

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	いのこの里	
運営法人名称	社会福祉法人 こばと会	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	岩崎 敏子（理事長）、山本 智光（施設長）	
定員（利用人数）	91 名 ★予約外11名含む （90名）	
事業所所在地	〒 565-0824 大阪府吹田市山田西1-26-27	
電話番号	06 - 6877 - 7020	
FAX番号	06 - 6816 - 5111	
ホームページアドレス	http://www.kobatokai.jp/inokonosato/	
電子メールアドレス	inokonosato@kobatokai.jp	
事業開始年月日	平成12年11月1日	
職員・従業員数※	正規 44 名	非正規 57 名
専門職員※	社会福祉士1名、介護福祉士31名 介護支援専門員1名、医師1名、看護師7名 管理栄養士1名、あん摩マッサージ指圧師1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室45室、三人部屋6室、四人部屋7室	
	[設備等] 食堂5、浴室2、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	2 回
前回の受審時期	平成 24 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】

■こばと会の理念

社会福祉法人こばと会は、国民が平和な社会に生活し、ひとりひとりの人権が守られ、その幸福を約束する社会福祉事業を行います。その運営は、民主的に行い、利用者と職員の生活を守り、福祉の街づくりの担い手になれることを目的とします。

■いのこの里の運営理念

- ・家庭の延長としての生活の場
- ・多くの人の声を運営に反映させる民主的運営
- ・地域に開かれた交流の場
- ・高齢者福祉を考える拠点

【施設・事業所の特徴的な取組】

① 社会福祉法人こばと会としての使命

いのこの里では、特別養護老人ホームの他、ショートステイ・デイサービスセンター・ヘルパーステーション・ケアプランセンター・診療所・配食サービス事業を、地域の高齢者にむけて行っています。社会貢献事業にも積極的に取り組み、生活困窮者レスキュー事業や就労訓練事業、福祉避難所の指定など、地域の福祉ニーズに応える事業を積極的に行っています。

法人内の施設間の連携も密に行っており、子どもから高齢者までが安心して暮らすことができるよう、行政や地域、他施設との連携を大切にし、理念に掲げている「福祉のまちづくり」の役割を積極的に果たしています。

② 利用者の尊厳を大切にした介護

特養は4つのユニットに分かれ、介護、看護職員体制は、国基準を大幅に上回る1.7：1の人員を配置しています。「いのこの里職員援助チェックポイント」を援助の拠り所とし、入居者のみなさんに寄り添うことを大切にしながら、日常生活の介護を行っています。様々なアセスメントを行うことで、ケアの充実につなげています。食快ケアの取り組みも新たな取り組みとして、実践が始まっています。介護職員の負担軽減のため、福祉用具の活用も積極的に導入し、その方に合った移乗、移動方法を行っています。

③ 心豊かになるおいしい食事

食事は、管理栄養士と調理師が、入居者のみなさんの顔を思い浮かべながら、食べる方の嗜好を大切に、真心をこめて食事を提供しています。調理室で取り組んでいるミキサー固形食の取り組みは、全国の施設や病院からも大きな関心を寄せられています。法人内の3つの高齢者施設の食事提供を、いのこの里調理室が一体的に運営しており、入居者の状態に応じた個別対応がより推進する体制となりました。

お出汁にこだわり、季節が感じられ、心豊かになる、おいしい食事を提供しています。

④ ボランティア・家族会・実習生・世代間交流

年間延べ3000人の地域ボランティアに支えられていることも、いのこの里の大きな特徴です。文化的な活動や趣味活動など、入居者の生活の豊かさをボランティアの方々に支えられています。

特養入居者の家族会の活動も自主的な活動として、施設運営の大きな力となっています。清掃奉仕活動や行事への参加、看取りの勉強会など、より良い施設となるよう活発に活動されています。

2015年4月からは、ボランティアを中心として、認知症の方だけではなく、誰もが利用できるユニバーサルカフェ「いのこカフェタイム」を毎月1回開催しています。又、夏の盆踊りや秋まつりなど、地域行事にも積極的に参加し、地域との交流を大切に、法人内の保育園児たちとの交流も恒例となっています。

介護福祉士の養成校や、中学校職場体験の受け入れも積極的に行っています。

⑤ 看取りケアと医療機関との連携

施設内にある診療所と連携を図りながら、医療的ケアが必要な利用者の受け入れも可能な限り行っています。2015年度は、特養入居者12名の看取りを施設内で行いました。一人ひとりの状態に応じ、ご家族の気持ちに寄り添ったケアに取り組んでいます。最期の最期まで、その人らしさを大切に生活を送って頂けるよう、他職種が連携して対応しています。

また、感染症予防対策についても、施設内でのマニュアル作成や職員研修をはじめ、最近では、吹田保健所感染制御ネットワーク会議や、大阪大学医学部附属病院感染制御部との連携において、施設に応じた感染症予防対策を進めています。

⑥ 職員育成、学ぶ風土づくり

いのこの里では「いのこの里職員研修に関する指針」に基づいて、積極的に職員研修に取り組んでいます。2015年度は、延べ70名の職員が外部研修に参加しました。施設内研修も「救急学習会」「感染症学習会」「福祉用具学習会」など、明日からの仕事に役立つ学びをテーマに、実践的な研修を行っています。

喀痰吸引研修や認知症介護実践者研修など、専門職としてのスキルアップ、資格取得支援の研修にも積極的に派遣しています。喀痰吸引研修については、2015年度他法人と共同で開催し、2016年3月末現在、14名が修了しています。

いのこの里は、開設以来、学ぶ風土を大切にし、職員集団として成長できる職場づくりに取り組んでいます。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 総務企画部 第三者評価室
大阪府認証番号	270002
評価実施期間	平成28年10月12日～平成28年12月27日
評価決定年月日	平成28年12月27日
評価調査者(役割)	0401A191 (運営管理委員) 0401A128 (専門職委員) 1101A005 (専門職委員) () ()

【総評】

◆評価機関総合コメント

いのこの里特別養護老人ホームは、「吹田市内に誰もが入りたくなる特別養護老人ホームを作る会」という市民団体の切実な声に答える形で2000年開設され、その理念は、たとえ物忘れがあっても、身体が不自由になっても、住み慣れた町で普通の暮らしが継続できるよう、「家庭の延長としての生活の場」であることを目指しています。

定員は91名（ショートステイ11名含む）で、1階がショートステイ、2・3階が入所となっており、通所介護、ヘルパーステーション「訪問・居宅介護、同行援護、重度訪問介護」、居宅介護支援、介護予防支援、診療所、配食サービス、生活困窮者レスキュー事業、就労訓練事業が併設されています。

2・3階は各フロアを2つに分けて4つのユニット形式になっており、それぞれ個室、多床室が混在しています。

施設は万博公園から近く緑豊かな住宅地に位置し、郵便局、銀行、スーパーなどが5分圏内にあり、日常生活を送る上で便利な立地条件になっています。また隣接して吹田市立亥の子谷コミュニティセンターがあり、地域住民のボランティア活動や文化サークルの拠点となっていて、日常的な交流も活発に行われています。

◆特に評価の高い点

■地域福祉に関わる取り組み

行政や地域関係団体と連携を図り、非常災害時における災害弱者の拠点となる福祉避難所として施設を提供し訓練を実施しています。また、社会貢献事業として、生活困窮者レスキュー事業や就労訓練事業を積極的に支援していることは高く評価できます。

■ボランティア、地域との交流

ボランティアが生活の楽しみを支えています。ボランティアの月間活動予定表は、予定の無い日を探すのに苦労するほど詰まっています。また中学生の職場体験も積極的に受け入れています。

■多彩なレクリエーションメニュー

地域ボランティア、介護サポーター、家族会の協力により、多彩なレクリエーションメニューが展開され、入居者にとって日々の豊かさが広がり、自立に向けた生活が意識されています。

■リスクマネジメント体制

職員による「できごと報告書」に基づいてリスクをより少なくすべく、①各フロア主任が職員を集めて検討し対策をまとめた後、②全体の主任会議に発表してその場で改めて審議し、③さらにその結果を各フロアの職員にフィードバックして周知をしています。情報の共有化と対策の水平展開を行うプロセスができています。

◆改善を求められる点

■防災訓練の記録

防災訓練は火災を想定し、昼間・夜間の年2回実施しています。実施した記録を整備し、良かった点、反省点などを次回へつなげていく取り組みが望まれます。

■会議・委員会の運営体制・記録の明確化

開催会議一覧において職員の役割分担が明示されていますが、それらの運営が錯綜しており、その結果として一つの会議録の中に他の専門委員会等の記録も混在しています。運営体制や記録の明確化が望まれます。

■利用者満足度の向上への取り組み

利用者満足度調査は、家族会総会を通じて一部行われています。しかし分析や課題の抽出までは行われておらず、提供するサービスに対する利用者・家族の評価の確認が組織的に実施されているとは言えない状況です。満足度の向上に的を絞った取り組みが望まれます。

■標準的な実施方法(マニュアル)の整備

「職員の援助チェックポイント」を作成し、職員の日々の行動に活かされていますが、その基となる標準的な実施方法(マニュアル)の整備と見直しを定期的に行うことが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回で3回目の受審となる福祉サービス第三者評価ですが、評価結果を得るまでのプロセス(資料の準備や施設内での話し合いなど)の中で、毎回多くの気づきを得られ、受審するたびに、改善しなければならない点、自分たちの仕事に自信を持ってよい点などが明らかになります。

このような貴重な機会をどう利用者の満足度や仕事の質の向上、職員のモチベーションアップにつなげていくのかということも受審する中で私たちは考えて取り組んできました。

一つ一つの評価項目を職員間で話し合う中、客観的な視点から自分たちのサービス水準を見直す大変良い機会となり、指摘された改善点については、これからの事業計画に反映させ施設全体で取り組んでいきたいと思えます。

また高い評価を頂いている点については、今まで積み重ねてきた介護実践や施設運営について確信を持ち、更に一歩進めていきたいと思えます。

当施設は16年をむかえ、職員の異動や入れ替わりもあり、理念の継承や仕事の伝承などのむずかしさを実感する時期でもあります。

多くの方々を大切に、福祉のまちづくりに寄与できる社会福祉施設として存在できるように、職員一人ひとりが力を合わせ、いのこの里を育てていきたいと思えます。

◆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>■理念や基本方針は、パンフレット、広報誌、ホームページ、事業報告書等に明記しています。「吹田市内に誰もが入りたくする特別養護老人ホームをつくる会」という住民の声に応じて開設した施設です。</p> <p>■管理者は、年度初めの職員研修の中で理念や基本方針を説明し、職員への周知徹底を図っています。</p> <p>■運営理念は、①家庭の延長としての生活の場、②多くの人の声を運営に反映させる民主的運営、③地域に開かれた交流の場、④高齢者福祉を考える拠点、と法人の目指す方向性を具体的に明記しています。</p> <p>■理念や基本方針は、家族会や行事等を活用して利用者、家族に説明をしたりパンフレット、事業報告書を冊子にして配付する等によって周知徹底を図り、理解を得ています。1階の玄関内に掲示もしています。</p> <p>■「職員の援助チェックポイント」冒頭には、理念や基本方針が記載されており、職員は常に確認をしていく仕組みがあります。</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>■法人は、吹田市内に特別養護老人ホーム、診療所、在宅事業、高齢者向け優良賃貸住宅、保育園等多くの事業所を運営しています。</p> <p>■いのこの里は1階にショートステイ、デイサービス、診療所、ヘルパーステーション、ケアプランセンターを設置しています。管理者はじめ各部署の主任が毎月主任会議を開催し社会福祉全体の動向や地域の状況等の把握、検討を行っています。</p> <p>■今年3月に、特別養護老人ホームの待機者471名の方を対象に調査を実施しています。一人ひとりの現在の状況等を分析し調査結果を事業報告書に記載しています。</p> <p>■第3次吹田市地域福祉計画の中に「いのこカフェタイム」についてコラムを掲載する等しています。今年3月から地域住民が福祉施設に気軽に立ち寄れる場所として、市と協議を重ねて地域住民に施設を開放しています。</p> <p>■主任会議では毎月各事業の労務、人事、稼働率、水道光熱費、食材等のコスト報告や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
<p>(コメント)</p> <p>■事業報告書と事業計画書を1冊の冊子にして、昨年度実施した福祉サービスの内容、組織体制、設備の整備、職員育成等の課題への取り組みを報告書に明記し、次年度の事業計画書に反映させています。</p> <p>■法人の経営状況、事業の進捗状況や課題は理事会にて報告し共有を図っています。理事会・評議員会は年6回開催されていますが、新規事業等に係る理事会を随時開催しています。</p> <p>■いのこの里の経営状況や改善すべき課題については、毎月の主任会議、管理職会議、フロア会議等を通して全職員に周知徹底を図っています。</p> <p>■施設は開設16年目になり、設備更新・修繕が多くなってきています。また、職員の確保についても喫緊の課題となっています。設備については計画を立て順次改修が進められています。職員の確保については採用のためのパンフレットを作成し、ホームページ、職員紹介等を活用して確保を目指しているところです。</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。	b
<p>(コメント)</p> <p>■法人は、中長期計画として、2014年～2023年の10年間についての運営指針を策定しています。また法人計画のもとで、いのこの里の設備・備品等の短期保全・更新計画（2015年～2019年）を策定しています。</p> <p>■中長期計画には事業展開の方向性や課題等が示されています。計画は必要に応じて見直しています。</p> <p>■法人は、中長期の収支計画を策定していませんが、組織として取り組むべき方向性や課題が示されていますので、複数年を対象とした予算の策定が望まれます。</p> <p>■中長期計画には、法人の事業展開の方向性が示されていますので、設備・備品以外の組織・職員の体制、人材教育、福祉サービスの質の向上の課題についても、数値目標や具体的な成果を設定する等して実施状況の評価を行うことが望まれます。</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。	b
<p>(コメント)</p> <p>■事業計画は中長期計画に基づき策定しています。</p> <p>■8つの課題として、①利用者の援助に関する計画、②地域福祉（在宅サービス）に関する計画、③行事予定に関する計画、④職員研修・育成に関する計画、⑤職場環境の改善に関する計画、⑥施設内整備、修繕に関する計画、⑦施設運営管理に関する計画、⑧部署運営計画、を掲げて取り組んでいます。実行可能な具体的な内容となっています。</p> <p>■事業報告書は数値目標や具体的な成果を設定して評価を行っています。事業計画についても数値目標を設定することで、職員が意識して取り組めるような工夫が望まれます。</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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■事業計画の策定にあたって、毎年1月・2月の主任会議で当該年度を振り返り、各フロア、各委員会、各部門毎に方針・対策を検討し、それが事業計画に反映されるようになっていきます。 ■事業計画は主任会議において四半期ごとに評価・分析をしています。 ■管理者は、4月の職員会議に2015年度事業報告書・2016年度事業計画書を配付し、説明して理解を得る取り組みをしています。また、全職員にアンケートを実施していますが、25項目の一つに「年度事業計画と目標を職員に対し明確に示している」があり、職員に周知され、理解を得られたかどうかを自らが評価・分析をするなどの努力をしています。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■6月の家族会総会で家族等に事業報告・事業計画書をもとに事業の進捗状況を説明しています。家族会は年4回開催され、家族の要望で「看取りについて」等テーマ毎の勉強会も実施しています。 ■事業報告・事業計画書は冊子にして家族に配付しています。また、法人の「こぼと会報」に事業計画書を掲載したり、毎月発行の「いのこのだより」に分かりやすい内容にして掲載しています。 ■事業計画書を分かりやすくまとめ、大きな字で記載し、各フロア毎に掲示して利用者・家族の理解を得るよう工夫することが望まれます。

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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービスの質の向上の取り組みとして、施設長参加の主任会議、介護役職者会議、フロア会議、全体会議等で福祉サービスの検討をしていく仕組みとなっています。 ■第三者評価は定期的に受審をしています。自己評価票の作成にあたって、項目ごとに主任会議、フロア会議で分析・評価をして課題を捉えています。家族会から意見を集約してサービス向上に繋げています。 ■第三者評価の自己評価を行うにあたって、幹部職員や複数の職員による担当制を定め、組織としての体制を整備することが望まれます。
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。
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■各部署で自己サービス評価を分析し、その中で出た課題については主任会議等で報告をして共有化を図っています。 ■主任会議で改善計画を策定しています。 ■第三者評価の受審結果については、法人の「こぼと会報」、「いのこのだより」、ホームページ等に掲載しています。 ■自己評価、第三者評価の結果については、課題を明確にし、解決・改善のための計画を文書化することが望まれます。また、中長期的な検討・取り組みが必要な改善課題については、中長期計画に反映することが望まれます。

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>■管理者は、パンフレット、重要事項説明書、施設内掲示板、ホームページ、職務分掌等に経営・管理に関する方針と取り組みを明確に表明しています。</p> <p>■方針や取り組みについては、法人の会報、毎月発行の「いのこだより」に掲載し表明しています。</p> <p>■組織図、職務分掌等に管理者の役割と責任を明確にしています。また、主任会議、研修等を活用して表明する等周知を図っています。</p> <p>■非常災害防災訓練、事故対応、大雪対応における管理者の役割と責任について明確化されていますが、不在時の権限委任等が明確になっていません。平常時のみならず、有事の際における管理者の役割と責任について、不在時の権限委任等を含め明確化していくことが望まれます。</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>■管理者は、大阪府、吹田市、大阪府社会福祉協議会等の開催する法令順守の説明会、研修等に参加しています。</p> <p>■管理者は、医療・介護戦略セミナー、人権研修、施設長・管理職のための会計業務、ストレスチェック制度等についての研修に参加し、主任会議や内部研修、勉強会において報告・説明して周知を図っています。</p> <p>■コンプライアンス（法令遵守）の担当者、担当部署等を設置して、倫理や法令の遵守の徹底に向けた規約の策定・整備や体制構築を図る事が望まれます。</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)	<p>■管理職（施設長、施設部長、各部署主任等）は、毎月主任会議を開催し、実施するサービスの質について評価・分析しています。主任会議の内容は、各フロア会議、全体会議へと報告される仕組みとなっています。会議録は全職員に配付する等しています。</p> <p>■主任会議は、各事業所の課題点や進捗状況の検討だけでなく、感染症・食中毒予防対策委員会、事故防止対策委員会等も兼ねており、それらの事項を検討する場となっています。</p> <p>■法人では、毎月施設長会議、介護管理職会議を開催し、各施設のサービス事業の進捗状況を把握し、評価分析する仕組みがあります。</p> <p>■職員の教育、研修においては、積極的に外部研修に派遣しています。管理者は、毎月「自主勉強会」を開催し職員と共に参画することで、職員の学びへの意欲づけやコミュニケーションの推進を図っています。</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。	b
(コメント)	<p>■管理者は、毎月の主任会議において、人事、労務、各事業所の稼働率等の報告を受け分析を行っています。年度初めの4月には、今年度事業計画、予算や職員へのアンケート実施等について討議をしています。</p> <p>■職員配置については、毎月事務所で数値化して管理しています。管理者は産休産後の復帰を積極的に支援しています。利用者に対する介護・看護の人員配置は、介護保険制度による基準が利用者3名に対して職員1名のところ、いのこの里は利用者1.7名に対して職員1名という手厚い配置となっています。</p>	

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)	<p>■社会福祉法人こばと会中長期計画指針の中の1番目に「人事管理計画について～職員採用・職員育成・職員定着～」を掲げて、人事管理指針を明記しています。</p> <p>■管理者は「いのこの里職員配置表」に基づき、専門職の配置状況を毎月データ化して管理しています。</p> <p>■法人では人材確保のため、インターンシップ、ホームページ、職員紹介制度等を活用して採用活動をしています。新採用プロジェクト会議では担当チームがチラシ作りを担い、コンセプト案等を検討しています。</p> <p>■専門職（有資格の職員）の配置については重要事項説明書に記載しています。毎年、事業計画を実現するために必要な福祉人材や人員体制について、組織として具体的な計画を立てることが望まれます。</p>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<p>■中長期計画指針に「こばと会人事管理指針」として組織が求める職員像、人事管理上の基本的な考え方と計画を明記しています。</p> <p>■法人では人事考課は実施していません。法人就業規則の中に人事基準が明記されており採用時に説明をしています。管理者は、今年度より職員チェックポイント（職員アンケート）を実施し、年2回の職員面談により意向や意見を吸い上げて、職員の評価・管理のための仕組み作りに繋げる取り組みをしています。</p> <p>■「社会福祉法人こばと会介護職員キャリアパスモデル（2015年4月改訂版）」を策定しています。介護職員の指針となるものです。キャリアパス表の活用はまだ途中の段階です。</p> <p>■キャリアパス、職員配置、異動・昇進等の基準を明確化し、人事考課制度等での評価をしていくトータルなマネジメントの実施が望まれます。</p>	

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)	<p>■職員の就業状態や要望は、各フロアリーダーから主任、部長、施設長へと職制を通して情報が伝達されています。</p> <p>■管理者は、今年度4月に非常勤も含め「職員アンケート」を実施しています。タイトルは「働きやすい環境・働きがいのある職場づくりの為にcheck&do25」で、自法人、事業所の理念やビジョン、労務管理、職場環境、評価、報酬、人材育成状況等に対する職員の意見や、日頃感じていることを把握する内容となっています。</p> <p>■毎月の有給休暇、時間外労働等の就業状況は、事務部門が把握しています。主任会議で人事、労務について検討報告しています。</p> <p>■いのこの里では産前産後休暇、育児休暇を取得中の職員が多数います。復帰後のワーク・ライフ・バランスに配慮した勤務体制を整備しています。</p> <p>■大阪民間社会福祉事業従事者共済会に加入しています。また法人共済（職員互助会）があり、バスツアーや新年会、忘年会等を実施しています。</p> <p>■新人職員に対しては、1年間を通してチューター制度（特定の先輩が世話人・指導役としてフォローする制度）を導入し、相談しやすい配慮をしています。職員間は相談しやすい環境であると、一般職員へのヒアリングで確認しました。</p>	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■今年度より各部署の管理者は、職員との個人面談を年2回の予定で実施しています。職員一人ひとりが、①今年度の目標、②目標達成に向けて参加したい研修・学習材料等、③目標に対しての達成状況、を記載し、管理者と共に振り返る内容となっています。 ■職員が設定した目標について年度末に面談を行い、達成度の確認を行う予定となっています。面談した管理者は、職員が立てた目標や参加したい研修についてコメント欄に記入するようになっていますが、未記入のままになっているものが散見されました。職員一人ひとりの育成に向けた目標管理を適切に行うためには記録の再確認が望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■「いのこの里職員研修に関する指針」を掲げています。指針には、いのこの里が求める職員像・職員集団像、いのこの里研修に関する指針・研修体系が定められています。 ■研修体系図には、外部研修・内部研修・自己啓発に分けて、組織が必要とする研修を細分化して記載しています。研修体系に基づき年間予定表（月毎の行事）に教育・研修が組み込まれます。 ■キャリアパス表に職員が目指す方向性を体系的に明示し、必要とする教育・研修を明記しています。 ■年間計画を立てた内部研修は、全職員が参加できるよう、テーマごとに2～3日ほどかけて行う等の配慮や、研修後には個人教育履歴で管理をしていく等の工夫が望まれます。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■職員履歴により専門知識の取得状況を把握しています。知識、技術水準は直属上司が把握しています。 ■新人研修は1年間チューター制度を導入しています。毎月チューター会議を設け、1か月間の達成状況及び今後の課題をシートに記入し確認し合うことで、新人職員の現状把握に努めています。先輩職員にも学びや励みとなっています。 ■職員の要望により、多くの外部研修に参加しています。今年度より個人面談がスタートしましたが、職員一人ひとりに必要な教育・研修計画を立て、に基づき実施するまでには至っていません。職員別研修履歴等を整備していくことが望まれます。 	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■事業報告書「データでみる2015年度事業実績」の中に、社会福祉士・介護福祉士養成実習生受入を記載しています。実習生受入に対する基本姿勢は手引書の中に明記しています。 ■オリエンテーション手順、実習担当、プログラム作成手順等のマニュアルを整備しています。 ■実習指導者は4名となっています。 ■学校側と連携して各種プログラムを整備しています。 	

		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)	<p>■法人・事業所の理念や基本方針、福祉サービスの内容、事業計画、事業報告、予算、決算情報はホームページに公開しています。</p> <p>■いのこの里における事業の実施状況、第三者評価の受審、苦情内容と改善・対応結果、できごとについて事業報告書に公表しています。</p> <p>■連合自治会、近隣コミュニティセンター、公民館等へパンフレット、広報誌を配布しています。</p>	
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)	<p>■経理は、規程に基づき処理を行っています。</p> <p>■法人では職務分掌と権限が明確にされており、関係職員に周知しています。</p> <p>■法人では、外部の社会労務士、会計士によるチェックを受けています。</p> <p>■ホームページには、経営報告を開示しています。決算書（財産目録・資金収支計算書・事業活動計算書・貸借対照表）を公表し、透明性の高い適正な経営・運営のための取り組みに努めています。</p> <p>■法人内の施設間で内部監査を実施し、職員相互のチェックや監査結果が経営改善や人材育成につながるような取り組みが望まれます。</p>	

		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。	a
(コメント)	<p>■中長期計画指針には ことばと会がめざすこととして、①地域を支える福祉拠点として「福祉のまちづくり」に取り組むこと、②地域住民ニーズに corres 応するための先駆的な事業に取り組むこと、③地域の防災拠点としての機能を強化すること、を明記しています。</p> <p>■地域病院の一覧表を掲示したり、市が作成した防災マップを掲示して利用者や家族に情報を提供しています。地域主催の行事等への参加のチラシは、各フロア毎に掲示し参加を促しています。地域の祭りや文化祭への参加を通じて、地域住民や他施設利用者との交流の機会を設けています。特に市内の特別養護老人ホームの連絡会が開催する風船バレー大会等へは毎年参加しています。</p> <p>■年間延べ3000人程のボランティア活動があり、必要があれば支援を行う体制が整っています。</p> <p>■担当職員は、行事への付き添いだけでなく、入浴のない日曜日等に、近隣公園への外出やスーパーでの買い物等を希望する利用者とは出かけしています。</p>	

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)	<p>■いのこの里では、年間延べ3000人程のボランティア活動があります。</p> <p>■事業報告・事業計画には、地域の方々と連携して、福祉のまちづくりの拠点としての役割を果たすことを明記しています。</p> <p>■ボランティアルームを設置して活動しやすい環境を提供しています。さをり織り・喫茶店・書道・歌体操・居酒屋・絵手紙・傾聴・花と遊ぶ等多くのクラブ活動への協力や、現場のシートたたみ等があります。</p> <p>■ボランティア感謝祭は毎年10月に開催され、利用者、家族、職員との交流の場となっています。</p> <p>■ボランティアに対しては、担当者が都度必要な研修を行って受入れをしています。</p> <p>■学校教育に対しては、学校へ出向いての研修や職場体験受入れを行って協力をしています。</p>	
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。	b
(コメント)	<p>■地域病院関係は一覧表にして掲示しています。地域関係機関・団体についての社会資源もリスト化していくことが望まれます。</p> <p>■主任会議やフロア会議において情報の共有が図られています。</p> <p>■管理者は、吹田市CSWネットワーク会議、相談員会議、事業者連絡会等に定期的に参加しています。</p> <p>■コミュニティソーシャルワーカー（CSW）の活動として、生活困窮者支援のための就労訓練を行っています。また感染症ネットワーク会議を通じて、施設と病院という異なる状況下での感染防止についての研究の一環として、保健所と連携しインフルエンザ・ノロウイルス等の感染防止対策の協力をしています。</p>	
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)	<p>■いのこの里では、福祉施設における気軽に立ち寄れる居場所づくりとして、開設当初より利用者や家族の方を対象に「いのこカフェ」をボランティアの協力のもとに運営してきました。それを今年「カフェタイム」と改名し、施設関係者だけでなく、地域の方にも利用していただける集いの場として運営を開始しました。「カフェタイム」が誰でも気軽に立ち寄れて、ボランティアとしても関わることができる『ユニバーサルカフェ』となることを目指しています。</p> <p>■地域住民に対しては、「認知症サポーター養成講座」や「高齢者福祉を考える地域で生き生き健康講座」等を開催しています。</p> <p>■いのこの里と吹田市は「福祉避難所指定に関する協定書」を交わしています。災害時における避難所として訓練も実施する等、関係機関との連携が行われています。</p>	
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)	<p>■職員は地域ケア会議等に積極的に参加して、福祉ニーズの把握に努めています。会議には民生委員、児童委員等が参加しています。</p> <p>■コミュニティソーシャルワーカー（CSW）を配置し、生活困窮問題の支援等の社会貢献事業を積極的に実施しています。</p> <p>■事業計画書に、デイサービス、ヘルパーステーション、グループホーム等の事業活動を明示しています。</p>	

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>■理念、基本方針等に利用者の尊重を明示し、利用者を尊重した福祉サービスの提供は標準的な実施方法に基づいて実施できるように、「職員の援助チェックポイント」を全職員に配付しています。また内部研修の実施や、主任会議・フロア会議における福祉サービスの定期的な把握、評価を通じて、職員が共通に理解できるよう取り組んでいます。</p> <p>■内部研修や会議での決定事項を全職員に周知する方法として最終的に文書を配付していますが、内容を理解したかどうかを確認するための仕組みづくりが望まれます。</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>■利用者のプライバシー保護や権利擁護について「職員の援助チェックポイント」に明記されています。また研修、会議も開催され意識づけが行われています。</p> <p>■マニュアルに基づいた福祉サービスの実施の確認、不適切な事案の対応の方法については、職員の自主的な対応にまかせている部分があり、明確な仕組みづくりが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■利用希望者への情報提供は、写真等を用いて理解されやすい内容になっています。パンフレットは地域包括支援センター、コミュニティセンター等に設置されています。</p> <p>■見学、入居相談に対して丁寧な説明が行われています。</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。	b
(コメント)	<p>■福祉サービスの内容について、利用者の自己決定を尊重し同意を得ています。</p> <p>■サービス開始・変更の説明に対して、利用者、家族等への理解しやすい資料作成等、工夫と配慮が望まれます。</p> <p>■意思決定が困難な利用者への配慮について、成年後見制度の活用を含めたルール化が望まれます。</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>■福祉サービスの内容の変更にあたり、利用者がこれまでの内容から著しい変更や不利益が生じないように、看護・介護の情報を提供しています。</p> <p>■福祉サービスの継続性に配慮した引継ぎ文書はあるものの、手順の作成が望まれます。</p> <p>■福祉サービスの利用終了後の相談窓口について、口頭で説明していますが、その内容を記載した文書を作成し渡すことが望まれます。</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。	b
(コメント)	<p>■家族会総会が開催され、職員も出席して意見要望の聞き取りを行っています。意見等の内容は家族会ニュースに掲載されていますが、内容の分析と対応が不足しています。家族会総会での情報収集とその分析結果を踏まえた業務改善へさらなる取り組みが望まれます。</p> <p>■家族会総会も含めた、利用者満足度の上昇を意図とした委員会等の設置が望まれます。</p> <p>■家族会総会、利用者からの要望や意見は、施設サービス計画書に反映させる仕組みになっています。</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。	b
(コメント)	<p>■苦情解決の体制が整備され、利用者、家族が意見を出しやすい仕組みができています。第三者委員も二名体制となっています。</p> <p>■苦情解決に至るまでの記録があり、また申し出者に不利益にならないよう、適切な配慮を行ったうえで公表しています。</p> <p>■申し出があった内容に基づき、福祉サービスの向上を目的とした検討会議が実施されています。</p> <p>■意見箱が設置されていますが、筆記用具や用紙も置いておくことが望まれます。また大阪府社会福祉協議会運営適正化委員会のポスターに第三者委員の名前が標記されていますが、あわせて連絡先の記載が望まれます。</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>■利用者、家族が相談、意見を申し出る場合に、複数の中から相手を選べることを説明した文書を整備し、渡しています。</p> <p>■相談したり意見を述べるスペースとして1階に相談室があります。利用者、家族の移動を少なくするためにも、各階の通路にあるスペースの活用が望まれます。</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>■相談、意見に対する対応の指針があり、申し出に対する対応記録もファイリングされています。</p> <p>■福祉サービスの質の向上に向けて、意見、相談の内容の分析と対策を検討する会議体が存在し、そこが中心となって取り組みがなされています。</p> <p>■把握した相談、意見の検討に時間がかかる場合は、予め期限を決めて連絡を行い対応しています。</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>■リスクを管理する指針・マニュアルが制定されています。事故発生時の対応や防止について主任会議が毎月開催され、改善策、再発防止策を検討し、各部門への周知徹底を図っています。</p> <p>■安全確保、事故防止の研修を行うとともに、事故防止策、できごと報告書をフロア主任が担当フロアごとに検討し、その結果を主任会議で報告して再度審議した後、改めてその結果を各主任が担当のフロア職員へ周知しています。</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)	<ul style="list-style-type: none"> ■感染症及び食中毒対応マニュアルを制定し、それに基づく学習会を行って職員に周知徹底をしています。またこの一年以内に集団発生はしていません。 ■業務中の服装について、法人の方針として通勤からの私服のままとなっています。感染予防の観点から、業務時は同じ私服でなく、別の私服に着替えることが望まれます。 ■対応マニュアルの定期的な見直しについて、資料での確認はできませんでした。 	
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"> ■災害時の対応体制として、「台風・地震・火事」の中で台風についての対策が策定されていません。 ■食料、薬、消耗品等の備蓄については、責任者を決めて定期的にチェックを行い、3日分の備蓄をしています。同一建物の一角に医院があり、薬の確保ができる体制になっています。 ■福祉避難所の指定を受け、地域防災訓練等と合同で避難訓練が行われています。 ■いろいろな関係機関と連携して避難訓練を実施していますが、その結果の記録を作成することが望まれます。 ■災害発生時、特に夜間において、最終の避難確認にあたって誰が何を行うのかを明確にすることが望まれます。 	
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"> ■サービス提供に関する記録等の開示請求は今までありません。個人情報のおおび開示に関する規定を定め、対応方法は明確になっています。 ■利用者、家族へは入所契約時に説明を行っています。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ■「入所選考委員会設置要領」に沿って入所選考委員会を毎月1回開催し、申し込み者の入所必要性を確認した上で、必要性の高い方から順に受け入れを行っています。また、入所選考委員会の外部委員に地域の代表者を選任し、透明性の高い選考体制を整備しています。 ■入所申込についての説明はホームページに、Q&A形式で分かり易く説明し、入所選考についても「大阪府が示す入所選考指針」を用いている旨を示しています。 ■入所選考委員に第三者委員の選任と、ホームページで「大阪府が示す入所選考指針」を確認できる工夫が望まれます。 	

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"> ■個々のマニュアルを基に、「職員の援助チェックポイント」を策定し、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を明示しています。 ■新人研修において「職員の援助チェックポイント」を活用して周知徹底を行っています。職員に対する研修計画を策定していますが、実施したことの記録の確認がとれませんでした。 ■標準的な実施方法に基づいて、福祉サービスが提供されているかどうかを確認する手法について検討することが望まれます。 ■「職員の援助チェックポイント」は、日常の業務に活用しやすいよう工夫がなされていますが、その基となるマニュアルについて見直しや整備が望まれます。 	
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"> ■チェックポイント作業部会を設置して、職員の意見を取り入れた「職員の援助チェックポイント」更新作業を定期的に行っています。 ■「職員の援助チェックポイント」は、日常の業務に活用しやすいよう工夫がなされていますが、その基となるマニュアルについて見直しや整備が望まれます。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス実施計画書の策定責任者が設置されており、計画にはアセスメント、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。 ■支援困難な事例に対しては、ケアカンファレンスを行う即応体制ができており、ケアマネジャーが主となっています。またサービス計画書の変更も遅滞なく行われていますが、手順についてのルールが文書化が望まれます。 ■サービス実施計画通り実施できているかどうかは、ケアマネジャーが日々のサービス実施記録と3か月ごとのモニタリングシートにて確認していますが、他部門との連携を含めて把握・確認できる仕組みづくりが望まれます。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ■サービス実施計画の見直しは6ヶ月に1回、ケアカンファレンス会議において検討しています。家族の参加は9割程度となっており、参加しない家族には、電話にて連絡し要望等を聞いています。 ■サービス実施計画を緊急に変更する場合は、ケアカンファレンスを開催して変更を行っています。職員への周知は介護日誌の特記事項として伝達し、パソコンネットワークシステムの記録情報でも閲覧・確認ができます。 	

<p>Ⅲ-2-(2)-③</p>	<p>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。</p>	<p>b</p>
<p>(コメント)</p>	<p>■入所時は、利用者の心身の状況、生活歴、本人・家族の意向等のアセスメントに基づいて、暫定施設サービス計画を作成しています。入所後2週間を目安として1カ月以内に、介護支援専門員を中心に介護職員・看護職員・機能訓練指導員・「生活機能援助員」・管理栄養士でカンファレンスを行い、本計画を作成しています。その後は、3ヶ月毎のモニタリング、6ヶ月毎のサービス担当者会議を経て、施設サービス計画の見直しを行い、本人・家族への説明と同意を得ています。</p> <p>■計画作成は介護支援専門員が担当していますが、計画書の担当者欄で各サービスの提供責任者を明確にしています。医師等の助言についてはサービス担当者会議に医師の意見書が添えられ、認知症高齢者に対しては精神科専門医の助言を受けていますが、アドバイスを計画に活かす工夫が望まれます。</p> <p>■施設サービス計画やサービス担当者会議、ケアカンファレンスの内容はパソコン画面で全ての職員が閲覧できるようにシステム化しています。計画に基づいたサービスの提供が実施できているかについては、計画実施表で確認しています。</p> <p>■居宅復帰については、重度化にともない体調の安定や現状維持を考慮した上で、外泊、外出が少しでも多く実現するよう支援しています。過去1例の居宅復帰事例があります。</p>	
<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。</p>		
<p>Ⅲ-2-(3)-①</p>	<p>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。</p>	<p>a</p>
<p>(コメント)</p>	<p>■パソコンネットワークシステムを活用し、職員が自分のIDでアクセスを行い記録の閲覧・確認ができます。</p> <p>■記録の書き方に差異が出ないように、フロア主任がOJTを行っており、フロア会議でも伝えています。</p> <p>■情報の共有を目的として、カンファレンスを開催し部門間を横断した取り組みがされています。</p> <p>■パソコンネットワークシステムでは、各職員が情報を自主的に適宜確認していますが、大事な情報についてはフロア会議等で周知し、会議に参加していない職員へはリーダーが伝える仕組みになっています。</p>	
<p>Ⅲ-2-(3)-②</p>	<p>利用者に関する記録の管理体制が確立している。</p>	<p>b</p>
<p>(コメント)</p>	<p>■文書管理規程に記録管理の責任者が明示され、保管、保存、廃棄に関する事項も決められています。</p> <p>■個人情報の不適正な利用や漏えいに対して、就業規則にパソコンに関する遵守事項、機密情報管理に関する遵守事項があり、それらの説明をしたうえで職員と誓約書を交わしています。</p> <p>■記録の管理についての重要性については研修を実施しています。</p> <p>■利用者、家族へは契約時に説明をしています。</p> <p>■一般職員へのヒアリングにおいて、個人情報の保護の研修は受けているものの理解不足を感じました。理解度を適宜確認す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。	b
<p>(コメント) ■身体拘束は過去5年以上行われていません。 ■身体拘束を行わないことを重要事項説明書に明記しています。施設内でも宣言ポスターが掲示されています。 ■身体拘束をなくするための福祉用具(車いす)の座面シートを自主的に考案し、実用化しています。 ■身体拘束に対する委員会が設置されています。また職員は内部研修や外部研修へ参加しています。しかし内部研修については、自主参加による有志の勉強会的な部分もあり、全職員の研修としてはなじまない場合もありますので検討が望まれます。</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
<p>(コメント) ■利用者の金銭を預かり管理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。	a
<p>(コメント) ■施設独自の取り組みとして、機能訓練指導員の他に、「生活機能援助員」の名称で介護職員1名を専任配置し、外部の理学療法士・作業療法士の指導のもと、寝たきり予防にあたっています。 ■個々の利用者に合わせた離床計画（食事・入浴・トイレ誘導・レクリエーション等）を、一日のスケジュール表に組み込み、ポジショニング等の留意点も加えて居室に貼り、スタッフ全員の共通認識に活用しています。 ■意欲への結びつけとして、レクリエーション活動計画（調理・靴下あみ・塗り絵・年賀状・喫茶・散歩・体操等）を実施するとともに、ボランティアによる多彩なレクリエーションメニューを活用し、「・・・に参加したい」の意欲を引き出すよう取り組んでいます。</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。	a
(コメント)	<p>■グループ制に受け持ち制（各介護員が利用者3～4名を担当する）を加えた体制でケア提供をしており、利用者の生活習慣や暮らしの意向をより反映した、自立支援の実現に取り組んでいます。利用者一人ひとりに応じた支援については、担当介護職員が中心になってアセスメントを行いケアカンファレンスやフロア会議で調整しています。</p> <p>■利用者の日々の生活の楽しみ作りは、「生活機能援助員」が担当するレクリエーション活動や、35グループのボランティアによるクラブ活動（居酒屋・園芸倶楽部・花と遊ぶ・お母さんクラブ・書道・絵手紙・音楽サークル・詩吟クラブ等）、多彩なメニューが利用者の自立への動機付けに役立っています。また、地域の夏祭り参加や、美容院に出かける等利用者の希望に沿った支援をしています。</p> <p>■食事、排泄、入浴についても、本人の意思を尊重した上で、離床計画に基づいて誘導しており、着替えや整容についても日課に組込んでいます。</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。	b
(コメント)	<p>■バリデーション（共感して接することを大切に手法）や、コマニチュード（見る、話す、触れる、立つを4つの柱とした手法）のコミュニケーション技法を取り入れ、利用者の表情をくみ取りながら気持ちに寄り添えるよう、日々のケアに当たっています。その他、失語症の方には筆談やジェスチャー等を用い、個々の利用者に応じた働きかけをしています。</p> <p>■小グループ制と担当制（各介護職員が3～4名を担当する）を交えたケア体制のため、利用者一人ひとりとのコミュニケーション機会が多く、どのようなタイミングで声かけすると話しやすいのかを記録に残し、スタッフ間で共有しケアに活かしています。また、聴き取った情報はケアカンファレンスやフロア会議に反映させています。</p> <p>■3年目の職員が他部署で2日間勤務するジョブローテーションを取り入れています。利用者への言葉づかいや接し方についても、研修課題の一つとして明確な組み込みが望まれます。</p> <p>■「職員の援助チェックポイント」の基本姿勢に「接遇」、基本技術に「コミュニケーション」が取り上げられています。入職時に配付と研修が行われ、その後はOJTで指導をしていますが、「コミュニケーション」についても年間研修計画への取り上げが望まれます。</p>	

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。	a
(コメント)	<p>■「職員の援助チェックポイント」に同性介助、プライバシーの保護、羞恥心に対する対応等を示し、風呂担当者が誘導から終了まで1対1の援助を行っています。基本週2回の入浴ですが、利用者の心身の状況や意向に合わせて、曜日や時間、提供方法の変更を柔軟に行っています。</p> <p>■入浴担当者は、入浴前の浴室内の安全確認（室温・湯温・備品）を行っています。また、入浴日に合わせて介護職員が検温等を行い、看護職員へ報告し指示に従って入浴日や方法の変更をしています。入浴後の水分補給（浴室にウォーターサーバーを設置）や一般的スキンケアは介護職員が行い、薬剤塗布や利用者の皮膚観察は看護職員が実施しています。</p> <p>■浴室は、一般浴、機械浴（ベッド・チェアー）、個浴（屋根付き露天風呂・機械個浴）があり、利用者の状況や要望に合わせて選択しています。現時点では夜間浴の希望者や自力入浴者はいません。</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>■排泄委員会を随時開催し、排泄に関する管理運営をしており、「職員の援助チェックポイント」にプライバシーの保護や、羞恥心に対する配慮、同性介助、自然排便等を示しています。トイレ誘導を基本に排泄自立を図っていますが、常時おむつ使用者（1割程度）に対しては、おむつが外部から見えない状況で訪室するなどの工夫をしています。平成27年度には、褥瘡予防対策委員会が中心になって「排泄ケアとお肌の関係」「実践！スキンケア（陰部洗浄のすすめ）」「おむつスキルアップ」の学習会を開催し、おむつ使用者の皮膚トラブルの改善に取り組んでいます。</p> <p>■トイレは数個の個室に対する共用トイレや、居室内トイレ等、複数のタイプを設置しており、いずれも車椅子対応・保温トイレで使用時の快適感やプライバシー保護は確保できています。また安全性については、立ち上がり防止のテーブル設置を検討しており、現在は「呼ばれたら直ぐに対応」と見守りで転倒防止に努めています。</p> <p>■個々の利用者の水分摂取・排泄状況を、職員間で共有・把握するために「排便コントロール表」、「便コン・食事形態一覧」「生活チェック表」を使用し、看護職員との連携には「申し送りノート」を活用しています。さらにフロア会議や排泄委員会で介助時間や方法の見直しを随時行っています。</p> <p>■使用後のおむつの一時保管場所について、改善が望まれます。</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>■機能訓練指導員や「生活機能援助員」が担当介護職員の協力を得て利用者個々の意向を聞き取り、その実現に向けて理学療法士や作業療法士の指導のもとに、心身の状況に合わせた福祉用具の調整や環境作りに力を入れています。</p> <p>■平成27年度は福祉用具推進委員会が中心になって、利用者とスタッフ双方の安全と負担の軽減を目指して、福祉用具（リフト、スライディングボード、モジュール型車椅子）の積極的活用と使用方法の確認、さらに介護技術の向上に努めています。</p> <p>■福祉用具の点検については、福祉用具管理表を作成し、福祉用具推進委員会に報告していますが、使用状況の管理に留まっており、点検の実施状況と修理についても記載が望まれます。</p>	

A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	b
(コメント)	<p>■褥瘡予防対策委員会は奇数月に、医師、看護職員、機能訓練指導員、「生活機能援助員」、介護支援専門員、管理栄養士、各フロア介護職員の参加で開催し、褥瘡リスクのある利用者一人ひとりについて皮膚の状況、栄養補給、マットの選択、体位変換・離床計画の調整、排泄時の皮膚ケアの方法等を検討しています。</p> <p>■平成27年度は褥瘡予防対策委員会が、施設内研修を6月「褥瘡対策、ポジショニング実践について」、翌年1月「スキンケア」の2回開催し、処置や移乗方法、スキンケアの統一、ポジショニング（身体位置のあり方に対する工夫）の実践と福祉用具の活用等、褥瘡予防への意識向上を図るとともに、マニュアルの見直しを行っています。さらに体位変換やポジショニングについては、個別の離床計画に写真を添えたものを作成し、スタッフの共通理解に努めています。また、車椅子座位中にもこまめに座り直しを行うなど、体圧分散に力を入れた結果、改善効果が見られ、現在再発の3名のみ減少しています。</p> <p>■褥瘡発生ゼロを目指して、褥瘡予防対策委員会もしくは、褥瘡予防チームによるラウンド（巡回と観察）を毎月開催することが望まれます。</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>■嗜好調査の他、管理栄養士による毎食食時のミールラウンド（巡回による食事状況の観察）によって、利用者個々の摂食状況を観察し、好みに合わせた代替食の提供を行っています。また残食量調査は毎食実施し、毎月の厨房会議や給食委員会で献立調整を行っています。</p> <p>■平成28年度の管理栄養士の活動方針に「安全に安心して食事が楽しめる」を取り上げ、献立作成から食事提供がスムーズにできるように取り組んでいます。また、調理室の活動方針に「季節を感じる食材選びや食を通じての楽しい取り組みを進める」を取り上げ、おやつクラブや各フロアでの食事関連の取り組みに積極的に協力する、としています。そのため9・10月は松茸や栗、キノコ系、さんまの塩焼き等を取り入れた季節の献立を提供し、盛り付けにも工夫をしています。</p> <p>■食堂での食事を基本に、利用者の心身の状況や意向に配慮した、テーブルや椅子を配置し、それぞれの利用者が自由な食事スタイルを取り、明るいテラスから緑が見える環境で、穏やかにゆったりと食事をしています。</p> <p>■配膳については、1階は厨房直接のカウンター配膳、2階・3階は温冷配膳車（42食）を使用し、居室配膳でも温度管理に努めています。食事提供時間は、通常朝食は8時、昼食は12時、夕食は18時、早膳は17時、延食は2時間として厨房で保管しています。</p> <p>■定期的な選択食は実施していませんが、月毎のデザートバイキングやミニバザー、文化祭での屋台、おやつクラブ、各フロア調理等、多彩な取り組みの中で、選択可能な場の提供をしています。</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。	a
(コメント)	<p>■利用者の咀嚼・嚥下能力に合わせて、食事形態を5段階（①普通食、②きざみ食、③超きざみ食、④ミキサー固形食、⑤ペースト）の形態で提供し、嚥下のスムーズさに加え、見た目で食材が分かるよう盛り付けに工夫をするともに、食事の温度管理にも注意しています。また、療養食は糖尿病食、心臓病食、腎臓病食、高脂血症食、痛風食、貧血食を整え、医師の指示に基づいて提供しています。</p> <p>■平成27年度の「生活機能援助員」の活動として、「いのこ式食快ケア～S・E・A～の実践 S（スマイル）・E（イート）・A（アクション）」を取り上げ、プロジェクトチーム（介護職員、看護職員、厨房職員、介護支援専門員、管理職、作業療法士）を結成し、自力摂取を基本に「利用者が食事を快適に行え、スタッフが食事介助を快適に行える」を目標に、食事摂取の改善に取り組み成果を上げています。特に、疲れの緩和と姿勢保持が食事への意識を高め、食事に要する時間短縮を実現し、快適な食事に繋がっています。</p> <p>■誤嚥等の食事中的の事故に対しては、救急学習会でトレーニングを実施し、各ユニット毎に吸引チューブ（IBMチューブ）を配置しています。</p> <p>■栄養状態の管理は、管理栄養士がミールラウンドを行うとともに、栄養スクリーニング・栄養アセスメント・栄養ケア計画・モニタリング・栄養ケア提供経過記録を用いて、リスク別（高リスク・中リスク・低リスク）に見直しをしています。水分摂取量は、1日800ml以上を目安に体重によって目標量を決定しており、不足の場合は厨房で準備したスポーツ飲料やお茶ゼリー等で補給しています。</p> <p>■突然的な状況変化に合わせて、摂食可能な食材や形態に変更した代替食を提供しています。看取り介護については、利用者・家族の要望に合わせて提供しています。</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>■利用者の口腔清掃の自立程度や口腔機能の把握は、入所前の医療機関の情報と、看護職員が実際の食事場面で確認しています。</p> <p>■口腔ケアマニュアルは、協力歯科からの「口腔ケアに携わる人のための手引き」を活用しています。平成27年度の重点目標に「口腔ケアの強化」を「食快ケア」とともに取り上げ、誤嚥性肺炎による入院件数が改善しています。また、協力歯科医師の「診療報告書・衛生士指導報告書」の指示に従って利用者個々のケアを実施しています。</p> <p>■口腔機能の保持・改善は、「嚥下障害ケアマニュアル」（①顔面体操、②舌のストレッチ、③唾液腺マッサージ、④くちびるを鍛える訓練）に沿って、必要時に実施しています。</p> <p>■口腔ケアの施設内研修は実施していませんが、言語聴覚士の導入を検討しています。</p> <p>■義歯の管理や口腔チェックについては、留意点を加えたチェック表を作成するなど、工夫が望まれます。</p> <p>■洗口スペースについては、居室もしくは共有スペースの洗面台を利用しています。</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>■「職員の援助チェックポイント」の基本介護に、「終の棲家として生命を全うしたいという願いがあれば、敬意と誠意をもって看取りを行います」と施設の受入れ体制を示しています。平成27年度は退所者の67%が看取り退所で、年々増加の傾向にあります。また、「いのこの里のターミナルケアの流れ」に沿って対応しています。</p> <p>■外部研修は、平成27年11月「介護施設ならではのターミナルケアを進めるために」、同年12月「看取り研修会」に参加しており、内部研修は医務室担当で平成28年8月に「看取り及び看取り後のケアについて」を行っています。</p> <p>■職員への精神的サポートとしては、看取り期を通じて毎週開催する多職種合同カンファレンスの場で、アドバイスや意見交換を行い、看取り終了後の振り返りカンファレンスを実施しています。しかし最近は振り返りカンファレンスができていない状況があり、全てのケースで振り返りカンファレンスの実施が望まれます。また、グリーフケア（悲しみから立ち直るための支援）の一環として、施設でのお別れ会や、毎年の物故者慰霊祭（過去お亡くなりになった利用者の家族を招待）を実施しています。特に、新入職員や初めての看取り介護担当職員へのメンタルヘルスケアに当たる職員の養成が望まれます。</p> <p>■医師・医療機関等との連携体制は確立しており、家族の要望があれば家族控室での宿泊も可能です。</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。	a
(コメント)	<p>■「職員の援助チェックポイント」に認知症ケアのあり方を示し、3ヶ月毎のアセスメントに基づいて施設サービス計画の見直しを行っています。周辺症状を呈する利用者には、課題解決の糸口を見出すために「ひもときシート」（認知症ケア高度化推進事業により認知症介護研究・研修東京センターが出しているアセスメントシート）を使って、利用者の状況を医師の診断、治療と合わせて分析し、本人に合ったケアの提供に努めています。</p> <p>■利用者が日常生活の中で参加できる役割としては、食器拭きや洗濯物たたみ、園芸サークルでの毎日の散水などがあります。</p> <p>■認知症介護実践者研修に随時職員を派遣し、パーソンセンタードケア（その人を中心とした支援）の考え方を主軸にケアの実践に取り組んでいます。現在、認知症介護実践リーダー研修修了者は5名在籍し、各ユニットへ配置しています。外部研修は、平成27年10月「看護実務者研修（身体拘束廃止推進事業）」、「認知症介護実践者研修（3名参加）」、平成28年2月「認知症研修会」、同年2月「吹田市認知症キャラバンメイト全体研修」、同年3月「前頭側頭葉型認知症&意味性認知症」に参加しています。内部研修は介護部担当で平成27年10月「認知症学習会」を開催し、平成28年度は11月に計画しています。</p> <p>■精神科専門医による診療が毎月2回あり、専門的アドバイスを受けています。</p> <p>■抑制・拘束は、身体拘束廃止委員会（毎月1回）を開催し、過去5年以上拘束を実施した事例はありません。</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>■平成27年度の活動目標に、「入居者の状態に合わせた居室・フロア環境の整備」を取り上げ、PEAP (Professional Environmental Assessment Protocol 専門的環境支援指針) の8次元構想を取り入れ、職員側の都合の押しつけにならないように、入居者の意思を尊重しながら現時点での生活能力に適した居場所作りに成果をあげています。</p> <p>■私物の持ち込みについては、火気と刃物類以外は特に制限をせず、その人らしい環境整備に努めています。居室の入口に好みの暖簾、トイレのマークを分かり易く表示するなど、視覚に訴える働きかけをしています。</p> <p>■エレベーターは屋上階と地下階以外は開放しており、行動制限はありません。しかし、薬品等の保管場所は施錠し、危険物は目に触れないよう管理しています。現在、異食をする利用者は居ません。</p> <p>■共有スペースは、各ユニットに畳コーナーやソファでくつろぎの空間を作っています。多床室では利用者の組み合わせに配慮しています。また、利用者個々の生活環境の改善を目指して、多床室を改修し準個室に作りかえる計画を進めています。</p> <p>■共有スペース等に物品が多く、保有している数の把握や災害時の安全確保のために整理整頓が望まれます。</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>■機能訓練指導員と介護支援専門員が協働で介護予防も含めて、全利用者に個別機能訓練計画書を作成し、実施、評価、見直しをしています。</p> <p>■個別リハビリテーションメニュー（準備から実際の方法、留意点を記載）を介護担当者に提示し、離床計画の中に組み込んで実施しています。介護予防内容は、首すくめ運動、振り子運動、肘開閉運動等、椅子に座ってできる簡単な肩の体操を取り上げ実施しています。また、寝たままできるメニューをベッドサイドに貼ってチェック表に○をする等、利用者が主体的に行えるように工夫をしています。</p> <p>■理学療法士（毎週1回）、作業療法士（毎月1回）の助言・指導を受けており、平成27年度は介護現場で利用者個々の適切なポジショニング（身体の位置）やシーティング（座り方）、移乗法について介護職員とともにアドバイスを受け、「食快ケア」の姿勢改善に効果を引き出すことができています。</p> <p>■個別リハビリテーションメニューの作成は、一部の利用者に留まっており、継続的に幅広く実施できるメニューの工夫が望まれます。専門職の助言・指導の頻度がさらに増えるよう検討が望まれます。</p>	

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> ■「緊急対応マニュアル」、「急変時等マニュアル」に従って対応しています。利用者のバイタルサインのチェックを入浴前に介護職員が実施し、看護職員への報告と指示受けをしています。また、食事・水分摂取量、排泄については、看護・介護職員の共有情報として「生活チェック表」に記録しています。体調変化時の対応や医師の指示は、「医務室日誌」、「カルテの看護記録」記載し、さらにパソコンの「ケースの特記事項」に記録することで、多職種が横断的に認識できるシステムになっており、申し送りでも伝えていきます。 ■緊急時の医師・医療機関との連携は、「緊急時対応マニュアル」に従って対応しており、オンコールシステム（電話連絡）によって24時間の体制確保ができています。 ■施設内研修は医務室が担当し、「救急学習会」を年2回（平成27年度は5月と11月）、そして平成28年7月には「救命処置の手順、夜間救急搬送について」を実施しています。「薬の効果や副作用」に関する内容については、個別指導に留まっています。今後は研修計画としての取り上げが望まれます。 ■薬剤管理は「服薬マニュアル」に従って、1週間毎に外部薬局により搬入され、検品後ステーションのキャビネットに施錠保管しています。朝・昼・夕・眠前の薬箱へのセッティングは毎朝看護職員が実施し、食事時に介護職員が服薬介助をしています。 ■健康管理については、誕生日に定期健診を実施しています。 </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> ■「感染症対策マニュアル」（「感染症発生時の対応に関する指針」、「感染症発生時の対応 フロー図」）に従って対応し、毎月1回「感染症・食中毒予防対策委員会」を開催しています。 ■平成28年度医務室方針に「診療所との連携を図り、健康管理を中心に、感染症予防対策に取り組み、衛生環境を整える」を示しています。職員健康管理チェックリストを作成し、看護職員が入口チェック（出勤時の検温・体調確認・手洗い・うがい）を毎日行っています。さらに毎年1回の胸部レントゲン撮影と健康診断（夜勤者は2回）、インフルエンザの予防接種を実施しています。 ■職員やその家族に感染症を疑う症状があった場合、まず医師の診断を優先し、直接職場に入らないことを基本に、回復後の職場復帰についても「ノロウイルス・インフルエンザ・その他感染症」別に規定しています。職員・家族の感染症についてもフロー図に示すなどの工夫を期待します。 ■感染症学習会については、平成27年度は年2回（7月、11月）実施し、平成28年度は10月に「感染症・手洗い・感染症マニュアルについて」を実施しています。手洗い・うがいの職員個別指導を平成28年4月～8月の期間に5回行っています。また、平成28年2月と9月の2回、感染管理認定看護師の指導を依頼し、介護現場の管理状況について意見交換を行っており、ノロ対策の吐物処理方法についても整備しています。 ■外部研修は、平成27年9月「高齢者等介護施設のためのHIV研修」、同年10月「第8回感染制御ネットワーク研究会」、同年11月「感染症予防対策講習会」、平成28年2月「社会福祉施設等におけるレジオネラ症発生防止対策講習会」に参加しています。 ■家族・来館者への手洗器・消毒薬等が整備されており、ポスターでの呼びかけをしています。 </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)	<p>■建物の点検は定期的実施していますが、共有スペースや倉庫、洗濯・汚物室、リネン室等の整理整頓が望まれます。</p> <p>■設備・備品については、主任会議で各部署からの報告を受け、不具合箇所は直ちに修理をしています。設備・備品等のチェックリストを作成するなど、管理状況の月次報告を書面で残す工夫が望まれます。</p> <p>■基本、私物の持ち込みは制限なしのため、各居室はなじみの家具や椅子、カーテンで囲まれ、利用者個々の雰囲気に含まれています。廊下幅も広く、共有スペースのリビングには、家具やソファ、畳などが置かれ、背の低いパーテーションで「くつろぎのコーナー」をユニット毎に作る等、利用者が思い思いに過ごせる居場所づくりに力を入れています。また、吹き抜け部分のテラスは採光が差し込み、窓からは緑が見え、利用者が穏やかに心地よく過ごすための雰囲気が工夫されています。エレベーターも屋上階と地下階以外は開放しており、1階の喫茶コーナーにも自由に移動できます。</p>	

		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)	<p>■サービス担当者会議には、家族の9割が出席しており、多職種（管理栄養士・看護職員・介護職員・介護支援専門員・機能訓練指導員等）からサービスの説明を行い、家族の要望を聞く機会にしています。また、面会時にも担当介護職員や介護支援専門員が近況報告をしています。さらに、ユニットごとの家族懇談会を開催し、担当職員と家族との意見交換の場としています。</p> <p>■利用者に変化があった時は、その都度電話で連絡しており、電話の相手の名前を確認し記録に残しています。</p> <p>■行事へのお誘いは、電話と毎月発行している「いのこだより」を、請求書と一緒に郵送し、施設内の掲示板にポスターを貼る等でお知らせしています。</p>	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	いのこの里の入居者
調査対象者数	入居者80名（うち回答可能な方12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いのこの里を、現在利用されている入居者80名（うち回答可能な方12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、6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、

- (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」
●「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、6名の方全員が「はい」「満足」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」
●「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、6名の内、5名の方が「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	いのこの里の入居者の代理人
調査対象者数	80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いのこの里を、現在利用されている入居者の代理人80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、53名の方から回答がありました。（回答率66%）

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」
●「ホームの総合的な満足度」
について、90%以上の方が「はい」「満足」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」
●「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、80%以上の方が「はい」と回答、
- (3) ●「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」
●「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」
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。

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	いのこの里 過去1年間に利用を終了した入居者の代理人
調査対象者数	18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いのこの里を、過去1年間に利用が終了した入居者の代理人18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、11名の方から回答がありました。（回答率61％）

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」
について、11名の方全員が「はい」と回答、
- (2) ●「職員に声を掛けやすい」
●「ホームの総合的な満足度」
について、11名の内、10名の方が「はい」「満足」と回答、
- (3) ●「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」
●「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」
●「支援の方法については、本人や家族と相談しながら決めている」
について、11名の内、9名の方が「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