

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】

【受審施設・事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム ハートピア堺		
運営法人名称	社会福祉法人 堺福社会		
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名	理事長 淡野 勝也 施設長 古川 英宏		
定員（利用人数）	84 名		
事業所所在地	〒 590-0982 大阪府堺市堺区海山町3-150-1		
電話番号	072 - 222 - 8080		
F A X 番号	072 - 222 - 8778		
ホームページアドレス	http://www.heartpia-sakai.or.jp/		
電子メールアドレス	heartpia@soleil.ocn.ne.jp		
事業開始年月日	平成8年4月1日		
職員・従業員数※	正規	40 名	非正規 39 名
専門職員※	社会福祉士 4名 介護福祉士 39名 医師 3名 管理栄養士 1名	社会福祉主事 10名 介護支援専門員 8名 看護師 3名 准看護師 2名 柔道整復師 1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 24 四人部屋 19		
	[設備等] 食堂数 3 機能訓練室 1 浴室 4 医務室 1 厨房 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	3 回
前回の受審時期	平成 30 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】

<理念>

私達は「地域の皆様方に、安心を届けることができる存在でありたい」と考えています。

- 地域が安心と思える存在であること
- 利用者様が安心して生活できりこと
- スタッフが安心して働けること

<基本方針>

私達は地域の皆様方が、最期の時まで安心して生活できる環境作りをお手伝いするために、施設スローガンである「優しい介護と頑張る介護」に基づき、スタッフが安心して働ける環境を整え、利用者様の自立支援に向け、一丸となって取り組めます。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・ハートピア堺式自立支援
単に残存能力の活用ということではなくご利用者が自分で行っていると思えるようにスタッフがそっと支援する。
- ・ハートピア堺式連携
チームで新しい気持ち・新しいつながり・新しいチャレンジが出来ること。
- ・具体的方策
2階は認知症ケアのフロア、3階は重度の介護を行うフロア、4階は個室を中心としたフロア、各階それぞれに専門的なケアが行えるように工夫している。
「安心」を重んじ、地域から、ご利用者から、そしてスタッフからも「安心」と言ってもらえる施設にする為に、生活面に重視した自立支援の取り組みを行っている。

【評価機関情報】

第三者評価機関名	特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ
大阪府認証番号	270012
評価実施期間	令和3年9月27日～令和4年4月18日
評価決定年月日	令和4年4月18日
評価調査者（役割）	0801A009（運営管理委員） 1201A027（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

設立：特別養護老人ホーム・ハートピア堺は、社会福祉法人堺福祉会が、平成8年4月に創立した25年の実績を持つ施設である。

施設：4階建ての建屋で、各階それぞれに専門的なケアが行えるように工夫している。

事業：本法人は、特別養護老人ホームの他に、堺第1地域包括支援センター・在宅介護支援センター・短期入所生活介護・通所介護・訪問介護・居宅介護支援事業・診療所を営んでいる。

経営の視点：施設長は、MBA（経営学修士）の資格を持ち、福祉の視点に加え経営の視点を持って施設の運営管理に当たっている。

職員の参加：職員は各部署を横断する各種委員会のいずれかに所属し、施設の運営に参画している。このため、職員の貢献意欲は高く、利用者・家族の満足度も高い。

地域との連携：地域の福祉ニーズに応え、病院巡りのふれあいバス「ふれあいハート号」を運航を予定している。又、地域の自治会や生活協同組合と協働して移動スーパー「お買い物便」を実施している。

◆特に評価の高い点

・職員は、部署を横断する委員会のメンバーとして施設の運営管理に参画している。このため職員の貢献意欲は高く、利用者・家族の満足度も高い。

・地域の自治会や生活協同組合と連携して、お買い物便を運行するなど、地域に貢献している。

・情報処理企業と協力して、会議録閲覧システムを作成するなど、IT化を進めている。

・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に工夫している。
コロナ禍により外出や面会の制限が続いているが、その中でもできることを探しているいろいろな活動を展開し、特に意思表示が困難な利用者にも配慮して支援がされている。

・福祉サービス実施計画（ケアプラン）が優れている。

利用者本位のニーズが網羅され、サービス担当者間の協働、連携が明示され、切れ目のないチームケア提供の原案となっている。

・回想法を取り入れた認知症ケア

パーソンセンタードケアの考え方を基本に独自の認知症ケアが行われているが、特に環境面では建物全体に昭和の空気が流れていて利用者が安心して穏やかに生活している。

・介護機器・ICT機器の活用

様々な介護機器やICT機器を使用しているが、特に移動、移乗を助ける機器には多様な選択肢が用意され、職員の負担軽減はもちろんのこと、利用者の心理的負担の軽減も配慮している。（すみませんと言わなくてもよい）

・おいしく食べられる工夫がされた食事

朝食、月2回の主菜の選択、イタリアンランチ、キッチンカー、テイクアウトの利用など多彩なメニューを実施して利用者に「食べたいと思ってもらえる」支援を工夫している。

◆改善を求められる点

- ・中・長期ビジョンは中・長期経営計画の中で明確にされているが、期間中の各年度における具体的な目標が明確でなく、改善を望む。
- ・理念、基本方針、中・長期ビジョン、ビジョンを実現する中・長期経営計画、各年度の事業計画を関連付けて策定し、PDCAサイクルを回すことが望む。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回4回目の第三者評価を受審いたしました。ハートピア堺式認知症ケアや「ナイスな気づき」からPDCAサイクルを回していること、会議録閲覧システム等のICT化、部署を横断する委員会活動、移乗移動機器の活用について評価をいただきました。

また、キッチンカーやテイクアウト企画、アンドロイドテレビでのユーチューブ視聴、ズームを活用したコンサートや学生との交流、屋上の野菜作り、車からのイルミネーション鑑賞等、コロナ禍独自の活動も評価をいただきました。普段の取り組みやケアそれぞれに、ご利用者だけでなく、我々スタッフにとっても意味のあることだと再確認できました。

コロナ禍の終息の兆しはまだまだ見えませんが、ハートピア堺式連携の定義から、チームとしてつながりを持ち、新しい気持ちを持って、今できる「善」を選択し、ご利用者の自立支援に向け取り組んでいきたいと思っております。

◆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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・理念は、「地域・利用者・職員に安心を届ける」である。 ・基本方針は、「優しい介護と頑張る介護」である。 ・理念や基本方針は、各部署会議やフロアミーティングで職員に周知している。 ・職員は、毎月自己チェックシートで理念、基本方針に沿っているか確認している。 ・理念を玄関、各階に掲示し、HP、広報誌、パンフレットに掲載して利用者や家族に周知している。 ・創立祭で理念、基本方針を利用者や家族に説明している。 	
		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"> ・施設長等が東京で開催されるワークショップに参加、経営協や府社協の研修会に積極的に参加して事業経営をとりまく環境を把握、分析している。 ・地域の動向については、地域ケア会議で地域の福祉サービスのニーズを把握し、課題を抽出している。 ・経営状況については、WAMや経営協の経営資料で情報収集している。 ・月別業務推進資料で管理し、各部署会議で分析している。 ・SWOT分析を行い、経営環境を確認し経営計画に落とし込んでいる。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・経営環境や実施する福祉サービスの内容、組織体制や設備の整備、職員体制、人材育成、財務状況等の現状分析は、事業所の経営指標とWAMの指標とを比較分析し、具体的に問題点を把握、課題として取り組んでいる。 ・経営状況や改善すべき課題について、理事会、評議員会で説明し、承認されている。 ・経営状況や改善すべき課題について、職員には各部署会議、施設課会議で明らかにし、改善できるように取り組んでいる。 	

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"> ・平成27年4月に長期経営計画、令和2年4月に中期経営計画を策定している。 ・中・長期計画の中で、中・長期なビジョンを明確にしている。 ・中・長期計画は経営課題や問題点の解決・改善に向けた具体的な内容になっている。 ・中・長期なビジョンを達成するための中・長期計画と各年度ごとの事業計画の関連が明確でない。 ・理念、基本方針、中・長期ビジョン、ビジョンを実現する中・長期経営計画、各年度の事業計画を関連付けて策定し、PDCAサイクルを回すことを望む。 	
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"> ・単年度の計画には、中・長期計画の内容を反映した単年度における事業内容が具体的に示されている。 ・単年度の事業計画は、各ポジションで目標達成シートに基づき、活動目標と活動計画を立案し、事業計画に反映しているところから、実行可能な具体的な内容となっていて、単なる「行事計画」になっていない。 ・単年度事業計画は、毎月各部署会議と施設課会議で進捗状況を評価している。 ・中・長期計画と期間中の各年度の事業内容が明確でない。各年度の達成度を踏まえた単年度の計画の策定を望む。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画は、職員等が参画して各ポジションで決定した活動目標と事業計画を集約・反映して策定している。 ・計画期間中において事業計画の実施状況を毎月各部署会議と施設課会議で把握・評価している。 ・前期の評価の結果にもとづいて、修正があれば後期に目標と計画を変更している。 ・事業計画は、会議録閲覧システムにより全ての職員に周知している。 	
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"> ・事業計画と事業報告は、資料コーナーに置いて、いつでもだれでも閲覧できるようにしている。 ・事業計画と事業報告の主な内容は、創立祭で家族と利用者に説明している。 ・事業計画の主な内容を各階に掲示して、理解を促している。 ・事業計画の内容については、利用者等の参加を促す観点から周知、説明の工夫を望む。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 福祉サービスの質の向上に向けて、各部署会議、施設課、各委員会（各部署会議を横断的・課題別に連結したもの、全職員はなんらかの委員会に参画している）でPDCAサイクルを回している。 職員は、フロアミーティングで自己チェックシートを活用して、自らの福祉サービスの質を振り返っている。 ナイスな気づき（ヒヤリ・ハットをアクティブにしたもの）を月500～800件集約して福祉サービスの評価・改善に取り組んでいる。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 各部署会議、施設課、各委員会（事故防止検討委員会等）でPDCAサイクルを回している。 職員は何らかの委員会に参画し、会議録は会議閲覧システムで回覧して、全職員に周知している。 各会議、委員会で挙げた課題はフロアミーティングでも共有し検討して、改善策が講じられる。 目標達成ワークシートにより前期で評価し、修正があれば後期に目標と計画を変更している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> 施設長の役割と責任は、処務管理規定に明文化している。 施設長は、自らの役割と責任を各部署、各スタッフルームに掲示して、職員に対して表明し理解を図っている。 施設長は、毎月各部署会議と施設課会議で、自らの施設、事業所の経営管理に関する方針と取り組みを周知している。 各部署会議議事録、施設課会議録を会議録閲覧システムで回覧し、全職員に周知している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設長は、法令順守の観点での大阪府社会福祉協議会、堺市主催の研修会に出席し、法令等の正しい理解と最新の情報把握に努めている。 施設長は、遵守すべき法令等を十分に理解しており、利害関係者との適正な関係を保持している。 施設長は、各フロアに法令一覧を掲示して職員に対して遵守すべき法令等を周知し、スタッフ研修を実施し、理解を深めるように努めている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、家族交流会で家族から意見や要望を聞き、アンケート調査を実施するなどして、実施する福祉サービスの質の現状について、評価・分析を行っている。 ・施設長は、福祉サービスの質の向上について各部署会議、施設課会議で課題を共有し、具体的に取組みを考え実施するなど、施設に具体的な体制を構築している。 ・フロアミーティングや委員会でだされたスタッフの意見に基づき、施設課会議、各部署会議や衛生委員会で決定している。 ・職員は、自己チェックシートで自己評価をし、課題を明らかにしている。 ・定期的に研修委員会を開催し、課題に基づいた研修を企画している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、組織の理念や基本方針の実現に向け、目的に応じて人員を配置するなど、経営の改善や業務の実効性の向上にむけて、人事、労務、財務分析を実施している。 ・施設長は、各部署会議、施設課会議、各委員会で職員の意見を積極的に取り入れて、施設運営に反映している。 ・施設長は、スタッフのプチいら（ちょっとした” いらいら”、時間の無駄を生み、スタッフの不満、ストレスに繋がっている）を表出してもらい、その改善に取り組んでいる。 ・施設長は、スタッフの負担軽減のためにIT、機械化、標準化を推進している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の配置基準は指定基準を遵守し、人員計画に基づいて人員管理をしている。 ・介護職員は常勤換算36名、看護職員は4.5名体制で、介護福祉士資格者は全介護職員の80%以上が取得している。 ・職員の採用には、求人誌や紹介会社等を活用している。 ・大学、専門学校との協力体制を強化し、実習生を受け入れて福祉人材を確保している。 	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年度の職場研修計画で職場研修の理念・方針を明確にしている。2021年度は「専門職としての自覚とプライドをもつ」である。 ・処務管理規定、就業規則等に人事基準を定め、職員等に周知している。 ・人事考課制度で、職員の専門性や職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度を評価している。 ・人事考課資料を職員全員に配布している。 ・考課要素は、スタッフ研修で出されたスタッフが評価してほしいと思う内容も含めて見直しを行っている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員の就業状況は有給休暇、残業管理表で定期的にチェックしている。 ・働きやすい職場づくりは、衛生委員会で検討している。 ・職員の意向については、年2回、フィードバック面接を行い把握している。 ・職員のストレスについては、精神科の医師による相談窓口を設置している。 ・職員の困りごとは、施設長への直接メールで相談できるようにしている。 ・毎月、職員から”プチいら(ちょっとした”いらいら)”をあげてもらい、解決している。 	

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"> ・中期経営計画に「期待する職員像」を「専門職として自覚とプライドを持てるスタッフ」として明確にしている。 ・目標管理制度で、職員一人ひとりの育成に向けて取り組んでいる。 ・年に2回フィードバック面接を行い、個人の目標を設定、修正している。 ・人事考課で、職務遂行能力、職務に関する成果や貢献度目標に対しての評価を行っている。 	
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"> ・事業計画に「スタッフ研修」として基本方針を明示している。 ・「自覚とプライドを持てる」という職場研修の理念、方針を掲げ、人材育成に取り組んでいる。 ・基本方針に基づき、施設外研修と施設研修を計画的に実施している。 ・施設研修は、マニュアル研修、専門職研修、階層別研修を毎月実施している。 ・研修内容やカリキュラムについては、研修委員会を定期的開催し、評価、見直しを行っている。 	
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"> ・年間計画を立て、毎月施設研修として役職別、専門職研修、階層別研修を実施している。 ・職員一人ひとりに入職時にファイルを配布、施設研修の資料を綴ってもらい、振り返る機会を作っている。 ・認知症介護基礎研修等外部研修に参加している ・外部研修の内容を伝達研修として、施設研修で発表する機会を設けている。 	

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研修・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"> ・実習生受け入れマニュアルを策定し、実習生を積極的に受け入れている。 ・実習担当者は、期間中に学校の担当教員と話し合いを持っている。 ・実習指導者の育成を積極的に行っている。 ・実習指導者が実習生との懇談会に参加している。 ・実習プログラムは、実習種別、個人別にプログラムを用意している。 ・令和2年度には、10校から26名の実習生を受け入れた。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人と施設のホームページ、情報の公表等で情報を公表している。 ・事業計画、事業報告は資料コーナーに置いて、いつでもだれでも閲覧できるようにしている。 ・取り組みの内容がわかるパンフレットを作成している。 ・WAM NETで情報公開している。 ・広報誌を年6回配布している。 ・ブログを随時更新している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・外部の専門家による外部監査を受けて、監査支援等の結果や指摘事項にもとづいて、経営改善を実施している。 ・外部監査以外にも毎月公認会計士が監査している。 ・弁護士、社会保険労務士と契約し、必要の都度相談している。 ・経理規定、就業規則等に基づいて事務、経理、取引行為を実施している。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者と地域との交流を広げるため、ハートカフェ、ハート食堂を定期開催している。また、納涼祭、文化祭の開催、作品展示会と衣類販売等を実施している。 ・玄関の掲示板に地域の情報を掲示して、利用者に周知している。 ・広報誌「ふらっと便り」、「ハートカフェ通信」を配布している。 ・利用者の最期の夢を叶えるプロジェクトを、様々な資源を活用して実施している。 ・地域の要望にこたえて、病院を巡るふれあいバス「ふれあいハート号」を週2回運航している。 ・地域の自治会や生活協同組合と協働して移動スーパー「お買い物便」を実施している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画にボランティアの受け入れ、地域の学校教育等への協力について基本姿勢を明文化している。 ・ボランティア受け入れマニュアルにて体制を確立している。 ・ボランティア会議を年1回開催し、ボランティアの皆さんが困っていることを解決している。その会議の際に認知症についての研修を行っている。 ・ボランティア保険に加入して事故に備えている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域の各関係機関、病院、団体等の情報をファイルし、相談コーナーに設置している。 ・施設の各部署会議、ケース会議において、社会資源の活用について話し合っている。 ・地域包括支援センター主催の地域ケア会議に、職員が積極的に参加している。 ・地域の共通の問題の解決に向けて協働して具体的な取り組みとして、病院を巡るふれあいバス「ふれあいハート号」を週2回運航を予定し、地域の自治会や生活協同組合と協働して移動スーパー「お買い物便」を実施している。 	

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	地域の福祉ニーズ等を把握するための取組が行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民からの電話や来所による介護相談等には、随時対応している。 ・地域の福祉委員会、民生委員会、自治会等の役員に広報誌を送付して、地域の福祉ニーズ等を把握している。 ・三宝校区の防災協議会にも参加して、地域の福祉ニーズ等の把握に努めている。 ・特別養護老人ホームのスタッフも、地域活動（ふらっと三宝）の運営に積極的に参加している。 ・地域住民のためにハートカフェ、ハート食堂を積極的に開催して、地域の福祉ニーズや生活課題等の把握に努めている。 ・施設見学会を開催し、参加者から福祉ニーズや生活課題を聴取している。 	
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズ等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)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画の「地域貢献」の項に、把握した福祉ニーズ等にもとづいた具体的な事業・活動を行うことを明示している ・地域にスーパーマーケットがなく、買い物をする場所が遠いことから、地域在住の高齢者の利便性、外出機会を増やすことを目的に、移動スーパー「お買い物便」を誘致した。また、衣服販売も年2回実施している。 ・毎月地域活動委員会を開催し、地域ケース会議に参加している。 ・地域住民のためにハートカフェ、ハート食堂、おとひめカフェ（働いている人向け）、なつかしミュージアムふらっと三宝にも参加して、地域の福祉ニーズの把握に努めている。 	

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"> ・倫理規定を策定し、利用者を尊重した福祉サービスの提供に関する原則を明文化している。 ・職員が理解し実践するために、尊厳、人権、身体拘束、虐待防止についての研修を年1回以上実施している。 ・職員が参加する身体拘束廃止委員会の中で尊厳について触れており、その内容を会議録の回覧やフロアミーティング等を通じてスタッフに周知している。 ・虐待ニュースを回覧し、虐待防止の啓発を行っている。 	

Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保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"> ・施設長が講師となって、「プライバシー・コンプライアンス・人権研修」を施設内で実施している。 ・多床室では仕切りになる家具を設置して、利用者のプライバシーを保護している。 ・問題が発生した場合の通報先等を、玄関、各フロアに掲示して、利用者や家族にプライバシー保護に関する取り組みを周知している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用希望者に対して、玄関にパンフレットや広報誌をいつでも誰でも取れるように置いている。 ・相談コーナーに、事業計画書、事業報告書ファイルを置いており、誰でもいつでも閲覧可能となっている。 ・福祉サービスの選択に必要な情報は、情報の公表、第三者評価の公表を行っている。 ・利用者の見学については随時受け入れている他、ホームページでバーチャルで見学ができるようにしている。 ・一日利用等の希望には、ショートステイで対応している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの開始・変更にあたり、意思確認可能な方に関してはなるべく、ご本人同席のもと説明を行っている。難しい場合は、その都度、ご家族に説明を行っている。 ・入所前に日程を組み、契約の説明を行い、入所日まで検討して頂き、入所日に契約をする形をとっている。利用者や家族等に分からないことがあれば、その都度説明を行っている。 ・必要であれば、成年後見人を勧めている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・他の事業所への移行については、サービスの継続性に配慮した手順書（退所時援助マニュアル）を定めている。 ・サービス終了後については、「ハートピア堺退所後の流れ」の資料を手渡して説明している。 ・対応は生活相談員、ケアマネジャーが行っていて、従前の内容から著しい変更や不利益が生じないように配慮している。 	
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の向上に努めている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者満足の向上を目的とする仕組みを整備し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・年1回、創立祭において家族交流会をフロア毎に開き、リーダー以上の役職者が出席し、利用者満足を把握する目的でアンケートを実施している。 ・アンケートで把握した結果を施設課会議で分析・検討して、個人の要望を実現し、改善につなげている。 ・また、日々の関わりの中から気づきを「ナイスな気づき（ヒヤリハットをアクティブにしたもの）」として反映し、利用者の要望を実現している。 	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情処理マニュアルを策定して苦情解決の体制を整備している。 ・重要事項説明書にて利用者に説明を行い、その旨を玄関横にも掲示している。 ・文化祭や創立祭の折にアンケートを取り、苦情があれば検討内容を広報誌に掲載し、家族や利用者にフィードバックしている。 ・各フロアに意見箱を設置して、利用者・家族の苦情や要望を収集している。。 ・苦情内容と改善結果を第3者委員会に報告している。 	
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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者が相談や意見を述べやすい環境として相談スペースを1階の相談コーナーのほか、各フロアにも相談スペースを設けている。 ・各フロアにフロアスタッフの写真、居室入口には担当スタッフの写真を掲示して、誰に相談すればよいか、利用者に分かりやすく周知している。 ・要望箱を設置して要望や意見を収集している。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・苦情処理マニュアルを作成し、年に1回マニュアル委員会で見直しを行っている。 ・見直した結果について、職員はタブレットから確認している。 ・苦情の内容に応じて、事故防止委員会にて検討を行い、解決を図っている。 ・要望に関しては、実現できるように検討している。 ・1階に相談スペース、各フロアに談話スペースを設けて、利用者・家族の相談や意見に対応している。 	

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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事故防止マニュアル、事故対応マニュアルを作成し、事故発生時の対応と安全確保について責任、手順等を明確にし、職員に周知している。 ・毎月事故防止委員会を開催しており、発生要因を分析して改善策・再発防止策を検討している。 ・事故等があったときは、スタッフ参画のもと、事象からマンダラート分析（曼荼羅模様にしたマス目にアイデアを書き込んでいくことで自然にアイデアを広げていく）を行っている。 ・インシデント、アクシデント、ナイスな気付き（ヒヤリハットをアクティブにしたもの）を積極的に記録し、職員に周知している。 	
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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・感染症の予防と発生時の対応マニュアル（感染症・食中毒マニュアル）等を作成し、職員に周知徹底している。 ・毎月、感染症予防委員会を開催して、感染症・食中毒の予防に努めている。 ・感染症に関する研修を定期的に行っている。 	
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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・防災マニュアルを作成し、災害時の対応体制を決めている。 ・避難訓練を年2回実施し、夜間想定訓練も行っている。 ・防災に関する地域ケア会議、校区実施の防災訓練にも参加している。 ・食料や備品類等の備蓄リストを作成し、賞味期限等を記録して管理している。 ・施設は、堺市の福祉避難所になっている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> マニュアルは多数作成されており、すべての分野をカバーしている。業務手順、新任研修テキストも実際の簡易マニュアルとして使われている。マニュアルはPC上にあり、必要な時にいつでも、だれでも見られる。新人テキストには、まずマニュアルで確認することが明記されている。 研修、OJTによる指導がされ、OJTリーダーにより、実践状況を確認している。 すべての標準的な実施方法に、利用者の尊厳、プライバシー、人権保護、に関する姿勢が明記されていることが確認できなかった。検討を望む。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> マニュアルは管理する委員会が決められていて、委員会の開催月に見直すことと明記されている。各委員会では個別的なサービス実施方法や、職員や利用者、家族からの意見により、見直しの必要があれば、マニュアル委員会において検討している。それによると月1回から最低でも年1回は見直しがされる仕組みである。 	
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"> 包括的自立支援方式によるアセスメントがケアマネジャーにより実施されている。 アセスメント結果は多職種間で検討し計画が作成される。 利用者一人ひとりのニーズが明記されたケアプランが作成されている。ケアプランは家族や担当者にもわかりやすい実際的な内容でかつ、サービス担当者間の協働、連携が確保された優れた内容となっている。 ケアマネジャーは、毎月担当者が作成したADL評価表、介護記録、本人からの聞き取りなどから、定期的にサービスの実施状況を確認している。 	
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"> 施設サービス計画書は短期目標の期間にあわせ、または状態の変化により緊急に変更する必要があるときにサービス担当者会議を開催して見直ししている。担当者会議には以前は家族も参加していたが、現在は電話で意見を聞いている。 見直しの後作成された計画書はカンファレンスで職員に周知し、PC上で関係者がいつでも確認できる。 	
Ⅲ-2-(3) 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。		
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 「記録の書き方、ケースの入力方法」マニュアルがあり、使用する言葉についても正しい使い方が明文化されている。入力文章を主任が確認し間違いを直している。 記録はタブレットを使用し、自動的にPC上のシステムに転送される。 記録はPCシステムで管理され共有している。自分のIDを入れると、見るべき会議録や情報が現れ、見たかどうかを上司が確認している。 	

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)	<ul style="list-style-type: none">・就業規則のサービス規程に個人情報の不適切な使用の禁止や漏えいに対する対応がふれられている。・個人情報の取り扱いに関しての研修は年1回行っており、全職員が受講できるように複数の日程を設定している。家族には入所時に説明し同意を得るがブログには利用者の顔がわからないような配慮をしている。・「個人情報に関する基本方針」で管理しているが、重要事項説明書に記載されている保存期間の数字が違っていたり、書類の廃棄は正しくされているが、規定が明文化されていないなど不備がある。更なる取り扱いの強化を望む。

高齢福祉分野の内容評価基準

		評価結果
A-1 生活支援の基本と権利擁護		
A-1-(1) 生活支援の基本		
A-1-(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護度2～5の利用者84名が1人ひとりの心身の状態にあった一日が過ごせるように多彩のメニューを用意している。コロナ禍で外出制限中であるが、車でイルミネーションを見に行く、アンドロイドテレビやYouTubeの活用、ズームを利用したコンサートや会話、屋上庭園への散歩やキッチンカーやテイクアウトの利用など書ききれないほどである。 ・毎月カンファレンスを実施し、個人の思いと職員の気づきを検討し1人ひとりにあったサービスとなるように工夫している。 	
A-1-(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・部屋担当制なので、職員は担当利用者の日ごろの会話や観察から思いや希望を把握しやすく、職員の気づきとともにその内容を共有して支援に活かしている。 ・難聴の利用者には従来から筆談や50音板の利用がされているが、最近では骨伝導の補聴器を使用して、会話が容易になった例がある。 ・多床室の利用者には他人の目が気にならないようなスペースを設けて話しやすい雰囲気づくりに配慮している。 ・定期的に接遇に関する研修を行い尊厳に配慮した接し方や言葉遣いがされている。 	
A-1-(2) 権利擁護		
A-1-(2)-①	利用者の権利擁護に関する取組が徹底されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・権利擁護に関する研修は年1回実施されている。後日伝達研修が行われ当日不参加職員も受講していることを確認した。研修では職員間で事例検討などを行い意識を高めている。センサー、室内カメラはなく、食事エプロンも極力使用しない。 ・重要事項説明書で利用者家族には説明、職員は毎月チェックシートで自己評価している。 ・身体拘束適正化委員会、虐待防止検討委員会が活動しており、現在それらに関わる問題事例は見られなかった。 	
		評価結果
A-2 環境の整備		
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A-2-(1)-①	福祉施設・事業所の環境について、利用者の快適性に配慮している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・築26年経過した建物だが、リフォームを繰り返し、明るく快適でくつろいだり雰囲気保たれている。壁には古い看板、ポスター、地図などがたくさん貼られ利用者が生きてきた昭和の懐かしい感じがする。 ・オゾン発生器、イオンクラスター、エアカーテンなどの機器、消臭クロスの使用により、衛生的な環境整備がされている。 ・重要事項説明書の持ち込み制限の記載は現在の動向にあっていないように感じられる。書き方の検討を望む。 	

A-3 生活支援

A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援

A-3-(1)-①	入浴支援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"> ・利用者の心身の状況や意向を踏まえ、入浴形態や方法を検討し、ケアプランに載せて一般浴、チエア浴、寝台浴、シャワー浴など数種類の中から選んで入浴ができる。 ・同性介助を望む利用者には対応できている。 ・リフトを使い、利用者にも、介助者にも安全で快適な入浴を支援している。 ・事業計画にマンツーマン入浴（最初から最後まで一人の介助者が支援する）をあげて実践中だが、寝台浴までは実施できていない。今後のニーズに備えての対応策の検討を望む。 	
A-3-(1)-②	排せつの支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・スカイリフト（立ち上がり支援）回転盤を使用し、今まではできなかった人がトイレで排泄できるようになった例がある。 ・前傾姿勢がとりやすいバーを使用することで自然な排泄を促す効果がある。 ・昼間はトイレの使用を基本としているが、夜間はその人の心身の状況や意向に合わせたパットやおむつをカンファレンスで検討し、吸収力があり、肌にもやさしいものを選んで排泄介助を少なくし安眠を重視している。 	
A-3-(1)-③	移動支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「移動移乗の自立を助けるために多様な選択肢が必要」との考えから天井式リフト、走行式リフト、スカイリフト、回転盤、スライディングボード、アシストポール、L字柵、自動ブレーキ付車椅子、抑速付歩行器など多数の器具を用意し、利用者のアセスメントからケース担当が毎月更新するADL表をもとに最適の選択をしている。 ・上記の取り組みは安全と事故、身体拘束と関連するので、職員は「ナイスな気づき」にあげて、ミーティングやカンファレンスでそのたびに見直し検討を繰り返している。 ・自室内では家具の配置により移動しやすい動線の確保により安全な移動を心がけている。 	

A-3-(2) 食生活

A-3-(2)-①	食事をおいしく食べられるよう工夫している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「食べたいと思ってもらえる」ような支援を第一に考え実践している。例として朝食は雑炊かパン、夕食は月2回主菜の選択ができる。月1回イタリアンランチとしてレストランのような提供がある。テイクアウト、キッチンカーの利用で今はできない外食の楽しみも味わってもらおう工夫もして自己決定できる環境を作っている。 ・メラミンから陶器の食器に変更し、食事エプロンは極力使用しない。 ・食事は1階厨房で委託業者が調理するが、炊飯はフロアごとに行い、時間になるとご飯の炊ける匂いが流れて「食べたい」気持ちになる。 	

A-3-(2)-②	食事の提供、支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・食形態は普通、一口、ソフトトロミ、ゼリー食を用意、本年度事業計画に「ソフト食の種類を増やす」をあげて、実践中である。 ・経口摂取を維持するために歯科衛生士を含めて多職種参加の会議を月1回実施。 ・自分で食べることができるよう自助具（スプーン、傾斜皿、楽のみマグなど）を使用し状況に合わせて使っている。 ・トロミサーバーを導入し均一なトロミ付飲料を簡単に提供できるようになった。水分摂取を促すために飲みやすい味を工夫し選択の幅を増やしている。 	
A-3-(2)-③	利用者の状況に応じた口腔ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月歯科衛生士が職員に口腔ケア研修を実施、参加できなかったものはPCの閲覧システムで共有、その知識や助言を受けて職員が毎食後と就寝前に1人ひとりの状況に応じたケアを行い、チェック表で確認している。 ・月1回歯科衛生士が利用者全員の口腔状態、嚥下機能のチェックをし、職員が「口腔ケア計画」定期的な評価、見直しをしている。 ・口腔体操はアンドロイドテレビを使い個々にあわせて行っている。 	
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A-3-(3)-①	褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師が毎月OHスケールを使用し評価している。全員をリスクありとして捉え、「褥瘡対策に関するスクリーニング・ケア計画書」を作り多職種参加の毎月の褥瘡予防委員会で予防、改善について検討している。 ・高リスク者には自動体位変換エアマットを使用しており、現在褥瘡発生事例はない。 ・看護師は福祉機器や製薬関連の業者からも最新の情報を収集し、職員には年2回研修を行って周知している。 	
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A-3-(4)-①	介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・現在有資格の介護士は19人おり、昼間は看護師が担当し夜間は必ず有資格者を一人以上夜勤に配置し実施している。引継ぎの際は実施が可能かどうかをチェック表により確認している。 ・認定特定行為従事者に対して看護師から喀痰吸引等における研修を実施している。 ・「看護、介護スタッフのケア連携のための指針」や医師、看護師の指導をもとに安全体制ができています。 	
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A-3-(5)-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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が主体的に生活の維持、改善に取り組むように、さまざまな取り組みを行っている。例として、屋上に外気浴ができるスペースを確保し、花や野菜の世話ができる、廊下に歩行練習の励みになるマーク、気軽に訓練ができる機器を置いてあるスペース（握力強化、滑車、サイクルペダル等）が整備されている。 ・できるだけ、自分でできるように、できないところだけ手助けする支援を基本にしている。 ・機能訓練指導員が個別機能訓練計画を作成し、定期的に評価、見直しをしている。 	

A-3-(6) 認知症ケア

A-3-(6)-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)	<ul style="list-style-type: none"> ・支持的、受容的な関わり、態度ができるためにパーソンセンタードケアを中心に職員が知識をもつように、外部講師、精神科医師、伝達講習など学習の機会が多い。 ・精神科医師の週1回の訪問診療があり、その指導、助言によりフロアミーティング、カンファレンス、また、多職種間との連携のもと支援内容を検討している。 ・事業所全体に古い展示品や掲示物が多くあり、昔の暮らしを思い出させる工夫がある。特に認知症患者の多い2階は「昭和通り」として安心して落ち着ける環境をつくり個人またはグループでできる活動を1人ひとりの症状に合わせて継続して行っている。 	

A-3-(7) 急変時の対応

A-3-(7)-①	利用者の体調変化時に、迅速に対応するための手順を確立し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時対応マニュアルに対応基準が明記されており、事業所内の医師、看護師とは24時間連絡が取れる体制が確立している。 ・利用者の体調変化はフロアの申し送り、多職種間の朝礼で共有しているが、PC上の記録により、職員全員が確認できる。 ・高齢者の病気、対応法、薬に関する知識等の研修を年2回以上行っている。個別の指導も適宜行われている。 	

A-3-(8) 終末期の対応

A-3-(8)-①	利用者が終末期を迎えた場合の対応の手順を確立し、取組を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・医師から終末期であると判断され、利用者家族に説明、施設での看取りを希望した時点で、サービス担当者会議をもち、ケアマネジャー、看護師は看取り計画書を作り、介護職はそれをもとに、実践的な取り組みシートを作成、連携して看取りを行っている。 ・現状では施設での看取りを希望する利用者家族は多く、年間で5～10名の実績がある。ケースの終了後はフロアミーティングで振り返りを行い、担当職員に対して精神的なケアにも配慮している。家族には終了1月後に電話して感想を聞き今後の参考にしている。 	

評価結果

A-4 家族等との連携

A-4-(1) 家族等との連携

A-4-(1)-①	利用者の家族等との連携と支援を適切に行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・コロナ禍以前は家族が施設に来る機会が多かったが、コロナ禍にある現在は電話、メール、広報誌、オンライン面会、ブログなどで様子を知らせている。特にブログはいろいろな職種の職員が頻回にホームページ上にアップしている。 ・サービス担当者会議は、家族の意見要望を聞く場として機能し、70パーセントの出席があった。現在は電話が多い。 ・今回の第三者評価の実施に伴うアンケート調査で、家族の満足度が高いことが確認できた。 	

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 ハートピア堺の利用者等
調査対象者数	80人
調査方法	事業所には当機関より返送用に受取人払いの封筒を添えて、アンケート用紙の手渡しを依頼した。利用者等へはアンケート用紙の記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封したうえで、郵便局又は事業所への提出を依頼した。

利用者への聞き取り等の結果（概要）

回収率92.5%（74名）

<回答>

満足度100%の質問は下記の通り

- ・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。

90%以上の満足度は以下の通り

- ・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。
- ・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。
- ・サービス内容や利用料金等について、重要事項説明書による説明を受けましたか。
- ・サービスの開始にあたり、サービスに関する契約を文書で取り交わしましたか。
- ・サービス実施計画が作成される際に、あなたや家族の意見や希望を聞いてくれましたか。
- ・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。

<その他>

- ・サービスじっしけいかくは意見や希望を聞いて下さるだけでなくよう提案もしてくれます。
- ・電話でも、直接聞きに行っても相談に乗って頂いています。
- ・ケアマネさんだけでなく、どなたにも相談できる雰囲気があります。
- ・これ以上認知がひどくならぬよう毎日、何かしらの学習をさせてあげてほしい。
- ・レクレーションを個別的に行って欲しい。
- ・洗濯で取れない汚れや、衣服、肌着のほつれが気になるので連絡頂ければ新しい物を届けてほしい。
- ・機能訓練をもっと充実させて欲しい。
- ・入浴の回数がふえると嬉しい。

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