

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	特別養護老人ホーム 光明荘	
運営法人名称	社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	行松 英明（理事長） 伊藤 泉（施設長）	
定員（利用人数）	140 名 ★ショートステイ20名含む	
事業所所在地	〒 594-0031 大阪府和泉市伏屋町三丁目8番1号	
電話番号	0725 - 56 - 1882	
FAX番号	0725 - 50 - 2212	
ホームページアドレス	http://komyoso.jp/	
電子メールアドレス		
事業開始年月日	昭和 55 年 3 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 44 名	非正規 78 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士40名、 介護支援専門員3名、作業療法士1名、医師5名、 看護師9名、管理栄養士1名、 あん摩マッサージ指圧師1名、 介護職員初任者研修修了12名、ヘルパー2級18名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室8室、二人部屋2室、四人部屋32室	
	[設備等] 食堂5、浴室2、調理室1、更衣室3、医務室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	2 回
前回の受審時期	平成 26 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】

■法人経営理念

利用者の意思及び人格を尊重し、その尊厳を守るとともに、自立支援に向けた質の高いサービスの提供を通じて、活力ある高齢社会及び人権が尊重される社会の実現に寄与することを経営の理念とする。

■実践的理念

私たちは、ご利用者への支援を第一に、「よりそう想い つながる心」の精神のもとで、ご家族、地域社会とのつながりを大切に、活力のある高齢社会及び人権が尊重される社会の実現に寄与します。

■光明荘 経営理念

「利用者の尊厳を守る」ことと「自立支援」を経営理念としています。
 私たちは、ふれ愛・ささえ愛の「心」とプロの技術で、やすらぎとうるおいのある高品質なケアを提供します。
 地域の皆さまが必要とする時に必要なサービスを提供できる施設でありたいと願っています。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①お一人おひとりの介護度やニーズに合わせたケアの提供を図る為、従来型ではあるもグループケアを行っています。各グループごとに特色があり、ご利用者様と職員が密に関係性が持てるように工夫しています。その中でも利用者様が住み慣れた環境で最期まで過ごしてもらう「看取りケア」を各専門職が連携し、取り組みます。

②短期入所生活介護では、個別機能訓練加算の算定を行っております。在宅生活の継続を図るため、専属の機能訓練指導員が個々の在宅生活でのニーズを把握し、1人ひとりに合ったリハビリ計画を作成し、取り組みます。機能訓練維持だけではなく、認知症予防や利用者様の趣味を活かしたリハビリプログラムを実施しています。

③年間を通して、利用者様に楽しい生活を送って頂けるように行事の充実を図っております。近くのスーパーマーケットへの買い物ツアー、季節に合わせた室内行事（夏祭り、敬老祝賀会、クリスマス会等）、利用者様と職員と一緒に楽しみながら食事を楽しむ「光明荘居酒屋」の開催をしております。

【評価機関情報】

第 三 者 評 価 機 関 名	大阪府社会福祉協議会
大 阪 府 認 証 番 号	270002
評 価 実 施 期 間	平成30年3月8日～平成30年6月1日
評 価 決 定 年 月 日	平成30年6月1日
評価調査者（役割）	0701A065（運営管理委員） 0401A128（専門職委員） 1601A046（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光明荘は昭和55年に開設され、泉北高速鉄道「光明池駅」から約800メートルほどに位置し、高層の住宅街や商業施設もあり、生活環境が整っています。また堺市と隣接しています。

経営理念として、「利用者の尊厳を守る」「自立支援」を掲げ、ふれあい・ささえ愛の「心」とプロの技術でやすらぎとおいのある高品質のケアを提供、また地域の皆様が必要とする時に必要なサービスの提供ができる施設を目指しています。施設サービス、在宅サービス、和泉市委託事業、光明荘診療所等を通して地域の福祉事業に施設長はじめすべての職員が貢献しています。

建物は大部分が平屋（一部2階建て）となっています。居室を棟に分けてグループ単位でのケアを実施しています。エントランス、廊下が広く、各所に中庭を囲むように居室があり、居室から季節の風景が楽しめ、利用者に季節感と安らぎを与えています。

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

◆特に評価の高い点

■安心・安全な福祉サービスの提供を目的とした、リスクマネジメント体制

安全管理委員会は、同一法人が運営する施設間で共通する取り組みで、施設単体での委員会を設置して、事故防止、安全管理を行っています。

■機能維持、継続のための仕組み・取り組み

機能維持、継続のための仕組み・取り組みは、入所時よりアセスメント→ケアプラン策定→モニタリング→24時間シート→ケアプランチェック表による確認等、一連の流れの中で利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成しています。機能維持の継続のため、一人ひとりを支援する仕組みとして、施設管理医師のもと、精神科医、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、栄養士等が連携を取り、機能訓練や介護予防を実施しています。

■食事をおいしく食べられるような献立の工夫と、栄養マネジメントの実施

嗜好調査や利用者の食事状況等の意見を聞き、献立に反映させています。なかでも、毎月1回、利用者の前で揚げ物やお好み焼き等を提供したり、全国の郷土料理を提供する等献立に変化をもたせています。また、行事食を計画し、季節に合った旬のものを献立に取り入れています。誕生日には松花堂弁当を提供するなど、取り組みに工夫が見られます。利用者ごとに栄養状態が把握され、栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画が立案されています。低リスク者は3か月毎、中リスク者は1か月毎、高リスク者は2週間毎にモニタリングを行う仕組みがあり、栄養委員会で検討・評価しています。

◆改善を求められる点

■マニュアル類の管理

マニュアルが作成され見直しが行われていますが、類似した内容で複数存在します。また、見直しの記録のある物、無い物とが混在しています。見直しの時期、担当者を明確にして整備することが望まれます。

■災害時の備蓄の管理

備蓄一覧表の様式があり、避難訓練時に点検、確認していますが、備蓄倉庫の収納整理とともに、リストと保管場所を担当者が一体的に管理する仕組みが望まれます。また食品備蓄数についても利用者3日分になっており、職員の人数分の備蓄も行うことが望まれます。

■インフルエンザ流行時の徹底した対策

施設として利用者や職員のインフルエンザ予防接種補助を行い、予防接種は実施されていましたが、平成30年1月から2月にかけて利用者・職員のインフルエンザ発生があり、保健所の指導を受け対応しました。この間は1日2回感染症会議を実施する等、インフルエンザ収束に向け対応しましたが、22名が罹患しました。今後、感染症予防・対策に向けて保健所等の感染予防についての情報を活用し、早期に対応することが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価機関の評価を受けた内容については、受審日より軽微な点から改善を実施しております。3月下旬に受審し、4月に新年度を迎えたことを機に、施設内で話し合い、改善策を作成しました。

まず、研修制度において職員ひとりひとりのスキルや目標に合わせた計画の作成とアドバイザーによる研修受講の進捗管理、受講できなかった職員への伝達研修ならびにその記録の管理を実施します。この研修計画の予備的な作業として、ご指摘のあったマニュアルの一本化を進めてまいります。なかでも、感染症対応については今年度の感染症委員会の重点課題として、一貫したマニュアル・手順書を作成して蔓延予防に努めます。

また、災害時の備蓄品に関しては、利用者及び職員ならびに地域住民（福祉避難所）を含めて2.5日分となるよう整備しております。

今後も、入居者の安心・安楽な住まいであり、地域住民に開かれた施設を目指してまいります。

◆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)	■理念、基本方針はパンフレット、広報誌、ホームページ等に記載されています。 ■経営会議で毎回実践的理念を確認しています。 ■毎日の朝礼で参加職員が全員で唱和して周知を図っています。（月：実践的理念、火：職員倫理綱領、水：虐待防止、木：職員行動指針） ■理念や基本方針は家族交流会で説明をしています。	

		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に対応している。		
Ⅰ-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	b
(コメント)	■法人経営戦略会議（2か月に1回、副施設長参加）、法人施設長会議（毎月、施設長参加）、経営会議（毎月、施設の幹部職員参加）で、社会福祉の動向について検討協議され、コスト分析、利用率の分析などが行われています。 ■和泉市福祉まちづくり委員会、和泉市特養連絡会などには出席して地域との連携は図れていますが、地域の各種福祉計画の動向、把握については、今後、積極的にデータ等を取得して分析していくことが望まれます。	
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	b
(コメント)	■事業計画と事業報告書に、経営課題や人材育成などの具体的な問題点が明確に書かれています。 ■経営課題の具体的な取り組みは、経営戦略会議、施設長会議、経営会議などで協議され、具体的な取り組みが進められています。 ■職員の周知方法は紙媒体を中心に行われていますが、施設の規模が大きいので全職員への周知が難しくなっています。何らかの工夫と改善が望まれます。	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
(コメント)	■中長期計画は目標を明確にし、経営課題などの具体的な取り組みが明記されています。 ■中長期計画は2、3年毎に見直しが行われています。 ■具体的な数値目標の設定が不足していますので、改善することが望めます。 ■具体的な項目に基づく中長期の収支計画の策定が望めます。	
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
(コメント)	■単年度の事業計画が簡潔すぎて中長期計画との具体的な関連が薄いので、今後は中長期計画に基づく具体的でわかりやすい単年度の事業計画の作成が望めます。 ■単年度計画に行事計画なども組み込み、職員の具体的な行動の根拠となるような計画への改善が望めます。 ■単年度の事業計画に具体的な数値目標や、達成目標などを設定することが望めます。	
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)	■事業計画は手順に基づき、毎年11月には次年度の事業計画作成の書式が法人から配付され、関係職員の協議の上で作成されています。 ■単年度の事業計画の見直しを、年度途中においても行うことが望めます。 ■事業計画を職員に周知する仕組みを構築して、全職員に理解してもらえるような工夫が望めます。	
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)	■事業計画は家族交流会などで説明し周知されています。 ■利用者、家族に対するわかりやすい事業計画の説明資料などの作成や説明方法の工夫が望めます。	

		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の認証を取得し、PDCAサイクルにもとづくサービスの質の向上に取り組んでいます。 ■自己評価を年1回実施しています。第三者評価も定期的に受審しています。 ■利用者満足度会議などを通して組織的にサービスの質の向上に向けて取り組んでいます。	

I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取り組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	b
(コメント)	■法人本部による内部監査が毎年行われており、改善事項が指摘され、改善計画が立てられています。 ■ISO9001の認証の取得過程で内部の改善事項が明確になり、改善に向けた取り組みが行われています。 ■職員間での課題の共有化、職員参画のもとでの改善策の策定の仕組みについては不十分な面が見られますので、工夫することが望まれます。	

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)	■週1回のミーティングで管理者が出勤者に対して、課題や取り組みについて発信しています。 ■管理者は広報誌に役割と責任について記載して発信していますが、年2回だけなので広報誌の発行回数を増やすと共に管理者の発信回数も増やすことが望まれます。 ■災害時のマニュアルにおける不在時の権限委譲についての明記が曖昧なので、改善することが望まれます。	
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)	■管理者は法令遵守に関する研修に参加しています。 ■環境への配慮などの幅広い分野についての法令遵守についても取り組みを強化することが望まれます。 ■職員に対するコンプライアンスの周知と徹底について、改善と工夫を行うことが望まれます。	
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。	b
(コメント)	■各種会議の中で管理者は福祉サービスの質に関する課題を提起して改善を図っています。 ■福祉サービスの質の向上について、積極的に外部研修に参加させるなど、職員の資質向上に対して支援しています。 ■職員の意見の反映、職員研修の充実などでは、周知のシステムが不十分なので、それらを改善することが望まれます。	
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)	■管理者は経営の改善や業務の実効性の向上に向けて、分析や環境整備などを行っています。 ■管理者は衛生委員会で職場環境の改善、環境の整備などに具体的に取り組んでいます。 ■職員が経営改善や業務の実効性を高めるための意識を持ち、具体的に動けるような取り組みを行うことが望まれます。	

		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。	b
(コメント)	■人材確保と育成に関する方針が樹立されており、具体的な計画にもとづき人事管理が行われています。 ■職員の定着率も高く、働きやすい職場になっています。 ■職員採用は法人単位で行っており、効果的な人材確保がなされています。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	■法人単位で人事考課のシステムが整備されています。 ■職員満足度アンケートを年1回実施して、職員の意向を聞きながら効果的な人材配置を行っています。 ■「私プログラム」（目標管理シート）等を通して、職員は自らの望みを叶えていけるような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組んでいる。	a
(コメント)	■衛生委員会、産業医への相談などで、職員の個別のメンタルヘルスの対応を行っています。 ■「三丁目の放課後」（年6回の会議を開くことで、職員の孤独化を防ぎ、職員間の関係性を深める。風通しの良い職場環境作り）という取り組みの中で、職員の色々な悩みを聞くシステムができています。 ■福利厚生として大阪市内にあるテーマパーク、ナイトクルーズに行ったり、釣りやソフトボールのサークルへの助成なども行っています。	
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)	■人事考課の面接、「私プログラム」の活動などを通して、職員は一人ひとりの目標を設定しながら、達成度が確認できる仕組みができています。 ■法人単位で人事考課のシステムが整備されており、職員の育成に向けた積極的な取り組みがなされています。	
Ⅱ-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
(コメント)	■事業計画の中に職員研修に関する基本的な考えが明記されています。 ■研修委員会が定期的（2か月に1回）に開かれています。研修計画の見直しと評価については十分にできていない状況なので、今後の改善が望まれます。	
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
(コメント)	■新任職員、非常勤職員にはOJTを行う中でフォローアップをしています。 ■外部研修に関する情報は、各部署に紙媒体で回覧したり、パソコンを使って周知しています。 ■重要な研修は、同じ内容の研修を数回実施して参加者を増やすことで周知しています。 ■今後は、これらの研修の仕組みを充実させて、一人ひとりに適切な研修がなされることが望まれます。	

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)	■実習指導者マニュアルの中に実習に関する基本姿勢が明記されています。 ■介護福祉士、社会福祉士などを目指す学生の受け入れを積極的に行い、それぞれに配慮したプログラムを用意しています。（平成27年度実績 介護福祉士養成：17人201日、社会福祉士養成：10人162日、その他）	

		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)	■ホームページに個別施設の予算と決算（財務状況）の情報を載せるなど、積極的な情報公開を進めることが望めます。 ■広報誌「新風」を作成していますが、年2回の発行になっているので、もう少し回数を増やして広報（情報公開）をしていくことが望めます。	
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)	■法人による内部監査を年1回実施しており、事務、経理、取引などを定期的に確認し、改善事項も指摘しています。 ■公認会計士による外部監査も実施されています。 ■透明性の高い適切な運営を充実させるためには、情報公開の徹底と周知のシステムの構築が望めます。	

		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)	■地域の盆踊りなどに施設が参加するなど、地域との交流を図っています。 ■地域との交流のために、伏屋町カフェ（老人会への参加）、三丁目のカフェ（施設内部の実施）などを実施しています。 ■近くのスーパーに定期的（3か月に1回）に4～5人ずつ買い物に出かけていますが、今後は個別の利用者のニーズに合わせて実施することが望めます。	
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)	■ボランティアはクラブ活動など10個のグループに参加しています。（平成27年度実績 実人数90人、総数705人） ■ボランティア交流会を年1回（毎年2月から3月、約20名の参加）実施していますが、今後はボランティアに対する研修や支援の充実が望めます。	

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)	■各種関係機関の一覧表が作成されています。 ■社会資源の必要性などの認識を、職員間で共有化することが望まれます。 ■和泉市福祉まちづくり委員会に参加して地域との連携を深めていますが、今後は施設側で地域連携の総合的な取り組みを行うことが望まれます。	

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。	b
(コメント)	■和泉市福祉まちづくり委員会（和泉市社協、老人クラブ、町会連合会、医師会、桃山学院大学などで構成）に参加して、地域の活性化に貢献しています。 ■施設で行っている三丁目カフェ（毎回参加者が約20人）、地域の老人会主催の伏屋町カフェ（スタッフが毎回4人参加）等を行うことで、施設の機能の還元を行っています。 ■住民が自由に参加できる多様な支援活動を行うことが望まれます。	
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)	■伏屋町カフェ、三丁目カフェ等の認知症カフェを実施しています。 ■地域との各種会議に参加して連携を深めています。 ■エリア別地域ケア会議などに参加することで、地域の福祉ニーズを把握した対応を実施しています。 ■福祉有償運送を実施して、地域の福祉ニーズにえています。	

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。	b
(コメント)	■利用者を尊重したサービス提供について、理念として明示し、標準的な実施方法にも反映させています。 ■利用者の尊重など基本的人権への配慮について施設内研修が行われています。研修についての理解度把握のため、アンケートを実施しています。 ■研修に職員が参加したか、または伝達研修を受けたかの把握について、研修に参加すべき氏名一覧を記載した計画表的なものを作成し、参加か伝達研修を行ったかをチェックするなど確認の仕組みが望まれます。	
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)	■プライバシー保護、虐待防止等について施設内研修を実施しています。また、外部研修にも参加しています。施設内研修への参加について、対象となる人員数が分かりづらいため、対象となる氏名と人員数を明確にし、対象となる職員全てに伝わったかを確認できる仕組みが望まれます。 ■要領・マニュアルに基づいた福祉サービスの実施状況の確認や、不適切な事案が発生した時の対応について、OJT等で周知や指導をしています。明確な仕組みが望まれます。	
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)	■ホームページに施設概要、施設内の様子が分かりやすく紹介され、パンフレットとともに適宜見直しています。 ■パンフレットは写真等を活用するなど誰でも分かりやすく、見やすいものとなっています。 ■利用希望者等へはパンフレット等を活用して個別に丁寧な説明がなされ、記録として残されています。体験についてはショートステイで対応しています。	
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)	■サービス開始・変更時には、本人・家族等へ丁寧に説明を行い、同意を得ています。また利用料金など制度の変更時にも説明し同意を得ています。いずれも書面として残しています。 ■意思決定が困難な利用者については、入所時、福祉サービス計画書の変更時に家族等へ説明しています。	
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。	b
(コメント)	■利用者が退所する時の対応は、福祉サービスの継続性に配慮し以後の担当者についても口答で説明を行っています。今後は、対応手順や引継文書ならびに、利用者・家族等に退所後の相談方法や担当者を記載した文書などを作成し、手交することが望まれます。	

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)	■利用者満足度調査は、毎年1回行われています。改善に向けた検討は、利用者満足度会議で行われています。 ■利用者満足度の個別面接は、モニタリング時やサービス担当者会議等で行われていますが、今後は利用者等の参画した懇談会開催の検討が望まれます。 ■家族交流会が開催され、家族同士の交流の場が設けられていますが、満足度についても議題の一つとして取り上げ、意見交換ができる交流会にすることが望まれます。	
Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(4)-①	苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。	b
(コメント)	■苦情解決の体制が整備され、責任者、受付担当者、第三者委員2名が明確になっています。また第三者委員の名前、連絡先は重要事項説明書に明記され、施設内掲示版に掲示しています。 ■苦情を申し出やすい工夫として意見箱を設置していますが、事務所前カウンターに設置されており、意見箱が事務所職員から見える状況になっています。職員の視線が届かない場所の選定が望まれます。 ■苦情の公表は、広報誌でしていますが、発行回数（年2回）からみて、施設内での掲示やインターネットの活用等の工夫が望まれます。	
Ⅲ-1-(4)-②	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。	b
(コメント)	■重要事項説明書に相談・意見の申出先として複数の相手と連絡先が明示されています。また施設内の掲示版に同様の内容が掲示され、意見箱も設置しています。 ■相談や意見を述べやすい環境として、相談ルームがあります。事務所前カウンターに設置されている意見箱の位置について、職員の視線が届かない場所の選定が望まれます。 ■苦情や意見の申出先が記載された文書を施設内掲示版に掲示していますが、掲示版の前に備品が置かれており、目線を遮る状況になっています。改善が望まれます。	
Ⅲ-1-(4)-③	利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
(コメント)	■相談・意見の対応に関するマニュアルがあり、申出に対する記録もファイリングされています。 ■福祉サービスの質の向上に向けて、相談・意見の内容の分析と対策を行う会議体が存在し、迅速に対応し、福祉サービス向上への取り組みがなされています。 ■把握した相談・意見の検討に時間がかかる場合は連絡をしています。 ■対応するマニュアルが複数存在し、見直しの確認が取れないものもありました。マニュアルの整理・統一が望まれます。	
Ⅲ-1-(5) 安心・安全な福祉サービスの提供のための組織的な取組が行われている。		
Ⅲ-1-(5)-①	安心・安全な福祉サービスの提供を目的とするリスクマネジメント体制が構築されている。	a
(コメント)	■リスクマネジメントの取り組みに関するマニュアルを策定しています。 ■安全管理委員会を毎月開催し、事故発生の対応、ヒヤリ・ハットの分析と対策の検討を行い、職員に結果を周知しています。 ■事故防止策の実施状況、実効性の評価・見直しは、安全管理委員会にて定期的に行われています。	

Ⅲ-1-(5)-②	感染症の予防や発生時における利用者の安全確保のための体制を整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	■感染症、食中毒の対応についての要領・マニュアルが策定され、管理体制を明確にしています。 ■感染症対策委員会を毎月開催し、発症予防に努め、発生した場合はまん延防止に取り組んでいます。 ■感染症対応マニュアルが複数存在しています。周知や見直しの確実性を高めるためにも整理することが望めます。 ■家族等の面会時の対応について、受付後に面会者が来たことを担当職員に伝える連携の工夫が望めます。	
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)	■災害時対応マニュアル、光明荘地震対策マニュアルが策定され、職員の連絡網が整備されています。 ■立地条件等による災害についての把握や対策は、経営会議、安全管理委員会で検討する仕組みができています。 ■法人が運営する施設間で総合防災訓練が実施され、連絡体制等の訓練が行われ、施設としては避難訓練を消防署と連携して実施しています。 ■災害発生時に利用者全員が避難したかの確認を複数の職員で行う場合、確認が二度手間にならない仕組みの検討が望めます。 ■食料、消耗品の備蓄について、リストが策定され管理を行っていますが、リスト一覧と保管されている場所を明示した物の2種類が存在します。統一し、管理、点検することが望めます。 ■職員に備蓄の場所の周知徹底が望めます。また備蓄数は利用者3日分となっていますが、職員分も備蓄することが望めます。	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	b
(コメント)	■個人情報の開示を行った事例がありますが、個人情報取扱いマニュアルに沿っていない開示手続きとなっています。適正な開示の手続きが望めます。	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	b
(コメント)	■「大阪府指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等の入所選考指針」に基づき、入所選考委員会を月1回開催しています。入所判定は点数化し、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にしています。また、入所申し込みの際に利用者・家族に入所選考指針を基に説明しています。特例として、地域の身寄りが薄い、独居の方等は地域性も考慮し、入所を決定することがあります。 ■入所選考委員は施設長、副施設長、相談科長、介護科長、施設ケアマネジャー、特養介護職員と第三者委員（外部委員：2名）で構成されています。	

		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)	■標準的な実施方法として、入浴、排泄、食事などのマニュアルが策定され、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢が明示されています。 ■標準的な実施方法に基づいて実施しているかの確認方法について、チェックリストで確認がなされています。 ■標準的な実施方法が文書化されていますが、類似した内容で複数存在します。統一が望まれます。	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
(コメント)	■ヒアリングにより、標準的な実施方法の検証・見直しが行われていることは確認できましたが、見直しの時期や方法についての仕組みの構築が望まれます。 ■標準的な実施方法の検証・見直しをする際に、個別的な福祉サービス実施計画の内容を反映させる仕組みは確認できました。今後、利用者等からの意見や提案を反映させる仕組みの検討が望まれます。	
Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	a
(コメント)	■ケアプラン策定の責任者を設置しています。ケアプランには、アセスメント、サービス担当者会議等を通じて利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示され、利用者・家族等の同意を得ています。 ■ケアプランに基づきサービスが実施されているかの確認は、日々のサービス記録、モニタリング、アセスメント、ケアプランチェック表等により施設ケアマネジャーが行い、把握しています。 ■支援困難な事例に対して、サービス担当者会議など部門間を横断した協議を行い、より良いサービス提供に向けた取り組みが行われています。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	■ケアプランの見直しについて、「ケアプランマニュアル」に時期、検討会議参加職員、利用者の意向把握の方法等が明示されています。また、職員への周知方法も決められています。 ■ケアプランを緊急に変更した場合、ケアプランの変更部分にマーキングを行い、また、申し送りノートに記載するなどして周知していますが、職員が確認したかどうかは不明です。変更された内容が担当職員に伝わったかを確認する仕組みが望まれます。	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	■入所時は暫定計画を立案し、1か月後に再アセスメント、モニタリングを行い、本プランを策定しています。本プラン策定後は、日々の実践状況をケアプランチェック表に記録しています。検討・見直しは入所時、1か月後にサービス担当者会議で評価しています。以後、6か月後もしくは変更時に行う体制が整備されています。 ■ケアプラン作成にあたり、利用者・家族の意向を捉え、介護職員・施設ケアマネジャー・看護職員・機能訓練指導員・管理栄養士・医師・生活相談員等の意見やアドバイスを受けています。また、月2回認知症専門医の診察や職員が相談できる仕組みを整備しています。 ■ケアプランはサービス担当者会議で検討・見直しが行われ、全ての職種で共有され、実践状況を支援記録に記載しています。	

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)	■パソコンで情報を記録するシステムを活用し、職員は記録を閲覧することができます。 ■筆記による記録も行われており、統一した様式が使われています。 ■記録の書き方に差異が出ないように、研修やOJTで指導、また「記録用語集」も活用しています。 ■必要な情報が電子メールでフロア毎に届く仕組みがあります。また申し送りノートでの伝達が行われていますが、チェック漏れなどがあり、確実に情報が職員に届いたかを確認する仕組みが望まれます。	
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)	■個人情報保護規程、文書規程に記録の保管、保存、廃棄、漏洩対策に関する事項が決められています。 ■個人情報保護の観点からの研修は行われていますが、職員が理解しているかを確認する仕組みが望まれます。 ■開示について家族、利用者に行えることを説明していますが、開示請求する手続きに関する説明が望まれます。	
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)	■過去1年以上、身体拘束は行われていません。 ■身体拘束ゼロ宣言がなされ、身体拘束廃止委員会を毎月開催し、職員への研修も行っています。また、外部研修へも参加しています。 ■設備面では、滑り止めシートの活用、徘徊の傾向が強い利用者を対象としたフロアを設定し、居室内からフロア全体に安心・安全に行動できるように配慮した対応をとっています。	
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)	■金銭管理要綱、預り金管理規定に基づき、希望に応じて管理できる体制があります。 ■預り金の収支状況を管理者が定期的に点検し、月毎の利用料金請求時に残高報告書を家族等へ送付しています。 ■預り金の払い出し時には、受領書で利用者に金額の確認印を貰っています。 ■自己管理可能な利用者のための保管場所として、施設提供のタンスに施錠できる引き出しがあり、家族等と利用者へ説明が行われ、自己責任として保管ができる状況です。	
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)	■寝たきり防止対策はサービス担当者会議で離床計画が立案され、ケアプランに反映させ、3か月毎に検討・評価しています。離床計画変更時は申し送りノートに変更点を記載し、職員に周知しています。また、「起こしたきり」にならないよう、チェックシートに利用者一人ひとりの状況に合わせた離床時間を記載し、実施しています。 ■機能訓練は機能訓練指導員が機能訓練計画書を作成し、3か月毎に評価しています。機能訓練は利用者一人ひとりの心身の状況に合わせ、1対1や集団で実施する取り組みがあり、実施した内容を記録で確認できます。理学療法士の指導のもとでチェックシートを活用し、継続的にリハビリが実施できるよう情報の共有を行っています。	

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。	a
(コメント)	■入所前に利用者、家族の生活に対する意向、現在の状況、改善・維持の可能性、支援等の内容を聞き取り、生活習慣の情報を職員間で共有しています。また、日々のサービスを通して利用者の要望の把握に努め、アセスメント・モニタリング・ケアプラン・ケアプランチェック表に反映させ、日々の実践に活かしています。 ■利用者一人ひとりに応じたクラブ活動（お花クラブ・うた・グループワーク・ハーモニカクラブ等）への参加を呼び掛けています。これらの仕組みや工夫は、利用者のやる気に繋がっています。 ■食事は食堂で摂るように取り組み、入浴も利用者の意向を踏まえ、時間帯などを考慮しています。 ■ケアプランに基づき、心身の状態に合わせた離床時間を考慮した情報が共有され、レクリエーションや社会参加等（花見・スーパーでの買い物、喫茶店外食等）の取り組みがあります。	
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)	■コミュニケーションが困難な利用者は、ジェスチャーやボディランゲージ、筆談、集音器等を活用しています。積極的に話す工夫や取り組みは、ケアプランチェック表に反映され、介護職、看護職、機能訓練士で情報の共有を行っています。利用者が集音器を使用し、コミュニケーションがスムーズになった事例があります。 ■職員間の良いとこ探し「グッドコミュニケーション」の取り組みがあります。フロアの掲示板に良いとこ探しが掲示されています。 ■接遇マニュアルはありますが、施設として、利用者に対する言葉づかい（敬語の徹底）等に課題を感じています。今後、接遇研修やコミュニケーションツールの開発が望まれます。	
		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)	■原則として入浴は週2回実施し、入浴前の血圧、体温測定、心身の状況等を観察し、異常時は看護職に相談しています。受診や外出等で入浴ができない場合は、翌日に入れるように配慮しています。また、利用者の意向にあった同性介護等を行い、利用者の心身の状況に合わせ対応しています。 ■清拭・入浴はマニュアルに基づき実施され、ケアプランにあげられた、利用者一人ひとりの状況にあった入浴方法（チェア浴・特浴・個浴等）で対応しています。実施状況はケアプランチェック表で確認できます。 ■入浴担当者は6人で、移動・浴室内見守り・更衣に業務分担され、担当業務を責任をもって実施し、安全な入浴介助に取り組んでいます。	

	A-2-② 排泄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)	■4人部屋は家具型のパーテーションやカーテンで仕切られ、各部屋に洗面台を設置しています。昼間はトイレ誘導を行い、排泄の自立に向けた取り組みがあります。このため、居室にポータブルトイレの設置はなく、清潔に保たれています。 ■排泄状況の確認は、排泄チェック用紙をトイレと居室に置き、尿量や排泄物の観察を行い、チェックシートに記録して、職員が情報を共有できる体制になっています。 ■原則として、おむつ交換時は陰部洗浄と皮膚の状態の観察を実施し、必要時にはケアカンファレンスを行い、ケアプランを変更しています。支援記録に記載があります。また、変更等の継続のため申し送りノートで情報を共有し、職員は確認のサインをしています。	
	A-2-③ 移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	■入所時に機能訓練指導員が身長等を考慮し、移乗、移動の支援や安全面等に配慮し、利用者一人ひとりにあった車いすが利用できるような取り組みがあります。また、福祉用具等の安全点検は技術員が週2回（火曜日・金曜日）点検、車いすの洗浄、修理等を行う仕組みがあり、チェックリストに点検等の記録があります。 ■安全な移乗・移動のために機能訓練指導員が中心となり、研修の実施と介助者の腰痛予防の研修を実施しています。 ■車いすの空気漏れのため自走時に床にかすれる音が出ている車椅子がありました。安全点検は実施されていますが、技術員に任せるのではなく、日々の業務の中で福祉用具等の安全性の確認が望めます。	
	A-2-④ 褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	■施設内で褥瘡予防と対策の研修が実施され、全職員が予防・治療に関して研修を受ける仕組みがあります。 ■褥瘡発生時は褥瘡委員会と栄養委員会で検討され、褥瘡のリスク対策が実施されています。毎月1回外部の整形外科医師の診察があります。医師・栄養士・機能訓練指導員・介護職・看護職で連携し、褥瘡対策が実施されています。 ■本調査日の褥瘡発生者は2名で内1名が入所後発生でした。今後、施設内発生ゼロを目指しての取り組みや、入所時から褥瘡発生リスクをチェックし、褥瘡発生予防に活用する取り組みが望めます。	

		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)	■朝食は選択食を実施しています。嗜好調査や利用者の食事摂取状況等の意見を聞き、献立に反映させています。なかでも毎月1回、利用者の前で揚げ物、お好み焼き等を提供したり、全国の郷土料理の提供等、献立に変化をもたせています。また、行事食を計画し、季節に合った旬のものを献立に取り入れています。誕生日には松花堂弁当等を提供しています。 ■利用者の希望や好みが反映されるように、選択食の回数を増やす取り組みや工夫が望めます。	

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)	■利用者ごとに栄養状態が把握され、栄養スクリーニング、栄養アセスメント、栄養ケア計画が立案されています。栄養計画書をもとに、多職種協働で評価・支援し、支援記録があります。 ■体調不良や食事摂取量の低下の場合は医師・看護職等と相談しています。また、突発的な状況の際には食事内容や形態を変更しています。 ■食事時の誤嚥等の事故の対応については全員が研修を受け、緊急時に対応できるようにしています。時間外の緊急対応は緊急連絡網に明記され、緊急対応できる仕組みがあります。 ■栄養士は食事時間に合わせ食堂のラウンドを実施し、食事摂取状況の把握と利用者・介護職・看護職・機能訓練指導員等の意見を聞き、残食状況を確認し、献立に活用しています。 ■栄養スクリーニングを実施し、低リスク者は3か月毎、中リスク者は1か月毎、高リスク者は2週間毎にモニタリングを行う仕組みがあり、栄養委員会で検討・評価しています。	
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)	■口腔状態や咀嚼嚥下機能の保持・改善は、口腔ケア計画に基づき実施しています。歯科医の診察は毎週木曜日に実施されています。残歯や歯ブラシの適合チェックが行われていますが、利用者全員の実施までには至っていません。必要時は歯科受診ができる体制が整備されています。 ■入所時に口腔内の確認が行われており、一人ひとりの経口摂取の維持に繋がっています。口腔ケアはマニュアルに基づき、毎食後全員に口腔ケア・ブラッシングを行っています。また、歯科医による口腔ケア研修を実施しています。 ■口腔ケアは毎食後に実施され、義歯の着脱・清掃・保管が適切に行われています。利用者の口腔体操の一環として行われる口腔マッサージは全員に実施することが望まれます。	

		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)	■看取りカンファレンスは家族、医師、介護職、看護職、生活相談員等が参加し実施しています。また、看取りの近い利用者に施設内で医師が家族に説明を行っています。 ■フロアに看取り室が設けてあり、家族も一緒に終末期を過ごすことができます。また、フロアには仏壇があり、年1回供養をしています。 ■ヒアリングにおいて、看取りに関するアンケートを実施し、アンケートの結果をもとに看取りケア後の精神的なサポートを実施していく予定があることを確認しました。 ■看取りマニュアルは作成されていますが、終末期のケアに携わる職員のメンタルケアの配慮や精神的なケアの実施等の具体的な取り組みが望まれます。	

		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。	b
(コメント)	■認知症の診断は精神科専門医師が診断名を決定し、診療が実施されています。利用者120名のうち6割（70名位）が認知症と診断を受けている現状です。職員が認知症ケアの施設内研修や外部研修を受ける体制が整備されています。 ■精神科専門医師の往診は月2回定期的にあり、精神科専門医師に相談できる体制が整備され支援内容が検討され、診療記録もあります。利用者の役割としてエプロンたたみ等を行っていますが、一人ひとりの利用者にあった役割の考慮が望まれます。 ■1年以上、身体拘束はゼロです。フロアの掲示板に「身体拘束ゼロ」のポスターが確認できました。やむを得ず実施する場合に備え、必要な手続き、手順が整備されています。	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
(コメント)	■居室は4人部屋を家具型のパーテーションやカーテンで仕切り、清掃は細やかで清潔な生活環境が保たれています。また、居室がわかるよう入口に名前を大きく書いてわかりやすく表示をしています。 ■危険物は手の届かない場所に保管しています。異食防止のためにドア入口には手指消毒薬は置かず、職員が携帯し持ち歩くように工夫しています。 ■共有スペースにはソファ等も整備され、ゆとりのある空間になっています。また、廊下から庭が眺められ、季節の移り変わりを見ることができ、落ち着く空間になっています。車椅子等が廊下の隅で管理されていましたが、安全管理の面からも定位置での管理の検討が望まれます。	

		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)	■機能維持、継続のための仕組み・取り組みは、入所時よりアセスメント→ケアプラン策定→モニタリング→24時間シート→ケアプランチェック表による確認等、一連の流れの中で利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成しています。 ■機能維持の継続のため、利用者一人ひとりを支援する仕組みとして、施設管理医師のもと、精神科医、看護職員、介護職員、機能訓練指導員、栄養士等が連携をとり、機能訓練や介護予防を実施しています。 ■機能訓練計画書を作成し、3か月ごとに評価・見直しを実施しています。計画見直しはカンファレンスを行い、看護職・介護職・理学療法士で情報を共有し連携しています。	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	b
(コメント)	■体調変化に対して迅速に対応できるように、バイタルサインのチェック等を行い、緊急時の対応マニュアルの整備や研修を実施しています。緊急時は協力医療病院に搬送されますが、搬送先が決まらないこともあり、体制は十分ではないことがヒアリングで聞かれました。時間外の対応はオンコール体制で、看護職員が来荘する体制やサポート体制は明確になっています。搬送体制について活用できるマニュアルの検討が望まれます。 ■各自の内服薬のセット・確認は看護職が2人体制で実施し、安全な与薬に努めています。今後、更に安全に与薬するためにも、薬剤の効果・副作用について研修の企画が望まれます。	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	■年2回、職員全員に研修を実施し、特に季節的なインフルエンザやノロウイルス等の感染症の時期には感染症予防対策の実技演習を行っています。ノロウイルス発生時はすぐに対応できるように嘔吐等を処理する為の必要品がセットされ、職員に周知しています。 ■平成30年1月～2月の間で利用者・職員にインフルエンザの発生があり、保健所の指導を受け対応しました。この間は1日2回感染症会議を実施して、インフルエンザ収束に向け対応しています。利用者や職員のインフルエンザ予防接種の補助が施設からあります。 ■家族・来荘者には、正面玄関、詰所カウンターに手指消毒液を設置し、使用を呼び掛けています。 ■感染症予防・対策に向けて保健所等の感染予防についての情報を活用すること等が望まれます。	

		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)	■フロアに喫煙室を設け、換気により分煙する設備があります。 ■車いす利用者・家族・来客者等が居室以外で過ごせるように、パブリックスペースにソファや椅子を置き、くつろげる空間があります。	

		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)	■利用者の状態に変化があった時やケアプラン変更時は、家族に電話や手紙等で生活相談員が連絡をがとり、説明し同意のサインをとっています。行事は郵送、電話、面会時等の折に声がけし、家族の参加を呼びかけています。 ■家族が面会や行事の参加時に行事委員会メンバー（施設長・副施設長・相談科長・生活相談員・介護各棟行事委員・特養看護職員・栄養士）も参加し、近況報告と家族の意向や要望を聞き、日々の介護に活用しています。 ■家族会の参加が少なく（20名弱）、名称を交流会に変更しています。一人でも多くの方が家族会に参加できる工夫が望まれます。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム光明荘の入居者の代理人
調査対象者数	100名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム光明荘を、現在利用されている入居者の代理人100名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、59名の方から回答がありました。（回答率59％）

満足度の高い項目としては、

- （１）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- （２）●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」
●「職員に声を掛けやすい」
●「ホームの総合的な満足度」
について、80%以上の方が「はい」・「満足」と回答、
- （３）●「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」
●「健康面や医療面、安全面について安心できる」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」
について、70%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム光明荘 過去1年間に利用を終了した入居者の代理人
調査対象者数	30名
調査方法	アンケート調査

利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム光明荘を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人30名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、12名の方から回答がありました。（回答率40％）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めていた」
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- （2）●「ホームは安心して生活できる場所になっていた」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- （3）●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしていた」
について、75%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

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

①【職員・従業員数】

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

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

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

②【専門職員】

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

③【施設・設備の概要】

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

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