

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	
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	橋本みゆき（施設長）	
定員（利用人数）	96名（ショートステイ定員24名）	
事業所所在地	〒580-0043 大阪府松原市阿保3-14-22	
電話番号	072 - 331 - 4164	
FAX番号	072 - 334 - 2362	
ホームページアドレス	<a href="http://www.shoutokukai.net/">http://www.shoutokukai.net/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:oosakatoujin@shoutokukai.or.jp">oosakatoujin@shoutokukai.or.jp</a>	
事業開始年月日	昭和40年5月20日	
職員・従業員数※	正規 53名	非正規 16名
専門職員※	介護福祉士 29名 社会福祉士 2名 ヘルパー2級 2名 介護支援専門相談員 1名 医師 2名 看護師 8名 管理栄養士 2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室30室 3人部屋2室 4人部屋21室	
	[設備等] 食堂・ダイニング6室 浴室2 調理室 医務室 汚物処理室 地域交流室 和室 談話コーナー	

※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	4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】

### 【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】

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」が現在の「大阪老人ホーム」です。「119年」の伝統に培われた福祉観、介護のノウハウを基盤に、快適で安心して暮らせる介護サービス、生活環境を提供しています。

利用者、家族が馴染みの人間関係の中で、安心して最後まで暮らしてもらえよう看取りの体制を整備しています。家族と介護職、医療職、相談職など多職種が話し合い、協力して安らかに最期を迎えられるよう支援しています。

大阪で初めて認知症高齢者の専門棟を設置して、入居者の生活を支援したりショートステイの利用者の在宅生活を支援したり、先駆的に認知症介護に取り組んできました。現在も認知症介護指導者（法人内に6名）による法人内研修や、精神科医による研修、認知症介護実践者・リーダー研修の積極的な受講により、専門性の向上に取り組み、認知症になっても安心して生活できるよう支援しています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人 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5日
評価決定年月日	平成34年7月5日
評価調査者（役割）	0401A138（運営管理委員） 2101A016（運営管理委員） 1201A029（専門職委員） 1401A052（その他） 2101A015（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。

周辺には、商業施設やスーパー、飲食店が多くあり外食や買い物に出かけやすい。市役所や消防・警察などの公共施設も徒歩3分～10分くらいのところに位置しています。

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。

以上の基本方針に沿って、明確な中・長期計画、そして各年度計画を立てて具体的な取組を実施していますが、各課・係・フロアにおいても職員がそれぞれの事業計画や目標を並行して策定しており、この取組によって組織内に課題が共有化されるとともに、期待する職員像に向けた人材育成が図られています。

### ◆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。各種の会議では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、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と福祉サービスの質の向上に指導力を発揮するとともに、絶えず施設内を巡回して利用者の日常生活環境や職員の就労環境を確かめて、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組んでいます。

#### 【職員の育成計画とその実践】

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います。法人内に研修委員会を設置して、コロナ禍においてもWEB方式を織り交ぜて充実した研修を実施しています。

#### 【地域との交流、地域福祉課題への貢献】

地域とのつながりは強く、コロナ禍においても多様な社会資源と連携して地域と交流する体制を保持しています。松原市「介護予防・日常生活支援総合事業」において、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おり、今後の地域福祉を担う中核施設たらんことを目指しています。

#### 【利用者本位 権利擁護の取組 利用者からの意見・苦情の受け止めと対応】

理念や「わたしたちの誓い」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。

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すとともに、相談や意見には迅速に対応しています。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。

【適切な個別支援計画の策定 電子化された記録の活用】  
ケアマネジャーを中心に、多職種が協働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、ここにおいても記録の電子化が有効に機能しています。

【日常生活支援と特別なケア体制】  
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。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。施設内に祭壇を設け、慰霊祭を挙げてなき故人を偲ぶ取り組みも行っています。

#### ◆改善を求められる点

【メンタルヘルスの充実】  
労働安全衛生委員会にて心身の安全について産業医等の分析評価がなされておりますが、産業医の助言等のもとにメンタルヘルスの改善が一層望まれます。

【ウイズコロナ社会への能動的創造的な対応】  
利用者への事業計画の周知、利用者との交流、ボランティアの導入、施設と家族等の連携など、コロナ禍においても一定水準以上の取組が行われていますが、従前の取組成果には及んでいません。防疫体制の徹底が重要なことは言うまでもありませんが、失われた機能を回復し社会福祉のミッションを継続するための能動的かつ創造的な取組の発想を期待します。

【プライバシー保護の徹底と行動規範の明文化】  
プライバシーの保護（他人の干渉を許さない私生活上の自由）は、利用者本位の基本事項です。各種支援マニュアルにはその観念が注力されていますが、プライバシー保護に特化した行動規範の文書化がありません。技能実習生の導入を含む新規採用職員を念頭に、全職員に行動規範を徹底する取組が求められます。

【利用者満足の把握】  
職員は、言語および非言語のコミュニケーションを通して利用者の意向や満足度を把握していますが、支援者の主観に頼らない満足度把握の仕組みが求められます。

【記録の電子化効果の向上】  
記録の電子化は導入早々に大きな効果をあげていますが、これをより一層高めるために、電子化入力による文書作成スキルの向上と、ケアパット台数の増強を期待します。

【より楽しい食生活の実現】  
利用者の心身の状況や栄養管理を定期的にチェックし、ひとり一人の嚥下機能等に丁寧に対応しています。しかしながら、クックチルによる食材調達方式を採用しているため、利用者の嗜好等への柔軟なメニュー選択の融通性を確保することが困難となっています。利用者が食事をより楽しく摂ることができるよう、調理室の機能改善を含め、何らかの改善を施すことが課題です。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

福祉サービス第三者評価を受審するにあたり、提供しているサービス内容について職員皆で振り返り、客観的に自施設の強みと弱みを確認でき、職員個々の考え等を皆で共有する機会にもなりました。また、評価調査者の方々とのやり取りの中でも新たな気づきがありました。

評価結果はむろん、自施設での強みや弱み、受審を通しての気づきを活かし、今後ご利用者の生活がさらに潤いあるものとなるようサービスの質の向上に全職員で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分かりやすく伝えていきます。法人は120年の歴史を有し、長きに亘って地域とともに社会福祉事業を推進してきた中で、その理念は現利用者・家族等のみならず広く地域に浸透しています。職員に対しては、理念を各フロアや職員詰所に掲示するとともに、毎朝のミーティングおよび月1回のフロア会議で唱和することにより、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>法人の各事業所は、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。毎月の事業運営代表者会議で、各事業所は月次業務報告書に実績報告、事業課題と対応をまとめ報告することにより、法人の経営状況や地域福祉にかかる動向を俯瞰的に把握・分析しています。中期経営計画には、国および大阪府、松原市の状況を分析して、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。</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、毎月の事業運営代表者会議において法人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。施設では、運営会議においてフロアチーフ以上の管理職と介護支援専門員（以下「CMJ」）、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。次に各フロアでは、課題について月次目標を立てて具体的に取組む等、組織を縦断して経営課題を明確化・具体化する取組は高く評価できます。ただ、一部の間接支援員を中心に「わからない」の声もあるように、運営会議で把握されたテーマの落とし込みが不十分です。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。</p>	

		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)	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支援に対する基本姿勢（利用者に対する基本姿勢）②地域社会に対する基本姿勢（社会に対する基本姿勢）③福祉人材に対する基本姿勢④経営に対する基本姿勢（マネジメントに対する基本姿勢））をあげて単年度事業計画を策定しています。施設としての事業計画を受けて、生活支援係、生活介護係および各フロアごとに、さらに具体的な内容の事業計画を作成して取り組んでいます。単年度計画においても計画目標については必ずしも数値化できないものもあり、十分ではありませんが、実施状況の評価を行う目標設定をしています。	
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)	事業計画は半期ごとに評価・見直しをしています。また、事業計画の職員への周知は、フロア会議で行われていると共に、各フロアが作成する月次目標をフロア職員が策定する過程で、事業計画との整合が図られています。フロアの月次計画は毎月評価して、次月の目標設定につなげられており、その成果が遡って施設の事業計画にも反映されます。そのように、縦・横双方向の組織的な計画策定と評価の仕組みが構築されていることにより、事業計画についての意識の共有が図られていることは高く評価できます。職員各層による事業計画策定への参加は、計画趣旨の浸透と組織のチーム力を高めるだけでなく、次世代リーダー育成についても有効な取組です。	
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)	年4回発行する季刊誌には施設およびフロアの年間目標・フロアの目標や生活支援方針、レクリエーション計画等、多くの情報が簡潔に写真と共に掲載され、利用者や家族等に身近な内容を各係ごとに取り上げる等、周知に向けた工夫がみられます。すなわち、利用者や家族等が興味を引く中に分かりやすく事業計画の大切な部分を案内しています。コロナ禍で中断していますが、以前には家族懇談会での報告・周知もできていました。今後は、感染対策を徹底しつつ、ウィズコロナ社会における創意工夫を期待します。	

		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。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・半年あるいは年単位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・係ごとに毎月持ち回りで担当職員を定め、フロアチーフと共にフロア会議を主催し、目標の評価および課題や改善策の検討をし、次月の目標を定めて職員間で共有しています。また「指定介護老人福祉施設自主点検表」を用いた自主点検も行い、評価結果に基づいて改善計画を作成しています。その内容は施設管理職が参加する運営会議にて、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。	b
(コメント)	施設長は理念・「わたくしたちの誓い」・事業計画内容を通じ、施設の取り組みについて職員への周知に努めています。常に職員間のコミュニケーションを大切にする姿勢を重視し、相互理解に努め良好な関係づくりを目指しています。施設長の役割については運用規程や重要事項説明書に明文化していますが、具体的な取り組み内容の記載にはいたっておりません。施設長の取り組みや役割・責任を理解しやすい文書あるいは会議等にて周知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。	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行なわれており、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。	a
(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。チーフ会議では具体的なフロアの状況を把握し、自身の経験をふまえたスーパーバイズを行っています。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。さらに日々の朝礼と施設内巡回において、施設全体に係る方針の伝達から施設内の日常の把握、利用者一人ひとりのサービス提供状況までを把握し、助言や改善を自ら行い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。	a
<p>(コメント) 業務の実効性を高める組織体制の整備は、組織・運営規程に明記し実施されています。施設長は運営会議・チーフ会議・各サービス担当会議等といった各種の会議に参加し、自ら具体的に業務改善に取り組んでいます。また経営改善として稼働率の向上が掲げられており、デイサービスやショートステイからの入所へ移行をスムーズにすることで経営改善を図る取組みを行っています。</p> <p>また施設長は日々の朝礼への参加と施設内巡回を行い、業務の実施状況を具体的に把握し、改善に取り組んでいます。さらには業務記録を紙媒体からタブレット方式に変更し、IT化による業務負担の軽減を図りつつ、日常の節電節水といった省エネから、カラー印刷の削減、無駄のない備品管理まで、細やかに経費削減に努め、職員に同様の意識形成を促しています。</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。	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。具体的な取組としては、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、定着に向けての新人教育をコミュニケーションを重視した形で進めています。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り組んでいます。

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「わたしたちの誓い」に明記し、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、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、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。	b
---	---

(コメント) 勤怠管理システムを近年導入し、職員の勤務時間を管理して業務の平準化を行っています。年2回の人事考課面談だけでは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、職員の意向の把握に取り組むとともに、ワーク・ライフ・バランスの向上を行っています。労働安全衛生委員会において心身の安全について産業医等の分析評価がなされておりますが、産業医の助言等のもとにメンタルヘルスの改善が一層望まれます。

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」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」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。	b
(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約半年にわたり担当職員によるOJTがなされています。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OJT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もなされています。研修へ参加は常勤職員の勤務シフトを念頭に組まれ、非常勤職員等が受講しにくい事情がありましたが、録画による受講機会を設定することが検討されています。	
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)	「社会福祉援助技術実習のねらい(施設用)」や「実習生受け入れマニュアル(指導者用、フロア用)」、実習生への「実習の心得(社会福祉士、介護福祉士)」などの手順書が整備されており、定期的に見直しも行われています。実習プログラムには生活相談員、看護師、機能訓練指導員、CM等各部署の専門職の動きを学べる機会が設けられています。また、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決算情報、現況報告書を公開しています。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。苦情・相談体制を施設内に掲示しており、苦情処理状況をHPで公開しています。法人の理念や基本方針等が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配布するほか、法人が運営しているクリニックに設置しています。クリニックでは健康教室も実施しており、多くの利用者への情報提供となっています。	
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、責任が明示され、毎年内部監査を実施しています。また、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。法人の経営規模に照らして、今後は監査法人による外部監査の実施が求められます。	

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)

法人の中期経営計画（2017作成）では、「地域包括ケアシステム・子育て支援制度の推進に向けて」と掲げ、基本方針には「人と地域を支えるサービスをつくる」としています。また、各フロアで作成する事業計画やそれらをまとめた施設の事業計画には、「支援を必要としている地域住民の相談に丁寧に適切に」と掲げ、地域との関り方について基本的な姿勢を文書化しています。松原市の広報紙が食堂のテーブルに置かれ、誰でも手に取りやすい配慮をしています。また、理美容支援者の訪問日等もボードに記入され利用者の参加を促しています。コロナ禍で実施できていませんが、例年は職員と一緒に地域のお祭りや施設が主催する地蔵盆の行事へ参加したり、近隣の幼稚園児の施設訪問受け入れや地域の小学生たちとの交流も実施しています。

II-4-(1)-② ボランティア等の受け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)

ボランティアについては、「ボランティア活動マニュアル」を整え、利用者の施設生活がより充実するように、また、外部の目が入ることにより良い支援につながるよう積極的に受け入れを推進しています。コロナ禍で実施が滞っていますが、地域の小学生の職業体験を受け入れる体制を整えています。法人全体で、年1回ボランティア参加者の会議が開催されています。他事業所のボランティア活用事例等が報告されたり、ボランティア間での情報交換が行われ、他の事業所でのボランティア活動等、新たなつながりもできる機会となっています。

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。

a

(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き、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)

関係機関との会合は、コロナ禍で十分に行えていない状況ではありますが、電話等で情報共有を行い連携を図っています。地域の居宅介護支援事業所や民生委員との連携を図り、地域の困っている方たちの生活課題の情報や相談等が日常的に寄せられ、これらに対して積極的に支援を行っています。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。

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)	施設は、365日24時間の介護を提供することで、住み慣れた場所で共に暮らし続けることができるよう行政や関係機関と連携して支援を行う地域の中核施設の役割を担っています。また、法人では、独居高齢者等を訪問し、地域の居宅介護支援事業所と連携して相談支援を行っています。松原市の福祉避難所の認可を受け、災害時等に対応できる体制は整えていますが、受け入れ手順等の職員への周知が不十分です。今後は、福祉避難所としての備蓄食料等の準備や受け入れ・支援マニュアルの整備を期待します。	

### 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「わたしたちの誓い」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。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。また第三者委員懇談会において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。	b
(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も利用者のプライバシー保護への理解を図っています。プライバシーの確保が難しい建物環境の中において、視線をさえぎるカーテンや居室入り口の偏光性ガラスなど、利用者が望む快適な環境づくりへの工夫を行い、プライバシーの保護に努めています。各種マニュアルの一部には、プライバシー保護の姿勢や配慮が記載されていますが、職員への十分な理解や周知がなされる上で、プライバシー保護に特化した規定やマニュアル等の整備が望まれます。	
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)	施設のパンフレットは、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等や、法人が経営するクリニックや他事業所にも常備しています。また在宅介護支援センターでは健康スタジオが開催されており、多数の地域市民がパンフレットを目にする機会となっています。見学等もコロナ禍では対応できていませんが、平常時には丁寧に案内する体制を整えています。	
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)	利用開始時に、CMが入所案内から契約、重要事項説明までを担っています。契約後には家族等からの詳細な情報をもとにフロア職員と多職種が加わりアセスメントを行い、ケアプランを作成しています。サービス開始後は1ヶ月後に利用者の担当者が中心になってモニタリングを行い、第一段階のサービスの評価をします。その後は半年ごとにカンファレンスを実施して、ケアプランを見直し、変更のある場合は利用者、家族等に説明をして同意を得るなど丁寧な対応をしています。	

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。	a
(コメント) 他施設への移行にあたってはケアサマリー、介護サマリー、診療情報指示書を書面で作成、提供しています。変更後のCMに引継ぎ説明をするようにしています。利用者の都合で他施設への移動を希望する場合には老健、療養型等の施設紹介もしています。ごく稀な事ですが、利用者の強い希望で家庭復帰された場合には、後日、連絡をいれ、その後の様子を伺うなど切れ目のないケアが受けられるように配慮しています。	
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) サービス担当者会議では、サービス内容についてテーマを決めて議論し、利用者の満足度を確認し、向上する取り組みをしています。コロナ以前は家族への施設サービス報告会で、チーフ以上の職員が参加して支援状況等を説明するとともに、家族にアンケートを取るようになっていました。今後は、ウィズコロナの体制を考慮して、利用者満足を把握する仕組み作りが大切です。食事に関しては毎月アンケートをとり、栄養士がまとめサービス担当者間で議論し、給食業者に伝えています。しかし、今の給食体制（委託調理）では、利用者の意見が反映されるとしてもかなり先のこととなり、利用者満足に繋がるとは言えません。	
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。	a
(コメント) 苦情に関しては「聖徳会大阪老人ホーム苦情解決実施要綱」を定め、体制を整えています。生活相談員が担当し、苦情内容によりフロア内で解決できる事、組織として解決することなどの仕分けをしています。各フロアにはイラストを使用し、利用者や家族に相談の窓口をわかりやすく説明したものを掲示しています。1年に1回、第三者委員との懇談会を開催し、苦情内容や質の向上につなげた事例を報告しています。施設のHPでも苦情の内容は件数、主だった内容を公表しています。	
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) フロア内に利用者や家族に向けて相談を促す旨の掲示を図を入れて親しみやすく表現しています。多床室が多いのでフロア内には相談しやすいスペースはありませんが、希望者には相談室で話を聞いています。家族には連絡が必要な時に電話をかけ、日々の様子などを報告すると共に相談を受け付けています。職員は、施設内でも利用者のお家にお邪魔しているという姿勢で、利用者を目線をあわせ、声の大きさを選んで声かけをしています。また忙しそう様子を利用者に見せないよう心がけています。相談員やCMもフロアを巡回して利用者の声を聴きだしています。	
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。	a
(コメント) フロア内の担当者や各種専門職、幹部職員も各フロアを巡回し、声掛けして相談しやすい雰囲気を作っています。相談内容を記録し、解決内容も含め関係部署に回覧して周知し、サービスの向上に繋げています。意見箱は1階に置いてあることもあり、利用する人は少ないようですが、口頭で言いにくい事もあるので各階に設置することを期待します。ただ、利用者アンケート（第三者委員が丁寧に聴き取ってくれた結果）では、不満や要望を伝えたときに施設がきちんと対応してくれているかについて肯定意見が少なく「分からない」が過半数になっています。これは、前項の「利用者への周知」に課題を残していることを示すものです。相談や意見についての組織的な取組は評価できます。	

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)	施設長をリスクマネジメントに関する責任者とし、リスクマネジメント委員会を月1回開催して、情報共有を行っています。また、重大なリスクの入り口となる「不適切ケア」について、各フロアの意識調査を行い、ヒヤリハットや事故になる前の「不適切ケア」について職員の共通理解を促す取組を行っています。救急搬送体制図を整え、日中と夜間それぞれの119番連絡方法や内服薬や緊急連絡先等が記入された「救急時用の利用者情報ファイル」を整備しています。緊急時対応マニュアルを整え、職員に周知しています。リスクマネジメント報告書は定められた様式を用い、発生の原因・要因から再発防止対策の検討、その後（概ね1か月後）の状況も記録されています。今後は、防災カーテンの使用状況など、施設環境の防災体制の再確認が求められます。
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。新型コロナウイルス感染症をはじめ、様々な感染症に対して、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感染症マニュアルが整備され、周知が図られています。年2回の感染予防研修の他、ノロウイルス対策では看護師や経験者が中心となって、各フロアごとに実地研修を行っています。
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。	a
(コメント)	非常・災害時連絡網を整え、自衛消防隊編成表を作成して、職員に周知しています。3日分以上の備蓄品を2階倉庫に保管し、「非常時・災害時対応マニュアル」や「災害時マニュアル」を整えています。栄養士を中心として備蓄品を保存期間5年程度のものに見直すことを検討しています。消防署の指導のもとに防災訓練を実施しています。また、地域の消防訓練に職員が参加し、災害時の地域との連携を確認しています。法人は、松原市地域防災計画DMATに登録しています。また、BCP（事業継続計画）については、会議を重ねて施設の状況に合わせた計画となるように検討を行っています。災害時、動くことでかえって危険になることも考えられると思いますが、どうしても移動をしなければならない場合、「誰がどう支援するか」といった机上の検討を研修等で実施されることに期待します。

		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。	a	
(コメント)	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、各フロアに常設されています。標準的な実施方法についての研修を計画的に実施し、また、新人職員には振り返りシート（育成日記）を通して周知を図っています。標準的な実施方法への準拠状況と職員の理解を徹底するために、職員に対して毎月、目標の達成状況、困っていること、気になる事等のアンケートを行い、その分析結果を回覧し職員間で共有しています。標準的な実施方法への準拠状況を確認する仕組みとしては、上記のほか手順のチェックリスト作成及び利用を図っています。	
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)	各フロアに各サービス担当を設け、サービスの実施状況を確認し、その結果を反映して各サービス会議において標準的な実施方法について検討しています。また、チーフ会議で問題点を毎年年度末に見直しを行い必要に応じて改訂が行われています。しかしながら、サービス担当者の検証、見直しが十分ではないとの意見もあり、今後の更なる取組みに期待します。	

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)	入所当初はCMがケアプランを作成し、入所後1か月以内に改めて見直しが行われています。見直しにあたり、担当職員が利用者の現在の状態を記入し、他の職員の意見をあわせて、フロア会議にあげてフロアの方針を考えた上で、CM、看護師、機能訓練指導員等の専門職が参加して支援実施計画を策定しています。	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的な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)	個別の福祉サービス実施計画は、機能訓練指導員、看護師等多職種が参加して、6ヶ月に1回見直しをしています。また、褥瘡ができた時、喀痰吸引が必要になった時、認知症が進行した時など、本人の心身に変化があった場合や、病院からの復帰時、あるいはターミナル期など、様々な状況に応じて必要な見直しが行われています。	
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。	a
(コメント)	大半の職員が所有しているスマホと同様な打ち込みが出来るタブレットを利用して、情報入力をするように心がけていますが、タブレットの数が十分ではなく書き込みが即座にできないこともあります。PCに打ち込んだ申し送りはプリントアウトし、各フロアに置いてあり、職員がすぐに見ることができるようにしています。外国人の職員もいる事からPCの打ち込みの方がやりやすい反面、ソフトの統一様式なので、紙時代に書けていた考察は伝えにくくなっています。PCの情報は専門職も確認できるので利用者の変化をリアルタイムに掴むことも出来るという利点もあげられています。気になる点としては職員アンケートには記録の共有について、常勤の中堅・ベテラン層の2割強が否定、非常勤の新人の半数近くが「わからない」と、低調な反応という事実もあるので、PCソフト導入の実効性を高めるための研修と意識改革が求められます。	
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)	入所契約時の重要事項説明で、個人情報保護については利用者、家族に説明しています。個人情報保護そのものの研修は有りませんが、他の研修会でも会ごとに個人情報保護の重要性は話していますので職員は理解はしています。外国人労働者にとっては文化の違いもあり、個人情報保護の重要性が十分には伝わっていない事もありますが、気が付いた職員が都度注意喚起しています。	

## 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。	a
(コメント)	職員は利用者が日常生活で役割が持てるように心がけ、些細なことでも利用者には都度「ありがとう」と感謝を伝えています。また利用者の心身の状況や入所前の生活習慣に配慮して、食事の時間をずらしたり、入浴の時間に配慮しています。コロナ禍で外出は困難になりましたが、階下の玄関ホールへ季節の飾りを見に行くなど、生活フロアの外への散歩を誘って、快適な生活のリズムが整えられるように支援しています。また、歩行等のリハビリ訓練においても、これを強要することなく利用者に合わせて目標をもってもらい、自発的な行動を促しています。	
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)	日頃のコミュニケーションを大事にし、食事介助の時や休憩の時間にフロアにいる利用者とTVを見ながら、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。利用者から声をかけられた際には立ち止まって話を聞き、じっくりと時間をかけて聞いた方がよいときは、生活相談員に引き継いでいます。また、話すことや意思表示が困難な利用者に対しては、利用者の目の動きなど、非言語サインを見逃さず、職員間で共有しています。	
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」、さらには事業計画における支援への基本姿勢を通じて、職員への権利擁護への理解が周知されています。リスクマネジメント委員会や身体的拘束廃止委員会において利用者の権利宣言を明記し、権利擁護の周知をしています。また身体的拘束廃止委員会において権利侵害の防止の一環として、不適切ケアの防止を掲げており、目標を毎月定め評価改善を行うとともに、職員アンケートや家族からの意見徴収による不適切ケアの把握にも努めています。日常的に市あるいは行政庁との連絡体制は整っており、重要事項説明に権利擁護や権利侵害への対応を明記して、利用者やご家族への説明を行っています。	



		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。	b
(コメント)	居室は大半が多床室ですが、4床それぞれが窓に面するように配置されています。大きな中庭とその上部吹抜けを回廊する平面構成となっていて、館内に明るい光と解放感が溢れています。居室入口建具には偏光性ガラスが使用されており、職員は廊下を移動しながらそれとなく室内の様子を観察でき、かつ正面からの視線は遮るといふ工夫を凝らしています。各フロアの居室から便所が離れているのは施設の平面計画によるものですぐに改善出来るものではないですが、利用者が自力で便所に行こうとする意欲を削ぐ可能性があります。職員アンケートにも生活環境へのマイナス意見がある点を考慮して、今後の環境改善につなげ、より快適性を追及する事を期待します。	

		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)	心身の状況に合わせて中間浴、特浴と、入浴形態を考慮しています。同性介助を希望される方には配慮しています。入浴を拒む方には清拭をし、翌日にずらすなど利用者の意向を配慮しています。感染症対応はマスクをして入浴、疥癬の利用者は最後に入浴する等、感染対策を考慮しています。特浴装置が老朽化しているため、その更新を含め、浴室環境の改善を検討しています。	
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。	a
(コメント)	利用者の自然な排泄を促す取組は基本的要件として配慮、心かけています。しかし、職員アンケートからは、自力での排泄を見守りたいが日々の業務をこなす事に追われており、ゆっくり見守る余裕がなく全介助になってしまう事もあるという意見もあります。利用者のペースに寄り添った介助ができるような、ゆとりある人員配置にすることを期待します。	
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)	施設の方針としては、利用者の移動の自立に向けた働きかけをし、出来るだけ自力で移動できる様に支援するとともに、利用者の心身の状況に合わせて専門職とも相談し福祉器具、福祉用具の利用を検討しています。しかし、アンケートの中には車椅子の不足を指摘する職員もいます。また見守りに徹するには人員配置が十分ではないため時間的余裕が無く、利用者の見守りにつつい手を出してしまうという意見もあります。状況を把握し、関係職員で話し合い、改善策を検討されることを期待します。	

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。	b
(コメント)	<p>厨房設備の老朽化に伴い改修を検討した際に、厨房面積が狭い事、その他物理的な問題もあって、クックチル方式の選択になっています。メニューについては栄養士等、施設管理者で配送メニューを決めるシステムを取られているので、利用者が希望するメニューを選択する事は出来ません。毎月給食会議を実施し、各フロアから食事アンケートを集め、提供されたメニューに関しては感想や、改善点を栄養士から業者に伝えています。しかし、3か月前にメニューが決まる事からメニューへの反映が可能であってもかなり先になります。高齢者にとっては食べる楽しみはとても大切です。好きなものを選択して食べることができる取組みを検討する事を期待します。</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。	a
(コメント)	<p>食事は委託業者からクックチル状態で利用者の状態に合わせて常食、ソフト・ミキサー食が配送されます。施設厨房で利用者の状況に合わせて大きさを調整しています。機能訓練指導員やSTの指示、指導により食事姿勢や介助方法を検討しています。利用者の栄養ケア・経口移行・経口維持計画、低栄養対策等については3か月毎にチェックをしています。また糖尿、腎臓、心疾患等病状に配慮した特別食も提供しています。</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>職員は、口腔ケアの自立状況を把握し、個々の自立度に合わせて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・保管方法等について支援しています。また、一人ひとりの「摂食機能訓練評価表」を作成して、機能療法も行われています。コロナ前は、家族等に歯科医師の紹介も兼ねた研修を実施していました。その研修には職員も参加して、利用者に口腔ケアの意義と重要性を伝えています。毎月の歯科医師の定期健診では、施設利用者全体の口腔内の状態についての所見をまとめた「口腔能維持管理表」が作成され、職員に周知しています。今後は支援方法が異なる利用者の口腔ケアが、適切に実施されているかを確認する仕組みづくりに期待します。</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。	a
(コメント)	<p>褥瘡対策マニュアルについては、委員会を設置し、褥瘡対策指針をまとめ、手順のポイントをチェックで確認できるようにまとめ早期発見・早期治療に努めています。利用者の個別ファイルには、医師による「診断計画書」や看護課が医師の指示のもと作成する「褥瘡経過評価表」が収録されています。褥瘡部分やポジショニングの状態を写真で記録することで、支援の統一性を図っています。利用者の状況に合わせたマットの使用、皮膚の観察、体位変換の仕方を定め、定期的に栄養ケアマネジメントを実施して食事形態や栄養補助食品の活用など多面的な支援を行っています。4か月に1回、血液検査を実施し、その結果を栄養ケアマネジメントに反映しています。</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。	a
(コメント)	<p>施設において、介護職員等による喀痰吸引等医療的ケアの実施に関する研修を開催しています。受講を終了した職員が、看護師不在の夜間でも安心して安全に喀痰吸引できるように体制を整え、他職員への必要な研修も実施しています。喀痰吸引等は医師の指示のもと個別の計画が作成されています。コロナ禍で個別指導や研修が定期的に実施できていませんが、安全対策委員会が中心となって会議を開いて課題の検討を行い、話し合いの内容等は職員に回覧されています。</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)

機能訓練指導員（理学療法士）は、「機能訓練計画書」を個別に作成し、日常生活機能の維持・向上に努めています。この機能訓練計画書は利用者の意向や習慣等も取り入れた内容となっています。利用者は、機能訓練指導員の助言を受けた職員から、移乗やポジショニング、ベッド上での軽い屈伸等の支援を受けています。歩いたり、体操したいという利用者にも、生活リハを中心に据えて一人ひとりの要望に応じています。機能訓練指導員は、毎日各フロアを巡回して利用者一人ひとりの様子を把握し、気づいたことをフロア職員と話し合い、経過を観察して必要な時は計画書の見直しを行っています。

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)

定期的なアセスメントを実施して、日常生活能力や機能などを把握しています。また、一人ひとりの行動記録をとり、周辺症状については、多職種の職員が参加してカンファレンスを行い、ケアプランに落とし込み、情報を共有してブレのない個別支援を行っています。多床室は窓側にベッドを配置して、自然光が入り季節の移ろいがわかるように配慮しています。馴染のものを写真等を飾ることもできます。フロア間移動は施錠せず、上下階のフロアでは連絡と連携を密にして、利用者を見守る支援体制があります。身体拘束廃止マニュアルを定め、「緊急時やむを得ない行動制限に関する説明書」を作成して、入所時に説明と同意を得ています。職員には、手順のチェックリストを用意して、その行動が正しかったかを確認できる仕組みとなっています。

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)

「緊急時対応マニュアル」「内服管理マニュアル」を整備しています。職員は、入浴前等にバイタルチェックを行い、排便表を看護と介護でダブルチェックし、水分・食事の摂取量等から利用者の健康状態を把握しています。新任職員への高齢者の健康管理や薬に関する研修を看護課が中心となって実施しています。利用者の顔色や表情、行動等を観察して、異変に気づいた際には、看護師に連絡し必要に応じて医師と連携して迅速に対応しています。夜間の看護師へのオンコール体制も整え、救急搬送時の連絡方法や付き添う時の持ち物等も定めてあり、職員にも周知しています。「内服管理マニュアル」は、薬局から各フロアへ薬が移動する手順を写真付きで示し、看護課と介護課のダブルチェックが複数回実施されています。また、利用者が服用している薬写真をファイルにまとめ、薬名がわからなくても形状や色などを看護師に伝えることで、どのような薬であるかわかるようにして、誤薬防止に努めています。

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)

施設における「看取り」に関する指針を作成し、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を行う書類も用意して、説明と同意を得ています。終末期には、医師から状態と予後の説明を行い、それをふまえて、施設での対応やケアについて説明し同意を得ています。ターミナルケアマニュアルを作成し、ターミナルケアについての研修を行い、法人内クリニックと協定を結び、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。

		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)	<p>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担当職員が伝えています。</p> <p>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。</p>	

		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	96人 うち有効回答数31名 家族等の有効回答数59
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】

利用者の半数以上が施設での生活に満足と答えており、明確に不満とする人は1割程度にとどまります。しかし、本音のところでは「仕方がない」と諦めている部分もあるのかもしれませんが、ヒアリングしてくださった方が、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、食事や入浴など日常の生活介護で肯定割合が高くなっています。また、職員の対応には概ね肯定的で、家族への連絡にも肯定評価が多くなっています。否定評価が多いのは機能訓練等で、とくに男性層が不足を感じているようです。コロナの影響もあるでしょうが、レクリエーションについても肯定割合が低くなっています。

#### 【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98%で非常に高くなっています。個々の項目についても確かな肯定の割合が高く、否定的な評価はごく僅かです。しかしながら、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、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。ていねいな対応を続けていくことが期待されます。