

様式1

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	大阪老人ホームうえだ	
運営法人名称	社会福祉法人 聖徳会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	巽 尚子 (施設長)	
定員(利用人数)	88名 (ショートステイ定員12名)	
事業所所在地	〒580-0016 大阪府松原市上田8-11-11	
電話番号	072 - 339 - 1661	
FAX番号	072 - 339 - 1660	
ホームページアドレス	http://www.shoutokukai.net/	
電子メールアドレス	tairouueda@shoutokukai.or.jp	
事業開始年月日	平成22年4月1日	
職員・従業員数※	正規 48名	非正規 32名
専門職員※	社会福祉士4人 介護福祉士41人 介護支援専門員1人 理学療法士2人 社会福祉主事2人 医師2人 正看護師6人 准看護師3人 管理栄養士1人	
施設・設備の概要※	[居室] 個室100室(うちショートステイ用12室)	
	[設備等] 共同生活室(食堂・デイルーム)10室、調理室 喫茶室、地域交流スペース、一般浴室1室、特浴室3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	5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】

【理念】

わたくしたちは人権尊重の精神を基盤に、自らの知性を高め、常に反省、親切、相互理解に努め、誠の心を養い、高齢者と子どもたちの自由と権利を守り、明るく健康的な生活ができるように精進します。

【基本方針】

地域住民と共に創り・支え・暮らす中核施設として、安定した運営、機能の充実を図る。

【施設・事業所の特徴的な取組】

法人の由来は、明治35年12月に全国で4番目の養老施設として創設した「大阪養老院」を起源としています。昭和55年5月に開設した特別養護老人ホーム「大阪新生苑」の老朽化に伴い、平成22年4月に特別養護老人ホーム「大阪老人ホームうえだ」として新築移転して開所。

全室個室のユニット型特養で入居者88名ショートステイ12名、計100名の方が生活されています。各ユニットそれぞれの特徴を活かしながら、24時間シートに一日の生活を記入し、そこから得られた情報を共有して、おひとりおひとりに合わせたケアを提供しています。

1ユニット10人で専任のスタッフによるユニットケアを提供しています。

部屋は1人8畳の個室で、ベッド、洗面台、エアコンを設置しています。

使い慣れたタンスやテレビ、机、いすなどを自由にお持込みいただけます。

施設内に喫茶ルームがあり、ご家族も一緒にご利用いただけます。

行事や様々なレクリエーションを行っています。また、積極的に地域への外出・外食を行っています。

法人内には診療所もあり、必要に応じて医師の診察・治療も受けられます。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 ふくてっく
大阪府認証番号	270003
評価実施期間	平成33年10月13日～平成34年7月22日
評価決定年月日	平成34年7月22日
評価調査者（役割）	1401A138（運営管理委員） 2101A016（運営管理委員） 1201A029（専門職委員） 0401A052（その他） 1701A024（その他）

※書式の入力設定の都合で年号が「令和」表記になりません。
平成33年は令和3年、平成34年は令和4年と読み替えてください。

【総評】

◆評価機関総合コメント

施設は天王寺から近鉄南大阪線で最寄り駅の河内松原まで約10分、駅から施設まで歩いて約10分と大阪市内からのアクセスが良く、また、車でも阪神高速道路、西名阪自動車道、近畿自動車道の松原JCTがあり、車での便も良い。

法人は120年の歴史を持ち、松原市に根差した地域課題とともに広く我が国の福祉課題と真摯に向き合っています。理念・基本方針にもあるように、人権尊重を基盤として地域住民と共に創り・支え・暮らす中核施設として、安定した運営、機能の充実を図っています。その壮大な中・長期ビジョンに基づいて事業計画を作成し、さらに各係、各フロアでそれぞれの職員が参画して当該係・フロアの事業計画、月次目標を作成して取り組んでいます。そのプロセスの中で、トップのビジョンが周知されるとともに、職員の想いが汲み上げられています。毎月の運営会議で使われる事業報告（書）には方針・事業・サービス供給体制・課題と対策が明記されており、施設内の課題を共有化するものとして優れた内容かつ構成となっています。

◆特に評価の高い点

【組織と会議体の構成】

法人及び事業所内の組織が段階的かつ横断的に整備されており、福祉サービスの向上を組織的に取組める体制が整っています。

特に、各種の会議では事業運営代表者会議、運営会議、フロア会議、チーフ会議、課や係による会議、各委員会、各種サービスグループ、といった管理職から職員まで階層別、職種別、目的別、テーマごとの構成がみられ多角的な検討がなれる場が設けられています。

【施設長のリーダーシップ】

施設長は、朝礼をはじめ組織内の様々な会議に出席して、福祉事業を遂行する上で欠かせないコンプライアンスの徹底福祉サービスの質の向上に指導力を発揮しています。経営の改善や業務の実効性を高める取組に自らも率先して取り組んでいます。

【職員の確保・育成計画と人事管理、低い離職率】

施設長は人材採用の基本方針を明確化して人材確保に努めています。

日常的な職員間のコミュニケーションを重視するとともにワークライフバランスにも配慮して、働き安く魅力ある職場づくりに努め、低い離職率を実現しています。理念や「私たちの誓い」に、「期待する職員像」を明らかにし、人事考課の取組の中で一人ひとりの目標設定と目標達成やスキルアップを支援して、リーダー職員クラスのマネジメント能力向上に努めています。

【地域との交流、地域福祉課題への貢献】

「地域住民と共に創り・支え・暮らす中核施設」を目指して、地域への積極的なアウトリーチに努めています。コロナ禍以前にはボランティアの導入も充実して、利用者の日常生活を豊かに支えていました。地域とのかかわりを通じて把握した地域福祉ニーズに基づいて、地域への配食サービスのほか公益的な事業・活動を行っています。

【利用者本位、利用者の権利擁護】

理念や「わたしたちの誓い」、施設独自の「私たちの3か条」さらに事業計画の主な取り組みにも利用者尊重へ姿勢が明記され職員への周知も行っています。

職員は利用者が自分らしく日々の暮らしを主体的に過ごせるよう配慮するとともに、適切なコミュニケーションを行い。意思の表出が困難な利用者についてもその表情等、非言語サインにも気を配っています。

リスクマネジメント委員会では、ヒヤリハットや事故、ひいては人権侵害の入口となる「不適切ケア」について職員の共通理解を深めています。

【利用者からの意見・苦情の受け止めと対応 第三者委員の活動】

利用者から相談や意見を述べやすい環境を整え、その仕組みをイラストも交えてわかりやすく示しています。法人に8名の第三者委員をおき、年1回の第三者委員懇談会で前年度の苦情等を総見して助言するなど、しっかりと活動しています。

【標準的実施方法】

標準的実施方法が文書化され、各フロアにファイルを常備して活用されています。

【個別支援計画の策定と電子化記録の活用】

ケアマネジャーを中心に、多職種が連携してアセスメントに基づく個別支援計画を策定しています。PCソフトにより福祉サービスの実施記録を職員間でリアルタイムに共有しています。福祉サービス実施計画の見直しは、やはり多職種連携で定期的実施するとともに、心身状況の変化にも適時に対応していますが、個々においても記録の電子化が有効に機能しています。

【快適な生活環境と日常生活支援】

完全個室で、利用者一人ひとりのプライバシー保護と快適な生活環境を提供しています。

職員は、入浴・排泄・移動等の日常生活支援については、利用者一人ひとりの心身の状況に合わせ、また思い思いの主体的な生活を支えて見守る姿勢で対応しています。

【豊かな食生活】

利用者の嗜好に合わせてきめ細かな配慮を施した食事を提供しています。利用者の眼前で調理を行う取組や利用者と共におやつ作りを行う食事レクも行っています。さらに、出前をとることも推奨するなど、利用者が施設内で摂る食事の満足を徹底して保障しています。

【特別なケア】

褥瘡発生予防・ケア、喀痰吸引、機能訓練・介護予防、認知症ケア、急変時の対応など、困難なケアについて職員は高いスキルをもってチームケアに努めています。

【ターミナルケア】

基本方針として、利用者本人と家族の想いを尊重した「看取り」を旨として対応の手順を定め、適切に取り組んでいます。施設内に祭壇を設置し、職員及び故人と親しくしていた利用者が故人を偲ぶ機会を設けています。職員に対する研修やメンタルケアも充実した取組を行っています。

◆改善を求められる点

【事業計画の利用者等への周知

サービス内容や苦情解決の仕組みに関する分かりやすい説明】

事業計画はファイリングして閲覧に供するほか、季刊誌にもわかりやすく掲載して周知に努めていますが、周知の状況は十分ではありません。

利用者に直接かかわる内容については、より丁寧に説明して理解を促すことが求められます。

同様に、サービスの開始・変更の際には利用者がわかりやすい資料を用いて説明することや苦情解決の仕組みの理解を促すことは、利用者の満足度を向上するだけでなく、利用者本位の要として重要です。

【外部監査の実施】

経営規模に即して、外部監査の必要はないとのことですが、法人全体の経営・運営状況の透明性をより高めて。地域からの信頼を得るためには、外部監査の実施を期待します。

【関係機関との協働】

関係機関との交流は充実していますが、それらの機関と協働して地域課題の解決に取り組むことが十分ではありません。地域福祉の中核施設を目指すという展望があればこそ、より積極的な活動を期待します。

【プライバシー保護に関する行動規範の明文化】

各種の支援マニュアルには利用者のプライバシー保護や権利擁護の趣旨が盛り込まれていますが、プライバシー保護に特化した行動規範の明文化がありません。

新人職員や今後増加する技能実習生の研修を徹底するためにも、文書の策定が求められます。

【避難訓練への利用者参加】

定期的を実施する避難訓練への利用者参加は、利用者の特性上難しいことが理解できますが、万一来て備えて専門家のアドバイスを得て方策を講じるよう期待します。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を前年度受審予定でしたが、新型コロナウイルス感染症の影響で、今年度に受審となりました。

受審したことで、客観的な立場で評価していただき、施設での課題が明確化されました。また、ご利用者・ご家族のアンケート調査結果で、総合的に高い評価をいただいたことは、大変うれしく職員への励みの言葉になりました。これからも丁寧な対応を心掛け、信頼関係を築き、安心・安全に過ごしていただける場所として、さらに良いサービスの提供ができるように、全職員一丸となって取り組んで参ります。

◆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)	<p>理念・基本方針はホームページ（以下「HP」）や各事業所のリーフレット、事業計画書に記載しています。リーフレットは一枚もの表裏に、提供するデイサービス事業の概要紹介に沿って、その冒頭に法人理念を明記しています。理念の文字はやや小さいですが、写真等をふんだんに盛り込んで、事業所特性や理念に込めた想いをわかりやすく伝えていきます。また理念を各フロアや職員詰所に掲示しています。職員は毎朝のミーティングおよび月1回のフロア会議で理念や施設の3か条を唱和し、その理解を深めています。</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>中期経営計画に、国および大阪府、松原市の状況分析、法人の高齢者福祉部門の課題を具体的に表記しています。月次の業務報告書に実績報告、事業課題と対応をまとめ、法人代表者会議で各事業所の報告を総覧して地域福祉にかかる動向を把握・分析しています。月次報告では事業所の利用動向（利用者数・稼働率の推移）をタイムリーに分析して経営状況の把握に努めています。</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>前項目で評価したように、毎月の法人代表者会議において各事業所の月次報告等から現状の把握と経営課題の明確化が行われています。改善すべき課題は各事業所代表を含む役員間で共有され、その解決・改善に向けた具体的な取組が進められています。次に施設の運営会議ではフロアチーフ以上の管理職と介護支援専門員（以下「CM」）、生活相談員が毎月の事業報告をして課題の把握や改善の取組を行っています。さらに各フロアでは、課題について月次目標を立てて具体的な取組を進めています。ただ、経営課題分析の取組状況は職員には概ね伝わっていますが、中堅・ベテラン層に否定と「わからない」の声がかなり見られます。全ての職員が管理職以上の取組に理解を持つことが大切ですので、今後はその取組経緯の周知を期待します。</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。

a

(コメント)

中・長期計画は、法人のおかれている現状、地域福祉を取り巻く社会情勢の動向をふまえ、ミッションの実現に向けたビジョンを示しています。到達目標については数値化できないものもあり、十分ではありませんが具体的な成果目標を示しています。また、毎年度期末の事業計画評価を通して、必要に応じて中期経営計画の見直しに反映されています。次期、中・長期計画案（2025年目標）では、2040年を見据えた8つの取組みが掲げられています。

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。

a

(コメント)

中・長期計画を踏まえ、「4つの主な取り組み」（①利用者の支援に対する基本姿勢、②地域社会に対する基本姿勢、③福祉人材の確保・育成に対する基本姿勢、④経営マネジメントの健全性に対する基本姿勢）として単年度事業計画を策定しています。施設の事業計画に基づいて、フロア・課・係がそれぞれの部門に即した具体的な内容で個別の事業計画を策定しています。それらは計画の内容によっては数値目標の設定が困難なものもありますが実施状況の評価を行える内容となっています。

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。

a

(コメント)

施設の事業計画を各フロアに配布し、フロア会議で周知、理解を促しています。また、施設の事業計画に基づいてフロア・課・係ごとに事業計画を策定し、半期ごとに事業の進捗状況を確認しています。また各フロアでは、月ごとの担当職員が事業計画に基づき月次目標を策定し、評価を行い次月の目標設定に繋がっています。

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)

事業計画は施設の玄関及び各フロアにファイリングして設置しています。また、施設及び各フロアの季刊誌を各フロアに掲示するとともに家族へ配布して、利用者や家族等に周知しています。季刊誌には年初には基本方針と共に施設およびフロアの年間目標を掲げ、写真も交えて入浴やレクリエーション等利用者の日常生活にかかわる事業計画を利用者や家族等にもわかりやすく掲載しています。例年実施していた家族への報告会はコロナ禍によって中断していましたが、感染対策を徹底して再開することを計画しています。

		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)	福祉サービスの質向上に向け、各種サービス担当や係・利用者が生活する3つのフロア・各種委員会・施設全体・法人及び第三者委員懇親会といった、段階的で横断的な組織体制を整備しています。特に前年度の事業計画において「質の高いサービス提供ができる組織体制の構築」を重要課題に掲げ組織的な取組みも見られます。それぞれの組織は目標の実行状況およびその評価や見直し、目標の再策定を行う会議を、毎月・半年あるいは年度ごとに計画的に実施しています。法人は、事業運営代表者会議を開催し、理事長や役員及び管理職により施設全体の月次目標とその評価結果の確認及び分析をする場を設けています。	
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)	施設全体・各課・フロア・係といった組織ごとの目標や評価結果は毎月「事業報告」として文書化されています。各課・フロア・係・サービス担当ごとに毎月持ち回りで担当職員を定め、フロア会議等を主催し、目標の評価および課題や改善策の検討をし、次月の目標を定め職員間で共有しています。毎月の各フロア会議の結果は施設管理職が参加する運営会議において、施設全体で共有されるとともに改善計画の見直しも行われています。	

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。	a
(コメント)	施設長は法人理念や「わたくしたちの誓い」、事業計画、さらには「私たちの3か条」を駆使して、施設の取組みの周知に努めています。事業計画は施設のエントランスや各ユニットに利用者・家族が閲覧ができるように置かれ、施設長自らの取組みは季刊誌等にわかりやすく掲載しています。また、事業運営規程や重要事項説明書には施設長の役割を明文化しています。	
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。	a
(コメント)	施設長は、外部研修会への自ら参加して法令の改定等を理解するとともに、職員の研修への参加を促して、内容報告と資料回覧等を通して職員への周知を図っています。さらに法人本部及び研修委員会が主催する研修を実施し、職員に対し関係法令の周知と厳守指導に努めています。また関係法令は自主点検表を用いチェックがなされており、関連法令の理解と職員への周知に努めています。	

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。
(コメント)	施設長は毎月の運営会議において、施設全体の業務報告から利用者一人ひとりの状況まで、一連の把握につとめ、評価や取組方針を示しています。またサービス種別ごとに各フロアから代表を選任して担当者会議を設定し、職員主体の取組を促して指導に努めています。さらに日々の朝礼を通じて、施設全体に係る方針の伝達、施設内の日常の把握や利用者一人ひとりへのサービス提供状況の把握に努め、課長と連携を図りながら職員への助言及び福祉サービス向上へのリーダーシップを発揮しています。
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。
(コメント)	業務の実効性を高める組織体制は事業運営規程に明記されており、さらに事業計画にはサービスの供給体制や課題が明記されています。施設長はそれらを踏まえ、管理職以上が参加する運営会議・チーフ会議において、人事や環境整備等の各種マネジメントに努めるとともに、日々朝の礼へ参加を通して業務の実施状況を具体的に把握し、積極的に改善への取組を行っています。さらに職員の働きやすい環境づくりを常に心がけており、結果として離職率の低い職場環境づくりが実現されており、この取り組みについては大変高く評価できます。

		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。	a
(コメント)	事業計画に、福祉人材の確保についての基本姿勢や中期的な人材戦略の構築と人材採用への基本方針を明示しています。人員体制については年度ごとの事業計画に明記されています。具体的な取組みとして、施設見学や実習を通じた人材確保を行っています。キャリアパスを明確にすることで、職員が目指すべき姿を示し、新人教育においては「スマイルプロジェクト」を計画的に実施し、新人が定着しやすい職場環境を整えています。また法人は、各施設から広報あるいは見学者対応ができる職員を選抜して人材確保プロジェクトチームを組織し、人材確保に必要な採用活動等に取組んでいます。	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	「期待する職員像」は法人理念や「わたくし達の誓い」「私たちの3か条」に明記しています。事業計画ファイルの冒頭に収録するとともに、朝会等で唱和しています。就業規程に人事に係る基準を明記するとともに、給与規則に専門職や資格に対する処遇を明記しています。約2年前に人事考課制度を見直して総合的な人事の仕組みを構築するとともに、考課表も見直して、キャリアパス表、各キャリアの具体的な姿、さらに評価基準を明確にしています。年2回の考課面談により職員の意向や意見を把握する機会を設けています。	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
(コメント)	勤怠管理システムを近年導入し、職員の勤務時間の管理をして、必要時には生活支援課長自らが職員のフォローを行う等の業務の平準化が図られています。年2回の人事考課面談だけでなく、日常的な職員同士のコミュニケーションを重視して職員の意向やワーク・ライフ・バランスの向上に努めております。事業計画の課題と対策の第一に掲げている「はたらきやすい魅力ある職場づくり」に対しては、組織的な取り組みがみられ、低い離職率を継続していることは高く評価できます。	

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)	法人理念や「わたしたちの誓い」「私たちの3か条」といった、長年培った職員像が職員間に浸透しています。さらにキャリアパスが明確になっており、職員の目標設定や計画作りがしやすく、約2年前に改定した人事考課制度が有効に機能しています。人事考課表の目標記載欄が管理・職務・業務ごとにPDCAサイクルを形成する方式になっており、目標から達成状況把握およびフィードバックが一人ひとりに行いやすくなっています。年に2回の人事考課面談で目標の進捗状況を確認するとともに、人事考課結果のフィードバックもなされており、達成度の評価が職員に伝達されています。	
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。	a
(コメント)	事業計画や「わたしたちの誓い」「私たちの3か条」に、福祉人材育成に対する基本姿勢や期待する職員像が明記され、人材マネジメントへの取り組み方針も示されています。年度研修計画に、職種ごとに必要な研修がまとめられ毎月受講する研修が明記されており、コロナ禍でもWEB研修で可能な研修に取り組んでいます。法人の研修委員会において年度ごとに必要な研修の実施計画やその評価・見直しがされています。研修の振り返りシートを個人が作成し、研修内容の理解度の確認や研修計画の見直しに活用されています。	
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。	a
(コメント)	人事考課制度の中で、個々の職員の技術水準や資格の取得状況が把握されています。新任職員に対しては「スマイルプロジェクト」を立上げて、担当職員を含めた組織的かつ手厚いOJTがなされていることが評価できます。一方で一定の技術習得をした職員や管理職候補に対する具体的なOJTについては今後の課題となっています。研修委員会は年度ごとに職員の職種やキャリアに応じた研修計画を策定しています。また施設として外部研修の案内や参加の推奨がなされています。研修への参加に対して職員間の勤務時間の調整等の配慮がなされており、パート等の非常勤職員も研修への参加が可能なよう研修の録画配信を行っています。	

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
(コメント)	実習プログラムには、本施設に限定せず、法人内の他事業所・施設において生活相談員、看護師、機能訓練指導員等の多職種のもとで学べる機会を設けています。また、実習生自身が日ごとの目標を定め、学びたいことを明確にするなど、実習生の自主性を重んじています。実習指導者は社会福祉士、介護福祉士の実習指導者の外部研修に参加しています。	

		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。	a
(コメント)	HPに法人の理念や基本方針をはじめ、提供する福祉サービスの内容や定款、財務諸表、現況報告書、苦情処理状況を公開しています。苦情・相談体制を施設内に掲示し、苦情処理情報をHPで公開しています。また、ワムネットで第三者評価の受審結果を公表しています。 法人の理念や基本方針等の記載されたパンフレットを見学希望者や入所申込者に対しても配布するほか、法人が運営しているクリニックや健康教室の会場に設置しています。	
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)	法人の業務分掌に事務、経理、取引等に関する権限及び責任が明示され、毎年内部監査を実施しています。監査法人の外部監査を受ける事業所に該当しませんが、月次試算表を作成するタイミングで経営コンサルタントの助言や指導を受け、経営改善に努めています。	

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)

法人の基本方針には「地域住民とともに創り・支え・暮らす中核施設」と謳われており、地域との関わりを大切にすることが明記されています。施設では、コロナ禍以前は地域の祭りへの参加、施設内行事への住民招待、幼稚園児との交流など、様々な形で地域の人々との交流がありましたが、コロナ禍の現在、実施できていません。理美容者の訪問日程をボードに記入し、カット・散髪など、今できる範囲で、地域の社会資源の活用を促進しています。

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。

a

(コメント)

ボランティア受け入れマニュアルは整備されています。法人内で年1回ボランティアの会議を開催し、ボランティア同士の交流をはかると共に、今後の活動についての提案や依頼も実施しています。コロナ禍以前は、ボランティアが行事の時のお手伝い、手品・読み聞かせ、レクリエーションなどに活躍し、利用者の生活の充実に貢献していました。コロナ禍で、ボランティアの受け入れ、小中学校の職業体験は実施できていませんが、ウイズコロナの時代、細心の注意を払い、感染症予防対策を講じながら、ボランティアを受け入れ、レクリエーションの充実を図るなど、利用者の日常生活が豊かになるような方策に期待します。

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)

社会資源のリストを作成し、職員間で情報の共有化が図られています。文字だけのリストを写真などを活用して見やすくわかりやすいように改善することが検討されています。松原市「介護予防・日常生活支援総合事業」において、当法人のケアセンターが松原市地域包括支援センターのランチに位置づけられています。加えて、関係機関と連携し緊急ショートステイの受け入れも行い、民生委員から地域で困っている方の相談を受け付ける等、関係機関との連携が適切に行われています。

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 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)

施設では配食サービスを実施し、独居老人に昼食を手渡すと共に、見守りを実施し、連絡がとれない時は、即関係機関に連絡するなど、地域の独居老人の支援に取り組んでいます。また、法人では、地域貢献事業として、地域向けの介護予防スタジオを作り、認知症エクササイズのほか、脳の健康教室などを開催したり、住民の相談に應じたりしています。スタジオ内に、アカデミーを開校し、介護予防のための、講義×実践をコンセプトに、様々なテーマで学習活動を実施する中で、地域の福祉ニーズの把握に努めています。そのほか、法人では中間的就労事業に参画し、法人内別施設で雇用しています。

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)	法人は、総合生活相談と緊急・窮迫した生活困窮状況に対して現物給付による迅速な支援を行う「生活困窮者レスキュー事業」に参画しています。また、法人は大阪府下の災害派遣福祉チームに登録し、当施設でも3人が要員として登録し、研修を受講して、活動体制を整備しています。地域の認知症サポート支援チームに職員が参加しています。また、地域との合同防災訓練を実施し、その折にアンケートを実施して、地域の福祉ニーズの把握に努めています。施設長は、近くの高齢化した府営住宅居住世帯を、一方的に支援するのではなく、お互いが協力あって支えあう協力体制の整備意向をもってしています。以上のように、法人及び施設は、地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動に積極的に参画しており、そのことは高く評価できます。	

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。	a
(コメント)	法人理念や「私たちの誓い」「私たちの3か条」さらに事業計画の主な取組みにも利用者尊重への姿勢が明記され職員への周知も行っています。施設内には人権尊重の姿勢を掲示しています。法人研修委員会は倫理規定や基本的人権への配慮に関する研修を計画的に行っており、職員への周知に努めています。利用者尊重や基本的人権への配慮は重要事項説明書に明記し、リスクマネジメント委員会等における目標に掲げ実践しています。第三者委員懇親会が開かれており、評価および改善の場も設けられています。	
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)	事業計画の、支援における基本姿勢において、具体的な取り組みの一環に人権尊重およびプライバシーへの取り組み姿勢が明記されています。法人研修委員会が実施する研修において利用者のプライバシー保護への理解を図っています。全室個室の完備、ユニットごとにリビングダイニングのある環境が整備されて、利用者が私生活を快適に過ごしやすい環境が整えられており、さら自宅にいると同等の生活、本人の自由、利用者の目線に合わせた対応を職員は心がけています。	
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)	利用を検討する方や家族等には、常に相談に応じる体制を整えて、特養の特性や本施設の特徴を具体的な資料に依って分かりやすく説明し、本人の意思決定を支援しています。コロナ禍で、施設見学や体験入所は困難になっていますが、紹介動画などを活用しながら可能な範囲で案内しています。多くの人の目に触れる公共施設等に特養の案内資料をおくことは近年では現実性を失っており取組んでいませんが、同法人が運営するクリニックや健康スタジオに資料をおくほか、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所のCMへの施設情報の提供に努めています。	

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。	b
(コメント)	利用開始時に、CMが利用者と家族等に重要事項の説明を丁寧に行っています。半期に一度、カンファレンスを行って、ケアプランの見直しを行います。コロナ禍以前は家族（場合により利用者も）参加していました。コロナ禍以降は、カンファレンスへの家族参加はできていませんが、事前に電話等で家族の意向を聞き取り、計画変更内容（利用者の心身状況の変化や介護保険改訂に伴う料金変更など）を伝えています。今後は、内容が多岐に亘る重要事項説明を利用者や家族等にわかりやすく説明するための資料作成等の工夫を期待します。	
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。	a
(コメント)	他の施設等へ移行する場合は、ケアサマリー、介護サマリーおよび医療情報指示書を引き継いでいます。ターミナル期に、病院へ移行して延命措置をとるか、施設での看取りを希望するかについては、本人と家族の意向を尊重しつつ、多職種連携で丁寧に対応しています。一時的な疾病や精神的不安定により病院に入院し、治療を受けて再び施設に戻るケースにおいては、看護師が中心となって対応しています。家庭への復帰はごく稀ですが、いずれにしても利用を終了する場合は、その後の相談体制を整えていることを伝えています。	
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)	毎月1回食事アンケートを実施して利用者の嗜好を把握し、献立を見直して利用者の希望に応じて工夫しています。また年に1回、サービス担当者会議を開催して、各ユニットでのサービス提供状況や利用者の満足度を確認しあっています。6カ月に1回、カンファレンスを開催し、サービス内容の見直しを行うとともに、電話等で家族から個別に希望を聴取しています。コロナ禍において、家族会は開催できていませんが、差し入れや日用品持参時の対応や、電話連絡等で聴き取る様にしています。ただ、利用者満足度の把握について、食事アンケート以外には具体的な取組が行っていません。	
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)	苦情解決の体制を整備し、重要事項説明書に記載して説明するとともに、施設玄関に掲示しています。また、苦情の内容や解決経過を記録に留め、職員間に回覧するとともに会議でも取り上げて、職員間に周知して改善に取り組んでいます。本施設においては、併設する配食サービスの配達過程に対する苦情のほかは、福祉サービスにかかる苦情は近年発生していませんが、法人では全施設の苦情発生と解決状況を一覧表として公表しています。さらに、第三者委員懇談会を年一回開催して、前年度の苦情内容や解決経過を報告し、第三者委員から意見や助言を得てサービスの質の向上に繋げる取組があります。今後は、利用者の認知機能にも配慮したわかりやすい資料作成を期待します。	

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。	a
(コメント)	施設は全室個室である上に、共用の談話室にはソファコーナーを随所に分散し、各ユニットごとに相談室を設ける等、利用者が相談しやすい環境を整えています。相談方法等を説明した文書を施設玄関や各ユニットに掲示するほか、ファイリングして閲覧に供しています。職員は、この施設が利用者にとっての「お家」であると心がけて、落ち着いた態度で接してコミュニケーションに努めています。今後は、掲示文書等をさらにわかりやすくする工夫を期待します。	
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)	利用者の認知特性上、意見を文書で表出することは期待できませんが、職員は日々の支援やコミュニケーションを通じて常に利用者の気持ちに向き合っています。また、利用者一人ひとりについて「個人ノート」を作成し、職員が把握した利用者の意見等を書き留めて組織で共有しています。把握した意見等に基づいて、フロアで検討し改善に努めています。今後は、職員の感受性や資質、利用者との信頼関係等に伴うバラツキの極小化を図り、組織として、より迅速に対応できるよう、マニュアル等の策定とその定期的な見直しを期待します。	
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)	月1回、施設長を責任者とし、各専門職、各フロアサブチーフを構成員とするリスクマネジメント委員会を開催し、ヒヤリハット報告書をもとに事故を検証し、今後の未然防止策を検討しています。また、リスクマネジメントリーダーが、ヒヤリハット事例を、その発生時間帯や場所別に統計分析して、安全対策の検討材料としていることは高く評価できる取組です。そして、その結果をサブチーフに説明するとともに、フロアに配備し、フロア内で回覧し、フロア会議でも話し合っ、事故防止に繋げています。年に2回、安全・事故防止研修を実施し、職員の意識を喚起しています。	
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。	a
(コメント)	法人では、医師、看護師、管理栄養士、理学療法士、各施設の施設長・主任等で構成される感染症対策予防委員会を設置しています。感染症の基礎知識からその感染症の特徴や予防・発生時の対応等がまとめられた従来の感染症マニュアルの他にコロナ感染症マニュアルを整備し、適宜更新を行い、各フロアに配備して、職員に周知し、対策の徹底を促しています。コロナについては、2週間に1回のPCR検査、また、職員の高い危機管理意識が功を奏して、利用者の感染を防いでいます。	

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)	<p>災害発生時、福祉サービスの提供を持続するため、BCP担当職員を設置し、体制の整備を図るとともに、コロナ禍の教訓から、感染症を盛り込んだ事業継続計画を立案中です。「地震、防災マニュアル」を整備しており、「非常食マニュアル」には充実した備蓄リストと保管場所が明示され、職員に周知しています。また、看護課内には医学的に必要な備品が備蓄され、月1回点検しています。</p> <p>利用者の安否確認は職員が部屋に向いて、職員の安否確認はフロアグループLINEで、行うことがルール化されていますが、さらにLINE使用が不可能な場合を想定して、新たな方法を模索しています。3ヶ月に1回、災害時の職員の対応体制を確認するための避難訓練を実施しています。利用者をまじえての避難訓練は、警報音でパニックになる利用者もいる等の状況下、実施が難しいのが実情ですが、専門家のアドバイスを得るなど避難訓練の実現に向けた方策を講じることを期待します。</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。	a
(コメント)	<p>提供する福祉サービスの標準的な実施方法が文書化され、各フロアに設置して職員がいつでも確認できるようしています。施設では標準的な実施方法に沿った支援の研修を行い、新人職員には標準的な実施方法を確認できる時間を設けています。</p> <p>毎月、フロア会議やサービス検討グループにおいて支援が適切に実施されているかを確認しています。</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>各フロアに各サービスの担当を設けており、サービスの実施状況を確認し、各サービス検討会議で福祉サービスの標準的な実施方法について検討が行われています。見直しの時期は定められていませんが、毎年見直しを行い必要に応じて改訂を行っています。検証・見直しにあたり、個別的な福祉サービス実施計画の内容が必要に応じて反映されていますが、内容によっては試行錯誤に時間を要し、直ぐに反映できていないこともあります。</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。	a
(コメント)	<p>入所時はCMがケアプランを作成し、入所後1か月以内に居室担当職員、CM、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員が参加して見直しが行われ、支援実施計画を策定しています。毎月、居室担当職員がモニタリングを行い、適切な福祉サービスの提供が行われていることを確認しています。見直しの際は、先ず居室担当職員が利用者の心身状況に変化がないかを評価し、フロアの職員全員で見直しを検討した後にCM、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員が参加して、福祉サービスの実施計画を策定しています。</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。	a
<p>(コメント) 個別の福祉サービス実施計画は居室担当職員、CM、看護師、管理栄養士、機能訓練指導員が参加して、6ヶ月に1回見直しが行われています。また、ADLの低下や体調面に変化があった場合、退院後などにも、必要に応じて見直しを行っています。 見直しによって変更した福祉サービス実施計画の内容はフロア会議や記録ノートで職員に周知しています。</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。	a
<p>(コメント) 記録の電子化を導入して、サービス実施状況等の記録業務の省力化を図っています。また、例えば利用者の体温測定装置から直接に記録入力されるなど、負担の軽減と誤記を防止する仕組みとなっています。さらに、各ユニットに1台のタブレットを配置し、PCと連動させ、多職種が確認・入力することで、リアルタイムの情報共有を実現しています。導入した電子化システムは、常勤の中堅・ベテラン層にはやや弱含みながら、多くの職員に肯定的に受け入れられています。加えて、電子化情報とは別に、各種連絡ノートを作成し、朝夕のミーティングで情報を共有しています。今後は、各ユニットのタブレット配置数を増やして、さらに記録の効率化を図ることを期待します。</p>	
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
<p>(コメント) 電子化された利用者情報は、適切にセキュリティ管理が施されています。個人情報保護に関する規定を定めて、職員への教育・研修を行い、職員はその趣旨を理解して遵守しています。また個人情報保護に関する方針や取組は、重要事項説明書に明記して利用者や家族等に説明しています。</p>	

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。	a
(コメント)	職員は利用者のペースに合わせた支援を心がけ、利用者ノートや機能訓練表で利用者一人ひとりができることや興味のあることを確認し、利用者の日中活動に反映しています。カーテンの開閉や洗い物など、利用者が日常生活で役割が持てるようにし、職員は何かをしてもらった際には、利用者へ感謝の気持ちを伝えることを大切にしています。	
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。	a
(コメント)	職員は日頃の関りの中から利用者の思いや希望を把握するように努めています。食事介助の時や、利用者がフロアでくつろいでいる時、あるいは、夜勤の巡回時等に利用者とのコミュニケーションを図っています。話をする際には利用者と同じ目線で、低い声でゆっくり話すように心がけて、言葉づかいについても「言葉使いNG集」等を参考に改善につとめています。難聴の方には筆談やゼスチャーを交えてコミュニケーションをはかり、意思表示が困難な場合は利用者の表情や動作など、非言語サインを見逃さないように理解につとめています。看護師や機能訓練指導員も日々のフロア巡回際には利用者とのコミュニケーションを大切にしています。	
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)	法人理念や「わたくしたちの誓い」「私たちの3か条」および事業計画の基本方針に身体的拘束・不適切ケアの防止を掲げており、職員に対する権利擁護や虐待防止への周知を図っています。事業運営規程に「虐待に関する事項」を定め、人権の擁護、虐待の発生や再発防止に向けた4つの措置を掲げ、発見時の速やかな通報を促すとともに、施設内各所には虐待に関する相談・通報先が掲示されています。また重要事項説明に、権利擁護や虐待の防止（権利侵害）の為に必要な3つの措置を明記して、利用者やご家族への周知も図っています。さらに人権擁護・虐待防止に向けてた職員研修が行われており、不適切介護やスピーチロック及びグレーゾーン（ことばづかい）について具体的に話し合おう機会を設け、早期発見や日常の改善への取組みがなされています。	

		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)	施設は完全個室で、それぞれの部屋に畳コーナーがあり、利用者はなじみのある家具等を持ち込んで思い思いの空間を創ることができています。各ユニットの共用室は、その時々の入所者の特性に配慮して、可能な限り食事を摂るスペースとくつろぐスペースを分けています。10名単位のユニットに、3か所のトイレを分散配置して、利用者のトイレ移動の負担を軽減しています。また各階にセミパブリックゾーンを設けて、各ユニットに直接エレベーターや階段を面さないようにして家庭的な雰囲気をつくり、電気錠などの閉鎖的施設管理を避けています。	

		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。	a
(コメント)	4階に、座位保持が可能な利用者用にリフトを併設した中間浴、2階および3階に特浴装置を設けて、利用者の心身状況に配慮した入浴形態で対応しています。また、利用者の希望に沿って同性介助を行っています。年間目標として、利用者が安心・安全にリラックスして入浴できることを掲げ、職員は各利用者の情報を共有して取組み、毎月ごとに評価して次月の取組に反映しています。コロナウイルスや疥癬など各種感染症対策を徹底しています。職員は、洗身中に利用者の皮膚状態を観察して健康状態等を確認しています。	
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)	A-2-(1)-①で評価したように、各ユニットには十分なトイレが用意されていますが、利用者の心身状況にあわせて各個室にポータブルトイレを配置するほか、利用者個々に適した排泄方法やパットの使用を行っています。トイレ誘導やオムツ交換などに際して、利用者の羞恥心に配慮した声かけに努めています。また季節変動や気温変化に伴うパット内むれ状況や皮膚状況変化に留意して排泄支援を行っています。職員は陰部清拭を行って皮膚トラブルの防止に努めています。この際、清拭タオルが冷めないよう保温バックを使用しています。交換したオムツ等、排泄支援に伴う汚物を各居室から外周バルコニーを経由して汚物処理室へ搬送することによって、利用者へ不快感を与えないよう配慮しています。毎月のサービス担当者会議で各フロアの取組を報告・評価して、次月の取組に反映しています。	
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)	施設では自立した日常生活行為を通して利用者の残存機能の維持を図っています。利用者の移動に際しては、見守りを旨としていますので、利用者の状態に応じた福祉用具をCMや機能訓練指導員、フロアチーフ及び家族とともに検討して選択しています。車いすの利用についても利用者個々に方法が異なることに配慮して、職員は利用者が自走しやすいよう環境を整えて、きめ細かく対応しています。	

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) 管理者は施設内調理に拘り、管理栄養士は利用者が食事に満足できることを第一に献立や味付けに工夫を凝らしています。毎月実施する食事アンケートに基づいて、献立に反映しています。各ユニットでごはんとおかゆを炊いて家庭的な雰囲気をつくりつつ、利用者のタイミングにあわせて温かく提供しています。職員がユニットで調理をする「ニコニコクッキング」や、厨房の調理員（委託業者）が定期的にユニットに出張して対面調理する「オープンキッチン」を実施し、この際にも利用者の人気メニューを採用して利用者が食事を楽しめるよう工夫しています。 また、食事レクとして利用者と共におやつ作りに取り組むこともしています。さらに利用者は、出前をとってすきなものを食べたり、また家族等からの差し入れによる捕食を摂ることもできます。	
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) 利用者一人ひとりの状態や生活リズムに合わせて食事の形態やタイミングに配慮しています。サービス検討会議では今年度の目標として、①手洗い・手指消毒を徹底して感染症予防に努める、②利用者の好みにあわせて出前を積極的にとって食事を楽しんでいただくとしています。職員は、利用者への声掛けに努め、また利用者どうしの関係性にも配慮して座席を配置する等、楽しく喫食できる環境を整えるとともに、正しい姿勢で安全に美味しく食事を摂っていただけるよう支援しています。さらに、食前のラジオ体操の実施や、嚥下状態の変化などを観察し、誤嚥の防止を図っています。	
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) 口腔ケアに特化した研修は実施していませんが、毎月の歯科定期健診後には、歯科医師・歯科衛生士が「口腔機能維持管理表」を作成し、職員に口腔機能維持管理に関わる助言をしています。個別支援計画書のFIM（機能的自立度）評価に、口腔清掃の項目があり、自立度に合わせて、職員は、歯ブラシの使い方や歯ブラシ以外の口腔ケアの方法、義歯の着脱等について支援しています。むせることが多い利用者には、月2回、言語聴覚士による嚥下機能の評価を行い、嚥下機能の維持・改善に繋げています。	

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) 施設内で褥瘡のできた人はいません。入院中にできた1人の人のケアは、看護師の指導の下、こまめに体位変換を行い、その時間や変換方向等を「褥瘡経過評価表」に記入し、介助にあたる職員が情報を共有しています。医師が褥瘡対策に関する「診療計画書」を作成し、月2回「褥瘡経過評価表」で状態の確認、評価を実施しています。法人での褥瘡予防研修に施設から多数の職員が参加し、予防のための方策を学んでいます。月に1回褥瘡予防委員会を開催し、褥瘡になる可能性がある利用者について、皮膚や栄養状態などの情報を共有し、介助方法や福祉用具使用について検討をしています。また、褥瘡は低栄養状態になるとできやすいので、4ヶ月に1回、血液検査を実施し、栄養ケアマネジメントに反映して栄養面からの支援を実施すると共に、管理栄養士、機能訓練指導員、看護師、職員が連携し、予防に努めています。	

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)	<p>毎年法人内で、喀痰吸引研修を実施していて、介護職員の1/3は受講しています。受講を終了した職員を夜間必ず1人は配備し、看護師不在の夜間でも喀痰吸引ができるような体制を整備しています。喀痰吸引についての計画は、看護師とケアマネが中心となり作成し、半年に1回のカンファレンスでの見直しの他、急変時には家族に来所を促し、計画を変更する手順が決められています。胃瘻は特定行為研修を受講した看護師が実施しています。職員は、胃瘻の前には体位変換をして、看護師の胃瘻がスムーズに実施できるようにするなど、連携がとれています。</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>機能訓練指導員は、「機能訓練計画書」を作成し、日常生活機能の維持改善を図っています。生活リハビリをコンセプトにしていて、生活の自立度を高めることに重点を置き、日常の動作の中で機能の維持、改善が図れるように、機能訓練指導員の指導・アドバイスの下で、職員が日々の生活介助の際に機能訓練を実施しています。機能訓練指導員は、毎日各フロアをラウンドし、利用者一人ひとりの様子を把握し、経過を観察し、気づいたことをフロア職員と話し合い、アドバイスしています。3ヶ月に1回、機能訓練指導員とフロアチーフがFIM評価を行い、「機能訓練計画書」をチェックして、実施状況を確認し、計画の見直しをしています。希望者には、法人の柔道整復師が訪れ、マッサージをしています。半年に1回、機能訓練指導員が中心となり、拘縮の進行度をチェックし、補助具が適切かどうかを判断しています。</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。	a
(コメント)	<p>法人では認知症の医療・ケア研修を実施しており、新人研修には必ず組み込まれていて、職員は専門的知識を持って介助にあたっています。半年に1回アセスメントを実施し、日常生活の自立度、BPSD（認知症の行動・心理症状）等をチェックし、カンファレンスを実施して、個別支援計画に反映しています。重度の認知症の利用者のケアプラン作成時には、言葉を出せない、理解力がない、食事に対する意識がないことにも留意し、利用者本人が望んでいると思われる思いに寄り添って、家族とも相談してプランを作成することを心がけています。1ヶ月に1回、専門職、フロアチーフ等で構成される全体会議が開催され、利用者の状況を確認し、必要なケアについて検討しています。職員は、利用者目線で、焦らず、ゆっくりと利用者に接することを心がけています。</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)	<p>入浴前や状態変化時にバイタルチェックをして、健康状態を確認しています。年1回の健康診断のほか、定期的に血圧、検尿、血液、心電図などの検査を実施し、健康状態の把握に努めています。「内服管理マニュアル」を整備して職員に周知しています。また、定期薬は一包ずつに氏名が印字された状態で届くような体制が整備されていて、誤薬の発生を未然に防いでいます。利用者の体調変化に気づいた場合の対応手順は、マニュアルに昼間、夜間別に詳しく記載され、職員に周知しています。緊急時の対応の研修に多くの職員が参加して、緊急時に落ち着いて、適切な対応ができるようにしています。夜間の緊急時には、看護師へのオンコール体制が整備されており、法人内クリニックの医師との連携体制も整備されています。</p>	

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)	施設では「看取りの指針」を作成し、入所時には、利用者と家族に施設が看取りを行っていることを説明し、「見取りに関する指針についての同意書」「延命治療の意向確認書」に同意を得ています。終末期には、医師が状態と予後の説明を行い、それを踏まえて施設での対応やケアについて説明し、家族の同意を得ています。法人内クリニックと連携して、夜間や休日でも対応できるように看取りの体制を整備しています。ターミナルケアについてのマニュアルを整備し、職員研修を実施して、職員の看取りが円滑にいくように支援するとともに、職員の覚悟を促しています。看取りに立ち会った職員には、フロアの職員が寄り添い、話を聞いたり、個人との思い出話をしたりして、フォローしています。更なる精神的ケアが必要な職員のためには、産業医による受診をすることもできる体制があります。	
		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。	a
(コメント)	コロナ禍でも利用者と家族がつながりを持てるように、リモートでの面会を行ったり、毎月利用者の様子が分かる写真を家族に送っています。また、家族が利用者への日用品等を持参された際には利用者の様子を居室担当職員が伝えていきます。家族からの意見や苦情の電話があった際には、その内容を用紙に記入して職員間で共有し改善に努めています。	
		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)	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	特養入居者および家族等
調査対象者数	利用者88人うち有効回答数17名 家族等の有効回答数58
調査方法	自記式質問紙留置法

利用者への聞き取り等の結果（概要）

【利用者アンケート結果要約】

利用者の77%が施設での生活に満足と答えており、はっきりと不満とする人はいません。しかし、本音のところでは「お世話になっているから」「迷惑をかけているから」仕方がないと諦めていたり、遠慮したりする部分もあるのかもしれませんが。ヒアリングして下さった方が、そうした微妙なニュアンスまで引き出してくださったことに感謝します。個々の内容においては、見守り、体調管理、生活スペースなどの日常支援で肯定割合が高くなっています。家族への連絡にも肯定評価が多くなっています。職員の態度には概ね肯定的ですが、表情や身振りから気持ちをくみ取るについては肯定評価は低めです。また、職員の言葉遣いには、否定評価が多めで、中には言葉がきつい職員がいるとの声が複数寄せられています。

【家族アンケート結果要約】

利用者家族から見て、施設のサービスを総合しての満足度は99%で非常に高くなっています。個々の項目については、否定的な評価はごく僅かですが、確かな肯定の割合はあまり高くありません。その中で、職員の態度については、事務職員や相談員も含め評価が高くなっていますし、家族の意見や要望の反映も積極的な肯定が多く高評価です。コロナ禍で面会が制限されていることから、中の様子がわからないままの回答であり、明確な肯定がしづらいことが調査結果に反映しているものと思われます。特に在所年数3年未満層では顕著に現れています。自由意見を見ると、職員と施設を信頼しながらも、もどかしい気持ちは抱いていそうです。わずかの接点で、ちょっとしたことが不信につながるケースもゼロではないとみえます。丁寧な対応を続け、信頼関係を維持していくことが望まれます。