

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 第2愛港園 | |
| 運営法人名称 | 社会福祉法人 みなと寮 | |
| 福祉サービスの種別 | 特別養護老人ホーム | |
| 代表者氏名 | (施設長) 森田 増穂 | |
| 定員(利用人数) | 50名 ショートステイ5名 | |
| 事業所所在地 | 〒552-0014 大阪府大阪市港区八幡屋4丁目8番1号 | |
| 電話番号 | 06 - 6571 - 5241 | |
| FAX番号 | 06 - 6571 - 3613 | |
| ホームページアドレス | http://dai2aikoen.jp/ | |
| 電子メールアドレス | dai2aikoen@minatoryo.or.jp | |
| 事業開始年月日 | 平成5年6月1日 | |
| 職員・従業員数※ | 正規 23名 | 非正規 9名 |
| 専門職員※ | 社会福祉士 1名 介護福祉士 11名 介護支援専門員 3名 理学療法士 1名 医師 2名 看護師 3名 管理栄養士 1名 | |
| 施設・設備の概要※ | [居室] 個室 11室、4人部屋 11室 [設備等] 鉄筋コンクリート5階建ての2～5階 食堂1、厨房1、浴室1(一般浴槽・特殊浴槽) 機能訓練室1、医務室1、静養室1、介護職員室 シャワー室・トイレ・リネン室 各階、屋上テラス 1階に事務所、面接室、更衣室ほか | |

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

| | |
|---------|--------|
| 受審回数 | 1回 |
| 前回の受審時期 | 平成30年度 |

【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

| | |
|---------------------|---|
| 評価結果公表に関する事業所の同意の有無 | 有 |
|---------------------|---|

【理念・基本方針】

【法人の理念】

1. 利用者一人ひとりの人格・人権を尊重し、自立支援を旨として社会福祉の増進に努めます。
2. 利用者本位の立場に立ち、常に笑顔でサービス提供し、顧客満足を追求します。
3. 「福祉の情報発信源」「地域交流の場」として地域福祉の拠点となり、社会貢献に尽くします。

【法人の基本方針】

1. 積極的な情報公開を行い、透明性のある運営を行います。
2. 法令遵守に徹し、個人情報保護に努めます。
3. 職員は常に目標・ビジョンを持ち、継続的に業務改善に真摯に取り組み、自己改革・自己実現を目指します。
4. 社会福祉法人としての専門性を生かし、常に「well being」を実践しつづけます。

【施設の理念】

・施設の基本理念は、情報公開と人権擁護です。情報公開を推進して財務的にも、組織論的にも、介護の手法的にも、透明性のある事業運営を行います。情報公開と情報開示に対して積極的に取り組む中で、恒常的なサービスの質の改善と向上を図っていきます。また、ご利用者様に快適な生活と安全を保障していくためにも、人権擁護の考えを基本にした「人に優しいサービスとケア」を提供していきます。

【施設の基本方針】

1. 積極的な情報公開、情報発信による広報活動の推進
2. 自然災害発生や感染症流行など不測の事態に陥っても、安全な生活環境のもと生命維持に必要なサービスを提供できる体制を整備
3. 誰もが理解できる分かりやすいケアシステムによる、十分な説明と同意に基づくサービス提供
4. 高齢者の尊厳の保持とコンプライアンスの徹底による人権尊重を基礎とした心のこもったケア
5. 認知症ケアについての知識と技術を学ぶ
6. 目標利用率の維持による経営の安定と、安心・安全を最大限確保した生活空間の整備
7. 制度の枠にとらわれない豊かな発想による福祉ニーズへの柔軟な対応
8. 職員のセルフチェックによる自発的な業務改善活動の推進及び業務マニュアルの随時改訂により最新の状態を維持
9. 委員会活動や内部研修の促進による個々のレベルアップと施設サービスの質的向上
10. 情報共有ツールの導入による業務の効率化をすすめ、働きやすい職場環境を職員自身が創造する

【施設・事業所の特徴的な取組】

・「笑顔で支援」…笑顔が持つ、やさしさ、明るさ、温かさが特養のサービスの原点だと思います。技術や理論、経験も大切ですが笑顔で日常の支援業務ができる介護職が、これからのサービス競合化の施設で最も必要になってきます。築30年を超える建物、設備面の老朽化というマイナス面をプラスに転化する第一歩として「笑顔で支援にあたる」という福祉の原点に立ち返りを基本姿勢としています。

・大阪市で初めての「認知症高齢者専用」施設として開設し、ご家族の方にとってご家庭でケアが困難と言われる、認知症重度で徘徊のある利用者の方が多数入所しておられます。利用者が不穏になった時に在宅と同様に薬に頼るのではなく、コミュニケーションで利用者に穏やかになってもらうなど、これまでの培った専門性を生かしたケアを行っています。

・50人定員の少人数の施設のため、職員と利用者間のコミュニケーションが取りやすいのが強みです。心理症状が顕著な方については、職員が積極的にコミュニケーションを取ることで、以前より笑顔が増え、穏やかな生活を送っていただいています。

・対面給食のため調理員が調理している姿も見え、また下膳の時調理員とその日の料理についてのコミュニケーションを取っているためか、多くの方が食事を残すことなく食べていただいています。

・デイサービスがフロア内に併設されているため、デイサービスからショートステイ、そして入所といった運びがスムーズです。また、同じフロア内のため環境変化が少なく利用者の精神的不安が軽減されることや、職員間の情報共有がしやすいのが強みです。

【評価機関情報】

| | |
|-----------|--|
| 第三者評価機関名 | 特定非営利活動法人 ニッポン・アクティブライフ・クラブ |
| 大阪府認証番号 | 270012 |
| 評価実施期間 | 令和5年12月8日～令和6年3月18日 |
| 評価決定年月日 | 令和6年3月19日 |
| 評価調査者（役割） | 1701A029（運営管理委員） 2201A014（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第2愛港園（施設）は、社会福祉法人みなと寮（法人）が、1993年6月大阪市港区に大阪市初の認知症高齢者専用施設として開設し、今年31年目を迎える。施設は、鉄筋コンクリート5階建の2～5階にあり、定員5名のショートステイのほか2階には「第2みなとデイサービスセンター」（定員12名）と敷地内に「グループホームときめき」（定員9名）を併設している。

・施設の敷地内には、1983年に先行開設した「特別養護老人ホーム愛港園」、「港地域在宅サービスステーション」（デイサービス・在宅介護支援・ホームヘルプの3事業を運営）があり、施設相互間で有機的な連携と運用を図っている。

・法人は、1952年に大阪港湾地区の更生施設「みなと寮」の運営に始まり、障がい者や生活困窮者を対象にした救護関連事業と高齢者を対象とした介護保険事業を中心に、大阪府下に11事業所を運営している。法人は、設立後70余年にわたり継続して「笑顔で支援」、「情報公開による透明性の高い事業運営」と「サービスの質の永続的改善」を目指しており、これら精神は法人と各施設に今なお脈々と受け継がれている。

・施設は、運河や川に挟まれ海辺にも近く日当たりの良い静かなベイエリアに位置し、屋上や3階テラスからは赤色の港大橋、運河の船舶や遠くの山並みのパノラマ風景が一望できる。施設は、最寄り駅から徒歩15分の距離にあり、近隣には大阪中央体育館、大阪プール、海遊館、世界の大型客船が寄港する天保山埠頭やマーケットプレイス等のスポーツ施設や観光施設のほか、下町情緒あふれる住宅街、商店街、学校、公園、神社仏閣や病院等が徒歩圏内にあり、レクリエーション・買い物や通院に便利な立地にある。

・施設の特徴は、認知症高齢者専用の特養にデイサービス、ショートステイのほかグループホームの併設や診療所があり、認知症高齢者にとり一貫した介護サービスや健康管理が受けられ、終の棲家とすることも可能で、利用者本人や家族にとって安心かつ信頼できる施設となっている。また、少人数の施設でデイサービスが同じフロアにあることから、デイサービスからショートステイ、そして入所といった運びがスムーズ、かつ利用者にとって環境変化が少なく精神的不安が軽減される利点や、多職種職員間で情報共有がしやすいのが強みといえる。昼食時にほぼ全利用者が食堂に集まり、にぎやかに談笑しながら昼食を待つ姿に、他施設では中々見られない一種の感動（驚き）を覚えた。

・築31年を迎える建物や内装は適正なメンテナンスが行われ、今日に至るまで必要な機能を保っており、設備の老朽化による不便やプライバシー保護等の困難な環境を、職員の創意工夫や笑顔による介護で克服してきた。将来的には、設備の更新（大規模修理や建替）等が検討課題に挙がっている。

◆特に評価の高い点

- ・認知症高齢者専用施設としての専門性を持ち、デイサービス・グループホーム・ショートステイ・特養入所と途切れの無い一貫したケアに加え、日中はデイサービス利用者を含めほぼ全員が同じフロアで過ごしていることから、利用者に対する多職種間の情報共有が円滑に図られている。また、施設では園長（施設長）と職員が、通常の施設では受入れが困難な重度な認知症高齢者の積極的な受入れにつき共通認識を持ち、協働してケアに当たっている。
- ・従来型の特性を活かし2階フロアで当日勤務の全職員が、利用者の支援を行うことで他職員の関わりも見え利用者への見守りも行き届き、その場でその日の利用者の状態に沿ったケアを多職種のチームで支援できている。
- ・マニュアル等が全ての項目につき良く整備され、事故や災害など不測の事態が発生した場合にも、職員が迅速かつ的確に対応できる体制を整えている。
- ・職員の休憩時間や休憩場所等が確保され、勤務時間や休暇も適正に管理が行われ、主任等を中心とした良好な人間関係も保たれ、職員にとって働きやすい職場環境である。また、外部の第三者への相談窓口も設置されフロアに掲示されている。

◆改善を求められる点

- ・目標管理、処遇とリンクした人事考課や職員が将来の自分の姿を描くことができるキャリアパス制度の導入など、総合的な人事制度の導入を期待する。また、職員育成のための年間研修計画には、受講が必要な職員を明記し職員一人ひとりに合った研修の実施を望む。
- ・全体として利用者一人ひとりの嗜好に合った居室づくりに乏しいため、安全が確保できる範囲で、家族や以前の住まい等思い出の写真類、馴染みの備品など、その人らしい居室づくりを望む。
- ・認知症ケアについて現状に満足することなく、認知症状の強い利用者に対するひもときシートでアセスメントするなど、個別の認知症の専門的ケアへの更なる探求と実践を期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

第三者評価を受審するにあたり、担当する職員からは、自施設のサービスを評価基準に当てはめ評価を行う事で、客観的に施設サービスを見直し、施設の強みや弱みを理解することが出来た等、良い経験となったとの意見が多くあり、第三者評価の受審は職員に対しても、高いモチベーションを保つ良いきっかけとなりました。

今回の第三者評価受審については、評価機関の方からは当施設の特性に合わせた助言を数多く頂き、施設サービス等について新たな課題や、目標に気付くことができました。

受審した結果をしっかりと分析し、ご利用される方々により一層満足いただけるサービスの提供に繋げていきたいと考えています。

◆第三者評価結果

- ・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

| | | 評価結果 |
|-----------------------------|---|------|
| Ⅰ-1 理念・基本方針 | | |
| Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。 | | |
| Ⅰ-1-(1)-① | 理念、基本方針が明文化され周知が図られている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 法人と施設それぞれの理念・基本方針が明文化され、事業計画、広報紙、ホームページ（HP）への掲載や施設内に掲示されている。 法人の理念・基本方針は、法人HPに掲載され広く社会一般に周知が図られている。施設の理念・基本方針は、各フロアに掲示のほか年度初めの事業計画説明研修会において施設長（園長）が職員への周知を徹底している。 利用者・家族に対しては、広報紙の発行時に事業計画（簡易版）を作成し送付することで周知に努めている。 | |
| | | 評価結果 |
| Ⅰ-2 経営状況の把握 | | |
| Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。 | | |
| Ⅰ-2-(1)-① | 事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 事業経営を取りまく全国・地域の動向は、法人理事長が全救協（全国救護施設協議会）会長、大阪府社協（社会福祉協議会）施設経営者部会長であることからタイムリーな把握が可能となっており、法人の施設連絡会議や介護保険事業部会議を通じ各施設に伝達し、各施設でも業界の環境や動向を的確に把握し分析している。 施設の経営状況については、単年度事業計画や予算に基づき毎月進捗状況を把握すると共に、予算と実績の差異分析等を行っている。 | |
| Ⅰ-2-(1)-② | 経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 施設では、SWOT分析（組織の内・外部環境を強み・弱み・機会・脅威の4要素による分析手法）に基づき課題や問題点を明確にしている。 課題や問題点は、法人での会議を通じ理事会に報告し役員と共有している。 施設の目下の課題は、利用率の向上により安定した運営を図ることで、毎月の職員会議で現状の確認と課題の解決・改善に向け話し合っている。水道光熱費の節水・節電については、園長が率先して施設内の無駄削減に努めている。 | |

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、令和5年を開始年度とする3～10年間の策定となっている。
 (収支表は、当初の3か年分が簡潔に示されている。)
 ・計画における具体的な数値目標は、利用率アップと支出(人件費、事業費、事務費等)削減による適正利益率の確保を目指している。その他定性(文章等での記載)による具体的目標は、必ずしも明確とはいえ客観的な測定は困難といえる。
 ・数値目標や具体的成果を設定することで、計画の進捗度・達成度が客観的に誰にでも把握できるよう工夫を望む。

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)

・令和5年度の単年度計画は、中長期計画を踏まえ年間行事計画、職員研修計画、利用者サービス、職員体制や危機管理等を具体的に織り込み、実現可能な運営指針となっている。
 ・単年度計画は、必要な記載が網羅的になされているが、ここでも利用率98%、職員の有資格率50%以上を除いて具体的数値目標は見られず、利用者サービス等においても具体的成果目標を設定することで、期中の進捗度や期末における達成度が測定でき、職員の頑張り具合が可視化できるよう期待する。

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)

・毎年1～2月頃、職員による新年度の各種計画(ケア・余暇活動・保健衛生サービス・食事サービス・災害対策・研修等)の事業計画作成に着手し、職員会議にて協議し作成している。
 ・新年度には、前年度実績の比較分析を行い、計画の検証を行っている。前年度実績は、事業報告書としてまとめ、各種データが記録されている。
 ・園長(施設長)が、法人で最終決定された新年度計画・予算について、事業計画説明研修会において全職員に周知している。

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。

a

(コメント)

・事業計画は、施設玄関のラックに設置しており、利用者・家族等が自由に閲覧できるようになっている。
 ・利用者・家族等に対しては事業計画(簡易版)を作成し、広報紙とともに郵送することで周知に努めている。
 ・園長が職員への事業計画を説明することで、職員は利用者・家族へ運動会や敬老会イベント時などいつでも説明ができる体制を整えている。

| | | 評価結果 |
|--|---|------|
| I - 4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組 | | |
| I - 4 - (1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。 | | |
| I - 4 - (1) - ① | 福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・業務改善や諸行事の実施に当たっては、前回の実施状況や反省点を踏まえ立案し、実行後に評価を行い、次回以降の改善に活かすことでPDCA(計画・実行・評価・改善)サイクルを廻し福祉サービスの質向上への取組みを行っている。 ・法人に内部監査制度があり、他施設の監査員3名による施設運営・利用者支援・職員待遇等の監査を適宜実施することで、改善を要する点を指摘するとともに特に優れている点については他施設への水平展開を図っている。 ・利用者サービスの現状につき、年1回以上介護保険自主点検表に基づくチェックを行い、結果を職員会議で評価を行い、次への展開に活かしている。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・内部監査による結果につき報告書を作成のうえ、法人や施設における会議等で役職員が共有し、課題解決について組織的な取組みを行っている。 ・第三者評価を定期的に受審している(今回2度目)が、評価結果に対する施設での議論等の文書化を行い、毎年の自己評価並びに次回の第三者評価受審に活かすことを期待する。 | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

| | | 評価結果 |
|------------------------------|--|------|
| Ⅱ - 1 管理者の責任とリーダーシップ | | |
| Ⅱ - 1 - (1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| Ⅱ - 1 - (1) - ① | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、自らの施設の経営・管理に関わる方針と取組みを、年度初めの事業計画説明研修会の中で表明し職員に周知している。 ・施設長は、自らの役割と責任を含む職務分掌等を「職員職務分担表」として文書化するとともに職員会議にて全職員が共通認識を持てるよう周知している。 ・施設長不在時の職務代行は、職員職務分担表にて主任事務員が行うことを明記しており、職員に周知している。職員職務分担表には、施設長以下職種ごとの役割と責任を担当者名を明記し、各部署にてファイルし職員への周知を徹底している。 | |
| Ⅱ - 1 - (1) - ② | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、法人の業務管理体制整備規程(コンプライアンス規程)に基づいて、施設の法令遵守を職員に周知している。 ・施設長は、各種内外研修に参加することで最新の法令についての理解に努め、職員に周知している。また、法令改正や社会保険に関する変更等があれば、関係資料を入手のうえ、職員に回覧し共有に努めている。 ・施設長は、遵守すべき法令等には福祉関連法令に限らず、雇用/労務・環境保全・食品衛生・消費者保護や個人情報保護等の幅広い分野に及んでいることを認識している。 | |

| | | |
|--|--|-------------|
| II-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。 | | |
| II-1-(2)-① | 福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 施設長は、施設の福祉サービスの質向上に意欲を持ち、職員会議や各種委員会等に自ら参画するなど定期的に福祉サービスの評価・分析を行っている。さらに、現状のSWOT分析を通して、施設の強み・弱み・機会・脅威等を分析しサービスの質向上への取組みを継続している。 施設長は、現場主義を徹底し毎日各フロアへの巡回時に利用者や職員に声掛けし、現況把握に努めサービスの質向上につなげている。 施設長は、職員の資質の向上やサービスの質向上のために職員に内外の研修参加を積極的に奨励し、研修報告による職員への共有にも努めている。 | |
| II-1-(2)-② | 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 施設長は、法人の介護保険事業部会議において利用率・人員配置や財務状況を毎月報告を行い、他施設の現状も共有のうえ、利用率の改善やコスト管理を徹底することで適正な経営や業務の効率化を目指している。 施設長は、職員会議や研修等の機会を捉え法人や施設の方向性について説明を行い、職員の意向も確認し意識の共有に努めている。 施設長は、「働きやすい長く勤められる職場」の実現を目指し、職員の勤務シフトの柔軟な対応や意見等を自由に発言しやすい雰囲気づくりに努めている。 | |
| | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> 施設では、事業計画の指針において介護職員の確保と育成を最優先課題として捉え、施設の魅力づくりの推進、インターネットによる情報発信等で新卒職員採用の安定確保、求人サイトによる中途採用職員の確保に努めている。 施設では、事業運営の安定には職員の安定確保が必要不可欠であり、全職員による職員の新規採用と育成に当たることを強調している。 職員とのヒアリングにおいても、職員が不足気味であることがあげられた。職員の採用と育成については、法人・施設をあげて引き続きの活動を期待する。 | |
| II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 施設が「期待する職員像等」は、「倫理綱領」の前文と10項目の記載が該当すると思われ、施設での掲示や研修等で活用することを望む。 毎年の職員「意向調査」を通して、職員は意向や意見表明ができる。また、意向調査の提出時には、園長が面談を実施し職員の意向等を再確認している。 目標管理、処遇とリンクした人事考課や職員が将来の自分の姿を描くことができるキャリアパス制度等の導入による総合的人事制度の導入を期待したい。 | |

| | |
|---------------------------------|--|
| 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。 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・職員のワーク・ライフ・バランスに配慮した取組みが行われ、時間外勤務はほぼ無く、有給休暇もほぼ規定通り取得できており、職員から不満は聞かれない。 ・毎年職員のメンタルヘルスチェックを行い、司法書士事務所を外部窓口とするヘルプラインを設置のほか、男女ともに育休制度の取得や退職職員の復職を受入れるなど柔軟な就業制度が整備されている。 ・施設長による職員の個別面談等を定期的実施することで、職員の働きやすい職場環境の整備推進を期待する。 |
| 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。 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設の「期待する職員像等」は、「倫理綱領」前文と10項目の記載が該当すると思われ、施設での掲示や研修等で活用することを望む。 ・事業計画や園長・主任等による面談により、毎年職員一人ひとりが明確な目標を立て、目標の進捗や達成度を客観的に評価できる取組みを期待する。 ・職員育成に向けた年間研修計画が作成されているが、計画表には各職員がどの研修を受講するのかまでは明記されていない。職員一人ひとりに合った研修の実施を望む。 |
| 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。 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・毎年度の研修計画を立案し研修を実施のうえ、受講者は研修報告書を提出している。ただし、計画表には各職員がどの研修を受講するかまで明記されていない。職員一人ひとりに合った研修の実施を望む。 ・職員に必要な資格は給与規則等に明記しており、法人では職員の資格取得奨励に当たり特別支援を行うことで、資格を取得しやすい環境を整備している。 ・新任職員は、法人で新人職員研修を受け広く知識を習得した後、施設において具体的な知識・技術の習得や業務の手順を学んでいる。 |

| | |
|--|---|
| 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) <ul style="list-style-type: none"> ・職員の資格取得状況は、施設事務所で把握し職員の育成に活用している。 ・新任職員には、法人の新人研修の後に施設において先輩職員によるOJT教育体制を取っている。 ・法人の階層別研修（初級・中級・上級）の受講により階層別の知識習得と他施設の経験年数が同程度の職員との交流が可能となっている。また、施設では可能な限り外部研修の受講も推奨している。 | |
| 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) <ul style="list-style-type: none"> ・「実習生受け入れマニュアル」により受入れの整備や施設の特性を活かしたプログラムを用意しており、例年看護学生の実習を受入れている。 ・実習受入れ前にオリエンテーションを実施し、実習生に施設の概要や実習の注意点等の説明を行い、実習最終日には反省会を設け疑問点等の解消に努めるなど実習の効果を高めるための工夫を行っている。 ・実習生受入れにあたり、施設の社会福祉士が担当職員の指導を行っている。 | |
| 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) <ul style="list-style-type: none"> ・法人の基本方針に「積極的な情報公開を行い、透明性のある運営を行います」を掲げており、透明性の高い情報公開への姿勢が窺われる。 ・法人HPで法人理念や基本方針・事業紹介や施設一覧・事業報告や決算等の情報を適切に公表し、施設HPでも基本方針・提供する福祉サービスの内容・苦情解決体制などを公表している。苦情解決については、施設の各フロアに体制と内容を掲示し職員間の共有に努めている。 ・HP以外にも理念や基本方針を明示した広報紙「第2愛港園便り」を、近隣の在宅介護支援センターや地域包括支援センターへ配布を行い、一般への公表を図っている。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) <ul style="list-style-type: none"> ・毎年、施設長以下全職員の名前と担当職務を記載した「職員職務分担表」を作成し、職員への周知に努めている。 ・経理規程等により、事務・経理・取引等に関するルールを明確にし、法人と顧問契約の公認会計士・税理士・弁護士・司法書士・社労士等の外部専門家による定期的な点検と経営改善に関わるアドバイスを受けている。 ・法人の他施設に属する内部監査員3人による監査制度があり、法人施設相互の内部牽制と各施設のレベルアップ機能が働いている。第三者評価の定期的な受審とそれに備えた自己評価を定期的に行うことで、施設の運営に活かしている。 | |

| | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・法人理念に「福祉の情報発信源、地域交流の場として地域福祉の拠点となり、地域貢献に尽くします」とあり、地域との関りの基本的方針が確立している。 ・地域に関わる冊子・チラシ・ポスター等を施設に配置し、利用者や家族に社会資源の情報を提供している。 ・区民祭りや地域敬老会への出席や保育園児との交流を再開し地域交流を深めることを検討しており、早期に実現することを期待する。 | |
| 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"> ・施設が「地域交流の場として地域福祉の拠点…」となるために必要なボランティア受入れマニュアルを整備している。コロナ禍が緩和しつつあることから条件が整えば受入れの再開を予定している。 ・利用者が待ち望むボランティアや信頼のおけるボランティア団体の選択等の受入れ準備を早い時期から進めることをを期待する。 | |
| 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"> ・区の窓口や消防署・警察署・保健所・協力医療機関の病院やクリニック等の関係機関を、緊急時対応マニュアルに社会資源リストとして掲載し、地域の医療福祉マップを各フロアに掲示し情報共有と連携に努めている。 ・社会資源リストを事務所や各フロア詰所に掲示し、緊急時に直ちに連絡が取れ適切な対応ができるよう普段から心掛けている。 ・施設長が区の社会福祉施設連絡会議に参加するとともに、地域包括支援センターや府社会福祉協議会と普段から連携を密にしている。 | |
| 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"> ・法人理念に「地域交流の場として地域福祉の拠点…」とあり、地域との交流や地域貢献の姿勢が確立している。 ・隣接の「みなと在宅介護支援センター」を活用して地域の福祉ニーズの入手に努めている。地域情報は、職員会議や各種会議において職員の共有に努めている。 ・車いすの無償貸し出しを行い、必要な福祉ニーズに対応している。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設が実施している公益的な事業には、福祉用具の無償貸出等がある。 ・法人が実施している公益的な事業には、能登被災施設への救援隊派遣、送迎バス事業（坂道が多い地区の高齢者の買い物や通院用にバスを配車）、認定就労訓練事業、無料配食サービス（単身高齢者に見守りを兼ね食事を提供）、「いこいのサロン」を毎月開催（福祉委員会との共催で、福祉相談・講座・福祉体操・料理教室など）、福祉用具の無償貸出、地区諸行事への職員やOB派遣応援（夏祭りなど）、単身高齢者の緊急時安全確認（鍵の預かり）事業、福祉相談窓口・生活困窮者レスキュー活動・一時入所事業などがある。 | |

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) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設の基本方針の一つに「高齢者の尊厳の保持と…人権尊重を基礎とした心のこもったケア」があり、職員の共通理解とするため内部研修を繰り返すなど取り組んでいる。 ・福祉サービスの提供に当たり、倫理綱領に職員の責務と規範を明示している。 ・基本方針や倫理綱領に基づいた実践が徹底されているかどうか、施設長等による施設内巡回やチェックリストによる職員の振り返りなど具体的に検証する取組を望む。 | |
| 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"> ・プライバシー保護規程とマニュアルを整備し「個人情報保護とプライバシー保護」研修を新任職員及び職員対象に実施している。 ・多床室にはプライバシーカーテンを設置することで多床室利用4名のプライバシー保護に配慮している。個室のポータブルトイレについても、廊下から死角となるよう配置に工夫している。 ・4人部屋やトイレ・シャワー室のカーテンによるプライバシー保護の配慮にも限界があり、将来的には建物の大規模修理等で抜本的な改善策を図ることを望む。 | |
| Ⅲ-1-(2) 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。 | | |
| Ⅲ-1-(2)-① | 利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・HP、パンフレットや広報紙などに写真等を多用し分かりやすい説明の提供に加え、施設を見学し設備やサービス内容を実感してもらう取組を行っている。 ・突然の見学希望に対しても都度対応し、丁寧な説明を心掛けている。また、ショートステイ利用での実体験を勧め想像とのギャップ軽減に努めている。 ・利用料金改定時などには、利用希望者に対する情報を適宜見直している。 | |
| Ⅲ-1-(2)-② | 福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・サービス開始時に、重要事項説明書を用い丁寧な説明を利用者や家族に行い、疑問や質問があれば説明を行い納得を得ることに努めている。最終的に契約するかどうかは、利用者側の自己決定を基本としている。 ・説明時には、料金の早見表を使い分かりやすく説明したり、必要に応じ重要事項説明書の拡大版も用意するなどの工夫を行っている。 ・利用者や家族との相談は、園長や生活相談員が窓口となり対応している。 | |
| Ⅲ-1-(2)-③ | 福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・福祉施設の移行にあたっては、福祉サービスの継続性に配慮し引継ぎ文書を定め、看護サマリーや介護サマリーの提供も準備している。 ・契約が終了し退所後も、何かあれば何時でも生活相談員が窓口になり相談を受け付ける体制を取っている。 ・苦情があれば、苦情相談窓口（生活相談員）への相談体制を整備している。 | |

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 |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度把握のため、利用者及び家族アンケートを年1回行っている。アンケート結果を園長が総評しそれを基にサービス検討会議で内容について協議し広報紙で公表している。 ・毎月、誕生日会のあとに給食懇談会と利用者懇談会を開き、利用者満足を把握し分析するようにしている。 ・家族との懇親会は、コロナ禍でここ数年開催できておらず、コロナ感染症の5類移行に伴い今後は、家族会を再開し職員も参加のうえ意見交換をすることを望む。 | |

Ⅲ-1-(4) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。

| | |
|---|----------|
| Ⅲ-1-(4)-① 苦情解決の仕組みが確立しており、周知・機能している。 | a |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決体制を整備し、苦情の申出先を含め重要事項説明書に明記している。 ・意見箱設置や、利用者及び家族アンケートを行い、苦情を積極的に受付ける体制を取っている。苦情や意見がある時には、苦情解決委員会を開催し結果をサービスに取込むことでサービスの質向上を図っている。 ・目の前の苦情に関しては、日々の支援の中で問題解決を図っており、この1～2年は、苦情として取り扱う事例は発生していない。 | |
| Ⅲ-1-(4)-② 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備し、利用者等に周知している。 | a |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に、第三者委員や公的な相談窓口など複数明記し、入所時に説明している。広報紙にも苦情解決のしくみについて掲載し、周知している。 ・相談窓口職員の写真を掲示し、1階に個室の相談室を確保し、相談しやすい環境を整えている。 | |
| Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | b |
| <p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・1階ロビー通路に意見箱が設置し、介護主任が毎日チェックしているがこの1年、利用者・家族等からの意見書や要望書が入ったことはない。 ・利用者からの声を聴くためのアンケート調査は、聞き取り法で年1回実施している。 ・施設には苦情解決マニュアル、意見要望収集マニュアルを整備している。利用者から直接聞いた意見や要望は、その場でスタッフ間で解決を図るとともに、重大な内容であればユニットリーダーやフロアリーダーから園長や生活相談員に伝えて迅速に対応し、解決を図っている。 ・制度の改定等、必要時にはマニュアルの改定を行っているが、マニュアルの定期的な見直しは行っておらず、1～2年毎にマニュアルの見直しを望む。 | |

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) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設では、事故対応マニュアルを整備し、事故対策委員会を設置している。 ・施設長は委員長として毎月のリスクマネジメント委員会に出席し、転倒事故、ヒヤリハット事例の報告を受け、事故発生防止対策を協議・検討し日々の安全な介護に取り組んでいる。 ・法人全体研修で「事故発生または再発防止に関する研修」を年2回実施しているが、全職員が研修を受け現場の安全に繋がる様、開催方法の検討を望む。 ・事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、統計分析を行うなど、評価、見直しを定期的に行うことを望む。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設は、感染対策マニュアルを整備し、看護主任を中心に介護職員をメンバーとした感染症対策委員会を毎月開催している。 ・各フロアには、感染症発症時に使用する消毒液や防護具などをセットし、迅速に感染防止を図ることができるよう環境を整えている。 ・感染症対策の内部研修を開催して職員に周知を図っているが、今後、全職員への研修実施に向けた取組みを望む。 ・施設入口では、現在も各種感染症予防の為、来訪者に手指消毒と検温を実施している。 | |
| 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している。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・施設では、防災マニュアル及び災害時の事業継続対応マニュアルを整備し、災害別の対応手順と体制、港区ハザードマップを明記し、職員に周知を図っているが、施設は大阪港や川に近く、発生が予想されている東南海地震による津波を想定したうえで避難訓練や、自治会、福祉関係団体等の地域と連携した訓練を望む。 ・火災避難訓練は、消防署に立ち合いを依頼して毎年2回（1回は夜間想定）で実施している。 ・災害備蓄品は、3日分の食料品・飲料水、自家発電機、カセットコンロ、ランタンなどを整備し、リストを事務所・介護職員室に備え付けている。食料品関係の備蓄品は、一覧表に消費期限を明記して管理をしている。 | |

| | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> 標準的な介護マニュアルは整備されており、利用者のプライバシー保護や権利擁護にかかわる姿勢が明記されている。 業務手順マニュアルを整備したうえで、日々のケアが標準的な手順に則り実践できているかは、目立った不適切については、主任・介護支援専門員等が日々、実践をチェックしているが、更に一つ一つの視点を持った確認を意図的に行うなどの周知徹底するための方策を望む。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> 施設としての標準的な業務手順マニュアルは、整備されている。 制度の変更があった時など、必要時に臨時的にマニュアル改定委員会を開催し、見直しをしている。今後、定期的に手順を見直すための時期や方法を組織として定め、実行することを望む。 | |
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | |
| Ⅲ-2-(2)-① | アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 介護支援専門員が、ケアプラン作成マニュアルに基づき、介護記録ソフト「ほのほの」のアセスメントツール「面談調査票」と「包括的自立支援プログラム」を用いてアセスメントし、福祉サービス支援計画を立案している。 福祉サービス実施計画通りに実施されているかは、月1回、定期的にモニタリングを行っている。 支援困難ケースへの対応では、臨時にケースカンファレンスを実施し、多職種での検討をしている。また、家族への連絡、意向確認も行っている。 | |
| Ⅲ-2-(2)-② | 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> 個々の福祉サービス計画内容の見直しは、6か月に1回、介護支援専門員を主として担当看護職員、担当介護職員が参加してサービス担当者会議を開き、見直しを行っている。 サービス実施計画を変更したときには、申し送りファイルに入れて職員への周知を図っている。 支援困難なケースの発生や状態変化時については、ケアマネジャー業務の概要に明記し、随時にサービス担当者会議を開き、速やかな対応策を検討し計画の見直しを行っている。 | |

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) | <ul style="list-style-type: none"> ・介護記録は、IT介護支援ソフトを使用した統一した様式を使用し、介護職、看護職等の多職種間で情報が共有出来る館内ICTネットワークシステムが構築されているが、サービス実施計画にもとづくサービスが具体的に実施されていることを記録で確認できるシステムの構築を望む。 ・チャットワークにより、タイムリーに具体的な伝達及び情報共有されているが、正式な介護記録上に反映されていない部分があり、医療指示・支援計画の口腔ケアや生活リハビリの実施記録を確実に介護記録ソフトの記録上に残るシステムの構築を望む。 ・多職種での定期的な会議が開催され、多方面から問題解決を測る取組みがなされている。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・法人により、個人情報保護規程を定めている。 ・個人情報保護の研修を実施し、不参加の職員にも資料閲覧により、内容の共有が図られているが、全員が研修に参加し、正しく理解出来たかの確認まで行うことを望む。 ・個人情報の取り扱いについては、重要説明事項の中で入所時に説明している。 | |

高齢福祉分野の内容評価基準

| | | 評価結果 |
|------------------|--|------|
| A-1 生活支援の基本と権利擁護 | | |
| A-1-(1) 生活支援の基本 | | |
| A-1-(1)-① | 利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・介護支援専門員が、入所説明時に家族等から利用者のこれまでの生活状況や趣向を聞き取りフェイスシートに記録し、入所時サービス担当者会議で介護職員、看護職員等に情報提供をしている。 ・日中は、フロアでの団体生活となるが、その中でも利用者の自立度や嗜好に応じた趣味等を行ってもらうよう工夫している。フロアにソファやベッドを設置し、体調等に応じて休息できる環境も整えている。 ・一日の全体スケジュールの中での生活となりがちであり、利用者個人に応じた生活となるよう24時間シートを活用するなど、利用者の心身の状況と暮らしの意向等を把握・理解して支援に取り組むことを期待する。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の想いや希望を把握できるよう、日々のさまざまな機会に、コミュニケーションを取り、職員から声をかけている。 ・コミュニケーションの方法や支援について、日々のミーティング、月1回のモニタリング、サービス担当者会議で、検討・見直しを定期的に行っている。 ・コミュニケーションの困難な人には、ホワイトボードを使用した筆談など個別に工夫をして意志疎通を図っている。 | |
| A-1-(2) 権利擁護 | | |
| A-1-(2)-① | 利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の権利擁護についての研修を実施し、規程も整備され、職員への理解に努めている。 ・虐待の届出・報告についてもマニュアルが整備され、研修も行っている。 ・身体拘束は原則行わないが、緊急やむを得ない場合に一時的に実施するための手順や記録についてマニュアルにて明確に定めている。身体拘束廃止委員会を毎月行い、多角的に検証し、権利擁護のための取り組みについて、職員が具体的に検討する機会を定期的に設けている。 | |

| | | 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） | <ul style="list-style-type: none"> 施設全体の清掃が行き届き清潔で、整理整頓されて安全で快適な環境が整えられている。 利用者は、重度の認知症の方が多いという特性上、異食の危険などの安全上の問題により、居室の装飾品は、一部の利用者のみで、これまでの生活を尊重した過ごし方が出来るよう配慮されているとはいえない。 日中過ごされるフロア全体も安全への配慮が優先され、無駄なものは置いていないが、季節感の味わえる飾りつけが少ないので、利用者の手の届かない壁面等への危険のない範囲での季節感のある飾りつけを期待する。 | |

| | | 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"> 入浴前に検温を行い、発熱や体調異常のある時には、看護師に入浴の可否の判断を確認する手順も確立し、その日の健康状態に応じて清潔援助の方法もシャワー浴や清拭に変更したり、入浴日を変更したりして柔軟に対応している。 座位浴の機械浴等、設備が整っており、利用者の心身の状態や意向に合わせて、浴槽の種類もサービス担当者会議で検討し方法を選択している。 利用者の羞恥心への配慮としての同性介助は、人的配置上、困難な状況であるが、個々の感情を把握し、可能な限り配慮することを望む。 | |
| A-3-（1）-② | 排泄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"> 排泄介助の方法が利用者の心身の状態を踏まえて個別に対応し、排便・排尿等の直接表現を避けて、職員間での伝達は「赤」「黒」と言う言葉で羞恥心に配慮しているが、同性介助の徹底は、人員上困難である。 トイレの入口は、カーテンで開閉しており、個人のプライバシー保護の観点からは必ずしも適切とはいえないが、扉設置などは、経費もかかる問題であり困難な状況である。 尿や便の排泄状況は、記録用紙に記載され看護職、介護職員間で把握されている。排便コントロール方法も利用者個別に取り決められているが、自然排便、排泄自立に向けた継続的で積極的な取り組みを今後も期待する。 | |
| 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"> 利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が利用されるように、サービス担当者会議で定期的に機能訓練職員、看護職員、介護職員の多職種間で検討と見直しを行っている。 浴室の移動リフト、スライディングボードなど利用者の心身の状況に適した福祉機器や福祉用具が使用できるように設備も整えられている。 各フロア内、廊下や食堂等に余分な備品が置かれていないが、やむを得ずソファが手すりとなしと干渉する部分もあり、利用者が移動しやすい安全な環境への更なる検討を望む。 | |

| | | |
|----------------------------|---|----------|
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・食事は、委託給食業者が厨房で調理し、できたてのものを個人別のトレーに配膳し提供している。 ・食事の摂取状況は、管理栄養士が、毎日、昼と夕のミールラウンドでチェックし、残渣量も測定し日誌に記載している。 ・業者のマニュアルが、衛生管理上適切であるかどうかのチェックは、施設の管理栄養士が行っている。 ・食事をおいしく食べられるような工夫として、席の配置は、気の合うメンバーでテーブルを囲むようにしている。食事は委託業者の献立を提供しており施設での献立の工夫は困難であるが、食事サービス会議で、委託業者に利用者の希望・リクエストを伝えてメニューに反映している。選択食は導入できていないが、誕生日会等の行事の日に対象者の好物を提供するなどの工夫を期待する。 | |
| A-3- (2) -② | 食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の食事中は、介護職員が観察しており、嚥下困難が予測される利用者は、看護師に報告し、歯科医師の診察を受け食事形態が決定されている。 ・毎食前に口腔体操を実施し、可動式テーブル、クッション等、足置き台などを使用し、利用者に合わせて食事姿勢となるよう工夫し、誤嚥や窒息等を予防しながら食事介助を行っている。 ・管理栄養士が、一人ひとりの栄養状態を把握し、補助食の追加やそれに基づく栄養ケアマネジメントを実施している。食事形態も5段階の種類があり、毎日の食事状態により、多職種で検討し安全に摂取できる形にして提供している。 | |
| A-3- (2) -③ | 利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・歯科衛生士が施設に週2回来訪している。口腔衛生に問題があり、家族が希望する方には、歯科衛生士による口腔ケアが行われている。 ・歯科衛生士による口腔ケア方法の研修は、行われていないため今後介護職員の口腔ケアの技術と知識の向上のための研修や指導が行われることを望む。 ・利用者一人に月1回歯科医師の診察があり、口腔ケア指導ファイルに医師の指導が記載され、全職種で共有している。利用者の口腔清掃の自立度に応じて、独自にケア一覧を作成し口腔ケアを実施しているが、そのケアを実施していることや口腔の状態を介護記録ソフトに記載されていないので、特別にケアを実施している入居者に関しては、口腔ケアに関しての記録も記載していくことを望む。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・褥瘡予防委員会を毎月1回開催し、褥瘡の予防に取り組んでいる。 ・褥瘡の初期段階で、介護職員から看護師へ報告し看護師の指示の元、初期対応を行っている。 ・褥瘡に進行してしまった場合は、医師の診察を受け、治療的な処置を看護師が行っている。医療職者により最新の情報を収集し、日常のケアに取り入れられることを望む。 | |
| 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。 | c |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が喀痰吸引が必要な状態になったときに昼間は看護職員が勤務しているので処置をできるが、夜間は勤務しておらず、オンコール対応となっている。 ・夜間は夜勤の介護職員による喀痰吸引処置対応ができることは利用者の安全安心につながるため介護職員の喀痰吸引資格保持者の養成に早期に取り組むことを期待する | |

| | | |
|------------------|---|---|
| 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。 | b |
| （コメント） | <ul style="list-style-type: none"> ・個別リハビリが必要な利用者には、週1回、理学療法士が個別にリハビリを実施し、介護職員への申し送りを行っている。 ・ケアプランに生活リハビリについて個々に計画し、介護職員により日常生活の中で実施されている。実施状況をリハビリ日誌に記載しているが、利用者のADL状態や反応などを介護記録ソフトに記載し援助に反映することを望む。 ・認知症状や精神状態の変化などには、介護日誌に記録するとともに医療機関に報告し連携を行っている。 | |
| 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。 | |
| （コメント） | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者一人ひとりの日常生活能力や機能、生活歴について、入所時に情報収集するとともに介護ソフト「ほのぼの」のアセスメントツールを用いてアセスメントを行い、月1回、モニタリングを行っている。 ・日々の行動や心理症状のある利用者には、全職員で症状の改善に向けたケアや生活上の配慮を行っている。 ・認知症ケア実践能力の向上のため、実践者研修に毎年、一人以上参加している。その研修を活かして、行動心理症状の強い人には、認知症のアセスメントツールを用いるなどして個々の認知症ケアの充実を望む。 | |
| 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"> ・日中は利用者の状態は、常時見守りが行え、変化に気づいた場合は、看護師に連絡し、主治医への報告相談及び救急搬送の判断を行う体制が整備されているが、夜勤帯に関しては、オンコール体制で、健康状態の相談を行う体制を整備しているフロアに職員不在の時間が生じ、異常の早期発見が困難な環境にある。 ・日々の利用者の体温測定を毎日行い、看護師が毎日入居者の状態を見て回り、体調の変化の早期発見に務めている。 ・薬は、医師の指示のもと、看護師が薬整理を行い、薬の変更があった時や健康上注意してほしいことは、チャットワークで職員間の情報共有を行うとともに、朝夕の引き継ぎで、看護師から介護士への情報共有と注意事項の再確認を行うと共に、医師、看護師からの指示や身体上の注意事項は、介護職員が介護記録ソフトに入力し情報共有している。 | |
| 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） | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が終末期を迎えた場合の対応について、マニュアルを整備し、重要事項説明事項に協力医療機関を掲載し、看取り介護を行っている。 ・入所時に看取りに関する説明を介護支援専門員が行い、利用者が看取り対応の状態になった時には、介護支援専門員・介護士・看護師同席の上、医師から家族に状態説明を行い、終末期における家族の要望を聞き、対応や連絡方法を決めている。 ・終末期ケアに携わった後には、デスクカンファレンスを行うなど、その利用者への関わりを振り返る機会を作り、介護への達成感につなげるなどの職員への精神的なケアへの配慮を望む。 | |

| | | 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の体調等の変化やケアプランの変更の際には、そのつど家族へ連絡をとり、状態を伝えるとともに、家族の意向を確認したり要望を聞くようにしている。 ・コロナ禍で面会を止めていたが、1階フロアの面会室を利用して、面会が出来るように配慮しているが、更に利用者と家族がつながりを持てるような取り組みや工夫を期待する。 | |

| | | 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) | 訪問介護事業所調査ではないため非該当とする。 | |

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第2愛港園の利用者等 |
| 調査対象者数 | 利用者人数 50人 |
| 調査方法 | 事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封たうえて、郵便局又は事業所への提出を依頼した。 |

利用者への聞き取り等の結果（概要）

利用者50名にアンケート用紙を配付し、30通を回収した。回収率は60%であった。

○回答の内、満足度100%は次の3項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。

○回答の内、満足度90%以上は次の11項目であった。

- ・職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。
- ・職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。
- ・職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか。
- ・原則身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか。
- ・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ますか。
- ・サービスを受けることにより、自身の気持ちの面で安心して生活できるようになりましたか。
- ・サービスを受けることにより、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。
- ・このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いませんか。

○回答の内、満足度80%以上は次の3項目であった。

- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持って食べられますか。

○回答の内、満足度70%以上は次の3項目であった。

- ・苦情対応の相談窓口を知っていて、実際に苦情や意見は言いやすいですか。
- ・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ますか。
- ・レクリエーションメニューは自由に選択でき、あなたの意向に配慮されていると思いませんか。

○自由意見としては、次のようなものがあつた。

【してほしい、欲しくないサービス】

- ・事務員の電話対応を改善して欲しい。統括主任に対応してもらうのが一番安心。
- ・コロナ、インフル等でなかなか面会に行けない。様子を写真や動画で頂けると良いと思う。
- ・スタッフが少ないので散歩など難しいと思いますが外に出かける機会が増えれば良いと思う。
- ・認知症も味覚はちゃんとあるので健常者と同じしっかりした味付の美味しい食事を切に願う。
- ・特に無し。（他6件） ・今のままで満足。 ・お任せしています。

【施設やサービスに対して感じたり思ったりしていること】

- ・いつも丁寧で明るい対応をして頂き感謝しています（同種意見6件） ・特に無し（他に2件）
- ・上の方に一番理解して頂き、こちらの事情も分かってもらい、ここに預けられ安心している。
- ・機嫌の悪い時が多い中、職員さんのご苦労に感謝しております。
- ・尿路感染予防方法が無い。 ・引き続き過ごしやすい空間をお願いします。
- ・話しかけるばかりでなく利用者にしゅべらせてほしい。歌を忘れたカナリアになります。

以上

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

①【職員・従業員数】

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

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

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

②【専門職員】

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

③【施設・設備の概要】

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

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