

福祉サービス第三者評価結果報告書 【高齢福祉分野】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム 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	特別養護老人ホーム		
代表者氏名	総合施設長 江田 智美 施設長 田代 隼也		
定員（利用人数）	60 名（内、短期入所定員 10人）		
事業所所在地	〒 566-0071 大阪府摂津市烏飼下1丁目13番7号		
電話番号	072 - 650 - 3301		
FAX番号	072 - 650 - 3303		
ホームページアドレス	https://iyashien.com/settsu-tokuyo		
電子メールアドレス	settu@iyashien.com		
事業開始年月日	平成12年2月1日		
職員・従業員数※	正規	25 名	非正規 16 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 看護師 3名 准看護師 1名 理学療法士 1名 歯科衛生士 1名 管理栄養士 2名		
施設・設備の概要※	[居室] 1人部屋 16室 2人部屋 2室 4人部屋 10室		
	[設備等] 食堂 2室 浴室（一般浴 座位浴 特浴 個浴） 医務室 1室 静養室 1室 機能訓練室 2室		

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	1 回
前回の受審時期	令和 元 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。

【行動規範】

- ①エコロジー（環境保全）に配慮するとともに、利用者・住民の安心と安全を何よりも優先する。
- ②個々の価値観の違いを認め、十分に話し合い、ともに成長する。
- ③最大や最高ではなく、自己決定と自立を基本に対象者にとって「最良」の援助を行う。
- ④「気づき」「共感」「連携」を大切にし、未来を信じて楽観的に、今出来ることを精一杯行う。
- ⑤専門職として知識、技能、倫理感等の水準を絶えず問い直し、常に謙虚に学び自己研鑽を忘れない。
- ⑥社会人として、専門的職業人として、また人間として、自覚と責任を持った言動をする。
- ⑦「コンプライアンス（法令遵守）」と情報の「開示と管理」を徹底し、プライバシーや人権を守る。

【施設・事業所の特徴的な取組】

職員一人一人がご利用者様に優しく、ご利用者様がどうしたら快適に、笑顔で暮らしてもらえるか考え日々改善しています。また現場間でレクレーションや体操など行い筋力低下を少しでも予防できるよう行っています。食事に関しても、できるだけ好きなものを食べて暮らしてもらえるように、ご利用者様とご家族様の思いを大切に援助していきたいと考えています。その為に多職種と共に検討を行い、個々にあった食事の提供を心がけています。

職員に関しては、ご利用者様の気持ちを少しでも汲めるよう、また介護職としての自覚を備えて欲しい為、認知症や感染症等の様々な分野の研修を外部に行き勉強したり、内部では職員で調べて、考えてグループワークや発表を行う研修を実施しています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和5年3月24日～令和5年10月6日
評価決定年月日	令和5年10月6日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理・専門職委員） 2101A030（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摂津いやし園（以降、施設又は本特と表記）は、平成12年2月に開設された。隣接したサテライト型施設として平成26年4月に摂津市で初の地域密着型小規模特別養護老人ホーム摂津いやし園（以降、小特と表記）が開設された。デイサービスセンター2か所（一般型・認知症対応型）、居宅介護支援事業所が併設されており、地域の人々の安心なくらしの実現のための高齢者総合福祉施設となっている。施設は、今年度の目標を「その人らしく過ごし、いやしと安らぎを感じる施設を目指す。」としている。

・施設は、入所定員は50名（短期入所者定員10名）で、建物の2・3・4階に個室、二人部屋、四人部屋がある従来型である。食堂は2階と3階にあり、4階の入居者は2階の食堂を利用している。1階にはデイサービスセンターが運営されている。

・施設は、淀川と安威川に挟まれた、田圃、住宅、工場が混在している地域にあり、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の店舗が点在している。

・開設母体の社会福祉法人気づき福祉会（以降は、法人と表記）は、他に摂津市内にデイサービスセンターを2ヶ所、大阪市内に認知症対応グループホームを1ヶ所、関東に特別養護老人ホームを1カ所を運営している。また関連グループには高齢者福祉事業や保育事業を全国展開している大手総合福祉事業会社があり、情報交換や職員研修参加などを通じてグループ間で連携をしている。施設開設当初にはこの事業会社の介護職員養成専門学校があり実習生を受け入れていた。

・法人は、10カ年の中長期計画を令和1年度を初年度として綿密に策定している。社会情勢、社会福祉法人に求められる役割、摂津市介護保険事業計画「高齢者かがやきプラン」を踏まえ、開設来のこれまで取り組んできたことを振り返り、現状と課題を分析して中長期計画の基本方針を定めて策定している。基本方針は、「専門性の高いケアの提供」、「地域社会に開かれた施設運営」、「明日を担う人材育成と職場環境の整備」、「経営基盤安定に向けた取組の推進」の4項目を上げ、それぞれに具体的な計画内容と内容に沿った詳細な運営方針を示している。

・法人は、職員行動規範として具体的に7項目を定めて、職員の業務遂行の行動指針を示して、職員個々の自覚を促し、施設全体の福祉サービスの質の向上を図り、この中長期計画が実現することを目指している。

・施設には、介護サービスの質の向上を目指して「暮らしの向上・物品管理委員会」「教育研修委員会」「事故・人権擁護委員会」「口腔委員会」「感染・褥瘡委員会」を設けている。職員は何れかの委員会に所属して活動し、様々な「気づき」を得て施設の介護の質の更なる向上を目指している。

◆特に評価の高い点

具体的な内容の事業計画と事業報告

・施設の事業計画の中で各委員会（感染・褥瘡・暮らしの向上・教育研修・事故・人権擁護）と各専門部署（看護職・管理栄養士・歯科衛生士）が具体的な年間目標を掲げ、各部署がケアの質の向上を目指して業務に当たり、年度末には各委員会各専門部署が実施状況を振り返り、事業報告にまとめて次年度の取り組みの改善に活かしている。

担当介護職員制の取り組み

・介護職員は3～4名の利用者を受け持ち、日頃から意識的にコミュニケーションで思いを汲み取ったり、観察をするようにしている。毎月受け持ち利用者をモニタリングで評価をし、ケアプラン会議で活かしている。また毎月利用者の様子を家族に連絡する役割をしている。利用者をよく把握している担当介護職員からの連絡は、家族にとって安心で良い取り組みと評価できる。

◆改善を求められる点

苦情対応の取り組み

・玄関や各フロアに苦情受付体制等を掲示するとともに、受付けた苦情の内容により家族等の了解を得られれば苦情内容と解決策をプライバシーに配慮して掲示して、他の家族等に公表することを望む。更に施設ホームページにも公表をすれば完璧である。

利用者の環境作り

現在認知症周辺症状で手の届く物を盗ってしまう盗癖の利用者がいる為、フロアや居室には装飾物が少なく殺風景な状況である。安全を優先した環境作りとなっているが、大多数の利用者のこれまでの生活を尊重した過ごし方が出来る環境とは言い難い。利用者にとり生活の場として少しでも快適に過ごせるための環境作りを望む。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

苦情対応の取り組みでは、指摘を受けた翌日から改善しました。苦情の公表等、利用者家族に了承を得、いつでも閲覧できるようにしました。今後はホームページでも公表できるように整備していきます。利用者の環境作りに関して、フロアーでは季節館ができるような雰囲気作り居室等も在宅で飾っていたものや使用していたものを持参してもらい、生活の場として快適に過ごしてもらえよう改善します。

◆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"> ・法人理念と行動規範が定められてエレベーター内や職員休憩室に掲示され、施設パンフレット、ホームページにも掲載されて周知が図られている。職員には、入職時研修で説明をするとともに携帯用「理念カード」を配付して意識付けを行っている。 ・職員に対しては職員会議（本特会議）において理念、行動規範の基本に立ち返ることを意識づけることに努めている。 ・利用者・家族には入居前に施設紹介パンフレットで施設の理念を説明して周知を図っている。 	
		評価結果
I - 2 経営状況の把握		
I - 2 - (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I - 2 - (1) - ①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、高槻市・三島町・茨木市・摂津市の高齢者福祉施設長合同会議（年、2回開催）、摂津市高齢者福祉施設入所部会に参加して地域の情報や市の高齢者福祉計画「せつつ高齢者ががやきプラン」の方針を確認して、施設運営に活かしている。 ・毎月開催の法人全体の運営会議では、施設の入居者の入院状況、短期入所利用者の利用状況、空床率等の数字を確認し分析している。 	
I - 2 - (1) - ②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、施設を取り巻く環境の変化、職員の勤務・健康等の状況、入居者の状態・利用者の状況、月々の財務状況、建屋の状況を確認し、問題点や課題を抽出して本特会議（特養の会議）で協議している。 ・総合施設長は法人の理事でもあり、施設の問題点や課題については理事会において協議をして解決を図っている。 	
		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。	a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設では令和元年に中長期経営計画（前期5年、後期5年の10年計画）を策定している。 計画では、社会情勢、市の高齢者介護保険事業計画、社会福祉法人の役割を踏まえた基本目標を立て、過去の取組みを振り返って、きめ細かく現状と課題を分析している。 計画内容は、四つの基本方針を定め、それに沿って具体的な計画を立て、毎年度末に実施状況を確認して次年度につなげている。 計画については3年目、5年目、8年目に実施内容を検討して見直すこととしている。今年度は5年目に当たり、年度末に見直しの検討を予定している。 	
I-3-(1)-②	中・長期計画を踏まえた単年度の計画が策定されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 当年度の施設事業計画は、法人の中長期計画に沿った施設の運営方針（4項目）と達成目標（4項目）を具体的に掲げて職員に示している。 看護職部門、栄養士部門、歯科衛生士部門もそれぞれに具体的な年間目標を設定している。 感染褥瘡委員会、教育研修委員会、事故・人権擁護委員会、暮らしの向上委員会の各委員会も年間目標を設定し事業計画に挙げている。 	
I-3-(2) 事業計画が適切に策定されている。		
I-3-(2)-①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 事業計画の実施状況は、本特会議、フロア会議（いずれの会議も2か月毎開催）の中で確認し、半期で達成状況を検討し、見直しなどを図っている。 次年度の事業計画は、各会議の中で見直されたことを踏まえて年度末前に各会議の中で職員が話し合い検討し、施設長がまとめている。各職員に年度初めの本特会議の中で事業計画を配布して説明をしている。 	
I-3-(2)-②	事業計画は、利用者等に周知され、理解を促している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 今年度の事業計画は、エレベーター内に掲示して職員・利用者・家族等に周知を図っているが、家族等には送付をしていない現状がある。 コロナ禍の影響で3年に亘り、家族面会を停止、制限してきたことで家族は事業計画を確認できない。今後は、年度初めに家族に対して施設の年間事業計画の中で入居者の処遇に関わる内容や行事予定等を文書で送付することを望む。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設では、毎年職員に対して「不適切ケアセルフチェックシート」で不適切ケアの振り返りを実施させて、介護支援の質の向上を図っている。 施設長は毎年1回（10月）に介護保険自主点検表で介護サービス提供の状況を確認している。 第三者評価を定期的に受審して施設全体の振り返りを行っている。前回の受審後に総合施設長や当時の幹部が中心となり、受審結果を分析・検討して中長期計画（10年）を策定している。 毎年、施設全体の総合的自己評価を実施する仕組みと体制を構築し、入居者、利用者に対する支援の更なる向上を目指すことを期待する。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・4年前の第三者評価受審結果内容を総合施設長、幹部職員が中心となり、分析・検討を実施し、具体的で緻密な中長期計画（10年）にまとめている。 ・中長期計画は、定めた運営方針の実施状況を毎年度末に確認し、3年目・5年目・8年目に計画の見直しを実施する時期と定めている。 ・また法人は、行動規範として具体的な7項目を策定して職員に示して遵守を促している。 	

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"> ・法人は、毎年、施設の組織図を作成して職員に周知を図っている。 ・キャリアパスと職務分掌を示した一覧表を作成し、総合施設長、管理者、主任以下全職員の役割や有事の権限委譲者を明確にして、職員に示している。 	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・総合施設長、施設長は、労務管理・安全衛生・施設運営に関する法律等を把握して遵守に心がけている。 ・施設では行動規範の項目の中に法令遵守の徹底を明記するとともに年2回の本特会議の中で職員に注意喚起を行っている。 ・施設研修の中にも法令順守の徹底を促すための研修を取り上げて実施することを望む。 	
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"> ・施設では感染褥瘡委員会、口腔委員会、教育研修委員会、事故・人権擁護委員会、暮らしの向上委員会を毎月、開催し、それぞれの委員会の中でサービスの質の向上のための調査、分析、検討、実施に取り組んでいる。 ・毎年、職員研修を年間計画を立て実施し職員の資質向上を図っている。コロナ禍のため現在は、法定研修は集合研修に代わりビデオ研修を実施し非正規職員を含めた全職員に研修報告を提出させている。 ・本特会議では、上記委員会各々が研修を隔月に実施している。 	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・総合施設長、施設長は毎月の法人全体の運営会議で施設の運営状況（入居者の入院数、空床利用率、短期入所の利用者数、職員の勤怠状況、設備の状況等）を把握・分析して改善策を協議、検討し職員に指示をしている。 ・現在の経営課題として職員の定着化を図り職員不足を解消してすること、老朽化した設備を更新することなどを挙げ、課題解決に向け取り組んでいる。 	

		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"> 施設の運営規定で必要な人材、人員体制を示し、また中長期計画の「経営基盤安定に向けた取組の推進」の中で人材確保と定着に向けた取り組みとして5項目を示している。 施設事務担当者が職員欠員時に人材紹介会社に依頼したり、毎年度の新卒高校生の獲得のためハローワークに申請したり、市の就職フェアにも参加して人材確保を図っている。 法人は、介護職の人材として外国人労働者（技能実習生・特定技能実習生・留学生）の獲得に取り組んでいる。現在、施設には5名の外国人が勤務している。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 法人は、職員に対し行動規範（7項目）を具体的で明確な支援の基本姿勢を示している。 法人は、詳細なキャリアパス制度を整備し、経験年数、資格要件、処遇、受講研修等を明確にしている。 法人は人事考課制度を整備し、総合施設長、施設長が指定の人事評価表で年度末に各職員の10段階評価を実施している 法人のキャリアパス制度の概要を職員一人一人に示して、各職員が資格取得を目指し将来の展望を描ける取組みを期待する。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設長が職員の勤務シフト作成し、事務局職員が職員の勤怠、有給休暇取得状況を確認している。 有給休暇は、入職4か月後から取得でき、他に特別休暇5日、誕生日休暇1日を取得できるなど働きやすい環境づくりをしている。 施設長が年2回人事考課の折に職員面談を行っている。職員の悩みなどの相談窓口として外部の産業医の機関も設けている。 福利厚生として、法人職員互助会制度が制定されポーリング大会などの親睦会を実施したり、大阪府民間福祉事業従事者共済会に加入して職員に便宜を図り働きやすい職場づくりを行っている。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設では職員に年度初めに年間の自己目標を設定させ、年度末に施設長が職員と面談して達成状況を確認し評価コメントを示し、次年度の目標につなげる仕組みを実施し、職員の育成を図っている。 各職員の自己目標の進捗状況は、年度の間中期に施設長が個別面談をして確認し、個々の目標が達成できるように助言・指導を実施することを望む。 	
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"> ・中長期計画の中の「明日を担う人材育成と職場環境の整備」において人材育成、資格取得（介護福祉士、介護支援専門員等）、内部研修・外部研修についての方針を示している。 ・施設では教育研修委員会が毎年の内部研修計画を立て毎月実施し、年度末に内部研修の実施状況を振り返り、次年度の年間研修計画の内容選定に活かしている。コロナ禍のため現在はネット配信プログラムのビデオ研修を実施し、各職員は空き時間や自宅でビデオを見てレポートを提出している。 	
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"> ・法人は職員に資格取得を推奨し、資格内容により研修費支給・交通費支給・勤務保障を示した「個人資格研修内規」を令和3年度8月に定めて、職員が資格取得をし易い環境を作っている。 ・施設では幹部や幹部候補生のためのマネジメント力獲得と向上を図るための研修としてグループ法人の「マネージャー挑戦研修」を受講させている。 ・施設の内部研修は現在、ビデオ研修を実施しており、好きな時間に正規職員、非正規職員の誰もが受講できる機会を設けている。 	
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研修・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・中長期計画の「人材確保・定着に向けた取り組み」の中で新しい雇用の創出に向けた取り組みの方針を示している。 ・人材確保のためにも実習生受け入れマニュアルを整備して、福祉専門学校生、高校生の実習や職場体験を積極的に受け入れる体制づくりを期待する。 	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設のホームページには、理念、行動規範、サービス内容、地域への取組み、決算情報等が掲載されて周知が図られているが、苦情・相談受付体制や苦情解決、改善・対応策の公表がされていない。 ・前回の第三者評価結果はワムネットに公表されているが、ホームページ内に掲載がされていない。 ・今後は、運営の透明性の確保のためにホームページの更なる充実を図ることや玄関にも誰もがわかりやすい所に公開することを望む。 	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人は、経理規程を定め、施設の経理事務は事務局課長が統括し、出納職員を配置している。 ・毎月の経理の点検と決算業務は外部の会計事務所が行い、内部の点検は年1回、総合施設長が行っている。 ・決算内容の承認は法人の監事が行い、ホームページで公表している。 	

		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"> ・中長期計画の「基本方針と計画内容」の項目の中で「地域社会に開かれた施設運営」を目指すことを明記し、具体的な計画内容を箇条書きで明記している。 ・施設では新型コロナ禍が起こる前には毎年、小特（小規模特養）1階の地域交流スペース（いきいきげんきサロン）・駐車場を利用して地域の人びととお子様、地域のケアマネージャー、他事業所の相談員なども参加を呼びかけ地域交流会・バザー・納涼祭を開催してきた。施設ではコロナ禍が終息すれば再開をしたいと考えている。 ・昨秋にはコロナ禍が落ち着いていたので地区自治会の秋祭りに一部の入居者と職員が参加をしている。 	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設にはボランティア受入れ規定を整備し、コロナ禍以前にはハンドベル演奏などのボランティアを受け入れてきた実績がある。 ・また近隣中学の職場体験を受け入れていたが、その後は中断している。 ・施設ではボランティア受け入れ規定はあるが受け入れ手順などのマニュアル化が出来ていない。 ・子ども食堂の開設を予定しているのでボランティア受け入れマニュアルを策定し、ボランティアを組織化する計画がある。 	

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"> ・施設事務所には、緊急連絡先の警察署、消防署や病院、保健所等の連絡先をリスト化して整備し、職員に周知をしている。 ・総合施設長、施設長は市の高齢者福祉施設入所部会や福祉施設事業者連絡会の会議に参加して地域の福祉情報や市の高齢者福祉行政方針の情報交換を行って施設運営に活かしている。 	

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	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設では新型コロナ禍が起こる前には毎年、小特1階の地域交流スペース（いきいきげんきサロン）・駐車場を利用して地域の人びととお子様、地域のケアマネージャー、他事業所の相談員なども参加を呼びかけ地域交流会・バザー・納涼祭を開催し、多数の地域住民や関係機関の人びとが参加して活発に地域交流活動が行われてきた実績がある。施設ではコロナ禍が終息すれば再開をしたいと考えている。 ・施設は災害発生時の地域の支援を必要としている方の福祉避難所として指定を受け、地域防災に協力をしている。 	
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等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"> ・総合施設長、施設長は、市役所の高齢者福祉施設入所部会や福祉施設事業者連絡会の会議に参加して地域の福祉情報交換を行い、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 ・施設のある地区は交通に不便な地域であり、地域住民が移動手段に困っていた事情を把握し、最寄り駅との無料巡回バスを長く運行してきた。（現在は、事情により中断している） ・施設は大阪府社会福祉協議会の社会貢献事業「大阪しあわせネットワーク」に参加、生活困窮者レスキュー事業に協力をしている。 ・施設では現在、地域の子どもの居場所として「子ども食堂」の開設を計画している。
--------	--

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"> ・法人は、理念と倫理規定に基づく行動規範を策定し、職員には入職時研修、携帯用「理念カード」の配付、館内掲示を通じて周知を図っている。 ・施設では、毎年の職員研修の「虐待予防」・「身体拘束」・「人権擁護」研修の中で入居者・利用者の人権尊重に沿った支援の在り方を学んでいる。 ・職員に対して3か月毎に「不適切ケアセルフチェックシート」で自身の行動や考え方の自己評価をさせて意識付けを行っている。 	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保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"> ・法人は、理念と倫理綱領に基づく行動規範を策定し、職員には入職時研修、携帯「理念カード」の配付、館内掲示を通じて周知を図っている。 ・職員は「不適切ケアセルフチェックシート」で自身のケアの現状の振り返り、入居者・利用者のプライバシーに配慮した適切なケアに努めている。 ・施設の多床室では各ベッドはカーテンで仕切られているだけであるので個々のプライバシーには限界がある。また共有トイレは、カーテンで仕切られているだけであり、ドア設置の改修を検討したが建物の構造上できないとのことであった。 	
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"> ・施設では、法人理念やサービスの内容をわかりやすく紹介するホームページやブログで周知を図っている。 ・入所希望者には、主に生活相談員・施設ケアマネジャーがサービスの概要説明、館内案内を行い、短期入所ユニットを利用して体験利用にも対応をしている。 ・施設パンフレットは定期的に見直しを行い、新しい情報を取り入れたものを作成するとともに地域内の居宅介護支援事業所、地域包括支援センターにも配布することを望む。 	
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"> ・生活相談員・施設ケアマネジャーが入所時に契約書・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、身寄りのない人は成年後見人を活用している。 ・サービス体制の変更や終末期の看取りなどサービス内容に伴い利用料金に変更がある時は事前に家族等に説明をし、同意を得て文書を交わしている。 	

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"> ・契約書第19条、重要事項説明書No.8に退所時の援助内容を明記し、入所説明時に施設や事業所の変更について説明し、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・事業所へ移行する利用者の情報は、パソコンのネットワークで情報共有ができています。他施設・事業所へ移行する時は、介護サマリー、看護サマリー、服薬情報書類で情報提供をしている。 	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の上昇を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が、入居者・利用者に対して定期的に食事の嗜好調査をアンケート形式で実施し、入居者の食事の満足度を上げる取り組みを行っている。 ・介護職員が年間行事やレクリエーションの内容について希望をその都度、入居者本人に直接聞いて取り入れるように努めている。 ・入居者・利用者の日々の暮らしの要望・希望を定期的に聞く仕組みとして例えば「利用者満足度調査委員会」を立ち上げ、アンケート形式等で調査後、集約・公開・分析などPDCAサイクルを回したをして実現化する取り組みを期待する。 	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書No.15「苦情受付に対して」に於いて苦情受付の体制（受付窓口・解決責任者・第三者委員）と各々の名前と連絡先、解決手順について詳しく明記し、入所時に生活相談員・施設ケアマネジャーが家族等に詳しく説明している。 ・玄関に重要事項説明書を配置しているが、玄関や各フロアに苦情受付体制等を掲示はしていないので掲示をして積極的に利用者家族へ周知することを望む。 ・施設では受付けた苦情は記録をし、解決策を家族等には伝えているが他の利用者家族等には公表するまでには至っていない。家族等の理解を得られれば解決策等をプライバシーに配慮して掲示することを望む。 	
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No.15「苦情受付に対して」に於いて苦情受付の体制（受付窓口・解決責任者・第三者委員）と各々の名前と連絡先、解決手順について詳しく明記し、入所時に生活相談員・施設ケアマネジャーが家族等に詳しく説明している。 ・2階に入居者、家族等が相談しやすいスペースを設けている。 ・玄関に重要事項説明書を配置しているが、玄関や各フロアに苦情・相談の受け付け体制を掲示していない。入居者・利用者・家族等にわかりやすく、大きな文字で相談窓口体制（連絡先・解決手順）を表記し、掲示することを望む。 	
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"> ・職員は日々の援助の中で入居者・利用者の意見や相談を聞いている。 ・個々の相談内容はケース記録に記載し、内容の重大性により本特会議、フロア会議で迅速に話し合いをして解決策を講じて改善に努めている。 ・意見や相談の表出の苦手な入居者・利用者・家族等もいることを考慮して意見箱の設置や定期的なアンケート調査の実施し、広く意見や相談を受ける体制づくりを望む。 	
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"> 施設では「事故発生防止の為の指針」を策定し、事故・人権擁護委員会を設置し、事故事例、事故発生時の対応策、事故発生防止策等を検討し、職員の実践につなげて入居者・利用者の安心・安全を図っている。 職員は入職時に「事故防止のための研修」を受け、毎年の内部研修の中で「事故防止」「緊急時対応」等の様々なケースの事故対応について学びを深め、日々の実践に活かせるように努めている。 	
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"> 感染症対応のBCP計画（事業継続計画）を策定し、発生防止手順、発生時拡大防止手順、責任体制を明記している。 職員は毎年、感染症対応についての内部研修を受けている。今年度はすでに「食中毒対応について」（5月）をビデオ研修で学び、11月に「コロナ・インフルエンザ・ノロウイルス対策」について学ぶ予定としている。 施設ではコロナのクラスターが発生したが、総合施設長、施設長、看護師の適切な指示で各フロア全体をレッドゾーン、イエローゾーンに分けてゾーニング対応を迅速に行い、拡大を阻止し、早期に終息する体制ができている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 防災対応のBCP計画（事業継続計画）を策定し、火災・地震・風水害の発生時の連絡体制、避難経路と避難手順、災害備蓄品整備リストなどを明記している。 施設の立地が淀川と安威川に挟まれ、過去に大規模な水害被害が発生した地域であるので併設の小特と合同で年2回、防災・災害会議を開催し、風水害避難訓練・火災避難訓練の実施計画、入居者・利用者の避難訓練手順の確認、災害備蓄品の確認を行って、避難訓練を実施している。 施設は併設の小特を含めて地域の災害弱者の福祉避難所として摂津市と協定を締結している。中長期計画の中で今年度、地域と連携して風水害に対する防災訓練の実施を検討している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> 介護マニュアルなどは標準的な実施方法で文章化されており、当施設に沿ったマニュアルとなっている。また、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ている。 入職時は必須として、介護マニュアルを活用し、マニュアルに沿った業務の徹底を行っている。通常はリーダー職員が個別に指導を行い、業務達成チェックシートでの確認も行われている。 	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 教育研修委員会、口腔委員会等の委員会やフロア会議で、実施方法の見直しが行われている。職員は変更、更新をパソコンや書面で確認している。 定期的に年度末3月に各マニュアルなどを見直し、4月に更新をしている。 個別的な福祉サービス実施計画の内容や、利用者の意見が反映できるように取り組んではいるが、充分でないと捉えている。今後、更なる見直しをすすめより良いマニュアルとなることを期待する。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービス実施計画策定は介護支援専門員が行っている。入所時は利用者面接での心身の状況・ケアチェック表・利用者家族の意向等を参考に、IT介護支援ソフトでアセスメントを行い、ケアプランを作成し、家族に説明して了承を得ている。 ・受け持ち介護職員が、毎月1回モニタリングを行っており、計画どおりに福祉サービスが行われていたかを確認して介護ソフトに入力し、情報共有をしてケアプラン作成や見直しに活かしている。 ・認知症症状が重度化した利用者には毎月1回専門科医師の診断・処置を介護計画に反映させている。 	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・見直しの時期は、短期1年・介護保険更新時に行っている。 ・利用者に状態の変化があった時や、ケアプラン更新時には、サービス担当者会議を開催し、介護支援専門員、看護師等の多職種の専門職がアセスメントの協議をし、評価・見直しを行っている。 ・受け持ち介護職員は家族に毎月1回、連絡をして意向等を聞き、ケアプランに反映させている。 	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。

Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・IT介護支援ソフトに、利用者の1日の身体状況・生活状況が記録され、バイタル・排泄状況・食事摂取量・事故などの項目別で記録がパソコンで閲覧でき、職員間で情報の共有がされている。 ・入職時にパソコン入力記録方法の指導があり、フロアで入力記録の点検をし、職員間で記録の差異が生じない様にしている。 ・フロア会議等の会議録は書面で作成し、出席していない職員は確認サインをしている。 ・サービス計画書に基づくサービスの内容の実施状況は、記録での確認が必要であり、ケアプランのサービス内容ごとに正確な確認ができる記録方法の検討を望む。 	
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"> ・就業規則に個人情報の秘密の保持及び、漏えいに対する規定があり、職員は入職時に個人情報に関する誓約書を提出している。 ・個人情報の取扱いについて、利用者・家族には契約時に説明している。 ・記録管理の責任者は施設長としているが職務分掌には記載がないので明記することを望む。 ・個人情報保護規定により、記録に関する研修を実施している。 ・運営規定に利用者のサービス提供諸記録の保存は最低5年間と明記されているが、破棄に関しての規定が明文化されていない。また電磁式記録データの管理についての管理規定も明文化されていないので早急の対応を望む 	

高齢福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-1-(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"> ・利用者が楽しみを持ちながら一日が過ごせる様に、利用者の希望に沿って、個別には散歩をしたり、新聞を読んだり、少人数でバーベキューなどを楽しめる支援を行っている。フロアでは午後に歌体操、カラオケ、ゲームなどを実施している。 ・利用者には日常生活の中での役割として、タオルたたみ、テーブル拭き、食器洗いなどのお手伝いをしてもらっている。 ・利用者各々の希望や要望の把握に努め、利用者一人ひとりが身心に応じた活動を更に一層できる工夫や支援を期待する。 	
A-1-(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"> ・日々の支援場面で会話を心がけ、利用者が思いや希望の表現をしない時は表情や仕草で読み取るようにし支援に活かしている。 ・利用者の担当介護職員は、積極的にコミュニケーションを取るよう努め、話せる機会を作っている。 ・利用者に対する接し方や言葉遣いについて、職員はセルフチェックシートで3ヶ月に1回点検をし、尊厳に配慮していたかの振り返りを行っている。 ・フロアで他の利用者と会話をせず、孤立している利用者はいないかを職員は日常的に注意を払うことを期待する。 	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人は理念・行動規範・倫理規定を定め、生命の尊厳・個人の尊厳・人権の擁護を明確に示して、全職員に周知を図っている。 ・利用者・ご家族は契約時に重要事項説明書で施設の運営方針を説明している。 ・毎月1回事故・人権委員会で身体拘束・虐待防止・人権について話し合い、職員が権利侵害に該当していないか、改善点はあるかなどを協議している。 ・職員は定期的に「不適切ケアチェックシート」で、日々の対応の振り返りを行っている。 ・権利擁護の研修を毎年、本特会議で実施し、高齢者虐待マニュアルを整備し、職員に対して虐待の届け出・報告の手順の周知を図っている。 	

		評価結果
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A-2-(1)-①	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b

(コメント)

- ・2階～4階、各フロアの廊下は広く、中央に食堂が設置され見通しの良い明るい雰囲気となっている。又フロア毎にカラー分けが施されている。
- ・フロアや居室の温度調整に気を配り、着衣・寝具での調整で過ごしやすいよう対応している。
- ・施設としては各フロアに寛いで過ごせる環境作りの思いはあるが、認知症状の収集癖（盗癖）や異食の危険な方がいるため、ほとんど装飾品等が無く殺風景な印象である。壁面にも取られない工夫をして明るい雰囲気作りを期待する。
- ・職員は、フロアや居室等の清掃を行っているが、不十分と捉えている。環境と衛生面に関わるので、清掃に対する見直しや役割分担を検討し快適な空間づくりを期待する。

評価結果

A-3 生活支援

A-3- (1) 利用者の状況に応じた支援

A-3- (1) -① 入浴支援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)

- ・1階フロアに浴室（一般浴・座位浴・リフト浴）が設けられている。脱衣場には手すりが設置されている。
- ・入浴誘導・介助はマンツーマンで行い、なるべく同性介助とし羞恥心に配慮している。
- ・入浴可否の基準は明確にされており、必要に応じて清拭・シャワー浴に変える対応をしている。又入浴拒否の利用者は、入浴時間の変更や職員の変更等で対応をしている。
- ・入浴順は、心身の状況や感染症で配慮している。
- ・今回の利用者アンケートに於いても一部の利用者ではあるが落ち着いてゆったりと入浴できないと不満を感じている方がいる。利用者の入浴習慣は様々であるので個々に寄り添った入浴支援ができる工夫を期待する。

A-3- (1) -② 排泄の支援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)

- ・排泄は基本トイレ利用とし、手すり歩行・手引歩行・車椅子の自走等の見守り支援をしている。
- ・トイレ内の男性小便器には、左右に手すりが設置されている。男女とも大便器は介助バーが設置され、必要に応じ背部にクッションを利用し、安全に排泄ができる工夫をしている。
- ・おむつ交換車には利用者一覧表が用意され、個々に合わせたおむつの種類が記載され、スムーズに交換が出来るように工夫されている。
- ・パットの質を改善、変更した結果、交換回数が減り、職員が他の個別ケアやレクリエーションに時間を作ることができている。
- ・施設では、トイレ掃除の対応が充分でないと捉えており、トイレ掃除に対する方法、手順、人員配置等の見直しや工夫を行うことを望む。

A-3- (1) -③ 移動支援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)

- ・フロア、廊下はゆったりと広いので動線に手すりを設置し、なるべく利用者が自力で歩行や車椅子の自走移動が行えるように見守りや移動支援を行っている。
- ・介護職員は利用者の心身の状況の把握に努め、安全に配慮した移乗・移動の支援を行っている。
- ・利用者にADL（日常生活動作）に変化があれば、サービス担当者会議等で担当介護職員・理学療法士・介護支援専門員が話し合い、支援の見直しを行っている。

A-3- (2) 食生活

A-3- (2) -① 食事をおいしく食べられるよう工夫している。

a

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設ではクックチル方式を採用して厨房で準備し、食事を提供している。 ・主食にパンか米飯を選択出来る日を設けたり、パンの種類を色々と選べる日を定期的に行って食事を楽しめる工夫をしている。 ・管理栄養士が定期的に嗜好調査を行い、なるべく希望に沿う献立に配慮をしている。毎月、手作り昼食や手作りおやつを企画し、利用者に楽しんでもらっている。 ・馴染みの利用者同士が同席できるように配慮したり、フロアに音楽を流すなど、楽しく食べられる雰囲気づくりをしている。 ・テーブルや食前の手指の消毒を行い、衛生に気をつけている。 	
A-3-(2)-②	食事の提供、支援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"> ・安全に食事が出来るよう、心身の状況に合わせ4～5種類の食事形態が設定されている。 ・経口摂取を維持する為の会議を開き、管理栄養士が食事中ミールラウンドをした結果を参考に、多職種（管理栄養士・介護士・歯科衛生士・看護師・介護支援専門員）で食事形態の評価・検討や支援方法等についての検討をしている。 ・以前誤嚥事故があり、応急処置の腹部圧迫法を実施し、救急搬送した事例を参考に支援体制に取り組み、今年5月に救急、救命研修シュミレーションが実施されている。 ・管理栄養士は利用者の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成して利用者にあった食事を提供している。 	
A-3-(2)-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"> ・提携歯科医師が毎週1回、利用者の診察・治療を行い、歯科衛生士が助言・指導を行っている。 ・常勤の歯科衛生士は、口腔ケアの指導を行い、利用者の口腔状態に応じた口腔ケア用品を用意し、管理をしている。 ・歯科衛生士は一人ひとりに応じた「口腔ケア計画」を作成して毎月評価・見直しを行い、月1回の口腔委員会を開いて改善点等を協議している。 ・提携歯科医師による口腔内の健康研修が毎年1回実施され、介護職員の口腔ケア支援の質の向上を目指している。 	
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染・褥瘡委員会が設置されている。又リスク委員会で利用者別に褥瘡の発生状況や対応を共有している。 ・昨年度は、12名（軽度～重度）発生者があったが、治療や介護の過程で、ブレイデンスケール（褥瘡リスクアセスメントスケール）で評価をし、リスクの高い人は写真で比較するなどし、エアーマット・足枕の使用により現在は改善に向かっている。 ・職員が利用者の体の発赤等を発見した時は直ちに看護師に報告し対応の指示を仰ぎ、職員間で情報共有して利用者にとり最良のポジショニング（体の位置）の実施に努めている。 ・栄養面については、管理栄養士を中心に多職種の職員で協議をしている。 ・褥瘡防止の為の指針・マニュアルが整備され、研修は今年度2回（7月・3月）実施を予定している。 	
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A-3-(4)-①	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	—
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・喀痰吸引は看護職員が行い、資格のある介護職員が少なく、介護職員は行っていない。施設では常時、喀痰吸引・経管栄養が必要な利用者を受け入れていない為、非該当とする。 	
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		

A-3-(5)-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（理学療法士）を常勤職員として配置し、利用者一人ひとりの個別機能訓練計画書を作成し、定期的な見直しをしている。 機能訓練指導員の指導・助言を受けた介護職員は毎日、計画に基づき、個別にベット上での関節拘縮予防訓練、タオルたたみなどの生活リハビリ、フロアでの手足体操等の残存機能を保つ介護予防運動を実施し、記録をしている。 	
A-3-(6) 認知症ケア		
A-3-(6)-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"> 利用者に寄り添い傾聴を心がけ、ゆったりとした時間が過ごせるように務めている。日常生活の中で出来る役割（タオルたたみ・食器洗いなど）を持ってもらう支援を行っている。 周辺症状がある時は、危険のないように見守りや観察をし、精神科医に指導・助言を受け、職員は連携を取りながら日々のケアに取り組んでいる。 介護職員は、入職時研修、外部研修の認知症介護実践者研修等を受けて認知症の理解を深めている。 利用者が安心して落ち着ける環境作りは、一人ひとり異なるので個々に応じた更なる工夫を図ることを望む。 	
A-3-(7) 急変時の対応		
A-3-(7)-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 急変時のマニュアル・手順が整備されている。重要事項説明書に手順が明示され、契約時に利用者・家族に説明している。 職員は、オンコールや救急搬送する目安として「チェック表」を参考にしている。 救急救命のシュミレーション研修が毎年、実施されている。 日々利用者の健康確認と健康状態の記録を行い、体調変化に早く気づく為に、顔の表情等利用者の観察をしている。 服薬管理については、ダブルチェックや服用時は名前・顔の確認をして、服薬事故は減少傾向である。 	
A-3-(8) 終末期の対応		
A-3-(8)-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設には看取りの指針が整備され、今年度も看取り研修（ネット配信プログラムによる）が9月に予定されている。 利用者が終末期に入ると医師が家族に病状説明をし、看取りに同意すると看取り担当者会議を開き、対応の手順やケアの説明を行っている。 多床室の利用者は個室や静養室へ転室し、看取り指針に沿って看護やケアを行っている。 看取りを終えるとアンケート（関係職員・家族）を取り、ディスカンファレンスを行い、次回に活かしている。 施設では昨年度（R4年）14名の看取りを行っている。 	
		評価結果
A-4 家族等との連携		
A-4-(1) 家族等との連携		
A-4-(1)-①	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	b

(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・担当介護職員が、毎月定期的に家族へ電話やLINEで利用者の状況を報告し、記録にも残している。 ・サービス計画書更新時や、状態の変化があった時のサービス担当者会議へ家族に参加を依頼し、サービスの説明や要望を聞いている。 ・家族会は現在中止しているが、夏祭りなどの大きな行事には案内状を出している。 ・家族は施設内の利用者の様子を施設ホームページのブログで見ることが出来る。 ・現在、コロナ禍で面会制限中ではあるが、利用者と家族が更につながりがもてるような工夫や取り組みを期待する。
--------	--

評価結果

A-5	サービス提供体制	
-----	----------	--

A-5-	(1) 安定的・継続的なサービス提供体制	
------	----------------------	--

A-5-(1)-①	安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	—
-----------	-------------------------------	---

(コメント)	訪問介護事業所の調査ではないので非該当とする。
--------	-------------------------

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特養 摂津いやし園の利用者・家族等
調査対象者数	50 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）

利用者家族等50名にアンケート用紙を配付し、32通を回収した。回収率は64%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。
- ・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。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。
- ・サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いますか。

○回答の内、満足度80%以上は次の5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。
- ・原則として身体拘束されず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも説明がありますか。
- ・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。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。
- ・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。

以上のように利用者家族等の施設サービスに対する満足度が80%を超えている項目が全27項目のうち13項目であった。また3年近くに及びコロナ禍のため、家族等の施設訪問や利用者との面会が中断しているが、質問内容に対し「無回答」の回答が全回答の約7%、無回答が2名以下の項目が27項目中17項目であった。家族等と施設とのコミュニケーションが良く、家族等の利用者への関心が高いことが伺われる。

○自由意見としては、次のようなものがあつた。

【して欲しい・欲しくないサービス】

- ・通常に対面で面会できるようにして欲しい。
- ・面会になかなか行けないので時々写真などが欲しい。

【施設やサービスにたいする感想や自由意見】

- ・父が気持ちよく過ごしている。
 - ・安心して暮らしている。
 - ・可愛がってもらえている。
- など感謝の言葉、喜びの声が多数あつた。

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