

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 平成みなと苑	
運営法人名称	社会福祉法人 平成福社会	
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） 阿川 正和（施設長）	
定員（利用人数）	140 名 ★30-75110名含む	
事業所所在地	〒 552-0007 大阪府大阪市港区弁天2丁目8番16号	
電話番号	06 - 7502 - 0607	
FAX番号	06 - 4395 - 6207	
ホームページアドレス	<a href="http://www.heiseifukushikai.com/minatoen/">http://www.heiseifukushikai.com/minatoen/</a>	
電子メールアドレス	<a href="mailto:minatoen@heiseifukushikai.com">minatoen@heiseifukushikai.com</a>	
事業開始年月日	平成25年12月1日	
職員・従業員数※	正規 67 名	非正規 15 名
専門職員※	介護福祉士34名、介護支援専門員2名、 理学療法士1名、医師2名、看護師3名、 准看護師4名、管理栄養士1名、 介護職員初任者研修修了者30名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室140室	
	[設備等] 食堂14、浴室8、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

住み慣れた地域で、誰もが安心して暮らしていける社会。  
それは、私たちすべての願いです。

### ■法人基本方針

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あらゆる介護の相談等を実施しています。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。

### ■施設基本方針

1) 地域福祉の推進

私たちは、地域との交流と連携を深め、全ての人の「しあわせ」を考えた地域を目指します。

2) 個人の尊厳と利用者主体のサービスの提供

私たちは、すべての人の尊厳を尊重し、常に利用者の立場に立って、自分らしさの実現を支援します。

3) 法令の遵守

私たちは、法令を遵守して、社会に信用される法人であり続けます。

4) 人材の育成

私たちは、福祉に従事する専門職としての自覚を持ち、想像力と向上心を発揮する職員の育成に努めます。

5) 職場環境の充実

私たちは、心身共に健康で、安心して長く働ける職場環境を作ります。

※職員ひとりひとりが連携を図り、優しさや温もりのあるサービス提供に心がけます。

## 【施設・事業所の特徴的な取組】

①エントランスが広く、室内は開放感があり、明るい。

②季節ごとの行事やボランティアによるレクリエーションが充実している。

(豆まき、夏祭り、クリスマス会、敬老会)

(ボランティアによる歌体操、津軽三味線、ギター演奏 1回/月)

**【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12月6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

平成みなと苑は、社会福祉法人平成福祉会（平成15年設立）の2番目の特別養護老人ホームとして平成25年12月に開設されました。弁天町駅から約800メートルで、安治川に近く静かな環境にありながらも近隣にはスーパーマーケットやホームセンターなどがあり便利な場所にあります。

玄関ホールは広々として開放感があり、施設内全てにおいてゆったりした雰囲気の中で明るく清潔な環境が整備されています。定員140名（ショートステイ10名含む）で全室個室です。9階建ての建物で、居室は2～8階ですが、10名ずつのユニットケアを導入し家庭的な雰囲気でも過ごすことができ、清潔できれいな環境が保たれています。各階に浴室（一般浴と機械浴）を設置し、トイレは各ユニットに3室が設置されています。一方、居室は広く、洗面台、ベッド、エアコンなど整備され、利用者が個人の好みで快適に過ごせるよう工夫されています。

「住み慣れた地域で、誰もが安心して暮らしていける社会であるように日々努力し続ける」を基本理念として、個人の尊厳を重視し、まごころサービスを提供しています。また、開設以来から勤務している職員が多く、利用者、家族と馴染みの関係を築いています。職員自らが人柄のレベルアップをすることで、利用者が安心して楽しく過ごせるよう生活支援に努めています。利用者から要望もあがっている看取り体制が構築されて、さらに福祉サービスの向上が図られることを期待します。

(注)判断基準「abc」について、(a)は質の向上を目指す際の目安となる状態、(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

#### ■環境整備・美化活動

施設全てにおいて、明るく清潔で整理整頓された環境整備が徹底されています。各階のエレベーターホールには、季節の飾りつけと共に利用者の写真を掲示したり、応接セットを設置してくつろげるように設え（しつらえ）を工夫しています。食堂、トイレ、居室など、いつでも清潔で、汚れや臭いのないきれいな状態を維持されています。

#### ■身体拘束廃止に向けた取り組み

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。身体拘束委員会を設置して、2か月に1回会議を開催しています。委員会では身体拘束・虐待を無くしていくための取り組みとして、自己点検シートを作成して各フロアに設置しています。身体拘束の廃止をテーマとする内部研修を実施すると共に、外部研修にも積極的に職員を派遣しています。

## ◆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。

### ■労働環境の改善

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しています。今後は、職員の希望による福利厚生充実、また介護機器の導入等、スタッフが安心して長く働くために、さらなる労働環境の改善が望まれます。

### ■ボランティアの活用

ボランティアを含めて、地元のマンパワーを活用することが、施設のPRにもなり、人材確保や利用者獲得につながります。ボランティア受け入れマニュアルを整備し、ボランティアの活用を図ることが望まれます。

### ■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、人数は複数望ましく、今後複数の人数の設置が望まれます。

### ■利用者満足を把握する仕組み

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実施して、状況を把握し必要な対応を図ること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、記録することが望まれます。

### ■看取り体制の構築

看取りに関しては現在手順等の整備に着手していますが、望んでいる利用者も多いことから、研修や他施設の見学等を行い、早急に施設での看取りの体制を構築することを期待します。

## ◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

この度、初めての第三者評価を受審させて頂くにあたり、職員が大変緊張しているところ、丁寧親切にまた分かりやすくご対応いただきましてありがとうございます。評価に関しては、お褒めの言葉も頂くとともに、課題についての意見も頂戴しました。この貴重な評価を基にサービス向上を目指していくとともに、次年度は事業計画にも盛り込んで、運営を行っていく所存であります。

## ◆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。	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います。</li> <li>■職員に理念・基本方針を記載した小冊子を配布し、会議等で周知状況の確認する等、継続的な取り組みがあります。</li> <li>■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か、広報誌で紹介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>■介護ソフトから毎月の利用状況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・評議員会で周知しています。</li> <li>■入居者の確保のため、ケアプランセンターや協力病院へ訪問したり、地域包括支援センター主催のイベントに参加し情報収集をしています。</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と見直しが望まれます。</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、実施状況の評価が出来るよう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施設だより等を定期的に発行すること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>■経営的な自己評価はありますが、福祉サービスに関する評価と分析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。	b
(コメント)	<p>■苦情により玄関周りの改善につながった事例を確認しました。</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>	

## 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、一般職員には個別面談で周知しています。</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>■みなと苑コンプライアンスルールを各フロアサービスステーションに掲示しています。</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。
(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に行っています。</li> <li>■福祉サービスの質について、現状や問題点を会議で話し合っています。</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。
(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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■人材確保のためハローワークとの意見交換や連携強化、また就職フェアへの参加もしていますが、十分な効果が得られていません。</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望まれます。</li> </ul>
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。
(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>■キャリアパスに自らの将来像を描くことが出来る取り組みがあります。</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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <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> <li>■介護機器の導入等、積極的な労働環境の改善への取り組みを期待します。</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。</li> <li>■人事考課シートを基に個別面談を年2回実施し、個人の目標について達成度の確認・指導が実施されています。</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>■研修計画により外部及び内部講師による研修を実施しています。</li> <li>■個人面談で評価と見直しをしています。記録では確認出来ませんでした。また評価と見直しにより次年度の研修計画につなげるしくみづくりが必要です。</li> <li>■研修報告書に本人の感想や意見、業務への活用等の記載を望みます。</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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■外部講師によるリーダー研修が実施されています。</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ています。</li> <li>■実習指導者講習会を修了した実習担当者が配置されています。</li> <li>■実習生受入マニュアルの整備が望まれます。</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> </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>■毎年、近隣小学校から小学生の訪問があり、手紙の交換等の交流があります。</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、近隣小学校から訪問を受け入れています。</li> <li>■地域のボランティア団体と提携する等積極的な受入れを期待します。</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>■地域に関しては港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>■健康体操教室や介護保険相談会を開催していたが現在は中断となっています。</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>■介護予防教室が開催され、腰痛予防や認知症、転倒予防等のテーマで実施されています。</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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■基本方針、運営方針に、個人の尊厳及び基本的人権について謳っています。職員は基本方針の小冊子を携帯して実践しています。</li> <li>■介護手順に個々のサービスの標準的な実施方法について明文化し実践しています。</li> <li>■「人権・プライバシー」研修は年3回実施しています。</li> <li>■全職員は「自己評価シート」で接遇、特に言葉遣いについて毎日自己評価すると共に、新人職員には「介護職員チェックシート」で新入職員基礎研修後の1年間フォローしています。</li> </ul>	
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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■運営規定にプライバシー保護や虐待防止について規定し、「人権・プライバシー」「高齢者虐待・身体拘束について」の内部研修を実施しています。</li> <li>■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。</li> <li>■全室個室で、トイレは各ユニット内に3か所整備し、ゆとりのある広々とした環境でプライバシーは守られています。また、相談時等に利用者や家族とゆっくり話すことができるように、面会室を整備しています。</li> <li>■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。</li> </ul>	
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"> <li>■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、町会や公民館にパンフレットを置いています。</li> <li>■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。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。</li> <li>■誰にでも分かりやすいようルビ付けした重要事項説明書や、施設生活についても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。</li> </ul>	
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"> <li>■福祉サービスの内容などの説明は主に家族に行いますが、利用者が読みやすいように重要事項説明書の拡大版を用いて説明しています。</li> <li>■意思決定が困難な利用者への配慮については、相談員は共通認識を有していますが、特にルール化されていません。組織としての統一した運用が望まれます。成年後見制度を2名が利用しています。</li> <li>■サービス開始に際しては、利用者が理解しやすいよう施設の生活場面を写真やイラストで紹介するなど、工夫した資料（生活のしおり等）を用いて丁寧に説明することが望まれます。</li> </ul>	

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。他施設への転居、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。	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、利用者満足の上昇に努めています。</p> <p>■利用者満足調査を実施して、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。また、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組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、月1回訪問して、利用者から苦情や要望など聴き取っています。尚、第三者委員は複数設置することが望まれます。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>■意見箱カードは意見箱に設置していますが、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> <p>■苦情解決の取組の事例として、施設玄関のスリッパの整理についてヒアリングで確認しました。</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。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> <p>■全室個室で、1階には相談室を設け相談や意見を述べやすい環境を整備しています。</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>■苦情・相談対応マニュアルを整備し、利用者からの相談や意見等についても対応しています。マニュアルの定期的な見直しは行われていません。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> <p>■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、調整や改善を行い、報告しています。</p> <p>■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。</p> <p>■聴取した意見にもとづいた事例として、食事内容の改善についてヒアリングで確認しました。</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>■事故対策委員会が設置され、リスクマネジメント体制は構築されています。</p> <p>■事故対策マニュアルを整備し、事故防止のための具体的対策や事故発生時の対応手順について明確にすると共に、内部研修では「リスクマネジメント」「事故予防・ヒヤリハット」研修を実施しています。</p> <p>■事故対策委員会を月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回以上定期的に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>■感染症委員会を設置し、毎月会議を開催し感染症の予防対策など協議しています。感染症対策の管理体制は整備されています。また、感染症マニュアルを整備し、職員研修は看護師が講師になり、6月に食中毒、1月にはノロウイルス研修を実施しています。</p> <p>■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、各階に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。平成28年に5階でインフルエンザが発症しましたが、適切に対応してフロアのみで感染で全体に拡大せずに終息できました。以降は感染症は発症していません。</p> <p>■マニュアルは必要に応じて随時見直し、定期的な見直しは行っていません。マニュアルは、必要に応じて随時見直しと共に、年度末に行うなど時期を決めて定期的に見直しして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体制は非常災害対策に定められています。防災訓練実施計画書に基づき年2回の消防訓練を行い、消防署立ち合い、夜間想定訓練も実施しています。</p> <p>■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。利用者の正確な安否確認の方法として、PCソフトの当日の入所者リストにより居室を確認し滞在者人数を把握しています。</p> <p>■食料・水の備蓄は、栄養士が管理していますが、利用者130人分（×3日分）でした。職員分や避難されている地域住人分も備蓄することが望まれます。また、常備薬や備品などもご検討ください。河川に近いため水害を想定して8階に備蓄を整備していますが、平成30年9月の台風災害時に使用して現時点では補充できていません。</p> <p>■此花区・港区災害時相互応援協定検討会に参加し、港区弁天町防災訓練にも参加しています。</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。これまでに2回の開示請求に対応した実績があります。</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。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めます。</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>■入所選考委員会で入所選考基準に基づいて検討しています。月に7名ぐらいは入所しています。現在はほぼ100%申込み順に入居出来ています。</p> <p>■選考委員については、外部委員の参加はないので、今後は対外的な透明性をより適切に担保するために、外部委員の参加を望みます。</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。	a
(コメント)	<p>■新入・実務者介護手順に、個々の福祉サービスについて標準的な実施方法が明文化され、実施されています。また、利用者の尊重、プライバシーの保護や権利擁護に関わる姿勢も明示されています。</p> <p>■標準的な実施方法については、入職時に個別指導を実施し、1年間は定期的に介護職員チェックシートで能力評価しています。</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>■標準的な実施方法は、必要に応じて見直し、リーダー会議で職員の意見をもとに協議して改定しています。介護手順は平成30年7月に改訂されています。</p> <p>■福祉サービスの標準的な実施方法の検証・見直しについて、規定を設けて定期的に見直し記録することが望めます。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、アセスメントシートを用いて身体状況や生活状況などを把握し、サービス実施上のニーズを明確にしています。サービス担当者会議を開催して協議し、利用者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。サービス担当者会議には、利用者、家族、担当職員、生活相談員、看護師、栄養士が出席しています。</p> <p>■サービスの実施状況は、ケース記録に身体状況や生活状況などと共に毎日記録し、毎月モニタリングを実施しています。</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。アセスメントを行い、サービス担当者会議を開催してケアプランを作成しています。様子観察・モニタリングを行い、2週間後に再度サービス担当者会議を開催してケアプランを作成しています。また、ケアプランの変更は、ケース記録に記録すると共に申し送り引き継いでいます。</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>■毎月のモニタリングと共に6か月に1回アセスメントシートを用いて評価し、ケアプランの見直しを実施しています。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情報共有しています。必要に応じてサービス担当者会議を開催し利用者、家族、担当職員、生活相談員、看護師、栄養士が出席しています。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>■緊急に変更が必要な場合はサービス担当者会議を開催し、変更内容をパソコンネットワークで伝達すると共に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望まれます。</p> <p>■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の内容などの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。	a
(コメント)	<p>■施設サービス計画書をはじめ記録類については、パソコン上で職員全員が確認でき、全職員共通認識できています。</p> <p>■利用者の8割程度に認知症があり、ケアプランは担当介護支援専門員より説明して、利用者又は代理人（家族）に同意とサインを求め作成しています。</p> <p>■対応困難な状況についてはカンファレンスを行い、問題の明確化と対応について定期的にモニタリングしています。</p> <p>■認知症の周辺症状等については、早期に精神科の医師の助言指導を受けて対応しています。</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>■パソコンの記録ソフトを使用し、記録様式は統一しています。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は、入職時研修を行い、フロア主任がチェックし個別指導しています。</p> <p>■情報の共有化については、パソコンネットワークシステムを利用し、各フロアの連絡事項はグループラインで申し送りを行っています。また、朝礼の申し送りに参加できなかった職員には、口頭で伝達すると共に連絡ノートで情報共有を行っています。リーダー会議、フロア会議と共に各委員会を月1回開催し、部門横断での取り組みがなされています。</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>■規定集、運営規則で記録の管理に関する規定を定め、責任者を施設長としています。ケース記録などの個人情報、各サービスステーション内の施設できる倉庫に保管し、パソコンでの情報管理はパスワードで保守し、データの持ち出しは禁止しています。尚、USBの管理について検討中です。</p> <p>■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>■個人情報保護の観点から、記録の管理についての職員研修は年1回以上、参加率50%以上（伝達研修含む）であ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。	
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。身体拘束委員会を設置して、2か月に1回会議を開催しています。委員会では身体拘束・虐待を無くしていくための取り組みとして、自己点検シートを作成して各フロアに設置しています。</p> <p>■内部研修は年2回実施し、参加できない職員には伝達研修で周知しています。</p> <p>■外部研修の機会があれば積極的に職員を派遣しています。平成30年8月に大阪市が開催した集団指導に参加し、身体拘束廃止に関する説明を受けています。</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)	■預かり管理はしていないため、非該当。
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。	b
(コメント)	<p>■機能訓練指導員が各フロアを食事の前後に毎日ラウンドしており、寝たきりの方にもその場に参加してもらえるように「集団リハビリで楽しく」と考えて取り組んでいます。</p> <p>■日の光をあびられるように土いじりで野菜（トマト等）作りを取り入れていますが、利用者の意欲をくみ取り外出などの更なる工夫を望みます。</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>■利用者、家族の意見を聞き、個人に応じた一日を過ごせるように対応しています。</li> <li>■家族の面会は日に20人ほどあり、家族と買い物の外出をしたり、花見等フロアごとに行っています。</li> <li>■月に3~4回各フロアで集団リハビリとして貼り絵、編み物、棒体操、クリスマスの飾りつけ等を行っています。</li> <li>■ボランティアで月に3回三味線、ギターで歌や体操をしていますが、今後は地域住民の参加を得るなど交流が望まれます。</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>■利用者の状態に合わせ、コミュニケーションボードなどを活用して、意思の疎通を図る努力をしています。</li> <li>■介護職員だけでなく、生活相談員や介護支援専門員等もフロアに出て利用者の思いや希望を聴き取るようにしています。</li> <li>■平成30年8月に研修で、マナー、コミュニケーションの研修を行い、未受講者には資料配布しています。</li> <li>■今後は、接遇マニュアルを作成して、職員全員の更なる接遇の改善を望みます。</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>■週に2回の入浴日を設定していますが、利用者の心身の状況に応じて入浴日の変更や清拭に切り替えています。</li> <li>■脱衣室の温度管理については中央管理していますが、利用者一人ひとりの対応については確認していません。</li> <li>■入浴後の水分摂取とスキンケアについては介護職員が行っており、看護師は利用者の状況変化時に対応しています。</li> <li>■入浴前に看護師によりバイタルチェック、全身状態の確認後介護職員に伝えて2人で介助して、安全に入浴出来るようにしています。また同性介護については、希望している方については配慮しています。</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>■利用者の状態に応じ、日中はトイレに誘導しています。日中は出来るだけ自立に向けて、リハビリパンツやパッドの使用などで工夫しています。</li> <li>■おむつ交換については、定時に行い、その都度洗浄をして皮膚状態の観察を行い、異常があれば看護師に報告しています。</li> <li>■利用者一人ひとりの排せつの自立に向けて、より一層の取り組みが望まれます。</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)	<p>■居室内のベッドの配置転換やポータブルトイレの位置など、機能訓練指導員の指導の下配置しています。</p> <p>■使用している福祉器具が利用者の状況に合っているか、機能訓練指導員と介護職員で確認しています。福祉器具の不具合については、日常介護職員が点検しており機能訓練指導員は半年に一度確認しています。</p> <p>■高齢者で皮膚が弱い方で、移乗時傷つけないためにいろいろ検討していますが、状況に合わせた福祉用具の提供が難しい場合があります。</p> <p>■移乗に介助が必要な場合にできるだけ待たせないように、声掛けはしていますが、今後はチームとして支援面での工夫等に取り組むことを望みます。</p>	
A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<p>■褥瘡の早期発見に向け、入浴時やおむつ交換の際等に皮膚観察に努め、発赤の段階で除圧するために予防のパッドを使用しています。</p> <p>■施設での発症はありませんが、褥瘡のある方に関しては、食事の状況や摂取量の観察と採血の検査結果を踏まえて、医師・看護職員と栄養士とカンファレンスして対応しています。</p> <p>■エアマットの使用や2～3時間ごとの体位変換、クッションの使用などで悪化を防いでいます。</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>■厨房は平成30年11月に業者委託から直営となり、直接要望を伝えやすくなり、ご飯と汁ものはフロアで準備して家庭的な雰囲気を出しています。</p> <p>■朝はご飯かパンを選べるようにして、魚が嫌いな人の対応や誕生日の赤飯とケーキ等対応しています。また行事食等出来るだけ旬の物を取り入れるように、給食委員会で検討しています。</p> <p>■今後は、より好きなものを選べるように、月に一日でも選択制を取り入れる工夫を望みます。</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>■食事形態に関しては、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護職員が相談して利用者の嚥下能力に合わせた形状にしています。</p> <p>■栄養ケアマネジメントとして定期的に会議を行い、家族とも相談して対応しています。</p> <p>■嚥下しやすい座位となるようにクッションの利用や車いすの変更を行い、また足踏み台を使用して体位を整えています。</p> <p>■歯科衛生士も週に3回来ており、嚥下体操や口腔ケアの指導をしています。</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>■月に4回歯科医の往診があり、週に3回の歯科衛生士のラウンドで、利用者の状況を把握して介護職員に指導しています。</p> <p>■職員に対しての口腔ケアの研修は行われていませんが、フロアの介護職員個々に指導をしています。</p> <p>■肺炎予防のためにも、今後は全職員に研修の機会を設け、出来れば歯科衛生士が常時いる体制も含めて検討することを望みます。</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。	c
(コメント)	<p>■現在は施設では看取りを行っておらず、医師、看護師、介護職員、施設長と看取りの手順等の整備をしています。</p> <p>■重要事項説明書では、病状に急変が生じた場合は協力医療機関へ連絡し必要な処置を行うと書かれており、現状では緊急時対応マニュアルで対応しています。</p> <p>■今後は、職員の研修を行い、施設での看取りを視野に入れて検討していくことを望みます。</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>■認知症の方が8割ほど入居しており、それぞれの状況に合わせた対応をしています。</p> <p>■認知症の研修で、支持的受容的な関わりを学んでいますが、感情的に対応する職員など、まだ対応が十分とは言えない現状があり、個別に指導しています。</p> <p>■今後は、苑内の研修に留まらず、外部の研修を受講する機会を作り、最新の知識情報を得た支援ができることを望みます。</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>■場所の把握がしやすいように名前を書いたり、矢印やナースコールの明示など工夫をしています。各フロアのエレベーターホールの前は、ゆったり座れる空間があります。</p> <p>■身体の拘束は、徹底的にしていません。過去には異食をする方がいたため、必要なところに施錠をしています。</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>■3か月に一度フロアの介護職員と話し合い、機能訓練計画書の見直しをしています。</p> <p>■個別の自主訓練計画書を写真付きで作成している方も3人ぐらいいはいますが、今後も必要な方全員に自主的な訓練が出来るような支援を望みます。</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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■職員の研修はしていませんが、高齢者の健康管理や病気や薬についてフロア単位に資料として置いています。</li> <li>■体調変化時の早急な対応として、個別に対応の手順を文書化して申し送り時に確認しています。</li> <li>■誤薬等年に数件あり、その都度個別の対策を立てていますが、今後は更に医師、看護師、介護職員の連携を強化して研修等を開催することを望みます。</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>■感染予防マニュアルについては研修を行い、周知しています。</li> <li>■職員の健康状態の把握については暗黙のルールがありますが、今後は文書化して徹底することを望みます。</li> <li>■1昨年前から、感染症の発生は見られず、インフルエンザの流行時期には、面会者にもマスクの着用と消毒を求めています。</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>■年2回定期的に建物、設備点検を実施し、改善に取り組んでいます。</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>■年に1回夏の行事は家族に文書でお知らせして、参加を促していますが、今後は写真付きで日々の生活の状況などお便りにしてはどうでしょうか。</li> <li>■全体の家族会が無いので、今後の検討に期待します。</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みなと苑の入居者
調査対象者数	130名（うち回答可能な方35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みなと苑を、現在利用されている入居者130名（うち回答可能な利用者35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57%）

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くれる」
  - 「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」
  - 「支援の方法については、家族と相談しながら決めている」について、全員の方が「はい」と回答、
- (2) ● 「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支援してくれる」
  - 「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良く過ごせる」
  - 「生き生きとした生活を送れている」について、95%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みなと苑の入居者の代理人
調査対象者数	75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みなと苑を、現在利用されている入居者の代理人75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、48名の方から回答がありました。（回答率64%）

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良く過ごせる」について、85%以上の方が「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、75%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みなと苑 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	45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みなと苑を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人45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、16名の方から回答がありました。（回答率36%）

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、90%以上の方が「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、ホーム内で家族と居心地よく過ごせた」  
について、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「ホームは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」  
について、70%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
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