

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 紅葉の郷
運営法人名称	社会福祉法人 ひじり福祉会
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	施設長 安達 弘
定員（利用人数）	104名
事業所所在地	〒562-0015 大阪府箕面市稲6-11-20
電話番号	(072) 726 - 7700
FAX番号	(072) 726 - 6600
ホームページアドレス	http://www.hijiri.or.jp/
電子メールアドレス	momijiha@oak.ocn.ne.jp

【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11月6日～平成27年2月23日		
評価結果決定年月日	平成27年2月23日		
評価調査者氏名（役割）	0401A191	(運営管理委員)	()
	0501A141	(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

社会福祉法人ひじり福祉会紅葉の郷は、北大阪急行千里中央駅より車で5分程度の、竹林等の緑に囲まれた住宅地内の静かな環境にあります。
「ご利用者の人権を尊重し明るく楽しい施設運営を目指します」という法人理念のもと、法人訓の「和顔愛語」の精神で施設運営に取り組んでいます。

特に評価の高い点

地域・関係機関・団体との関係を大切にしている

毎年地域の夏祭りに利用者、職員が参加したり施設の夏祭りに地域住民が参加する等の交流があります。地域ボランティア団体と提携し年間1500人のボランティアが活動しています。利用者希望の買い物や外出等に職員やボランティアと出かける等して利用者の楽しみとなっています。管理者は地域関係機関・団体の委員を長年にわたり努める等して地域との関わりを大切にしています。

経営の効率化が図られている

従前より省エネ対策を進めており、今年度はガスコージェネレーション機器を導入して更なる光熱水費削減を図っています。また、機器導入により計画停電時等に対応できることは危機管理対策として高く評価できます。

認知症高齢者について

認知症介護実践研修受講者を増やし、認知症ケア専門士を配置し、定期的に施設内研修を行うなど、認知症ケアの理解を深め専門性を高める取り組みを進めています。認知症専門医師との連携を図り、「認知症利用者への対応マニュアル」に沿って適切な利用者支援を行うよう努めています。対応困難な状況があっても、観察や記録を行い、チームワークを整えて、薬だけに頼らない利用者支援に取り組んでいます。

看護・医療について

看護・医療の体制を整備しており、治療方針の説明と同意、入院時の対応、水分管理、胃ろう・カテーテルの管理等を適切に行なっています。

改善を求められる点

環境面の配慮・見直し

廊下にラックを設置し、オムツ類などが見える形になっていました。衛生上、環境上からも配慮をされることが望まれます。

各種マニュアル・規程の見直し

マニュアル・規程の見直しについて、手順や時期、方法を定め、定期的に検証し見直すことが求められます。

サービスの質を確保するための仕組みの確立

サービスの質の確保をする上から、自施設のサービスの質を評価する基準を定め、評価結果を分析し、改善課題を明確にすると共に、改善策や改善計画を策定する仕組みを整備することが求められます。

感染症予防

感染症予防を徹底し、発症防止と二次感染による集団発生を起こさない取り組みが求められます。

第三者評価に対する事業者のコメント

今回で3回目の受審となりましたが、前回は職員の希望により特別コースを受審し、いくつかの指摘を受けた課題に主眼をおいて取り組みました。しかしながら、改善に至らなかった点もあり、力不足を感じると共に新しい課題も見分かりました。第三者評価を受けることは多くの時間とエネルギーを必要とします。しかし、当施設では職員が率先して対応してくれたことを誇りに思います。この評価から得られたものが、法人のスローガンであるご利用者やご家族の「笑顔のために」なると信じているからです。

今後も第三者評価を定期的に受審し、福祉サービスの更なる向上と充実を目指す姿勢を職員全員で継続して行きたいと考えています。

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	
<p>■法人理念は、「ご利用者の人権を尊重し明るく楽しい施設運営を目指す」という理念のもと5つの基本方針を明示しています。運営方針は、「笑顔のために」と表現し利用者に笑顔がなければ、福祉施設として使命を果たせていないという考え方で職員に目指す方向性を示しています。法人訓「和顔愛語」の精神をモットーにしています。</p> <p>■毎年4月の研修において、理事長でもある施設長が「理念、今年度の法人目標」をはじめ今年度事業計画、昨年度事業報告を説明する機会を持っています。全職員が参加できる様に数回にわたり研修の機会を設けています。毎朝礼時に理念や基本方針を唱和する等して周知を図っています。</p> <p>■理念や基本方針は、施設内掲示版、玄関窓口に分かりやすい大きな文字で掲示しています。年1回の家族会において施設長より丁寧に説明しています。家族には法人目標、事業計画、事業報告書等を記載したダイジェスト版の資料を作成して説明をしています。参加できなかった家族には資料を送付する等して周知を図っています。</p>	

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	
<p>■法人は平成25年～29年までの中長期計画を作成しています。サービス目標・環境整備・人材育成と確保・施設整備・経営基盤安定化・事業計画を明確にしそれぞれの課題と目標に向けた具体的な内容になっています。単年度事業計画に中長期計画を記載しており事業計画との連動や実施状況の評価がしやすい配慮がなされています。事業計画は各部署の担当者が原案を作成し事業所全体でまとめています。半年毎に運営会議、経営会議に実施状況の把握、評価を行っています。</p> <p>■職員には新年度「昨年度運営の総括及び今年度運営に向けて」と題して施設長が研修で説明をしています。利用者、家族には事業計画がいつでも閲覧できるようにロビーに常設しています。家族会は年1回開催され、法人目標、事業計画、事業報告等を記載したダイジェスト版を作成し施設長より丁寧に説明をしています。参加できない家族には資料を送付する等して周知を図っています。</p>	

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) - 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

■理事長で施設長でもある管理者は、毎年4月の施設内研修において自らの役割や責任を表明しています。施設長、各部署の管理者の役割と責任はキャリアパス表、職務分掌に明記しています。毎月発行の広報誌「もみじの郷だより」やホームページに管理者としての役割や責任を掲載しています。

■管理者は、運営会議等でサービスの現状などを評価・分析しています。家族アンケート、職員アンケートの実施をするなどして意見を取り込んでいます。今年度は特に食事サービス向上に力をいれています。食事サービス向上委員会では施設長はじめ各主任、管理栄養士、職員等が参加、調理委託会社からは専務、部長、スタッフ等が参画して食事が美味しいだけでなく常に新しいものを取り入れるような食事作りをめざし、管理者は指導力を発揮しています。

■定例の運営会議で、毎月の行事予定、人事、労務、研修、各事業の進捗状況、ボランティア等について評価・分析をしています。経営会議では、毎月の稼働率等収支について分析をしています。看護・介護職員配置は2.1:1と手厚くなっています。今年度省エネ対策として、光熱水費削減のためガスコージェネレーター機器を導入して更なる節減を目指しています。また、機器導入により計画停電時等に対応できることは危機管理対策として高く評価できます。

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。	a
評価機関コメント	
<p>■管理者は、市の保健医療総合審議会委員、市介護サービス評価専門委員、大阪府社協老人施設部会常任委員会等に参画しています。会議から得た情報は中長期計画や事業計画に反映しています。昨年、福祉サービスニーズにより市内に地域密着型特養を開設しました。</p> <p>■経営会議で、毎月の稼働率、収支状況等の分析を行っています。改善に向けた取り組みは中長期計画や事業計画に反映しています。</p> <p>■公認会計士による外部監査を毎年度実施するとともに、税理士事務所と顧問契約を交わして会計指導を受けるなど、会計処理の透明性の確保と経営改善に努めています。</p>	

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。	b
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。	b

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

■中長期計画に「人材育成と確保」を掲げ、キャリアパス表・人事考課制度の方針を立てています。キャリアパス表に、必要な資格、スキル、教育等具体的なプランがあります。人事考課は年2回実施しています。考課者研修を実施し目的や考課が正しく理解されるよう取り組んでいます。自己評価・一次考課・二次効果まで実施していますが、職員へのフィードバックができていません。

■毎年職員へのアンケートを実施したり、面談をして異動希望等を聞く等して配慮しています。毎月の運営会議で人事、労務に関する改善など検討しています。25年度事業報告書には年度途中、相談員体制を変更し相談業務の強化を図ったと記載があります。福利厚生として大阪民間社会福祉事業従事者共催会に加入しています。職員の希望で昨年より食事会の補助やユニフォームの購入などを行っています。忘年会、歓迎会等の法人一部負担があります。インフルエンザ予防注射は全職員分を法人負担としています。

■法人として職員の教育・研修に関する基本姿勢を明示しています。事業計画には、5つの基本方針の一つに「専門知識や技術の向上に努めます」と明示し、必要な専門資格をキャリアパス表に明示しています。毎年職員一人ひとりについて策定された個別研修簿を配布しています。個別研修は必須研修となっています。知識・技術を判断し追加や変更の研修の実施が行われています。毎年度職員研修簿の見直しをしています。

■事業計画に実習生受け入れの基本姿勢を明示しています。受け入れの担当窓口は相談員となっています。学校と協議を交わしながらプログラムを整備し、社会福祉士、管理栄養士等の実習を受け入れています。

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。	b
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

■事故対策委員会・身体拘束委員会は、管理者、各主任が中心となって毎月開催しています。委員会で事故・ヒヤリハットを確認後、フロアミーティング会議で具体的な予防策を検討していく仕組みとなっています。検討結果は、リーダーノート、伝言ノートに記載し職員に周知を図っています。さらに利用者個別専用ノートの活用、スタッフルーム内に予防対策を掲示して周知徹底を図っています。事故・感染症対策委員会では事故防止策実施の定期的な評価・見直しが重要です、手順等の変更もありますのでマニュアル・規程の変更が望まれます。また、事故発生要因を分析した結果をグラフ化し事故減少の有効に活用することが望まれます。

■地震防災マニュアルを整備しています。職員連絡網を整備し、各スタッフルームに設置しています。水や食料等は各フロアごとに2～3日分を備蓄しています。避難訓練は消防署立ち合いで年2回実施しています。また、地震訓練や「大阪880万訓練」地震・大津波訓練に参加して安全確保のための取り組みをしています。

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		
<p>■事業計画に地域との関わりについて明記しています。毎年地域の夏祭りへの参加や施設の夏祭りに地域住民が参加する等の交流があります。ボランティア受け入れについては、事業計画に明記し、マニュアルを整備しています。施設ではボランティア団体と提携し年間で1500人程が活動をしています。利用者や家族の希望で外食や買い物等に職員やボランティアと出かける等の体制が整っています。</p> <p>■法人は市より委託を受けた子育て支援センターを運営し各種相談をしています。デイサービス事業所の開催する相談会等にも管理者が参加しています。大阪府社協老人施設部会の社会貢献事業を実施しています。</p> <p>■管理者は、大阪府社協老人施設部会常任委員会をはじめ地域関係機関・団体の委員を長年務めています。定期的な会議に参加し、関係機関・団体と連携を図り高齢者徘徊SOS、緊急受付等の共通課題に向けて積極的に取り組んでいます。</p> <p>■地域関係機関・団体とは施設長が委員になる等して会議に参加し、福祉ニーズの把握に努めています。ショートステイ、デイサービス事業などの活動をしています。昨年は地域ニーズにより市内にヘルパー、デイサービス、ケアプランセンター等を併設とした地域密着型特養の開設をしました。</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-(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。	b
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。	b
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取り組みを行っている。	b
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。	b
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。	b
評価機関コメント		
<p>■家族及び代理人に、施設サービス計画書を送付する時に、サービスに関するアンケートを実施しています。アンケートの結果を基に、サービス改善に取り組みられています。</p> <p>■利用者からの苦情や意見については、体制を整備するとともに、意見や苦情が述べやすい環境の整備に努めています。しかしながら、対応マニュアルを検証・見直しする仕組みが確立していませんので、今後は改善の余地が無いか常に意識して見直し続けることが望まれます。</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。	b
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。	c
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。	c
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。	b
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。	c
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。	a
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

家族との連携

家族懇談会を年1回開催し、広報誌が毎月発行されています。また、カンファレンスへの家族等の参加を積極的に働きかけ、出席できなかった家族等には文書で内容を伝えています。

入浴

週2回の入浴を基本とし、月～土曜日に入浴ができる体制を整え、入浴ができなかった場合は清拭と入浴日の振り替えが行われています。

リハビリテーション

専従の機能訓練指導員を配置し、利用者・家族の意向を確認し個別の目標を決めて計画策定をしています。また、個別に実施記録を作成し、必要な場合には家族等を交えて話し合い、効果を確認しながら自立支援に向けて取り組んでいます。現在は看護職員を中心に医師と相談しながら取り組んでおり、理学療法士や作業療法士等の専門的なかわりは無い状況です。

レクリエーション

体操・カラオケ・書道・ぬり絵・活花・コンサート・ミュージックセラピー（音楽療法）等のレクリエーションメニューを用意し、利用者の希望に添って提供しています。ミュージックセラピーとして音楽療法に取り組んでいますが、利用者一人ひとりの計画書については作成していない状況です。

認知症高齢者への対応

認知症介護実践研修受講者を増やし、認知症ケア専門士を配置し、定期的に施設内研修を行うなど、認知症ケアの理解を深め専門性を高める取り組みを進めています。認知症専門医師との連携を図り、「認知症利用者への対応マニュアル」に沿って適切な利用者支援を行うよう努めています。時には対応困難な状況があっても、観察や記録を行い、チームワークを整えて、薬だけに頼らない利用者支援に取り組んでいます。

寝たきり予防

寝たきり予防について、個別にケアプランを作成し、利用者の希望に添って行事やレクリエーションにも参加できるよう、利用者の体力を考慮した離床計画を作成しています。また、起こしきりにならないよう、体調に合わせて臥床時間を決めています。臥床時には時間を決めて体位交換を行い、血流を良くすると同時に褥瘡の予防と合わせた取り組みをしています。

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。	

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。	b
-----------	---	---

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

■インターネットホームページを開設し施設概要、入所案内、利用料金等を分かりやすく表示しています。パンフレットは多世代交流センターに配置し、自由に持ち帰りができるようにしています。入所希望者には突然の申し入れであっても施設内を見学してもらうよう案内しています。
■サービス開始時には重要事項説明書を用いてサービス内容、料金等について口頭でも説明し、理解してもらえるよう時間をかけて対応しています。重要事項説明書等の資料や契約書の内容は、利用者にもわかりやすいように字を大きくする等の工夫をしています。
■利用者が退所する際には生活相談員が対応し、その後の行き先に合わせて引き継ぎ文書を作成しています。サービス終了時には、利用者・家族等に対し、その後の相談方法や担当者について口頭での説明をしていますが、手渡す文書等は作成していません。
■入所選考委員会は月1回程度開催し、選考基準に沿って重度化・独居等、優先度の高い順に受け入れをしています。第三者委員の参加はありますが、必ず出席しているとは言えない状況です。

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。	b
-----------	--------------------------	---

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。	b
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。	b

評価機関コメント

■自立支援については包括自立支援プログラムケアチェックを用いて、自立支援を意識した排泄介助、食事介助、車イスでの自操支援等に取り組んでいます。サービス実施計画策定時のアセスメント内容が一部確認できない状況があり、サービス実施にあたっては一部に利用者・家族等の同意サインが得られていない状況があります。

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紅葉の郷の入居者
調査対象者数	入居者名
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紅葉の郷を現在利用されている入居者104名を対象にアンケート調査を行いました。紅葉の郷の第三者委員の協力を得て、アンケート用紙をもとにした聞き取り方式で実施し、18名の方から回答がありました。（回答率17%）

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100%の満足度。

「ホームの総合的な満足度」
が90%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」
「職員に声を掛けやすい」
が約80%以上の満足度。

「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」
「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）」
が70%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紅葉の郷の入居者代理人
調査対象者数	104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紅葉の郷を現在利用している入居者の代理人104名を対象にアンケート調査を行いました。紅葉の郷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、60名から回答がありました。（回答率58%。）

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90%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」
「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）」
「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」
「ホームの総合的な満足度」
が80%以上の満足度。

「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」
が70%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紅葉の郷を過去1年間に利用を終了した入居者代理人
調査対象者数	44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紅葉の郷を過去1年間に利用を終了した入居者の代理人44名を対象にアンケート調査を行いました。紅葉の郷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、29名から回答がありました。（回答率66%。）

共通して満足度の高い項目として、
「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、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
「ホームの総合的な満足度」
が90%以上の満足度。

「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」
「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」
が80%以上の満足度。

「職員に声を掛けやすい」
「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）」
「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」
が70%以上の満足度という結果が出ています。

* 別紙報告書