

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	大阪市立弘済院第1特別養護老人ホーム		
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	大西 豊美（理事長） 廣田 憲司（施設長）		
定員（利用人数）	270 名		
事業所所在地	〒 565-0874 大阪府吹田市古江台6丁目2番1号		
電話番号	06 - 6871 - 8018		
FAX番号	06 - 4863 - 5371		
ホームページアドレス	http://www.kosaiin1toku.jp		
電子メールアドレス	kosaiin@minatoryo.or.jp		
事業開始年月日	平成23年4月1日		
職員・従業員数※	正規	82 名	非正規 58 名
専門職員※	介護福祉士57名、介護支援専門員8名、 医師2名、看護師9名、管理栄養士2名、 理学療法士2名、柔道整復師3名、 介護職員初任者研修修了者1名、 ヘルパー2級12名、 介護福祉士実務者研修修了者9名		
施設・設備の概要※	[居室] 個室62室、四人部屋52室		
	[設備等] 食堂10、浴室4、調理室1、更衣室4、 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	1 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】

【施設理念】

弘済院第1特養の基本理念は、情報公開と人権擁護です。情報公開の推進は、現在の福祉コンセプトの核になる考えです。情報公開の取り組みの中で恒常的に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。

【施設基本方針】

- 1.ホームページを中心とした情報公開、情報開示に取り組みます。
- 2.虐待防止、身体拘束廃止、人権擁護を推進して、人に優しいサービスを提供します。
- 3.弘済院附属病院、弘済院第2特養と連携して認知症ケアの充実を図ります。
- 4.介護職員の確保のためのインターネット（キャリアタス就活など）の求人サイトを充実させます。
- 5.職員の育成と離職防止に向けた具体的な施策を進めます。
- 6.事業運営の安定化のために、事業収入の増加（利用率アップ）と支出の抑制（コスト削減）を進めます。
- 7.食事サービスについては特に重点的に取り組み、日々、美味しく食べられる食事提供を目指します。
- 8.看取り介護を充実させていきます。
- 9.職員研修は開催回数、周知方法などを含めて充実した手法を展開していきます。
- 10.ICTツールを使って職員間の情報共有を深め、サービスの質の向上に努めます。
- 11.法令遵守（コンプライアンス）を徹底し、働きやすい職場の創出と公正なサービス提供に努めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

①特養最先端のホームページからの毎日情報発信

ホームページを中心とした先駆的な情報公開の取り組みは、特別養護老人ホームのホームページの中では全国的に見てもトップレベルの水準です。

とりわけ毎日更新している「献立紹介」と「介護の現場より」はアクセス数も多く、たくさんの人たちに支持されています。

また、Facebook、YouTube、blogなどを多用することで、施設における日常を毎日見て楽しんで頂けるコンテンツ作りを目指しています。

②弘済院としての認知症ケアの充実と連携

大阪市立弘済院附属病院は大阪市認知症疾患医療センターとしての役割を果たしています。

また、大阪市立弘済院第2特別養護老人ホームは認知症ケア専門の特養であり高度な認知症ケアの経験と技術を擁しています。

その二つの施設と密接な連携（調整会議、認知症ケア研修など）を取ることで、第1特養を含めた弘済院全体で認知症ケアの専門性を深めていきます。

③特養における食事サービスの充実

・食事に 대해서는 プロポーザル方式で委託給食業者を選定しています。予算的には食材費は1日710円に設定しています。

特養の全国平均の食材費を670円(委託給食業者の情報)と考えて6%程度高めの設定であり、食事サービスについてはこだわりのある高品質なものを提供しています。

・特別献立(40回)、マグロの解体ショーなどのイベント食(4回、フロア毎の回数でカウントすると14回)、郷土料理・カレーフェア・丼フェア17回、食の記念日(7回)など、通常の食事より高品質なものを年間68回提供しています。特養の中でも際だって特別献立の提供回数が多く、献立はオリジナルメニューで作成しています。

・昨年度から主食のお米に力を入れて、毎月毎に地元吹田市の五ツ星お米マイスターが選ぶ各地の優れた品種のお米(食味ランキング特A又はA、米の等級は一等米)を、炊き方などを含めたマイスターの指導の下提供します。毎月毎にご飯の品種銘柄を変えることで、ご飯の魅力を伝え、ご利用者に本当に喜ばれるご飯の提供を行います。

・食材に関しても冷凍食品の利用を極力避けて、できるだけ新鮮な食材を提供するようにしています。

・食事形態はソフト食等を含めて6種類、療養食は糖尿食など9種類以上を用意しています。他の特養に比較してもきめ細かな食事形態を準備しています。

・食品の衛生管理としては、委託業者と連携して「大阪版食の安全安心認証制度」の取得を2016年7月に取得しました。

・各ユニットの食堂にはスマートスピーカーを設置し、音楽を楽しんだり、カロリーを確認したりするなど、食事の際の雰囲気作りに努めています。

④看取り介護の充実

医師、看護師、介護職員、ケアマネージャー、管理栄養士、生活相談員、機能訓練士等の全職種で看取り介護(ターミナルケア)の態勢を構築して、年間40件以上の看取り介護を実施しています。特養という生活の場所で最後を迎えることができるように各職員が連携し看取り介護マニュアルに基づいた適切な対応を行っています。

⑤職員研修の充実

・職員研修に力を入れて、内部研修、外部研修などの機会を増やし、職員一人ひとりが常に学んでいける環境を作っています。

内部研修は毎週1回以上実施（年間100回が目標）しています。研修参加者は必ず参加報告や感想を施設に提出し電子回覧（グループウェアの「デスクネット NEO」と、ビジネスチャットの「ChatLuck」を使う）を行うことで、研修内容を深めています。

また、研修に参加していない人に対しても、報告書とスライド資料などを回覧し、アンケート形式で研修内容の周知を図っています。

このアンケート結果を分析して研修のあり方などの検討も行い改善を図っています。

⑥介護プロフェッショナルキャリア段位制度の積極的活用

当施設では介護プロフェッショナルキャリア段位制度を制度開始当初から強力に推進しています。

この制度を利用することにより介護職員の技術向上めざし、サービス全体の質の向上を図っていきます。アセッサーの数なども全国の特養の中で最大規模の体制を整えています。

⑦レクリエーションの充実

年間の全体行事（お花見、敬老祝賀会、家族会との共催の秋祭り、クリスマス会、納涼イベント、梅林鑑賞等）数も徐々に増えていますし、個別対応のレクリエーション（プロ野球観戦、大相撲観戦、宝塚観劇、海遊館やUSJへの引率、ショッピングモールでの買い物、レストランでの食事など）もできる限り増やすようにしています。

⑧いこいのサロンと社会貢献

地域交流の一環として、毎月1回「いこいのサロン」を実施して、地域（古江台地区）のお年寄りと交流を深めています。

精神科医師による認知症研修、管理栄養士による食中毒防止の話、料理教室など多彩な企画を組み合わせながら地域に貢献したいと思います。

また、サロン参加者に対しての介護相談もケアマネージャーが行っています。

⑨衣服の個別クリーニング

利用者のクリーニング衣服の洗濯は洗濯業者による個別洗濯（個別の袋で回収し、できあがりは個別の袋に入れて手渡します）を無料（施設側負担）で実施しています。下着を含めて衣服のすべてを業者が洗濯するのでいつも清潔な衣服を着ることができます。

⑩情報通信技術（ICT）を使った先駆的な情報共有、情報発信、情報セキュリティの充実

- ・グループウェア「デスクネット NEO」の各種機能を使い職員の情報共有と情報発信を図ります。また、ビジネスチャット「ChatLuck」を使い、職員間のすばやい情報伝達（リアルタイムでの情報共有）を図ります。デスクネットNEOとChatLuckを連動させながら、福祉施設の情報共有の先駆的なあり方を模索します。
- ・「SKYSEA」（IT機器やソフトウェア資産を一元管理し、情報セキュリティ対策やIT資産の有効活用を支援するクライアント運用管理ソフトウェア）を導入することで、デバイス管理やログ管理を行い情報セキュリティの徹底を図ります。
- ・電子機器を使った外部との通信には、「beat」を使った多層防御による強固なセキュリティ対策を図ります。
- ・介護保険管理ソフト「ほのぼのNEXT」で利用者のデータ管理とケアマネジメント（ケアプラン）の推進します。
- ・「給食栄養管理システムスーパー」を使った給食栄養管理と献立管理を行います。
- ・弘済院第1特養ホームページ（ブログなどの活用）での積極的な情報開示と情報発信を行います。
- ・施設公式、非公式のYouTube、Facebookを設置します。
- ・福祉施設ではめずらしい採用希望者専用サイト「弘済院第1特養・愛港園採用情報サイト2018」を設置しています。
- ・「介護の魅力を語る」等の職員インタビュー形式の動画の製作と発信を行っています。
- ・「Teachme Biz」を活用して、本格的な電子マニュアルの製作をしています。
- ・大型プリンター（長尺ロール紙）、複合機（長尺用紙）などを使った宣伝ポスターを自主制作し活用しています。
- ・ipad、プロジェクター、レココ（自動文字起こしアプリ）、その他のICTを使った研修や会議を進めていきます。
- ・利用者は各フロアーに設置しているiPhoneXで自由に外部と無料で通話、通信が可能です。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年2月8日～平成30年3月30日
評価決定年月日	平成30年3月30日
評価調査者（役割）	0401A191（運営管理委員） 0401A176（専門職委員） 0801A019（専門職委員） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

大阪市立弘済院第1特別養護老人ホームは、昭和41年11月に大阪市立の特別養護老人ホームとして、吹田市と豊中市にまたがる千里ニュータウンの丘陵地に開設されました。平成23年4月1日からは、大阪市の指定管理者制度のもと、社会福祉法人みなと寮が施設の運営・管理を担っています。

入所定員が270名の、大規模な特別養護老人ホームです。職員数も約140名と多いですが、各種委員会を設置したり、フロアごとの取り組みを行うなど、その規模を生かした組織的な実践を行っています。施設内もゆったりと広く、明るい空間となっています。

施設の基本理念として、「情報公開と人権擁護」を掲げています。また、施設の基本方針として11項目を挙げ、取り組みの方向性を明確にしています。

ブランディング戦略を提唱し、介護のイメージの刷新を図るといった先駆的な取り組みを行う一方で、施設の標語（コーポレート・スローガン）として「笑顔で支援」、「情報公開による透明性の高い事業運営」、「サービスの質の永続的改善」を掲げるなど、質の高いサービス提供について真摯に取り組んでいます。

(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審査で(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

■運営の透明性

法人では、ホームページに経営報告の開示をしています。大阪府社会福祉協議会自主点検事業、外部監査法人によるチェックを受け、また平成29年度より施設内のレベルアップや内部統制の強化を図る目的の内部監査を実施する等して、運営の透明性を高める取り組みをしていることは高く評価できます。

■ホームページからの情報発信

施設では、「献立紹介」「介護の現場より」を毎日更新して情報公開しています。多くのアクセスがあり沢山の人たちの支持を得ています。「介護の現場より」では利用者自らカメラで撮ったりしながら施設やお出かけ風景などを紹介し、それに職員がコメントするなどして、基本方針である「笑顔の支援」を実践しています。

■情報通信技術による重層的システムの構築について

職員数140名に対して、重要会議・研修等をいかに周知し理解を得ていくかが課題となっていました。施設長は、研修・紙媒体の回覧以外にICT（情報通信技術）を活用して職員との情報共有を図る取り組みを進めています。一人ひとりの閲覧日の確認や理解度試験なども駆使しながら試行錯誤をして、職員教育にも繋げていくことを目的としています。会議・研修・紙媒体・情報通信技術等重層的な取り組みが、職員一人ひとりの目に見える形での育成に繋がっていくことを期待します。

■サービス提供に対する組織的な取り組み

職員の組織としては、「事務管理部門」、「生活支援部門」、「医療保健部門」、「食事提供部門」に分かれ、それぞれに組みを行っています。一方で、会議や委員会が30を超えて設置され、そのメンバーは部門を横断して構成されていることがほとんどです。これらによって、個々の職員の実践と施設全体としての取り組みの連動の実現を可能にしています。

■サービス提供における情報共有

福祉業務支援ソフトの導入によって、日々の実践が適切に記録され、情報の保存、共有、整理、取り出しもしやすくなっています。さらに、グループウェアやビジネスチャットにより、会議録や研修の記録の確認、リアルタイムでの利用者の様子の把握などもできるようになっています。これらによって、確実な情報に基づく実践が可能となり、サービスの質の維持、向上が図られています。引き続き、個人情報に関するリスク管理についても意識していくことを期待します。

■食事サービス充実への取り組み

特別献立・イベント食(マグロの解体ショー等)・郷土料理・カレーや丼フェア・食の記念日等を企画しています。冷凍食品ではなく、新鮮な食材を使うように委託業者と連携して取り組んでいます。主食の米は、五つ星お米マイスターの指導の下、銘柄選別・炊飯をし、より良いご飯の提供をしています。

食事形態(ソフト食等6種類と療養食9種類以上)を個別性に配慮して提供しています。

「大阪版食の安全安心認証制度」の認証を取得しています。

■認知症ケアの連携

大阪市認知症疾患医療センターである大阪市立弘済院附属病院と認知症ケア専門の特養である大阪市立弘済院第2特別養護老人ホームと連携を取り、認知症ケア研修や調整会議等を行い、利用者の支援に生かしています。

◆改善を求められる点

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

施設にとっては2回目の第三者評価サービスの受審でしたが、前回受審した時から評価基準が変更していたこともあり、初めて受審した時と同じように、準備の段階から施設職員全体で取り組んできました。

評価結果について、情報公開や情報共有に関しては当施設は先駆的に取り組んでいますので、適正な評価を頂き感謝しています。

また、指摘を頂いた点については真摯に受け止め、結果の一つ一つをサービス改善委員会にて精査し、改善に向けて取り組んでいきたいと思えます。

今回の受審を契機として、より一層サービスの質を高められるよう努力して参ります。

◆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>■法人と施設の理念・基本方針は、中長期計画、事業計画書、広報誌、ホームページに等に記載し、玄関、各フロアなどに掲示しています。</p> <p>■法人理念・基本方針の基に、弘済院第1特養の理念を「情報と人権擁護」と明記しています。理念に基づいた基本方針11項目は、実施する福祉サービスの内容や特性を踏まえた具体的な内容を示しています。</p> <p>■管理者は、職員内部研修会「平成29年度弘済院第1特養事業計画書と予算の説明」を年度初めに実施しています。140名の正・非常勤職員が参加できるよう複数回シリーズで実施し、それでも参加できなかった職員を含めた全職員に対して施設内情報通信を活用する等して周知徹底を図っています。</p> <p>■法人理念や基本方針を掲載した法人広報誌「みなと」、法人と施設理念・基本方針を掲載した施設広報誌「にこにこ便り」を発行した際には、家族に送付したり玄関に設置・掲示する等して周知を図り理解を得ています。</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。	b
(コメント)	<p>■理事長は、全国救護施設協議会会長・大阪府社会福祉協議会経営者部会会長として社会福祉事業全体の動向をタイムリーに把握し、法人内施設連絡会議等で情報提供する等して各事業所管理者・幹部職員との共有を図っています。</p> <p>■管理者は、吹田地区特養連絡協議会等地域の外部関係団体との連絡会議に参加して情報収集に努めています。また、法人内で定期的を開催する介護保険事業部会議・施設連絡会議等で地域の各種福祉計画の策定動向や内容などを把握しています。</p> <p>■法人内では、法人内施設連絡会議や介護保険事業部会議を定期的を開催し、各施設の利用者状況・職員配置状況等の現状や財務状況、各種別会議の報告、新規事業、その他水光熱費の削減について検討分析を行っています。</p> <p>■施設の中長期計画は、経営の適正化を把握・分析する「クロスSWOT分析」を活用して立てています。</p> <p>■事業所が位置する地域の利用者・利用者像・福祉サービスのニーズ、潜在的利用者に関するデータをより一層、収集分析することが望まれます。</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> ■法人の経営状況・事業の進捗状況や課題は理事会にて共有を図っています。理事会・評議員会は年4回開催しています。ホームページ（法人本部の事業報告）に開催内容を公表しています。 ■法人内施設連絡会議は、理事長はじめ各事業所施設長・管理者・主任級幹部職員が参画し、各施設の現状及び財務状況、各種別会議（事業部合同会議・介護保険事業部会議・生活福祉事業部会議・各種別主任会議等）より報告を行う等して、経営課題の解決・改善に向けた取り組みが進められています。 ■弘済院第1特養では、主任会議・職員会議にて法人内介護保険事業部会議等の報告をして職員に周知を図っています。 ■管理者は、「事業計画書と予算」研修会を実施したり、施設内ネットワークに掲載し、いつでも経営状況等が閲覧できるようにしています。 ■施設内ネットワークを使用する際は、非常勤職員を含む全職員がパスワードで管理しています。重要事項などの掲示には赤字、未読の場合にもチェックを入れる等して全職員に周知できるよう工夫をしていますが、情報がしっかり理解につながるように試行錯誤をしながら取り組んでいくことが望まれます。 </p>	

I-3 事業計画の策定

I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

I-3-(1)-① 中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■施設の中長期計画（平成29年度開始・3年から10年の計画）は、法人の理念や基本方針の実現に向けた目標を明示し、経営課題にもとづいた具体的な取り組みの内容となっています。 ■中長期計画は、①10の基本方針②中長期計画の基本的な指針③3つの最優先課題（より具体的な施策）④中期計画の財務基盤⑤クロスSWOT分析⑥長期修繕計画及び建替計画を策定しています。 ■中長期計画には、多くの方針が示されています。組織・職員の体制、人材育成・福祉サービスの質の向上についても、数値目標や具体的な成果を設定する等して実施状況の評価を行うことが望まれます。 	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画は、中長期計画にもとづき策定しています。 ■平成29年度の事業計画は、核となる考え方①ブランディング戦略（介護の未来の創出と職員確保）、②短期運営指針（経営、利用者サービス、地域公益活動、職員の確保と育成、建物・設備）、③中長期運営指針（平成29年度から32年度）など掲げて取り組んでいます。 ■施設では、上半期、下半期ごとに事業分析をして計画を見直し、改訂版報告書を策定しています。 ■事業報告書は、数値目標や具体的な成果を設定して評価を行っていますが、事業計画書と連動した内容の報告書が望まれます。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画は、事業計画検討会議において職員の意見を集約・反映する仕組みとなっています。また、事業計画検討会議には家族会役員も参加しています。利用者・家族の意見を取り入れた事業計画を策定しています。 ■事業計画は、上下半期ごとに事業の評価・分析をしています。見直した計画は事業計画改訂版を策定しています。 ■施設長は5月に3回内部研修を行い、「事業計画と予算」について研修と試験を行っています。 ■研修後はアンケートや試験の結果をグラフ化して周知の結果を評価・分析しています。 ■施設では、研修や会議にて説明する以外にも、施設内ネットワーク上に事業計画を掲載して全職員が周知できる情報システムとなっています。職員は情報が未読にならないよう「確認」「感想や意見」を書き込みする等して周知徹底を図る仕組みとなっています。 ■ICT（情報通信技術）の活用が職員への情報ツールとして大きな役割を果たしていますが、職員の理解が十分得られたかどうか、直属の上司などが把握していくことが望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画は「事業計画要約版」を作成して家族に配付しています。 ■家族会総会は年1回実施しており、そこで事業計画について説明しています。家族会総会には利用者も参加しています。 ■事業計画は施設広報誌「にこにこ便り」に掲載し、拡大版を掲示したり、掲示BOXに入れて家族等がいつでも持ち帰りできるよう工夫しています。利用者にも配付しています。 ■事業計画要約版について、施設行事お知らせポスターのように利用者・家族に分かりやすく、理解を得るような絵や文字を使用する等のもうひと工夫が望まれます。 	

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>■弘済院第1特養は、福祉サービスの質の向上の取り組みとして、主任会議、職員会議、サービス改善委員会等で福祉サービスの検討をしていく仕組みとなっています。</p> <p>■法人では、今年度より「法人内部監査」を設け、規程に基づいた内部監査を実施しています。他施設の職員が福祉サービスや財務関連を評価します。</p> <p>■福祉サービスの質の向上に向けた取り組みを、法人一体となって組織的にPDCAに基づいて実施しています。</p> <p>■月2回の介護保険市民オンブズマンの訪問を受けています。施設と利用者の橋渡し役を担い、市民の目を通し、お互いが気づきを共有できることを目的としています。</p> <p>■施設サービスの満足度について、「家族満足度アンケート」「利用者満足度アンケート」を実施しています。家族アンケート回収率は70.9%、利用者アンケートの回収率は52%です。結果を評価分析し、グラフ化したものを掲示したり、家族等に送付しています。</p> <p>■介護保険自主点検は年1回実施しています。評価結果をサービス改善委員会に報告して共有しています。第三者評価の受審に当たり、幹部職員や複数の職員による担当制を定めています。</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>■法人内部監査が平成29年度よりスタートしました。実施後の評価分析は規定が定められており、弘済院第1特養の内部監査実施終了後間もなく、手順に従って行われる予定です。</p> <p>■平成29年度事業計画に、第三者評価受審について計画を明示して、担当部署を定めて全職員で取り組んでいます。</p> <p>■施設の課題は主任会議、職員会議等で共有しています。</p> <p>■内部監査・自己評価・第三者評価の結果が出た後は、改善の課題を明確にし、解決・改善を計画的に取り組み、計画は中長期計画や事業計画に反映させ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、法人と施設の理念・基本方針、中長期計画・事業計画と予算などについて、平成29年5月に3回シリーズで内部研修を行っています。</p> <p>■管理者の役割と責任について、文書化し職務分掌に記載しています。</p> <p>■法人発行の広報誌「みなと」や施設発行の広報誌「にこここ便り」において、理事長はじめ幹部職員等が事業進捗状況を報告しています。</p> <p>■弘済院第1特養には、経営戦略会議・職員会議・主任会議・コンプライアンス委員会等多くの会議・委員会があります。施設長は多くの会議・委員会に参加して、管理者としての意見を表明しています。</p> <p>■平常時のみならず有事における管理者の役割と責任について不在時の権限委任を業務マニュアル・組織図に記載しています。</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>■法人では、業務管理体制整備規程（コンプライアンス規程）を定め、法令遵守を推進しています。</p> <p>■管理者は、老人施設部会・大阪府人権研修・リスクマネジメント・メンタルヘルス研修等に参加をし、主任会議や職員会議で報告・説明しています。報告書は、施設内ネットワークにも掲載し、全職員に情報を提供しています。</p> <p>■施設長は、コンプライアンス委員会の責任者として倫理や法令の遵守の徹底に向けて研修等を行っています。</p> <p>■施設内ネットワークに取り組み、リアルタイムに全職員へ情報提供と共有を図ることにつながっています。今後は、法令遵守の理解と徹底がなされたかどうかを確認し、遵守徹底をしていくことが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■毎月、理事長はじめ各施設管理者は、法人内施設連絡会議・介護保険事業部会議において、各施設の現状及び財務状況や各種別会議の報告をし、実施するサービスの質について評価分析しています。</p> <p>■管理者は、毎月の職員会議、主任会議において法人内会議の報告をしています。</p> <p>■毎月開催する施設内職員会議・主任会議において、利用率・財務状況・コスト削減・人事・サービス改善等について課題を評価分析しています。職員会議は非常勤職員を含む全職員が参加する仕組みとなっています。</p> <p>■各会議で検討した決定事項・協議事項や各担当からの審議書を確認し、サービスの質に関して評価分析しています。</p> <p>■会議の参加・不参加に関わらず、会議録は施設内ネットワークに掲載し閲覧しています。</p> <p>■施設長は、利用者270名一人ひとりの生活が快適に過ごされているか、毎日午前と午後時間をかけて巡回しています。利用者の声を聞き、家族に声をかけ意見・要望を聞き、職員の接遇を観察しながら、自らの提供するサービスの質を評価し、さらに良いサービスへの向上に繋がるよう取り組んでいます。</p>	

	II-1-(2)-② 経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<p> ■管理者は、毎月法人内介護保険事業部会議や法人内施設連絡会議において利用者・職員配置・人事・労務・財務等を評価・分析しています。 ■管理者は、主任会議・職員会議で法人内会議の報告を行い、周知を図っています。主任会議や職員会議では、利用率、事業分析、コスト削減、財務状況、雇用管理、課題28項目等について評価・分析しています。 ■主任会議・職員会議録は施設内ネットワークに掲載し全職員に周知を図る仕組みがあります。 ■平成29年度事業計画に「職場環境を整備することで、職員の離職率を減らし8%以下にする」と明記しています。具体的な目標として、「ノー残業デー・育児や介護を支援する労働環境・福利厚生充実の充実・有給休暇の消化率を増やす・休みやすい環境づくり」と明記し取り組んでいます。 </p>	

	評価結果
--	-------------

II-2 福祉人材の確保・育成		
II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。		
	II-2-(1)-① 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	<p> ■事業計画に、弘済院第1特養の戦略として「ブランディング戦略、運営指針」を掲げています。「①ホームページでの情報公開 ②介護のイメージの刷新と洗練化された介護の創出 ③介護の未来をつくるチカラを育てる、介護の魅力、おもしろさをつたえる」ことを具体的な取り組みとして、短期・中長期計画を立てています。 ■事業計画に、組織が必要とする専門職の配置・人員体制、人材の確保と育成を明記しています。介護プロフェッショナルキャリア段位制度の推進・職員研修の充実・外国人労働力の導入等を掲げて取り組んでいます。 ■法人内介護保険事業部会議では、職員採用プロジェクトチームを発足して人材確保に取り組んでいます。 ■職員は140名と非常に多い施設です。途中退職などもあり、計画通りの確保までには至っていませんが、適正配置の誤差の範囲となっています。今後は「働きやすい環境づくり」の観点からも計画の実施が望まれます。 </p>	
	II-2-(1)-② 総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p> ■事業計画の基本的な指針のなかで【「笑顔で支援」介護は知識や技術だけでは完結しない。介護を提供する職員が明るく優しく、いつも笑顔で対応することで介護という人間関係が温かくなっていく。笑顔を常に意識して介護を行っていきたい】と、期待する職員像を明記しています。 ■法人では、人事考課は実施していません。法人就業規則の中に人事基準が明記されており、採用時に説明しています。 ■直属上司が転勤や配置転換の希望・要望について年1回職員の意向調査を実施し、管理者に報告する仕組みがあります。 ■職員が、自ら将来を描くことができるようなキャリアパス・職員配置・異動・昇進などの基準を明確化し、人事考課制度等での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。 </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。	b
<p>(コメント)</p> <p> ■職員の就業状況や意向は、各階主任から総括主任、施設長へと職制を通して情報が伝達されます。職員配置表をもとに介護職員の就労状況を分析しています。 ■毎月の有給休暇・時間外労働等の就業状況は、事務部門、施設長が把握しています。半年ごとに有給休暇・時間外労働の取得状況を把握し、業務負担が偏っていないか確認をしています。 ■衛生委員会を毎月開催し、労働災害状況・残業時間等を評価・分析しています。労働衛生相談窓口やストレスチェックアンケート等を実施し、適切なアドバイスを行っています。 ■法人は、外部機関（司法書士事務所）を相談窓口とした「ヘルプライン」を設置しています。ヘルプライン規程を定めて職場環境改善とコンプライアンスに努めています。 ■ワーク・ライフ・バランスについて外部講師による研修会を実施しています。 ■福利厚生センターの福利厚生事業を活用しています。大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。共済会のソフトボール大会・運動会にも参加をしています。法人では、勤続1～3年の職員による研修会と共に懇親会を開く等しています。 ■職員数が140名と多いですが、各フロアの直属上司による面接を通して、職員の意向・意見を把握し、ワーク・ライフ・バランスに配慮した職場環境づくりをしていくことが望まれます。 </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
<p>(コメント)</p> <p> ■事業計画に「期待する職員像」を明記しています。業務マニュアルには、基本的態度と職員の教育・研修に関する姿勢を明記しています。 ■毎月、各ユニット会議で「ユニットの目標」を定め、ユニットの目標に対して「職員一人ひとりの目標」も定めて報告しています。次月に、目標の振り返りを行う等して進捗状況を確認しています。 ■職員一人ひとりの育成に向け、組織の目標や方針を徹底していく上での「目標管理」は、目標項目・目標水準・目標期限が明確にされること、また、設定にあたっては、一人ひとりの職員との面談を通じたコミュニケーションが重要です。中間段階や期末には、目標達成と取り組み状況を確認するための面接をしていくことが望まれます。 </p>	
II-2-(3)-② 職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
<p>(コメント)</p> <p> ■法人の基本方針に「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」と期待する職員像を明記しています。 ■事業計画に、基本となる介護職員と看護職員の合計配置は、2.4:1を確保することを明記し、必要とする専門技術・専門資格を明示しています。 ■職員の教育・研修に関する基本姿勢（魅力とおもしろさ）を目標とした、年間の研修計画を策定しています。 ■職員内部・外部研修委員は、福祉サービス向上を目的とし、内部の専門職による研修や外部講師を招いて研修を行い、また、外部研修に参加をする計画を立てて、研修を実施しています。 ■事業計画短期運営指針に「介護プロフェッショナルキャリア段位制度の導入」を掲げて取り組んでいます。評価者（アセッサー）は18名おり、介護の技術を正確に評価していく仕組みがあります。 </p>	

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)	<p>■新任職員には、採用時に法人の新任職員研修が実施され、各施設でプリセプター制度により指導しています。</p> <p>■介護福祉士等資格取得制度を法人として実施し、受験費用の施設負担・休暇の配慮も行っています。</p> <p>■弘済院第1特養では、介護の技術について1～7段階のレベル認定を行う「介護プロフェッショナルキャリア段位制度」を実施しています。評価者は18名を擁しており、丁寧に評価・指導をしています。</p> <p>■非常勤職員を含む全職員数が140名と多いなか、一人ひとりに対する階層別研修、職種別研修の機会を設けることが難しい状況です。施設長は教育・研修の報告書を施設内ネットワークに掲載し、全職員が閲覧できる仕組みを作り、情報提供しています。</p> <p>■施設内ネットワークの活用で、「職員別研修履歴」を作成していくことが望まれます。</p>	
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
(コメント)	<p>■事業計画、実習生受入マニュアルに実習生受入れに対する基本姿勢を明記しています。</p> <p>■実習生受入マニュアルを整備しています。受入手順に沿って、オリエンテーションを行っています。</p> <p>■管理栄養士・介護福祉士・看護師・歯科衛生士等の養成校と連携してプログラムを作成しています。</p> <p>■指導者に対する研修の実施が望まれます。</p>	

		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)	<p>■法人・施設の理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報はホームページや広報誌で公表しています。</p> <p>■第三者評価受審については事業計画に明記して、利用者・家族・職員に説明し、掲示板に掲示する等して理解を得ています。</p> <p>■法人では、事業の実施状況、苦情内容と改善・対応結果をホームページで公表しています。弘済院第1特養では、苦情・意見・要望などに対して改善結果を各フロアに掲示しています。</p> <p>■近隣の居宅介護支援事業所や公民館に、広報誌やパンフレットを配布しています。</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。	a
(コメント)	<p>■経理規程に基づき処理を行っています。</p> <p>■法人では、職務分担と権限が明確にされており、関係職員に周知しています。</p> <p>■法人では、大阪府社会福祉協議会自主点検事業の実施と外部監査法人によるチェックを受けています。</p> <p>■法人内では、平成29年度より内部監査を実施しています。施設間のレベルアップと内部統制機能の強化をはかる目的となっています。</p> <p>■ホームページには、経営報告を開示しています。事業案内、財務状況（資金収支計算書・事業活動計算書・貸借対照表）、監査報告書等を総括して公表し、透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</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)	<p>■法人理念に、『「福祉の情報発信」「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』と掲げています。</p> <p>■事業計画には、地域公益活動として「地域交流いこいのサロン」の毎月開催を明記しています。</p> <p>■施設内に吹田市発行の地域資源が掲載された冊子をボックスにおいて、いつでも閲覧できるようにしたり、吹田地区医療マップ等の社会資源を掲示しています。</p> <p>■玄関入口横に設置された喫茶コーナーでは、家族会が毎日「なごみ喫茶」を運営してコーヒ等を提供しています。利用者・家族・地域住民との団らんの場として好評を得ています。</p> <p>■希望者は、担当職員と近隣商店やショッピングモールなどに職員の送迎で買い物に出かけています。</p> <p>■施設は、吹田地区特養連絡協議会に参加をしており、特養10施設程が吹田市内体育館で行われる吹田地区特養対抗風船バレーボール大会に参加をしています。利用者・職員総勢200名程の参加があり、楽しい交流の場となりました。平成29年度は弘済院第1特養が3位になりました。</p>
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)	<p>■事業報告書にボランティア受入れ状況を報告しています。</p> <p>■ボランティアマニュアルを整備しています。受け入れ時には、オリエンテーションで手続き、基本姿勢や注意事項等を説明しています。</p> <p>■書道・音楽・アコーディオン・手芸・絵画・語り部・生花等、多くの地域住民・ボランティアによってクラブ活動の運営をしています。</p> <p>■年1回ボランティア懇親会を開催し、交流を図っています。交流会の際に、活動によって配慮事項の説明を行う等しています。今後はトラブルや事故を防ぐための研修や学習会等を検討してはいかがでしょうか。</p> <p>■地域小学校、中学校の福祉体験等の受け入れを行う等、学校教育への協力を行っています。</p>

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)	<p>■地域の医療福祉マップを各フロアに掲示しています。大阪市の介護保険制度の説明や介護保険サービス事業者の掲載されている冊子を事務所横ボックスに設置し、いつでも閲覧できるようにしています。</p> <p>■職員会議や施設内ネットワークに掲載して情報の共有化が図られています。</p> <p>■吹田地区特養連絡協議会の施設長連絡会、相談員部会等に参画する等しています。</p> <p>■協力医療機関との連絡会議を実施し、共通の課題に向けて取り組んでいます。施設内での感染症予防を図る目的として「感染症予防のネットワーク」を作り、感染管理の認定看護師により施設を訪問指導していく取り組みが進められています。</p>

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■毎年秋まつりを開催し、利用者・家族・地域住民との交流を図っています。 ■事業計画に地域交流・社会貢献として「地域交流いこいのサロンを毎月開催」と明記しています。自治会と連携して開催しています。地域住民との交流はじめ、福祉の総合相談や専門的な講習も実施しています。毎回25名くらいの住民が参加しています。 ■施設は福祉避難所とはなっていませんが、吹田市一斉合同訓練や地域の防災避難訓練に参加をしています。 ■施設は吹田市に設置されていますが、運営が大阪市の指定管理を受けているということで、地域における災害時の役割が未整備となっていることが課題となっています。管理者は課題解決に向けて協議していくことが望まれます。 	
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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■地域の福祉委員と連携して「地域交流いこいのサロン」を毎月開催しています。そこで行う総合相談会などから地域福祉のニーズを把握しています。 ■中長期計画、事業計画に、『地域交流と社会貢献事業の一環として「いこいのサロン」』を明記しています。 ■弘済院第1特養は、利用者270名を受け入れ大規模特養として機能しており、在宅部門は併設していませんが、法人としてデイサービスや相談窓口などを他地区で実施しています。各事業所連絡会などから具体的な福祉ニーズを把握しています。 ■社会福祉法人については、既存制度では対応しきれない生活困窮者問題等の支援など、地域社会での貢献活動を主体的、積極的に進めていくことが望まれます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人の理念と基本方針だけでなく施設の理念と基本方針も定め、利用者を尊重した福祉サービスの実施について明示するとともに、事業計画などにも明記することで、常に確認し意識できるよう取り組んでいます。 ■ご利用者様権利マニフェストを定め、各フロアに掲示しています。 ■施設の標語の1つとして「笑顔で支援」を掲げ、意識して取り組むとともに、写真等をフロアに掲示しています。 ■各種業務マニュアル（電子マニュアル含む）には、利用者を尊重したサービス提供に関する基本姿勢が反映されています。 ■接遇マナー研修をはじめ各種研修を行い、その内容をサーバーのフォルダ、グループウェア、ビジネスチャットを用いて回覧をしています。 ■「ケア自己チェック」を年に1回程度行い、システムのアンケート機能を用いて集計を行っています。さらに、その結果をもとに、必要に応じて各フロアの主任が職員と面談を行っています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■プライバシー保護規程、プライバシー保護マニュアルを整備し、施設内研修で理解を深めています。 ■業務マニュアルの「1. 運営の基本」の「(9) 利用者の権利擁護」において、権利擁護について定めています。 ■居室には収納を兼ねた仕切りとカーテンがあり、プライバシーを守る工夫をしています。 ■虐待防止委員会を開催し、日頃から虐待防止についての啓発を行っています。 ■不適切な事案が発生した場合の対応について、フローチャートを作成し、マニュアルに明記しています。 ■浴室は機械浴槽と個別浴槽の間をパーテーションで仕切ることができ、入浴時の様子があらわにならない工夫をしています。脱衣所でのプライバシー保護に工夫が望まれます。 ■入浴は、居室の送迎から着替え、入浴介助までを同じ職員が対応することで、羞恥心の軽減とくつろぎの提供を図っています。 ■4階に談話室、1階に喫茶室があり、安心して話ができるスペースを確保しています。 ■プライバシーポリシーや相談窓口を掲示し、利用者や家族への周知を図っています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設のホームページに法人および施設の概要を掲載しています。 ■SNSやスタッフブログなどを活用して、施設の情報を積極的に発信しています。 ■施設のホームページでは、施設の風景や行事の様子などを写真で紹介することにより、入所後の生活の様子が具体的に伝わるよう工夫しています。フォトブックも作成して事務所前と各階詰所に置き、手に取って見てもらえるようにしています。 ■パンフレットは法人のものと施設のものを用意し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、公民館へ設置しています。 ■施設の見学については、急な希望であっても施設ケアマネジャーがその都度対応し、パンフレットや自己負担早見表などを用いて具体的に説明しています。施設内の見学も行い、体験入所についてはショートステイの利用を勧めています。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■「ご利用者の権利マニフェスト」において、「サービス内容に関して十分な情報を受けることができ、インフォームド・コンセント（説明と同意）に基づき、ご利用者の主体的な決定が尊重されます。」と宣言しています。 ■重要事項説明書は、拡大版やふりがなをふったものも用意しています。 ■磁気式メモボード、携帯用会話補助装置を準備し、必要に応じて活用しています。 ■サービスの開始時には、契約書や重要事項説明書以外に自己負担早見表や広報誌も用いて、わかりやすい説明のための工夫を行っています。 ■施設サービス計画の見直し時には、利用者の様子を手紙に記して施設サービス計画書と共に送付し、同意書を得ています。 ■意思決定が困難な利用者への配慮については、業務マニュアルに従って行っています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■重要事項説明書で「円滑な退所のための援助」について示しています。具体的には、「適切な病院もしくは診療所又は介護老人保健施設等の紹介」、「居宅介護支援事業者の紹介」、「その他保険医療サービス又は福祉サービスの提供者の紹介」がその内容です。 ■退所後の相談については、退所時対応マニュアルに沿って対応しています。 ■金品引き渡し時に、退所後の相談担当者等を記載した文書を渡しています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■毎年、利用者や家族を対象に満足度アンケートを実施し、結果をホームページと広報誌に掲載しています。分析結果をもとにサービス改善委員会や職員会議にて検討し、必要な改善を行っています。 ■3か月に一度嗜好調査を行い、結果をホームページに掲載しています。調査結果は管理栄養士が分析し、献立作成等に役立てています。 ■利用者懇談会を実施し、職員も参加しています。家族会である「なごみ会」の総会が年1回あり、それにも職員が出席しています。 ■利用者全体に対する満足度の把握と分析はできていますが、個別の相談面接や聴取による、個人の満足度の把握が少し弱い状況です。個人の満足度についても、定期的に調査を行うなどの仕組みづくりが望まれます。 	

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)

■苦情解決マニュアル、意見・要望収集マニュアルを作成し、仕組みを確立しています。
 ■苦情解決委員会を設置しています。
 ■重要事項説明書には苦情受付担当者と第三者委員を記載していますが、苦情解決責任者の記載がありません。マニュアルでは責任者について記載していますので、重要事項説明書にも記載することが望まれます。
 ■苦情受付担当者や仕組みについて、各フロアに掲示し、利用者に周知を図っています。
 ■意見箱を各フロアに設置しています。人通りの少ない場所に設置し、用紙への記入や投函が目立たないように工夫しています。
 ■受け付けた苦情内容と解決の結果について、各フロアに掲示しています。
 ■利用者および家族の満足度アンケートを実施や利用者懇談会を行い、苦情をキャッチする取り組みを行っています。
 ■苦情解決の仕組みは確立していますが、十分に機能しているかどうかについては工夫の余地があります。苦情を自ら訴えることが難しい人にも個別に向き合い、その思いの掘り起こしをするなど、さらなる取り組みが望まれます。

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。 b

(コメント)

■担当フロアの職員の写真と名前、簡単な自己紹介を掲示しています。
 ■介護職員以外の職員の写真と名前を各ユニットに掲示し、複数の相談相手を選べるよう工夫しています。
 ■上記の掲示物については、文字を大きくするなど見せ方のさらなる工夫によって、名前や自己紹介内容がより利用者に伝わり、相談しやすい関係づくりを促進することが望まれます。
 ■利用者アンケートに、職員の名札が見えにくいとの意見もありました。掲示物や名札など、施設としての取り組みは評価できますが、今一度、利用者目線での確認が望まれます。
 ■第三者委員の連絡先を掲示し、直接連絡できるようにしています。公衆電話が1階にあり、テレホンカードは1階の渡り廊下でつながっている病院の売店で購入することができます。また、各フロアに共用の携帯電話があり、利用者も使用することができます。
 ■相談がある場合は、フロアの人目につきにくいスペースや談話室、必要に応じて相談室や研修室を活用しています。ただし、談話室があるフロアが限定されています。多床室で暮らす利用者が人目をあまり気にせずほっとできる空間づくりなど、現在のフロアの広い空間の中で、もう一工夫が望まれます。
 ■定期的に市民オンブズマンや傾聴ボランティアが入り、利用者とは対話していません。

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)

■相談や意見に対して苦情解決マニュアル、意見・要望収集マニュアルを作成し、仕組みを確立しています。
 ■マニュアルは毎年見直しの機会を設け、改訂日を明記しています。
 ■職員は、話しやすい雰囲気づくりに努めて日々業務を行っています。今後は、利用者満足度アンケートの「意見や要望を介護職員がよく聞いているか」、家族満足度アンケートの「意見や苦情に対して施設側は誠意ある対応をしているか」などの結果に、その取り組みが反映されてくることを望まれます。
 ■苦情や意見等にもとづき、施設のサービス改善につなげています。最近では、意見や相談をもとに検討したうえで、利用者が一人で外出してしまった場合の「検索マップ」をマニュアルに追加した事例があります。
 ■利用者からの相談や意見に対して把握、対応する仕組みはできていますが、迅速さについて、さらなる取り組みの余地があります。相談や意見に対して素早く見通しをたて、検討や対応の時間的な見込みや実現可能性について速やかに相談者に伝えるように取り組むことが望まれます。

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。 b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■リスクマネジメントの体制について、平成29年度事業計画「6.危機管理 ア 事故防止等安全対策」で明記しています。 ■事故やヒヤリハットについては、日々の記録から抽出することができ、ユニット会議やリスクマネジメント委員会で集計、検討しています。事故報告書とリスクマネジメント委員会の記録については、施設内ネットワーク上で情報の共有化を行っています。 ■事故報告書が、捺印欄がある紙ベースの様式と、日々の記録から抽出するデータ上の様式とがあり、整理がされていません。記録として必要な内容は日々の記録に記載されていますので、今後はそれらをどのタイミングで整理し、事故報告書として蓄積していくのか、仕組みを精査することが望めます。
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■「感染症及び食中毒の予防及びまん延防止のための指針」を作成し、体制について明記しています。 ■感染症対策委員会を定期的に、かつ随時開催し、感染症の予防や安全確保に対する職員の意識啓発、実際に発生したときの対応などを行っています。 ■特に、インフルエンザとノロウイルスについてはフェーズ表を作成し、それに基づいた対応を徹底しています。 ■大阪府吹田保健所の管内感染対策連絡会議の協力を得て、外部講師（感染管理認定看護師）による研修を実施しています。 ■今後の取り組みとして、インフルエンザとノロウイルス以外の感染症に対しての周知と体制整備が望めます。
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している。 a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■適切に災害のリスクを把握し、それに対する取り組みを組織的に行っていきます。 ■立地条件から、津波発生の可能性はありませんが、その他の災害は想定して取り組んでいます。各フロアで電子施錠の一斉開錠が可能となっており、防火カーテンの使用や地震時に備えての転落防止留め具などを使用しています。 ■業務マニュアルにおいて、災害時の対応体制を定めています。 ■利用者の安否確認はユニットの職員が行い、職員の安否確認は非常災害時緊急連絡網、ビジネスチャット、携帯会社の災害伝言板の3つで行うことになっています。緊急連絡網は詰所に掲示しています。 ■非常災害時用として、管理栄養士が備蓄食品や調理用コンロなどの水と食料、防火管理者が災害時の備品類リストを作成しています。備蓄食品などは1階に、それ以外のヘルメットや毛布、おむつなど備品は各フロアで管理し、それぞれ一週間程度は対応可能となるように備えています。また、食料については、食品会社との契約で、万が一のときにはヘリコプターでの空輸もできるようになっています。薬についても、災害時に対応できるだけの備えがあり、すぐ隣が病院のため、万が一のときも対応が可能です。 ■毎月防災訓練を実施するとともに、地域の防災訓練にも参加しています。

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。	b
(コメント)	<p>■開示の請求があった場合の手順については、改正個人情報保護規程において定めています。</p> <p>■改正個人情報保護規程に関する書類の中に「保有個人データの開示等に関する手続き」を別途定めています。</p> <p>■改正個人情報保護規程では、開示を請求できるのは「本人」であり、家族であっても委任状が必要になります。重要事項説明書等の記載内容は旧規程に沿ったままとなっていますので、新規規程に沿ったものに修正することが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組みられている。		
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みられている。	b
(コメント)	<p>■独自の資料を作成し、大阪市の入所選考調査票と合わせて、優先度の高い利用者から入所案内をしています。</p> <p>■入所選考委員会は毎月1回、外部委員(大阪市・家族会)参加のもと開催し、適切な選考をしています。</p> <p>■ホームページに入所選考指針を公表し、入所案内をしています。</p> <p>■パンフレットやホームページにわかりやすく工夫した内容の入所の案内を掲載することが望まれます。</p>	

	評価結果
--	-------------

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
(コメント)	<p>■業務マニュアルでサービスの標準的な実施方法を示し、利用者の尊重、プライバシー保護、権利擁護といった姿勢についても明記しています。</p> <p>■標準的な実施方法については、新人研修や内部研修を行い、周知徹底を図っています。</p> <p>■新人職員に対してはプリセプター制度でマンツーマン指導を行い、新任職員評価表を用いて3か月目と6か月目に自己チェックを行っています。</p> <p>■新人以外の職員については、標準的な実施方法にもとづいてサービスを行っているかどうかを確認する仕組みが不十分です。ユニットリーダーが記録の確認やユニット会議を通して職員の状況を把握することはできますが、職員個人のサービス実施状況を仕組みとして把握するまでには至っていません。今後は、職員のスキルの把握と個別研修計画の作成などが望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	b
(コメント)	<p>■マニュアル管理委員会にてマニュアルの見直しを行っています。</p> <p>■サービス改善委員会におけるサービス内容の検討を、マニュアル改善委員会に反映させる仕組みがあります。</p> <p>■標準的な実施方法の見直しについて、一定の仕組みは確立していますが、組織的な検証や見直しについては、さらなる取り組みが望まれます。個別のケアプランの内容から、標準的な実施方法の検証や見直しにつながるような、仕組みづくりが望まれます。</p>	

Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-2-(2)-①	アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉業務支援ソフトに含まれている包括的自立支援プログラムを用いてアセスメントを行っています。 ■支援困難ケースについては、事例検討会を開催し、支援方法の検討と情報共有を行っています。 ■施設ケアマネジャーとフロアの介護職員との連携の強化によって、より一人ひとりの利用者に寄り添ったケアプランにつながることを期待されます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ケアプラン作成マニュアルに沿って、適切な時期に見直しを行い、ケアプランを更新しています。 ■更新作成した内容については、ユニット会議において周知を図っています。 ■ユニット会議録は、サーバーのフォルダで閲覧しています。 ■福祉業務支援ソフトにより、いつでもどの職種の職員でも、ケアプランを確認することが可能です。 ■サービス担当者会議の事前提出資料は、フロアで作成しています。利用者の様子を身近に把握している立場からの発信により、ケアプランの適切な見直しにつなげています。 	
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"> ■入所時及び入所後1か月以内にサービス担当者会議を開催し、利用者一人ひとりのサービス計画を作成しています。利用者の担当者がサービス担当者会議事前資料を作っています。 ■ケアプラン作成マニュアルに沿って、利用者と家族の同意を得て、アセスメント、計画、実施、検討、評価を行っています。 ■大阪市認知症疾患医療センターと連携を取り、支援に反映しています。 ■サービス計画は、施設内ネットワークで全職員が確認できる体制があります。また、各フロアでは、パソコン以外で確認できる様に紙面をファイルにしています。 ■自立支援の為に午後の活動について、利用者一人ひとりの対策への工夫が望まれます。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉業務支援ソフトを使用し、組織で統一した様式を使用しています。 ■業務マニュアル(ケース記録の書き方)に従って、日々の記録を行っています。 ■職員会議、主任会議、ユニットリーダー会議にて重要事項の情報共有を行っています。また、ユニット会議において、サービス内容の統一を図っています。 ■施設内ネットワーク、グループウェア、ビジネスチャットを活用して、会議・委員会の報告書や日々の利用者の状態、提供する福祉サービスの内容などあらゆる情報をリアルタイムで共有する仕組みがあります。これらのシステムには、全職員が参加しています。内容については、出勤時、退勤時には確認するようにしており、未読かどうかも把握できるようになっています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■平成29年5月に改正個人情報保護法が全面施行されたことに伴い、改正個人情報保護規程を制定しています。 ■入所時に、個人情報の利用に関する同意書を取り交わしています。写真などの画像の使用についても、同意書を取り交わしています。 ■個人情報保護について職員へ研修を行っています。 ■個人情報保護について、広報誌や家族会を通して、利用者および家族への周知を図っています。 ■法人で文書取扱規程が策定されており、それに則って運用しています。 ■電子文書についての取扱規程は現在作成中です。施設の取り組みの特徴として、文書の多くが電子化されていますので、早期に電子文書に特化した規程の策定が望まれます。
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■身体拘束に関する取り組みについて、運営規程、重要事項説明書、契約書に明記しています。 ■身体拘束廃止についての研修を行っています。外部研修にも参加しています。 ■月に1回、身体拘束廃止委員会を開催し、その内容はグループウェアで閲覧しています。 ■事業計画において、身体拘束廃止の推進を明記しています。 ■スピーチロックについても、委員会で取り上げ、意識するよう取り組んでいます。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■金銭管理が必要な利用者に対し、施設で金銭管理を代行しています。 ■預り金に関しては、責任者、管理者を定め、通帳と印鑑は別の職員が管理しています。受け渡しは2名以上でチェックしています。 ■家族へ年2回、通帳コピー、一時保管金出納表、入出金明細書を郵送しています。 ■手提げ金庫を必要とする人には貸し出せるよう配慮していますが、居室の置き場所については、工夫が望まれます。利用者自身による金銭管理を促せるような、ソフト、ハード両面からの取り組みが望まれます。
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■心身及び諸機能の改善・維持のために、個別の離床対策を実施しています。機能訓練指導員や理学療法士等と情報を共有し、計画・実施・検討・評価をしています。 ■利用者の意向と意欲を把握した上で、食事やクラブ参加、レクリエーション及びトイレ誘導や入浴を活用し、離床を促しています。 ■身体の状態に適した車いすやリクライニング型車いす、クッション等を使い、安楽な姿勢を保持する様に配慮しています。胃ろう造設時には、食堂で過ごし、段階的に経口摂取ができるように支援をしています。 ■利用者の意欲と結びつく個別の対策への工夫が望まれます。

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"> ■利用者の心身の状況、生活習慣、興味、希望の把握に努めて支援に生かしています。ニーズに応じた生活が送れているかは適宜検討、改善し、6か月毎にサービス担当者会議で話し合っています。 ■洗濯物をたたむことや食器を洗うなどの家事や、テレビ・DVD・音楽の視聴をして過ごす利用者もいます。クラブ活動には、書道・生け花・絵画・アコーディオン・音楽などがあります。また、「なごみ喫茶」は、毎日利用できます。買い物は、隣接病院の売店やコンビニ配送を週1回活用できます。ボランティアや職員や家族の協力の中、行われています。 ■訪問衣類販売や月1回の出張理美容サービスを利用する利用者もいます。 ■海遊館・万博記念公園・ショッピングモール・寿司屋や風船バレー大会参加等の外出レクリエーション支援も、心身の状況に配慮しながら行っています。 ■下着を含めて衣服の全てを業者がクリーニングをし、施設が出費をしています。個別の袋で回収し返却しています。 ■生活のメリハリをつける着替え(寝衣)が、利用者全員の意向に沿える支援となることが望めます。 	
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"> ■傾聴ボランティアやオンブズマン、利用者懇談会で様々な人とコミュニケーションを取る機会を設けています。聞き取った利用者の思いや要望を支援に生かしています。 ■視聴覚が不自由な利用者は、筆談や磁気式メモボードやタブレットアプリの会話補助機能等を活用する場合があります。 ■生活のあらゆる場面で、話しかけながら支援を行い、職員間でも声かけをしています。 ■必要があれば居室とは別の、相談室や研修室を使えるように配慮をしています。 ■マスクを着用している時には支援者の表情が伝わりにくくなるので、利用者にどのように伝わっているかを意識してコミュニケーションをとることへの検討が望めます。 	

		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)	<p>■入浴チェック表に利用者の個別の介助法などの記載をしています。入浴介助は、誘導から湯温チェック、入浴介助を終えてフロアに戻り、フロア担当者に引き継ぐまで同一の担当者が支援をします。入浴拒否があれば、タイミングや担当者を変えてみたり、別の日に変更して対応しています。体調の変化や外出で変更の必要性があれば別の日に入浴します。部分浴・清拭に変更をする場合もあります。皮膚の病変及び体調が悪い利用者は、医務と連携し情報を共有し対応しています。</p> <p>■臥床式機械浴・座位式機械浴・一般浴があり、付随する介護機器を用意しています。</p> <p>■入浴の順番や湯船に長くつかりたいなどの希望に沿うように支援をしています。要望があれば、同性介助をしていますが、女性介護職員の人数不足で対応できない場合もあります。同性介助をする為の対策を検討し、今後も継続することが望まれます。</p> <p>■室温調整をし、パーテーションとタオルを使いプライバシーへの配慮をしています。</p> <p>■入浴後の水分補給、スキンケア・爪切りは看護師と協力をして行っています。</p>	
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
(コメント)	<p>■マニュアルに沿った支援をしています。排泄チェック表とケース記録を反映したオムツパターン表や個別の支援の記録は排泄記録表に記載しています。布おむつ、4種類の紙おむつ、3種類のリハビリパンツ、7種類のパッドを利用者それぞれに組み合わせて使用しています。また、夜間は利用者に合わせて排泄介助やオムツ交換をしています。</p> <p>■PHSにナースコールが繋がります。また、ベッドサイドにセンサーマットを敷いて利用者の誘導を安全に行う様に工夫をしています。</p> <p>■利用者の心身の状況に合わせて、日中の紙パンツや紙おむつ使用を減少する為の検討への取り組みが望まれます。</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
(コメント)	<p>■機能訓練指導員・理学療法士等と情報を共有し支援をしています。杖や手すり、車いす等を使い安全に移動し生活を送る取り組みをしています。</p> <p>■ナースコールやコールマットはPHSに繋がり、利用者が安全に移動するための介助に活用しています。</p> <p>■廊下やフロア・居室には椅子やソファを設置しています。移動時に座って休息することが出来ます。</p> <p>■心身の状態の変化に伴う移動や移乗の情報共有は、グループウェアや口頭での申し送りですら迅速に行っています。</p> <p>■全ての福祉用具の点検は、点検表等を活用し定期的実施することが望まれます。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■職種間で連携を取りながら、体位交換・皮膚の観察・栄養ケア等に取り組んでいます。毎月、褥瘡予防委員会を開催し、発生予防・取り組み・DESIGN-R分類評価と経過・改善対策等について話し合っています。</p> <p>■年1回、外部講師の褥瘡予防研修を受けています。</p> <p>■褥瘡発生の可能性の高い利用者の体位交換は、2時間毎に2人で実施しチェック表に記載しています。</p> <p>■褥瘡予防及び対応策や医療処置等は、口頭や施設内ネットワーク、フロア会議で情報を共有しています。</p> <p>■心身の状況に応じた褥瘡の発生予防について取り組んでいますが、今後も継続して、悪化を防止する為に必要な支援を検討し実施することが望まれます。</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。	a
(コメント)	<p>■嗜好調査(年4回)、残食調査、検食や、日々の支援の中から得た要望を献立に反映しています。特別献立(正月・誕生会等)40回、マグロの解体ショーなどのイベント食、郷土料理、ラーメン餃子フェア・七草粥等の特別な食事は、年間68回以上提供しています。米は毎月銘柄を変更しています。お米マイスター五つ星資格者のアドバイスを受けています。冷凍食品の使用を少なくするなど、委託業者と情報交換の上、支援に取り組んでいます。</p> <p>■週一回、選択メニューがあります。ソフト食やミキサー食の味や見た目の工夫をしています。温冷配膳車を使い提供しています。受診などで食事時間に遅れる場合は、カレーライス等の遅延食を提供しています。</p> <p>■家族は、年2回、試食会があります。</p> <p>■継続的な取り組みと独自の認識と実践力を高く評価します。</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
(コメント)	<p>■栄養ケアマネジメントを行い、職種間で連携を取りながら、利用者の心身の状況を把握し、食事提供・介助をしています。</p> <p>■利用者自身で食べることができるよう、介助皿や自助具等を使っています。一口大・刻み・ソフト・ミキサー・ゼリー状等の中から、嚥下に適した形態を提供しています。</p> <p>■1日1500ml以上の水分補給を目標にしています。水分補給のコップは200~250mlの大き目を使用し、飲みやすいコーヒーや紅茶を置いています。朝食前にも水分補給する等の工夫をしています。</p> <p>■食前には、口腔ケア体操をし口腔機能の維持向上に努めています。体形に合わせて机・椅子を用意しています。</p> <p>■食事時の事故についての対応方法を確立する為の検討を行い、対応方法を実施し確認することが望まれます。また、椅子で食事できる可能性のある利用者への取り組みが望まれます。</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
(コメント)	<p>■口腔ケアについてのアセスメント・計画は歯科医師が実施し、ケアの実施・評価・検討・見直しを連携して行っています。また、ケアプランの中で取り組んでいます。週1回の施設往診があります。歯科医師が講師をする研修は、月1回実施しています。</p> <p>■食事前に口腔体操を、食後には口腔ケアを行っています。利用者の口腔の状態に応じて舌ブラシやケア用品を使っています。</p> <p>■個別の口腔ケアの計画の見直しへの検討が望まれます。</p> <p>■歯科医師・歯科衛生士が診察等を行う際にパーテーションの活用をするなどのプライバシーの配慮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
(コメント)	<p>■利用者が終末期を迎えた場合の対応に、継続して取り組んでいます。研修や利用者のケアの中で情報交換と共有をしています。</p> <p>■適切な時期に管理医師から、家族への説明と同意、対応等について話をしています。職種間で連携の中、看取りをしています。</p> <p>■看取り終了後には、会議の中で振り返りの意見交換をしています。</p> <p>■個別性を配慮した支援をしています。利用者の好む食べ物を家族が持ち込み摂取を促したり、拘縮がある利用者の安楽な体位をとる際の注意点(手に小タオルを握ってもらう等)や家族が同室に寝泊まりできる様に支援する際に生じる事情(土日のみ付き添いたいなど)等の具体的な支援の様子が解かる記述内容となるように工夫が望まれます。</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>■認知症の周辺症状に、職種間で連携して取り組みとケアを実施しています。利用者の専門かかりつけ医の助言の中、アセスメント・計画・実施・評価・検討をしています。</p> <p>■認知症専門医を外部講師に招き研修をしています。また、認知症介護実践者研修及び認知症介護リーダー研修を積極的に受講しケアに反映しています。日常生活の中の家事的な作業やレクリエーション・行事等様々な場面を活用し、認知症への働きかけをしています。</p> <p>■抑制・拘束は行っていません。実施する場合は、家族等の同意のもと実施し、解除に向けてのケアを行っています。</p> <p>■全ての利用者への取り組みをしていますが、利用者の思いに寄り添うケアについて、個別の時代背景や生活環境を配慮し様々な視点で検討することが望まれます。</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>■居室には‘さくら’‘ひまわり’‘あじさい’‘すみれ’を、トイレ等には表札をつけ、利用者が解りやすい表示の工夫をしています。居室には、使い慣れた物や家具を置いています。また、施設内で採った栗のグラフィックデザイン化の画や絵画や利用者の笑顔の写真、利用者が作成した作品を掲示したり、植物を置く等の工夫をしています。</p> <p>■刃物類・薬物・洗剤類・喫煙者のライター等は、職員が管理をしています。</p> <p>■安全の為に、ベッドサイドのセンサーマットや車いす用センサー等を活用することもあります。</p> <p>■下着を含めて衣服の全てを業者がクリーニングをし、施設が出費をしています。個別の袋で回収し返却しています。</p> <p>■ガスレンジを使用しているため、安全性を検討することが望まれます。</p> <p>■共有スペースのソファーにカバー使用や家庭的な物の活用など、室内の温かみを検討することが望まれます。</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>■機能訓練計画書をもとに個別に機能訓練をしています。日々の生活動作の中で意図的な機能訓練・介護予防を行っています。日ごろの支援の中での良い関係作りのもと、個別の機能訓練とグループ体操やクラブ活動・レクリエーション活動に参加するように働きかけています。</p> <p>■利用者の心身の状況に合わせ、医師・機能訓練士・理学療法士等と連携をとっています。</p> <p>■介護予防計画に対する評価・見直しをすることが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■利用者の体調の変化に、医療機関や医師・看護職員等と連携して迅速に対応する体制があります。医師の不在時は看護職員とオンコール体制をとっています。 ■利用者の体調の変化に伴う情報は、適宜、申し送りをすると共に、ビジネスチャットを活用しています。 ■薬に関して、飲み忘れと誤薬があり継続的に取り組みをしています。今後更に飲み忘れと誤薬を無くすための検討と対策実施が望まれます。 	
A-7-②	感染症や食中毒の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染予防についての研修を行い、各フロアには、嘔吐等に対応する為の必要品をひとまとめにして、デモンストレーションを行い手順を確認しています。ノロウイルス・インフルエンザの発症シーズンになると、危機管理フェーズに沿って注意喚起をしています。 ■職員のインフルエンザ予防接種費用は、施設が負担しています。 ■食中毒について、委託業者衛生管理基準及び大阪版食の安全安心認証制度認証を受けています。食中毒は、発生していません。 ■昨シーズンインフルエンザ発症がありましたが、今シーズンは発症していません。今後も継続して発生予防に取り組みことが望まれます。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設設備は、専門業者が点検を実施しています。 ■使い慣れた家具や装飾品、家族写真、テレビ・ラジオ等を居室に持ち込んで快適な暮らしへの配慮をしています。応接ソファとテーブルのある談話室があり活用しています。 ■備品の定期点検を行う為の取り組みが望まれます。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■定期的及び変化のあった時に、利用者の状況を家族に伝える体制があり実施しています。サービス担当者会議の前には、利用者の家族の要望を把握しケアプランに反映しています。同意書に意見記入欄を設け記入するように案内をしています。また、面会や行事の時に家族の様々な要望を把握するように対応しています。 ■家族からの相談はケース記録に記載し、苦情・意見は苦情委員会等で協議・対応し、施設内ネットワークで情報の周知をしています。 ■家族との相談は、必要時行っていますが、定期的に行う必要性の検討が望まれます。 	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	大阪市立弘済院第1特別養護老人ホームの入居者
調査対象者数	263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）

大阪市立弘済院第1特別養護老人ホームを、現在利用されている入居者263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、137名の方から回答がありました。（回答率52%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは安心して生活できる場所になっている」
について、80%以上の方が「はい」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」
●「健康管理や医療面、安全面について安心である」
について、75%以上の方が「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」
●「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせる」
について、70%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	大阪市立弘済院第1特別養護老人ホームの入居者の代理人
調査対象者数	255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）

大阪市立弘済院第1特別養護老人ホームを、現在利用されている入居者の代理人255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、172名の方から回答がありました。（回答率67％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「職員は、本人に対して常にやさしく、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、85%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「ホームは本人にとって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できる」
●「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせている」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員に声を掛けやすい」
●「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、75%以上の方が「はい」・「満足」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	大阪市立弘済院第1特別養護老人ホーム 過去1年間に利用終了した入居者の代理人
調査対象者数	73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）

大阪市立弘済院第1特別養護老人ホームを、過去1年間に利用終了した入居者の代理人73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、37名の方から回答がありました。（回答率51％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームの総合的な満足度」
について、85%以上の方が「はい」・「満足」と回答、
- (2) ●「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっていた」
●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしていた」
●「職員は、本人に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た」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員に声を掛けやすかった」
●「職員は、本人の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た」
について、75%以上の方が「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