

**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 平成新高苑	
運営法人名称	社会福祉法人 平成福祉会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	渡邊 卓（理事長） 中尾 洋子（施設長）	
定員（利用人数）	100 名 ★ショート拜110名含む	
事業所所在地	〒 532-0033 大阪市淀川区新高4丁目15番25号	
電話番号	06 - 6397 - 0710	
F A X 番号	06 - 6397 - 6810	
ホームページアドレス	<a href="http://www.heiseifukushikai.com/care/home-nitaka/">http://www.heiseifukushikai.com/care/home-nitaka/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:niitakaen@heiseifukushikai.com">niitakaen@heiseifukushikai.com</a>	
事業開始年月日	平成15年4月1日	
職員・従業員数※	正規 42 名	非正規 34 名
専門職員※	社会福祉士2名、介護福祉士26名、 精神保健福祉士1名、介護支援専門員2名、 医師2名、看護師2名、准看護師5名、 管理栄養士2名、 介護職員実務者研修修了者1名、 介護職員初任者研修修了者2名、 訪問介護員養成研修2級課程修了者6名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室37室、三人部屋1室、四人部屋15室	
	[設備等] 食堂4、浴室1、調理室1、更衣室2、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】

### ■法人基本理念

相手への思いやりの心

### ■基本方針

1、入居者・利用者の基本的人権を守ります。  
ゆとりある安心した生活の確保と、個人の尊厳を重視したサービスを提供します。  
2、施設職員の資質向上を図ります。  
各施設では、入所者と利用者及びその家族からの多様なニーズに応えるため、日々知識や技術の向上に努め、お互いに協力し合って、ぬくもりのある、まごころサービスを提供します。  
3、地域との交流を図ります。  
地域との連携を基本とし、地域に開かれた施設として、介護教室などの介護相談会の開催や、夏祭りや地域フェスタといった季節ごとの行事を通じて、地域との交流を図るなど、連携を密にしています。さらに、区役所や学校等、関係機関との協力体制を図り、地域ボランティア活動の育成支援など、地域交流の拠点施設としての役割を担います。

### ■施設運営方針

- ・愛情と真心を込めた丁寧なサービス
- ・利用者、家族の気持ちを分かち合う心
- ・優しさの中にも厳しさ（客観的）をもつ
- ・個人の尊厳を重視する
- ・各自が法人の代表者であるという自覚を持つ

を実施するために職員ひとりひとりが連携を図り、優しさと温もりのあるサービス提供に心がかけます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

温泉を汲み上げており、保温力があり、温泉気分での入浴設備がある。

## 【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30年11月20日～平成31年3月26日
評価決定年月日	平成31年3月26日
評価調査者（役割）	0401A165（運営管理委員） 0901A027（専門職委員） 1601A052（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平成新高苑は、社会福祉法人平成福社会が運営する事業所のひとつで、平成15年4月に開設され、デイサービスセンター「陽だまりの苑」と居宅介護支援事業所「陽だまりの苑」が併設されています。阪急宝塚線「三国」駅から約500メートルの便利な高層住宅街で、新高中央公園に隣接した緑豊かで閑静な環境にあります。

定員100人（内ショートステイ10人）で個室と多床室があります。5階建ての建物で、居室は2～5階ですが、2階に天然温泉を引いた浴室があります。一方、居室には、トイレ、洗面台、ベッド、エアコンなど整備され、利用者が快適に過ごせるよう工夫されています。

法人理念「住み慣れた地域で、誰もが安心して暮らしていける社会」をもとに、施設運営方針「愛情と真心をこめた丁寧なサービス」「利用者、家族の気持ちを分かち合う心」などをあげて、個人の尊厳を重視したサービスの提供に努めています。施設内全てにおいて環境整備は徹底されて、清潔で汚れや臭いのないきれいな施設が保たれています。新高苑で最期を迎えたいという要望もあり、看取り体制の構築を期待します。

(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

#### ■身体拘束ゼロ宣言

身体拘束を行わないことを宣言し、身体拘束をなくしていくための取り組みを徹底しています。身体拘束廃止委員会を設置して、外部研修に参加すると共に内部研修「高齢者虐待・身体拘束について」の研修を実施しています。尚、内部研修に参加できない場合は、DVD視聴で確認できています。家族から転落防止のベット柵4点の設置を要望された場合には、身体拘束になることを説明して、低床ベットや転倒予防マットの使用などの工夫をしています。

## ◆改善を求められる点

### ■事業計画の充実

①事業計画は事業を運営するうえで基になるものであり、今年度の重点目標を具体的な数値を盛り込んで設定するなど内容の充実が求められます。②職員等の参画や意見の集約・反映のもとで策定されることにより理解が深まり周知にも繋がります。③利用者や家族へは、簡略版の作成や機関誌、ホームページなどで周知されることが求められます。④中長期事業計画は平成30年度までではなく次年度以降分の策定が望まれます。修繕計画や備品購入計画などを盛り込み、単年度事業計画との整合性を図る必要があります。

### ■法令遵守に関する周知徹底の強化

職員に対して、遵守すべき法令等を周知する具体的なしくみを確認できませんでした。コンプライアンスに関する市販の書籍を活用するなど、周知徹底の強化が望まれます。

### ■研修計画を次年度につなげるしくみづくり

研修計画により研修が実施されていますが、個人シートの活用が十分ではありません。また、計画に基づいた研修実施の評価、見直しにより、次年度につなげるしくみづくりが望まれます。

### ■施設機能の積極的な地域への還元

地域活動に、施設として積極的に参加することにより、福祉施設として果たすべき役割が見えてくると考えられます。施設機能を地域に還元する姿勢と活動の展開が望まれます。

### ■第三者委員の複数設置

現在、第三者委員は1名で、利用者から苦情や要望など聴き取っています。第三者委員は、苦情解決についての秘密性の排除と社会性・客観性の確保、利用者の立場に立った苦情解決のために設置されるもので、人数は複数が見られ、今後複数の人数の設置が望まれます。

### ■利用者満足度を把握する仕組み

サービスの質を高めるために、利用者満足度調査や家族アンケートなどを定期的の実施して、状況を把握し必要な対応を図る仕組みを整備することが望まれます。

### ■苦情解決の仕組み

苦情解決の仕組みについての説明は、入所時に留まらず利用者に分りやすい資料等を作成して配布、説明すると共に掲示されることが求められます。また、苦情内容及び解決結果などは、掲示したり、広報誌やホームページ等の苦情報告欄を設けて公表することが求められます。

### ■マニュアルの定期的な見直し

「規則等見直し規定」などを整備して、マニュアル・手順書などは、必要に応じて随時見直しと共に、少なくとも年1回、年度末の会議で見直すことをルール化し、記録することが望まれます。必要なマニュアル類や委員会の記録など整理して見直すことで課題が明確になり、改善につながると考えられます。

## ◆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た内容について、施設内の会議等また、幹部職員と共有し、話し合いを行い、まずできるところからの改善に向けて着手しています。

全体として、接遇面やご家族からのコメント等真摯に受け止め、「接遇サービス向上委員会」を発足し、検討と実施を行い、よりよい安心して生活できる環境づくりを目指して今後も継続的に行えるよう職員への周知徹底し取り組んでいきたいです。

## ◆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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■パンフレットやホームページ、事業計画書に記載され施設内に掲示してあります。</li> <li>■職員に理念・基本方針を記載した小冊子を配布したり、会議等で周知状況の確認する等、継続的な取り組みを期待します。</li> <li>■家族には契約時に説明をしているとのことですが、理念や基本方針を分かりやすく説明した資料を家族に配布する等の工夫が望まれます。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎週の利用率を確認し分析しています。</li> <li>■大阪市老人福祉施設連盟等から情報を収集し経営環境の課題を把握し、SWOT手法を使って分析がなされています。</li> <li>■地域の各種福祉計画の情報等を積極的に収集することにより、将来を見越した経営環境の把握が望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■月例会議で経営課題や問題点について検討しています。</li> <li>■経営状況や課題について理事会・評議会で周知しています。</li> <li>■経営課題の解決・改善に向けた具体的な取り組みを確認出来ませんでした。</li> </ul>	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■中長期計画が策定され理念や基本方針の実現に向けた目標が示されています。</li> <li>■経営課題や問題点の解決に向けての表記はありますが、具体的な数値目標を確認出来ませんでした。</li> <li>■中長期計画が平成30年度までしかなく次年度以降分の策定が望まれます。</li> </ul>	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■単年度の事業計画が中長期計画の内容を反映したものになっていますが、具体的な数値等を盛り込むことが望まれます。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■事業計画の内容が29年度と30年度で全く同じで職員の参画が確認出来ませんでした。職員の意見を反映して策定することが望まれます。</li> <li>■事業計画が事業報告書で評価されていますが、評価結果に基づいて見直す仕組みが求められます。</li> <li>■職員が計画の素案から参画することにより、理解が深まり周知にもつながります。</li> </ul>	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ロビーで掲示されている以外は、利用者や家族への周知が確認出来ませんでした。</li> <li>■家族には、現在休止になっている機関紙「笑みだより」を今一度発行するなどにより周知することが求められます。</li> </ul>	

		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>■業務の中で言葉遣いなどについて自己チェックを行い、リーダー会議等で報告・改善するしくみがありますが、PDCAサイクルに基づく取り組みは確認出来ませんでした。</p> <p>■今後は第三者評価結果を分析・検討して、福祉サービスの質の向上につなげる体制の整備が望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■今後は第三者評価結果を分析・検討して、福祉サービスの質の向上につなげる体制の整備が求められます。</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。	b
(コメント)	<p>■月例会議でリーダーには役割等を表明していますが、一般職員までは浸透していません。</p> <p>■年度初めの会議等で自らの役割と責任を出来る限り多くの職員に表明し、記録に残すことが望まれます。</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>■遵守すべき法令等について研修会に参加しています。</p> <p>■法人で弁護士や社会保険労務士と顧問契約があり、必要に応じて相談、解決するしくみがあります。</p> <p>■職員に対して遵守すべき法令等を周知する具体的なくみを確認出来ませんでした。</p> <p>■職員にコンプライアンスに関する書籍を配布する等、意識づけをする取り組みが望まれます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■福祉サービスの向上のため、外部講師による研修会を定期的を開催しています。</li> <li>■自己チェック表を活用し接遇マナーの向上に努めています。</li> <li>■職員の意見を反映する具体的な取り組み（サービス向上委員会を立ち上げ討議する等）が望まれます。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■幹部職員からの意見を参考にして働きやすい環境づくりに取り組んでいます。</li> <li>■経営の改善や業務の実効性の向上に向けての具体的な取り組みを確認出来ませんでした。</li> <li>■光熱費削減等、具体的に効果が数字に出る経営改善に指導力を発揮することを期待します。</li> </ul>	

		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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■必要な福祉人材の確保と育成に関する表記を確認出来ませんでした。</li> <li>■人材体制に関する組織図に基づいて月例会議等で必要確保人数は把握していますが、確保や育成に関する具体的な計画の確立が求められます。</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>■人事考課シートにより半年に1回個人面談を実施し、目標や進捗状況を確認しています。</li> <li>■面談の結果を評価・分析し改善につなげる体制づくりが望まれます。</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>■職員の勤務状況を把握し、超過勤務がコントロールされています。</li> <li>■育児休暇や時間短縮勤務等、子育てに配慮し、また有給休暇を取得しやすい風土が確立されています。</li> <li>■上司に相談できる体制がありストレスへのケアがなされています。</li> <li>■職員の希望による福利厚生充実が望まれます。</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>■理念・基本方針から「期待される職員像」が読み取れますが、目標管理のための仕組みが不十分です。</li> <li>■個別面談が年2回実施していますが、個人の目標について達成度が確認されていません。</li> <li>■個人の年間研修計画を基に達成度を確認し、次年度の計画につなげることを期待します。</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>■基本方針に「期待する職員像」が明示されています。</li> <li>■研修計画により研修が実施されていますが、個人シートが十分活用されていません。</li> <li>■策定された教育・研修計画に基づき実施すると共に、評価・見直しにより次年度につなげるしくみづくりが必要です。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■施設内研修が実施され、不参加の職員はDVDで確認するしくみがあります。</li> <li>■職員の習熟度に応じた研修や個別的OJTは実施されていません。</li> <li>■職員の知識、技術水準、専門資格取得目標に応じた教育・研修の機会を計画的に確保することが望まれます。</li> </ul>
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"> <li>■事業計画書に福祉サービスに関わる専門職の教育・育成に関する基本姿勢を明文化し、毎年、地域の商業高校介護科の実習生を受入れています。</li> <li>■介護過程については実習指導者が対応することが望まれます。</li> <li>■学校側のプログラムにより実習が実施されていますが、施設として受入マニュアルを整備することが望まれます。</li> </ul>

		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"> <li>■ホームページに法人理念・基本方針、提供する福祉サービスの内容が紹介されていますが、福祉向上のための取り組みの実施状況や苦情解決事例等は公表されていません。</li> <li>■WAMNETに財務諸表が公開されています。</li> <li>■ホームページだけでなく、地域に向けて事業所の情報を広報誌や印刷物等で公表することを期待します。</li> <li>■ホームページや広報誌等に第三者評価の受審結果や苦情解決事例を公表することが望まれます。</li> </ul>	
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"> <li>■経理規程等により事務・経理・取引等に関するルールは定められていますが、職員への十分な周知を確認出来ませんでした。</li> <li>■法人役員だけでなく外部監査等によるチェック体制の構築が望まれます。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域との関わりについて基本的な考え方は文書化され、毎年地域の祭りに参加しています。</li> <li>■活用できる社会資源や地域の情報が十分に提供されていません。</li> <li>■外部からの出張デパートが実施されています。</li> <li>■利用者のニーズに基づいて地域との交流を広げるために積極的な働きかけを期待します。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ボランティアの受入れや地域の学校への協力について基本姿勢が明文化されています。</li> <li>■毎年、幼稚園や小学校からのボランティアを受入れています。</li> <li>■個人情報保護の観点からも受入れマニュアルの整備が望まれます。</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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■大阪市老人福祉施設連盟に加盟し、情報収集や研修会に参加し、連携がとれています。</li> <li>■地域に関しては淀川区の施設連絡会に定期的に参加し情報交換がなされていますが、共通の問題に対して協同した取り組みがありません。</li> <li>■地域の関係団体について社会資源を明示したリストを作成し、職員間で共有することが求められます。</li> <li>■積極的に地域参加することにより福祉施設として果たすべき役割が具体的に見えてくると共に、実践することで地域での位置づけが評価されると考えます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■地域のボランティアを受け入れ、利用者との交流が図られています。</li> <li>■福祉施設の専門性を生かした講演会の開催や支援事業を実施し、地域に還元する姿勢と活動が望まれます。</li> <li>■福祉避難施設としての認識を職員間で共有し、災害時に対応できる体制（職員や避難住民の非常食の備蓄等）の構築を期待します。</li> <li>■積極的に地域参加することにより福祉施設として果たすべき役割が具体的に見えてくると共に、実践することで地域での位置づけが評価され则认为ます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■新高ランチ（総合相談窓口）で地域住民に対する相談事業が行われています。</li> <li>■把握した地域の福祉ニーズに基づいて積極的に事業・活動を実施することが望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■施設運営方針、施設運営基本方針に、個人の尊厳及び基本的人権について謳っていますが、職員が理解し実践するための取り組みは実践されていません。玄関ホールや各フロアに掲示したり、朝礼や会議などで職員に周知徹底するなどの取り組みが求められます。</p> <p>■基本姿勢については職員用マニュアルを整備していますが、個々のサービスの標準的な実施方法について明文化されいません。マニュアル整備が求められます。</p> <p>■「人権・プライバシー」研修は年2回実施されてますが、参加者が少ないのでご検討ください。</p> <p>■自己評価シートでは、接遇特に言葉遣いについて毎日自己評価しています。利用者満足度調査や家族アンケートなどを実施して、状況を把握し必要な対応を図ることが求められます。</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>■利用者のプライバシー保護に関しては職員用マニュアル内に文言はありますが、職員の理解が図られるよう明文化した規程を整備することが望まれます。</p> <p>■「人権・プライバシー」「高齢者虐待・身体拘束」について内部研修を年2回実施していますが、参加者が少ないので伝達研修などでの周知が望まれます。</p> <p>■利用者や家族へは入所時に重要事項説明書で説明しています。今後は家族会などを開催して取り組みについて周知することが望まれます。</p> <p>■個室・多床室がありますが、各室内にトイレを整備し、多床室はパーティションやカーテンでプライバシーを守れる環境が整っています。また、相談時や利用者と家族とゆっくり話することができるように面会室を整備しています。</p> <p>■不適切な事案が発生した場合の対応方法等については、本部賞罰委員会を整備し内部通報制度運用規定に明示しています。</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。	b
(コメント)	<p>■パンフレットやホームページでは、基本方針やサービス内容など詳しく紹介しています。また、介護情報誌に記載し、各居宅事業所にパンフレットを置いています。</p> <p>■体験入所、一日利用には対応していませんので、希望者にはショートステイの契約をしてもらいます。施設見学は相談員が対応し、希望者にはパンフレットを渡しています。ショートステイ用の資料（1日の流れ）を渡しています。パンフレットなどの情報は、法改正や料金改正時など適宜見直しを実施しています。</p> <p>■誰にでも分かりやすいよう拡大文字やルビ付けした重要事項説明書や、施設生活について写真や絵などを使用して説明した「生活のしおり」などの資料を作成して説明することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■福祉サービスの内容などの説明は主に家族に行い、利用者や家族の同意を得て経過を記録しています。</p> <p>■意思決定が困難な利用者への配慮については、特にルール化されていません。意思決定が困難な場合、成年後見人を申し立てる(4名利用)など、相談員は共通認識を有していますが、ルール化され、適正な説明、運用が図れることが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■入院や福祉施設の変更、家庭へ移行する場合は、必要に応じて看護サマリーや利用者情報提供書を渡して引き継ぎを行っています。長期入院による退所の事例があります。</p> <p>■退所時には、相談員は窓口として名刺を渡していますが、相談方法などを説明した文書は渡していません。利用者や家族が安心して相談できるように、相談方法を説明すると共に引き継ぎ文書を渡すことが望まれます。</p> <p>■サービスが継続できるように施設入退所のマニュアル(フローチャートや手順書など)を整備して、マニュアルに沿って支援することが望まれます。</p>	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	c
(コメント)	<p>■栄養士は給食の嗜好調査(年1回)を実施して、給食委員会で結果を分析・検討して、利用者満足の向上に努めています。利用者満足に関する調査は3年前は実施していましたが、現在は実施していません。</p> <p>■利用者満足を把握し、その結果を分析・検討して改善につなげる仕組みを確立することが求められます。</p> <p>■利用者満足に関する調査の担当部署として委員会を設置したり、満足度を把握するために利用者会や家族会を開催するなど、組織的に福祉サービスの改善に向けた取り組みが行われることが求められます。</p>	
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。	c
(コメント)	<p>■苦情解決の体制を整備しています。第三者委員は1名ですが、社会性・客観性の確保のために複数の設置が求められます。</p> <p>■苦情受付窓口などについて重要事項説明書に記載し入所時に説明すると共に事務所横に掲示しています。</p> <p>■苦情記入カードは意見箱と一緒に設置し、苦情記入カードの配布やアンケートは実施していません。</p> <p>■苦情内容は苦情受付票に記入し、検討内容や対応策など解決まで記録すると共にPC内に保管しています。苦情内容及び対応策・解決結果等は利用者や家族等にフィードバックしていますが、公表は行っていません。</p>	
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)	<p>■重要事項説明書に相談・苦情の担当者を記載し、日常的にケアマネジャーや相談員が対応していますが、相談相手や方法をわかりやすく説明した文書は作成していません。</p> <p>■1階に面談室を設けて相談や意見を述べやすい環境を整備しています。</p> <p>■分かりやすい文章の作成と共に施設以外の人に相談したり意見を述べたりできるように第三者委員の名前や写真、訪問日など記載したポスターや担当職員の写真を掲示するなどの工夫が望まれます。</p>	

	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)	<p>           ■利用者からの相談や意見等についても相談・苦情・事故フローチャートに沿って対応していますが、フローチャートの見直しは行っていません。            ■職員は日々の福祉サービスにおいて相談や意見、苦情を聞き取り、管理者に報告しています。把握した内容を分析し、速やかに対処しています。また、第三者委員には毎月の訪問時に報告しています。            ■意見箱は、1階事務所横に設置していますが、利用者や家族が使いやすい設置場所についてご検討ください。            ■マニュアル等の見直しは年度末に実施するなどのルールを設けて定期的な実施し記録することが望まれます。         </p>	
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)	<p>           ■リスクマネジメント体制が構築され、責任者、事故対策委員会が設置されています。            ■事故発生時対応マニュアルを整備し、内部研修では事故対策委員会主催のリスクマネジメント研修を年2回実施すると共に外部研修を受講しています。            ■事故対策委員会議を月1回開催して、ヒヤリハット報告・事故報告の分析と再発防止策・改善策について検討し実行しています。安全確保策の実施状況や実効性の評価・見直しは随時実施していますが、月1回以上定期的な実施することが望まれます。         </p>	
	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)	<p>           ■感染予防委員会を設置し、医務を中心に感染症対策の管理体制が整備されています。            ■感染症マニュアルを作成し、委員会主催の研修・勉強会が開催されています。また、委員会リーダーや栄養士は外部研修を受講しています。            ■感染症の予防策として、インフルエンザの発生時期に合わせてマスク着用、うがい・手洗いの励行を呼び掛け周知徹底させ、各フロアにはノロウイルス処理用キット（次亜塩素酸ナトリウム水溶液や手袋、ゴミ袋など）を設置しています。            ■感染症マニュアルの見直しの確認はできませんでした。マニュアル等の見直しは年度末に実施するなどのルールを設けて定期的な実施し、記録することが望まれます。         </p>	
	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>           ■火災、台風、地震などの災害時の緊急連絡網や避難ルートなど災害対応表は、各フロアのスタッフルームに掲示しています。防災訓練実施計画書に基づき消防訓練は年2回実施しています。            ■利用者及び職員の安否確認の方法が決められ、全職員に周知されています。            ■備蓄の管理者は栄養士で、河川に近いため水害を想定して5階に備蓄を整備しています。リストは作成できていませんでしたが、水と食料を3日分（利用者用）を備蓄していることをヒアリングで確認しました。利用者と職員の3日分の食料に加え、常備薬など必要なものを洗い出して備蓄リストを作成して整備されることが望まれます。         </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>■介護記録の開示について、契約書、重要事項説明書に記載し、入所時に説明しています。</p> <p>■開示を求められた場合のルールなど定めていませんが、上司に相談して開示しています。これまで、キーパーソンからの開示請求の実績があります。</p> <p>■情報開示を求められた場合の開示対応方法マニュアルやフローチャートなどを作成し、その手順に沿って開示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。	b
(コメント)	<p>■大阪市入所選考指針に基づいて入所選考委員会を設置し、生活相談員、介護リーダー、ケアマネジャー、看護師で構成しています。</p> <p>■毎月1回会議しており、メンバーの出席が少ない時に書面会議をしています。</p> <p>■入居案内資料等、わかりやすく作成していますが、今後ホームページ等で公表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。	c
(コメント)	<p>■職員用マニュアルを各フロアのスタッフルームに設置しています。尚、一日の業務の流れなどの業務手順は整備されていますが、食事・入浴・排泄などの支援方法や留意点などの標準的な実施方法は整備されていません。</p> <p>■介護リーダーが1か月間マンツーマンで個別指導していますが、実施されているかどうかを確認する仕組みはありません。</p> <p>■標準的な実施方法を定め、一定の水準、内容を保ったうえで、個別の対応を行うことが必要です。実施するサービスの標準的な実施方法の文書化（マニュアル）が求められます。また、組織として実施されているかどうかを確認する仕組みを整備し、そぐわない場合の対応方法も定めることが求められます。</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。	c
(コメント)	<p>■マニュアルの見直しは、必要に応じて行い改定していますが、改定日は記載していません。標準的な実施方法について、食事・入浴・排泄など介助の種類ごとのマニュアルが整備できていないため、Ⅲ-2-(1)-①と同じ評価になります。</p> <p>■マニュアル・手順書などは、必要に応じて随時見直すと共に、少なくとも年1回、年度末の会議で見直すことをルール化し、記録することが求められます。また、その際に利用者、家族、職員の意見が反映できる仕組みになっていることが求められます。</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)	<p>■施設サービス計画書（ケアプラン）策定の責任者はケアマネジャーで、包括的自立支援プログラム・ケアチェック表を用いてアセスメントを行い、担当介護職員と協議してケアプランを作成しています。看護師や管理栄養士には、必要に応じて意見を聞いています。利用者・家族の意向を把握すると共にサービス計画について説明して同意の署名を受けています。</p> <p>■サービスの実施状況は、身体状況や生活状況などと共にケース記録のチェック欄に毎日記録し、毎月モニタリングを実施しサービスの実施状況を確認しています。</p> <p>■支援困難ケースへの対応についても、利用者の意向を尊重した支援を実施していることをケース記録で確認しました。</p> <p>■ケアプラン策定に際してはケアプラン作成要領手順などを定めて、それに沿って作成することが望まれます。ケアプラン策定のためのアセスメントの手順やサービス担当者会議の開催、利用者の意向把握と同意を含んだ手順などを定め文書化することが望まれます。サービス担当者会を開催して生活相談員や介護職員の他に必要に応じて看護師、管理栄養士、機能訓練指導員など関係職員と共に利用者本人や家族が出席し協議することが望まれます。</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。	c
(コメント)	<p>■毎月のモニタリングと共に6ヶ月に1回アセスメント票で評価し、ケアプランの見直しを実施しています。見直しに際し担当介護職員とケアマネジャーが協議し、必要に応じて看護師や栄養士から意見を聞き取っています。尚、緊急に変更が必要な場合は、看護師や栄養士など関係職員も参加してケアカンファレンスを行っています。利用者や家族の意向を聴き取り、ケアプランの内容を説明し同意の署名を受けています。</p> <p>■ケアプランの変更内容はパソコンネットワークで伝達し、フロア職員には申し送りや連絡ノートで引き継いでいます。</p> <p>■ケアプランの更新や緊急に変更が必要な場合について、組織として決定した手順と関係職員への周知方法などが明示されることが求められます。また、ケアプランの評価・見直しにあたっては、標準的な実施方法に反映すべき事項や困難なケースなどサービスの質の向上に関わる課題等が明確にされることが求められます。</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>■入所選考の時からフロアの介護リーダーも参加しており、入所の前段階で家族を含めて医師、看護師等面接しており、入所直後にケース検討会を行い、サービス計画を作成しています。</p> <p>■担当者や他の職員には申し送りノートを活用して共通認識できるようにしています。</p> <p>■認知症の入居者が約40%おられ、月に2回は精神科の医師の診察があり、専門的な指導を受けています。</p> <p>■すべての利用者に定期的に日常生活動作能力、心理状態、家族関係、生活態度などの調査を行い、利用者個々に合った支援、サービスの実施が望まれます。</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>■ケース記録はパソコンで管理し、サービス実施内容や利用者の身体状況、生活状況等、毎日記録されています。「記録の書き方」について内部研修を行い、参加できない場合はDVDで伝達研修できます。また、フロアリーダーは記録管理や記録の内容・書き方など日常的に個別指導しています。</p> <p>■情報の共有化については、月例会議、リーダー会議、フロア会議と共に各委員会会議を月1回開催し、全体の申し送りを毎日朝夕実施しています。各フロアでの連絡事項（緊急事項やケアプランの変更、注意点など）は、白板や伝達ノートで職員間の情報共有を行っています。また、パソコンでの情報共有が確実にできるように操作手順書を整備し、各フロアにはタブレットパソコンを2台ずつ設置して、クラウドで連絡事項を伝達しています。</p> <p>■パソコン管理へ移行中とのことでしたが、サービス実施計画にもとづくサービスが実施されていることをケース記録により確認することが困難でした。利用者の個別ファイルを整理することが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■就業規則、運営規則で記録の管理に関する規定を定め、責任者は介護主任が行っています。ケース記録などの個人情報施錠できる書庫に保管し、パソコンはアクセスやデータの持ち出し禁止などのルールを定めて管理しています。</p> <p>■記録の管理の研修内容は確認できませんでしたが、「記録の書き方」の研修で個人情報の取扱いについて研修しているとヒアリングで確認しました。職員に個人情報の管理について入退職時に説明すると共に署名を受けています。</p> <p>■重要事項説明書に個人情報の利用目的を規定し、利用者や家族に個人情報の取扱いについて説明し、同意書に署名を受けています。</p> <p>■「記録の書き方」の研修は平成29年度は実施されていますが、平成30年度の計画はありませんでした。個人情報保護と情報開示の観点から記録の管理について研修を年1回以上実施し、参加率は50%以上（複数開催や伝達研修を含め）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。

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)	<p>■重要事項説明書、契約書で身体拘束を行わないことを謳っており、これまで身体拘束の事例はありません。身体拘束廃止委員会を設置して、身体拘束をなくしていくための取り組みを徹底しています。家族から転落防止のベッド柵4点の設置を要望された場合には、身体拘束になることを説明して、低床ベッドや転倒予防マットの使用などの工夫をしています。</p> <p>■外部研修に参加すると共に内部研修「高齢者虐待・身体拘束について」の研修を実施しています。尚、内部研修に参加できない場合は、DVD視聴で確認できています。</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。	非該当
(コメント)	<p>■預かり管理はしていないため、非該当。</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。	c
(コメント)	<p>■機能訓練指導員として看護職員を配置して介護職員と連携して日常の離床対策を行い、寝たきり防止に取り組んでいますが、食堂での車いすから椅子への移動は見られませんでした。</p> <p>■リハビリの実施記録からは、ラジオ体操、口腔体操、タオル巻き体操などが毎日行われています。</p> <p>■四肢拘縮のある方などについては、デイサービスの機能訓練指導員の指導を受けています。</p> <p>■今後は、更に機能訓練指導員との連携による取り組みで、個別に計画的に継続した実施が求められます。</p>	

## 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"> <li>■フロアごとに同じ時間に排せつ介助などせざるを得ないところもありますが、特に24時間シートを使い排泄の状況を観察して、本人の状況を把握しています。</li> <li>■四肢マヒや拘縮のある利用者に自助具などを使用してもらい、本人の状況に合わせて食事がとれるように工夫しています。</li> <li>■フロアごとに企画して、習字、パチンコ、ブロック、脳トレなど少しでも趣味や興味のある事に対応するようにしています。</li> <li>■家族は1日に多くて10人ぐらいの来所です。ボランティアの活用をしていないため、今後検討を望みます。</li> </ul>	
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"> <li>■できるだけ見守りなども目線を同じにしています。またスタッフもフロア内で過ごしいつでも話しかけやすいように時間帯で対応しています。</li> <li>■生活相談員やケアマネジャー、栄養士もフロアに出て、コミュニケーションを図っていますが、利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションとなることが望まれます。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■入浴の担当職員を決めており、浴室の入浴表で確認と把握をして、感染症の方の入浴は最後にするなど調整しています。またスキンケアについては、看護師の担当が入り対応しています。</li> <li>■水分補給については10時と14時30分に、また入浴後にティータイムを設けています。</li> <li>■入浴日の変更や、希望により清拭を行っています。</li> <li>■脱衣室の室温管理は中央で管理しており、脱衣後は保温のためバスタオルで覆うなど配慮しています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■日中はできるだけ自立に向けて、リハビリパンツやパッドの使用で経過観察するようにしています。</li> <li>■皮膚の状態観察を行い、必要時や洗浄の時間を決めて塗り薬や保湿液を使用しています。</li> <li>■尿意や便意の訴えやおむつ交換の要望にすぐ応えられず少し待ってもらう場合もあり、排泄の自立に向けて一人ひとりに対応できていないため、今後必要な方に支援できるように計画的に進めていくことを望みます。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■居室内のベッドの配置転換を行い、立位可能な限りトイレでの介助を行うようにしています。</li> <li>■車イスが体に合っていない方にはクッション等で工夫をしていますが、できるだけ専門の業者等の協力を得て本人の自立の妨げにならないような対応が望まれます。</li> <li>■福祉用具の点検に関して日常は事務職が対応していますが、年に数回は専門の業者の定期点検を依頼して、福祉用具点検表に記録を残すことを望みます。</li> <li>■職員の負担軽減のためにも、介護リフトの検討なども望まれます。</li> </ul>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■早期発見のため入浴時の皮膚の観察に努めて、予防の패드やエアーマットを使用しています。</li> <li>■病院を退院したら褥瘡ケアを重点的に行い、処置や経過観察しています。</li> <li>■毎月の褥瘡委員会で、5～6人の方の対応を検討しています。食事の状況や採血の結果など医師、栄養士、看護師で検討して対応しています。</li> </ul>	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎月の行事食ではできるだけ旬の食材で提供するように給食委員会（業者も参加）で話し合い、季節感のあるものを提供しています。</li> <li>■食事の選択制には取り組めていませんが、パンやご飯の選択は最初に確認しており、栄養士はフロアをラウンドしてすききらいのチェックをしています。</li> <li>■食堂の雰囲気づくりでは、音楽をかけたりしていますが、席はある程度固定しています。</li> </ul>	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■利用者の嚥下能力に関しては訪問歯科の歯科衛生士の協力を得て、毎週水曜日に嚥下体操とテストを行い、状況に合わせた食事を提供しています。</li> <li>■食事の形態についても、利用者の体調に合わせて管理栄養士と看護師が相談して柔軟に対応しています。</li> <li>■栄養ケアマネジメントなどで定期的に医師等とカンファレンスを行い、家族とも相談して計画的に経過を観察して対応しています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■毎週水曜日に外部からの派遣で歯科衛生士が口腔ケアを実施しています。</li> <li>■職員に対しての研修は、行われていません。歯科医から提供されたスポンジやガーゼを用いて職員に周知していますが、今後は分かりやすい研修の資料などを作成して研修を実施することを望みます。</li> </ul>	

		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>■現在は施設での看取りはしていませんが、急変時対応マニュアルは整備され、急変時の医療機関との連携も取れています。</p> <p>■施設での看取りを希望する方は多いので、施設全体で研修を実施して、今後の課題として将来的には取り組む事を望みます。</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>■精神科の医師との連携の下、症状に合わせたケアや生活上の支援をしています。</p> <p>■グループでの体操や、塗り絵、手遊びなど工夫した活動をしてはいますが、今後は、計画的に一人ひとりに応じた支援や活動を望みます。</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>■居室等の場所については、個人名で書き、矢印などで工夫し、またトイレの表示やナースコールの位置など利用者に分かりやすいように工夫しています。</p> <p>■危険物については施錠して管理していますが、ガーゼを異食されたことがあり、危険がないように、その都度工夫しています。</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>■機能訓練のプログラムについては、一部の方については、担当の看護師により作成しています。</p> <p>■日々の動作の中で意図的な機能訓練、介護予防については、計画的に行われていないので、今後は介護職員と共に取り組むことが望まれます。</p> <p>■ラジオ体操やリズム体操など担当の看護師が指導していますが、今後は法人内の理学療法士との連携で更に強化することを望みます。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■15年間の間に突然死は1件ありましたが、AED使用法等緊急時対応研修を実施しており、その後は救急搬送で対応できています。</li> <li>■看護師のオンコール体制は整備していませんが、体調変化時には早急な対応として、申し送りの際に個別の対応手順の確認をしています。</li> <li>■体調変化時の各利用者の救急搬送先と連絡先表を各ファイルにまとめています。</li> </ul>	
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"> <li>■感染症予防について、マニュアルを周知し、スローガンの中で重点課題として掲示しています。</li> <li>■各居室に洗面台があり、職員は消毒液を所持しています。</li> <li>■インフルエンザ等の季節には、面会者に対しても消毒やマスクの着用について掲示しています。</li> <li>■今後は、職員の健康管理について、出勤時に確認するなど、組織としての体制作りが望まれます。</li> </ul>	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■各フロアの職員により定期的に設備の点検をしています。</li> <li>■事務が中心になり、修繕委員会を発足して、修繕箇所について把握して、修繕に向けて検討しています。</li> <li>■施設長、事務員、幹部職員で随時施設内の点検をしています。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■面会時や必要時に電話連絡して、定期的にコミュニケーションを図るようにしています。</li> <li>■必要物品などの連絡や家族からの要望などケアマネジャー、生活相談員と連携を図り対応しています。</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平成新高苑の入居者
調査対象者数	90名（うち回答可能な方50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平成新高苑を、現在利用されている入居者90名（うち回答可能な利用者50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、50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) ●「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」  
●「健康管理や医療面、安全面について安心」  
について、70%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」  
●「職員に声を掛けやすい」  
●「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、60%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平成新高苑の入居者の代理人
調査対象者数	50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平成新高苑を、現在利用されている入居者の代理人50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、30名の方から回答がありました。（回答率60%）

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」  
●「職員に声を掛けやすい」  
●「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、70%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」  
●「職員は、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」  
●「ホームの総合的な満足度」  
について、60%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平成新高苑 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	10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平成新高苑を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人10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、5名の方から回答がありました。（回答率50%）

満足度の高い項目としては、

- 「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、60%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