

## 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 城東こすもす苑		
運営法人名称	社会福祉法人 清水福祉会		
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名	施設長 東大輔		
定員（利用人数）	81名（ショートステイ9名を含む）		
事業所所在地	〒536-0016 大阪府大阪市城東区蒲生2丁目2番38号		
電話番号	06 - 6933 - 2002		
FAX番号	06 - 6933 - 2333		
ホームページアドレス	<a href="https://www.seisukai.net/fukushi/kosumosu/">https://www.seisukai.net/fukushi/kosumosu/</a>		
電子メールアドレス	<a href="mailto:cosmos_soudan@seisukai.net">cosmos_soudan@seisukai.net</a>		
事業開始年月日	平成23年9月1日		
職員・従業員数※	正規	56名	非正規 16名
専門職員※	社会福祉士 1名 介護福祉士 41名（内、非正規 6名） 介護支援専門員 1名 柔道整復師 1名 医師 1名（内、非正規 1名） 看護師 6名（内、非正規 2名） 管理栄養士 2名（重複を含む）		
施設・設備の概要※	[居室] 個室81室（各居室トイレ・洗面所完備）		
	[設備等] 食堂・リビング・機能訓練室 9ヶ所、 浴室6ヶ所（個室浴5、機械浴1）、調理室、 医務室、介護職員室、会議室、更衣室2ヶ所、 洗濯室、汚物処理室、介護材料室、宿直室、 事務室、相談室、地域交流センターほか		

※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	2回
前回の受審時期	平成30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】

- 一、 私達は、医療、介護、福祉を通じ地域に貢献する。
- 一、 私達は、多くの方々に愛される施設をめざす。
- 一、 私達は、調和のとれた、豊かな人間性の育成につとめ、誇りと責任を持ち、日々研鑽を重ねる。

### 【職員目標】

- 一、 生活のリズムを大切に、「普段の生活の継続」を重視します。
- 一、 「もう一つの我が家」として、自分ならどのような生活がしたいのかという視点を忘れません。
- 一、 常に「チームケア」を展開し、個人個人のケアを考えていきます。
- 一、 可能な限り、研修の機会を増やし、自己研修も積極的に行います。
- 一、 こすもす苑の職員としての誇りと自覚を忘れず、日々成長していく職員を目指します。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

城東こすもす苑は、全室個室のユニット型特別養護老人ホームであり、城東区で初めてのユニット型施設としてオープンしました。

専門的な知識を携えたスタッフが協働して、ご入居者へ介護・医療の両面からケアを提供できる体制を整えており、心から安心していただける生活空間を提供しています。

ユニットケアでは、職員目標にも掲げているように「普段の生活の継続」、「もう一つの我が家」を意識し、1ユニットが9名という少人数ケアの利点を生かし、個別的なケアに取り組んでいます。

また、施設・法人で人材の育成に取り組み、ラダー制度の導入、無資格者へ初任者研修（専門学校委託）の受講や、介護福祉士受験講座の開校、プリセプター制度の導入、キャリアに合わせた研修などを行っています。

在宅部門として、短期入所生活介護の受入れも行っており、住み慣れた地域で生活が継続できるようにお手伝いをさせていただいています。

これからも、法人の理念にあるように、多くの方々に愛される施設を目指していきます。

## 【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4年7月25日～令和4年12月28日
評価決定年月日	令和4年12月28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 城東こすもす苑（施設）は、社会福祉法人 清水福祉会（法人）が大阪市旭区・城東区・守口市にて運営する11か所の福祉施設の一つで、平成23年9月に、鉄筋コンクリート造6階建てで開設された。施設は、2～6階を入居階として、定員72名からなる特別養護老人ホーム（特養）と定員9名からなるショートステイを運営しており、全室が個室のユニット型（定員9名のユニットを9ユニット配置）で、職員は利用者一人ひとりに合った個別ケアを実践している。特養は満室で、ショートステイも平均8割強の居室が利用されている。同建物の1階には看護師が常駐する医務室等があり、グループの医療法人 清水会との連携で、介護と医療両面から支援体制が整っており、利用者や家族等の安心に繋がっている。

・施設は、複数の鉄道路線が乗り入れる京橋駅から徒歩7分の距離にあり、交通の便が良い。周辺には大型マンションが建ち並んでおり、施設も潇洒なツートンカラーの6階建て玄関に看板と送迎車がなければ、訪問者が高級マンションと見間違え程の施設である。玄関に入った1階ロビーには、事務室のほか広いスペースがあり、地域との交流を目的に地域交流センターとして開放し、コロナ禍以前には毎月「喫茶こすもす」を開設し、近隣の住民の誰でも自由に参加できコーヒー・紅茶を楽しめたが、現在は特養利用者の器具を使っての機能訓練のために利用されている。施設の周辺には桜など季節を感じることができる公園があり、大阪城公園や淀川河川敷にも近く緑の木々や水辺が多いほか、スーパーやショッピングモールも近く、散歩や買物に便利な立地である。

・施設では、昨年着任した施設長のもと新たなステップを踏み出そうとしている。施設長は、利用者一人ひとりが「この施設で暮らせてよかった」と思ってもらえる利用者寄り添った介護が出来る施設を目指し、今後5年かけて一歩一歩着実に改革を進めていきたいとその決意を述べている。具体的には、利用者が在宅時の生活リズムで自由に自分らしく暮らしたいという思いを、施設に入居後ユニットケアの中で実現しようというもので、「地域の中で一番、暮らしの継続ができる高齢者施設」をビジョンに掲げている。職員は、自分たちが施設の強みや課題を再認識し改革を継続するため、利用者本位のユニットケアを推進していく委員会「暮らしを考える会」を立ち上げ、毎月検討を続けている。

### ◆特に評価の高い点

・ビジョンの実現に向け、施設長のリーダーシップのもと全職員が情熱を持ってユニットケアを活かした利用者本位の福祉サービス実現を目指し、必要な改善を継続している。具体的には、全職員が参加したSWOT分析（組織の強み、弱み、機会、脅威の分析）を基に、計測可能な指標や評価可能な具体的内容を含む5ヶ年の中・長期計画とビジョンを策定のうえ、その実現に向け職員の知識と技術を確実にする充実した研修制度や評価手法を確立し実践している。

・福祉サービスの質向上のため、法人本部と施設がそれぞれの役割を分担しながら、効果的な協働を行っている。また、本部での各種会議、外部講師による合同研修や管理職の人事異動等を通じ、グループ各施設間の水平展開が適切に行われている。

・法人が、独自の介護手帳や接遇マナーブックを作成し、標準的なサービス実施方法として機能している。さらに、新入職員をはじめ全職員に介護技術チェックを年3回行い、適切な評価を行っている。

・おむつ外しを戦略目標にあげ、全職員が共有し実践した結果、現在利用者の60～70%が布パンツ使用となっている。

・ケアプランは、一人ひとりの具体的なニーズが明示された優れた内容である。さらに、アセスメントは利用者担当介護員が作成し、モニタリングは、専門職（看護師、機能訓練指導員、ケアマネジャー、管理栄養士）と介護職が別々に行い、それらをケアマネジャーが総合しチームで作る施設サービス計画書となっている。

### ◆改善を求められる点

・業務効率化に向け施設ではICTの活用が進んでいるが、ソフト（C-report）の改良継続（手書き作業とのダブリ解消、職員の閲覧確認など）や浴室での介護ロボット導入に続く働き方改革（ケアに伴う介護者の腰痛等身体的負担の軽減など）の工夫を望む。職員の離職防止にも繋がると考えられる。

・福祉施設としての専門性や設備等を活かした地域貢献が求められている。地域に必要な福祉ニーズを日常の福祉サービスから把握に努め、地域や行政と協働を図った地域交流や貢献を期待する。具体的には、コロナ禍以前に継続していた「喫茶こすもす」や施設の「秋祭り」等をコロナ収束後に再開、高齢者のよろず相談窓口や介護（認知症）相談などが考えられる。

・食事・入浴等についてのケア内容には特段の問題はないが、ユニットケアの利点を活かした仕組み作りを期待する。具体的には、食事は1階厨房で調理を完成し一人ずつ配膳のうえ各ユニットに搬送している。入浴についても6階の浴室（機械浴、個浴、個浴リフト）で全員が入浴する従来型のやり方である。いずれも介護内容に問題はないが、折角のユニットごとにキッチンと浴室（個浴）が設備されているので、ユニットケアの利点を活かし、利用者が今までの暮らしと家庭的な環境が継続できるような取り組みを期待する。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・移り行く日々の中で、理念と職員目標を根幹に取り組み続けていることをしっかりと評価いただきました。

・これからも事業所だけでなく、グループ全体で福祉事業の展開を考えていきます。

・ユニットケアへの取り組みは、一朝一夕でなせるものではありません。これからも職員一同で考えながら進めていきたいと思ひます。

・調査当日の聴き取りや、今回評価いただいた内容を職員一同しっかりと受け止め、ご入居者、職員、地域等にとってより良いサービスを考え続けたいと思ひます。

・コロナ禍で止まっている成長は、ウィズコロナを念頭に新たに考えていきたいと思ひます。

### ◆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"> <li>・法人理念は、ホームページ（HP）、パンフレットや広報誌に掲載することで広く社会にアピールし、運営方針は事業計画に記載している。</li> <li>・法人理念と施設の職員目標を施設玄関ロビーや各フロアに掲げ、否が応でも職員の眼に入るほか、職員携帯のカード両面に記載し、毎週の昼礼やユニットケア推進委員会で唱和するなど周知を徹底している。</li> <li>・利用者や家族等には、入居時に説明するほか年3回発行のグループ広報誌「せいすい」に掲載し、周知を図っている。</li> </ul>	
		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"> <li>・社会福祉事業全体の動向は、法人が厚生労働省通達等で独自に入手するほか、起用しているコンサルティング会社2社を通じてもれなく把握し、理事長・施設長等が出席する会議においてグループの各施設と共有を図っている。</li> <li>・地域の福祉行政の動向と内容についても、同様の手法にて把握に努めている。</li> <li>・毎月開催の法人運営会議において、法人及び各施設の運営状況を共有し、課題を把握し分析している。一方、施設の部署会議（管理職、介護主任・副主任、生活相談員、看護師、ケアマネジャー、管理栄養士等多職種で構成）にて、法人状況の伝達や施設状況の報告を行い、課題の共有と分析を行っている。</li> </ul>	
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"> <li>・施設の現状については、毎年全職員が参加してSWOT分析（組織の強み、弱み、機会、脅威の要因分析を通し、最適を探る経営戦略の策定方法）を行い、改善すべき課題の抽出と具体的改善策について部署会議で検討している。</li> <li>・職員体制は年2回の雇用会議で、財務状況はコンサル会議及び法人運営会議で、設備整備や人材育成は法人と連携し、具体的改善の取り組みを進めている。</li> </ul>	

		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"> <li>・R4年を初年度とする5ヶ年計画を策定し、5年後の施設ビジョン(あるべき姿)「地域で一番、暮らしの継続が実現できる高齢者施設」を明確にしている。</li> <li>・計画は、全職員参加のSWOT分析を踏まえ、BSC(バランススコアカード)の手法を用い、財務・顧客・業務プロセス・学習と成長の4視点から、具体的で計測可能な数値目標と重点施策を設定している。資金収支表も策定されている。</li> <li>・計画は、年度末に部署会議で検討し、コンサル会議を経て見直しをしている。</li> </ul>	
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"> <li>・BSC手法による5年計画の中にR4年の単年度計画が組み込まれており、設定目標に対する3ヶ月毎のアクションプランが具体的に明記されている。</li> <li>・計画は、実現可能な具体的内容で数値目標や成果を設定しており、進捗度や達成度につき誰もが客観的に評価できるものとなっている。</li> <li>・資金収支表も適正に策定されている。</li> </ul>	
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"> <li>・部署単位で職員の意見を集約し、SWOT分析を行い、事業計画(BSC)に反映している。</li> <li>・事業計画は、部署会議にて検討し策定している。計画は、職員が理解しており、個人の目標設定にも活かされている。</li> <li>・計画は年度末に見直しが行われている。</li> </ul>	
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"> <li>・事業計画の主たる内容が、利用者や家族等に周知されている。具体的には、玄関ロビーに、「R4年度 城東こすもす苑 事業計画」と題するカラー刷りでイラストを配したポスターを掲示し、事業計画の目玉である「ユニットケアの取り組み」について、4項目の説明文を誰にでも理解しやすく見やすい大きな文字で記載していることが特筆される。</li> <li>・コロナ禍のため家族等の施設訪問が少なくなっている状況でもあるので、ポスターの縮小版を家族等に郵送するなど一層の工夫を望む。</li> </ul>	
		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護職員に対し、介護技術の評価を徹底することでサービスの質向上を目指している。具体的には、膨大な項目のチェックシートによる自己評価を、各フロア主任等が評価を行うほか、看護部長等による臨時の再評価を実施するなど徹底して介護技術の向上に努めている。</li> <li>・全職員を対象とした施設内の必須研修に加え本部による外部講師の研修で、必要な介護知識の習得と確認を行っている。また、法人の「接遇満足度向上委員会」において接遇における課題発見と改善に向けた取り組みを実施している。</li> <li>・第三者評価を継続的に受審し、サービスの質向上に活かしている。</li> </ul>	

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"> <li>・年2回職員及び利用者・家族等の満足度調査を実施し、調査結果を運営会議で共有し改善策を検討している。</li> <li>・法人の接遇満足度向上委員会において検討された内容を、施設の接遇委員会でも共有し改善に取り組んでいる。</li> <li>・取り組むべき課題は、SWOT分析による抽出を経て事業計画に反映している。</li> </ul>	

## 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"> <li>・管理者（施設長）は、施設の運営に関する方針と取り組みを明確にしており、グループ広報誌「せいすい」のインタビューでユニットケアに対する決意表明を行っている。インタビュー記事は、ロビー等に置き周知を図っている。</li> <li>・入職時に役割基準書（職務分掌）を渡し説明を行い、昇進時には役割基準書と職務権限一覧表を配付し説明を行っている。</li> <li>・職務権限一覧表の緊急事態への対応欄に権限移譲の記載が見られる。</li> </ul>	
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"> <li>・施設長は、法人内研修や外部研修に参加し、施設が遵守すべき法令等について正しい知識の吸収に努めている。</li> <li>・施設長は、必須勉強会に法令遵守を含む研修を組み込み、時には自らが講師となり職員に法令の遵守について周知を図っている。</li> <li>・施設長は、遵守すべき法令等には福祉関連法令のみならず、雇用/労務・環境保全・食品衛生・消費者保護・個人情報保護や交通安全等の幅広い分野に及ぶことを充分認識している。</li> </ul>	
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"> <li>・施設長は、部署会議等6つの会議と「事故防止委員会」等14の委員会を組織し、自らも参加することで熱意と意欲を持って、施設の福祉サービスの質向上に努めている。</li> <li>・施設長は、福祉サービスの質向上のために「接遇マナールールブック」と「清水会グループ介護手帳」を職員に配付し、日常のケアに活かしている。</li> <li>・施設長は、職員の育成のためキャリアパス制度による介護資格の取得や内外研修受講の推奨により、福祉サービスの質向上に取り組んでいる。</li> </ul>	
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"> <li>・施設長は、経営改善や業務効率化のため、法人の運営会議やコンサル会議において、人事や財務の状況を検討し分析している。</li> <li>・施設長が指導力を発揮している取組には、人員配置（外国人や介護助手の採用、周辺業務の要員雇用）、収入拡大（稼働率向上、各種加算獲得）、支出抑制（消耗品・おむつ・水道光熱費など）等があげられる。</li> <li>・施設長は、職員の働きやすい環境整備のため、リフレッシュ休暇の取得推奨、8時間夜勤の導入、保育料の半額補助や時間外勤務の削減等に取り組んでいる。</li> </ul>	

		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"> <li>福祉人材の確保と育成に関する方針ならびに職員配置や人員体制は、雇用会議において継続的に検討している。</li> <li>福祉人材の確保は、外国人職員や地方の高校生を採用するなど幅広くリクルート活動を行っている。外国人職員（現在8名が勤務）へはメンター（先輩職員による相談支援）制度や地方の高校生には施設長が高校に出向いたり、借り上げ社宅を用意するなど人材の確保と定着に向けた取り組みを行っている。</li> </ul>	
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"> <li>職員が年度初めに立てた目標の進捗に対し、考課者が面接を行う人事考課制度を採用しているが、制度のブラッシュアップを継続中である。</li> <li>キャリアパス制度を確立しており、職員が自ら自分の将来の姿を描くことができる設計となっており、総合的な人事管理が行われている。</li> <li>法人・施設が「期待する職員像」については、理念・職員目標や倫理綱領等それぞれバラバラに記載されているが、「期待する職員像」として一つにまとめ、職員教育等に利用されることを期待する。</li> </ul>	
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"> <li>リフレッシュ休暇や時間外勤務（介護職で月2～3時間）等で、職員のライフ・ワーク・バランスに配慮した取り組みを行っている。</li> <li>健康管理面でも、検査結果に異常値が出た場合の再検査の徹底、原則感染症ワクチンの全職員接種を促進、年1回のストレスチェック、人事考課面接でも就業状況のフォローアップや職員の相談窓口（なやまど）の設置等の配慮がある。</li> <li>市の「男女いきいき・元気宣言」事業所登録のほか「女性活躍リーディングカンパニー」の認証取得など、働きやすい職場づくりを推進している。</li> </ul>	
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"> <li>職員一人ひとりの目標設定が半期や通期別に行われ、所属長や役職者との面談を通じ目標の進捗や達成度の確認を行うなど適切に運用されている。</li> <li>キャリアパス制度が職員に浸透し、各等級で求められる能力や資格要件が明示されており、自分の将来の姿が描ける形となっている。</li> <li>「期待する職員像」は、組織によっては専門家の意見を参考に委員会等で時間をかけて検討するなど価値ある作業で、施設でも明確化することを期待する。</li> </ul>	
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"> <li>法人で「教育・研修の基本方針」を定め、法人本部に企画(教育)部署を設置し、法人全体の研修を統括し、研修内容の充実や見直しを行っている。</li> <li>職員のスキルアップとキャリアアップを図るための年間計画を立て、キャリアアップ制度に基づいた新入職員研修・階層別研修・職種別研修が充実している。</li> <li>必要に応じ施設外研修の受講（前年度は18名、今年度は10月迄に14名が受講）、職員講師による内部研修（19講座）のほか、eラーニングによる年間必須研修を全職員が受講している。</li> </ul>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>施設では、介護技術チェック表に基づき職員一人ひとりの知識・技術水準および専門資格の取得状況を把握している。(介護福祉士資格取得者は、41名で全職員の57%)</li> <li>施設では、新任職員等にプリセプター制度を導入し、ベテラン職員によるマンツーマンのOJT研修を必要期間実施している。</li> <li>非常勤職員にも研修資料を提供し、レポートの提出を求めるなど全職員が研修を受講できるよう徹底している。</li> </ul>	
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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>実習生マニュアルを整備し、介護福祉士・社会福祉士を目指す実習生のプログラムを用意している。</li> <li>施設に、実習生指導者研修受講修了者を2名擁している。</li> <li>実習生については、学校側と実習期間中と実習の最後にカンファレンスを持つなど継続的な実習生支援を行っている。</li> </ul>	

		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	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>HPにて法人の理念や決算情報等及び施設の提供する福祉サービス等を掲載しているが、事業報告・事業計画等の情報公開はなく、この点の改善検討を望む。</li> <li>苦情・相談の処理体制や苦情等に対する改善・対応状況は、玄関ロビーや各フロアのインフォメーションに掲示し、利用者や家族等に公表している。</li> <li>グループで広報誌「せいすい」を年3回発行(毎回約6,000部)し、グループ(医療及び社会福祉法人)の活動を紹介している。</li> </ul>		
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	
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>経理規程等を整備し、役割基準書(業務分掌)及び業務推進・経費管理・物品管理等を含む職務権限一覧表を職員に配付し、業務内容と権限・責任等の周知を図っている。</li> <li>外部監査にかかわる委託契約を税理士法人と締結しており、専門家による外部からの指導を受けている。</li> <li>組織図や役割基準書において内部監査組織が確認できない。法人運営の透明性確保のため、経営・運営に関わる法人の内部監査制度及び監査組織の職員への周知を期待する。</li> </ul>		

		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"> <li>・運営の基本方針に、「施設は地域や家庭との結び付を重視した運営を…」とあり、地域とのかかわりについての考え方を明記している。</li> <li>・自治会に加入し回覧板を供覧し、活用できる社会資源や地域情報のチラシ等を玄関ロビーや各フロアに置き、利用者や家族等に提供している。</li> <li>・コロナ禍以前は、1階の地域交流センターを活用し、毎月「喫茶こすもす」を近隣住民に開放したり、毎年施設の秋祭りにも近隣住民の参加を歓迎するなど地域との交流の機会を設けていた。（現在はコロナ禍で一時休止中）</li> </ul>	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティアマニュアルを整備し、受け入れ体制を明文化している。</li> <li>・施設の秋祭り等においては、ボランティア活動の参加を受け入れている。ボランティアとの事前打ち合わせはあるが、受け入れ基準や利用者との交流を図る視点での施設側の準備やリスクマネージメントに改善の余地があり、この点の検討を望む。</li> <li>・学校教育への協力（中学校の職場体験は一時休止、高等学校のインターンシップは今年再開）を行っている。</li> </ul>	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・区の社会福祉施設連絡会に参加し、困難事例の検討等を行っている。</li> <li>・地域の重要な関係諸機関・団体等につき、地区の防災マップを活用して一覧化し、いつでも誰でも活用できるよう準備している。</li> <li>・区役所・消防署・警察のほか緊急搬送の医療機関等については、会議等で繰り返し全職員に周知し、あわてず通報できるよう準備を望む。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・1階の地域交流センターに、毎月「喫茶こすもす」を設け、近隣住民に提供していたが、コロナ禍の現在一時休止している。</li> <li>・災害時における福祉避難所としての協定を区と締結している。</li> <li>・福祉施設の専門性を活かした行事（高齢者の健康に関する講話や認知症介護の相談会など）を開催し、地域住民への参加呼びかけ等を期待する。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月の「喫茶こすもす」で近隣住民との会話を通して地域の福祉ニーズの把握に努めていた。（現在、コロナ禍で一時休止）</li> <li>・区の社会福祉施設連絡会に参加し、地域ニーズの把握を行っている。</li> <li>・把握した地域の福祉ニーズを、施設の専門性や地域交流センターの設備を活かし、地域住民に喜ばれる新たな取組の検討を望む。</li> </ul>	

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"> <li>・利用者を尊重した福祉サービスの実施は、法人の理念や施設の職員目標に明記されており、職員は昼礼における理念等の唱和や理念・職員目標を記載したカードの常時携帯を通し、取り組みを行っている。</li> <li>・施設の「倫理綱領」に沿い、利用者に福祉サービスの提供を行っている。</li> <li>・職員は、利用者の尊重や人権や権利擁護に関わる「倫理/安全管理・ハラスメント・身体拘束・虐待・認知症等」の施設内研修を受講している。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設では、プライバシーマニュアルを整備し、利用者のプライバシーに配慮した福祉サービスの提供に努めている。</li> <li>・居室は、トイレ・洗面所を完備した個室であり、入浴も原則として介助の職員を除き一人で入り、設備・運用の両面でプライバシーに配慮している。</li> <li>・入浴時の脱衣場では、脱衣中や髪を乾かす利用者など3人以上となるケースがあるが、カーテンの利用や個々にバスタオルを使うなど、利用者のプライバシーに対する職員の配慮が見られる。</li> </ul>	
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"> <li>・HPやパンフレット等で施設の情報が分かりやすく紹介されている。</li> <li>・入居希望者には、生活相談員が窓口となり施設見学や案内を行っている。（コロナ禍の現在は、施設内の写真で雰囲気を与えている）</li> <li>・ショートステイによる短期入居体験も可能であることを説明している。</li> </ul>	
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"> <li>・入居時には、重要事項説明書等を用いて利用者や家族等に丁寧に説明を行い、納得を得たうえで契約を交わしている。意思決定が困難な利用者へも、家族等を通じて説明するなど十分な配慮を行っている。</li> <li>・サービスの変更が必要になった場合には、利用者や家族等が理解しやすいように説明等を行い、納得を得たうえで書面で同意を取り付けている。</li> </ul>	
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"> <li>・利用者の施設からの移行（入院・退去）に当たっての対応や担当窓口は、重要事項説明書に明記している。移行等に当たっては、従来のサービス内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮している。</li> <li>・利用者の移行の際には、福祉サービスの継続性に配慮して移行先等への情報の提供を家族の同意を得たうえでやっている。情報は必要に応じて、介護・看護サマリーや栄養サマリーを用意しており、移行先からの質問にも丁寧な回答を心掛けている。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者満足度調査を年2回、食事の嗜好調査を毎月実施している。</li> <li>・居室担当職員が、利用者の意向を聴取している。意向や相談が、即時対応できる時はその場で対応し、内容次第でフロア会議や運営会議での検討が必要な場合には、適切な対応後に利用者等にフィードバックを行っている。</li> <li>・介護支援専門員が、6か月毎のサービス担当者会議の際に、前もって利用者から聴き取りを行い、適切な取組みを実施している。</li> </ul>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法人の第三者委員が2名おり、第三者委員会が年6回開催され、各施設ごとに苦情等が検討され、他施設の事例も共有し議事録は施設内に回覧されている。</li> <li>・苦情解決の仕組みを説明した掲示物が施設に掲示されている。</li> <li>・家族には、契約書や重要事項説明書により周知している。第三者委員の名前・連絡先を明示するのが望ましいとの調査員アドバイスに施設が即改善した。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者の相談は、運営規程等に明記し、施設内にも掲示している。</li> <li>・利用者の相談は、第一義的にはケア担当職員が聞くほか、他の介護職員や他職種職員（看護、事務、生活相談員、介護支援専門員など）がフロア巡回の際に利用者に声掛けをして聞くこともある。</li> <li>・利用者の相談には、居室、各ホールのパーテーションで区切ったスペースや相談室があり、相談や意見表明をしやすい場所の確保を図っている。</li> </ul>	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・施設が行う満足度調査アンケートには質問ごとに意見を聞く欄と、自由記載の意見欄がある。ほかにもサービス計画作成の際やいろいろな機会に利用者意見把握の取組みがある。</li> <li>・その際に要望された意見に対して、迅速で適切な対応がされなかったために、今回の第三者評価の調査アンケートにも再度要望があった。実施できる、できないにかかわらず、相談者が納得できる説明を迅速にする対応を望む。</li> </ul>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「事故防止検討委員会」を毎月開催し安全対策責任者を置き、組織的な体制が整っている。</li> <li>・マニュアルは年1回見直しされ、必須研修で職員に周知している。</li> <li>・事故が発生した場合は、介護職、看護師やケアマネジャーなど専門職も含めたカンファレンスで対応策を検討し、事故報告書を作成のうえ委員会に報告を行い、内容はパソコンで全職員が共有できる。</li> </ul>	

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"> <li>・感染対策委員会は法人主催が月1回あり、各施設から代表が参加し、内容を持ち帰って施設内委員会を開催、議事録を回覧して全職員に周知している。</li> <li>・感染症に係る職員研修は年2回行われているが、勤務の都合で参加できない場合は資料を渡しレポート提出を求めて周知を徹底させている。</li> <li>・コロナ感染者は少数出たが、適切な感染対応策がとられて、クラスターには至っていない。</li> </ul>	
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"> <li>・「事故発生対応マニュアル」で水害、台風、地震、火事に対応している。</li> <li>・BCP（事業継続計画）は、現在作成中である。</li> <li>・備蓄は食品は管理栄養士、その他は施設長が管理者となって整備している。</li> <li>・有事の際に近隣は住宅密集地で福祉避難所になっていることを考えると、多くの人が避難してくることも予想される。そのような非常時に備え、利用者の安否確認の方法と地域との連携を強化することを期待する。</li> </ul>	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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"> <li>・標準的なサービス実施方法として、介護手帳と接遇マナーブックがあり、どちらも利用者の権利擁護の姿勢が明示された実際の優れた内容になっている。</li> <li>・新人研修だけでなく、他の職員も年3回に分けてテストが行われて（介護技術チェック）標準的な実施方法に基づいてサービスが提供されているかを確認している。</li> <li>・まだ、技術が不足していると確認した場合は個々の指導により一定のレベルに全員が達するように指導するシステムが機能している。</li> </ul>	
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"> <li>・介護手帳と接遇マナーブックの見直しは法人本部が毎年行っている</li> <li>・年度初めに各委員会で関係するマニュアルを見直ししている。見直しではコロナ感染対策による変更、利用者や家族からの要望による変更などに対応し、多職種間で検討している。</li> <li>・介護技術チェックテストの内容は法人研修委員会で見直し検討を行っている。</li> </ul>	

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"> <li>・アセスメントは、独自の様式で介護担当職員が作成し、施設ケアマネジャーが責任者として確認している。</li> <li>・アセスメント結果、専門職（医療職、管理栄養士、機能訓練指導員ほか）によるモニタリングと介護職によるモニタリング結果を参考に施設ケアマネジャーが作成している。</li> <li>・施設介護サービス計画書は、一人ひとりの利用者の具体的なニーズが明示された優れた内容になっている。</li> </ul>	
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"> <li>・施設介護サービス作成マニュアルがあり、決められた手順で評価見直しと緊急に変更する対応を行っている。</li> <li>・作成された計画書は、担当フロアには紙で配布しファイルにして、確認しやすいようにしている。介護職員は、パソコン上でも全利用者の計画書を見ることができる。</li> <li>・利用者の意向は直接、家族の意向は、現在は電話で聞く場合が多い。</li> </ul>	

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)

- ・記録は、電子記録を使用している。職員は、携帯端末またはスマートフォンで介護現場で入力する。マニュアルに即した入力方法を研修している。外国人職員もいるため、伝わりやすく漏れない記録を心がけている。
- ・パソコン上の共有フォルダの利用やソフトのメッセージ機能を使い、施設内で情報共有する仕組みがある。
- ・記録は一日の全体の流れがケアプラン全体について書かれており、計画に基づくサービスが実施されているかどうか、外部の者には、すぐには確認しにくい。ケアプランのサービス内容ごとに毎日確認できる書き方の検討を望む。

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。 **a**

(コメント)

- ・利用者の記録の保存管理は、鍵のかかる書庫の中で管理し、5年間の保存としている。その他の文書は、文書規程で管理し期限が切れたものは溶解処理を行い抹消証明書の発行で確認をしている。
- ・電子媒体管理規程は別途定め、責任者を決め管理をしている。パソコンはパスワードを設定し、USBメモリーなどの記録媒体の使用は禁止している。
- ・職員とは、入職時に個人情報の守秘義務について誓約書を交わし、退職後も同様であることを理解している。

# 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"> <li>・「暮らしの継続」を重要課題と捉え、その人の今までの生活を知り、入所後もその人の個性やリズムを尊重した暮らしになることを、支援の基本にしている。</li> <li>・そのことを実現するために「暮らしを考える会」を立ち上げ、多職種間で話し合い5年後の目標達成を目指して取り組みをスタートさせた。</li> <li>・起床、食事、入浴、排泄など一日のリズムは、できるだけ利用者本位になるように支援している。</li> <li>・利用者一人ひとりに応じた過ごし方ができることが、ユニットケアの特徴である。工作などの趣味活動の取り組みを進め、今よりもさらに個々の暮らしが充実することを期待する。</li> </ul>	
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"> <li>・日常のケアの中で、本人の同意を得てから行うことを実践しているので会話の機会は常にある。</li> <li>・接遇の研修は、必須であり接遇委員会が活動し気になるところがあれば、適切に対応している。</li> <li>・職員は、すべての利用者の尊厳に配慮した受容的な優しい対応を心がけ、利用者家族満足度調査では高評価を得ている。</li> <li>・現状で一人ひとりに応じたコミュニケーションは行われているが、それに満足せず会話の不足している人はいないか、利用者の本音が出ているかなどさらに向上を目指すことを望む。</li> </ul>	
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"> <li>・「虐待防止」「身体拘束」「プライバシー」「精神的ケア」のマニュアル、「倫理綱領」が整備され、その他多くの規程、解説書などに権利擁護に関する文言が記載され、職員には必須研修で周知している。</li> <li>・「虐待防止委員会」「身体拘束廃止委員会」が定期開催され、防止と早期発見の場として機能している。</li> <li>・利用者家族には重要事項説明書で説明されるほか、玄関ホールにポスターが張り出されている。</li> <li>・身体拘束、虐待に当たる事例は、近年はない。</li> </ul>	
		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・環境は、清潔で明るい雰囲気保たれている。共有空間の清掃は専門業者が担っているが、職員間に「美化委員会」があり、積極的に環境美化に取り組んでいる。</li> <li>・個室は広く、トイレ、洗面スペースがありプライバシーを尊重した生活ができる。なじみの家具その他が持ち込まれ快適でその人らしく、くつろげる。</li> <li>・独歩や伝い歩きの利用者には動線の工夫があり、時計や掲示物は低く配置され、利用者本位の配慮をしている。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各階に個浴が設置されているが、現在は6階の大浴場を全利用者が使っている。6階浴室には、個浴と機械浴（座浴）があり、個浴には最近新型のリフトを採用し、今まで機械浴だった人が個浴を利用できるようになった例もある。</li> <li>入浴は、フロアからの移動介助と着脱、洗い介助に分かれ、浴場は職員4人が担当し看護師との連絡を密にして、マニュアルに沿った安全で待ち時間の少ない入浴を心がけている。</li> <li>今後の目標に「マンツーマン入浴」をあげている。ユニットケアにふさわしい入浴のシステムが整うことを期待する。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>「排泄のリズムを利用者主体で」を目標にあげ、定期誘導やおむつ交換をやめ、収集したデータをもとに個々に適した声掛けや対応をした結果、現在全利用者の60～70パーセントが布パンツを使用しているという結果が出て、皮膚トラブルと費用の軽減に役立っている。</li> <li>個室内にトイレがあり、さらに「おむつ交換」「トイレ誘導」という言葉を別な言い方にしたり、トートバッグを使用し羞恥心や尊厳に気を付けている。</li> <li>多くの人が布パンツとパッドの併用なので、適するパッドの選定や使い方の習得を専門業者から学習している。</li> </ul>	
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)	<p>利用者の心身の状況、意向を把握し、移動用福祉機器の選定や、移動方法を機能訓練指導員、介護職、看護職、ケアマネジャーなど多職種で検討し適する福祉機器の選定、介助方法の検討と見直しをして、できるだけ自力で移動できるように支援をしている。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>車いすは標準型、リクライニング、自動ブレーキ付き、跳ね上げ付き、介助型を5種類をそろえている。</li> <li>共用空間は広く車いすでも移動しやすく整備し、居室ではその人に合わせて伝い歩きがしやすいように家具の配置を考慮している例もある。</li> </ul>	

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"> <li>食事は、委託業者が厨房で調理し、個人別に配膳したお盆を温冷車で運んで提供している。</li> <li>毎日一日分の献立が紹介された色刷りのプリントが一人ずつに配られている。</li> <li>朝食はパンかおかゆが選べる。昼食は月に1回選択メニュー、年2回バイキングを企画、おやつも月1回好みの種類が選べる。いずれも、絵や写真付きのポスターが各所に貼られておいしそうな雰囲気づくりに役立っている。</li> <li>おいしく食べられる工夫を様々実施しているが、ユニットケアのメリットが生かせる現場での調理による食事提供にも取り組むことを検討している。</li> <li>管理栄養士が月1回フロアに出向き「喫茶こすもす」を開催している。</li> </ul>	

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"> <li>・嚥下能力に合わせた形態を厨房で加工、療養食（糖尿、腎臓、心臓、透析）にも対応している。</li> <li>・食事の前にまずしっかり覚醒していることを確認し、食事時間を2時間を取り、個々のペースに合わせている。できる限り椅子での食事を重視し、利用者の体勢に注意を払っている。</li> <li>・管理栄養士が定期的にユニットを回り、結果を多職種と共有し支援方法を検討している。</li> <li>・食事の事故には必須の研修で学習し職員全員が対応できる。</li> <li>・口腔体操は各フロアに取り組みが任されていて個別に必要なケースに実施されている。管理栄養士や看護師が関係職員と連携し経口維持加算を算定している。</li> </ul>	
A-3-(2)-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"> <li>・全員が年1回歯科検診を受けて口腔状態、嚥下機能のチェックを行っている。週1回歯科医師および衛生士が訪問し治療や口腔ケアを実施している。</li> <li>・月1回歯科衛生士から介護職に指導、助言があり、介護職が利用者に応じた口腔ケアをマニュアルにそって行っている。</li> <li>・一人ひとりに応じた口腔ケア計画書はまだ不十分とのことで、利用者の健康維持のためにも早期の取組を期待する。</li> </ul>	
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"> <li>・看護師が、定期的に全員の皮膚状態の評価を行い、毎月の褥瘡対策委員会ですリスク者にはクッションやマットレスの検討を行いマニュアルに沿った実施方法を介護職に指導している。</li> <li>・管理栄養士は栄養面から対策を考え栄養マネジメントをしている。</li> <li>・入所時に褥瘡があり、皮膚科を受診していた利用者が、適切な処置とケアにより治癒した例がこれまでもある。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「口腔内喀痰吸引・胃ろうによる経管栄養マニュアル」があり、医師の指示書、利用者家族への説明と同意書、また実際の現場では看護師による確認表などがあり、マニュアル通りに実施されている。</li> <li>・施設に喀痰吸入等業務の実地研修ができる環境があり、現在20人以上の有資格者がおり適切なケアを行っている。</li> </ul>	
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"> <li>・機能訓練指導員（柔道整復師）と補助員（介護福祉士）を雇用し、利用者一人ひとりの機能訓練計画書を作成、定期的に見直しを行い機能訓練を行っている。玄関ホールの広いスペースで行われる歩行訓練などは利用者にとって非日常的体験で気分転換にもなり、機能訓練の効果がより上がると考えられる。</li> <li>・日々の生活の中では専門職の助言、指導を受けた介護職が日常動作の中で生活リハビリを意図的に介護予防になるように実践している。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者一人ひとりの日常生活機能や認知症の症状を記録し、システムにより職員間で共有し個々に合わせた対応を分析、検討、対応している。</li> <li>・認知症ケア研修は必須研修であり、職員全員が受講し職員は支持的、受容的なかわり方を学習し実践している。施設は、認知症実践者研修、基礎研修、リーダー研修の受講を積極的に勧めている。</li> <li>・利用者に認知症特有の症状が見られて問題になる場合は、法人内病院の精神科に受診し、関係者が連携して症状の改善に向けて支援している。</li> </ul>	
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"> <li>・緊急時の対応は昼、夜用の対応マニュアルに沿って、介護職、看護職、医療機関の連携体制が確立している。</li> <li>・医療的ケア研修は必須研修項目であり全職員が受講し、高齢者の病気や薬のことを学習している。また看護職や先輩介護職からOJTで体調変化時の対応を学んでいる。</li> <li>・薬の管理については看護職が責任を持ち、介護職が利用者の名前、薬の数量、服薬時間を声を出して確認し、服薬が間違いのないように気を付けている。</li> </ul>	
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"> <li>・毎年2桁の件数の看取り介護を実践しており、看取りマニュアル、指針により方針と手順を明らかにしている。</li> <li>・職員に終末期に関する研修を必須で行っており、OJTも含めて職員の精神的ケアにも配慮した内容になっている。</li> <li>・家族にはわかりやすいパンフレットを用意し、状態の変化には連絡を密にとっている。コロナ禍による面会制限下も看取り期においては家族の面会ができるように配慮している。</li> </ul>	
		<b>評価結果</b>
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"> <li>・家族への個々の連絡は現在は主に電話を使っている。</li> <li>・定期的に利用者家族アンケートを行い利用者満足度を調査しており、各項目ごとにご意見欄がつけられている。</li> <li>・月々の様子をブログで発信しており、各種SMS、ホームページで見ることができる</li> <li>・この度の第三者評価事前アンケートから家族とは適切な対応をし、大多数の家族から高い満足を得ていることが確認できたが、一部の家族から信頼関係が不足している例が見られたので更なる信頼関係の構築に努めることを期待する。</li> </ul>	

## 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 城東こすもす苑の利用者・家族等
調査対象者数	利用者人数 72名
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。利用者家族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たうえて、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72名にアンケート用紙を配付し、29通を回収した。回収率は 40.3%であった。

- 回答の内、満足度90%以上は次の4項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）
- ・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。
  - ・サービスを受けることにより、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せんか。
- 回答の内、満足度80%以上は、次の4項目であった。
- ・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。
  - ・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。
  - ・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。
- 回答の内、満足度70%以上は、次の4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。
  - ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
  - ・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り、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。
- 回答の内、満足度60%以上は、次の2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。
  - ・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。

注）質問内容に対し、家族が回答しているため分からないなどとする項目が多く（無回答が20%超を占める項目が14あり）、満足度が全般に低く表現されているきらいがある。

○自由意見としては、次のようなものがあつた。一部を抜粋して次に記載する。

【して欲しい・欲しくないサービス等】

・電話・FAXなどによる連絡手段ではなく、メール等による連絡を望みます。電話を受けると何かあつたかと驚きます。急ぎでない連絡もメール・SNSでお願いします。・コロナ禍ですが、声掛け・会話、いずれは外出もお願いしたい。・一度も部屋に入った事が無く、面会は立会いのため、2人だけの会話ができず本心が分かりません。徐々の改善をおねがいします。・利用者ではないので無回答箇所がほとんどです。施設には良く介護して頂き、要望等はありません。・ホームページ等で施設の情報を発信して欲しい。

【施設やサービスに対する感想・自由意見等】

・いつも優しく丁寧に対応して頂いて感謝で一杯です（同様の感想多数あり）・施設は非常に正直にそんなことまで言うぐらい話してくれます。責任転嫁せず素晴らしことです。・必要な物の連絡は電話でなくデジタルツールでお願いします。・いつも何かあると直ぐに連絡頂き、状態・状況をきちんと伝えてもらっています。本人に会えずどう対処していいのか分かりませんが、適切に対応して頂けて本当に有難うございます。 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