

## 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 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	安達 弘（理事長・施設長）	
定員（利用人数）	104 名	
事業所所在地	〒 562-0015 大阪府箕面市稲六丁目11番20号	
電話番号	072 - 726 - 7700	
FAX番号	072 - 726 - 6600	
ホームページアドレス	<a href="http://www.hiiri.or.jp/">http://www.hiiri.or.jp/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:momiiinosato@hiiri.or.jp">momiiinosato@hiiri.or.jp</a>	
事業開始年月日	平成10年7月1日	
職員・従業員数※	正規 54 名	非正規 39 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士35名 介護支援専門員2名、医師4名 看護師・准看護師9名、管理栄養士2名 柔道整復師1名、介護職員初任者研修17名 認知症ケア専門士1名 認知症介護実践者研修修了者2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室27室、二人部屋4室、三人部屋3室、 四人部屋19室	
	[設備等] 食堂2、浴室3、調理室1、更衣室3、医務室1	

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

### 【第三者評価の受審状況】

受審回数	2 回
前回の受審時期	平成 26 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】

「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、法人訓の「和顔愛語」の精神で業務に取り組んでいる。運営方針としては、ご利用いただいている方々に「笑顔」がなければ、福祉施設としての使命を果たせていないと考えており、基本方針『五つのお約束「私たちは、いつも笑顔と優しい言葉で接します」「私たちは、ご利用者の想いを叶えるサービスを目指します」「私たちは、ご利用者本位の個別介護で生活を支援します」「私たちは、専門知識や技術の向上に努めます」「私たちは、地域の皆様から信頼される施設を目指します」』を掲げ、全職員が同じ方向に向かって活動していけるようにしている。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

### ①施設の設備について

御影石を使った外壁は重厚で高級感を感じさせる。  
ロビーは、高い天井と吹き抜けがホテルの雰囲気演出し、開放的でゆったりとした空間を創りだしている。また、定期的にコンサートも開催している。  
居室、廊下は基準以上のスペースを設け、圧迫感のないよう設計されている。  
24時間監視の空調機管理システムを行っており、電気使用量のチェックや異常があれば自動的にセンターに連絡されるようになっている。  
車イス自動洗車機を設置し、車イスの定期的な清掃を行っている。  
業者による日常清掃の他に年2回の全面ワックスがけを実施し、施設内の美化に努めている。  
平成23年に省エネ効率を高めるために、空調及び照明設備を入れ替えるとともに、平成26年には、ガス発電設備によるコージェネレーションシステムを導入した。

### ②ターミナルケアの実施

ご利用者・ご家族が最期まで施設介護を希望される場合は、全面的にターミナルケアを実施しており、オンコール体制を固めている。

### ③医療的ケアの実施

医療的なケアを推進し、胃ろう（現在8名）を受け入れると共に、早期発見・早期治療に努めている。

### ④口腔ケアへの取り組み

高齢者の健康維持・食事環境の向上には口腔機能の維持・向上が必要不可欠と考え、歯科衛生士を配置。入居者の口腔機能の維持・向上に向けて、歯科衛生士が定期的な口腔ケアを実施し、介護職員に対しても口腔ケアについての研修を月1回実施している。歯科衛生士が歯科医と連携をとることで、より効果的な口腔衛生の管理に努めている。

⑤食事を楽しんで頂くための取り組み

＜委員会＞

食事サービスを充実させるために毎月、委員会を開催し、メニュー、食器などの工夫に力を入れている。

＜誕生日会＞

・毎月第1週目の土曜日に行われる誕生日会には、天ぷらやサイコロステーキ、ちらし寿司などの祝い膳と、おやつ時には誕生日ケーキを提供している。

＜行事食＞

・必ず月1回以上は提供し、食事を楽しんで頂けるよう努めている。また行事日の雰囲気を感じて頂く為に、食堂の各テーブルに日にちとイラストを入れたカードを置いている。

[例：9月9日（重陽の節句）…菊寿司、10月13日（体育の日）…行楽定食、11月3日（文化の日）…赤飯・鯛の塩焼きなど]

＜食企画＞

・必ず月1回以上は各階で行ない、普段と違う昼食やおやつを楽しんで頂くようにしている。季節を感じるおやつとして、夏にはかき氷やスイカ割り、秋は焼きいも、冬はお鍋などの企画の他に、ご利用様が好まれる、お好み焼きやたこ焼きなどの料理も取り入れ、行なっている。

＜ご当地料理＞

・平成26年度より毎月1回提供し、いつもと違う料理を楽しんで頂くことや、故郷の料理を味わって頂けるよう努めている。

⑥介護予防の取り組み

毎月1回、ミュージックセラピーを実施し、地域の方に参加してもらっている。また、平成28年度にはミュージックセラピーハウスを構築し、カラオケ、映画鑑賞を通じて、介護予防に努めている。

【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29年11月28日～平成30年2月6日
評価決定年月日	平成30年2月6日
評価調査者（役割）	1601A052（運営管理委員） 0401A128（専門職委員） 1302A044（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紅葉の郷は、社会福祉法人ひじり福祉会が平成10年7月1日に開設し、19年目に入った施設です。交通至便で、千里中央駅から車で5分、清閑な住宅地の中に位置し、施設の横には竹林も残っている緑に囲まれた環境です。

建物は傾斜地を巧みに利用した4階建となっており、2階に玄関、事務所、通所介護、診療所、相談室、面談室、ロビー、ミュージックセラピーハウスがあり、3・4階が特養のフロアとなっています。ケアハウスが併設されています。

法人理念として「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」を掲げ、法人訓の「和顔愛語」の精神で取り組み、運営方針として「ご利用いただいている方々に『笑顔』がなければ福祉施設としての使命が果たせていない」との考えで取り組んでいます。

福祉サービスの質の向上への取り組みの積極性が姿勢に現れており、第三者評価は定期的に受審を行い、今回で4回目となっています。

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

### ◆特に評価の高い点

#### ■地域、関係機関、団体との連携について

箕面市の社会福祉連絡会をはじめ、施設連絡会、行政との連携、ボランティア団体などとの連携を大切にしていることは、高く評価できます。

#### ■運営方針に基づく利用者対応

「ご利用いただいている方々に『笑顔』がなければ福祉施設としての使命が果たせていない」との思いから、「5つのお約束」を掲げています。その中の1つに「私たちは、いつも笑顔と優しい言葉で接します」があり、施設内において、職員はもとよりボランティアの人達も笑顔と挨拶が利用者、来客にも自然な形で行われており、施設内の雰囲気がとても心地よく感じられます。

#### ■地域との連携、ボランティア活用、介護予防への積極的な取り組み

地域から500人のボランティアが「紅葉の郷」で活動されており、連携の絆が伺えます。また、中庭に設置されたミュージックセラピーハウスでは、カラオケ、映画鑑賞等が行われ、高齢者の青春時代のレコードが寄付等によりジャンル別に多数揃っています。次も利用したいとの思いや心の安らぎ場として活用され、地域住民への開放も行われ、施設が有する機能を地域に還元しています。

## ◆改善を求められる点

### ■委員会等の会議録について

組織として会議や研修の記録を資料と共に整理して残しておくことで、PDCAサイクルに基づく福祉サービスの向上につなげることが期待されます。

### ■人事考課のさらなる取り組み

職員は自己評価、業務遂行目標などを提出し、各部署の主任のコメントが記載されていますが、今後は客観性、公平性、透明性を確保するためにも、本人へフィードバックをすることで、キャリア形成につなげる努力が望まれます。

### ■マニュアルの整備と充実

マニュアルの見直しは行われていますが、見直した物、以前の物が混在している状況です。見直しの都度整備することが望まれます。また不適切な事案が発生した場合の対応はOJTなどで指導が行われていますが、把握の方法を含めたルール化が望まれます。

### ■研修記録の充実

研修は計画的に実施され、記録も残していますが、研修のレジュメのみで使用した資料の添付がないものがあります。参加できなかった職員へ周知する場合にレジュメのみでは理解不足となる恐れがあり、資料の添付が望まれます。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で4回目の受審となります。第三者評価を受審することは自施設の福祉サービスの水準を知る上で大切なことと思っています。ただ、前回と比べて調査項目や内容が厳しくなっており、同じサービスを提供していても評価が下がっていることに対して職員から疑問の声も上がっています。介護に携わるスタッフのモチベーションアップにつながるような評価内容について再考されることを切に希望します。

## ◆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>■法人の理念・基本方針を明文化して、ホームページ・施設パンフレットに明記するとともに受付や各フロアに掲示しています。利用者・家族等へは入所時に説明しています。事業計画書でも閲覧できるようにしています。</p> <p>■毎年4月の施設内研修では、施設長が講師となり法人訓・理念・基本方針・今年度の目標等を全職員で確認しています。</p> <p>■職員は毎朝、全体の朝礼と各フロアの朝礼で理念と基本方針を唱和しており、各職員が利用者と向き合う行動規範の基となっています。</p> <p>■年1回の家族懇談会で説明して周知しています。</p>	
		評価結果
Ⅰ-2 経営状況の把握		
Ⅰ-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅰ-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
(コメント)	<p>■大阪府社会福祉協協会老人施設部会豊能ブロック会議で全体の動向を把握・分析しています。また、箕面市保健医療福祉審議会委員、箕面市介護サービス評価専門委員に就任することで、高齢者保健福祉計画の策定動向と内容を把握しています。</p> <p>■毎月の経営者会議で利用者の推移や収支状況の把握・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>■経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備について、前年度の振り返りで現状分析を行い、具体的な課題や問題点を明らかにしています。</p> <p>■理事会において役員や監事間で経営状況や改善課題について共有しています。</p> <p>■法人内の取り組みとして、「あなたも社長プロジェクト」で各部署ごとに毎月の収支状況と課題について発表後、公認会計士より解決策の助言を受けており、具体的な取り組みにつながり職員にも周知しています。</p>	

		評価結果
I-3 事業計画の策定		
I-3-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-3-(1)-①	中・長期的なビジョンを明確にした計画が策定されている。	a
(コメント)	<p>■平成27年から平成31年の中長期計画において、理念や基本方針の実現に向けて、目標を明確にしています。</p> <p>■経営者会議で利用者の推移や収支について各部署の報告を受け、毎年3月の予算作成時に見直しをしています。</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>■法人の運営方針のもとに、各部署から出された具体的な数値目標などをあげて、中長期計画の内容を反映した単年度の事業計画を策定しています。</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。	a
(コメント)	<p>■4月の研修会で、施設長自ら当該年度の計画について説明を行い、職員に周知を図っています。</p> <p>■毎年1月～2月にかけて、各部署ごとに計画の実施状況の検証を行い、職員と協議した上で、次年度の事業計画を各部署の責任者（主任）が策定して経営者会議に提出しています。</p> <p>■事業計画書で前年度の振り返り、総括を行い、次年度の事業計画書の策定につなげています。</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>■事業計画書はロビーで閲覧できるようにしています。また、年に1回開催の家族懇談会においても、事業計画について各担当者から説明をしています。</p> <p>■今後、利用者や家族等へのわかりやすい説明や資料の工夫など、理解を促すための努力が望まれます。</p>	

		評価結果
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組		
I-4-(1) 質の向上に向けた取組が組織的・計画的に行われている。		
I-4-(1)-①	福祉サービスの質の向上に向けた取組が組織的に行われ、機能している。	b
(コメント)	<p>■事業計画及び事業報告書では組織的に評価結果分析を検討しています。</p> <p>■平成29年5月に施設独自の「サービスの満足度調査」を実施して運営委員会で発表し、評価結果の分析を行っています。今後、次年度の計画書に盛り込むことで組織として機能させていく予定です。</p> <p>■福祉サービス第三者評価を定期的に見直ししてサービスの質の向上に取り組み、組織として評価結果を共有していますが、今後はPDCAサイクルでの取り組みが望まれます。</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>■評価結果に基づく取組むべき課題を事業計画に反映させ、毎年定期的に見直ししていますが、一部不足している所もあります。今後は組織として状況に応じて必要な時に見直しをする努力が望まれます。</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>■施設長は運営方針と経営目標・方針について、会議等で表明し、4月の施設内研修で全職員に説明しています。</p> <p>■ホームページや広報誌（紅葉の郷だより）で施設長の役割や責任について表明しています。また、施設長として毎日現場を見まわり、状況の把握に努めています。</p> <p>■「土砂災害に関する避難確保計画」で不在時の体制について明確にしています。</p>	
Ⅱ-1-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。	a
(コメント)	<p>■施設長は役員研修や近畿老人福祉施設研究協議会等での研修を受講し、遵守すべき法令等を理解し、何かあれば契約している公認会計士に相談しています。</p> <p>■平成28年に施設内研修で職員全員にコンプライアンスに関する書籍を配付しており、職員に対して遵守すべき法令等の周知に取り組んでいます。</p> <p>■新規採用者にも入職時に同書籍を配付しており、平成29年4月の施設内研修では全職員が持参して受講しています。</p>	
Ⅱ-1-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
Ⅱ-1-(2)-①	福祉サービスの質の向上に意欲をもち、その取組に指導力を発揮している。	b
(コメント)	<p>■4月の研修（同じ内容を3回実施）で、福祉サービスの質の現状や課題について教育を行う中で職員一人ひとりに発言してもらうようにしています。</p> <p>■施設長は出張時以外は毎日施設内を巡回し、その都度の問題点や課題について運営会議や朝礼等で対応しています。今後は定期的に継続して評価・分析することが望まれます。</p>	
Ⅱ-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<p>■月1回の経営者会議において、経営の改善や業務の実効性の向上のために、財政、労務、人事等の把握と分析を行っています。</p> <p>■人事配置は事務長が責任者として、年に2～3回相談員と介護主任の意見を聞いた上で、経験年数や性別を考え、本人の希望も踏まえて行っています。</p> <p>■法人内の取り組みとして、「あなたも社長プロジェクト」で各部署ごとに毎月の収支状況と課題について発表後、公認会計士より解決策の助言を受けており、経営の改善や業務の実効性を高めています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■人材確保が顧客満足に、また職員満足につながることを基本として、今いる職員を大切にすることを考えとしています。また、離職した人材も「帰ってきたウルトラマン作戦」として大切にしています。</li> <li>■具体的な人材確保の計画はありますが、近年、新卒の採用が難しく、外国人の雇用についても、検討を重ねています。</li> </ul>	
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"> <li>■新人研修や4月の研修で期待する職員像を明確にすると共に、職員から意見や希望を聞いています。また6階層のキャリアパスを見ることで、職員自ら将来像を描けるようにしています。</li> <li>■全職員がヒューマンスキルや業務能力等について自己評価を行ない、直属の上司がコメントを記載していますが、全職員へのフィードバックの実施までには至っていません。今後は客観性、公平性、透明性を確保するためにも、本人へフィードバックをすることで、キャリア形成につなげる努力が望まれます。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■職員が働きやすい職場作りを心がけていますが、余裕のある勤務体制とは言えず、時間外労働縮小には取り組めていない状況です。定期的な職員の面談も実施できていませんが、各部署の主任が相談に乗るようにしています。</li> <li>■医師の指導の下に健康診断、インフルエンザ予防接種、ストレスチェックを実施しています。</li> <li>■平均勤続年数は約6年で、育児休業を年間2名が取得しており、8年、10年、20年の勤続表彰などの制度があります。</li> </ul>	
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"> <li>■事業計画書に「期待する職員像」として明記し、またキャリアパスを配付して研修しています。</li> <li>■研修の希望を踏まえ、職員一人ひとりの研修会出席票で計画を立てています。職員全員に面接はできていないため、今後は定期的に目標達成のための面接の実施が望まれます。</li> </ul>	
II-2-(3)-②	職員の教育・研修に関する基本方針や計画が策定され、教育・研修が実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■研修担当は主任相談員が窓口となり、同じ内容を3回行い、ほぼ全員が研修を受けています。</li> <li>■感染対策委員会、事故対策委員会等の各委員会で前年度の振り返りの中で研修内容を検討しています。介護技術の向上のための講習（修了書あり）を行っています。</li> <li>■感染防止の教育に関しては、箕面市立病院の認定看護師の協力を得て行っています。</li> <li>■今後、キャリアパスと年間の教育計画を連動させて定期的な見直しをすることが望まれます。</li> </ul>	

II-2-(3)-③ 職員一人ひとりの教育・研修の機会が確保されている。	b
(コメント) ■毎年4月の研修時に個人の研修出席票を配付して、出席した際には捺印して、職員の参加状況を把握しています。 ■階層別の研修は実施できていませんが、目標やテーマに沿った外部研修を奨励して、参加費や交通費等を施設で負担しています。 ■施設内研修は毎月同じ内容で3回実施して、できるだけ多くの職員が受講できるように配慮しています。	
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) ■介護支援専門員の実習を平成29年度から受けています。また、管理栄養士の実習も受けていますが、社会福祉士、介護福祉士等の実習はない状況です。 ■依頼があれば積極的に実習場所として受け入れる体制があると事業計画で明記しています。 ■社会福祉士と介護福祉士の指導に関する研修は行われていますが、管理栄養士の指導者研修は行われていません。今後は効果的な管理栄養士の体験実習となるように現場の職員への指導が望まれます。	

		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。	a	
(コメント) ■毎年度決算報告書をホームページに掲載しています。 ■収支計算書、予算書、監査報告書をロビーで自由に閲覧できるようにしています。		
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。	a	
(コメント) ■経理規程に基づいて公正かつ透明性の高い経営、運営に取り組んでいます。 ■公認会計士による外部監査を受けて経営改善しています。		

		評価結果
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"> <li>■ 外食の企画等は定期的実施しています。</li> <li>■ 必要時にボランティアの支援体制があります。</li> <li>■ 買い物など希望があれば、家族の協力を得て、送迎等をしています。</li> </ul>	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ボランティア団体「ナルクみのお」との協定を結び、年間延べ1800名を超える受け入れをしています。</li> <li>■ ボランティアコーディネーターを配置して活動が円滑に行われるようにしています。</li> <li>■ 学校教育に基づくボランティア活動、支援学校の職業体験に協力しています。</li> </ul>	
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ 平成29年4月に箕面市社会福祉法人連絡会が発足され、施設長が会長に就任しており、定期的に会議を行い連携しています。</li> <li>■ 箕面市社会福祉協議会と連携して地域とのネットワーク化に取り組んでいます。</li> <li>■ 箕面市立病院が開催する実務者会議や保健所が開催する施設内感染ネットワーク会議等に参加して連携に取り組んでいます。</li> <li>■ 運営会議や経営会議で関係機関との連携について情報の共有を図っています。</li> </ul>	
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。		
II-4-(3)-①	福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ ミュージックセラピーハウスを地域に開放しており、地域の高齢者やケアハウスの方々に提供し、音楽を通じて地域の介護予防に努めています。</li> <li>■ 法人が指定管理を受けている多世代交流センターでは市民セミナーを開催しています。</li> </ul>	
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"> <li>■ 箕面市SOS活動（認知症のためのセミナーや防犯カメラの設置）に協力しています。</li> <li>■ 地域にミュージックセラピーハウスを開放して、介護予防のための1拠点としています。</li> <li>■ まちの情報箱、ナルクみのお、箕面市社会福祉法人連絡会、池田市保健所感染ネットワーク等に参加しています。</li> <li>■ 箕面市立病院との連携を図り、医療、福祉のニーズを把握して地域貢献に関わる事業・活動を実施しています。</li> </ul>	

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)	<p>■利用者を尊重したサービス提供について、理念として明示し、標準的な実施方法にも反映させています。</p> <p>■利用者の尊重など基本的人権への配慮について施設内研修が行われていますが、状況の把握・評価と職員の理解度の確認を定期的実施することが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護等の権利擁護に配慮した福祉サービス提供が行われている。	b
(コメント)	<p>■プライバシー保護、虐待防止等について施設内研修を実施しています。また、外部研修にも参加しています。</p> <p>■トイレの出入口はカーテンで目隠しされていますが、男子トイレにおいて、カーテンが開いたままの状況を確認しました。カーテンの開け閉めの確認の方法やカーテン仕様の変更等が望まれます。</p> <p>■規定・マニュアルに基づいた福祉サービスの実施状況の確認や、不適切な事案が発生した時の対応について、OJTで周知や指導をしています。明確な仕組みが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	a
(コメント)	<p>■ホームページに、施設概要、入所案内、利用料金等が分かりやすく紹介され、パンフレットとともに見直しが行われています。</p> <p>■パンフレットは写真等を活用するなど誰でも分かりやすく、見やすいものとなっています。また、病院、居宅支援介護事業者へパンフレットを配布し、誰もが見れる所に設置を依頼しています。</p> <p>■急な見学にも柔軟に対応し、丁寧に説明しています。また、体験希望については、ショートステイ利用で対応しています。</p>	
Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
(コメント)	<p>■サービス開始・変更時には、本人・家族等へ丁寧に説明を行い、同意を得ています。また利用料金など制度の変更時には変更の同意書を作成し、同意を得ています。いずれも書面を残しています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者へは、入所時に家族等へ仕組みを説明するとともに問い合わせ時にも同様の説明をしています。</p>	
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
(コメント)	<p>■利用者が退所する時の対応は生活相談員が担当し、「在宅への復帰・他施設転入の支援手順」に基づき、退所後の引継ぎ文書を作成しています。</p> <p>■退所した利用者・家族等に対し、その後の相談を受け入れる内容の説明と文書を渡しています。文書には担当者と電話番号が明記されています。過去に相談を受けた事例があります。</p>	

Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。

Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■サービス満足度調査を平成29年度に初めて実施しています。次年度以降も継続して実施することが期待されます。その他、家族懇談会、介護支援専門員が施設サービス計画書同意依頼の時にアンケート(記名式)、カンファレンスなどで満足度の把握に努めています。</li> <li>■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。</li> <li>■ヒヤリングで分析・検討を踏まえた具体的な改善に至っていない部分があることを確認しました。まだ取り組めていない課題について、今後、改善に向けた取り組みが望まれます。</li> </ul>	

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"> <li>■苦情解決の体制が整備され、責任者、受付担当者、第三者委員2名が明確になっています。</li> <li>■第三者委員の名前、連絡先は重要事項説明書には明記されていますが、施設内の掲示物には連絡先の記載がありません。委員の承諾のもと記載が望まれます。</li> <li>■苦情の解決結果の公表については、利用者・家族等に配慮した内容で施設内に掲示されています。将来的にホームページ等への掲載が期待されます。</li> </ul>	
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"> <li>■重要事項説明書に、相談・意見の申出先として複数の相手と連絡先が明示されています。また、施設内のロビーには同様の内容が掲示され、意見箱の横にも相談窓口を掲示しています。</li> <li>■相談や意見を述べやすい環境として、面談室と相談室があります。また、意見箱も設置していますが、設置場所が開放されたロビーのため、他者の眼が気にならない場所等の検討が望まれます。</li> </ul>	
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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■相談・意見に対するマニュアルがあり、申出に対する対応記録もファイリングされています。</li> <li>■福祉サービスの質の向上に向けて、相談・意見の内容の分析と対策を行う会議体が存在し、迅速に対応し、福祉サービス向上への取り組みがなされています。</li> <li>■把握した相談・意見の検討に時間がかかる場合は、「いつまでに」の連絡を行っています。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■リスクマネジメントへの取り組みに関する指針、マニュアルを策定しています。</li> <li>■事故対策委員会を毎月開催し、事故発生時の対応、ヒヤリハットの分析と対応策の検討を行い、職員に結果を周知しています。</li> <li>■事故防止策の実施状況、実効性の評価・見直しは事故再検討委員会にて定期的に実施されています。</li> </ul>	
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"> <li>■感染症及び食中毒の対応についての指針・マニュアルが策定され、管理体制を明確にしています。また、指針・マニュアルに基づき、施設内研修が行われています。</li> <li>■箕面市立病院の協力を得て、感染症に関しての講習やアドバイス、施設ラウンドを実施してもらっています。</li> <li>■池田保健所が開催している施設感染対策ネットワーク会議に参加し、地域での感染症の情報を集め共有し、施設としての感染防止対策に役立てています。</li> <li>■感染症対策委員会を毎月開催しています。また、近隣で感染症情報があった場合には、臨時で委員会を開催し、発症防止に努めています。</li> <li>■マニュアルが策定されていますが、見直ししたものとされていないものが混在しています。整理が望まれます。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(5)-③	災害時における利用者の安全確保のための取組を組織的に行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■防災マニュアルが策定され、職員の連絡網が整備されています。</li> <li>■年1回の防災訓練、年2回の消防訓練が実施され、うち1回は消防署立ち会いのもとで実施されています。</li> <li>■立地条件等から地滑りに対する災害対策を策定し、箕面市に計画書を提出し、返答待ちとなっています。</li> <li>■災害発生時に全員が避難したかの確認を行う方法について、居室ドア等にシールを張り、避難した目印としていますが、複数の職員が避難誘導した場合、シールの残りを見てもどの居室がまだかを再度確認する場面が想定されます。シールに居室の名前を印字する等二度手間にならない仕組みの検討が望まれます。</li> <li>■食料、衛生消耗品の備蓄についてリストを作成し、責任者が決められ、毎月1回確認をしています。備蓄は3日分（主食・副食とも2種類あり）準備し、各フロアの備蓄庫に保管しています。常備薬についても備蓄品として保管することが望まれます。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(6) サービスに関する記録の開示を行っている。

Ⅲ-1-(6)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■サービスに関する記録の開示について、過去に規程に基づきキーパーソンへ開示を行った事例があります。また、キーパーソン以外での申出では断った事例もあります。</li> <li>■入所時に記録の複写物の取り扱いの説明を行うとともに、個人情報の取り扱いに関する同意書を提出してもらっています。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組みされている。

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されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■月1回入所選考委員会を開催し、指針に従って運営しています。入所選考委員会において透明性の高い会議運営の為に外部委員等の毎回の参加が望まれます。</li> <li>■入所選考に関わる指針はホームページに掲載していませんが、入所に関する相談があった際には指針を説明しています。今後は、入所選考に関する指針や説明等をホームページ等を活用し公表することが望まれます。</li> </ul>	

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

Ⅲ-2-(1) 提供する福祉サービスの標準的な実施方法が確立している。

Ⅲ-2-(1)-①	提供する福祉サービスについて標準的な実施方法が文書化され福祉サービスが提供されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■標準的な実施方法として入浴、排泄、食事などマニュアルが策定され、利用者の尊重、プライバシーの保護、権利擁護に関する姿勢が明示されています。</li> <li>■新入職員には入職時にマニュアルを配付し研修を行い、以後OJTにて周知徹底しています。ヒヤリングにおいて入職時に渡したマニュアルの更新ができていないと判断しました。職員に配付したマニュアルの更新が望まれます。</li> <li>■標準的な実施方法に基づいて実施しているかの確認方法について、自己評価シート、コンプライアンスチェックシートで確認するなど一部行われていますが、組織として明確な仕組みが望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ヒヤリングにより福祉サービスの標準的な実施方法の検証や見直しが行われていることが確認できましたが、見直しの時期や方法について仕組みの構築が望まれます。</li> <li>■標準的な実施方法の検証や見直しをする際に、個別的な福祉サービス実施計画の内容を反映させる仕組みがあることは確認できましたが、実際にマニュアルに反映するまでには至っていません。今後検討が望まれます。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設サービス計画書策定の責任者を設置しています。施設サービス計画書には、アセスメント、ケアカンファレンスを通じて利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示されています。</li> <li>■施設サービス計画に基づきサービスが実施されているかの確認は、日々のサービス記録、モニタリング等により介護支援専門員が把握しています。また、施設サービス計画書の更新時に家族等にアンケート(記名式)を実施し、施設サービス計画書への意向把握も行っています。</li> <li>■支援困難な事例に対しては、ケアカンファレンス、サービス担当者会議など部門間を横断した協議を行い、より良いサービス提供に向けた取り組みが行われています。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(2)-②	定期的に福祉サービス実施計画の評価・見直しを行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設サービス計画書の見直しについて、「施設サービス計画書作成手順」に時期・検討会議参加メンバー、利用者等からの意向把握の方法等が明示されています。また、職員への周知も手順に基づき行われています。</li> <li>■施設サービス計画書を緊急に変更した場合、業務に入る前に必ず確認する伝言ノートに添付するとともに、ミーティングで周知するなど徹底しています。</li> <li>■施設サービス計画書の評価・見直しにおいて、十分に提供できていないサービス内容と質の向上についての課題は把握できているものの、今後は標準的な実施方法への反映についても検討することが望まれます。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■新規利用者への介護サービス提供にあたって、法令に則り、多職種や家族参加による会議を実施しています。家族にもケア内容を十分に説明し、理解されています。</li> </ul>	

Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関する福祉サービス実施状況の記録が適切に行われ、職員間で共有化されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■パソコンで情報記録するシステムを活用し、職員は記録を閲覧することができます。</li> <li>■記録の書き方に差異が出ないように研修やOJTで指導されていますが、独り立ちまでの仕組みの構築が望まれます。</li> <li>■情報の周知について、パソコンのネットワークシステムの活用が考えられますが、確認したかどうかの情報を責任的立場の職員が把握する方法など運用の仕組みの構築が望まれます。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■個人情報保護規程に責任者が明示され、保管・保存・廃棄・漏えい対策等に関する事項も決められています。</li> <li>■個人情報の取り扱いについて、施設内研修にて周知徹底しています。パソコンでのデータの取り扱いも個人IDで共有的部分とアクセスできない部分が決められています。</li> <li>■ヒアリング、職員の面談を通じて個人情報の取り扱いが徹底されていることが確認できました。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■過去5年以上、身体拘束は行われていません。</li> <li>■身体拘束ゼロ宣言がなされ、行動制限の推進委員会を毎月開催し、職員への研修も行われています。また外部研修へも参加し、施設内での伝達研修が行われています。</li> <li>■設備面では、超低床ベッドの導入などに取り組んでいます。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(4)-②	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■金銭管理規程に基づき、希望に応じて自己管理できる体制があり、利用者等に説明しています。</li> <li>■預り金の収支状況は管理者が定期的に点検し、月ごとの利用料金請求時に明細書を付けて収支状況を家族等へ送付しています。</li> <li>■預り金の払い出し時には、受領書で利用者に金額の確認をとっています。</li> <li>■自己管理の可能な利用者への保管場所の整備が望まれます。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(4)-③	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■書道や生花、カラオケ等クラブ活動外部講師によるミュージックセラピー（月1回開催）、各フロア毎で行う食企画等の開催により離床対策が図られ、利用者の意欲が向上し、要介護状態が改善した事例があります。</li> </ul>	



## 高齢福祉分野【施設系入所サービス】の内容評価基準

		評価結果
A-1 支援の基本		
A-1-①	利用者一人ひとりに応じた一日の過ごし方ができるよう工夫している。	b
(コメント)	<p>■地域のボランティアによるきめ細かな活動で施設全体に活気がみられます。</p> <p>■利用者の状況に応じて排泄や食事などの支援を行っています。</p> <p>■地域のボランティアの協力により、書道、生花、カラオケ、ミュージックセラピー等多彩な活動が企画され、利用者は希望する活動にメニューに参加しています。</p> <p>■天気の良い日には敷地周辺を散歩したり、個別の希望に応じて送迎等の支援もを行っています。</p> <p>■本人・家族の希望もあり、ポータブルトイレをベッドサイドに常設している事例がありましたが、同室の他の利用者への配慮の観点からも、24時間シートの活用等で生活習慣を把握し、まずは日中から時間帯を決めた設置とするなど、ADL（日常生活動作）や生活環境の改善への工夫が期待されます。</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。	a
(コメント)	<p>■食事介助場面やクラブ活動場面の写真等の情報から、自然な会話がなされていることが確認できます。また難聴の利用者においても磁気メモボードの活用でコミュニケーションの配慮がなされています。</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>■利用者一人ひとりの身体状況に応じて、一般浴、特浴、シャワー浴のいずれかで入浴介助を実施しています。また入浴を好まない利用者に関しては入浴日を変更したり、対応する職員を替えるなどの対策がなされています。</p> <p>■入浴後のドライヤーを各階の食堂出入口付近で行われていますが、食堂環境への配慮から脱衣場付近で対応ができるよう検討することが望まれます。</p> <p>■浴室においてカーテン使用によりプライバシーは守られていますが、脱衣場にはカーテンはありませんでした。同性としてのプライバシーは保たれていますが、利用者一人ひとりのプライバシーへの配慮が望まれます。</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>■利用者の状況に沿って、トイレ誘導などの排泄支援を行っています。</p> <p>■トイレにエアコンを設置し温度管理に配慮しています。またL字バーや可動式手摺が設置されており、立位が不安定な利用者においても可能な限りトイレでの排泄を支援しています。</p> <p>■本人、家族の希望に沿い、日中もベッドサイドにポータブルトイレを設置している居室がありました。4人部屋を配慮するうえでも、たとえば24時間シート等のツールを活用することを検討されてはいかがでしょうか。ADLの改善や居室における生活環境の改善が期待できます。</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>■利用者の心身の状況に合わせて、リフトやスライディングボード、スライドシート等を活用しています。その他ベッドマット（4種類）や除圧効果の高いクッション、利用者が立ち上がると自動的にロックがかかる車椅子も施設で準備しています。</p> <p>■機能訓練指導員は利用者がクッションを使用する際、あてる位置をベッドサイドに写真で示し、職員誰もが同じように対応できる工夫をしています。また日常生活の中で移乗・移動動作を取り入れ定期的に評価しADLを維持できるよう配慮しています。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■褥瘡に関する研修は実施されていますが、状態の経過把握、家族への経過説明のためにも写真撮影を活用することが望まれます。</p> <p>■褥瘡対策委員会において、低栄養リスク判定に基づき栄養状態の確認と対応（栄養調整食品）等がなされています。</p>	

		評価結果
A-3 食生活		
A-3-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	b
(コメント)	<p>■選択メニュー（選択パン・選択食）・ご当地メニューを取り入れ、各都道府県の郷土料理を提供し、利用者の食事への満足度を高めています。</p> <p>■食事バイキング（海鮮丼・クリスマス料理・揚げたて天ぷら）等の食事への楽しみが実践されています。</p> <p>■食堂に必要なもの（ドライヤー等）が置かれています。食堂としての雰囲気作りが望まれます。</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>■食事前までの待ち時間、終了後の時間において数分間テーブルに前のめりのままの利用者が数人見受けられました。一人ひとりに対応できるような工夫が望まれます。</p> <p>■車椅子で食事をしている利用者への安全な姿勢への配慮など、食事介助において一人ひとりへの支援ができるよう工夫することが望まれます。</p> <p>■利用者のADLの維持・向上や食事を楽しむための支援として、食事の際には、できるだけ食堂の椅子に移乗することが望まれます。</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>■歯科衛生士による口腔ケアが非常に充実しています。口腔ケアに関する職員への教育研修内容も充実しています。</p> <p>■週2回、口腔体操が実施されていますが、誤嚥防止のために、日々食事の前に行うことが望まれます。</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>■入所時に、本人と家族に看取りに関する意向を確認し、定期カンファレンス時や本人が重度化した場合も改めて意向を確認した上で、看取り介護計画書に基づいて終末期ケアを実践しています。</p> <p>■その人らしい最後を望めるような環境、好きな音楽、アロマオイル等による安楽の為の支援等を取り入れ、特別養護老人ホームらしい生活の延長上の看取りに近づけるケアが望まれます。</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>■認知症ケア専門士を1名配置し、認知症介護実践者研修を2名の職員が修了しています。今後さらに、認知症介護実践リーダー研修・認知症介護指導者養成研修等の修了者等の体制を整え、認知症ケアの充実が望まれます。</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>■利用者の状況に応じて、居室の配置を工夫したり、居室内の飾りつけを行い、安心・安全に生活できるよう努めています。</p> <p>■構造上、長い廊下にもう少しの団らんスペースの工夫をすることで更に認知症の利用者が落ち着ける住まいとなるよう取り組みが望まれます。</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>■利用者の生活歴等の情報を大切にし、さりげなく会話の中に取り入れ、楽しく機能訓練をしてもらえるように配慮しています。</p> <p>■利用者の身近なところでの生活機能訓練ができる内容について、介護福祉士と機能訓練指導員との連携をさらに強化して検討し、生活機能向上のためのケアにつなげ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)	<p>■医療サービス実施マニュアルに基づき、介護職員→看護師→医師への連絡、また必要に応じて受診支援を行っています。</p> <p>■医療職である看護師から利用者の病態と服用する薬に関する研修が望まれます。</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>■各感染症のマニュアルを作成し、発生予防に取り組んでいます。</p> <p>■マニュアルの見直したものと以前に作成したものが混在している状況が見受けられました。マニュアルの整理が望まれます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■設備担当職員を定めるとともに、業者による定期点検を設け、利用者が快適に過ごせるよう配慮しています。</li> <li>■談話スペースの工夫が望まれます。</li> <li>■建物・設備チェックにおいてリスト作成と、誰もが同じ目線（尺度）で点検できるためのルール作りが望まれます。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■職員から家族に伝えたいことがある場合は相談員から連絡し、メールで情報を伝えることもあります。状況により、家に訪問したり役所に相談する場合があります。</li> <li>■施設行事の大きなイベントはもれなく家族に伝えたり、利用者の誕生日会への参加も積極的に促しています。</li> </ul>	

## 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	104名（うち回答可能な方14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（うち回答可能な利用者14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100%）

満足度の高い項目としては、

- （1）●「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、全員の方が「はい」と回答、
- （2）●「ホームは安心して生活できる場所になっている」  
●「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」  
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- （3）●「健康管理や医療面、安全面について安心である」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム紅葉の郷の入居者の代理人
調査対象者数	103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の代理人103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、72名の方から回答がありました。（回答率70％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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、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」  
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」  
●「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、
- (3) ●「職員に声を掛けやすい」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム紅葉の郷 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	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紅葉の郷を、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、20名の方から回答がありました。（回答率69％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「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、全員の方が「はい」と回答、
- (2) ●「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」  
●「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た」  
について、90%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「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」  
●「職員に声を掛けやすかった」  
●「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」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心できた」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、

という結果が出ています。

## 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
<b>居室</b>	●個室、2人部屋、3人部屋、4人部屋 等
<b>設備等</b>	●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