

# 特別養護老人ホーム 光明荘

## 福祉サービス第三者評価 評価結果報告書

特別コース 2回目

報 告 内 容	ページ
福祉サービス第三者評価結果報告書表紙（公表用）	P 1
第三者評価結果の概要	P 2
評価細目の第三者評価結果	P 4
利用者への聞き取り等の結果	P 19
評価調査報告書（詳細版）	P 22
特色ある取り組み	P 64
利用者アンケート集計結果	P 65
代理人アンケート集計結果	P 71
過去1年間代理人アンケート集計結果	P 79

社会福祉法人大阪府社会福祉協議会

福祉サービス第三者評価センター

## 福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

## 【受審事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム 光明荘
運営法人名称	社会福祉法人 大阪府社会福祉事業団
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	理事長 高木 哲夫 施設長 田中 浩子
定員(利用人数)	120名
事業所所在地	〒594-0031 大阪府和泉市伏屋町3丁目8番1号
電話番号	(0725) 56 - 1882
FAX番号	(0725) 50 - 2212
ホームページアドレス	<a href="http://www.komyoso.jp/">http://www.komyoso.jp/</a>
電子メールアドレス	<a href="mailto:kms-daihyo@komyoso.jp">kms-daihyo@komyoso.jp</a>

## 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター	
大阪府認証番号	270002	
評価実施期間	平成26年9月24日～平成26年12月22日	
評価結果決定年月日	平成26年12月22日	
評価調査者氏名(役割)	1201A031 (運営管理委員)	( )
	0501A117 (専門職委員)	( )
	0401A172 (専門職委員)	( )
	( )	( )

【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 ・ 無
-------------------------	-------

## 第三者評価結果の概要

### 評価機関総合コメント

特別養護老人ホーム光明荘は、昭和55年に開設され、泉北高速鉄道「光明池駅」から徒歩で10分ほどの閑静な住宅地にあります。隣には幼稚園があり交流の機会もあります。「利用者の尊厳を守り、自立を支援する」ことを経営理念として、ふれ愛、ささえ愛の「心」とプロの技術で安らぎと潤いのある高品質のケアを提供し、地域の方々が必要とする時に必要なサービスが提供できる施設を目指しています。

入居定員は120名で、短期入所の定員が20名。平成24年度には大規模なリニューアル工事を行い、現在は個室が8室、二人部屋が2室、四人部屋が32室あります。居室を棟に分けてグループ単位でのケアを実施しています。エントランスや廊下も広く、各所に中庭があり季節の風景を感じられます。

平成26年度はステップアップ事業として①オムツなんかしたくない「おむつはずし」（平成25年から平成27年度までの3年計画）②ISO9001の認証取得③オレンジの「輪」【全職員オレンジリング※の取得】に取り組んでいます。

※オレンジリング：認知症サポーター養成講座受講修了者に認知症を支援するサポーターの『目印』として渡されるリング

### 特に評価の高い点

#### 部門横断の連携によるサービス向上への取り組み

部門横断での連携の構築に力を注ぎ、言葉かけにとどまらず図示によって全職員に周知を図る取り組みをしています。

#### 自立支援への取り組み

車椅子や歩行器等の活用を含め、利用者が自分の力で移動したり、排泄したりできるように関係職種が連携してケアプランを作成し支援しています。オムツ外しの取り組みではステップアップ事業として3年計画で取り組み、現在2年目に当たりますが、トイレでの排泄を始めることで車椅子利用者が歩行器でトイレに行けるようになるなど、目に見える成果が表れています。

#### リハビリテーション

作業療法士を配置し、一人ひとりの利用者に応じたリハビリテーション計画を作成しています。利用者の障がいの程度を考慮したオーダーメイドの車椅子の導入、食事姿勢の研究、小集団作業療法の取り組み等を進めています。また転倒予防、褥瘡予防プログラムを作成して職員間で共有する等より専門的な視点からリハビリテーションを進めています。

#### 看護・医療の体制

看護、医療の体制を整備しており、治療方針の説明や入院時の対応等、適切に行っています。褥瘡の予防や治療、胃ろうカテーテルの管理、感染症予防を適切に行っており、過去1年間に感染症の集団発生はありません。

### 改善を求められる点

#### 備蓄品の管理体制

備蓄品を整備しています。また、法人の総合防災訓練に向けて備蓄リストを作成、更新していくことが予定されています。今後は、備蓄品リストが作成、更新されると同時に備蓄品ごとの管理者、また総合的な管理者等が定められ継続的に管理される体制作りが期待されます。

#### 規程類やマニュアル類の管理

各種規程類やマニュアル類を整備しています。見直し、改訂も実施していますが、今後さらに、改訂の記録を適切に残す事や施設独自で改訂できない法人全体で使用しているものについて、その追記や補足等使用方法を検討する事が期待されます。

### 第三者評価に対する事業者のコメント

※評価結果公表の際に受審施設が自由に記述できる欄です。  
(評価決定後にご案内させていただきます)

## 評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目	評価結果
-------------	------

## 評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織

## Ⅰ-1 理念・基本方針

## Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。

Ⅰ-1-(1)-① 理念が明文化されている。

a

Ⅰ-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。

a

## Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。

Ⅰ-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。

a

Ⅰ-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。

a

## 評価機関コメント

法人の理念に基づき、施設独自の理念「利用者の尊厳を守る」ことと「自立支援」を掲げ、理念・基本方針はパンフレット、広報誌等に記載しています。採用時研修において理念や基本方針を職員に説明し、施設長は朝礼や、会議の機会にも説明し、全員で唱和しています。また、課題が生じた時に理念に立ち返って協議をしています。

利用者や家族等へは、入所時にパンフレットに添って、理念や基本方針について説明しています。施設内広報誌に掲載し、利用者や家族等に配布しています。年3回行われる家族会や行事では、施設長が挨拶の中で理念や基本方針について触れています。ケアプラン作成時に理念・基本方針を説明しています。

## Ⅰ-2 事業計画の策定

## Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。

Ⅰ-2-(1)-① 中・長期計画が策定されている。

a

Ⅰ-2-(1)-② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。

a

## Ⅰ-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。

Ⅰ-2-(2)-① 事業計画の策定が組織的に行われている。

a

Ⅰ-2-(2)-② 事業計画が職員に周知されている。

a

Ⅰ-2-(2)-③ 事業計画が利用者等に周知されている。

a

## 評価機関コメント

法人の基本計画として中長期経営計画と収支計画を、課題と今後の方向性や分析をもとに実施計画を策定しています。また評価見直しを3年ごとに行っています。

事業計画は、中・長期計画の方針や目標に基づき策定しています。福祉サービス目標は数値化し、支援サービスの向上や人材の育成と確保、経営基盤の安定に向けた取り組みなどについて項目ごとに具体的に策定しています。

事業計画は、法人の計画骨子をふまえて、部署や職種で計画が策定され、法人としてまとめています。また、全職員が事業計画に関する課題作文を提出し、各部署での目標に落としこみ計画の遂行へ向けた取り組みを行っています。担当者会議で事業計画の振り返りを行っています。

事業計画は、施設内で自由に閲覧できるよう玄関に設置しています。家族会開催時に説明し、欠席者には送付しています。

## I-3 管理者の責任とリーダーシップ

I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a

I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	a

## 評価機関コメント

管理者である施設長の役割と責任について文書化し、有事（災害・事故等）を含む役割も会議や研修等で説明しています。

施設内広報誌に管理者の挨拶として役割や責任について触れています。メンタルヘルスやハラスメント等法令遵守に関する法人施設長研修・大阪府社会福祉協議会の研修など積極的に参加しています。遵守すべき法令については、施設内ネットワークで職員に共有し、改正時には研修を行い周知しています。

「接遇向上の推進」を重点項目にあげ、面談、アンケート分析・公表等施設全体で取り組んでいます。また、研究プロジェクトを推進しています。その取り組みを大阪老人福祉施設研究大会で職員が発表するなどリーダーシップを発揮しています。オンブズマン・和泉市介護相談員などを導入し意見の収集とその改善に向けて取り組んでいます。

月1回行われる主担当者会議で実績を検証し、業務の効率化について改善に取り組んでいます。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

## Ⅱ-1 経営状況の把握

Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	b

## 評価機関コメント

社会福祉事業の動向や地域の近郊の状況について、市の会議や研修に積極的に参加しています。地域包括支援センターの活動から他の社会的資源と連携して、ニーズの把握に努め、事業計画に反映しています。経営状況について、法人の経営戦略会議での検討、施設内の主担当者会議において毎月事業報告をもとに課題発見、業務改善につなげています。

## II-2 人材の確保・養成

## II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a

## 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必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
II-2-(2)-②	職員の福利厚生事業や健康の維持に積極的に取り組んでいる。	a

## 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	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
II-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。	a
II-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a

## II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。

II-2-(4)-①	実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取り組みをしている。	a
------------	---	---

## 評価機関コメント

人事に関する基本的方針は法人の中・長期計画に、組織が求める職員像、人員体制について記載しています。また、職員は認知症介護者実践研修・実践リーダー研修を積極的に受講しています。職員評価制度の手引きを冊子にし人事考課基準等を配布しています。法人の研修で主任以上が考課者研修を継続的に受けています。また人事考課の意義について新人研修で説明しています。人事考課は毎年1回行われ、個人面談を行い、能力の開発や育成に活かせる取り組みをしています。

人材育成と職場環境の整備を事業計画にあげています。定期的に職員の就業状態の確認を行っています。パソコンの台数を増やし業務の効率化を図り、勤務時間シフトの種類を増やす等対策を強化しています。

法人では、月1回医師によるメンタルヘルス電話相談を実施しています。

法人の互助会があり、テーマパークでのイベント開催、グループ旅行補助事業、ボランティア活動費用助成等、福利厚生が充実しています。心の健康づくり計画において、相談、研修、ストレス対策、マニュアル整備などの体制作りが行われています。

法人の中長期計画に「法人運営を担う人材の育成」について明記しています。法人内研修・施設内研修など職員一人ひとりの能力、研修受講履歴をふまえて、各職員が自己評価を行った上で課題をまとめ、個人目標を設定し、個別研修プログラムを計画し実行するシステムがあります。

研修に関する担当者を配置し周知を図っています。業務において評価を行い必要に応じて研修を行っています。また、研究結果については外部へ発表・発信する取組をしています。

オリエンテーション・カリキュラム作成・中間反省会・評価表などの実習受け入れマニュアルを整備しています。実習指導者を選任し、資格種別に配慮した実習プログラムに基づいて指導に当たっています。



## Ⅱ-3 安全管理

Ⅱ-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。

Ⅱ-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
Ⅱ-3-(1)-②	災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。	a
Ⅱ-3-(1)-③	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a

## 評価機関コメント

毎月1回、安全管理・感染症対策・身体拘束廃止の委員会を行い、組織として利用者に係るリスクに対する安全確保について体制を整備しています。緊急時・災害対応のマニュアルを整備し、感染症については研修によって周知を図るための取り組みを行っています。

法人全体での総合防災訓練、自治会と連携した地域への援助訓練も行っています。また、訓練時に施設の近隣の一人暮らしの高齢者へも声かけするといった独自の取り組みを行っています。

安全管理委員会を月1回開催し、リスク体験報告書に基づいて事故、棟、場所、介護度、時刻別に分析、対応策、再発防止策について検討しています。事故防止、身体拘束、感染症などの研修を行っています。

## Ⅱ-4 地域との交流と連携

## Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。

Ⅱ-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
Ⅱ-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
Ⅱ-4-(1)-③	ボランティア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

## Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

Ⅱ-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
Ⅱ-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a

## Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

Ⅱ-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a
Ⅱ-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a

## 評価機関コメント

月に一度ショッピングへ出かけたり、喫茶への外出募集を掲示板に告知しています。校区の福祉委員会が行っている「いきいきサロン」へ栄養士を派遣したり、機能訓練士が地区の介護予防教室に向き『おうちでできる体操』の提案を年に8回行っています。また、自組織で運営している「ふれ愛・ささえ愛サロン」で地域住民向けに認知症の勉強会を開催する、個別相談に応じるなど事業所が有する情報を還元しています。

施設内広報誌を、自治会で回覧する事や老人会館に置くことで施設の情報を提供しています。また、地域住民に認知症の理解を深めるため、認知症サポーターの職員を増やす取り組みを行っています。

ボランティアは年間延べ1000人程受け入れ、協力を得ています。ボランティア専用の部屋を提供し、マニュアルの整備を行っています。ボランティア同士の交流会を行っています。

社会資源一覧をリスト化し事務所に掲示し、会議で職員に周知しています。地域のコミュニティーソーシャルワーカー部会、地域施設長会議他関係機関との会議に参加し、情報を得ています。口腔ケアの個別対応や、事故での怪我を未然に防ぐにはどうしたらいいかといった事例検討を地域でのネットワークで行っています。

地域の福祉ニーズを施設内の地域包括支援センター、民生委員、認知症勉強会や毎月一回行われる憩いの広場で情報を得ています。くみ取った地域の福祉ニーズを中長期計画に盛り込み、ショートステイ・デイサービス事業を展開しています。

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

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	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(3) 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-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a
Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(4)-①	サービスに関する記録の開示を行っている。	a
評価機関コメント		
<p>利用者本位の福祉サービスが提供できるように、経営の理念に「利用者の意思及び人格を尊重し、その尊厳を守るとともに」と明記しています。この姿勢は倫理綱領、職員行動指針にもまとめています。介護サービスマニュアルも利用者尊重の視点で作成しています。法令遵守研修、ハラスメント研修では利用者尊重、人権に関する内容を含めて研修しています。参加できなかった職員には資料を閲覧できるようにし、専任の研修担当者が研修の閲覧状況等を管理しています。身体拘束の廃止、虐待防止については委員会の開催やマニュアルの整備により周知に取り組んでいます。また、職員行動指針に利用者のプライバシー保護についてまとめています。研修は法令遵守研修として実施しています。居室入口の横には小窓がついており、外から中が見えるようになっていますが、カーテンを取り付ける等プライバシーへの配慮ができるように工夫しています。</p> <p>利用者満足の上昇に対して、毎年1回利用者満足度アンケートを実施し、年度ごとに比較できるようまとめています。改善に向けた検討は経営会議で行っています。家族交流会は年2回、家族会総会を年1回開催しています。また、行事の参加確認の際にも意見を書いてもらう欄を設けて、家族からの意見を聞き取れるようにしています。</p> <p>利用者が意見を述べやすい体制の確保に対して、1階の事務所に相談室を3室設置しています。重要事項説明書には施設内外の相談窓口を記載。居室前には担当者がわかるようにコメント入の写真を掲示しています。介護相談員、オンブズマンの案内も掲示しています。苦情や要望に対応するために、体制を整備し要領としてまとめています。苦情解決の体制は重要事項説明書にも記載し利用者に説明しています。施設内には苦情窓口、重要事項説明書、案内ポスターを掲示しています。意見箱の設置も確認しています。委員会は毎月1回開催し、第三者委員も出席しています。苦情対応の内容は広報誌上で公表しています。苦情要領の見直し、改訂は毎年法人で行われています。意見を元に駐車場に車止めを設置するなど、苦情解決委員会記録から改善に向けて取り組んでいる事例を確認しました。</p> <p>サービスに関する記録の開示に対して、規程を作成するなどして体制を整備しています。重要事項説明書でも介護記録を開示することを明文化し利用者、家族に説明しています。</p>		

## Ⅲ-2 サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
Ⅲ-2-(1)-②	評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。	a
Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(2)-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。	a
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
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。	a
Ⅲ-2-(3)-③	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	家族との連携を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。	a
Ⅲ-2-(4)-②	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
Ⅲ-2-(4)-③	嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-④	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。	a
Ⅲ-2-(4)-⑥	居室及び共有空間は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑦	食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。	b
Ⅲ-2-(4)-⑧	入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑨	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑩	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑪	リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑫	レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑬	認知症高齢者については、行動・心理症状（BPSD）がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられて	a
Ⅲ-2-(4)-⑭	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。	a

## 評価機関コメント

質の向上に向けた取り組みについて、法人本部による内部監査が年に1回あり、指摘事項への改善状況を法人本部へ報告する仕組みになっています。内部監査の結果は経営会議でまとめられ、各会議で改善に向けた検討が行われています。また年度計画を元に毎月進捗状況を法人事務局へ、次月に向けた対策も含めて報告しています。さらに半期に1回事業計画の進捗状況をまとめています。

標準的な実施方法について、介護サービスマニュアルを整備しています。プライバシーに関してはプライバシー保護マニュアルとしてもまとめています。新人職員は介護サービスマニュアルを基に法人の担当者による指導を受けています。正職の職員へはさらに人事評価時に技術チェックを実施しています。介護サービスマニュアルの改訂は法人で行われますが、施設で作成したマニュアル類については、各担当者が日常的な活動の中で随時改訂し、年度末でも見直しをするようにしています。

サービス実施の記録について、サービス実施後の満足度、変更の必要性についてはモニタリング・評価表に記録。また、総括状況としてケアプランの実施状況や翌月の処遇などについてまとめて記録しています。記録のばらつきを防止する取り組みとしては、マニュアルの整備や採用前の法人での研修、外部研修への参加、日誌のチェック等取り組みを確認しています。記録の管理については、文書取扱い規定を整備しています。保存期間についても一覧表でまとめています。情報の開示については個人情報保護規程等でまとめています。法令遵守研修で個人情報保護に関する研修を実施しています。情報の共有のために、連絡用ファイル、連絡ノート、申し送り等で必要な情報が的確に届くようにしています。パソコンネットワークも整備し、必要な情報が得られるようにしています。サービス担当者会議には利用者や家族、部門横断での職員の出席が確認できました。困難事例や看取り時のカンファレンスには医師も出席しています。

家族との連携に対しては、広報誌の発行、ホームページで情報を提供。年賀状も送っています。長期に面会のない家族に対しては行事の案内をする等働きかけています。ケアプランは6ヶ月を基本としています。面会に来られない家族についても連絡後にケアプランを送付するようにしています。契約時には居室担当、介護支援専門員を紹介し、居室前には担当職員の写真もコメント入りで掲示しています。家族交流会は年2回、家族会総会を年1回開催しています。

身体拘束は現在対象者はおられません。身体拘束を行わないことの明記も重要事項説明書で確認しています。平成26年の研修はこれからですが、フォローアップの体制を整備し、さらに多くの職員が学べるようにしています。虐待防止委員会ではアンケート調査を実施してスピーチロック等も含めた行動制限の廃止に取り組んでいます。

嗜好品は基本的に自由になっています。医療的に制限のある方について、ノンアルコール飲料や低カロリーのもので代用するなど利用者の状況により対応しています。衣料品店や喫茶店、外食、花見など外出の事例を確認しています。ボランティアコーディネーターの研修に参加するなどボランティアの受け入れ態勢も整備が進められています。個別に衣類を買いに行くなど個人の希望に応じた外出事例もあります。

金銭管理については、預り金の管理体制を整備しています。成年後見制度の利用についても事例を確認しました。金銭の自己管理については、上限を設定するなど金銭トラブルのリスクへも配慮しています。居室には鍵のかかる引き出しもついており、安全に管理できる環境を整備しています。

居室、共用空間に対して。ベッド周りはカーテンを使用してプライバシーを確保しています。冷蔵庫、テレビ、カラーボックスなど私物の持ち込み例についても聞き取りました。喫煙室を設置し分煙への配慮もしています。トイレは男女共用ですが全てが個室になっており、プライバシーへの配慮が可能です。中庭には緑があり、施設内も季節の装飾や行事の写真などが飾られています。居室には加湿機能のついたエアコンや空気清浄機が設置されています。平成24年に改修工事を行い、グループでのケアが実施されています。棟の案内看板も新しく設置しました。

食事について。嗜好調査は年1回、残食調査、検食は毎食行っています。ご飯は各棟で炊飯し、汁物もその場で用意しています。ソフト食、ミキサー食、超キザミ食、一口大も大小用意するなど利用者に合わせて食事が準備できるようにしています。各棟では月1回グループランチを実施し、利用者参加型でカツオのたたきやちらし寿司、天ぷら等工夫して楽しめるようにしています。また、誕生日会では幕の内弁当を提供しています。治療食は医師による食事箋を元に糖尿病、心臓疾患、貧血等に対応しています。朝食のパン、ご飯の選択は可能ですが、選択メニューではなく課題に感じている部分もあります。音楽をかけたり、カーテンを取り付けて食事風景がいろいろな人から見えないよう工夫もしています。

入浴について。入浴時にはリーダー、誘導担当を決め、リーダーは健康管理についても意識した対応を実施しています。利用者の身体状況は24時間支援シートでまとめています。シャワー浴の回数増や曜日変更等個別対応の事例も聞き取りました。夏場の毎日シャワーや個人用にボディソープ、シャンプーを用意している事例もあります。

排泄介助について。身体状況は24時間支援シートでまとめています。排泄状況は排泄チェック表に記載。排泄チェック表は看護職員も確認し、必要に応じて下剤の服用へと繋げています。平成25年度から27年度までのステップアップ事業としてオムツ外しを実施し、1年目は立位可能な方を対象に10名以上のオムツ外しを実現しました。さらに今年度はオムツフィッターの資格を4名の職員が取得するなど取り組みを継続しています。

移動、移乗について。利用者の身体状況は24時間支援シートにまとめています。ケース記録からはポジショニングや離床に関して作業療法士と検討した事例が確認できました。利用者の状態が急変した場合等は申し送り表やミーティングで伝達しています。

リハビリテーションは作業療法士を配置して、一人ひとりの利用者にあったリハビリテーション計画を作成しています。必要時には医師の指示を受けて、利用者や家族を交えて話し合いを行っています。利用者の障害の程度を考慮した食事姿勢の研究、モジュール型車イスの導入、小集団作業療法の取り組み等を進めています。また、転倒予防・褥瘡予防プログラムを作成し職員間で共有するなど、より専門的な視点からリハビリテーションを進めています。

レクリエーションは園芸・お化粧・お花・大正琴・書道や、交流を目的として障がい者と歌や手遊びなどをする「やまびこ」、地域住民とクイズや切り絵などをする「なかよし」等、クラブ活動やレクリエーションメニューを多彩に用意し、利用者ニーズに合わせて提供しています。月2回音楽療法士を招き音楽療法を実施しています。音楽療法についての実施記録に利用者の反応を記載した個別評価記録はありますが、個別の計画書は作成中で確認できませんでした。

認知症高齢者については認知症専門医と連携し相談や助言を受ける機会を月2回設けています。行動・心理症状等がある利用者について、観察や記録を行い原因究明に努めています。認知症介護実践研修の受講率を高め、認知症ケア専門士の資格取得を進めるなど、認知症ケアの理解を深め専門性を高める取り組みをしています。

寝たきり予防については一人ひとりに合わせた離床時間を決めて利用者全員が居室から出られるように支援しています。利用者一人ひとりのケアチェックを行い長時間起こし切りにならないようにしています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続		
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
Ⅲ-3-(1)-②	サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている。		
Ⅲ-3-(3)-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
評価機関コメント		
<p>施設案内パンフレットは色彩や絵画、図等を入れて分かりやすく工夫しています。理念や、実施する福祉サービスの内容を紹介した資料については老人クラブ等に依頼し多数の人が手にすることができる場所に置いています。</p> <p>重要事項説明書等の資料については利用者にもわかりやすいように工夫しています。一部、字を拡大してルビ付きにしたものを説明用として用意しています。</p> <p>他の事業所や地域・家庭への移行にあたり、サービスの継続性に配慮した引継ぎを行っています。利用者の退所時には家族等に対し、その後の相談方法や担当者についての説明を行い、その内容を記載した用紙を渡しています。</p> <p>入所選考指針に基づき入所選考委員会を設置し、メンバーには地域民生委員が第三者委員として参加しています。入所選考委員会は指針に従って適切な選考を行なっています。</p>		

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
------------------------------------	---

Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a
-------------------------------	---

Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
--------------------------------------	---

Ⅲ-4-(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。	a
---	---

評価機関コメント

介護・看護・栄養・機能訓練等の関係職員が参加して、アセスメントに関する協議を実施しており、利用者一人ひとりの具体的なニーズを明記しています。アセスメントは手順に沿って6カ月に1回程度見直しをしています。

計画策定の責任者を配置し、介護・看護・栄養・機能訓練等部門を横断した職種が参加してサービス実施計画を策定しています。24時間ケアシートを活用してサービスの実施状況を確認しています。

サービス実施計画は手順に沿ってモニタリングを行い6カ月に1回見直しています。見直しによって変更した計画書は職員間で周知し共有しています。また利用者の急変など、状況の変化に応じた見直しも随時行っています。

自立支援では車イスや歩行器等の活用を含め、利用者が自分の力で移動したり、排泄したりできるように関係職種が相談しながらケアプランを作成し支援しています。長期的には3年計画で「おむつ外し」に取り組み成果を出しています。



## 評価細目の第三者評価結果(府社協独自基準)

判 断 基 準 項 目	評価結果
評価対象Ⅱ 組織の運営管理	
Ⅱ-2 人材の確保・養成	
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)-④ 専門資格取得の促進が行われている。	a
評価機関コメント	
<p>法人の互助会で、資格取得受験費用の補助制度があり、エリア内で有志の直前対策勉強会を開催しています。 また受験1週間前には勤務調整をして施設全体で受験生を支援しています。</p>	

## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス	
Ⅲ-1-(5) 情報開示が適切に行われている。	
Ⅲ-1-(5)-① 情報開示を行っている。(対象：利用者・家族も含む世間一般)	a
評価機関コメント	
<p>広報誌、ホームページ、掲示板を活用して情報開示をしています。事業計画等は広報誌に掲載するほか、法人の他事業所のものと一緒に冊子にして、施設玄関に設置して自由に閲覧できるようにしています。苦情内容は広報誌上で公表しています。</p>	

Ⅲ-2 サービスの質の確保	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービスが行われている。	
Ⅲ-2-(4)-⑤ 利用者が購入する物品代などを施設が立て替えている場合は、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。	非該当
Ⅲ-2-(4)-⑮ 給食に関する衛生管理が適切に実施されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑯ 利用者の栄養ケア・マネジメントが適切に実施されている。	a
評価機関コメント	
<p>給食に関する衛生管理は施設としてチェック項目を設定し給食委託業者が適切な衛生管理を行っているかどうかの確認をしています。平成26年度に行われた保健所の食品衛生監視指導に於いては特に指摘事項はなく適切な食品管理が行われていることが確認されています。</p> <p>栄養ケア・マネジメントは厚生労働省が示した手順どおりに実施しており、モニタリングも適切に行っています。リスク改善した事例が数例あり、利用者の栄養ケア・マネジメントが適切に実施されていることを確認しました。</p>	

Ⅲ-5 看護・医療サービスの取り組み	
Ⅲ-5-(1) 看護・医療の体制が整備されている。	
Ⅲ-5-(1)-① 看護・医療の体制が整備されている。	a
Ⅲ-5-(1)-② 看護・医療の責任体制が明確にされている。	a
Ⅲ-5-(1)-③ 治療方針の説明と同意が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(1)-④ 入院時の対応が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2) 利用者の健康管理が適切に行われている。	
Ⅲ-5-(2)-① 水分管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-② 服薬管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-③ 褥瘡の予防・治療が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-④ 胃ろう・カテーテル等の管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-⑤ 感染症予防が適切に行われている。	a
評価機関コメント	
<p>医療・看護の体制を整備しており、医師・看護職員等、専門職の配置を適切に行っています。オンコールシステムによる24時間医療スタッフとの連携が行われており、緊急時には夜中でも医療スタッフが対応しています。</p> <p>看護・医療の責任体制については、看護マニュアルを作成して医師の指示を確実に実施するよう取り組んでいます。実施後は状況を観察して検討し医師への報告等を行っています。</p> <p>入所時や体調が変化した場合には家族に対して病状説明や医療方針等の説明をしています。大きく治療方針を変更したり、決定する際には医師同席のケアカンファレンスを開催し、家族が参加しています。</p> <p>入院中も利用者や家族からの相談を受けており、身寄りがない利用者が入院した場合や家族があっても支援が必要な場合には日常生活支援を行っています。</p> <p>水分管理マニュアルに沿ってケアプランを作成し、入浴後の水分摂取等にも留意していますが、体力の低下に伴い水分摂取が困難な場合があり、発熱やトラブルが起きている状況も見られます。最近では医師の指示による抗生物質の投与を施設内で行うようになり、入院しなくても改善している状況が見られます。</p> <p>服薬時の対応マニュアルを揃えて、服薬ミスの発生防止に努めています。平成26年度は薬局との連携上の確認不足で配薬ミスが生じています。</p> <p>胃ろうカテーテル等の管理については個別に対応マニュアルを作成し関係職員に周知しています。感染によるトラブル等は発生していません。</p> <p>感染症予防については職員・外来者・利用者家族等、感染に繋がる症状がある場合にはマニュアルに沿った対応を行い発症予防に努めています。また、利用者の嘔吐などの症状についてはマニュアルに沿った対応を行い、早期に適切な医療が行われるように努めています。感染症予防を適切に行っており、ここ数年感染症の集団発生はありません。</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光明荘の入居者
調査対象者数	入居者120名（うち回答可能な方23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光明荘を現在利用されている入居者120名（うち回答可能な方23名）を対象にアンケート調査を行いました。光明荘から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、23名の方から回答がありました。（回答率100%。）

特に満足度の高い項目として、  
「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である」  
が70%以上の満足度。

「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」  
「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
「支援の方法については、あなたや家族と相談しながら決めている」  
が半数以上の満足度という結果が出ています。

\* 別紙報告書

## 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光明荘の入居者代理人
調査対象者数	120名（うち配布数97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光明荘を現在利用している入居者の代理人97を対象にアンケート調査を行いました。光明荘から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、48名から回答がありました。（回答率49%。）

共通して満足度の高い項目として、  
 「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」  
 「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」  
 が80%以上の満足度。

「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」  
 が70%以上の満足度。

「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る」  
 「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、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
 が半数以上の満足度という結果が出ています。

\* 別紙報告書

## 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光明荘を過去1年間に利用を終了した入居者代理人
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光明荘を過去1年間に利用を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。光明荘から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、12名から回答がありました。（回答率41%。）

共通して満足度の高い項目として、  
 「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」  
 「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」  
 が80%以上の満足度。

「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
 が70%以上の満足度。

「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る」

「職員に声を掛けやすい」

「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る」

「健康管理や医療面、安全面について安心できる」

「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」

「本人は、生き生きとした生活が送れている（他人との関わりや、レクリエーション、趣味のクラブなどの楽しみごとで）」

「ホームの総合的な満足度」

が半数以上の満足度という結果が出ています。

\* 別紙報告書