

# 大阪府福祉サービス 第三者評価受審証

法人名 社会福祉法人 聖綾福祉会  
事業所名 スーパー・コート平野喜連  
評価機関名 特定非営利活動法人  
ニッポン・アクティブライフ・クラブ

貴事業所は大阪府福祉サービス第三者評価を受審しその結果を公表したことを証します

## 記

- 1 サービス種別 介護付有料老人ホーム
- 2 評価決定年月日 平成26年12月19日（平成26年度）
- 3 結果の公表 独立行政法人福祉医療機構が運営するWAM NET（ワムネット）に掲載
- 4 公表期間 平成26年12月26日から  
平成30年3月31日まで

平成26年12月26日

大阪府福祉部地域福祉推進室地域福祉課

## 福祉サービス第三者評価結果報告書（公表用）

### 【受審事業所情報】

|            |   |
|------------|---|
| 事業所名称      | スーパー・コート平野喜連  |
| 運営法人名称     | 社会福祉法人 聖綾福祉会  |
| 福祉サービスの種別  | 介護付有料老人ホーム  |
| 代表者氏名      | 理事長 山本良祐  |
| 定員（利用人数）   | 49名 名（37名）  |
| 事業所所在地     | 〒547-0026<br>大阪市平野区喜連西5-4-18  |
| 電話番号       | 06 - 6703 - 9000  |
| FAX番号      | 06 - 6703 - 9100  |
| ホームページアドレス | <a href="http://www.supercourt.jp/supercourt/kire/index.html">http://www.supercourt.jp/supercourt/kire/index.html</a> |
| 電子メールアドレス  |   |

### 【評価機関情報】

|           |   |
|-----------|---|
| 第三者評価機関名  | NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ<br>ナルク福祉調査センター                             |
| 大阪府認証番号   | 270012  |
| 評価実施期間    | 平成26年5月29日～平成26年12月19日  |
| 評価決定年月日   | 平成26年12月19日   |
| 評価調査者（役割） | 0401A110（運営管理・専門職委員）<br>0601A065（運営管理・専門職委員）<br>（ ）<br>（ ）<br>（ ） |

### 【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 |
|---------------------|---|

## 第三者評価結果の概要

### 評価機関総合コメント

社会福祉法人聖綾福祉会は、当施設のほか、グループホーム・居宅介護支援事業・通所介護事業・訪問介護事業等を持ち、グループには(株)スーパー・コートや、(医)在宅支援診療所があり、幅広い福祉サービスを提供している。

又、福祉関係グループ全体で綿密な事業連携を取っている。「ケアマイスター制度(介護技術基準のスキルアップ制度)」を採用し、職員のモチベーションの継続に配慮している。

スーパー・コート平野喜連は、平成18年9月に介護付有料老人ホームとして開設し現在「指定特定施設入居者生活介護(指定介護予防特定施設入居者生活介護)」、居室49室。全室個室(トイレ・洗面・冷暖房付き)である。地域に根ざした福祉を目指し、近隣との付き合いを進めている。

ISO9001:2008(高齢者向け生活支援サービス及び介護支援サービスの提供)を取得し、事業の適正化に前向きに取り組み、施設長を始め職員のサービスに対する意識は高い。

「安全」「清潔」「元気の出る」をモットーに、お客様の満足度を上げる質の高いサービスを目指し、職員が様々な取り組みを考え続け挑戦している。

### 特に評価の高い点

サービスの質の担保を考え、ISO9001取得後、基本的な書類、マニュアル等に、プロセス(PDCA)評価の基準取り入れ独自の書式を考案されている。

利用者満足度アンケート、介護予防支援教室アンケート、苦情(相談)対応記録表など、迅速な利用者サービスへの対応と、その分析が出来る体制が作られ、結果は次の介護サービスに繋げている。

職員は「Faith」(法人全体の理念、基本方針、行動基準等をまとめたポケットサイズ)を持ち、意識して日々の業務に取り入れている。

施設長を始め、全職員が、半年毎の目標達成を決め、自己評価をし、職務に対する見直しを大切に、意識の高揚に役立っている。

### 改善を求められる点

利用者満足度、サービス向上に素晴らしい力を発揮しているが、利用者の自立、生きる意欲、自から行動する意欲を引き出す支援が少ないと思われる。出来る喜び、利用者の生きがいに繋がる生活リハビリメニューを考えられては如何か。

今後さらに利用者の生活目線に立ち、自立支援を優先したプログラムを研究され、サービスの提供に繋がりたい。

### 第三者評価に対する事業者のコメント

第三者評価受審後、審査を通していただいた意見について改善に向けて活動を開始しました。

特にご入居者の「生きがい」「自立支援」「イキイキした生活」といった観点に重点をおいています。

ご入居者の目線に立ち、自立支援を優先したプログラムとして、今回の審査を受ける以前より取り組んでいたドリームシートの活動の見直しを行いました。

ドリームシートというのは、ご入居者の夢を聞き、その夢を叶えていこうという取り組みです。過去にはお花が好きなお客様が「花屋に行きたい」との夢があり、その夢の実現のために機能訓練を行い、自ら歩行され花屋に行かれるという事例があります。

しかしながら仕組みとしてはまだまだ弱かったのですが、今回の審査をきっかけに、さらに仕組みの見直しを行い、PDCAサイクルが回るようになりました。

現在は、柔道整復師の資格保持者が機能訓練指導員を担っています。ドリームシートにて聞き取ったご入居者の夢をもとに、その方に必要な機能訓練計画を個別に作成し、週間予定表にて計画を管理し、計画に沿って個別機能訓練を実施しています。

ご入居者の自立支援の仕組みがこのような形で確固たるものとして機能し、ADL状態が改善されるご入居者もおられます。

また、さらなる楽しみを持っていただくために、外出企画も増やしております。

今後もブラッシュアップを進め、高く評価いただい点、改善を要する点のいずれも真摯に取り組み、サービスの質の向上へ繋げていきます。

## 評価細目の第三者評価結果

### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

| 判 断 基 準 項 目  | 評価結果 |
|--|------|
| I-1 理念・基本方針  |      |
| I-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。   |      |
| I-1-(1)-① 理念が明文化されている。   | a    |
| I-1-(1)-② 理念に基づく基本方針が明文化されている。   | a    |
| I-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。   |      |
| I-1-(2)-① 理念や基本方針が職員に周知されている。  | a    |
| I-1-(2)-② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。  | b    |
| 評価機関コメント   |      |
| <p>理念、基本方針は、スーパーコートグループ全体で作成された「経営指針書」や、経営指針を抜粋した携帯用冊子(社員携帯用)、ホームページに明文化し掲載されている。</p> <p>聖綾福祉会法人のパンフレットには、理念「安全」「清潔」「元気」を載せ、「私たちは常に安全、清潔、元気の出るサービスを提供します」とうたっている。</p> <p>職員は「経営指針書」と携帯用冊子を持ち研修に参加し、日常の行動指針としている。</p> <p>利用者向けには法人のパンフレットで知らされているが、周知までには至っていないと思われる。</p> <p>利用者家族へ理解が得られるよう、施設内の掲示や、利用者向けの説明書などがあると、よりよいのではないかと。</p> |      |

| 判断基準項目   |                          | 評価結果 |
|--|--------------------------|------|
| I-2 事業計画の策定  |                          |      |
| I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。  |                          |      |
| I-2-(1)-①  | 中・長期計画が策定されている。          | a    |
| I-2-(1)-②  | 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。 | a    |
| I-2-(2) 事業計画が適切に策定されている。   |                          |      |
| I-2-(2)-①  | 事業計画の策定が組織的に行われている。      | a    |
| I-2-(2)-②  | 事業計画が職員に周知されている。         | a    |
| I-2-(2)-③  | 事業計画が利用者等に周知されている。       | b    |
| 評価機関コメント   |                          |      |
| <p>法人全体で目標を定め、質の向上と財務目標を明確に示した中期経営計画が出されている。今年度は、年月の経過と共に介護度の上がる利用者に向けて、機械式浴槽の設置が決定している。</p> <p>中期経営計画に沿って半期目標に対する評価実施要領が定められ、それに従って職員一人一人が、チャレンジシートを使用し、半期の目標を決め、目標達成の見直しの自己評価を基に施設長との話し合いをし、次期の目標につなげている。</p> <p>家族入居者に向けて運営懇談会が開かれ説明されているが資料を配布することにより、より深く周知されるのではないかと懸念がある。</p> |                          |      |

| 判 断 基 準 項 目   |                                | 評価結果 |
|---|--------------------------------|------|
| I-3 管理者の責任とリーダーシップ  |                                |      |
| I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。  |                                |      |
| I-3-(1)-①   | 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。      | a    |
| I-3-(1)-②   | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。   | a    |
| I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。  |                                |      |
| I-3-(2)-①   | 質の向上に意欲を持ちその取組に指導力を発揮している。     | a    |
| I-3-(2)-②   | 経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。 | a    |
| 評価機関コメント  |                                |      |
| <p>法人内で管理者の責任と役割について、年2回経営管理業務研修が行われている。又、管理者は法人で定められた管理者向けチャレンジシートで自己評価を行っている。</p> <p>法人内会議で「品質マネジメント会議」が年1回行われ、利用者満足に向けた質の向上をめざし、管理者の指導の下、職員各々が評価・見直し・次の計画へと進められている。</p> <p>ISO基準会議は毎月行われて、目標達成に向けた検討が続けられている。</p> <p>各取り組みには、管理者を中心に「プロセス(PDCA)評価の基準」に基づいた見直しがされている。</p> |                                |      |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

| 判 断 基 準 項 目  |                                | 評価結果 |
|--|--------------------------------|------|
| Ⅱ-1 経営状況の把握  |                                |      |
| Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。  |                                |      |
| Ⅱ-1-(1)-①  | 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。        | a    |
| Ⅱ-1-(1)-②  | 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取組を行っている。 | a    |
| Ⅱ-1-(1)-③  | 外部監査が実施されている。                  | a    |
| 評価機関コメント   |                                |      |
| <p>法人内で連携をし、理事会や施設長会議等で社会福祉事業の動向や、情報の共有を図り事業全般の質向上を図っている。</p> <p>施設主催で行っている「介護予防支援教室」を通して、教室の利用者との懇談会やアンケートでの意見を取り入れ、地域の環境を把握をする努力が見られる。<br/>得られた情報を基に、年度事業計画が作られ、半期の目標・評価・見直し、次の計画につなげるシステムが定着している。</p> <p>ISOの外部監査を、自主的に受けている。</p> |                                |      |



| 判 断 基 準 項 目   |  | 評 価 結 果 |
|---|--|---------|
| II-2 人材の確保・養成   |  |         |
| II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。   |  |         |
| II-2-(1)-①  | 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。                         | a       |
| II-2-(1)-②  | 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。                          | a       |
| II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。   |  |         |
| II-2-(2)-①  | 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。             | a       |
| II-2-(2)-②  | 職員の福利厚生や健康の維持に積極的に取り組んでいる。                       | b       |
| II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。   |  |         |
| II-2-(3)-①  | 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。                        | a       |
| II-2-(3)-②  | 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取組が行われている。 | b       |
| II-2-(3)-③  | 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。                     | b       |
| II-2-(4) 実習生の受入れが適切に行われている。   |  |         |
| II-2-(4)-①  | 実習生の受入れと育成について基本的な姿勢を明確にした体制を整備し、積極的な取組をしている。    | c       |
| 評価機関コメント  |  |         |
| <p>中期経営計画を基に、人材の把握、常勤非常勤の比率確認などがされ、詳細なデータを出している。</p> <p>人事考課には、業績に貢献度、目標達成に取り組む姿勢と共に、人事考課表を用いた客観的な方法が取られている。結果を評価実績要領に沿って記載し、職員全員に周知されている。</p> <p>有給休暇の消化、時間外勤務など労働時間のデータは把握されている。職員とは評価結果を基に話し合いがもたれている。又職員に対する健康診断が行われている。</p> <p>教育研修計画表が作られている。研修計画に沿った実施がされ、「教育訓練受講記録表」が提出されているが、施設全体研修計画のみであり、職員個人別の研修計画はなく、各々の資質を考慮した研修計画を作られることが望ましい。</p> <p>実習生の受入についてはこれからの課題である。</p> |  |         |

| 判断基準項目  |  | 評価結果 |
|---|--|------|
| II-3 安全管理   |  |      |
| II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取組が行われている。   |  |      |
| II-3-(1)-①  | 緊急時（事故、感染症の発生時など）における利用者の安全確保のための体制が整備されている。 | a    |
| II-3-(1)-②  | 災害時に対する利用者の安全確保のための取組を行っている。                 | b    |
| II-3-(1)-③  | 利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。                | a    |
| 評価機関コメント  |  |      |
| <p>事故防止委員会を設置し、ヒヤリハット・事故報告書の分析、未然防止策の有効チェックが行われている。</p> <p>「介護事故防止・対応マニュアル」「事故・緊急時の対応マニュアル」「事故発生・緊急時の対応マニュアル」「災害時の対応マニュアル」「食中毒対応マニュアル」「新型インフルエンザ対応マニュアル」等、緊急時に備えた諸書類を準備している。</p> <p>食中毒予防対策キットを用意し、月一回の給食職員の検査も行っている。</p> <p>当施設は一級河川大和川の近くに位置していることを承知し、消防や・避難訓練には水害を想定した内容を取り入れている。夜間は職員3名を配置している。<br/>しかし、備蓄は飲料水は確保されているが、その他の準備はできていない。必要物資のリストアップを検討されたい。</p> <p>職員の手薄な夜間の災害時の対策は、昼間と異なる対応策があると心強い。</p> <p>服薬事故予防を検討し、「くすり」腕章をつけ責任を明確にする取り組み等、職員全体で安全に対する意識を持っている。</p> |  |      |

| 判断基準項目  |                                  | 評価結果 |
|---|----------------------------------|------|
| Ⅱ-4 地域との交流と連携   |                                  |      |
| Ⅱ-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。  |                                  |      |
| Ⅱ-4-(1)-①   | 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。            | a    |
| Ⅱ-4-(1)-②   | 事業所が有する機能を地域に還元している。             | a    |
| Ⅱ-4-(1)-③   | ボランティア受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。 | b    |
| Ⅱ-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。   |                                  |      |
| Ⅱ-4-(2)-①   | 必要な社会資源を明確にしている。                 | a    |
| Ⅱ-4-(2)-②   | 関係機関等との連携が適切に行われている。             | a    |
| Ⅱ-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。  |                                  |      |
| Ⅱ-4-(3)-①   | 地域の福祉ニーズを把握している。                 | a    |
| Ⅱ-4-(3)-②   | 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。        | a    |
| 評価機関コメント  |                                  |      |
| <p>地域に呼びかけた「介護予防支援教室」を開催し、集いの中から地域のニーズを得ている。「きずな祭り」を年1回開催し、バザーを計画するなど、施設開放をし地域住民との交流を図っている。きずな祭りには和太鼓などのボランティアが参加しているほか、アニマルセラピーも受け入れ利用者の生活向上を図っている。</p> <p>さらにボランティア活用の受入体制を明文化されたい。</p> <p>「介護予防支援教室」などを開催し、アンケートを取っている。相談窓口を開き、福祉ニーズの把握をする体制が作られている。把握したニーズの活用が広がることを期待する。</p> <p>地域包括支援センターと一緒に「るんるんネットワーク」の運営に関わり、平野区有料老人ホームの集まり「若葉の会」へも積極的に参加する等、状況の把握に役立てている。</p> <p>「平野を熱くする会」と称し、地域の病院・介護付きサービス住宅とのネットワークも進めている。今後さらにこのネットワークが発展していくことを期待する。</p> |                                  |      |

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

| 判 断 基 準 項 目   |  | 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    |
| Ⅲ-1-(1)-②   | 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。      | a    |
| Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。   |  |      |
| Ⅲ-1-(2)-①   | 利用者満足の向上を意図した仕組みを整備し、取組を行っている。         | a    |
| Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。  |  |      |
| Ⅲ-1-(3)-①   | 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。              | a    |
| Ⅲ-1-(3)-②   | 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。             | a    |
| Ⅲ-1-(3)-③   | 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。                | a    |
| Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。  |  |      |
| Ⅲ-1-(4)-①   | 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    |
| 評価機関コメント  |  |      |
| <p>年間計画書に外部研修・内部研修が組み込まれて、組織全体で職員の対応能力・意識向上に取り組まれている。</p> <p>職員各々が理念、基本方針、マニュアルにプライバシーの保護・利用者尊重基本姿勢・身体拘束や虐待防止等を文書化した「経営指針書」や、携帯用「聖綾福祉会Faith」を指針とし、周知徹底を促している。</p> <p>「マナー委員会」が作られ事例に対する検討がされている。やむを得ず身体拘束を行う場合の手続きがきめられ、「家族に対する説明書」が用意されている。</p> <p>スーパー・コートの声・満足度アンケートを定期的実施、施設内に意見箱を設置し、運営懇談会・全体会議で検討をしている。<br/>又、現場スタッフは、経営指針書とクレーム対応指針に基づいて迅速に対応できるように裁量権が与えられている（エンパワーメント）。<br/>経過、結果は、個別に文書で記録されてファイルされている他、家族・利用者に報告し、施設の掲示板に載せて開示している。</p> <p>サービス提供を通じて、利用者や家族などへの対応はでき、利用者の満足度は高い。サービス記録の開示を行っているが、開示に対する規定を定めた文書がない。</p> |  |      |

| 判 断 基 準 項 目                       |  | 評価結果 |
|-----------------------------------|--|------|
| Ⅲ-2 サービスの質の確保                     |  |      |
| Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組が組織的に行われている。    |  |      |
| Ⅲ-2-(1)-①                         | サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。                                  | a    |
| Ⅲ-2-(1)-②                         | 評価結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にし、改善策・改善実施計画を立て実施している。                | a    |
| Ⅲ-2-(2) 提供するサービスの標準的な実施方法が確立している。 |  |      |
| Ⅲ-2-(2)-①                         | 提供するサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。                        | a    |
| Ⅲ-2-(2)-②                         | 標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。                                  | a    |
| Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。      |  |      |
| Ⅲ-2-(3)-①                         | 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。                                  | a    |
| 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    |
| Ⅲ-2-(3)-③                         | 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。                                     | a    |
| Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。         |  |      |
| Ⅲ-2-(4)-①                         | 家族との連絡を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。                  | a    |
| Ⅲ-2-(4)-②                         | 身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。                                      | a    |
| Ⅲ-2-(4)-③                         | 嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。                   | a    |
| Ⅲ-2-(4)-④                         | 利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。            | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑤                         | 居室は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。                                | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑥                         | 食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。                   | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑦                         | 入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。                   | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑧                         | 排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。           | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑨                         | 移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。                           | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑩                         | リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。           | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑪                         | レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。                          | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑫                         | 認知症高齢者については、行動・心理症状（BPSD）がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられている。 | a    |
| Ⅲ-2-(4)-⑬                         | 寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。                    | a    |

評価機関コメント

組織的にサービスの質の向上に向けて定められた評価基準に基づいて年2回自主点検表の作成、内部審査報告、ISO外部審査を受けている。

内部監査要約書が整備され担当部署で評価結果を分析・検討して改善策や改善実施計画を立て実施している。

施設独自の「介護・看護手順書」「サービス提供業務フロー」が作られ、各職員自己評価表（チャレンジシート）により点検、見直し、改善が行われている。

新人教育は、カリキュラムを基にしてサービス実施時の留意点や、利用者のプライバシーへの配慮等を3ヶ月間行っている。新人には担当者が付き、助言・指導に当たっている。

サービスの記録は身体・生活記録表に記入して個別に綴っている。記録は「管理記録一覧表」にて保管、保存、破棄が決められている。

寝たきり予防として離床する生活を心がけ、毎日体操を日課としている。ケアマネジャーが個別サービスプランを作成し、経過記録をモニタリングして必要に応じて担当者会議で見直し介護計画に反映している。

朝の全体会議では、利用者全員の申し送りが行われ、職員すべてが、全体の利用者情報を共有している。

運営懇談会を年2回開催して家族・施設長・看護師・ケアマネジャーで身体状況の変化について情報提供がなされている。又施設サービスに対する要望、意見を検討して改善に役立てている。

身体拘束の廃止、利用者の行動を制限する行為を行わないことを重要事項説明書に明記して契約時に説明している。身体拘束、虐待、言葉の暴力、行動制限についてのマニュアルを作成して職員に周知されている。

週1回施設職員が買い物代行を行って利用者の意向に沿っている。また、外出届を出して、家族と一緒に外出されて食事、買い物をされることもある。利用者の金銭管理は施設としてはしない方向である。

各部屋、トイレ、浴場等必要な場所には、ナースコールを設置している。職員はPTS(微弱な電波を用いるコードレス電話機)を携帯して利用者の安全・安心を得られている。

自室は、個別に馴染みの家具、思い出の物等を持ち込んで快適に過ごせるように配慮されている。

利用者の好みを定期的にアンケートをとり、食事メニューの選択に幅を持たせるとともに個別の食事形態（病状、刻み食、ペースト状、とろみ食）に配慮している。

行事予定の中に戸外でバーベキューを楽しむ、寿司職人を呼んで施設内で好みの握りずしが食べれるようにして楽しい雰囲気ですぐに食事ができるように工夫をしている。

入浴前・後の健康チェックを記録して安全に入浴ができている。入浴は個浴で1対1で行われている。排泄においてもマニュアル、手順書があり、プライバシーに配慮されている。

事業所名称： スーパー・コート平野喜連

移乗・移動は利用者の身体機能を把握して、声掛けをし安心・安全に介助されている。

生活リハビリ、また、主治医の指示により、利用者の残存能力を生かした個別指導を看護師、指導員等が行っている。  
ケアマネジャーが計画を立て経過記録をし、モニタリングして見直し・改善されている。

レクリエーションは利用者から定期的に希望内容をアンケートで提出してもらい、会議で検討して年間計画を作成して定期的に実行している。

職員は積極的に認知症の外部研修を受講して、更に内部研修で認知症を理解して尊厳ある適切な対応ができる職員指導體制ができている。認知症のフロアがあり、昭和の時代に生活した・電話機・住環境が配慮されて精神的に安定した生活が過ごせるように配慮されている。

| 判 断 基 準 項 目   |   | 評価結果 |
|---|---|------|
| Ⅲ-3 サービスの開始・継続  |   |      |
| Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。  |   |      |
| Ⅲ-3-(1)-①   | 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。               | a    |
| Ⅲ-3-(1)-②   | サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。                 | a    |
| Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。   |   |      |
| Ⅲ-3-(2)-①   | 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。   | a    |
| Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている。  |   |      |
| Ⅲ-3-(3)-①   | 施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。 | a    |
| 評価機関コメント  |   |      |
| <p>インターネットを利用して、組織を紹介したホームページを作成して公開している。又、理念や実施する福祉サービスの内容を分かり易いパンフレットで説明している。地域の住民にはチラシをポスティングしている。</p> <p>契約が必要なサービスは重要事項説明を行い利用者の意向を受けた個別サービスの内容を説明をして同意書を得ている。</p> <p>ケアマネジャーは利用者の状態の変化で事業所の変更、医療、家庭等への移行が決まったときには、サービスの継続に必要な個人情報・医療・アセスメント・経過記録等を提供している。</p> <p>現在、入所希望の方は全て受け入れている。</p> |   |      |



| 判断基準項目   |   | 評価結果 |
|--|---|------|
| Ⅲ-4 サービス実施計画の策定  |   |      |
| Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。   |   |      |
| Ⅲ-4-(1)-①  | 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。  | a    |
| Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。   |   |      |
| Ⅲ-4-(2)-①  | サービス実施計画を適切に策定している。   | a    |
| Ⅲ-4-(2)-②  | 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。                                      | a    |
| Ⅲ-4-(2)-③  | 自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。 | b    |
| 評価機関コメント   |   |      |
| <p>利用申込面談では、フェイスシートの必要項目に従ってアセスメントが綿密になされている。</p> <p>ケアマネジャーの進行で担当者会議を開き、スーパー・コートマニュアルに基づいたアセスメントを基に医療情報・リハビリ・介護サービス・施設サービス・福祉用具等必要なサービスについて、各担当責任者が利用者・家族の意向を組み込んでいる。配慮されたサービス計画が作成されている。</p> <p>ケアマネジャーが介護保険進捗管理表で経過記録を定期的にモニタリングをしている。必要に応じて担当者会議を行い、サービスの見直し、変更を行っている。</p> <p>個々のサービス計画書には、利用者・家族の同意を得、家族との意思疎通は良好である。ホテルサービスを下に良質な支援がされているが、介護保険のもう一つの側面、自立支援に対する評価・見直しには、残存能力を生かす事を重要な課題とし、生活目線に立った、自立支援計画を立てることが望まれる。</p> |   |      |

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

|        |                            |
|--------|----------------------------|
| 調査対象者  | スーパー・コート平野喜連               |
| 調査対象者数 | 31名 / 37名                  |
| 調査方法   | アンケート調査 アンケート用紙を封書に厳封の上返送。 |

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

介護付有料老人ホームスーパー・コート平野喜連の利用者37名にアンケートを依頼した。回答は31名で、84%の回答を得た。利用者自身の回答の他、家族が変わって答えられたものも含んでいる。

回答方法は、直接郵便投函をする方法と、施設へ返却する方法の2種類から選択・実行をもらった。回収は郵便回答より、直接施設へ手渡しされた利用者のほうが多い。

回答されたアンケートに寄ると

「職員は、言葉使いについて、呼びかけの言葉も含め、いつも適切で心地よいですか。」

「職員は、話しかけやすく、また、わかりやすく話をしてくれますか。」は90%以上の満足があり、利用者に対する接待対応姿勢は評判が良い。

満足度80%以上は

「職員は、あなたや家族の意見や希望をいつも聞いてくれますか」

「職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか」。

「職員に相談したいときは、いつでも相談できますか」。

「急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。」

「あなたの居室は安全で快適ですか。」

「サービスを受けることによって、介護の負担が軽くなるなど家族にとって効果がありましたか。」

「このまま続けて現在の事業所のサービスを利用したいと思いませんか。」

等があり、住居として安心して暮らしている姿を感じ取ることが出来る。

自由記述の中で、「太陽にあまり当たっていないのでは？」という外出を望む家族の意見や、「異性が同階フロアなので困る」等の、今後サービス向上に繋げられる率直な意見があった。

家族の意見には、「すべての介護支援を施設の方にして頂き、申し訳なく感謝致しております。」と家族介護の大変さをうかがわせる感謝の言葉もあった。