

## 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 弥栄園	
運営法人名称	社会福祉法人 弥栄福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	岩田 俊二（理事長） 岩田 茂大（園長）	
定員（利用人数）	90 名	
事業所所在地	〒 590-0405 大阪府泉南郡熊取町大久保南三丁目1380番地の1	
電話番号	072 - 452 - 7025	
FAX番号	072 - 453 - 8751	
ホームページアドレス	<a href="https://www.yasakaen.com/tokuyou.html">https://www.yasakaen.com/tokuyou.html</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:t-yasaka@aioros.ocn.ne.jp">t-yasaka@aioros.ocn.ne.jp</a>	
事業開始年月日	平成7年4月1日	
職員・従業員数※	正規 34 名	非正規 21 名
専門職員※	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医師1名                      ・看護師1名                      ・准看護師5名</li> <li>・管理栄養士1名              ・社会福祉士2名</li> <li>・介護福祉士24名              ・介護支援専門員5名</li> <li>・理学療法士1名              ・音楽療法士1名</li> </ul>	
施設・設備の概要※	個室（従来型）              12室 個室（ユニット型）        30室 四人部屋（従来型）        12室	
	[設備等] ・浴室4か所（従来型一特別浴室・介助浴室各1か所 ユニット型一個浴室2か所） ・調理室1か所 ・脱衣室3か所（従来型1か所 ユニット型2か所） ・医務室1か所 ・機能回復訓練室2か所 （従来型1か所 ユニット型1か所）	

※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 27 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】

### （基本理念）

- ①たとえ身体に障がいがあっても、心の豊かな人間像を目指して生活支援のあり方をあくまでも入園者中心の立場から可能性の限りない追求をし、共に生きる社会を求めていくこととする。
- ②心と心のふれあいが生活支援のあり方の原点とする。
- ③園訓「真・正・明」入園者には社会の一員として真心を持って対等な立場に立ち、人権尊重に根差した主体性・自立性を重んじ、何事にも正しく、また生きがいのある明るい、心の豊かな生活を求めていくために支援する。

### （基本方針）

- ①入園者の人権とプライバシーの尊重を基本とし、個別のケアプランも考慮の上で基本的な支援方針を策定し、安全性の高い、質の良いサービスを提供する。
- ②付加価値の高いサービスを目指す。『人として共感・感動・思いやり・ほっとした安らぎ』
- ③インフォームドコンセント（同意に基づいた平等な人間関係が望ましいという前提に立って）及びアカウンタビリティー（利用者に対して自らの行動の弁明を行う説明責任）の考え方にたって支援する。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

■入園者の人権とプライバシーの尊重を基本とし、入園者のニーズに対応した個別ケアプランに沿ったサービス提供を通して、満足度や安全性の高い、質の良いサービス提供に努めている。

■サービス自己評価委員会、苦情解決委員会、情報の提供、専門性と人間性を養成し、選ばれる施設づくりを目指している。→「ほっとした安らぎのある施設」

■職員は入園者一人一人に対して、人格を尊重し少しでも在宅生活での環境を維持していく事を目標とし、入園者の「暮らし」を基準としたサポートに努めている。ユニットケアでは、職員と入園者が互いに馴染みの関係づくりができるよう心がけている。

■日々の関わりを大切にし、生活パートナーとして同じ時間を過ごして、どんな障がいがあっても心と心のふれあいが個々に生きがいを見いだせるようなサポートをし、共に楽しい生活環境を築き上げていくよう努力している。

■長生会からの意見を反映し（年度末に希望書の提出を行ってもらう）、年間・月間支援計画を立案している。また、サービス自己評価、利用者満足度調査を年1回実施し、問題や課題点の共有化と改善を実施している。

■ISO9000:2015認証登録事業所として、年2回の内部監査及び認証機関であるベターリビングによる外部審査を年1回受審し、当園の福祉サービス活動についてのマネジメントシステム全体の適合性及び有効性を維持している。

■基本理念・基本方針・品質方針及び事業所品質目標に基づき、人材育成に努めている。

■人事考課制度を導入し、職員一人ひとりと支援面談等を行い、抱えている悩みや課題克服に向けて支援を行い、職員の能力を十二分に発揮できるよう努めている。

■OJTシステムを構築し、職員の育成と能力開発を推進することにより、質の高い安全性の高い福祉サービスを提供するとともに、職員の自己成長やモチベーションアップにつなげている。

■従来型（多床室・個室）ユニット型個室等 入園時は居室を選んでいただき、住み慣れた雰囲気出来るだけ近い環境に気を配っている。

■入園者、家族とコミュニケーションを深め、入園者の希望や職員の思いから、個々を大切にしたい在宅生活の継続ができ、入園者が趣味や自分の能力を発揮しながら、いきいきと生活ができる環境作りとサービス提供に努めている。

■入園者の健康状態を把握し、疾病の予防に努め、嘱託医師及び協力機関との連絡を密にし、適切な対応を行う。また、家族に対し十分な説明を行い、ご理解・ご協力を得て入園者・家族と共に看護ケアに努める。看護に遺憾のないように努めている。

■食事委員会にて意見を聞き、四季に応じて「やさかふぁ～む」で収穫される新鮮な野菜を献立作成し旬を味わって頂いている。また、日本全国のご当地メニューを献立に盛り込んでプチ旅行気分を味わって頂けるように、直営の良さを活かし入園者にわくわくする楽しみのある食事提供に努めている。

■入園者の口腔機能や咀嚼・嚥下機能を把握したうえで栄養管理をする為にも、歯科医師と多職種協働の連携を行い高齢者が最後まで自分の口で食べ自分らしく生活することの実現を経口維持計画にて効果的に行っている。

■入園者やそのご家族とのコミュニケーションを十分にとり、相手の立場に立った相談支援を行い、信頼関係を構築できるよう努めている。

■入園者の権利擁護の観点から利用可能な様々な高齢者に関連する諸制度（介護保険・医療保険）についての情報を把握し、積極的に利用につなげ、生活の質の向上を図っている。

■個別ケアプランを踏まえ、計画的に機能訓練室、各フロア（居室）にて個別の機能訓練又生活リハビリテーションを行っている。

■機能訓練を通して各入園者の身体機能・日常生活動作能力の維持又は向上を目指している。

■音楽療法士が音楽の持つ生理的・心理的・社会的効果によって、心身機能の維持改善や生活の質の向上に向け意図的・計画的に音楽療法を実施している。

■日中活動への参加が難しい入園者を主に個人療法の対象とし、音楽活動や音楽療法を通して、日中生活の活性化を図っている。

■QOLと自立支援の考えのもと、入園者本位の立場に立ったケアマネジメントとそれを通じて展開する多職種連携による支援によって、入園者の日々の変化に対応するよう、ケアマネジメントの即時性・柔軟性を図っている。

### 【評価機関情報】

第三者評価機関名	株式会社ジャパン・マーケティング・エージェンシー
大阪府認証番号	270054
評価実施期間	令和3年9月7日～令和4年2月20日
評価決定年月日	令和4年3月14日
評価調査者（役割）	0401A128（専門職委員） 1601A045（専門職委員） 1801A024（運営管理委員） （ ） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

特別養護老人ホーム弥栄園は平成7年従来型から開設し4階建て建物となっており立地を生かしたどの部屋、どの階からも外に出られる構造になっており解放感があります。またその後ユニット型の4階建てを建設し運営しています。  
緑多い環境囲まれ「心和む」施設環境となっており、またすぐ隣に小学校があり、子供たちの声が聞こえてくる近さとなっています。  
共に生きる社会、人権尊重、自立した生きがいの持てる施設を基本理念に、基本方針、品質方針を定めて組織全体で意欲的に取り組んでいます。  
またISOを平成17年に導入、施設運営の運営のツールとして品質マニュアル等活用しています。玄関前には、理念を彫刻したモニュメントがあり、利用者、家族、一般来訪者に認識されるようになっていきます。  
敷地内に「やさかふぁ〜む」を設置、入園者の心の癒しの場として、采園での野菜の栽培を行い収穫した野菜は収穫し食材として利用し好評を得ています。

### ◆特に評価の高い点

- PDCAサイクルの定着  
ISO推進委員会を設置し法人内各種活動に置いてPDCAが回るように意識した取り組みが行われています。福祉サービスの向上、リスクマネジメントでも途切れることなく、改善への取り組みが継続されています。
- ストレスチェック制度実施  
ストレスチェック制度実施規定を定め、ストレスチェック制度担当者が職員全員に対して個々人にチェックを依頼し、その内容確認し対処しています。また職員個人での希望は、産業医の来訪時に自由に相談出来る仕組みになっています。
- マニュアルの整備  
施設運営にかかわるマニュアルが多数存在し業務がスムーズに行えるようになっていきます。
- 音楽療法の採用  
日常生活の中で多彩なプロジェクトを用意し提供しています。また、音楽療法士による音楽療法が取り入れられ、寝たきりの利用者の生活の質の向上にも努めています。
- 多彩な食事形態の提供  
利用者の状況に応じて、多くの食事形態を用意し提供しています。

### ◆改善を求められる点

- 研修参加の把握方法  
職員一人ひとりの研修計画に基づく実施され、参加の有無は研修委員会で把握する仕組みとなっていますが、参加のフォローや研修の漏れを防ぐためにも職員全体の確認がとれる一覧表的な資料の作成が望まれます。
- 周知方法の見直し  
多くの手順、マニュアルが整備されていますが、職員一人ひとりに周知できているかを確認できる仕組みが望まれます。
- デジタルネットワークの活用  
様々な記録が残されていますが、必要な人が必要な時に確認しやすいようデジタルネットワーク等を活用するなどし、一元的な管理が望まれます。

### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

コロナ禍の中、感染予防の観点から施設内観察及び利用者ヒアリングについて中止をお願いする等、制限下にもかかわらず丁寧にご審査いただきまして、ありがとうございました。

審査中にいただいたご指摘やアドバイスによって、気付かないうちに形式的になっていた様々な取り組みについて、本来の目的を達成するためにはもっと踏み込んだ、実質的な取り組みに変えていかなければならないことがたくさんあることに気づかされました。

特に、複数の評価項目においてご指摘いただいた各種規定・マニュアルの関係職員への周知状況の確認が不十分な点について、今後は配布するだけでなく、確実に読んでいるかどうかを確認する対策を講じていきたいと思えます。

### ◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

### 第三者評価結果

#### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	<p>■理念・基本方針を明文化し、事業計画・報告、広報誌、ホームページに記載されています。</p> <p>■法人が掲げる理念・基本方針・品質方針は福祉サービス向上について示し、法人の考え方を読み取ることが出来、職員の行動規範となる具体的な内容になっています。</p> <p>■職員への周知については、年度はじめの職員会議で理事長から説明し、理念・基本方針の記載してある事業計画書を配布しています。職員会議の都度事業計画を持参し理念・基本方針の確認をしています。</p> <p>■利用者、家族への周知は、長生会総会、家族会で説明していますが、説明資料として職員に対する方法とは違った工夫が必要です。配布する文書など、文字を大きくするなど工夫が望まれます。</p>	

		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)	<p>■社会福祉事業全体の動向は、全国老人福祉施設協議会のJS-Weeklyを通じて把握し、分析しています。</p> <p>■熊取町の福祉関連計画を入手把握、分析を行っています。また熊取町地域福祉団体連絡会に参加しています。</p> <p>■4半期ごとに運営検討委員会を開催し、コスト分析、利用者の推移・利用率の分析をしています。</p>	
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)	<p>■施設の経営課題、問題点について運営検討委員会で分析し「品質目標からの展開」で取り組んでいます。</p> <p>■役員間の共有は、理事会で、業務執行状況、財務状況の報告を行い、施設の抱えている課題も共有しています。</p> <p>■経営課題への改善に向けての取り組みとして、各部署(介護サービス課は各フロア)にて生活支援会議(役職と一般職員が参加)を行い運営状況また課題を話し合うなど職員への周知が行われています。</p> <p>■「年度品質目標からの展開」を作成し、経営課題に対する展開方法を明示し各部署に掲示周知が行われ、毎月単位で展開の進捗状況・達成状況の進捗状を記録し各部署に掲示と周知が行われています。</p>	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■法人全体の理念、基本方針に基づき実現すべく、4つの品質方針を掲げて項目に沿って目標を明確にしています。</li> <li>■単年度事業計画の綴は、理念、中・長期計画、単年度事業計画となっています。単年度事業計画の綴でなく、中・長期計画は別計画書として、施設全体の項目、各部署単位の項目を掲げ推進されることが望まれます。</li> <li>■必要な見直しについては、「品質目標からの展開」を策定し運営検討委員会で行われ、進捗状況を管理者に報告し必要に応じて見直しする仕組みになっています。</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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■単年度事業計画は、理念や基本方針の達成に向けて、4つの品質方針を具体化し「品質方針からの展開」で実現可能となっています。</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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■全職員が提出している「職員一年間の反省と抱負」の内容も含めマネジメントレビューの結果を踏まえ、主任会議にて各職種の参加による意見を集約、反映し「品質目標からの展開」に反映しています。</li> <li>■事業計画の実施状況把握と評価は、「品質目標からの展開進捗状況報告書」にて毎月結果を施設長に提出、また3か月ごとに法人理事長にも提出、必要に応じて見直す仕組みになっています。</li> <li>■職員への周知については、年度はじめの職員会議にて、理事長から説明を行い、理念・基本方針・品質方針が記載してある事業計画書を配布しています。非常勤職員への周知として、閲覧できるように設置していますが、非常勤職員に設置してあることを伝えることが望まれます。</li> <li>■職員は会議の都度、事業計画書を持参し、会議の中で管理者が質問し答えて貰う方法で継続的な周知状況と意識付けをしています。</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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画の内容の利用者、家族等への周知については、「家族会役員会・総会」「長生会役員会・総会」で資料を配布し説明を行っていますが、説明する内容について、利用者や家族等が関心ある事柄等、施設として是非伝えたいことなどを決めて、分かり易い資料を作成するなどの工夫が望まれます。</li> <li>■事業計画の説明を受けられなかった利用者・家族等のための措置として、申し出があれば閲覧できる体制となっていますが、いつでも閲覧できる旨の掲示をするなどの工夫が望まれます。</li> <li>■事業計画について、利用者の参画を促す工夫として、月間の支援計画を各フロアの掲示板に掲示、ケアセンター前に黒板を設置し毎日の予定を記載しています。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ISO推進委員会で品質マネジメントシステムの継続的改善(PDCAサイクル)に取り組んでいます。</li> <li>■福祉サービスの向上の取り組みとして、毎年一回の自己評価と満足度調査を行いサービス自己評価委員会で評価・分析し改善策を検討しています。</li> </ul>	
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"> <li>■自己評価、満足度調査結果を主任会議(サービス自己評価委員会)にて、分析し課題を文書化すると共に、課題がある項目について改善策を検討する仕組みがあります。</li> <li>■評価結果に基づく改善の取組は主任会議(サービス自己評価委員会)にて計画し、「ISO推進委員会」にて検討、ISO認証機関による更新審査、内部監査等を踏まえ対策実施後のレビューを行い、不適合と判定された場合は主任会議検討見直しが行われています。</li> <li>■課題について「年度品質目標からの展開」に改善策を反映させています。また目標についても利用者満足度調査の結果をターゲットに設定しています。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■管理者の施設長は組織のリーダーとして、自らの役割と責任について、職務分掌、管理規定で明確にしています。</li> <li>■組織内での自らの、役割と責任について、委員会等で表明しているものの、広報誌または、それらに変わる形で文書化し表明することが望まれます。</li> <li>■会議や研修での表明については、一部の委員会で職務分掌を配布となっています。職員への周知の工夫が望まれます。施設内の「諸規定綴」を何時でも閲覧出来る状態となっていますが、綴の閲覧が出来る事を職員へ伝えることが望まれます。</li> <li>■緊急時などの対応に対する、指針、マニュアルに管理者不在時の対応が明確化されています。</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)	<p>■管理者は遵守すべき多くの法令等を理解するために、全国社会福祉法人経営協議会や全国老人福祉施設協議会、大阪社会福祉協議会老人施設部会等からの情報を収集しています。またオンライン研修にも参加し情報を集めています。</p> <p>■取引事業者との適正な関係を保つため、アウトソース、購買の選定について、年一回の業者とのコミュニケーションや対応状況の評価を行っています。</p> <p>■職員が遵守すべき法令等は会議、研修で伝え、特に人権啓発、虐待防止法研修、個人情報管理等自ら参画し伝えていきます。</p> <p>■職員が遵守すべき法令等の具体的取組みとして、身体拘束ゼロ、高齢者虐待防止、個人情報管理など法人全体研修、施設内研修を通して行われています。</p>	

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)	<p>■毎年、「サービス自己評価」「利用者満足度」を実施し管理者を含むサービス自己評価委員会にて現状把握し、評価と分析を行いサービスの質の向上、改善に向けた取組みを継続的に行っています。</p> <p>■職員からの意見反映の取り組みとして、弥栄園園長が期間を設定して全職員対象に面談を行い、福祉サービスの質の向上に資するため、職員からの意見を把握しています。</p> <p>■福祉サービスの質の向上に関わる職員の教育・研修への取り組みは「人材育成システム(OJTシステム)」で職員自己成長をさせるとともに研修も積極的に行っています。</p>	
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)	<p>■経営の改善、業務の実効性の向上に向けて、3か月に1回、人事・労務・財務などの分析を管理者も参加した運営検討委員会・主任会議を開催し取り組んでいます。</p> <p>■経営の改善や業務の実効性に向けて組織内に同様の意識を形成するための取り組みについて、ボトムアップの反映をするなど工夫が望まれます。</p> <p>■人事考課制度委員会の人事考課面談や個別面談、衛生管理推進委員会など働きやすい職場づくりを行っています。</p>	

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)	<p>■人事管理システムに必要な人材、人材育成について記載し、有資格者については毎月単位で確認出来る資格取得者名簿で把握し必要な人員体制の確保に繋がっています。</p> <p>■人材確保については、ハローワーク等幅広く募集しているものの、人材確保に至っていないと聞き取りました。新規採用とともに、現有職員の離職率の把握、離職理由などを分析し、職員が定着する対策の検討が望まれます。</p> <p>■OJT育成計画に基づく職員育成の結果、勤務体制として夜勤を自ら希望する職員があり結果が出ています。</p>	

II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■人事管理システムにより、期待する職員像を明確にしています。</li> <li>■人事基準は人事考課規程、就業規程、給与規程に明確になっています。周知については施設内各所に配布、いつでも閲覧出来る状態となっていますが、周知方法としての工夫(設置して有ることの明示)が望まれます。</li> <li>■処遇改善の必要性を「職員一年間の反省と抱負」などから読み取り、評価・分析をしています。</li> <li>■昇格基準書(キャリアパス)に昇進や昇格について記載し、年1回の人事考課の面談などを通じて、職員は将来像を描くことが出来ます。</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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■有給休暇、時間外労働について、直接上司が把握し、本部事務局で一覧表にしています。また意向や意見は、年1回の人事考課面談で把握しています。</li> <li>■職員の心身の健康と安全は、ストレスチェック制度実施規程により、ストレスチェック制度担当者が全職員対象にチェック依頼を行うとともに職員自らも産業医に相談することができます。</li> <li>■職員のワーク・ライフ・バランスへの取り組みは、介護・育休などの実績があります。</li> <li>■福利厚生は大阪府民間社会福祉施設従業者共済会に加入すると共に、弥栄福祉会職員共済会を設置して各種の行事を開催するなど行っています。</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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■期待する職員像は人事管理システムで明確にされ、職員一人ひとりの目標管理と目標設定はOJTシステムにおいて、年度始めに職員からメンバーと支援指導者、監督者を選定し支援指導者が面談の上、OJTワークシート(目標項目・水準・期限)を完成させそのシートを基にOJT育成計画書を作成しOJTを進め6か月経過後に実施結果の確認と振り返りを行い目標達成の評価をしています</li> <li>■職員一年間の反省と抱負からの提出を受け内容によっては、面談を実施し内容確認を行っています。</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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■期待する職員像は人事管理システムで明確にされ、職員研修計画の中の目的項目に組織が必要とする専門技術や専門資格を明示し研修計画を策定しています。</li> <li>■研修計画に基づく実施の把握は、研修委員会で参加者の確認が行われていますが、職員全員の研修状況が分かる一覧表の作成をするなど、参加の有無の漏れを無くす工夫が望まれます。</li> <li>■主任会議にて、前年度の計画に対する評価と見直しを行うとともに、研修内容、カリキュラムについても評価と見直しが行われています。</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>■職員の専門資格の取得状況は資格所得者名簿で把握しています。</li> <li>■新任職員を始め、経験や習熟度に配慮したOJTは、OJTシステムを導入し、毎年度職員メンバー・支援指導者・監督者を選定しOJTワークシートとOJT育成計画書を作成しOJTを進め、6か月経過後に評価が行われています。</li> <li>■職員に必要な教育や研修は、研修計画に沿って段階別・職務別に行われています。</li> <li>■外部研修は必要性のある職員、また希望した職員も参加できるように配慮されています。</li> <li>■職員の教育・研修への参加は勤務調整をするなど配慮し、参加出来なかった職員についてはレジメを渡し、レポート提出を求めています。</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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■実習生に対する基本姿勢は、事業計画の施設実習生受け入れ指導目標に明示され、実習指導マニュアルの整備、実習の種別毎に担当を決めプログラムを作成しています。またプログラムは学校側と実習機関中はもとよりその後も継続的に連携出来る状態となっています。</li> <li>■指導者に対する研修については実施されていません。研修の実施が望まれます。</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>■施設の情報公開はホームページ、パンフレットに基本理念、基本方針、提供する福祉サービスの内容が公開されていますが、事業計画、事業報告、予算、決算は、申し出あれば提示するとの聞取りをしました。公開の位置づけとして、閲覧出来る旨の文書掲示など工夫が望まれます。</li> <li>■第三者評価の受審、苦情・相談の体制については、施設内に掲示されています。</li> <li>■苦情・相談に対する改善・対応は個人が特定出来ないよう配慮し掲示しています。第三者評価の受審結果については、公開されていません。ホームページの活用など公開が望まれます。</li> <li>■施設の存在や役割については、地域の行事や集まりにコロナ禍で参加できませんでしたが、広報誌を1400部配布し近況を伝えるなど繋がりを大切にしています。</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>■各種マニュアルを各所に配布し、いつでも閲覧可能な状態となっていますが、各ルールについて、事務・経理・取引など職員に確認するよう周知することが望まれます。また職務分掌には権限と責任が明確になっています。</li> <li>■ISO9001認証の維持・更新のため、年2回の内部監査が実施されています。</li> <li>■毎月公認会計士による事業・財務のチェックが実施され、ISO9001認証の維持・更新のため、年1回のベターリングによる審査を受審、公認会計士からの指摘、ベターリングによる審査報告に対して改善の実施が行われています。</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>■事業計画に地域に開かれた施設として、地域交流事業や地域貢献事業について基本的な考え方を文書化しています。</li> <li>■利用者に提供できる社会資源や地域の情報を収集した資料を各フロアに設置、閲覧出来る状態となっています。</li> <li>■利用者が地域の行事や活動に参加する場合に必要であれば職員やボランティアで支援を行う体制があります。</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>■ボランティア受入マニュアルが整備され、受入の基本姿勢や地域の学校教育への基本姿勢が明文化されています。</li> <li>■理容・美容の有償ボランティアを受け入れており、口答で必要な研修を実施したとのことですが、これら必要不可欠なボランティア受入についてマニュアル化や記録に残すことが望まれます。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個々の利用者の状況に応じた福祉サービスに対応するため、熊取町医療介護ガイドマップ、熊取町医療介護連携ガイドブック、くまっぴなど地域の社会資源について配備し、職員間で共有しています。</li> <li>■地域の関係機関とは、熊取町ケアマネジャー連絡会、熊取町地域福祉団体連絡会、老人施設部会泉州部会に参加し連携を図っています。</li> <li>■地域にすでに関係機関・団体がありネットワークが構築されています。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域の関係機関とは、熊取町ケアマネジャー連絡会、熊取町地域福祉団体連絡会、老人施設部会泉州部会に参加し連携を図っています。</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>■大阪府社会福祉協議会老人施設部会が進める社会貢献事業に参画し、CSW(コミュニティソーシャルワーカーによる「総合生活相談」「生活困窮者レスキュー事業」)を実施しています。</li> <li>■地域で災害発生時に要支援者を受け入れる「第二次福祉避難所」として熊取町と契約しています。</li> <li>■福祉サービスに関する提供で「福祉生活援助サービス」の研修会を企画したが、コロナ禍で応募がなく中止となっています。</li> <li>■近隣地域の自治会等と災害発生時の避難所としてのあり方や支援について日頃からの話し合いが望まれます。</li> <li>■災害時食料等の備蓄は、避難者受け入れも加味したものとなっています。</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>■理念や基本方針に利用者を尊重した福祉サービスの実施が明示され、年度ごとに職員研修として理事長から理念や基本方針が説明されています。新入職員や中途採用職員への研修でも理念や基本方針の内容が組み込まれ職員が理解・実践できるように取り組まれています。</li> <li>■基本理念や基本方針を明記した事業計画書を正職員・準職員全員に配布し、研修や会議等で活用されています。</li> <li>■各職員が定期的に業務の自己評価を行い、それを基に主任等が利用者の尊重や基本的人権への配慮が成されているか把握できるように務めています。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入浴や排泄、更衣等の介護職員業務マニュアルに具体的なプライバシーへの配慮が明示されています。</li> <li>■新入職員等には介護主任等がOJTを通して指導されていますが、規定やマニュアルの配布だけに留まらず、研修等を通じて、プライバシーに配慮したサービスが実施されているか確認できる仕組みの構築が望まれます。</li> <li>■共有スペースである食堂とは別に利用者が個別で過ごすことができる「ふれあいルーム」が設置されており、環境面でもプライバシーへの配慮が成されています。</li> <li>■契約書等に人権への配慮、プライバシーへの配慮が記載され、利用者や家族に説明しています。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■理念や基本方針、実施する福祉サービスの内容や施設の特徴等をパンフレットやホームページにわかりやすく掲載しています。またパンフレットや広報誌等を町役場や居宅支援事業所等に配布し、利用希望者への情報提供に努めています。</li> <li>■利用希望者に対しては利用料をわかりやすくした一覧等を渡し、個別に丁寧な説明に努めていますが、感染症流行等の際に見学が実施できない場合でも、より具体的にわかりやすく説明できる取り組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■サービス開始前には重要事項説明書を基に利用者・家族等に丁寧に説明を行い、説明後の同意を得ています。介護保険制度改定等で重要事項説明書に変更が生じた際も書面にて変更の同意を得ることができています。</p> <p>■利用料金については、重要事項説明書とは別に要介護度や各所得に適用される減額等に応じた料金表（30日利用した場合の利用料）を詳しく作成しています。</p> <p>■利用者・家族への配慮として重要事項説明書や契約書等にルビをいれていますが、専門的な言葉や内容が散見されるため、よりわかりやすくする取り組みが望まれます。</p> <p>■相談員業務マニュアルに成年後見制度利用支援の流れが記載されており、組織として意思決定が困難な利用者への配慮がルール化されています。</p> <p>■前回の第三者評価でも「ルビ打ちしていないもの（ルビがあることで読みにくく感じている方に対して）や文字を大きくしたものを用意する等ほかの方法もありますので、現状で良いかどうかも含めて一度検討下さい。」と提案されていますので、そういった面でもご検討ください。</p>	
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)	<p>■重要事項説明書に「円滑な退所のための援助」として退所する場合は医療機関や施設・居宅支援事業所等の紹介等への支援について記載され、退所時には退所後の相談窓口・担当者を明示した文書を渡し、組織として退所時の支援に取り組んでいます。</p> <p>■入院や退所となる場合の基本となる引継ぎ文書や引継ぎ手順等を文書に定めることが望まれます。</p> <p>■特別養護老人ホームへの入所基本要件が要介護度3以上となったことにより、在宅復帰への機会がほとんどない状況かと思いますが、特別養護老人ホームも在宅復帰施設の位置づけであること、重要事項説明書に退所後の紹介先に居宅支援事業が明示されていることも踏まえ、在宅復帰を目指した手順を定めておくことも望まれます。</p>	
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)	<p>■利用者満足度調査を年1回実施しています。その調査結果についてはサービス自己評価委員会（利用者会からも参加）を設置し、委員会にて分析・評価を行い、利用者満足度向上に向けて様々な改善策を検討・実施しています。</p> <p>■利用者会（長生会）総会を年1回、利用者会役員会を月1回開催し、職員が必ず出席しています。その際、利用者からの意向等を把握し満足度向上に努めています。</p>	
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)	<p>■苦情解決責任者は園長（施設長）、苦情受付担当者は介護課長・生活相談員・ケアマネジャーが担当しています。また、苦情解決委員会を設置し、苦情調整委員（第三者委員）として地域の方2名の協力を得た上で、組織として苦情解決に取り組んでいます。</p> <p>■重要事項説明書に苦情処理の手順を明示し、施設内でも苦情解決について説明した掲示物を掲示し、苦情解決に向けた取り組みの周知に努めています。</p> <p>■苦情受付も目的とした「提案箱」を施設内に6か所設置し、苦情や提案の収集を積極的に努めています。</p> <p>■苦情の記録は「苦情受付書」として記録され、苦情に対しての原因究明と再発防止策の検討・実施を組織として取り組んでいます。また家族等への報告も成されています。</p> <p>■苦情内容を施設内に掲示し、公表にも努めています。</p>	

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)	<p>■各フロアに相談窓口を案内した「お困りごとはございませんか？」を掲示し、どこに相談したらいいかわかりやすいよう案内する工夫が成されています。</p> <p>■個別の相談に対応する相談室を設置している他に、ユニット型では各個室での対応、従来型施設では「ふれあいルーム」での対応を行い、気軽に相談できる取り組みが成されています。</p> <p>■重要事項説明書には「苦情窓口」の明示が成されていますが、「相談窓口」の明示が成されていないので、利用者・家族によりわかりやすく相談窓口の明示が望まれます。</p>	
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)	<p>■各フロアに相談窓口を案内した「お困りごとはございませんか？」を掲示し、利用者等が相談しやすく意見を述べやすいように配慮されています。</p> <p>■利用者満足度調査や利用者会等を通じて意見を積極的に把握し、意見に対して積極的に改善するように取り組んでいます。</p> <p>■「生活相談員業務マニュアル」に生活相談員が相談を受ける手順を明示し、定期的な見直しを実施されています。</p> <p>■意見を収集する「提案箱」が複数設置され、意見収集に努めていますが、提案箱が職員から見えやすい位置に設置されています。匿名で意見を述べたい人への配慮として、職員から見えにくい場所への設置が望まれます。</p> <p>相談員業務マニュアルに入園者相談に関する手続きが明示されていますが、ケアマネジャー・介護職員等の様々な職種の職員も相談を受ける機会が多々あると思いますので、幅広い職種での相談受付マニュアルの整備をご検討ください。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■インシデント（重大な事件・事故に発展する可能性を持つ出来事や事案）やアクシデント（事故等）をレポートとして収集しています。</p> <p>■リスクマネジメント委員会を設置し、収集した情報を元にSHEL分析（事故発生要因の分析方法のひとつ）を用いて、原因究明と再発防止策を検討すると共に、実施後の検証も行い、必要に応じて再発防止策の見直しが行われています。</p> <p>■介護業務マニュアルに利用者が使う車いす等の福祉用具の点検について明記されており、随時、点検が実施されています。</p> <p>■令和3年度より1名以上配置義務となった安全対策担当者を2名配置しています。</p> <p>■各フロアに刺股（さすまた）や催涙スプレーを設置し、外部からの不審者への対策も講じられています。</p> <p>■事故発生防止のための指針を定め、リスクマネジメントマニュアルを整備し、施設内各所で職員が確認できるようにしていますが、職員に周知できているかどうか確認できる体制の構築が望まれます。</p> <p>■利用者の直接の介護に関わる福祉用具（車いす・介護ベッド等）の点検が随時成されていますが、チェック表等を作成し定期的実施することが望まれます。</p>	



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)	<p>■感染症等に対して取り組む衛生管理委員会を設置し、感染症発生・拡大防止への検討・取り組みが成されています。</p> <p>■「感染症発生・拡大防止のための指針」を定め、感染症に関する各マニュアルが整備されています。新型コロナウイルスが発生しても、事業が継続できるように「新型コロナウイルス感染症に対する事業継続計画（BCP）」が作成されています。そういった指針・マニュアル等が施設内各所で職員が確認できるようにしていますが、職員に周知できているかどうか確認できる体制の構築が望まれます。</p> <p>■外部から施設内への感染症持ち込みを防ぐために、面会者等には抗原検査、検温・体調の確認を事前実施しています。また、感染症が発生しても後追いができるように、書面で記録の管理が成されています。</p> <p>■職員は出勤時・勤務途中に検温を実施し、体調管理が成されています。感染症マニュアルには職員の体調不良時だけでなく、職員の同居家族が感染症発症の疑いが生じたときの手順も記載され、感染症発生予防に努めています。</p> <p>■感染症対策マニュアルにゾーニングやガウンテクニック等、いろいろな手順が示されています。敵的な見直しをする際には文章だけでなくイラストや写真・動画等を活用することで、よりわかりやすくする工夫をご検討ください。</p>	
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)	<p>■ハザードマップで地域の状況を把握した防災対策マニュアルが整備され、災害に備えています。定期的な防災訓練を実施し、利用者の安否確認の訓練などが実施されています。</p> <p>■災害時に必要な備品を整備し、定期的な管理が成されています。</p> <p>■福祉避難所に指定され、利用者だけでなく職員や避難者の分も想定された食料が備蓄されています。</p> <p>■2018年の台風21号を契機に自家発電機を整備し、ポータブル発電機を確保するなど、災害に備えています。</p> <p>■防災計画を整備し、定期的な消防避難訓練や防災訓練が実施されていますが、地域と連携した訓練の実施が望まれます。</p>	

**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)	<p>■介護職員・看護職員・生活相談員等、各職種での業務マニュアルを整備しており、その内容には利用者の尊重やプライバシーの保護、権利擁護に関わる姿勢が明示されています。</p> <p>■新入職員や中途採用職員に対しては、各介護業務についての研修が実施され、標準的な実施方法の周知に努めています。それ以外の職員に対しては各マニュアルは施設内各所に配布されており、職員が確認できるようにしていますが、マニュアルの変更時等、職員に周知できているかどうか確認できる体制の構築が望まれます。</p> <p>■新入職員に対して「OJT育成計画書及び評価表」を活用し育成の状況確認を実施しています。新入職員を指導する立場である中堅職員やベテラン職員が標準的な実施方法に基づいた介護が行われているか確認できる体制の構築が望まれます。</p>	

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)	<p>■各種マニュアル担当委員会や会議等で各種マニュアルの検証・見直しが成されていますが、実施漏れがないよう事業計画等に見直しの時期や担当所轄を明確にする等の取り組みが望まれます。</p> <p>■各種マニュアルの見直し・検証は各委員会の職員等も携わっており、いろいろな意見が反映されるような仕組みとなっていますが、個別的な福祉サービス実施計画等の内容が標準的な実施方法に反映することができないかというような視点も望まれます。</p>	
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)	<p>■ケアマネジャーがケアプランを作成しています。包括的自立支援プログラムを使用し、基本に基づいたアセスメントを実施しています。ステップアップとして、課題整理総括表の活用や全員とはいかなくてもセンター方式やひもときシート等の個別の状況に応じたアセスメント方式の活用等が望まれます。</p> <p>■ケアカンファレンスに様々な職種が参加し、個別のケアプランやケア内容について検討・話し合いが実施されています。家族にも積極的に参加を促し、参加できない場合は電話等で意向や意見の聴取を行っています。</p> <p>■「個別ケアプラン策定フロー図」にケアプラン策定手順が示されています。</p> <p>■「ケアプラン実施記録表」にて、ケアプランに位置づけられた支援内容が実施されているか確認できるようにしていますが、ケアプランに示されている目標に近づいているかどうか、目標やサービスが適切かどうかの評価を細やかに実施するために、モニタリングの期間を短くすることが望まれます。</p> <p>■ケアプラン実施計画書にケアプランの第2表を提示し、ケアプランの内容が実施できているかどうか確認できるようにしていますが、第1表も提示する等で利用者・家族の意向やケアの総合的な方針を周知してもらおう工夫をご検討ください。また、寝たきり等により意思疎通が困難な利用者のニーズをより具体的に引き出す方法もご検討ください。</p>	
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)	<p>■定められた「個別ケアプラン策定フロー図」の流れに基づき、個別ケアプランの見直しや緊急時に変更する場合の仕組みが整備されています。</p> <p>■変更されたケアプランはケアカンファレンス出席者等によりフロアミーティング等で周知され、「ケアプラン実施記録表」のケアプランが差し替えられることで、各職員が確認できるようにしています。</p> <p>■ケアプランの内容を周知するためにケアプラン実施計画書にケアプランの第2表を提示していますが、第1表も提示する等で利用者・家族の意向やケアの総合的な方針を周知できるように工夫をご検討ください。</p>	

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)

■施設で定められた経過記録や各種実施チェック表を用いて記録が成されています。「ケアプラン実施記録表」を用いてケアプランに基づいてサービスが実施されているかチェックしていますが、どのように実施されているか等の文章での記録に乏しさがあるため、記録の充実が望まれます。

■「介護職員業務マニュアル」に記録についての要領が示され、OJTの中で指導等の工夫がされています。

■種々の情報はミーティングや申し送り、日誌・連絡帳等で情報が行き渡るように取り組んでいます。

■フロアミーティングをはじめ、生活支援会議・ケアカンファレンス・各委員会等の様々な内容での会議が開催され、情報共有が成されています。

■様々な記録が書面で確認できるようになっていますが、いろいろな所に点在し、その場所に行かないと確認できない状況になっています。デジタルネットワーク等を活用し、一元的な管理が望まれます。

■記録内容や書き方の指導の一環として、新入職員や中途採用職員向けの研修に記録の書き方等の内容を組み入れることが望まれます。

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)

■個人情報保護規程や特定個人情報保護規程・入園者特定個人情報保護マニュアル等を定め、個人情報について適切に管理できる体制を整備しています。施設に応じた具体的な禁止事項や注意事項等を定めたマニュアルの作成が望まれます。具体的な個人情報のマニュアルについて、個人ファイルの持出し等のルール作りはもちろん、近年のIT化に伴い、不正なインターネットアクセスやデータの管理、オンラインでの注意事項等のルール作り等も推奨します。

■施設内で個人情報に関しての研修が定期的実施されています。

■契約時に重要事項説明書や個人情報使用同意書を用いて、利用者・家族に個人情報の取扱いについて説明しています。

# 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)	<p>■ケアマネジャーのアセスメント等で利用者の暮らしの意向等を把握するように努めていますが、24時間シートの活用等、個々の生活を更に把握するような取り組みが望まれます。</p> <p>■カラオケ・園芸・陶芸・華道等の多彩なクラブ活動が用意されており、入園者の希望や心身の状況が考慮されながら実施されています。コロナ禍の中では実施できていませんが、地域の行事等にも積極的に参加しています。</p> <p>■ケアカンファレンスや生活支援会議、利用者会等で利用者の生活や過ごし方等について把握・検討が成されています。</p> <p>■利用者に日常生活の中でも洗濯物たたみやテーブル拭き等の役割をもってもらうように努めています。</p> <p>■寝たきりの利用者に対しても個別で音楽療法を実施するなど、生活に楽しみをもってもらえるように取り組んでいます。</p>	
A-1-(1)-①	利用者の心身の状況に合わせて自立した生活が営めるよう支援している。	—
(コメント)	非該当	
A-1-(1)-①	利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	—
(コメント)	非該当	
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)	<p>■普段の生活の中でコミュニケーションを取り、思いや希望を把握できるように努めています。アセスメントや利用者会等でも思いや希望を聞き取るように努めています。</p> <p>■「言葉づかいマニュアル」を作成し、職員の言葉づかいや接遇マナーについては、職員自身が年1回の自己評価を行い、それを基に主任等から指導等が行われています。接遇の基本となる「言葉づかいマニュアル」の定期的な見直し・検証が望まれます。</p> <p>■利用者個々のアセスメントが行われ、思いや希望の把握に努めています。意思疎通困難な利用者に対しては、家族等より生活歴やこれまで語っていた思い等を聞き取り、更なる思いや希望の把握に取り組むことが望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■定期的に入権や身体拘束に関する研修も実施され、虐待防止対応規程、人権侵害防止マニュアル、身体拘束ゼロ検討マニュアル等が整備されていますが、職員に周知されているか確認できるチェック体制の構築が望まれます。</p> <p>■契約時に虐待防止に関することや身体拘束防止に関するなどが説明されています。施設内で関連する研修が開催された場合、広報誌にて利用者や家族に周知しています。</p> <p>■身体拘束に関するマニュアルが整備され、研修も実施されていますが、緊急やむを得ず身体拘束を実施しなければならなくなった際、廃止に向けた記録の充実が望まれます。</p> <p>■不適切と思われる事案が発生した場合、随時、人権侵害・虐待防止委員会が開催され、再発防止の取り組みがなされていますが、定期的な開催が望まれます。</p>	

		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>■利用者満足度調査等で利用者の意向を把握し、環境衛生・改善委員会を設置し、利用者の生活環境についての検討が成されています。</li> <li>■利用者には入所の際に、自宅の家具を持ってきてもらう等、これまでの生活環境に近づけるように努めています。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■アセスメントにて利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を工夫しています。</li> <li>■入浴前に安全への配慮が記載された「入浴時KY（危険予知）活動」の注意事項を読み上げ、入浴時の安全に努めています。入浴時の表皮剥離等に対する更なる注意喚起が望まれます。</li> <li>■入浴拒否する利用者に対しては、対応する職員を変えたり、入浴時間をずらしたり等、できるだけ入浴してもらうように工夫しています。</li> <li>■入浴前に検温等のバイタルチェックが行われ、入浴可否の判断が成されています。</li> <li>■基本、火・金曜日が入浴日となっていますが、利用者の状況等に応じて、それ以外でも柔軟に対応しています。</li> <li>■通常、週2回の入浴に対して、7月・8月の暑い時期は隔週で週3回の入浴が行われています。</li> </ul>	
A-3-(1)-②	排せつ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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の心身の状況を踏まえて安全やプライバシー・羞恥心等に配慮し、その人に応じた排泄の支援を行っています。トイレに転倒防止バーが設置され転倒を防止するための工夫が成されています。</li> <li>■自身でトイレに行ける方に対しては、トイレに近い居室を選定したり、ポータブルトイレなどを活用したりし、できるだけ自分でトイレにいけるよう工夫しています。</li> <li>■カンファレンス等で排泄の支援方法について、利用者の心身の状況に合わせて検討がなされ、定時の排泄だけでなく訴え時等、随時の対応が成されていますが、排泄パターンを把握するなどし、更なる自立のための働きかけが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■機能訓練指導員と連携しながら、利用者の心身の状況や意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できる支援が成されています。車いすの利用者が取り組みにより歩行器で移動できるようになった事例等もあります。</li> <li>■歩行する利用者への配慮として廊下に休憩スペースを設けたり、居室内に伝い歩きができるように家具を配置したり、テープ等を使用して段差を解消し歩行器が通りやすくするなど、利用者が移動しやすい環境を整えるよう工夫が成されています。</li> <li>■機能訓練指導員等のアドバイスをもらいながら、利用者の心身の状況に合わせて介助方法等が検討されています。一人での介助が危険な場合は、2人で介助するなどの工夫が成されていますが、スライドボードやリフト等を使用することで、職員の腰痛予防を図ると共に、より安全に介助できるような取り組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■毎月開催される食事委員会にて利用者の要望や好みを把握するようにし、それを献立に反映できるように取り組んでいます。利用者個々の好き嫌いにもできるだけ細かく配慮できるように取り組んでいます。</p> <p>■敷地内にある畑「やさかファーム」で取れた新鮮な野菜を食材に活用しています。</p> <p>■「春のお食事会」としてお寿司パーティーを実施し、全国のご当地メニューを提供する等、食事の企画にも力を入れています。</p> <p>■嚥下状態が悪い方に対して提供されるプリン状やゼリー状の食事形態でも、もともとの食事に近い形での盛り付けを工夫し、見た目でも楽しめるように工夫しています。</p> <p>■衛生管理手法である「HACCP」に基づいた衛生管理を推進し、適切な衛生管理が行われています。</p> <p>■食事時に音楽をかけたり、利用者に応じて食事席を配慮したり、行事食の写真を貼り出すなど、楽しく食事できるような雰囲気や環境作りに取り組んでいます。</p> <p>■利用者の嗜好や要望に応じて、細かく配慮されていますが、より食事を楽しんでもらうためにバイキング形式等で利用者自身で選択できる選択食の導入等が望まれます。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■管理栄養士により利用者ごとに栄養ケア計画が策定され、「普通食・荒刻み食・刻み食・超きざみ食・嚥下職・プリン食・ミキサー食」と7種の食事形態が用意され、利用者の心身の状況に合わせた食事が提供されています。利用者の急な体調不良時にも柔軟に食事提供が成されています。</p> <p>■食事に関してのマニュアル等を整備し、マニュアルに沿った形での食事提供に努めていますが、人員不足等により職員のペースでの食事提供になりがちです。また利用者の心身の状況に合わせた自助具等の活用も十分に成されていません。食事提供環境の改善が望まれます。</p> <p>■できるだけ経口での食事摂取を維持するために、経口維持のための計画を立て、歯科医師と協力して取り組んでいます。食事前には口腔機能維持・向上を目的とした体操等も成されています。</p> <p>■食事時の誤嚥・喉詰り等を想定した緊急時対応訓練が実施されたり、各フロアに吸引機や喉詰り用の掃除機等が配置されたりしていますが、そういった緊急時に対するマニュアル等の整備が望まれます。</p> <p>■食事や水分摂取量の少ない方に対しては、摂取量の把握には努めていますが、全員の水分摂取量の把握までは行えていません。体調管理の面でも、全員の水分摂取量を把握できることが望まれます。</p>	
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)	<p>■歯科医師の助言や協力を得て、介護職員や看護職員が利用者の口腔状態や咀嚼・嚥下状態のチェックや口腔ケアが成されています。</p> <p>■施設内で年1回、口腔ケアに関する研修が開催されています。</p> <p>■歯科医師により口腔ケアに関しての施設全体の計画が作成されていますが、利用者一人一人の計画が作成され、それに基づいた口腔ケアの実施が望まれます。</p>	

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。	b
(コメント)	<p>■施設内で褥瘡予防に対しての研修が定期的実施され、褥瘡予防対策委員会にて定期的に褥瘡予防や褥瘡が発生した利用者に対しての対応について検討・協議が成されています。</p> <p>■褥瘡の発生リスクを評価するブレーデンスケールにて年4回評価し、対策が検討・実施されています。</p> <p>■栄養面では利用者の食事摂取状況を把握したり、表皮の剥離や褥瘡が発生した利用者に対して栄養状態（アルブミン値等）を把握し、栄養補助食品等で対応しています。</p> <p>■褥瘡予防についての指針や褥瘡予防対策マニュアルに基づき、褥瘡予防についての取り組みがなされていますが、マニュアル等の変更時等、職員に周知できているかどうか確認できる体制の構築が望まれます。</p>	

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。	b
(コメント)	<p>■喀痰吸引等安全委員会を設置し喀痰吸引や経管栄養の手順や個々の利用者の計画が定められ、医師の指示のもと実施されています。</p> <p>■新型コロナウイルス流行の影響により滞っていますが、職員研修や個別指導が定期的実施されています。</p> <p>■介護職員等の喀痰吸引・経管栄養の研修の機会確保に努めていますが、喀痰吸引ができる介護職員の確保が望まれます。</p>	

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)	<p>■機能訓練指導員（理学療法士）が1週間に1度は訓練を実施し、介護職員等にも普段の生活の中で簡単に実施できる訓練内容を指示し、生活の維持や介護予防に取り組んでいます。</p> <p>■機能訓練指導員がケアカンファレンス等に参加し、機能訓練等についての助言や指導を行っています。</p> <p>■利用者個々に機能訓練に関する計画を作成し、3ヶ月ごとに見直し・評価しています。</p> <p>■精神科医が定期的に訪問し、連携をとることで認知症の早期発見や治療等に努めています。</p> <p>■音楽療法士が週1回、各フロアでグループ活動を実施しています。また随時、寝たきりの利用者のもとに訪れ、一緒に歌ったり楽器を演奏したり、寝たきりであってもできるだけ日中活動に参加してもらえるような取り組みがなされています。</p>	

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)	<p>■認知症高齢者でも参加できる様々な日中での活動を個別や集団で実施できるように取り組んでいます。音楽療法士と連携し、音楽を通して精神活動のサポートに取り組んでいます。</p> <p>■普段も生活の中で、洗濯物たたみ等の役割を持ってもらったり、身の回りに家族の写真や愛着のあるものを置くなど、利用者が安心して落ち着ける環境づくりに取り組んでいます。</p> <p>■定期的に施設内で認知症に関する研修を実施しています。令和3年度より介護の資格を持たない職員に対して認知症の研修を受講するように義務付けられましたが、早期に対応しています。</p> <p>■認知症の症状が強い利用者に対しては介護職員・看護職員・医師等が連携し、支援しています。</p> <p>■利用者一人ひとりの日常生活や機能・生活歴については、標準的にアセスメントが行われていますが、より質の高いケアを目指すために、個々の状況に合わせたアセスメントの実施が望まれます。</p>	

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>■「健康管理マニュアル」を作成し、利用者の体調変化への手順が整備されています。</li> <li>■利用者に1日3回の検温を実施し、看護師から介護職員に対して体調の観察ポイントを伝達する等、利用者の体調管理が成されています。</li> <li>■施設内で高齢者の健康管理や病気・薬等についての研修が開催されています。</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。	b
(コメント)	終末期を迎えた場合のマニュアル類は整備されていますが、これまでに施設で終末を迎えたという実績がありません。	

<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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の状況について、家族の面会時やカンファレンス時等に状況を報告しています。面会がない場合は電話や手紙等を活用して報告しています。</li> <li>■ケアカンファレンスにはできるだけ参加を促し、サービス内容の報告や意向を確認するように努めています。</li> <li>■施設の行事に参加してもらうように呼びかけています。家族も参加できる日帰り旅行を計画する等の取り組みが成されています。</li> <li>■感染症流行に伴い、感染症予防に努めた面会方法を実施したり、面会ができない状況であっても、オンラインでの面会を実施する等、利用者と家族がつながりを持てるように工夫しています。</li> </ul>	

<b>評価結果</b>
-------------

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)	非該当	



## 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弥栄園を利用している入所者（及び代理人）
調査対象者数	41人
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）

#### ■利用者本位のサービスについて

特に、「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たか」、「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たか」、「職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれるか」、「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るか」等の項目において「はい」が85%を超えるなど高く評価されています。

#### ■サービス運営について

「職員に相談したいときは、いつでも相談できるか」、「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るか」、「施設に金銭管理を依頼した際、あなたや家族の意向に沿って適切に管理してくれるか」等の項目において、「はい」が70%を超え高い評価となっています。

#### ■介護技術について

「あなたの居室は安全で快適でか」、「食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられるか」で70%以上、また、「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うか」、「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るか」、「機能訓練の目的や内容、実施後の評価等について、説明してくれるか」についても高く評価されています。

#### ■サービスの効果

「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るか」、「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ったか」の3項目すべてで「はい」が90%近くを占め極めて高く評価されています。

■この度アンケートで確認した27項目すべてにおいて、「はい」でない回答は「わからない」など評価できないという利用者が大半で、「いいえ」といった否定的意見はほとんど見られませんでした。利用者にとっては総じて評価の高い施設になっていると思われます。

## 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