

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（施設系入所サービス）】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホームせつ桜苑	
運営法人名称	社会福祉法人 成光苑	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	高岡 國士（理事長）、前田 一彦（施設長）	
定員（利用人数）	70 名 ★予約で16名含む（70名）	
事業所所在地	〒 566-0032 大阪府摂津市桜町1丁目1番11号	
電話番号	072 - 632 - 0400	
FAX番号	072 - 632 - 9990	
ホームページアドレス	<a href="http://www.settsu-sakuraen.jp/">http://www.settsu-sakuraen.jp/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:sakuraen@jade.dti.ne.jp">sakuraen@jade.dti.ne.jp</a>	
事業開始年月日	平成26年4月1日	
職員・従業員数※	正規 30 名	非正規 7 名
専門職員※	社会福祉士2名、介護福祉士18名、 介護支援専門員2名、医師3名、 看護師・准看護師5名、管理栄養士1名、 柔道整復師1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室16室、2人部屋18室、4人部屋5室	
	[設備等] 食堂2、浴室2、調理室2、機能訓練室1、更衣室2、 医務室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

【第三者評価の受審状況】

受審回数	2 回
前回の受審時期	平成 24 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】

### ■法人理念

- 1.個人の尊厳を旨として、その人にふさわしい最善のサービスの提供に努める。
- 2.地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点となる施設経営を目指す。
- 3.専門的知識、技術の研鑽に努め、誇れる施設を目指す。

### ■サービス目標

「オンリーワンとナンバーワンを目指す」

オンリーワンとはその施設にしかない特色の創造である。ナンバーワンとは利用者の処遇の満足度を高めるため、常に積極的に取り組む姿勢である。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①ISO9001の品質マネジメントシステムを平成18年6月に認証取得し、平成27年6月13日に適用範囲拡大および更新しています。システムに基づき、継続的に改善しながら、顧客満足を達成・維持していくシステムを導入しています。
- ②法人理念に基づき、地域貢献事業を法人挙げて積極的に行っています。
- ③平成22年6月30日に福祉施設では初めて大阪版食の安全安心認証を取得し、オンリーワン・ナンバーワンの心で、利用者、地域の方に美味しく、かつ、安全安心な食事を提供しています。
- ④福祉人材の養成及び確保を目的として、平成26年9月より介護職員初任者研修を大阪人間科学大学の介護実習室と社会福祉法人成光苑研修センターを会場として開催しています。

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 総務企画部 第三者評価室
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成28年12月5日～平成29年2月23日
評価決定年月日	平成29年2月23日
評価調査者（役割）	0701A065（運営管理委員） 0401A128（専門職委員） 0801A019（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せつ桜苑は、大阪の郊外に位置する摂津市にあり、住宅地に位置しながらも河川が傍にあるため比較的のどかな雰囲気を残す立地に建っています。周囲は大阪府立摂津高校や中学校が近く、施設の夏祭りには、和太鼓クラブを招待するなど交流も行われています。また阪急京都線摂津市駅の近くで交通アクセスも良い所となっています。

平成9年4月に摂津市より管理業務委託を受け運営していましたが、平成26年4月より「社会福祉法人成光苑」が事業移管、建物譲渡を受け運営しています。

施設は4階建て、2～3階が特養になっており、個室16室、2人部屋18室、4人部屋5室があり定員54名、ショートステイ定員16名対応となっています。

併設として、通所介護、認知症通所介護、居宅介護支援、訪問介護、身体障がい者居宅介護、障がい短期入所、老人福祉センターとなっています。

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

### ◆特に評価の高い点

#### ■ISOの品質マネジメントシステムを導入

システムに基づき施設運営を継続的に改善しながらより良い施設のあり方を求めています。

#### ■地域貢献事業への取り組み

法人理念に「地域に開かれ、愛され、地域福祉の拠点となる施設運営を目指す」をきっかけ地域貢献事業を法人全体で取り組み、近隣の自治会の行事に役員を派遣、また避難訓練も合同で開催するなど施設が有する機能を積極的に還元しています。

#### ■大阪版食の安全安心認証

平成22年6月に福祉施設で初めて大阪版食の安全安心認証を取得し、オンリーワン・ナンバーワンの心で食事は美味しくを目指し施設直営で選択食にも対応しています。

#### ■嘔吐物処理の取り扱い

ノロウイルス等による嘔吐などの処理について、机上での理解でなくデモンストレーション（胃の内容物を疑似的に作成し、嘔吐する時の口の高さから床へ吐しゃして飛散状況を確認する等）を行い、医務を中心に全職員がマスターできるよう継続的に実施することで二次感染防止などの理解を深める対策がとられています。

#### ■自分たちで作上げたマニュアル

職員自らが写真のモデルになって、基本的な業務マニュアル「はじめの一步」を作成し職員全員に配付して活用しています。

### ◆改善を求められる点

#### ■職員全体への周知への取り組み

施設の運営に関する仕組みは、ISOに基づき良くできていますが、PDCAのうちCAが機能していない部分があります。研修や委員会に参加されていない職員への周知についてネットワークシステムの活用等全体を見据えた取り組みが望まれます。

#### ■ハード面の整備

ベッドに関して、旧式のベッドが多く、ベッド柵に足が挟まれてしまう危険性があり早期のメンテナンスや交換等の対応が望まれます。

#### ■非常災害時の備蓄管理

災害時の必要な食料、消耗品等の備蓄はあるものの、何処に何があるのか、食料の賞味期限等の保管状況のチェックなど、一覧表を作成し職員の誰もが知りえる改善策が望まれます。

#### ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、第三者評価を受審させて頂き、多くの評価項目がありましたが、1つ1つを自己評価し、振り返る事が出来ました。

早速ですが、来年度の事業計画にも「第三者評価結果の改善を行う」という項目を入れ、サービスの質の改善に努めていきたいと思っています。

前回よりも評価基準が厳しくなっているという事で、自分達が思っている以上に良い結果が出ませんでした。指摘して頂いた事項を真摯に受け止め、今後改善に努め、さらに、サービスの質を高める事が出来る様に、職員一同頑張っていきたいと思っています。

#### ◆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)	<p>■法人の理念、施設の基本方針などは、広報誌（年4回）、パンフレット、ホームページ、施設内の掲示板に記載され、施設内の各種会議等でも職員に周知が図られています。また、利用者や家族に対しては敬老祝賀会などを通じて、事業計画簡略版を配付して説明しています。</p> <p>■記入式の法人理念確認テスト（A4版、穴埋め19問）を毎年、職員全体に実施することで理念の周知状況を確認し、周知に向けた継続的な取り組みが図られています。</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>■社会福祉に関する経営情報などは、全国社会福祉法人経営者協議会に積極的に参加して情報の収集と分析を行っています。また、摂津市の介護保険関係の会議やケア会議にも積極的に参加して、地域の福祉ニーズを把握し対応しています。</p> <p>■福祉サービスにかかるコストの分析、利用者の入退所状況や、利用率などは毎月のリーダー会議で細かく報告され、課題があれば早期に解決をするなど経営の健全化が施設運営全般に図られています。</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。	b
(コメント)	<p>■幹部職員による経営に関する協議は定期的に行われ、各種データの分析をする中で課題解決に向けて具体的な取り組みを進めています。</p> <p>■経営状況は役員、施設長、幹部職員には周知されていますが、一般職員への周知に関する取り組みを更に進められることが望まれます。</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)	<p>■中長期計画が、数値目標や具体的な成果などを設定することで、誰もが理解しやすい形式で周知されています。</p> <p>■10年を想定した資金収支状況、建物老朽化調査による長期修繕予定、人員確保（法人内人財確保プロジェクト）など、中長期の施設をめぐる動向を分析して、計画の見直しを行っています。</p>	
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)	<p>■中長期計画と単年度の事業計画は連動しており、単年度計画は具体的な数値目標などが記載がされていて行動の指針になっています。更に、実施状況の評価がわかりやすく行えるようになっています。</p>	
I - 3 - (2) 事業計画が適切に策定されている。		
I - 3 - (2) - ①	事業計画の策定と実施状況の把握や評価・見直しが組織的に行われ、職員が理解している。	b
(コメント)	<p>■事業計画は、リーダー会議で施設長から基本的枠組みが出された後、各部署で職員の意見を集約し、数値目標や課題点をあげ、実現の可能性が高い事業計画を作成しています。</p> <p>■事業計画に基づいて、幹部職員は目標管理シート、一般職はチャレンジシートを作成し、各個人で事業計画が達成できるよう、計画を立案して実施しています。</p> <p>■各部署に事業計画は置かれていますが、今後は職員に対して文書で配付して周知することが望まれます。</p>	
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)	<p>■事業計画は閲覧可能な状態で玄関に設置されています。また、利用者、家族に向けたわかりやすい事業計画が作成されています。</p> <p>■家族に対しては、敬老祝賀会で事業計画の説明をしています。ただ、家族の出席率は半分程度であり、欠席された方には郵送していますが、半年後ではなくて年度当初に全員に対して配付し説明することが望まれます。</p>	

		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)	<p>■平成18年からISO9001の認証を取得し、全ての業務の中にPDCAサイクルを回す仕組みとなっています。</p> <p>■ISO品質マニュアルおよび各種規程などに基づき、年2回内部監査、年1回定期審査の受審があり、サービスの確認が行われています。</p> <p>■介護保険自主点検表による点検を年1回8月に実施し、サービスの確認を行い、その結果が適正か否かをISO内部監査にて確認しています。</p> <p>■第三者評価を3年毎に、大阪版食の安全安心認証制度を毎年（更新申請は2年毎）受審しています。食の安全安心認証制度は大阪の特養としては初めての認証になりました。</p> <p>■サービスの質の向上に向けた取り組みが各種行われており、質の高い福祉サービスの提供が行われています。</p>	
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)	<p>■定期的にISOによる内部監査が行われており、フォローアップ（修正処置、是正処置の確認など）が定められ、改善が行われています。また、不適合サービスが見られた場合は、報告書を作成し、課題が職員に対して提示され、それに基づき速やかに問題の解決が図られています。</p> <p>■サービス評価関係の書類はたくさんありましたが、職員間での課題の共有という部分では、ネットワークなどを使った情報共有などを推進して、情報の共有化を深めていくことが望まれます。</p>	

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)	<p>■施設長は、職員会議やリーダー会議での協議、幹部職員に対するメールでの指示等で、経営戦略、役割と責任などを明確にしています。</p> <p>■有事における管理者の責任と役割については、消防計画書、ISO品質マネジメントシステムに沿って不在時の権限委譲を明確にしています。</p>	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■施設長は、各団体主催の法令遵守の研修に参加して、積極的に法令遵守に取り組んでいます。また、職員にも関連法規の遵守について教育しています。</p> <p>■法令遵守については、ISO法令遵守規程に基づいて組織的に取り組んでいます。</p> <p>■ただ、職員の周知などについてはまだまだ課題があり、今後はこれらの改善を含めた積極的な取組が行われることが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■ISO内部監査を年2回、ISO定期審査を年1回実施した結果、評価・分析しています。その中で、不適合（修正・是正）課題が見つければ、施設長が指示して修正、是正計画の作成などの指示を出しています。</p> <p>■2か月に1回施設長会議において施設の近況（実績・事故報告）等を報告し、法人内での情報共有を図っています。また、事業計画の目標の振り返りや見直しを行い、顧客満足やサービスの質の向上に努めています。</p> <p>■施設サービス革新会議、各部署の会議、年2回の自己申告書、新人職員の3か月面接、人事考課に基づく面接などにより、職員の意見を積極的に吸収するシステムを施設長が中心になって作り上げています。</p> <p>■職員研修の充実については意欲的に取り組んでいますが、周知の問題を含めて改善の余地があり、今後の職員教育システムの充実が望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■施設長は毎月のリーダー会議で経営改善について報告し、分析、検討をしています。また、施設サービス革新会議、ケアワーカー会議等で、現場から出てきた意見を積極的に取り込み業務の見直しを行っています。</p> <p>■部課長会議等で幹部職員に対しては、経営改善の意識を常に持たせる中で、実行性の高い組織の改革に取り組んでいます。</p>	



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)	<p>■職員配置のシミュレーション（現場のニーズに合わせた）を作成して、適切な職員配置の確保に向けて努力しています。</p> <p>■法人に「人財確保プロジェクト」があり、そのプロジェクトが中心となって人材確保に関する計画、就職フェアや施設見学、採用試験の実施などを行っています。</p> <p>■介護の外国人労働者の確保など、常に先を見越した人材確保計画が策定され実行されています。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<p>■就業規則に人事基準が記載されており、変更等が生じた場合も、リーダー会議や職員会議で報告することで、職員に人事基準が周知されています。</p> <p>■人材を活かすために人事考課を年2回実施し、考課者と話し合う中で一人ひとりの課題を明確にしています。また、職員の意識調査を実施し、評価の分析を学識経験者等により行い、職員の処遇改善に活かしています。</p> <p>■効果的、実効的なキャリアパスの仕組みがあり、職員が専門性を高める中で将来設計を考えることができます。</p>	

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)	<p>■毎月、有給休暇の消化率や時間外労働の時間数等をチェックして、適正な労働環境が守られるようにしています。また、衛生委員会では職員の健康と安全について検討し、平成28年度の9月からストレスチェックを実施する中で職員のストレス状況の把握と解消に努めています。</p> <p>■産業医、人材育成コンサルタント、顧問弁護士、社会保険労務士等を配置し、職員の相談体制を整備しています。</p> <p>■職員の定着や働きやすい職場作りのために、法人が中心となり各種の取り組みを積極的に行っています。施設内では職場作りのためにサークル活動も展開しています。また、法人単位では、ソフトボールやバレーボールなどのスポーツを通じた福利厚生に積極的に取り組んでいます。</p>	

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。	<b>a</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■「和顔愛語」に求めるスタッフ像が記載され、事業計画には平成28年度スタッフ重点取組事項が記載されています。</li> <li>■一般職は「チャレンジシート」、役職者は「目標管理シート」を用いて、計画を立案し直属の上司と施設長の決裁後、実践しています。この二つは、年度の中間と最終に自己と直属の上司が評価し、個別の改善すべき課題を明確にすることで一人ひとりの育成に向けた目標管理システムができています。</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>a</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■専門資格を明示しているスタッフ研修事業計画に、人事システムの等級定義書および職務基準書の中に必要な専門的技術、専門資格を明示しています。</li> <li>■新人職員に対しては、新人職員研修プログラムに基づいて指導・育成を行っています。</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。	<b>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■新人職員研修プログラムに基づいて、チューターが新人職員の指導育成を行っています。</li> <li>■法人、地域別、施設内部、施設外部別に階層別、職種別、テーマ別などに応じた研修を立案し、受講させています。外部研修では研修受講者を募り、意欲的な職員が受講できるシステムを作っています。また、内部研修では、同じ内容を複数回、開催時間等を調整し、一人でも多くの職員が参加できるようにして、研修内容を周知するようにしています。これらの研修は、正職員も非常勤職員も平等に受講できるようにしています。</li> <li>■介護福祉士や社会福祉士などを受験する場合は、先輩職員による勉強会を開催しています。</li> <li>■職員一人ひとりに対して、年度ごとに作成された「研修・訓練計画／実績表」で研修予定、実施を管理しています。</li> <li>■研修のシステムは極めて細かくできていますが、職員一人ひとりの活用と周知が不十分な部分もあり、今後は活用に向けた更なる工夫が望まれます。</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教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。	<b>a</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■実習受け入れマニュアルが整備され、基本姿勢、職種別に教育、育成について記載しています。また、実習指導者講習会修了者が実習の指導ができるように、講習会に積極的に参加させて、養成校への実習指導者登録も積極的に行っています。</li> <li>■実習前にオリエンテーションを行い、施設の概要や注意点などを説明しています。</li> <li>■養成校の教員と連携するため、共同研究を行ったり、内部研修の講師として招聘しています。また、実習懇談会で学校とのコミュニケーションを常にとっています。</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>b</b>
(コメント)	<p>■施設や法人のホームページに法人理念や基本方針などが記載されていますが、施設単位での情報公開が不十分と思いますので、ホームページ上に施設の事業計画、予算書、決算書、事業報告などを掲載されることが望まれます。ホームページを更に見やすく工夫することが望まれます。</p> <p>■法人広報誌『ぎぎょう』、桜苑広報誌『さくらだより』にて、法人理念や基本方針、活動内容などが記載され、これらは地域にも配布しています。</p> <p>■施設内に苦情、相談の体制について掲示しています。また、第三者評価の受審についての公表内容は玄関に置いています。ただ、今後は利用者の生活するフロアへの掲示などが望まれます。また、苦情解決案件についてはホームページ上での情報公開も望まれます。</p>	
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>a</b>
(コメント)	<p>■事務経理に関しては、事務規程に則りルールが明確にされています。ISO購買外注管理規程により、取引等の手順が明確にされています。</p> <p>■職務分掌については、総務会議と発令簿で明確にし、職員に伝達するとともに、帳票にて決裁欄にて周知されています。</p> <p>■オンラインシステムによって事務所の会計等は法人でチェックするようになっています。毎月定期的に法人が適正かどうかの確認をしています。</p> <p>■監査法人によって公認会計士による確認が定期的に行われています。</p> <p>■内部監査は定期的実施し、改善事項は次回までに必ず結果を報告しています。</p> <p>■全国社会福祉法人経営者協議会のWeb公開で経営状況は公開しています。</p>	

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 利用者との交流を広げるための取組を行っている。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■地域との関わりについては、法人理念等に明記されています。</li> <li>■「摂津福祉便利帳」を自主的に作成し、自由に閲覧できるよう玄関ロビーに設置しています。</li> <li>■地元の桜町自治会に役員として職員が参加し、地域住民と日常的なコミュニケーションを図るようにしています。</li> <li>■「摂津市まいどおおきに」に登録し、年3回程度講座で話しています。</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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ボランティアに関する基本姿勢が明確化され、ボランティア受け入れの手順書および、ボランティア体験学習受け入れマニュアルが整備されています。ボランティアの登録数も80人程度あり、年間330回の訪問を受け、積極的に活用しています。</li> <li>■摂津市内の中学校および近隣中学校の職場体験も積極的に受けています。</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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■摂津市社会福祉施設地域貢献委員会で作成した、地域貢献委員会マップを各部門に配置し、職員に周知を図っています。</li> <li>■桜町自治会に役員として参加、地域貢献委員会にも定期的に参加をしています。また、施設長は地域福祉計画推進連絡会の委員に入って活動しています。</li> <li>■摂津市の介護保険事業者連絡会、摂津市地域ケア・高齢者虐待防止ネットワーク代表者会議、摂津市地域ケア会議など地域の様々な会議に出席して、地域の課題について話し合っています</li> <li>■入所時に、「緊急時の個別対応マニュアル2」を家族に記入してもらい、個々の利用者の受診希望病院について把握しています。</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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。

**a**

(コメント)

■地域との交流を深めるために毎年1回、桜フェスティバル（お祭り）を開催し、地域住民と利用者が参加しています。また、地域に向けた相談窓口を設置し、地域からの相談を受け付けています。施設のホールは地域に向けて開放し利用ができるようになっています。  
 ■地域派遣講座として、摂津市社会福祉協議会主催の福祉講座での講演、柳田福祉委員会主催のふれあいサロンでの講義などを行い、各35名程度が参加されています。  
 ■摂津市と災害時における福祉避難所の設置運営に関する協定書を、地元の桜町自治体とは防災協定書を交わし、地域と一緒にした避難訓練も行き、災害時においても地域との協力体制が密に行われるように努めています。

Ⅱ-4-(3)-② 地域の福祉ニーズにもとづく公益的な事業・活動が行われている。

**a**

(コメント)

■法人が主体となって、民生委員、自治会長などに対してアンケート（40名程度）を実施し、地域のニーズを収集・分析しています。また、摂津市社会福祉施設地域貢献委員会、地域福祉推進連絡会での活動を通して福祉ニーズの把握に努めています。  
 ■大阪府社会福祉協議会が行っている大阪しあわせネットワーク（生計困難者に対する支援相談事業）の取り組みに積極的に関与し、CSW（コミュニティソーシャルワーカー）の配置を行う中で年間10数件の相談を受けて対応しています。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■事業計画、法人理念に利用者を尊重した福祉サービス提供について方針が明記され、また、和顔愛語を全職員に配付するとともに、基本マニュアル「はじめの第一歩」の中でも介護職員の基本姿勢を示して、それを周知徹底し実施しています。</p> <p>■年2回、職員全員参加（非常勤を含む）で人権研修を行い、また虐待防止委員会を設置し、利用者の尊重や基本的人権への配慮について実践しています。</p> <p>■年1回全職員参加で虐待防止研修を行い、身体拘束や虐待防止について周知徹底しています。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<p>■基本マニュアル「はじめの第一歩」や手順書に、プライバシー保護について記載があり、ケアワーカー合同会議で周知しています。新人研修プログラムの着眼点でも利用者のプライバシーに考慮した介助を実践するように指導しています。またホームページにプライバシー保護、権利擁護に関する取り組みを載せています。</p> <p>■虐待防止委員会において虐待防止指針を作成、研修を行い職員に周知しています（人権研修、虐待防止研修）。また研修後に理解したかどうかをチェックシートにて確認をとっています。研修に参加できなかった職員には研修資料のみでチェックシート作成となっていますが、より意識付けする為にも、役職者または研修に参加した職員によるフォローが望まれます。</p> <p>■多床室の居室にはプライベートカーテンを設置し、浴室にはイースターカーテンを設置しています。しかし居室にて、入ロドアの開いた状態でポータブルトイレが目視できる状況となっています。ドアの開閉工夫が開いた状態でも視線を遮る工夫が求められます。</p> <p>■不適切な事案の対応は、ISO品質マニュアルの中の不適合サービス管理規程の中に対応方法が明示されています。</p>	
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)	<p>■施設のパンフレットを摂津市役所に置いています。</p> <p>■入所希望者等には、施設内見学や申し込みの流れの説明を行うとともに、体験希望される方に関しては、ショートステイにて対応しています。</p> <p>■入所希望者は、個々によって異なるため、相談を受ける中で対応し、分かりやすい情報を提供しています。主に利用料金、待機期間、申し込みの手順となっています。</p> <p>■法人でホームページの改定のためのプロジェクトがあり、パンフレットも定期的に見直しを行っていますが、ホームページで知りたい情報を検索する場合にどこを見たらいいのかわかりづらい面があり、検索しやすい工夫が望まれます。</p>	

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)	<p>■福祉サービスの開始にあたっては、利用者の自己決定を尊重し同意を得ています。</p> <p>■重要事項説明書、パンフレットを用いて説明しています。重要事項説明書は拡大版を用意し、必要に応じて活用されています。</p> <p>■パンフレット等を利用し、手順書（入所相談プロセス）に基づいて誰もが同じプロセスで、相談に対応ができる様に取り組んでいます。</p> <p>■意思決定が困難な利用者に対しては、親族に確認し、親族などがいない場合は成年後見制度や日常生活自立支援事業を活用しています。</p> <p>■福祉サービスの変更時の説明は、サービス担当者会議にて情報交換を行い、施設サービス計画書にて同意を得ています。</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。	a
(コメント)	<p>■福祉サービスの従来からの内容に著しい変更、不利益にならないように、介護・看護の情報を提供しています。</p> <p>■他事業所や病院へ移行する場合、生活相談員手順書、サービス終了後プロセスに従い、「契約終了について（お知らせ）」「情報提供について（お知らせ）」「退所後の個人情報提供についての同意書」を用いて、引継ぎがスムーズにできるようにすると共に、「契約終了について（お知らせ）」に退所後の相談担当者が記載されています。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足度の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足度の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
(コメント)	<p>■ISO顧客情報管理規程の顧客満足調査計画書に基づいて利用者満足度調査を毎年実施するとともに、利用者で組織する自治会にて毎月満足度を含めた意見交換が行われています。また調査で知り得た内容、意見について、ケアワーカー会議にて改善、検討が行われています。</p> <p>■月2回オンブズマンや介護相談員から利用者の意向を確認する仕組みが構築されており、活動終了後の報告により、課題があればケアワーカー会議で検討し、次回までに改善を行う仕組みになっています。</p> <p>■年1回、敬老祝賀会において担当職員が家族とコミュニケーションをとり、利用者満足に関する意見を聴取していますが、主たる目的が祝賀会となっており満足度を把握する場としては少し不足しています。年間を通じて家族が参加する行事も計画されている中、満足度の把握を主とした取り組みの工夫が望まれます。</p> <p>■把握した満足度の結果の分析、検討の場に利用者の参画が望まれます。</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。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■ISOの苦情解決規程により解決への手順、体制が示されています。</p> <p>■苦情解決フローチャートを各階に掲示し、その中に苦情解決の責任者、担当者、第三者委員2名の氏名、電話番号が明記されています。意見箱の設置や申出窓口として、オンブズマン、介護相談員を積極的に受け入れています。</p> <p>■苦情発生内容において、特に施設長が不適合と判断した事案については、委員会で対策をたてた後、一定の期間に同種の発生が無いか確認し、対策の有効性を評価しています。</p> <p>■毎月1回、苦情リスクマネジメント委員会を開催し、各部署の現場職員が参加し、寄せられた苦情及び発生した事故（不適合）について検討しています。また3か月に1回、会議に第三者委員も参加要請し、意見を聞き記録は保管しています。</p> <p>■毎月の苦情及び不適合の解決事例を掲示、公表しています。今後は広報誌、ホームページへの掲載が望まれます。</p> <p>■毎月1回、リーダー会議で各部署からの苦情及び事故の発生内容と対策について報告し、情報を共有し、対策の展開を行っています。</p> <p>■苦情の相談内容に基づいて、ISO事務局会議の中で法人内各施設が行うサービスの質の向上に関わる内容が検討され、各施設でサービスの質の向上に取り組む仕組みとなっています。</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>a</b>
(コメント)	<p>■2階・3階に部長及び相談員、介護相談員、オンブズマンの写真を掲示し、複数の相談相手の中から自由に選べることを明示しています。</p> <p>■1階と4階に相談室があり、また各階に意見箱が設置され、相談員により毎月1回利用者自治会を開催して意見や相談を受けています。</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>a</b>
(コメント)	<p>■生活相談員手順書に相談・援助プロセスがあり、相談の手順が示され、意見や苦情は都度対応し解決が行われています。また手順書の見直しもされています。</p> <p>■居室担当の職員が気安く相談されやすい雰囲気作りに努め、また2階、3階に意見箱を設置するとともに、利用者自治会の開催時に相談、意見を徴収、また窓口として、オンブズマン、介護相談員の活用を図っています。</p> <p>■苦情等については、クレーム報告書を作成し、受付から解決までの対応経過が記載され、解決に時間がかかる場合は申出者に遅滞なく連絡をとり、了解を得ています。</p> <p>■毎月1回特養ケアワーカー会議にて、苦情や意見に対する対策について検討を行い、福祉サービスの質の向上に努めています。</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)

■事業計画にリスクマネジメント体制について定めています。  
 ■毎月1回、苦情リスクマネジメント委員会を開催、各部署の現場職員が参加、発生した事故（不適合）について検討、ケアワーカー合同会議でも対策の検討をされ、また3か月に1回、第三者委員も参加した委員会を開催しています。  
 ■苦情リスクマネジメント研修を年2回実施し、品質マニュアルを各部門ごとに配置するなど周知を図っています。また研修に参加できなかった職員への周知は、研修資料やDVDの視聴でチェックシートにて理解度を把握することになっていますが、より理解を得られるように研修を受けた職員、役職のフォローが望まれます。  
 ■事故の発生において、特に施設長が不適合と判断した事案については、委員会にて対策をたて一定期間内に同様の事案が発生していないか確認、対策の有効性を評価しています。  
 ■毎月1回、リーダー会議、苦情リスクマネジメント委員会で、ヒヤリハット報告書の検討や対策、各部署からの事故の発生内容と対策について報告し、リスクを無くすための情報の共有化を図り、継続的な是正の確認をしています。  
 ■共用場所、洗面、トイレに洗剤等が容器に入れられ誰でも手に取る所に置いてあり、利用者の誤飲のリスクがあり工夫が望まれます。

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。	b
--	---

(コメント)

■感染症マニュアルが整備され、責任と役割の体制を明示しています。またマニュアルの見直しも実施されています。感染症対策委員会が組織され、感染症に関する予防対策の検討を行い、発生時は臨時の委員会を開催し、適切な対応を図っています。  
 ■内部初任者研修で感染対策の基本について研修を行っています。また、全職員対象に年2回、流行期に合わせ、感染予防に関わる製品販売のメーカーとタイアップして感染症予防研修を行い、最新の対応について理解を深めています。  
 ■感染症の研理解の把握として理解度チェックシートの活用がされており、参加できなかった職員への対応として、研修資料を渡しチェックシートの記入としていますが、より理解を得られるために研修に参加した職員、役職者によるフォローが望まれます。  
 ■ノロウイルスの流行時期にはガウンテクニックの研修を実施しています。また各フロアに発生時対応に備え嘔吐対応セットと手順書を配置しています。

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■消防計画書に火災、台風等による大雨・暴風等、地震について対応体制を定めています。特に施設が川沿いにあるため、水害に対するBCP（ビジネス・コンティニュー・プラン）を作成しています。</li> <li>■消防計画書に利用者の安否確認の方法と職員の安否確認の方法が記載されていますが、夜間の少数の職員体制の時、消防への連絡、非常呼び出し、消防が到着した時の避難者の状況、把握報告について、誰が避難者の避難状況を把握し消防隊に報告を行うかの検討が望まれます。</li> <li>■BCPに管理者、食料や消耗品、備品類等のリストがあるものの、食材の種類、賞味期限、数量、消耗品等がどこに備蓄されているかの分かりやすいリストを作成、寮母室に設置、また在庫確認のチェックも望まれます。常備薬についても同じようにされることが望まれます。</li> <li>■地元や行政、関係機関、社会福祉施設地域貢献委員会と連携をとり、避難訓練を行っています。火災想定での避難については職員は理解していますが、地震の時の役割等についての研修か勉強会をすることが望まれます。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■サービス提供に関する記録等の請求開示は今までありません。</li> <li>■利用者、家族へは、入所時に重要事項説明書にて、退所時また緊急入院など医療に関する記録の開示の取扱いについて説明がなされ同意を得ています。</li> <li>■管理医師が家族に状態説明を行う際、カルテやケース記録を開示して説明します。</li> <li>■ISO個人情報保護規程に、保有個人データの開示について開示に関する規定があり、対処方法が記載されています。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-1-(7)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入所選考委員会は、毎月第3月曜日に開催しています。委員には第三者委員を含み適切な選考をしています。</li> <li>■「特別養護老人ホームせつつ桜苑 入所選考指針」を活用しています。</li> <li>■入所案内は、ホームページで公表し、問い合わせには適宜、対応しています。</li> </ul>	

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>b</b>
-----------	---	----------

(コメント)

■基本マニュアル「はじめの第一歩」を配付、また手順書、マニュアル集を整備し、利用者の尊重、プライバシー保護の姿勢が明示されています。  
 ■新人研修や各種研修において、標準的な実施方法についての研修を行い、理解度チェックシートの提出により理解度の確認をしています。参加できなかった職員へは研修資料等を渡し、それに基づいてチェックシートの提出を求めています。より理解を促すため、研修参加者、または責任者の補助的説明が求められます。  
 ■内部研修（介護技術研修）を行い標準的な介護技術を指導するとともに、法人の人材育成プロジェクトにより、標準的なサービスが提供できるようにチューター制度(有資格指導員)を活用し、最低3か月間指導しています。  
 ■標準的な実施方法に基づいて実施されているかの確認について、理解度チェックシートで把握されていますが、同一フロアの職員による観察や別フロアの職員との交流などの工夫が望まれます。

Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	<b>b</b>
-----------	-------------------------------	----------

(コメント)

■マニュアルの見直しは、各規定及びマニュアルの『改定履歴』に作成者・確認・承認の順に決裁の仕組みがありますが、定期的な定め取り決めが望まれます。  
 ■毎月実施のケアワーカー会議で、マニュアルの検証、見直しが図られていますが、一部のマニュアルの見直しがされていません。マニュアル全体の見直しを行う仕組みが望まれます。  
 ■サービス担当者会議、ケアワーカー会議を開催し、職員や利用者等の意見や提案を聞く機会を設けていますが、利用者等が参加する仕組みが望まれます。

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	<b>a</b>
-----------	--------------------------------------	----------

(コメント)

■事業計画の職務分析構成表に責任者が載っています。アセスメントからサービス実施計画書策定と見直しと手順は、手順書「特養サービス提供プロセス」に定め、サービス担当者会議には、部門を横断して参加し、それぞれの職種の人が意見を出し合っています。  
 ■施設サービス計画書には利用者の意向を把握、具体的にニーズが明示、また同意を得る手順書、特養サービス提供プロセスがありそれに基づいて実施されています。  
 ■パソコン内の記録のモニタリングチェック欄があり、利用者一人ひとりの施設サービス計画の達成状況を月末に各居室担当の職員がモニタリングしています。  
 ■支援困難ケースの対応は、サービス担当者会議、ケアワーカー会議、施設サービス革新会議等で取り組み、福祉サービスの提供が行われています。

Ⅲ-2-(2)-② 定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■福祉サービス実施計画の見直しについて、手順書「特養サービス提供プロセス」に時期、検討会議の体制、利用者の意向把握、同意の手順等定めています。</li> <li>■見直された福祉サービス実施計画は、ケアワーカー連絡ノートで関係職員に周知するとともに、パソコンでの確認もできる仕組みになっています。</li> <li>■福祉サービス実施計画を緊急に変更する場合は、ケアワーカーより施設ケアマネジャーに施設サービス計画の変更を申し出、日程を調整する手順について「特養サービス提供プロセス」に明記しています。</li> <li>■福祉サービス実施計画の評価、見直しにあたり、サービス担当者会議、ケアワーカー会議にて課題等検討されていますが、標準的な実施方法への反映の確認がとれませんでした。</li> </ul>
Ⅲ-2-(2)-③ 自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■全ての利用者のサービス実施計画・検討・見直しは、6か月に1回もしくは、変更時に行う体制があります。変更があれば申し送りをして職種間で共有し、家族に報告をしています。専門医の診察及びアドバイスを受けながら、個別に支援をしています。</li> <li>■日常の様々な場面から、利用者の意向の把握に努め、それを基に実施計画を作成しています。</li> </ul>
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"> <li>■パソコンで情報記録するシステムを活用し、職員が自分のIDでシステムにアクセスしサービス記録、他の記録も閲覧確認ができる状態となっていますが、共有すべき情報を閲覧したかが分かる工夫が望まれます。</li> <li>■記録の書き方は「記録の手順書」及び会議の場での研修で指導されていますが、文書のみでの説明になっています。チューター制度を活用した、より実践的な指導が望まれます。</li> <li>■引き継ぎノートやケアワーカー連絡ノートにて情報を共有できるように整備され、医師の指示、重要な事項を伝達しています。</li> <li>■サービス担当者会議は、情報の共有を目的に各部署の職員が参加、また月1回施設サービス革新会議を開催しサービス提供について情報の共有や分析を行っています。</li> </ul>
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"> <li>■記録の保管、保存、廃棄に関する規程は、ISO記録管理規程に定め、個人情報の管理については、ISO個人情報管理規程に定めています。</li> <li>■記録管理の責任者は、ISO記録一覧表に明示されています。</li> <li>■個人情報の不適正な利用や漏えいに対する対策として、年1回ケアワーカー会議にて個人情報保護法について研修を行い、また職員の入職時に施設と職員間で誓約書が交わされています。</li> <li>■利用者・家族等には、入所時に個人情報の取り扱いについて説明しています。</li> <li>■上席者や職員へのヒヤリングにおいて、個人情報の保護について理解不足を感じました。理解度について年1回の研修だけでなく適宜確認することが望まれます。</li> </ul>

Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。

Ⅲ-2-(4)-① 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	<b>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■身体拘束は過去1年間行われていません。</li> <li>■身体拘束を行わないことを重要事項説明書、運営規程に明記し、施設内でも「成光苑抑制廃止宣言」ポスターが掲示され、虐待防止委員会による内部研修も行なっています。</li> <li>■車椅子をモジュール型に変更したり、ベッドから畳への居室変更の対応をしている方もいます。</li> <li>■虐待防止委員会を設置し、身体拘束廃止だけではなく、言葉遣い、対応の不備、不適切なケア等虐待防止に向けて月に1回検討を重ねています。</li> <li>■外部の研修に参加し情報共有されていますが、研修報告書での周知となっており、研修資料の添付などが不足しています。周知の有り方の工夫が望めます。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(4)-② 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	<b>a</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■預かり金については入所者預り金等管理規程があります。施設として、身寄りがなく所得が低い場合等に対応しています。現在1名の方が預かり金の形で運用し、印鑑と通帳を預かっていますが、口座自動振替にて対応しています。</li> <li>■印鑑は施設長が施設長室の金庫に管理を、通帳は相談員が事務所内の金庫にて管理しています。</li> <li>■現在せつ桜苑で預かり金の管理は、1か月に1回施設長が点検し、3か月に1回利用者に報告しています。</li> <li>■金銭の自己管理を行っている方は2名いて、施設が提供した保管庫にて管理、1名は自宅にあった金庫を活用しています。</li> <li>■成年後見制度を利用している方は10名おり、成年後見制度を常に視野に入れて対応しています。</li> <li>■入所時に交付する重要事項説明書に、貴重品の管理について記載しています。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(4)-③ 寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	<b>b</b>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■個別の生活スタイルやレクリエーション活動・食事時間、排せつ誘導のタイミングに添うよう配慮し、継続的な支援をしています。</li> <li>■心身の諸機能及び日常生活動作の機能維持と向上の為に、多職種で情報を共有する体制があります。</li> <li>■身体の状態に合った車いす等を活用し、離床を促しています。</li> </ul>	

## 高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入所前の生活の情報を共有し、利用者の要望の把握に努めています。</li> <li>■毎日午前中に体操や発声練習をしています。ことわざクイズ・頭脳レクリエーション・漢字の読み書き・歌体操・習字・塗り絵・歌会・おどり等のレクリエーションがあります。月に1回、新しいレクリエーションへ誘う働きかけをしています。</li> <li>■外出レクリエーションは月2回を目標にしています。買い物や地域の行事（餅つき・盆踊り・文化祭等）に参加できるように職員やボランティアの調整をしています。</li> <li>■個別の外出には、社会福祉協議会・ボランティア団体及び地域と連携をとる体制があります。</li> <li>■就寝前に、パジャマに着替え、起床後に普段着への着替えとモーニングケアや髭剃りをしています。</li> <li>■個別のケース記録に実施後に記録をしていますが、創意工夫しているケアの計画・実施の内容を具体的にわかりやすく表現している記述や簡潔な書式の作成の検討が望まれます。</li> </ul>	
A-1-②	利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■居室担当者が中心となり、要望の把握をする為のコミュニケーションをとっています。筆談や絵等を活用する等の工夫をしたり、支援をする際にコミュニケーションを図りながら行うようにしています。また、自治会を活用して利用者間のコミュニケーションを促しています。</li> <li>■利用者への接し方は、虐待防止委員会で定期的に自己チェック表を付けています。日常の支援の中でお互いに注意し合うと共に、特養ケアワーカー会議で話し合いをしています。</li> <li>■利用者が満足状況を話す検討会議等へ参加する機会が望まれます。</li> </ul>	

		評価結果
A-2 身体介護		
A-2-①	入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入浴は、週に2回実施しています。体調の変化があれば、医務と連携をとり入浴中止や部分浴・清拭等の判断をしています。また、予定の入浴日以外にも汗や汚れ等の状況により入浴を実施しています。</li> <li>■身体状況に応じた、一般浴・機械浴・チェアー浴等を実施しています。</li> <li>■バスタオルやカーテン、要望を予め把握した上での同性介助等のプライバシーへの配慮をしています。</li> <li>■入浴後は、爪切りやスキンケア等看護師と連携しながら支援をしています。</li> <li>■平成27年に新しくシャワーベッドが導入された際には、介護職員が体験入浴をする等の取り組みをしています。</li> <li>■汗や汚れ等の状況が発生していない利用者の入浴への要望（週3回入浴等）があるかの把握と取り組みが望まれます。</li> </ul>	

A-2-②	排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■コールをPHS対応にし介護職員の動線を短くし排せつ介助等に独自の取り組みをしています。また、職員間の会話の中では、尿を‘U’、便を‘K’と言いつ利用者等に配慮をしています。</p> <p>■トイレの場所が認識不十分な利用者がわかるように、矢印を貼るなど、自立方法を検討する体制があります。トイレ内での転倒に注意の必要性が高い場合は、排せつ表の名前にラインを引くなどの工夫をしています。</p> <p>■オムツ・紙パンツ・パッドは13種類の中から選択し組み合わせながら支援をしています。交換時には、皮膚の観察をし異常があれば、多職種で情報を共有しています。排便コントロールは医務と連携しています。</p> <p>■トイレには、便座ヒーター、天井取り付け型パネルヒーターを設置しています。</p>	
A-2-③	移乗、移動を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■機能訓練士・理学療法士と連携をとり、身体の状態を配慮した杖や歩行器・車いす等を使っています。変更がある場合は、申し送るなど情報の共有をする体制があります。より良い安全な移動・移乗に関する方法は、外部の専門家を招き習得しています。</p> <p>■機能訓練士は、食事時には、利用者に触れ合いながら心身の状態や姿勢・福祉用具使用状況等を把握する等しています。</p> <p>■利用者の移動の見守りをしている際に、介護職員がその場を離れる場合は必ず他の介護職員が継続して見守りをする様にしています。</p> <p>■施設設備及び福祉機器・福祉用具は定期的に点検し記録しています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■体位交換が難しい場合は、体位交換表を居室に貼り、2時間毎に体位交換をしています。皮膚の状態や栄養状態低下等で褥瘡の予防が必要な場合は、予防の為に2人介助やおむつ交換毎にワセリンマッサージをしたり、電動エアマット・低反発マットの使用等の様々な対策を実施しています。</p> <p>■褥瘡予防対策研修を年2回、委員会を4か月に1回行い、医療・看護・栄養・介護・機能訓練等が連携し取り組んでいます。</p>	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■嗜好調査や検食・残飯調査・毎日の昼食の選択制等利用者の要望を引き出しながら、献立に反映しています。</p> <p>■飲み込みに課題のある利用者には、刻み・極刻み・ミキサー食等を提供し水分にはとろみをつけたりゼリー状にするなどを行っています。オムライス等は見た目や味がオムライス等とわかる工夫をしています。</p> <p>■松茸ご飯等季節を取り入れたメニューや九州皿うどん・味噌カツ等郷土料理や生ものを使った寿司等のメニューがあります。</p> <p>■敬老会等の行事では、利用者と共に家族にも提供しています。</p> <p>■毎食前に嚥下体操をしています。音楽を流したり席の希望に応じています。</p> <p>■温冷配膳車を使っています。</p> <p>■職種間で連携を取りながら、利用者の要望を把握しながら安全に美味しい食への継続的な支援を高く評価します。</p>	

A-3-②	食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	<b>a</b>
(コメント)	<p>■栄養ケアマネジメントについて、情報収集・アセスメント・モニタリング・計画・実施・検討を管理栄養士が行い多職種で共有しています。飲み込みの状態は、歯科医師が月2回診察をし評価しています。</p> <p>■食事の時の姿勢や机や椅子の高さは、機能訓練士が中心となり検討しています。</p> <p>■飲み込みに課題がある場合は、水分にとろみをつけたりゼリー状にし、食形態は刻み・極刻み・ミキサー食を提供しています。</p> <p>■水分摂取量が少ない場合は、好きな飲み物を勧めながら、申し送りをし情報の共有をしています。</p> <p>■体調に変化があれば、医療と連携を取りながら状態に合った支援をしています。</p>	
A-3-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■定期的に歯科医師の往診があり、治療と助言指導を継続的に受けています。全利用者の回診には、看護・介護・管理栄養士が加わりケアに反映しています。</p> <p>■毎食前に口腔体操やマッサージをしています。また、食堂と居室に洗口スペースがあります。洗口に重曹水を使用する等の工夫をしています。</p> <p>■口腔ケアに関する書式が幾通りかあるのですが、日ごろ取り組まれている個別内容を簡潔に具体的にわかりやすく表現している記述や書式の作成の検討が望まれます。</p>	

		評価結果
A-4 終末期の対応		
A-4-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立している。	<b>b</b>
(コメント)	<p>■終末期には、医師から家族に容態や今後の方針について説明があり、家族の要望の確認と了承のサインをする体制があります。介護支援専門員・生活相談員・看護師が同席しています。</p> <p>■看取りに関する研修は年に2回あります。また、個別のケア対応や看取り振り返りのカンファレンスを実施しています。</p> <p>■オンコール体制で24時間医療と連携をとる体制があります。</p> <p>■看取り介護に関しての個別的支援が具体的な内容でわかりやすい書面となるように検討が望まれます。</p>	



		評価結果
A-5 認知症ケア		
A-5-①	認知症の状態に配慮したケアを行っている。	b
(コメント)	<p>■精神科の専門医や多職種で連携を取りながらケアを行っています。</p> <p>■認知症介護実践研修（実践者研修・実践リーダー研修）、成光苑認知症ケア研究会、課題別認知症高齢者への研究等、継続的に取り組んでいます。</p> <p>■認知症の状態を配慮した個別ケアが具体的な内容でわかりやすい書面となるように検討が望まれます。</p>	
A-5-②	認知症高齢者が安心・安全に生活できるよう、環境の整備を行っている。	b
(コメント)	<p>■居室やベッド周囲には、使い慣れたタンスや置物・写真等を持ち込むことができます。廊下には、ソファを置いています。2階食堂には、畳のスペースがあります。個室・2人部屋・4人部屋があります。</p> <p>■利用者がベランダに出たらすぐに対応できるように、行動抑制にならない赤外線センサーを設置しています。</p> <p>■居室やトイレがわかりやすいよう表示をしています。</p> <p>■訪問時、異食に対応する必要性のある利用者はいませんが、トイレやごみ箱等の芳香剤や洗剤、汚物処理の整理整頓についての検討が望まれます。</p>	

		評価結果
A-6 機能訓練、介護予防		
A-6-①	利用者の心身の状況に合わせ機能訓練や介護予防活動を行っている。	b
(コメント)	<p>■リハビリテーション実施計画書は、3か月に1回評価・見直しをしています。日常生活動作での機能維持や週1回のレクリエーションへの誘導を行い介護予防に活用しています。精神科専門医は月に2回苑に訪れ、理学療法士は、全利用者に対し週に1回訪問しています。</p> <p>■施設管理医師や精神科の専門医師、理学療法士、機能訓練士、看護職員・介護職員等が連携を取りながら支援をしています。</p>	

		評価結果
A-7 健康管理、衛生管理		
A-7-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。	a
(コメント)	<p>■介護職員と看護職員は朝夕の申し送りを合同で行い、利用者の状態を共有しています。家族には状態の変化時や受診時には、適宜、連絡をとっています。</p> <p>■利用者の体調に変化があれば、医師、看護職員が不在時は、オンコール対応をし、適宜、看護職員が駆け付ける体制があります。また、24時間救急搬送可能な医療機関と連携をとっています。</p> <p>■服薬については、誤薬を防ぐために、薬局・看護職員・介護職員が連携しチェックをしています。服薬情報提供書は、いつでも閲覧できるように寮母室にも置いています。</p>	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■インフルエンザ・ノロウイルス等の感染症に関しては、管理医師が中心となり対応策をとっています。食中毒は発生していません。</p> <p>■利用者のインフルエンザ予防接種は、流行シーズン前に実施しています。職員には施設負担で実施しています。職員は、出勤時に検温・下痢等の確認及び同居家族の発症のチェックをしています。</p> <p>■下痢や嘔吐等があった場合の対処法は、デモンストレーションを行い周知徹底しています。</p> <p>■手洗い後の手拭きは、使い捨てペーパータオルを使用しています。</p>	

		評価結果
A-8 建物・設備		
A-8-①	施設の建物・設備について、利用者の快適性に配慮している。	b
(コメント)	<p>■ビルメンテナンス会社に委託し建物設備の全てのメンテナンスを行っています。</p> <p>■施設内を毎月初めに、施設設備点検表に添ってチェックしています。</p> <p>■畳コーナーを設けたり、ソファやクッションを置いています。居室には、使い慣れた家具や写真を自由に置いています。</p> <p>■4階に談話室があり、要望があれば面会時に使用できます。</p> <p>■プライバシーを配慮した、一人や二人で過ごせる工夫やテラスを活用して過ごせる工夫等の検討が望まれます。</p>	

		評価結果
A-9 家族との連携		
A-9-①	利用者の家族との連携を適切に行っている。	a
(コメント)	<p>■全利用者の家族に、居室担当者が年に3回、利用者の近況報告と自己紹介を手書きの手紙にして送付しています。</p> <p>■ケアプランの更新がある6か月に1回もしくは、ケアプランの変更時には、家族に連絡をとり報告と要望の把握に努めています。</p> <p>■面会や行事時には、相談員・介護職員・多職種とのコミュニケーションの中で利用者や家族の要望の把握に努めています。介護支援専門員は、寮母室でデスクワークをしており、家族や多職種と連携をとっています。</p>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	せつつ桜苑の入居者
調査対象者数	入居者46名（うち回答可能な方13名）
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホームせつつ桜苑を、現在利用されている入居者54名（うち回答可能な方13名）を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、12名の方から回答がありました。（回答率92%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「健康管理や医療面、安全面について安心」  
について、12名の中で11名の方が「はい」「満足」と回答、
- （2）●「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」  
について、12名の中で10名の方が「はい」と回答、
- （3）●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  
●「面会時など、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
について、12名の中で9名の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	せつつ桜苑の入居者の代理人
調査対象者数	33名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホームせつつ桜苑を、現在利用されている入居者の代理人33名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、16名の方から回答がありました。（回答率48%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」について、16名全員の方が「はい」と回答、
- (2) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心」  
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、90%以上の方が「満足」と回答、
- (3) ●「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」  
●「職員に声を掛けやすい」  
●「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」  
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	せつつ桜苑 過去1年間に利用を終了した入居者の代理人
調査対象者数	4名
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホームせつつ桜を、過去1年間に利用が終了した入所者の代理人4名を対象にアンケート調査を行いました。施設から調査票を配付してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、3名の方から回答がありました。（回答率75%）

満足度の高い項目としては、

- 「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」
- 「職員に声を掛けやすい」
- 「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」

について、3人中2名の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

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

### ①【職員・従業員数】

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

▶正規の職員・従業員

・一般職員や正社員などと呼ばれている人の人数。

▶非正規の職員・従業員

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

### ②【専門職員】

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

### ③【施設・設備の概要】

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

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