

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 城東こすもす苑 | |
| 運営法人名称 | 社会福祉法人 清水福祉会 | |
| 福祉サービスの種別 | 特別養護老人ホーム | |
| 代表者氏名 | 水野 智志（理事長） 富田 健治（施設長） | |
| 定員（利用人数） | 81 名 ★予約19名含む | |
| 事業所所在地 | 〒 536-0016 大阪市城東区蒲生二丁目2番38号 | |
| 電話番号 | 06 - 6933 - 2002 | |
| FAX番号 | 06 - 6933 - 2333 | |
| ホームページアドレス | http://www.seisukai.net | |
| 電子メールアドレス | cosmos_soudan@seisukai.net | |
| 事業開始年月日 | 平成23年9月1日 | |
| 職員・従業員数※ | 正規 62 名 | 非正規 18 名 |
| 専門職員※ | 介護福祉士37名、介護支援専門員1名、 医師1名、看護師4名、准看護師2名、 管理栄養士1名、柔道整復師1名、 介護職員初任者研修修了者7名 | |
| 施設・設備の概要※ | [居室] 個室81室 | |
| | [設備等] 食堂8、浴室5、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 | 1 回 |
| 前回の受審時期 | 平成 25 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】

■法人理念

1. 私たちは 医療、介護、福祉を通じ地域に貢献する。
2. 私たちは 多くの方々に愛される施設をめざす。
3. 私たちは 調和のとれた、豊かな人間性の育成につとめ、誇りと責任をもち、日々研鑽を重ねる。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ①・手厚い人員配置（基本3：1）当苑1.6：1
 - ・介護福祉士受験対策講座開設
 - ・ラダー研修実施
 - ・プリセプター研修実施
 - ・苑内、法人グループ内事例発表開催
 - ・新人職員フォローアップ研修実施
 - ・介護手帳配布
 - ・実務者研修教室開催（専門学校委託）
 - ・リーダーシップ（人材育成）研修実施
 - ・プリセプター制度（新人教育制度）導入
 - ・新入職者入職前研修実施
 - ・他職種協働研修実施
- ②・社会福祉士実習施設
 - ・地域との交流（認知症カフェ、秋祭り）
 - ・介護福祉士実習施設
- ③・第三者評価受審施設
 - ・地域中学生の職場体験受入施設
 - ・職場体験事業（大阪府社会福祉協議会）
 - ・社会医学実習受入実績施設（医学生）

【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31年1月15日～平成31年3月18日 |
| 評価決定年月日 | 平成31年3月18日 |
| 評価調査者（役割） | 1101A021（運営管理委員） 1101A002（専門職委員） 1101A004（専門職委員） （ ） （ ） |

【総評】

◆評価機関総合コメント

施設は駅が近くにあり、徒歩圏内にスーパーやショッピングモールがある為、買い物などにも便利な場所にあります。また、近隣は古い住宅地と新しいマンションが立ち並ぶ場所でもあります。

全ユニット型の施設であり、法人理念のもと、職員は各部署と連携しながら利用者の想いに寄り添う支援に向けて取り組んでいます。職員の研修はインターネット配信で行われており、全員受講することで更なる支援向上につながる姿勢がみられます。

(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

■認知症の症状に配慮した支援

利用者の日常生活や周辺症状を具体的に支援記録に記載しています。時には他職種の関わりも大切にし、利用者が落ち着けるように支援を行っています。職員には、認知症ケア研修、ラダー研修、外部研修に参加することを勧め、職員の育成と同時に認知症ケアに対しての理解と認知症ケアの充実に取り組んでいます。

■利用者の想いを実現していく取り組み

利用者の想いを各部署が共有し合い、職員だけでなく家族の協力も得ながら、実現へ向けての取り組みが行われています。

■更なるサービスの質の向上への姿勢

前回の第三者評価受審結果をもとにマニュアルの見直しを行い、施設の実態に即した具体的なマニュアルを整備し、日々の支援の中で実践しています。

◆改善を求められる点

■地域との連携について

現在も様々な取り組みが行われていますが、更に福祉施設の専門性を活かした講習会や研修会・講演会等を開催し、地域への参加の呼びかけを行う等、法人理念に沿った積極的な地域への働きかけが望まれます。

■情報の周知について

各フロアでの回覧等について、非常勤を含めた職員全員が回覧したことを、責任者を決めて確認することが望まれます。

■ケアプランにもとづく記録について

ケアプランにもとづく記録は、1日のまとめとしてケアプラン全体について記録されています。その為、サービス内容の各項目が実施されているかどうか、目標が達成状況にあるかどうか評価しづらくなっています。毎日、各サービス内容の実施状況が把握できる記録が望まれます。

■趣味活動の充実

趣味活動においては、多種類のメニューが用意されているところまでは至っていません。ボランティアの協力や地域住民の参加を得る等により活動の多彩化を図ることが望まれます。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

2019年1月15日～16日にかけて、私共、特別養護老人ホーム城東こすもす苑は、第三者評価を受審いたしました。開設し、7年の日時が経過しましたが、まだまだ発展途上であり、評価機関より評価を受けた内容については、これを重く受け止め、施設内の全員が評価結果を共有し、利用者様の更なる満足度の向上にむけて、できるところから即、取り組んで参ります。

◆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"> ■理念は、ホームページ・パンフレット・広報誌（せいすい）等に、運営の基本方針は事業計画に記載されています。 ■理念が記載された携帯用カードを職員全員に配布しており、昼礼において唱和しています。 ■利用者や家族に対する理念等の周知への工夫が望まれます。 | |
| | | 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■理事長、施設長、財務担当者が参加し、毎月実施しているコンサル会議では、稼働率を含めた現在の経営状況や経営環境について把握し、議論しています。 ■管理職・看護師・栄養士・相談員・ケアマネジャー・副主任が参加し、毎月実施している部署会議においては、法人の現状・計画等の報告及び事業所の現状報告が行われ、課題を共有しています。 | |
| 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"> ■財務状況等については、コンサル会議にて報告され、課題を検討しています。 ■雇用会議は年2回行われ、職員体制や職員処遇及び人材育成の方向性について検討がなされています。 ■事業計画については、部署会議において四半期ごとに実績報告と検証が行われています。 ■非常勤職員を含めた全職員へ経営課題の周知が望まれます。 | |

| | | 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"> ■今年度の目標を軸として、中期目標（2年～3年）、長期目標（3年～5年）を部署別に策定しています。 ■中長期計画については、毎年見直しが行われています。 ■中長期計画の実現には財務面の裏付けも不可欠とされ、中長期の収支計画も策定することが望まれます。 | |
| 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"> ■事業計画は、施設としての計画の他、部署ごとの目標についても策定されています。 ■事業報告においても、各施設の部署別の目標値、結果、要因が一覧でまとめられています。 ■中長期の収支計画の策定が望まれます。 | |
| 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"> ■事業計画は、部署会議・フロア会議等で各部署での意見が出され、施設長・課長が事業計画書としてまとめています。 ■事業計画は、部署会議において四半期ごとに実績報告と検証が行われ、年度末においては、事業報告として、目標・結果・要因のまとめが行われています。 ■事業計画については、職員に文書として配布・周知することが望まれます。 | |
| 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。 | b |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■事業計画は、1階ロビーに掲示しています。 ■決算書類は、ホームページにて開示を行っています。 ■利用者等がわかりやすいように周知方法を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。 | b |
| (コメント) | <p>■看護部長・介護科長が教育係となり、全介護職員が年2回～3回の介護技術チェックを受けています。</p> <p>■接遇委員により、定期的に苑内巡回が行われ、接遇面における問題事項等を指摘し、改善に向けた取り組みがなされています。また、定期的に重点目標を掲げて、提供するサービスの質の改善に取り組んでいます。</p> <p>■定期的に第三者評価を受審していますが、間の年度についても自己評価を含めた見直しが望まれます。</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>■利用者アンケートの集計結果については部署会議等において共有化されていますが、非常勤職員も含めた全職員への周知が望まれます。</p> <p>■各部門において事業計画の目標・結果・要因を整理し、次年度の事業計画に取り入れています。</p> | |

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

| | | 評価結果 |
|--------------------------|---|------|
| Ⅱ-1 管理者の責任とリーダーシップ | | |
| Ⅱ-1-(1) 管理者の責任が明確にされている。 | | |
| Ⅱ-1-(1)-① | 管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し理解を図っている。 | a |
| (コメント) | <p>■主任会議や部署会議等の責任者として施設長がリーダーシップを発揮しています。</p> <p>■自らの役割や職務分掌等については、内報「清水」でのインタビュー記事に記載されています。</p> | |
| Ⅱ-1-(1)-② | 遵守すべき法令等を正しく理解するための取組を行っている。 | b |
| (コメント) | <p>■医師会発行の大阪府医ニュース等、定期発行の書籍等を通して情報収集するとともに、法人指導・実地指導等にも立ち合い適正な運営状況の把握を行っています。</p> <p>■城東区施設連絡会及び各種研修会へ参加しています。これらの内容を施設内研修の必須研修として組み入れ、全職員が参加できるように同じ研修を3～4回繰り返し実施して全職員に周知しています。</p> <p>■遵守の対象となる法令としては、消費者保護関連法令・防災・環境への配慮に関するものも含めて把握し取り組むことが望まれます。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■施設長は、部署会議・副主任会議・給食会議等に参加し、また日報の精読を通じて課題等の抽出・検討を実施しています。</p> <p>■施設長は、福祉サービスの質の向上に向けて必須研修において倫理・安全管理等の項目について自ら講師を担うとともに、職員研修の充実を図っています。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■コンサル会議、運営会議において財務、労務等の実績管理及び分析等を行っています。</p> <p>■部署会議に施設長も参加し、課題の抽出及び検討が行われています。働きやすい職場環境整備等として、リフレッシュ休暇や8時間夜勤の採用、保育料の半額補助制度等が取り入れられ、課題の改善が行われています。</p> | |

| | |
|--|-------------|
| | 評価結果 |
|--|-------------|

II-2 福祉人材の確保・育成

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| II-2(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。 | | |
| II-2-(1)-① | 必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。 | a |
| (コメント) | <p>■必要な福祉人材や人員体制に関する基本的な考え方、職員配置については雇用会議にて検討しています。</p> <p>■人材の確保については、外国人の採用や地方（島根・宮崎・山口・兵庫）からの高校生の採用を行うなど幅広い採用ルートを取り、家賃補助制度を活用するなど制度面での工夫もなされています。</p> | |
| II-2-(1)-② | 総合的な人事管理が行われている。 | a |
| (コメント) | <p>■人事基準については、キャリアパスにおいて定められ、人事考課による評価が行われています。また、職員の意向や意見についても、人事考課に基づく職員面談により聴き取りが行われ改善等に活かされています。</p> <p>■職員面談や部署会議等にて出た職員の意向や意見について法人として検討し、最長6日連続のリフレッシュ休暇の導入や8時間夜勤の実施など改善に取り組んでいます。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■健康診断で異常値が出た場合は、再検査の指導を行っています。感染症については、原則として全職員接種を促したり、ストレスチェックの対応も行われています。</p> <p>■職員の悩みの相談窓口として外部機関である「働く人の悩みホットライン」を案内し、対応しています。</p> <p>■職員の希望の聴取を基に、育児休暇後に復帰しやすい環境を作るため、半日勤務の導入を行ったり、工夫・改善を行っています。</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。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■キャリアパスにより、それぞれの等級で求められる能力・資格等が明示されています。 ■人事考課を通じて、職員一人ひとりの目標が設定されています。中間面接を行うことにより、進捗を確認するとともに、困っていることはないかなど相談しやすい状況を作りながら取り組んでいます。 |
| 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。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■キャリアパスにおいて、等級ごとに必要な内部研修、外部研修、OJT及び資格を明示しており、教育・研修等を実施しています。 ■キャリアラダー講義において年間スケジュールが企画され、それに基づき研修を実施しています。 ■研修内容やカリキュラムについては、法人の教育担当により見直しを行っています。 |
| 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。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■介護技術チェック表に基づき、看護部長・介護科長が年に2~3回各職員の介護技術の習得の確認を行っています。 ■プリセプター制度を導入し、個別的なOJT指導を行っています。 ■内部研修として7講座16講義の研修が実施され、外部研修は平成29年度、10研修に18人が参加しています。 |
| II-2-(4) 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の研修・育成が適切に行われている。 | |
| II-2-(4)-① 実習生等の福祉サービスに関わる専門職の教育・育成について体制を整備し、積極的な取組をしている。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■「城東こすもす苑介護実習生受入れ対応マニュアル」、「城東こすもす苑の実習生受入れについて」をマニュアルとして整備しています。 ■実習生については、実習期間中と最後にカンファレンスを学校側と行っています。 |

| | | 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。 | b |
| (コメント) | <p>■ホームページにより法人理念や提供する福祉サービスの内容の他、現況報告書、決算情報を公開しています。事業計画・事業報告は掲載されていません。今後、事業計画・事業報告についても情報公開が望まれます。</p> <p>■苦情及び解決結果については各フロアに掲示され、利用者・家族が確認できるようにしています。</p> <p>■広報誌「せいすい」は医療法人も含めたグループ全体での発行となっています。</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>■経理規程等により、経理・取引等に関する権限・責任が明確にされています。</p> <p>■税理士法人と社会福祉法人指導監査要綱に準拠した外部監査委託契約が締結されており、専門家による指導が行われています。</p> <p>■事務、経理、取引等に関する職務分掌と権限・責任について、職員等へ周知することが望まれます。</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。 | b |
| (コメント) | <p>■運営の基本方針において、地域との関わり方についての考え方が定められています。</p> <p>■認知症カフェを利用者も活用するとともに、自治会回覧板も供覧しています。</p> <p>■地域行事への参加が近年（直近の参加は5年前）なくなっており、参加する支援体制づくりが望まれます。</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。 | b |
| (コメント) | <p>■ボランティア規程により受入れに関する基本姿勢を明文化しています。</p> <p>■秋祭り等において、地域の団体や演者ボランティアに依頼して協力を受けるとともに、中学生の職場体験を受け入れ、地域との交流を図っています。</p> <p>■ボランティアの受け入れにあたり、口答で注意事項を説明しています。今後は、利用者との交流を図る視点で必要な研修等の実施が望まれます。</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。 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■「大阪市高齢者施設のあらし」や「介護サービス事業者ガイドブック」等を活用し、事務所に据え置くとともに部署会議において必要な社会資源の周知を行っています。 ■城東区社会福祉施設連絡会へ参加しています。 ■関係機関等と協働した取り組みについては、分科会で人材確保のテーマで検討されていますが、具体的な取り組みはなされていません。 |
| 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。 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■地域交流スペースを活用し、毎月認知症カフェを開催しています。 ■城東区と災害時における協定を締結し、福祉避難所としての役割を担っています。 ■福祉施設の専門性を活かした講習会や研修会・講演会等を開催し、地域への参加の呼びかけ等を行っていくことが望まれます。 |
| 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。 |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■認知症カフェを実施し、健康相談や相談業務を通して地域福祉ニーズを把握しています。 ■城東区施設連絡会に参加し、地域ニーズの共有化を図っています。 ■地域交流のイベント時にアンケートを実施するなど、主体的な取り組みが望まれます。 |

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) | <ul style="list-style-type: none"> ■理念については昼礼で唱和する取り組みが行われていますが、職員目標については事務所に掲示するのみとなっています。 ■「倫理綱領」や規程はありませんでした。今後は「倫理綱領」や規程の策定が望まれます。 ■「倫理・安全管理」研修が、全職員参加の必須研修として実施されています。 ■定期的な状況の把握や評価として、接遇アンケートや家族アンケートを実施しています。 | |
| 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。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■各マニュアルがあり、全職員参加の必須研修として「倫理・安全管理」研修、「感染管理・虐待防止・事故防止」研修が行われ、全職員が研修レポートを提出しています。 ■利用者のプライバシー確保の一つの取り組みとして「のれんの活用」がありました。 ■利用者や家族には契約時や苦情発生時に取り組みについて説明しています。 ■不適切な事案発生時の対応については「人権の保護マニュアル」に明示されています。 ■介護現場にて適切な声かけができていました。 | |
| 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"> ■法人以外の病院にパンフレットを置いていますが、公共施設等には置いていません。今後は公共施設等の多くの人が入手できる場所に置くことが望まれます。 ■利用希望者が来た際は施設内の見学と案内をしています。 ■体験としてショートステイを行っています。 ■情報提供についての見直しは介護保険の改正時や施設の体制、一日の流れの変更時に行っています。 | |
| 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"> ■説明と同意にあたって、自己決定が可能な利用者には家族と共に説明を行っています。 ■説明時には専門職が集まって説明を行い、食事形態資料（写真）や一日の流れ（写真入り）を使用してわかりやすいように工夫しています。 ■成年後見制度やあんしんサポート（日常生活自立支援事業）について、すぐに説明できるようにパンフレットを置いています。 ■意思決定が困難な利用者への説明手順書はありませんでした。意思決定が困難な利用者への配慮については常に適正な説明、運用が図られるような手順書を作成することが望まれます。 | |

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■福祉サービス内容の変更にあたり、市と相談の上金銭面について配慮した取り組みがありました。 ■介護・看護サマリーについては介護職員が生活情報を記入した上で看護職員が作成しています。 ■引き継ぎ文書は確認しましたが、福祉サービスの継続性に配慮した手順書がありませんでした。どのような流れで情報提供を行うか手順書を定めることが望まれます。 ■相談担当者は相談員と介護支援専門員になっています。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■嗜好調査は月1回行われています。利用者満足に関する調査はありませんでした。 ■サービス担当者会議時（6か月に1回）に、意思表示の可能な利用者については聞き取りをしています。利用者懇談会は行われていません。今後は利用者満足について利用者懇談会や定期的な調査を行うことが望まれます。 ■副主任とフロア職員が出席するフロア会議にてサービス内容の改善について検討し、結果はケアプランに反映させています。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■苦情解決責任者等の写真入りの掲示物にて、苦情解決の仕組みがわかりやすいように工夫しています。 ■各階に目安箱を設置しています。 ■苦情についてヒヤリハットも活用しています。 ■苦情内容及び解決結果等は、利用者や家族にフィードバックした後に了解を得て1階エレベーター前に掲示しています。 ■苦情対応委員会議事録を各階で回覧し、同じ苦情を発生させないよう職員に伝えています。 ■第三者委員の名前の掲示はありましたが、電話番号の掲示がありませんでした。第三者委員にも相談できるように本人の承諾のもと電話番号の掲示等に取り組むことが望まれます。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■各階に当日の出勤者の写真の掲示がありましたが、1階事務所にいる職員の写真の掲示がありませんでした。苦情だけでなく利用者が相談や意見を述べる為に、複数の方法や相手が選べるような工夫が望まれます。 ■相談室の設置があります。 | |
| Ⅲ-1-(4)-③ | 利用者からの相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■苦情対応マニュアルがあり、年1回見直しをしています。 ■目安箱は月1回中身を確認し、出された意見について苦情対応委員会にて検討しています。 ■利用者からの意見に基づいて個浴の手すりを設置した事例等があります。 | |

| | | |
|---|--|---|
| 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>■ヒヤリハット・事故報告書にて発生要因を分析し、改善策や再発防止策を検討・実施しています。</p> <p>■月1回の事故発生防止委員会にて他の階でも起こりうるヒヤリハットや事故の報告を行い、安全確保先の実施状況や実効性について定期的な評価や見直しが行われています。</p> <p>■各階フロアにて事故防止の為にヒヤリハット・事故報告書を回覧していますが、責任者を決めて全職員に回覧したことを確認することが望まれます。</p> <p>■短時間の非常勤職員についても、必要な事を周知するために1人ひとり声かけをしています。</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) | <p>■感染症対策については感染症対策委員が中心となって取り組みを行っています。</p> <p>■ネット配信による研修と月1回の感染症対策委員会の会議録の回覧を通じて、感染症対応を職員に周知しています。回覧の押印については非常勤職員が含まれていないものとなっています。非常勤職員も含めて1人ひとりが確認したことがわかるような仕組みが望まれます。</p> <p>■感染症対応のセットが各フロアの使用しやすい場所に置いてあります。感染症対応のセットの準備については、写真にて内容がわかりやすいように工夫しています。</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>■水害（台風）・地震・火事についての対応体制が決められています。</p> <p>■立地条件から特に水害についての対策が講じられています。</p> <p>■新規採用の時と年1回、全職員を対象とした研修が行われています。</p> <p>■備品として救急箱や簡易トイレ、カセットコンロ等が用意されていました。</p> <p>■訓練は消防署と連携し実施されています。</p> <p>■常備薬について等、避難所としての備蓄も含めて再検討す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>■開示の実績はありませんでした。</p> <p>■利用者からの求めに応じる記載はありましたが、主たる介護者や主たる介護者以外の親族からの開示請求があった場合の対応についてはありませんでした。今後は利用者以外からの開示請求があった場合の対応方法をマニュアル等で定め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>■大阪市指定介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）等入所選考指針に基づいて、入所選考委員会を月1回のペースで開催しています。入所選考委員会には施設長はじめ各職種の職員が出席しています。入所選考指針については、見学時に入所順番を含め説明しています。</p> <p>■入所選考委員会に第三者となる委員が入っていません。透明性の点からも外部からの委員の参加について前向きに検討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。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■介護手帳・接遇マナールールブックにて標準的な実施方法が文書化されています。 ■フロア会議で周知徹底を目的とした介護手帳の読み合わせを行っています。 ■介護技術チェックリストにて自己評価と他者評価を行い、指導と確認を実施しています。年に2~3回実施しています。 | |
| 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"> ■年度初めに各委員会にてマニュアルの見直しが行われています。 ■排泄支援時に使用するトートバッグの中身の統一等、職員等からの提案がマニュアルに反映される仕組みがありました。 | |
| Ⅲ-2-(2) 適切なアセスメントにより福祉サービス実施計画が策定されている。 | | |
| Ⅲ-2-(2)-① | アセスメントにもとづく個別的な福祉サービス実施計画を適切に策定している。 | a |
| (コメント) | <ul style="list-style-type: none"> ■介護支援専門員がケアプラン策定の責任者となっています。 ■マニュアルにより手順が決められており、担当介護職員だけでなく、介護支援専門員のモニタリングも行われています。 ■食事が食べられない利用者の事例や、離床を拒む利用者の事例等についての取り組みがありました。 | |
| 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"> ■モニタリングについては、「専門職モニタリング」「介護職・支援経過モニタリング」共に毎月行われ、介護職員より見直しの提案があれば、ケアマネジャーが検討の上、ケアプランの見直しを行っています。 ■ケアプランの内容は各階の専用のファイルに入れて閲覧するようにしています。 | |
| 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) | <ul style="list-style-type: none"> ■ケアプランは、自立支援を基本に作成し、短期目標と長期目標を設定しています。アセスメントはケアチェック表を使用し、必要に応じて医療関係者や機能訓練指導員の意見も聞いています。作成されたケアプランは、カンファレンス等において周知を図っています。サービス提供時には、介護支援専門員から利用者や家族に説明を行い、同意をもらっています。ケアプランの実施状況は、支援記録、個別記録表等に詳細に記載されていますが、記録の内容については目標が達成状況にあるか評価できるようになっていないところもあり、再検討が望まれます。 | |

| | | |
|--------------------------------|---|-----|
| 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>■記録については、電子記録を使用しています。注意点等が含まれた説明書にもとづき、記録されています。</p> <p>■ケアプランにもとづく記録は、1日のまとめとしてケアプラン全体について記録しています。その為、サービス内容の各項目が実施されているかどうかの詳細は不明となっています。毎日、各サービス内容の実施状況が把握できる記録が望まれます。</p> <p>■リーダー会議・部署会議・フロア会議が行われ、フロアでは申し送りノートにて必要な情報が届くようにしています。</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>■介護記録については保管・保存・廃棄に関しての記載を確認しましたが、利用者の記録すべてについての保管・保存・廃棄に関する規定はありませんでした。また、記録全体の管理責任者は設置されていませんでした。これらを踏まえて、文書に関しての規定を設けることが望まれます。</p> <p>■パソコンに関してはパスワードの設定をしています。USBの使用を禁止しています。</p> <p>■重要事項説明書にて、個人情報の取り扱いについて利用者や家族に説明しています。</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 |
| (コメント) | <p>■身体拘束ゼロ宣言の掲示があります。</p> <p>■低床ベッドや本人の身体状況に合わせた車椅子を使用して身体拘束をなくす工夫や配慮がなされています。</p> <p>■外部の研修については平成28年度以降参加はありませんでした。外部の研修や勉強会への参加が望まれます。</p> <p>■スピーチロックについても防止に取り組んでいます。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■寝たきり予防については、寝たきりを防止するための離床計画があり、機能訓練を始め「一日の生活の流れ」において計画的に実施しています。その他にも利用者の能力や希望に応じて具体的な目標を持たせて意欲的に行動できるように工夫しています（トイレでの排泄ができるように段階的に目標を立てるなど）。</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) | <p>■入居前の面談や入居時の情報により、「暮らしの継続」を基本に利用者一人ひとりに自立に向けた支援計画が作成されていますが、趣味活動においては多種類のメニューを用意するところまでには至っていません。現在コース部は、地域のボランティアの協力を得ています。地の利を生かし、買い物等を実施しています。今後も家族、地域住民の参加を得るなどにより、活動の多彩化を図ることが望まれます。</p> | |
| A-1-② | 利用者一人ひとりに応じたコミュニケーションを行っている。 | a |
| (コメント) | <p>■接遇の意味（基本的対応法）研修や入居時の利用者、家族からの情報を通じてサービスマナーの向上に取り組んでいます。特に日常生活支援を行う際には、本人の同意を得ることを大切に、会話ができる機会を作っています。また、どちらかを選択する方法でのコミュニケーションにより返事がもらえるようにする等、工夫に取り組んでいます。</p> | |

| | | 評価結果 |
|----------|--|------|
| A-2 身体介護 | | |
| A-2-① | 入浴介助、清拭等を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | a |
| (コメント) | <p>■利用者の心身の状況や意向に合わせて、特浴、個浴、感染症対応等入浴形態、方法を工夫しています。入浴介助は基本マンツーマンですが、タオルの使用等にて羞恥心に配慮しています。利用者の希望も取り入れ、同性介助も実施しています。入浴を拒否する利用者には、時間の調節や日にちの変更にて対応しています。入浴可否の判断は、体温測定等にて健康状態をチェックし看護職員に相談しています。入浴開始前にはマニュアルに沿って安全、室温を確認し、唱和することによって安全意識が持てるようにしています。</p> | |
| A-2-② | 排せつ介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | b |
| (コメント) | <p>■利用者の心身の状況を踏まえた見守りやその人の排泄リズムに考慮しながら、できるだけトイレで自然排泄できるよう多職種と連携し（複数人介助等）、排泄介助方法の工夫に取り組んでいます。</p> <p>■おむつ介助からトイレ誘導に移行した利用者が数名いますが、排泄の訴えやおむつ交換に対しての要望に細やかに対応できる体制作りに取り組むことが望まれます。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■利用者の心身の状況、意向を踏まえて車椅子（4種類）、シルバーカーなど使用し、機能訓練指導員と協働して、利用者のモチベーションに考慮しつつ自立歩行に向けた働きかけを行っています。</p> <p>■介護技術チェック手順により車椅子のブレーキ、タイヤ、フットサポート等の不備がないか安全を確認し介助を行っています。</p> | |
| A-2-④ | 褥瘡の発生予防を行っている。 | a |
| (コメント) | <p>■褥瘡予防については、「褥瘡予防対策マニュアル」があり標準的な実施方法が定められています。褥瘡対策委員が定期的にOHスケールにて評価し、リスク要因の高い利用者にはエアクッション等を使用し対策を行っています。また栄養カンファレンスや褥瘡対策委員会において、アルブミン値、高リスク、中リスクを評価し、栄養面からのリスク対策も行っています。</p> | |

| | | 評価結果 |
|---------|---|------|
| A-3 食生活 | | |
| A-3-① | 食事をおいしく食べられるよう工夫している。 | b |
| (コメント) | <p>■毎月嗜好調査を実施し、その結果を給食委員会にて検討し、献立に反映させています。食事は旬の食材を使用し、また食器に変化をもたせて美味しく食べられるように工夫しています。温冷対応の配膳車を使用し、適温にて提供しています。</p> <p>■年2回のバイキング時は利用者に食べたいものを聞いて実施していますが、食事に選択制を取り入れるところまでには至っていません。利用者が食べたい時に食べたいものを選択できる機会の設定が望まれます。</p> | |
| A-3-② | 食事の提供、食事介助を利用者の心身の状況に合わせて行っている。 | b |
| (コメント) | <p>■利用者の嚥下能力に合わせた飲み込みやすい食事や心身の状況に応じて、栄養面、形態に配慮した食事を提供しています。また利用者の突発的な状況に対しては代替食を提供しています。食事は、リビングにてできるだけ自分で食べることを原則にゆっくりと利用者の負担にならないように配慮していますが、食事の姿勢を保つためにも食卓用のいすに座って食べるなどの取り組みが望まれます。</p> <p>■個々の栄養ケア計画を作成し、それに基づく栄養マネジメントを多職種協働にて実施しています。食事の事故対応については、全職員に研修を実施しています。</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>■毎食後のブラッシングや口腔ケアチェック表（義歯の有無、ケアの援助方法、注意点）にて利用者毎の口腔内の状況を把握し、必要に応じて歯科受診に繋がっています。嚥下、口腔体操については、昼食前、おやつ前に実施するようになっていますが、全フロアでの実施までには至っていません。口腔機能を保持するためにも早急に取り組むことが望まれます。</p> <p>■感染症対策委員会にて口腔ケアについての研修を行っています。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■終末期を迎えた利用者への対応については「看取りマニュアル」が作成されており、研修にて職員への周知を図っています。終末期ケアは、介護、看護職員共に看取りパスを用いて支援を行っています。死亡確認はマニュアルに沿って実施しています。また看護職員とは24時間連絡がとれる体制にあり指示を受けることができます。家族に対しては看取りパンフレットを手渡し、状況の説明にて理解を得ています。</p> <p>■職員の心理的ケアに関しては、研修を通して、また副主任等が担当職員に声かけする等相談できる体制を取っています。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■利用者の日常生活能力や認知症の周辺症状を支援記録に具体的に記載しています。各フロア会議にて認知症の症状について分析を行い、支援内容を検討し、症状に合わせたケアや生活上の配慮を行っています。時には他職種の関わりも大切にし、利用者が落ち着けるように支援を行っています。また日常生活の中で洗濯物たたみ、紙箱作り等役割が持てるような工夫に取り組んでいます。</p> <p>■研修に関しては、認知症ケア研修、ラダー研修、外部研修に参加することを勧め、職員の育成と同時に認知症に対する理解と認知症ケアの充実に取り組んでいます。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■リビング横の共有スペースに大きなソファがあり、ゆったりと落ち着けるようになっています。廊下等も危険防止のためにラウンドチェック表を用いて整理、整頓に努めています。居室は以前の生活スタイルを継続できるように、その人の好みに合わせる等の配慮をしています。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■利用者一人ひとりに応じた機能訓練のプログラムを作成し、3か月ごと、またはADLが大きく変化した時に評価・見直しをしています。また、日々のラジオ体操、嚥下体操、手すりを使用しての歩行訓練等を通して「自分でできることは自分で行動する」ことを基本に、見守りながら介護予防に努めています。</p> <p>■判断能力の低下等に関しては、モニタリング時、機能訓練時、看護職員との関わりの中で早期発見することもあり、物忘れ外来等医療に繋げています。</p> | |

| | | 評価結果 |
|---------------|---|------|
| A-7 健康管理、衛生管理 | | |
| A-7-① | 利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順が確立している。 | b |
| (コメント) | <p>■利用者の体調変化は、日々の観察やバイタルチェック等により早期発見に努めています。夜間はオンコールにて看護職員に連絡し、指示を受けています。医療関係との連携体制も確立しています。</p> <p>■薬に関しては個々の薬剤情報ファイルがあり、いつでも閲覧できるようになっています。薬に関することや医療的ケアについての研修を実施しています。服薬のミス（誤薬の防止）に関しては、服薬管理マニュアルに沿って実施するようになっていますが、ヒヤリハット件数ゼロに向けて更なる改善に努めていくことが望まれます。</p> | |
| A-7-② | 感染症や食中毒の発生予防を行っている。 | a |
| (コメント) | <p>■「感染予防対策マニュアル」、「食中毒対応マニュアル」、「職員、家族が感染症にかかった場合の出勤方法マニュアル」等のマニュアルがあります。各フロアには感染症発生時対応グッズを配置し、毎月感染症委員会開催時に備品のチェックを行っています。配置場所は全職員に周知しています。</p> <p>■年2回、全職員に対して感染症についての研修を実施しています。特に感染症の発生しやすい季節には実技指導も行っています。家族、来館者には、正面玄関、詰所カウンターに消毒液を設置し手指消毒を呼びかけています。季節または感染症の発生しやすい時期に応じてポスターを玄関前、各階に掲示しています。職員に対しては、インフルエンザ予防接種の費用を施設で負担し受けさせています。</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。 | a |
| (コメント) | <p>■利用者の安全と快適性、利便性を守るために、専門業者に消防設備、エレベーター、電気系統、備品等の定期点検を依頼し、建物、設備の維持管理に努めています。日々のラウンド点検も合わせて実施しています。</p> <p>■パブリックスペースには椅子やソファを設置し、くつろげるような空間づくりに配慮しています。</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>■家族との連携に関しては、サービス担当者会議への参加時に近況報告を行い、合わせて意向や要望を聞いています。また利用者に状況変化が起きた場合には、電話連絡にて説明し確認を取っています。</p> <p>■行事日程の案内を送付し、家族等に参加を呼びかけています。面会時に声かけしたり、また電話連絡も行っています。</p> | |

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

| | |
|--------|--------------------------|
| 調査対象者 | 特別養護老人ホーム城東こすもす苑の入居者の代理人 |
| 調査対象者数 | 72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城東こすもす苑を、現在利用されている入居者の代理人72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、34名の方から回答がありました。（回答率47%）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームはご本人にとって安心して生活できる場所になっている」
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る」
 - 「職員は、本人の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」
 - 「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地よく過ごせる」
 - 「支援の方法については、ご本人やご家族と相談しながら決めている」について、85%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城東こすもす苑 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 | 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城東こすもす苑を、過去1年間に利用終了した入居者の代理人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、5名の方から回答がありました。（回答率42％）

満足度の高い項目としては、

- (1) ●「ホームは、ご本人にとって安心して生活できる場所になっていた」
 - 「職員に声を掛けやすかった」
 - 「職員は、本人の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た」
 - 「健康管理や医療面、安全面について安心できた」
 - 「面会時などに、ホーム内でご家族と居心地良く過ごせた」
 - 「支援の方法については、ご本人やご家族と相談しながら決めていた」について、全員の方が「はい」と回答、

- (2) ●「職員は、本人に対して常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしていた」
 - 「職員は、本人に残っている機能を使って、自分でできる範囲の事は自分でできるように支援していた」
 - 「ホームの総合的な満足度」について、80%以上の方が「はい」「満足」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 |