制度規程があり、職員や利用者からの意見が反映される仕組みとなっている。
- ・2008年作成の「はじめの第一歩」（新入職者用の研修テキスト）などマニュアルの一部については見直しが必要と思われる。
- ・PDCAサイクルを利用した各書類の定期的な見直し・検討の時期を定められることを期待する。

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。	b
-----------	--------------------------------------	---

(コメント)

- ・決められた様式によりケアマネジャーがアセスメントした結果を全職種に配布し、家族も含めたサービス担当者会議で検討してサービス計画書を作成している。
- ・サービス計画書にはアセスメントから導き出されたニーズの一部が載っている。「介護サービスの内容はサービス計画書に基づいて提供される」と運営規程に記載されており、少なくとも特別養護老人ホームでは食事・入浴・排せつ・機能訓練及びその人らしい暮らしの項目について記載されていることが望ましいのではないかと職員が参加する検討会を望む。

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"> ・サービス提供現場にサービス項目を転記した「サービス実施評価表」を配布し、できているかどうかを日々記録している。 ・サービス担当者会議を3ヶ月ごとに関き、家族も含めた多職種間で評価し、見直しを行っている。 ・緊急に見直し変更が必要な場合にも、手順書に沿って見直しがされている。 	
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"> ・運営規程・重要事項説明書及び事業計画などに自立支援の精神が記載されており、サービス計画書作成の基本姿勢となっている。 ・作成には、医師、機能訓練指導員（作業療法士）などの専門的アドバイスを参考にしている。特に認知症のBPSD（行動・心理症状）については精神科医師の意見をいただいている。 ・家族（書面参加も含める）もサービス担当者会議に参加してもらい、十分説明の上同意を得ている 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・パソコンのネットワークシステムを活用しサービス実施状況を記録共有して、サービスが計画通り実施されているかどうかを確認している。 ・引継ぎノート・入居会議・フロア会議やユニット会議等で情報共有している。 ・記録の書き方は、初任者研修で指導され、現場での実地指導で徹底している。 	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・記録の保管・廃棄などは、文書管理規程に明記されている。 ・記録管理の責任者は、施設長である。 ・情報の漏えいに関しては、就業規則にSNSの投稿などを含め禁止され、懲戒解雇事由と明記されている。 ・利用者や家族には、入所時の重要事項説明書で説明し、外部への通信の顔写真掲載や、個室の表札の可否も確認している。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人として身体拘束ゼロを宣言しており、事業所ホールにその旨の文書が掲示されている。 ・過去に転倒事故があった家族が4点柵の使用を希望したが応じてくれなかったとの家族アンケートがあり、身体拘束をなくす取り組みへの徹底した姿勢が伺われる。 ・職員は定期的に「虐待の芽」シートでセルフチェックし、抑制廃止委員会で、言葉による抑制も含めて検討している。 	
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。	a
(コメント)	<p>「入所者預り金等管理規程」は整備しているが、金銭管理は現在行っていない。成年後見制度の利用については事業所として利用を支援している。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none">・離床は24時間シートを活用して、計画的に実施されている。・ケアプランに基づき機能訓練士の指導により、一人ひとりの機能訓練が行われている。・体形に合った特別な車椅子やリクライニング車椅子を必要に応じて使用し、離床を容易にする工夫がみられた。	

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"> ・ケアプランは、一人ひとりの暮らし方の希望にふれており、ユニットミーティングやサービス担当者会議で検討して、その人らしい暮らし方ができることを目指している。 ・入所前の最終面接に、ケアマネジャーとともにユニットスタッフも同行し、その人の今までの生活や暮らし方の好みを把握し共有・検討しその人らしい暮らし方になるように努めている。ただ入所者数も多く100名の全員が満足できる可能性を目指しているが、リクレーションの増加を望む家族の声もある。引き続き何が提供できるのかなど工夫の努力を望む。 	
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"> ・利用者には「否定しない、共感し思いをくみ取れるような接遇」を心がけて、ユニットミーティングでできているかどうかを話し合い定期的に確認している。 ・介護相談員やオンブズマン制度の利用で、利用者のコミュニケーションの場を増やしている。 ・ユニットケアは、馴染みのスタッフと利用者がコミュニケーションがとりやすい有効なシステムありで様々な工夫で努力しているが、さらに利用者の満足度が高まる取り組みを期待する。 	

		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"> ・座位浴・臥位浴・一般浴の中から、その人の機能の状態に合った入浴方法を検討し安全を重視して支援している。 ・入浴前にはバイタル測定し、異常があれば看護師の指示により日時や方法を変えるなどの対応をしている、本人の希望により変更することもある。 ・同性介助には希望があれば応えており、尊厳や羞恥心に配慮している。 ・入浴に利用する洗剤や入浴剤は、個人の所有するものを使っている。 	
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"> ・個人の排泄パターンを把握しユニットミーティングで検討して、心身の状態や意向から適する排泄用具を選定し、自立に向けた介助方法を採用している。 ・排泄後の処理は、各階から直接1階に排出し（ダムウェーター）戸外に搬出するシステムで臭いもなく衛生的である。 ・自立支援検討会議で「オムツ外し」に取り組んでおり、トイレで便座に座って排便することを目指している。難しい課題であるが、事業所全体の課題として取り組んでいる。 	

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"> 一人ひとりの機能に合わせた移動方法を、機能訓練士と相談しながら移動補助具の選定や環境整備に努め、できるだけ自力移動ができるような支援を目指している。 個室も共有スペースも広く移動しやすい環境である。毎月設備備品の点検を行い、安全に気を付けている。 移動・移乗介助の基本姿勢に「自分でできることは自分です、できないことを手伝う」としている。 	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 褥瘡予防委員会が月1回開かれ、マニュアルに沿って支援している。 委員会でハイリスク者をピックアップし、皮膚科医師（月2回訪問）、機能訓練士や管理栄養士などと一緒にサービス担当者会議で検討し、清潔、除圧、栄養管理を共有し、介助方法を可視化して（写真や図を貼るなど）統一したケアにあたっている。 予防は十分なされているが、訪問調査時に発生事例があった。さらに取り組みの強化を望む。 	

		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"> 食事は、委託業者が事業所内の厨房で調理しているので温かく美味しい食事が提供されている。 月1回以上の行事食が用意され、利用者は楽しく食卓を囲んでいる。 職員が検食して、管理栄養士が責任者となる食事サービス向上推進会議で検討し改善点を厨房業者に伝えている。 食はいくつになっても大きな楽しみの一つである。リクエスト食などの取り組みなどで、さらに食事サービスの向上を願う。 	
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"> 食形態は常食のほかにソフト食、ムース食、ミキサー食が用意されその人に合ったものを提供している。歯科医師、管理栄養士、看護師などが必要に応じて食事場面を観察し確認している。 利用者一人ひとりの個別栄養管理記録を作成し、食事量・水分量・採血データを管理している。その結果を多職種で共有し、経口での食事摂取ができるだけ長く続くような支援を目指している。 	
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"> 歯科医師と衛生士が定期的に訪問し、治療と口腔衛生を行っている。指導、助言をえて、一人ひとりの咀嚼、嚥下状態を把握し、月1回の「口腔機能推進会議」で情報共有し適切な口腔ケアを行っている。 自室内に洗面スペースが確保されている。 口腔体操は実施されていない、誤嚥から肺炎につながるのを、肺炎予防もかねて、実施できるように検討を望む。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・「看取りケア検討会議」を定期的開催し手順に沿って対応している。「看取りケア同意書」はキーパーソンだけでなく他親族の同意もとっている。 ・医師、看護師とは24時間連携がとれる体制がある。 ・家族とは連絡を密にとり、意向や希望を確認している。希望があれば、同室での泊りも受け入れている。 ・職員には研修を実施し、事後は振り返りを実施し精神的なケアにも配慮している。 	

		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"> ・事業計画に認知症に特化した介護サービスに力を入れることがあげられており、実践されている。 ・職員は認知症に関する研修（BPSD、パーソン・センタード・ケア他）を受講し知識とスキルを高め「認知症専門ケア会議」を定期的開催し実践に結び付けている。 ・精神科医師の訪問診療が月2回ある。アドバイスを得てBPSDに関する支援内容を検討している。 	
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"> ・個室は約15㎡と広く、一人ひとりに応じた動線の確保などで安全で安心できるように工夫されている。ユニット間の共有スペースも広くとられ、歩き疲れたら休めるようにソファが置かれている。 ・清掃、危険物管理などの事故防止のための取り組みも適切に行われている。 ・個室には自宅から使い慣れた家具や持ち物を持ってきてもらったり、家族の写真を貼るなど安心して過ごせるように配慮している。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・機能訓練指導員により、一人ひとりの個別機能訓練プログラムを立て、3ヶ月に1回評価・見直しを行い計画に沿って実践されている。 ・利用者が主体的に訓練を行えるように生活リハビリに重点を置いている。 ・ケアプランは、機能訓練の必要性のニーズから導かれた、利用者自身の意欲に結びつく内容になっている。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・アクシデントマニュアルに沿って、介護職と医療職の連携体制が確立している。夜間など医療職不在の時も看護師や医師と24時間オンコールで連絡が取れる。 ・体調変化や異変に早く気付くために個別記録を活用し、個別集計表を多職種間で共有している。 ・喀痰吸引の研修を受けた職員が多数おり、夜勤には有資格者が必ず1名入るよう配慮している。 	
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"> ・感染対策マニュアルに沿って看護職を中心に適切な予防が行われている。 ・毎日職員とその家族の健康状態をチェックしてから勤務についている。家族、職員が感染した場合の対応は文書で規定されている。 ・事業所の負担で職員はインフルエンザ予防接種を受けている。 ・保健所での食中毒研修に参加し、厨房業者も含めて必要なことは全職員に伝達している。 	

		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"> ・居室は約15㎡の個室でトイレ、洗面スペースが室内にある。使い慣れた家具等の持ち込みを勧めて、従来からの生活の持続性に配慮している。 ・共有スペースも広く、歩き疲れたら休めるソファが置かれている。 ・業者による定期的な点検整備と、職員による日常的な整備で安全と快適維持に努めている。 ・室内の動線などを検討して安全に快適に過ごせるように配慮している。 	

		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"> ・サービス担当者会議を3ヶ月毎に開催、家族にも参加を案内して意見を聞く場としている。欠席家族には文書で要望を確認し、議事録を送付している。また、家族アンケートを半年に1回実施し、出された意見のうち了解を得たものは玄関の「皆さまの声」で掲示公開している。 ・家族には定期的に便りを郵送するほか、ホームページ上のブログで利用者の様子を知らせている。 ・現在新型コロナウイルス感染対策で面会を制限しているが、写真付きの通信のほか、電話やインターネットの利用などできるだけ工夫を試みている。 	

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 高槻けやきの郷の利用者等
調査対象者数	利用者人数 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。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封したうえで、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）

利用者100名にアンケート用紙を配付し、51通を回収した。回収率は、51%であった。

○回答の内、満足度90%以上は次の8項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。
- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・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。

○回答の内、満足度80%以上は次の3項目であった。

- ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- ・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。

○回答の内、満足度70%以上は次の6項目であった。

- ・原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。
- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- ・排泄の介助は、速やかに対応していますか。
- ・排泄の際、あなたのプライバシーや羞恥心には配慮されていると思えますか。
- ・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。

○回答の内、満足度60%以上は次の3項目であった。

- ・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。
- ・苦情対応の相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか。
- ・職員は、入浴前、入浴後に、あなたの健康状態のチェックを行ってくれますか。

自由意見としては、次のようなものがあった。

- ・丁寧に対応して頂き感謝しています。（多数）
- ・問題が生じても対応が早い。又コロナ対策も対応良くビデオ通話も良かったです。
- ・他の特養施設に比べ清潔で雰囲気も明るい。職員の方の対応も良く安心できる。
- ・コロナ禍で面会は月1回しかできませんが、我慢します。（本当は手をつないだり、触ったりしたいな！）ズーム等での面会もあるが、下の広間やガレージ利用も検討して欲しい。

以上

福祉サービス第三者評価結果報告書【受審施設・事業所情報】 における項目の定義等について

①【職員・従業員数】

●以下の項目について、雇用形態（施設・事業所における呼称による分類）による区分で記載しています。

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

・パート、アルバイト、労働者派遣事業所の派遣社員、契約社員、嘱託などと呼ばれている人の人数。

②【専門職員】

●社会福祉士、介護福祉士、精神保健福祉士、介護支援専門員、訪問介護員、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、保育士、社会福祉主事、医師、薬剤師、看護師、准看護師、保健師、栄養士等の福祉・保健・医療に関するものについて、専門職名及びその人数を記載しています。

③【施設・設備の概要】

●施設・設備の概要（居室の種類、その数及び居室以外の設備等の種類、その数）について記載しています。特に、特徴的なもの、施設・事業所が利用される方等にアピールしたい居室及び設備等を優先的に記載しています。併せて、【施設・事業所の特徴的な取組】の欄にも記載している場合があります。

	例
居室	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
設備等	●保育室（0才児、1才児、2才児、3才児、4才児、5才児）、調乳室、洗面室、浴室、調理室、更衣室、医務室、機能訓練室、講堂 等