

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 みのわの里	
運営法人名称	社会福祉法人 川福会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	池田 清（理事長） 吉田 悟（施設長）	
定員（利用人数）	130 名 ★ショートステイ20名含む	
事業所所在地	〒 578-0915 大阪府東大阪市古箕輪1-3-28	
電話番号	072 - 964 - 0308	
F A X 番号	072 - 964 - 3060	
ホームページアドレス	http://kawafukukai.or.jp	
電子メールアドレス	minoawnosato1@kawafukukai.jp	
事業開始年月日	平成6年3月1日	
職員・従業員数※	正規 51 名	非正規 23 名
専門職員※	介護福祉士33名、介護支援専門員6名、 医師5名、看護師12名、管理栄養士2名、 介護職員初任者研修修了3名、 介護福祉士実務者研修修了2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室26室、四人部屋26室	
	[設備等] 食堂5、浴室1、調理室1、更衣室1、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	0 回
前回の受審時期	平成 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

- ・わたしたち川福会は、あらゆるネットワーク社会資源を活かし、皆様に喜びと満足を提供できる法人を目指します。
- ・わたしたち川福会は、地域の身近な拠点として、地域社会に貢献できる法人を目指します。
- ・わたしたち川福会は、職員一人ひとりが真心のこもったサービスに努め、日本の法人を目指します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①大規模修繕が終了し、プライバシーに配慮した4人部屋となっています。一般浴室には庭園設置し、リフトも設置。安全の元楽しんで入浴していただけるよう配慮しています。雰囲気はフローリングも変更し温かみがあり落ち着いて過ごしていただけるよう配慮しています。ご面会は2階のホールを自由に過ごしていただけるよう開放しています。思い思いの時間を過ごしていただけるように努めています。
- ②特養行事では、ご家族様入居者様共に楽しんでいただけるよう毎年工夫を行い、参加していただきやすいように、日曜日に開催しています。屋台でのお食事も毎年嗜好をこらしています。特にたこ焼きは、皆様おいしいと好評です。外出行事では、今までに行ったことがない、楽しめる場所をコンセプトに企画提案しています。
- ③ボランティアグループ『みのわ』による、折紙クラブ・習字クラブを継続的に開催し、入居者の方とボランティアグループとの繋がりを大切にしています。毎月定例会を開催しボランティアグループとの意見交換を行い安心して協力いただけるように努めています。親睦会も兼ねて毎年新年会を行っています。
- ④開設24年を迎え、地域に根ざした施設となれるよう『福祉祭』を開催しています。例年500名近い来場者があります。地域におけるセーフティーネットの拠点として、存在できるよう地域貢献事業の推進と課題の抽出を行っています。課題の抽出としては、すまいるカフェやふれあいサロンを開催し地域の方に施設を知ってもらうと共に、皆様が抱えている問題などを聴衆する機会を設けています。地域の方で介護保険の対象外の方でも、何かお手伝いができるように、法人での『ボランティア同好会』を立ち上げ、今後さらなる地域貢献活動を推進していく予定です。制度の狭間の生活困窮など生活課題を抱える人々に対し、コミュニティーソーシャルワーカーが総合生活相談を実施すると共に、経済的援助による支援も実施しています。急遽車椅子やポータブルトイレが必要になった方に無料貸し出しや、自治会やボランティアサークルに会議室や2階ホールを無料で開放しています。毎月近隣の公園や道路の清掃活動を実地し、きれいな街になるよう活動を継続しています。
- ⑤みのわの里では離職率も低く、産休・育休の制度も利用し復帰をする職員が多いです。いくら経営がうまくいっていても、そこに利益のみをあげるような体制しかなければ皆復帰はしないと思います。一人ひとりを認め感謝する雰囲気や風土があることが誇りです。感謝の気持ちが伝わるように『サンクスカード』を作成し、『ありがとう』の輪が広がり働きやすい環境になるよう、みんなの笑顔に繋がるよう想いを込めて日々努めています。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成30年3月19日～平成30年12月14日
評価決定年月日	平成30年12月14日
評価調査者（役割）	1601A052（運営管理委員） 1701A028（専門職委員） 0401A172（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みのわの里は開設24年になります。大阪府道21号八尾枚方線のすぐ近くに立地し、斜め向かいには大型のショッピングセンターがあります。平成28年度に施設建物、設備等の改修工事を行いました。定員は110名です。ショートステイ（定員20名）、通所介護、認知症対応型通所介護、身体障がい者デイサービス、訪問介護、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、訪問入浴を併設しています。また、「すまいるカフェ」や「ふれあいサロン」を開設し、地域の方に施設を知ってもらうと同時に地域の福祉ニーズを聴く機会も設けています。

施設は所属する社会福祉法人川福会の一員として、平成24年5月に策定された法人の理念である「◎わたしたち川福会は、あらゆるネットワーク・社会資源を活かし、皆様に喜びと満足を提供できる法人をめざします。◎わたしたち川福会は、地域の身近な拠点として、地域社会に貢献できる法人をめざします。◎わたしたち川福会は、職員一人ひとりが真心のこもったサービスに努め、日本一の法人をめざします。」にもとづいて高齢者福祉の充実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見込みとなる状態、(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

■地域社会との交流と地域への還元

ふれあいサロンや認知症カフェなど地域の人々が自由に活用できる場の提供をしており、地域包括支援センターの介護予防教室を開催するなど施設が有する機能を地域へ還元しています。

■利用者家族との連携

利用者家族との連携を適切に行っています。行事等は日曜日に設定し、家族が参加しやすいようにしています。行事等に多くの家族が参加する機会を活かして、家族間の交流、家族と職員の交流を図っています。家族からの要望や提案についてはできるだけ早く検討し実現するよう取り組んでいます。

■利用者満足度アンケートの実施

福祉サービスの質の向上のために年に1回利用者満足度アンケートを実施しています。その結果を集計して分析し、今後のサービスの質の向上に生かしている点は高く評価できます。

◆改善を求められる点

■自立支援について

自立を支援するという基本方針を策定し、日常支援のあらゆる場面で利用者の心情を理解し、意欲を引き出す工夫と意向に沿った支援が求められます。

■研修システムの改善等、当該施設の体制整備

当該施設の体制整備については、事業のすべての分野においてPDCAサイクルを活かした取り組みが望まれます。各種研修については、参加者が少ない状況があり、非常勤職員を含めて参加率向上のための取り組みが求められます。また、参加できない職員への内容の伝達・周知の方法を検討することが求められます。各種事業についてはマニュアルを完備すること、既存のマニュアルについては定期的に見直し整備することが求められます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

評価機関の評価を受けることにより、施設の強みと弱みを確認することができました。評価を受けた内容については、法人内の各施設に報告し、施設内での確認を行い、早急に取り組みができる点は着手しております。その他、取り組み事項についても、平成31年度の事業計画に組み入れることで、サービス向上に取り組んで参ります。

更に当法人の理念を職員に周知徹底し、継続的なサービスの向上に取り組んで参ります。

法人理念

- 一、私たち川福会は、すべての人々の人権が尊重され、皆様が安心を感じられ、生きがいを持てる社会をめざします。
- 一、私たち川福会は、地域の身近な社会資源として活動し、地域社会に貢献することをお約束します。
- 一、私たち川福会は、制度の一步先を行く法人として、新たな価値を創造し、社会福祉の向上に資することを誇りとします。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

第三者評価結果

評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	a
(コメント)	<p>■理念や基本方針が明文化され、玄関や各階の掲示板に掲示され、パンフレット、ホームページ、事業計画に掲載しています。</p> <p>■法人の方針説明会で管理職へ周知しています。また、職員の新規採用時、中途採用時に施設長から説明と解釈を研修しています。その理念を基にみのわの里としてどのように実践していくかグループワークをしています。</p> <p>■職員は、朝礼で理念を唱和しており、日常の利用者と向き合う姿勢に反映させています。</p> <p>■利用者や家族への周知については、家族会が今はないため、理念や基本方針の説明の機会は設けていませんが、年度初めの広報誌（みのわの里だより）に重点的に取り組む内容などを記載して周知しています。</p> <p>■現在、法人内において理念がより分かりやすい表現で示せるよう検討がなされています。また、パンフレットとホームページについても改訂作業が進められており、平成30年度内にはできあがる予定です。今後の取り組みの成果が期待されます。</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>■東大阪市第7次高齢者福祉計画、第6期介護保険事業計画、福祉医療機構リサーチレポート等を参考に、法人の運営会議で、福祉事業全体の動向について把握、分析しています。</p> <p>■法人の運営会議、管理職会議で定期的に福祉サービスのコスト分析や利用率などを報告し、分析を行っています。</p>	
Ⅰ-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<p>■施設運営会議、管理職会議で、「平成29年度みのわの里事業活動資金収支予算対比表」等を参考に検討と取り組みをしています。</p> <p>■収支検討会では、実績報告書を基に、平成30年1月に「サービス活動増減差額見込み試算」を作成しています</p> <p>■特養主任会議や法人の専門職会議で、経営状況や改善すべき課題について職員へ周知しています。全職員への周知方法については各事業の会議等での説明に加えて、平成30年11月より施設内メールも活用する予定です。</p>	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
(コメント)	<p>■「新3か年計画（平成27年度～平成29年度）事業計画総括表」が立てられており、実施状況を評価して、必要に応じて法人の運営会議で見直しをしています。</p> <p>■中期計画で稼働率及び経費等の目標が立案され、平成28年度～平成32年度の法人全体の資金収支計画表を作成しています。法人運営会議で毎月の試算表を分析し、更に施設長による収支検討会で稼働率を含めて収支の分析と課題解決に取り組んでいます。</p> <p>■実施状況の評価を行えるように、「事業計画進捗管理表」に数値目標と具体的な成果等を設定して、運営会議で進捗状況の確認と評価を行い、情報共有しています。</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>■前年度の実績や法改正に伴う動向を確認し、1月～2月に次年度計画を検討して3月に策定し、理事会で決定しています。</p> <p>■法人の基本方針の基、各事業ごとに計画を立て、施設課長から施設長、法人本部長が加筆修正を行い、理事会において決定しています。</p> <p>■運営会議、管理者会議で毎月の動向を確認し、11月に中間報告をしています。</p> <p>■単年度の事業計画は、実施状況の評価が行えるよう「事業計画進捗状況管理表」で数値目標と具体的な成果等を設定し、毎月の運営会議で進捗状況の確認と評価をしています。</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、法人本部の事業に基づいて各事業所で作成しており、みのわの里では相談員と課長職により作成され、施設長が確認しています。平成30年度の目標は「入居者の処遇向上」と「個別支援」を掲げて、あらゆる社会資源を活用する取り組みを行っています。次年度の作成時には、より介護スタッフの考えが反映できるよう取り組みを行う予定です。</p> <p>■事業計画を職員が理解するために、策定の方法や見直しの時期等の手順を「事業計画書・報告書（案）予算決算（案）作成スケジュール」として文書化しており、それに基づいて評価しています。</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>■ホームページへの掲載や1階ロビーに事業計画を設置しており、いつでも閲覧できるようにしています。</p> <p>■行事や施設の改修工事等を計画していることについては、利用者の家族への便りで知らせています。</p> <p>■現在、利用者会や家族会はありませんが、平成30年度の取り組みとして挙げている「看取り介護」と「地域貢献」についてわかりやすくまとめた資料を、年度初めにみのわの里だよりと一緒に家族へ送付しています。11月にも取り組み状況などを知らせる文書を送付する予定です。引き続き、利用者や家族等の安心と信頼を得るための取り組みを継続することが期待されます。</p>	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人内の介護員連絡会にて、サービスの見える化を図るとともに意識向上を目指しています。 ■大阪老人福祉施設研究大会において「介護職員の介護技術、利用者処遇の見える化」として発表しており、食事、排せつ、入浴の介護技術の4段階チェックに取り組み、介護サービスの向上に努めています。 ■自主点検表を活用して、意識向上を図っています。 ■福祉医療機構の経営サポートセンターによる経営サポート事業を活用し、経営状態の把握に努めています。 ■苦情解決委員会報告書、事故予防対策委員会における苦情解決への取り組み、法人のサービス向上委員会における職員アンケートなどで、さらに良いサービスの提供につながる努力をしています。 ■法人の運営会議だけでなく、施設の運営会議や主任会議でも評価結果を分析、検討しています。 	
I-4-(1)-②	評価結果にもとづき組織として取組むべき課題を明確にし、計画的な改善策を実施している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設長が毎月の分析結果や課題について文書化しており、運営会議や特養の主任会議で共有しています。 ■主任会議での検討結果や課題については、各フロアでの職員会議で報告し、改善策など検討しています。 ■みのわの里運営会議で施設の事業計画の進捗状況を共有して、課長、次長、施設長のコメント、改善策を提示しており、職員会議等で協議しています。 ■みのわの里業務改善大項目一覧表で改善すべき課題の進捗管理を行い、改善に向けた取り組みが実施されています。職員の人員配置の見直しについては都度行っています。 ■職員間での課題の共有化をさらに図るため、平成30年11月より施設内メールの活用を予定しており、現在、本格実施に向けた試験運用が行われています。今後の取り組みが期待されます。 	

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

		評価結果
Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ		
Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。		
Ⅱ-1-(1)-①	管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設長は、平成28年6月に就任しており、就任当初に会議等で自らの役割と責任を表明し、また平成30年度初めの”みのわの里だより”に、施設長の挨拶と社会福祉法人としての役割を明文化しています。 ■施設長不在時の権限移譲先については、緊急時事業継続計画（BCP）に課長職と記載しています。 	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人で法令遵守規程を策定し、平成29年1月に管理者会議で伝達しています。職員へは、運営会議と特養主任会議等で周知しています。 ■施設長は、経営協会や福祉医療機構の研修に参加して、理事会と運営会議で説明しています。 ■他事業所の虐待案件を例に挙げ、みのわの里でも虐待の防止について啓発しています。 ■倫理規程については平成30年4月に策定しました。また、パワハラなどの懲戒規定もあり、受けた側のケアについても虐待防止指針の中で初期対応等を具体的に記載しています。 ■半年ごとにスローガンを立て、みのわの里全体で取り組んでいます。 	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■施設長は、エレベーターや適時適温等ポイントを決めて施設内を視察しており、現場の巡回は課長や介護長に委譲しています。 ■施設長は運営会議に毎月、特養主任会議には3か月に1回参加しており、福祉サービスの向上の取り組みに指導力を発揮しています。平成30年度は経費削減や理美容の改善、看取りの介護について推進しています。 ■法人内の人財育成委員会及び職場研修担当者会議等による研修体系の構築を図り、職員の研修の充実に努めています。また、職員の「提案力の向上」を掲げ、取り組んでいます。 ■福祉サービスの向上に向け、職員の意見の反映のために、行事实施計画書や企画提案書などにより、職員からの提案を求めています。看取りの推進など教育研修の充実に向けて更に積極的な提案を勧めているところです。 	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人本部で法人専門委員会（人事制度検討委員会、人材育成委員会、サービス向上委員会、福利厚生委員会、社会貢献検討委員会、安全衛生委員会）があり、課題について検討しています。それらを踏まえて運営委員会で分析した課題に取り組んでいます。 ■就業規則や給与規定については、随時見直しをしており、職員の代表者や労務担当者から意見を聴取しています。 ■施設長は、経営の改善や業務の実効性を高めるために運営会議や主任会議において主旨や目的を丁寧に説明して、組織内に自らと同様の意識を形成するように努力しています。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■法人内人材育成委員会による採用方針のもとに人材確保の計画があります。また定着支援にも力を入れており、採用方針については4月の運営会議で検討しています。 ■就職フェアへの出展や学校訪問をしています。 ■採用計画進捗管理表に基づいて採用しています。 	
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"> ■法人の人材育成委員会におけるキャリアパス制度の構築をしています。今後はこれに基づいて研修計画や連動した目標管理など制度を実効性のあるものにしていくことが望まれます。 ■介護長、生活相談員が自己分析シートを基にOJTにおける個別面談を行う体制を整えています。現状では、介護長による介護職員の随時の相談や面接をしていますが、計画的に、手順を基に全員の職員に対して定期的に面接を行い、職員自らが将来の姿を描いていけるように支援することが望まれます。 	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■安全衛生委員会では、メンタルヘルスケアの取り組みとして、ストレスに関して相談室の準備や休養室の工夫などに取り組んでいます。 ■福利厚生委員会による余暇活動の推進として、同好会の承認等働きやすい職場作りに取り組んでいます。 ■就業規則の見直し、短時間有給休暇制度、産休育休制度、フレキシブル制度等見直しており、離職率の軽減等働きやすい職場としての環境を整えています。 ■人件費率やサービス体制加算などの状況を確認しながら、職員の配置や非常勤職員の採用を行っています。平成30年度は夜勤専従職員の採用も実施しています。 	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-①	職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■運営会議において目標管理制度の説明をしています。 ■職場研修実施要綱に基づいた目標管理の目的の説明や、キャリアパスによる職務職責に応じた目標管理の取り組みをスタートさせ、現在は主任、副主任まで実施しています。 ■「人間力の向上：社会に通用する人間、その人あってこそ」という考えのもとに人材育成をしています。 ■法人職場研修担当者会議で目標管理制度の導入について検討中です。一般職員全員への実施は2～3年後になる予定です。 ■目標管理については、法人の方針のもと全事業を対象に個別面談を実施している途中です。特別養護老人ホームみのわの里の一般職員への実施は先になるようですが、職員一人ひとりの個別面接を計画的に行うことが必要です。現在、介護長により問題が生じた時や元気のない職員等に面談をしていますが、全職員について面談の時期を決めて計画的に行い、仕事に対する課題や個人の受けたい研修など把握することで、人材の定着に繋がるので、早急に検討してはいかがでしょうか。 	

II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■職場研修実施要綱に基づき、研修計画を策定しています。 ■キャリアパスに、職務・職責に求められる職員像を明記しています。 ■法人の職場研修推進委員会で職場研修実施要綱を作成するとともに、教育理念、教育方針を策定し、研修体系の構築を行っており、実施した記録での評価と見直しをしています。 ■法人内で新卒採用研修、中途職員研修会を行っています。OJT、OFF-JT、SDSの研修を行い、介護職員自己分析シートで振り返りをしています。 	
II-2-(3)-③	職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■新任職員の教育は、職員の経験や習熟度に配慮し、半年から1年間は担当者をつけて、ノートでのやり取りを含むOJTを行っています。 ■研修参加ファイルや研修申し込みファイルを回覧して、参加したいものがあれば自由に参加できるよう随時受付しています。また本人の希望だけでなく、施設側の求める職員像の方針をもとにした研修参加の推奨をしています。 ■資格の取得状況は職員台帳で把握しています。職員の知識や専門資格が更に活かせるよう、昇格要件と合わせた試験制度の導入についても現在検討しているところです。 ■法人内の各職種による連絡調整会議において、相談員がコンプライアンスや事故防止などの研修に参加しています。今後は伝達研修や全職員への周知について工夫が望まれます。 	
II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・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)	<ul style="list-style-type: none"> ■学生には実習のしおりに用いて、実習の目的や意義を明確化しています。 ■学校との懇談会への参加や、実習に来ている学校へ講師を派遣しています。 ■実習に来る学校を卒業した職員が実習の窓口となり、実習指導者研修を受けています。 ■今後は、実習を受け入れる施設側の指導者用のマニュアルを作成し、指導する担当者に研修を行うことが望まれます。 	

		評価結果
II-3 運営の透明性の確保		
II-3-(1) 運営の透明性を確保するための取組が行われている。		
II-3-(1)-①	運営の透明性を確保するための情報公開が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ホームページには事業計画・事業報告を公表しています。また、玄関ホールで事業計画を閲覧できるようにしています。 ■苦情や相談体制は掲示物があります。苦情や改善の対応についてはホームページで公表しています。 ■みのわの里だよりを玄関先や近くの薬局に置き、来た人が手に取れるようにしています。現在、より積極的にみのわの里の情報を地域へ発信するための手段や内容を検討しています。今後の取り組みの成果が期待されます。 	
II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■月1回の事務・経理担当者会議を開催しており、必要に応じて外部の専門家に助言を得ています。 ■公認会計士である監事による監査、定期指導に基づいて経営改善を実施しています。 ■法人内の施設間で内部監査を実施し、職員相互のチェックや監査結果を経営改善や人材育成につなげるような取り組みが望まれます。 ■会計監査人による会計監査導入に向けて、現在までに会計監査人候補者が選任され、平成30年10月より予備調査が開始されます。 	

II-4 地域との交流、地域貢献

II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

II-4-(1)-①	利用者と地域との交流を広げるための取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■玄関受付に施設行事のご案内やパンフレットを設置しています。 ■定期受診や買い物など送迎支援をしています。 ■近隣の小学校2校との行事の取り組みや、近隣の保育園と敬老祝賀会での取り組みを行っています。 ■月1回の折り紙や習字など6名のボランティアの協力があります。 ■利用者のニーズに応じて、地域の社会資源を活用して買い物や商業施設などを利用することで社会とのつながりを持てるようにしています。 	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ボランティア規約にボランティアの受け入れに関する基本姿勢を明文化し、マニュアルを整備しています。 ■ボランティア定例会の開催と参加を促し、食事の用意や専用のロッカーを準備しています。 ■ボランティア養成講座からの見学受け入れをしています。 ■今後は、利用者との交流を図る視点で必要な研修等の実施が望まれます。 	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■高齢者施設会、中河内ブロック会議、地域ケア会議、多職種会議など地域の会議に参画しています。 ■各協力医療機関の地域連携室と連絡を取り合い、情報の共有やスムーズな入退院の調整を行っています。 ■地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、自治会等が参画する地域別会議を通して、地域ニーズの把握と生活困窮者レスキュー事業への取り組みを行っています。 	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■2階ホールを利用して、地域包括支援センターの介護予防教室や認知症カフェを開催するなど、必要時に会議室を開放しています。 ■近隣住民を対象とした集い「ふれあいサロン」を開催しています。 ■地域の方を対象とした「福祉祭」を開催して地域住民との交流を図っています。 ■地域の必要な方に、車いすの無料レンタル、ポータブルトイレのレンタルなどを行ったり、自治会のイベントに参加しています。 ■平成30年6月～7月にあった地震や大雨による災害をきっかけに、地域の防災についても今後取り組む予定にしています。地域との連携を図り、火災等の非常災害時に消火・避難等に協力してもらえるような体制作りが望まれます。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■ふれあいサロンやスマイルカフェ等を開催することで地域住民の課題など知ることができ、アンケートにより地域のニーズを把握しています。 ■地域包括支援センターとの連携により、緊急時の短期入所や施設入所などの受け入れが円滑にできる仕組みができています。 ■運営会議に各事業責任者が出席して各関連機関からの意見などを共有しています。 ■大阪府社協の社会貢献事業に参画して就労訓練事業所として生活困窮者を支援しています。 ■民生委員・児童委員等とは定期的に会議を開催し、地域の情報や福祉ニーズの把握に努めています。また、平成30年6月に起きた地震をきっかけに、会議の中で災害緊急時には施設を避難場所として開放することを伝えるとともに地域住民への周知の協力もお願いしています。 ■法人として、買い物が困難な地域住民に対して福祉車両での送迎を行っています。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■理念は毎日の朝礼とミーティング時において唱和をしています。 ■倫理綱領については、社会福祉法人川福会職員倫理綱領として平成30年5月1日より運用開始していますが、職員が理解し実践するための取り組みとしての勉強会は行われていないため、勉強会の開催が望まれます。 ■利用者の尊重や基本的人権への配慮について、職員へはアンケートを実施して定期的に状況の把握・評価等を行い必要な対応を図っていますが、身体拘束以外の方法がないのかを深く議論・検討するなど利用者の尊重や基本的人権への配慮についての取り組みの見直しが望まれます。 ■利用者の尊重や基本的人権への配慮についての勉強会が実施されていますが、参加人数が少ない状況で参加率の向上が望まれます。また、勉強会は非常勤職員・パート職員を含む全職員を対象とすることが望まれます。尚、勉強会・研修に参加できなかった職員へ、勉強会・研修内容の伝達と伝達ができているかの確認をすることが望まれます。 	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■プライバシー保護についての規定・マニュアル等は整備されていません。規程・マニュアルの策定が望まれます。 ■プライバシー保護や権利擁護に関して研修は実施していますが、参加者が少ない状況です。非常勤職員・パート職員を含む全職員への研修の実施が望まれます。 ■大規模改修が行われ、4人部屋は家具で間仕切りされ、カーテンを併用することで利用者のプライバシーに配慮した造りとなっています。 ■各利用者から肖像権使用許諾書ももらっています。 ■利用者・家族へのプライバシー保護と権利擁護に関する取り組みの周知や、規定・マニュアルに基づいた福祉サービス提供について確認できませんでした。利用者・家族等への周知の取り組みとマニュアル等に基づく福祉サービスの実施状況が確認できる仕組みが望まれます。 ■不適切な事案が発生した場合は公益通報者保護制度等にて対応をしています。 ■平成30年5月1日に制定された社会福祉法人川福会職員倫理綱領第4条としてプライバシー保護の項目を入れています。プライバシー保護マニュアルも作成することが望まれます。 	

Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■資料は公共施設等には置いていませんが、近くのドラッグストアに置いてあり、入所につながっているケースもあります。 ■見学、体験入所（有料）、一日利用（有料）等の希望に対応しています。 ■ホームページやブログを活用して、情報が誰でも見れるようにしています。 	
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■介護保険法改正に伴う料金改定について、みのわの里だよりでお知らせするとともに、利用者・家族等にわかりやすい資料を作成して説明し、書面にて同意を得ています。 ■法改正に伴う料金改定については、適切な時期に家族等へ周知するためにもホームページも活用されてはいかがでしょうか。 ■意思決定が困難な利用者への配慮について、みのわの里だよりや重要事項説明書にて利用者へ状況を説明していますが、ルール化まではしていません。身寄りがない方については法人で対応し、行政含め関係機関と連携しています。介護保険制度の見直し時などにルール化を図ることが望まれます。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービスの継続性の配慮について介護支援専門員が介護サマリー等の文書にて情報提供を行っていますが、手順書はありません。現在対応している内容を文書化し、手順書を作成してはいかがでしょうか。 ■福祉サービス終了後の相談方法や担当者については、重要事項説明書に相談窓口が記載されています。 	
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"> ■年に1回、アンケートを実施して利用者満足に関する調査を行っています。 ■アンケートの集計結果は、家族や来訪者が見やすい施設のエレベーター内に掲示しています。 ■分析・検討の結果にもとづいた具体的な改善内容は、みのわの里だよりに掲載して家族へ郵送しています。 ■利用者には居室担当者が満足度等について直接聞き取っています。また、カンファレンス前にも利用者や家族の意向を確認しています。聞き取った利用者の希望について、「夢を叶えましょうプロジェクト」においてボランティアサークルを利用して実現できた事例を聞き取りました。今後、より利用者や家族の満足度を高めるためにも、満足度の把握という意識を持って利用者懇談会や家族会の開催を検討してはいかがでしょうか。 ■法人のサービス向上委員会で把握した満足度の結果を分析・検討していますが、検討の場に利用者の参画が望まれます。 ■利用者会や家族会はありません。利用者や家族を交えた懇談会の実施が望まれます。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 苦情解決責任者・苦情受付責任者及び担当者・第三者委員（3名）を設置し、重要事項説明書に記載して利用者・家族等に説明をしています。 ■ 苦情は苦情報告カードに記入しています。 ■ 利用者や家族等が苦情を言いやすくするために、職員の名前と写真を各フロアに掲載しています。 ■ ホームページ上で苦情内容及び苦情解決結果等が公表されています。 ■ 苦情の受付から解決までの経過記録、利用者や家族等へ経過や結果の説明を行った記録が確認できませんでした。苦情解決の仕組みを機能させるためにも、一連の流れがわかるよう記録の整備が望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 1階玄関の左側に椅子を置き、間仕切りで区切って相談のスペースを設けています。 ■ 各フロアに職員の写真と名前を掲示しています。また、重要事項説明書に利用者が相談したり意見を述べたりする際に、複数の方法や相手を自由に選べることをわかりやすく説明した文章を記載しています。 	
Ⅲ-1-(4)-③ 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者からの相談内容は気付きチェックに記録し、職員伝言帳を活用して職員間で情報共有するとともに、必要に応じて対応策を話し合っています。マニュアル類はありません。今後、相談や意見を受けた際の記録の方法や報告の手順、対応策の検討等について定めたマニュアル等の整備が望まれます。 ■ 利用者・家族等が意見を書きやすくするために、意見箱を2階の広いスペースの一角の落ち着いた場所に設置しています。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 事故発生時の対応は、マニュアルを作成し職員へ周知していますが、理解度の確認については施設として課題に感じています。事故発生時の対応と安全確保について責任、手順（マニュアル）等を明確にしてフローチャートをよりわかりやすくし、非常勤職員・パート職員を含む全職員へ周知徹底することが望まれます。 ■ 月に1回特養事故予防対策委員会を開催してリスクマネジメントに関する検討を行っています。再発防止に向け、毎月だけではなく、年間データの検証も開始しました。 ■ 新人職員には年に2回リスクマネジメント研修を行っていますが、職員全体へは研修が行われていません。今後は非常勤職員・パートを含む全職員への年2回以上の研修が望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 感染症予防対策委員会を設置して、医療と連携して感染症の予防と発生時の対応をしています。 ■ 感染症予防と発生時の対応について、「感染症・食中毒の予防・まん延防止のための指針」に基づき新人と非常勤職員・パート職員を含む全職員への研修の実施が望まれます。 ■ 吐しゃ物等の処理セットはフロアに2セットを準備しています。 ■ 感染症委員会にてレジオネラ菌について周知徹底を行い現場へも書面を回覧し、各職員から閲覧の確認印をもらっています。 	

	Ⅲ-1-(5)-③ 災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	<p>■平成30年1月1日付にて緊急時事業継続計画が作成されていますが、災害時に対応できるマニュアルについては、更に詳細（少なくとも台風、地震、火事が盛り込まれた）な対応マニュアルが望まれます。また、職員への周知徹底が望まれます。</p> <p>■備蓄食の管理は栄養士が行い、備蓄食リストも作成されています。備蓄食は各フロアへ分散して備蓄しています。利用者の人数分の食料と水3日間分を備蓄していますが、職員分の備蓄も望まれます。</p> <p>■年に1回の総合訓練は消防署立ち会いのもと、消火・避難訓練を行っています。今後は、自治会、警察、福祉関係団体等との連携が望まれます。</p>	
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>■開示事例はありませんが、利用者や家族（代理人）の求めに応じたサービス提供に関する記録等の開示は個人情報保護規程に沿って行います。</p> <p>■入所時に利用者や家族等に記録を開示することを重要事項説明書にて説明していますが、開示についての説明や担当者などを明記した文書を作成し、利用者や家族等に配布するなどの取り組みが望まれます。</p> <p>■最新の個人情報保護法に沿って規定の見直しが望まれます。</p>	
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)	<p>■施設サービスを受ける必要性が高い利用者が優先的に入所できるよう、入所選考委員会を開催し、大阪府入所選考指針に沿った取り組みをしています。</p> <p>■入所選考指針や入所に関する説明資料等はわかりやすく工夫してホームページ等に公表しています。</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>■福祉サービスを提供するためのマニュアル類は整備されています。</p> <p>■マニュアルに沿った福祉サービスの提供について介護現場において個別的に指導していますが、周知徹底する仕組みについては確認ができませんでした。非常勤職員・パート職員を含む全職員がマニュアル通りに福祉サービスを提供しているかを確認する仕組み（介護の見える化の仕組み）の整備が望まれます。</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>■感染症マニュアルは定期的に見直しが行われています。それ以外の福祉サービスの標準的な実施方法について、職員主体で必要な時にマニュアルの検証・見直しを行っています。今後は時期を定めて定期的に行うことが望まれます。</p> <p>■各種マニュアルを見直した結果、変更がない場合でも、見直しを行ったことがわかるよう、見直した日付が記載されています。</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)	<p>■施設サービス実施計画は、施設の介護支援専門員が中心となり、部門を横断した様々な職種の職員がサービス担当者会議に出席して策定しています。</p> <p>■施設サービス実施計画の策定にあたり、手順が定められていることが確認できませんでした。また、利用者一人ひとりの具体的なニーズの明示について課題に感じているとヒアリング時に聞き取りました。情報収集から情報分析、計画立案について手順を定め、実施することが望まれます。現在行っている内容を文書化してはいかがでしょうか。</p> <p>■支援困難ケース（身体拘束の事例）については、身体拘束を行わずに利用者が快適にすごせるように非常勤職員・パート職員を含む職員全員での議論・検討が望まれます。</p>	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	<p>■現在、施設サービス実施計画は施設の介護支援専門員が中心となって、関係職員と協議し3か月ごとに見直しを行っています。</p> <p>■施設サービス実施計画の見直しについて、見直しを行う時期、検討会議の参加職員、利用者の意向把握と同意を得るための手順を文書化していますが、運用や周知はまだ行っていません。今後の取り組みが望まれます。</p> <p>■見直しによって変更した施設サービス実施計画の内容を、関係職員に周知する手順を定めることが望まれます。</p>	
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)	<p>■利用者の入所後、2～3週間後にサービス担当者会議を開催し、施設サービス計画書を作成しています。必要な場合には、医師に相談し助言を得ています。</p> <p>■認知症高齢者の行動・心理症状（BPSD）に対するサービス提供方針作成については、精神科医師を毎週月曜日に配置して、専門的な助言と指導を受けています。必要な場合には精神科医師が診察を行い、利用者の訴えを聞き、利用者の状況に沿った治療や対応方針を職員に提示するなど、より効果的な取り組みを開始しています。</p> <p>■利用者の意思及び人格を尊重した対応に努めていますが、身体拘束を行っている状況も数件みられます。また、自立を支援するという基本方針は作成していない状況です。自立を支援するという基本方針を作成し、日常生活のあらゆる場面で身体拘束は行わず、利用者の自立支援に取り組むことが望まれます。</p> <p>■利用者一人ひとりの自立支援メニューの作成については、法人の理学療法士等の専門的なアドバイスが得られるよう取り組んではいかがでしょうか。</p>	
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<p>■平成29年4月より施設介護記録システムを導入して、福祉サービス実施状況の記録を適切に行い、職員間で共有するように努めています。</p> <p>■月2回開催の職員会議にて情報共有をしていますが、情報共有を目的とした部門横断の定期的な会議開催等の取り組みは行っていません。個別のケース検討会議やフロア会議でより詳細な利用者の情報共有が望まれます。</p> <p>■福祉サービス実施状況の記録方法（語句・文言等の統一を含む）について、手順書等はありませんが、各フロア主任が直接指導しています。職員によって記録内容や書き方に差異が生じないようにマニュアル化が望まれます。例えば、初任者向けと外国人労働者向けを作成してはいかがでしょうか。</p>	

<p>Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>b</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■各フロアの主任と施設長が記録管理の責任者に決められています。 ■他事業所の事例をもとに、個人の携帯電話の取り扱いやSNSに対する注意喚起を行っています。また、介護長は、職員に対して個人情報保護について意識しながら日々の業務にあたるよう指導しています。 ■個人情報保護に関する研修を実施していますが、参加者が少ない状況です。非常勤職員・パート職員を含む全職員を対象に行うことが望まれます。 ■非常勤職員・パート職員も含む全職員が個人情報保護規程等を理解し、遵守することが望まれます。 ■個人情報保護については重要事項説明書に記載して利用者や家族に説明をしています。 ■個人情報の取り扱いについては法人のホームページに掲載されています。利用目的の範囲は「その他、ご利用者様に事前にお知らせし、ご同意を頂いた目的の場合」となっています。 ■個人情報の保管場所の鍵については、管理規程等に定めて管理することが望まれます。 	
<p>Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。</p>	
<p>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。</p>	<p>c</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■身体拘束ゼロを目指していますが、現在は身体拘束ゼロではありません。 ■身体拘束防止に関する事項は重要事項説明書に記載し、利用者、家族に対して説明しています。 ■調査時、数名の方が対象になっており、時間短縮や廃止に向けた取り組みが行われていますが、身体拘束をなくすための最大限の取り組みが望まれます。本当にやむを得ないのか、身体拘束以外の方法がないのかを深く議論・検討することが望まれます。 ■「切迫性、非代替性、一時性」の3つの要件を満たしているのかの再検討が望まれます。 ■身体拘束の原因となる認知症は個々の利用者によって異なるため、個々の利用者の認知症について詳しくわかりやすく利用者・家族に説明し、落ち着いて過ごせるよう認知症ケアの取り組みを行うことを説明することが望まれます。 ■施設介護計画委員会が中心となって、マニュアルに沿った研修が実施されています。外部研修にも参加しています。今後は、研修内容を非常勤を含む全職員に周知できる仕組みが望まれます。 	
<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■預り金については保管管理者と出納方法を明記して管理しています。預かり金の管理については「貴重品の管理」と題して重要事項説明書に記載して利用者・家族等に説明しています。 ■金銭の自己管理を希望される利用者に対して、管理に必要な保管場所を確保・提供することが望まれます。 ■成年後見制度は4～5名の利用者が利用しています。 	
<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■機能訓練指導員として看護職員を配置し、介護職員と連携して離床対策を行い、寝たきり防止に取り組んでいます。 ■機能訓練や離床対策は、利用者自身の意欲と結びつくよう努めていますが、希望や意向を表現しにくい利用者の意欲を引き出す取り組みには至っていない状況です。また、身体拘束を行っていることは利用者の意欲を低下させることにつながります。今後は利用者の心情を理解し、意欲を引き出す工夫と身体拘束を行わない支援が望まれます。法人の理学療法士等と連携した取り組みを進めてはいかがでしょうか。 	

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)	<p>■利用者の心身の状況を把握し、睡眠・食事・排せつ、暮らしの意向、これまでの環境や生活習慣等を把握した上で日常生活支援をしています。</p> <p>■利用者の趣味や興味を把握するよう努め、レクリエーションやクラブ活動等のメニューを用意して利用者の希望に沿って提供していますが、参加が困難な利用者も見られます。利用者一人ひとりのアセスメントを行い、行事やクラブ活動等のメニューを再検討して、利用者が楽しめるように取り組むことが望まれます。</p> <p>■職員は利用者一人ひとりの暮らしの意向を理解し、買い物、外出、地域の行事への参加等、意向に沿った取り組みを進めています。取り組みが組織的なものとして定着するよう、今後も引き続き職員会議等で話し合い、課題を共有することが望まれます。</p>	
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)	<p>■利用者が話したいことを話せるように、職員は声かけをして話し合う機会を作っていますが、利用者一人ひとりに対応できているとは言えない状況です。今後は、さらに日常支援等を通じて利用者に言葉かけを行い、利用者の気持ちを引き出すような取り組みが望まれます。</p> <p>■利用者の思いや希望を聴きとったり読みとったりした場合には、できるだけ早くその内容をケアに生かすことが望まれます。</p> <p>■接遇マナーの研修については入職後、新規採用者研修の中で実施していますが、採用後の継続的な研修は実施していない状況です。利用者とのかかわり方、利用者一人ひとりのコミュニケーションの課題等については、入職後も継続的な研修を行うことが望まれます。</p>	

		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>■利用者の心身の状況や意向に合わせて、入浴形態や入浴方法を検討し入浴介助や清拭等の方法を工夫しています。</p> <p>■利用者の意向に沿って、入浴日以外の日でも、入浴ができるよう取り組むことが望まれます。入浴後の水分摂取、スキンケア等については全ての利用者を視野に入れた対応が望まれます。</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>■排せつ誘導や介助にあたっては、利用者の羞恥心等に配慮し、利用者が気兼ねしないように手際よく、必要に応じて声かけをしながら介助をしています。</p> <p>■トイレ内での転倒、転落を防止するための取り組みを進め、冬場のトイレには暖房をするなど環境整備に努めています。</p> <p>■時間を決めておむつ交換をしている利用者について、その表情や行動を見て排泄要求の有無を確認し、利用者の排泄リズムに沿ったおむつ交換やトイレへの誘導を行うなど、自立に向けた支援が望まれます。</p> <p>■利用者の状況に沿って早めに排泄介助を行い、利用者が排泄物を触る等の状況が起こらないように対応し、身体拘束を行わないよう取り組むことが望まれます。</p> <p>■睡眠時の排せつ介助については、利用者一人ひとりの状況を検討し、睡眠を妨げない支援が望まれます。</p> <p>■自然な排せつを促すために、適度な運動、水分摂取量や食事内容等の検討が望まれます。</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>■移動に介助が必要な利用者が移動を希望した場合には、できるだけ早く対応できるようにしています。</p> <p>■利用者の心身の状況、意向を踏まえ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っていますが、使用している車イスが座高と合わない等の状況が見られます。</p> <p>■移動用の車イスのまま、多くの利用者が食事をしている状況が見られます。そのためテーブルの高さが合わずに食事が摂りにくそうな利用者がありました。自立支援の視点からも支援方法を見直し、利用者に適したイスを見極め、車イスから移乗して食事ができるよう取り組むことが望まれます。</p> <p>■福祉用具に不備はないか等の確認については職員が月に1回点検作業を行い、必要な場合には整備しているとのことですが、記録等の確認ができませんでした。福祉用具の整備については専門的な視点から定期的な安全確認を行い、利用者の心身の状況に合わせた見直しを行うことが望まれます。</p> <p>■移乗、移動については、法人の理学療法士等の専門家を交えて支援内容の適正確認等を行い、利用者の心身の状況に合わせた支援が望まれます。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■褥瘡予防対策指針に沿って褥瘡予防マニュアルを作成し、月に数回褥瘡委員会を開催して褥瘡の発生予防に努めています。</p> <p>■皮膚の状態確認を行い清潔の保持に努める等、褥瘡予防に取り組んでいますが、皮膚の乾燥等が原因となるかき傷や皮膚めくれ等が多く発生し課題が残っています。さらに細やかな対応が望まれます。</p> <p>■褥瘡予防についての研修や個別指導について、意識的な取り組みは行っていない状況です。今後は、研修内容の充実と職員への周知徹底が望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用者の希望や好みを聴き、献立に反映させています。</p> <p>■行事食に選択食を取り入れ、利用者が楽しめるようにしています。今後も内容の工夫が期待されます。</p> <p>■料理にあった食器を使ったり、盛り付けの工夫をして美味しく食べられるよう支援しています。利用者がゆっくり、楽しく食事ができるよう、今後も引き続き取り組むことが期待されます。</p> <p>■毎月1回の行事食では旬のものを使用するよう取り組んでいますが、日常では旬の食材を使った副食の提供は少ない状況です。生鮮野菜等の増量が望まれます。</p> <p>■利用者が食事をおいしく食べられるよう、給食委員会で課題を明確にしなが、今後も引き続き取り組むことが望まれます。</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>■利用者の嚥下能力に合わせた食事を提供しています。職員は利用者が自分でできることは自分で行えるように支援し、できる限り利用者のペースで食べられるように工夫しています。</p> <p>■食事時の事故防止として、嚥下機能が低下している利用者への対応等について、写真入りで「食事時の望ましい姿勢」等のファイルを作成し、職員間で課題を共有し支援しています。今後はマニュアルとしての完成が望まれます。</p> <p>■利用者一人ひとりの栄養ケア計画書を作成し、それに基づく栄養ケアマネジメントを実施しています。栄養状態を確認するための指標として、医療スタッフと連携し血中アルブミン値の確認を行いながらリスク改善に努めています。</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
(コメント)	<p>■食後や就寝前には利用者一人ひとりの状況に沿った口腔ケアを行っています。</p> <p>■口腔内機能の保持と回復を図るために、食前にパタカラ体操を行っています。</p> <p>■口腔にトラブルがある場合や利用者が希望する場合には、定期的に歯科の往診を依頼して口腔ケアを行っています。利用者一人ひとりの状況に沿った支援については平成30年4月から開始しています。</p> <p>■一人ひとりに応じた口腔ケア計画の策定、実施、評価、見直しについては現在準備中で、平成30年11月から実施予定です。今後、取り組みの成果が期待されます。</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>■看取りマニュアルを作成し、平成30年6月から終末期支援を開始しています。医師との24時間連絡体制を確立し、すでに数名の看取りを行った経験があります。</p> <p>■利用者の終末期支援を行うための研修については、全職員が参加できるよう取り組むことが望めます。</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>■職員は利用者支援のあらゆる場面で、支持的、受容的な関わりが大切であることを認識した対応をしています。</p> <p>■職員が認知症の医療・ケア等について知識や情報を得られるよう努めていますが、最新情報は少なく、習得は一部に限られています。職員が最新の情報をより早く習得し利用者支援に活かせるように、全職員の参加を目標にした取り組みが望めます。</p> <p>■精神科医師、医療スタッフ等と連携して、認知症の周辺症状について対応等を検討し支援に活かしていますが、適切な対応方法が見極められずに課題として残っている状況もあります。今後も、さらに取り組みの充実が望めます。</p> <p>■利用者一人ひとりの症状に合わせてクラブ活動やレクリエーション等に参加できるよう工夫していますが、支援内容が利用者の状況や意向に沿っていないと思われる状況があります。より専門的な視点から利用者の日常生活能力、残存機能の評価を行い、希望を出せない、意向を示しにくい、理解度が低下している等の利用者については家族とも相談しながら、認知症ケア専門士等を交えて支援内容を検討することが望めます。</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>■利用者が安全に過ごせるように取り組んでいますが、事故報告書では皮下出血や打撲痕、すり傷、表皮剥離等が発生しており課題が残っています。また、利用者の安全確保という理由から身体拘束を行っている状況がみられます。環境を整備し、介護内容を見直して、利用者の尊厳を守りながら安全を確保するよう取り組むことが望めます。</p> <p>■危険物の保管、管理については鍵をかけるなどの配慮をしていますが、施設内の危険場所・危険物についての積極的な確認作業は行っていない状況です。安全確認を毎日でも行うよう取り決めを行い、記録に残して職員間で検討し、身体拘束を行わない方法での安全対策を行うことが望めます。</p> <p>■居室・トイレ等是一目でわかるように表示を工夫し、居室ベッドの周辺には写真や好みのものを飾る等、利用者が落ち着けるような環境づくりが望めます。</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>■一人ひとりに応じた機能訓練のプログラムを作成し、関係スタッフと共に実施、評価・見直しをしています。</p> <p>■日常生活支援の中で、意図的に行っている機能訓練や介護予防活動は少ない状況です。利用者が主体的に訓練を行えるような取り組みについても課題が残っています。利用者が主体的に訓練を行えるよう、法人の理学療法士等を招いて職員間で検討し、利用者・家族とも相談しながら取り組むことが望まれます。</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)	<p>■利用者の体調変化時に迅速に対応するために、緊急時対応マニュアルを作成しています。</p> <p>■看護職員が服薬管理を行い、介護職員と共に服薬介助をしていますが、ひやりはっと、事故報告書には誤薬等の記載が多い状況です。現状を見直し、適切な服薬支援を行うよう取り組むことが望まれます。</p> <p>■全ての職員に対して、高齢者の健康管理や病気、薬の効果や副作用等に関する研修を徹底すること、体調変化時の対応についても研修や個別の指導等によって周知徹底することが望まれます。</p>	
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)	<p>■感染症対応マニュアルを作成し、感染症予防対策委員会を毎月開催して、感染症や食中毒の発生予防に努めています。過去1年以上、感染症の集団発生は起きていません。</p> <p>■職員の健康状態についてチェックし、インフルエンザ等の体調の変化を日常的に把握する仕組みについては整えていない状況です。職員の健康状態を日常的に把握し、感染症にかかった場合には適切な対応を行うよう文書化することが望まれます。</p> <p>■感染症予防対策委員会の課題として、レジオネラ感染症の発症予防に取り組んでいます。浴槽の清掃徹底、冷暖房機、加湿器等の管理について検討し、加湿器の使用方法については実例を交えて話し合っています。加湿器の使用については、清掃管理についての取り決めを行い、感染予防を徹底するよう取り組みを進めています。</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>■防災営繕委員会を6か月に1回開催し、各部署の設備の不具合等について確認しながら必要な対応策を検討しています。建物・設備の点検については業者に依頼して年に1～2回の定期検査を行い、「定期点検報告書」等を受けて問題点があれば改善しています。</p> <p>■施設内は全面禁煙として健康増進に努めています。</p> <p>■厨房設備については清潔管理に努めていますが、洗浄した鍋が床上60センチ以下の場所に収納されています。清潔管理の視点から洗浄した物は床上60センチ以上の場所に保管することが望まれます。</p> <p>■環境美化委員会を3か月に1回開催し環境面の整備に取り組んでいますが、利用者の快適性に配慮した取り組みについては課題が残っている状況です。植栽や活花等を増やし季節感のあるフロアに、談話スペースには利用者の好みの雑誌や新聞等を置いて、利用者が思い思いに過ごせるよう工夫することが望まれます。</p> <p>■加湿器等、備品の清掃や点検については定期的に行った記録の確認ができませんでした。毎月点検日を設定し、故障や不具合、汚れなどがいないかを確認し記録に残して職員間で共有することが望まれます。</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>■毎月「みのわの里だより」を発行し、家族に送付して行事等のお知らせをしています。家族が来られたら利用者の生活状況を伝え、家族の意向や希望を確認しています。</p> <p>■緊急時、必要時には随時、相談員やケアマネジャーが利用者の状態について家族に連絡し対応について相談しています。</p> <p>■利用者家族との連携を適切に行っています。行事等は日曜日に設定し、家族が参加しやすいようにしています。行事等に多くの家族が参加する機会を活かして、家族間の交流、家族と職員の交流を図っています。</p> <p>■家族からの要望や提案についてはできるだけ早く検討し、実現するよう取り組んでいます。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホームみのわの里の入居者の代理人
調査対象者数	110名（うち回答可能な方20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みのわの里を、現在利用されている入居者110名（うち回答可能な方20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、8名の方から回答がありました。（回答率40%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ● 「職員は、残ってる機能を使って、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」
● 「職員側の都合や施設の決まりごとが優先されることなく、自分のペースで日々の生活を送れている」
「健康管理や医療面、安全面について安心である」
について、85%以上の方が「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」
● 「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」
● 「職員に声を掛けやすい」
● 「職員は、意見や要望をよく聞いて、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、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせる」
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。

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みのわの里の入居者の代理人
調査対象者数	110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みのわの里を、現在利用されている入居者の代理人110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、44名の方から回答がありました。（回答率40%）

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、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」
●「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、70%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	特別養護老人ホームみのわの里 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	29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みのわの里を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人29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、14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) ●「職員に声を掛けやすかった」
について、90%以上の方が「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た」
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望実現できるように支援していた」
●「健康管理や医療面、安全面につれて安心できた」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」
●「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た」
について、70%以上の方が「はい」・「満足」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