

**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陽光ひめじま苑		
運営法人名称	社会福祉法人陽光福祉会		
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名	理事長 森本 和伸 施設長 中村 圭		
定員（利用人数）	100名（ショートステイ10名含む）		
事業所所在地	〒555-0033 大阪市西淀川区姫島5-16-36		
電話番号	06 - 7506 - 9521		
FAX番号	06 - 7507 - 1773		
ホームページアドレス	<a href="https://youkou-wel.com">https://youkou-wel.com</a>		
電子メールアドレス	<a href="mailto:himejimaen@youkou-wel.com">himejimaen@youkou-wel.com</a>		
事業開始年月日	平成29年10月1日		
職員・従業員数※	正規	42名	非正規 39名
専門職員※	介護福祉士 33名 介護支援専門員 1名 医師 1名 看護師 8名 准看護師 1名 柔道整復師 1名 管理栄養士 1名		
施設・設備の概要※	[居室] 個室 100室		
	[設備等] 共同生活室 10室 医務室 1室 厨房 1カ所 事務所 1室 会議室兼相談室 1室 備蓄倉庫 1カ所 コミュニティスペース 1カ所 浴室 5室（浴槽各2）特殊浴室 1室		

※印の項目については、定義等を最終頁に記載しています。

## 【第三者評価の受審状況】

受審回数	0回
前回の受審時期	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】

- 誰もが住み慣れた地域で安心して暮らしていける社会であるように日々努力し続けます。
- ご利用者様の人格や思いを尊重します。
- 安心、安全かつ豊かな生活のために、日々、サービスの向上を図ります。
- 地域とのつながりを大切にします。

### 【施設・事業所の特徴的な取組】

入居者が安心して過ごすことができるよう、適切なサービス提供に努めるとともに、ケアの質を向上すべく、介護主任及び副主任を中心として取り組んでいます。また、提携医療機関と連携して地域の福祉ニーズを把握し、サービスにつなげています。今年度から見取りケアに重点を置き、ご本人、ご家族に寄り添いながら、その人らしい生活を支援します。

### 【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26日～令和4年2月7日
評価決定年月日	令和4年2月7日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理委員） 1201A027（専門職委員） （ ）

## 【総評】

### ◆評価機関総合コメント

・特別養護老人ホーム陽光ひめじま苑（以降、施設と表記）は、社会福祉法人平成福祉会、同愛孝福祉会と系列を一にする社会福祉法人陽光福祉会が平成29年10月に開設した第1号の施設である。施設は、淀川に近い大野川緑陰道路（自転車歩行者専用道路）に面した緑豊かな地に位置している6階建てのユニット型施設である。館内の各フロアは2ユニットに分かれ、各共同生活室（食堂兼リビング）は、ゆったりして採光が良く明るいスペースとなっている。利用者の居室は個室で1ユニット10室に分かれている。各フロアの浴室は、自立歩行可能な利用者向けの浴槽と足の不自由な利用者向けの浴槽の2種類が設置され、1階には座位が取れない利用者のための特殊浴室が医務室の横に設置され、万全の入浴体制が整えられている。

・施設の理念基本方針の一つに「地域とのつながりを大切にします」を掲げて、1階に地域交流のための「コミュニティスペース」を設けている。コロナ禍以前は区社会福祉協議会と連携して、このスペースで「ふれあい喫茶」を毎月開き、地域住民のための介護相談会や介護教室を開催している。また、地区の町会にも加入し、近隣の神社の祭りに参加している。

・施設では利用者が重度化した時点の指針を定め、家族への対応として以下の手順を踏むことで利用者家族が安心できる施設を目指している。

①生活相談員が「ご利用者様の意向表明書」で利用者が重度化した時の家族の意向を確認する。

②看護師が「DNAR（心肺蘇生を行わないこと）に関する説明書」で家族の意向を確認する。

③医師より看取りのための方針を家族に説明し同意を得る。

④生活相談員が「看取りを希望されるご家族様へーやすらかな看取りのためにー」で施設での看取りを希望する家族に説明を行う。

### ◆特に評価の高い点

・施設側が地域の医療関係者、介護保険施設関係者、区社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員等と呼びかけて、地域の高齢者福祉の課題を話し合う「地域ケア会議」を施設のコミュニティスペースを利用して開催し、それぞれの機関等が抱える課題解決のための話し合う場を提供し、積極的に地域に貢献している。

### ◆改善を求められる点

・施設の理念・基本方針を基本にした目標を設定し、その実現のために①福祉サービスの視点②人材の視点③設備・環境の視点④地域貢献の視点⑤経営の視点で、具体的な内容と可能な限りの数値目標を盛り込んだ3～5年の中・長期計画を策定することを期待する。

・各評価基準は標準的にはクリアされているが、さらによりよくなるために取り組む課題は多くある。特に一人ひとりの利用者の心身の状態や意向、好みを把握してその人にあった、個別支援はユニットケアの大きなメリットの一つであることを、職員全員が再確認してケアにあたり、1人ひとりに応じた楽しい一日の生活が送れるような支援を期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

ご指摘いただいた内容を改善し、より良い施設運営に努めてまいります。

◆第三者評価結果

・別紙「第三者評価結果」を参照

## 第三者評価結果

### 評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

		評価結果
I-1 理念・基本方針		
I-1-(1) 理念、基本方針が確立・周知されている。		
I-1-(1)-①	理念、基本方針が明文化され周知が図られている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設ホームページとパンフレットに施設理念、基本方針の三本柱として「利用者の人格や思いを尊重する」「サービスの向上をめざす」「地域とのつながり」を明記し周知を図っている。</li> <li>利用者・家族に入所申し込み時にパンフレットで説明している。</li> <li>職員には入職時に説明し、各フロアに掲示して周知を図っているが、朝礼時、申し送り時、フロア会議等に施設理念、基本方針を唱和したり、カード形式にして携帯するなどの工夫をし、全職員が日常的に意識をしながら業務に当たることを期待する。</li> </ul>	
		評価結果
I-2 経営状況の把握		
I-2-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
I-2-(1)-①	事業経営をとりまく環境と経営状況が的確に把握・分析されている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長は、区の施設連絡会に参加して市、区の方針、計画等の情報を得たり、また市内のグループ法人合同施設長会議で市内の動向や各施設の状況等の情報交換をしている。</li> <li>施設長補佐の統括主任生活相談員は、区内の医療関係者、社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員、介護保険入所施設関係者等の連絡会を施設で開催し情報交換をし、施設の課題を分析している。</li> <li>施設長は、法人理事会に出席し施設の経営状況や課題を報告し対応策を協議している。</li> </ul>	
I-2-(1)-②	経営課題を明確にし、具体的な取り組みを進めている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長は経営状況や課題の対応策等は、統括主任相談員・相談員・介護支援専門員・介護リーダー・看護師・管理栄養士等の幹部職員が参加する運営会議で報告して改善具体策を話し合っている。他の職員へは、毎月のフロア会議で周知を図っている。</li> <li>最近では施設の介護職員不足の課題をグループ施設間で互いに職員が暫定応援できる仕組み（ケアサポーター制度）を作り、課題解決を図った実績がある。</li> </ul>	

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。

c

(コメント)

・施設では単年度の事業計画を策定しているが、中・長期計画の策定までには至っていない。  
 ・中・長期計画の策定に際しては、施設の将来像を見据えた次の四つの視点①福祉サービスの向上②人材確保と定着、人材育成③地域交流④利用者及び職員 の環境整備、且つ経営（収支）の視点で3年から5年の期間を見据えて数値化できる項目は数値化して策定することを望む。

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)

・当年度の事業計画は、基本方針を定め、重点目標を①働きやすい職場環境づくり②安心した施設運営とし、次に利用者へのサービス目標項目として以下の5項目（生活支援・食事・環境整備・健康管理・防災計画）を挙げて策定され、併せて別途収支予算も策定されている。  
 ・単年度事業計画は、中・長期計画に基づき、数値目標や具体的な内容を盛り込んだ計画を策定することを望む。

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)

・施設では、施設長以下、統轄主任生活相談員、生活相談員、介護主任、介護副主任、看護主任、施設ケアマネージャー、機能訓練士、管理栄養士等の幹部職員で構成される運営会議を毎月1回開催し、月々の目標達成度、各フロアの状況、利用者の状態などを確認している。  
 ・年度末の運営会議で当年度の計画達成状況を振り返ったうえで、次年度の事業計画を話し合い、策定している。  
 ・一般職員には、年度初めのフロア会議のなかで事業計画内容の概略を説明している。

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。

c

(コメント)

・事業計画は、利用者への福祉サービスの提供に関わる事項でもあり、事業計画の主な内容については、利用者や家族等に周知し、理解を促すための取組を行うことが必要なので、施設の事業計画の内容の概略、特に利用者の処遇に関わる内容については全利用者、家族に書面を配付、説明し、且つ館内に掲示して周知することを期待する。

		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・今年度より統括主任生活相談員が、福祉サービスの向上に向けて「介護年次計画書」を策定し、介護主任、看護主任、相談員、施設介護支援専門員当の各職種全員を巻き込んで取り組む途上にある。</li> <li>・その計画の福祉サービスのテーマは「思いやりある態度と行動として」各職種ごとの年間目標を設定し、年度末に評価をすることとなっている。</li> <li>・今後は年度途中の計画進捗状況を職員相互で確認し、修正できる仕組みも取り入れて、施設全体の介護の質の向上を期待する。</li> </ul>	
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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の現状は介護事故が発生した時の検証から改善策策定とその後の評価の仕組みは機能しているが、今年度からの「介護年次計画」の運用については途上にある。</li> <li>・施設全体に「介護年次計画」のPDCAサイクルを機能させ、中・長期計画に反映し、介護の質が向上することを期待する。</li> </ul>	

## 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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設長は、運営会議や事故防止委員会等に出席し、自らの考えを職員に伝えている。</li> <li>・施設には、施設長以下の各職種の役割分担と権限を明確にした書類が整備されていないので早急に各職種の役割、権限、担当範囲を明示した職務分担表を策定することを望む。</li> <li>・また定期的なお便りなどを家族等に発行し、施設長の考えや思いを伝えることを期待する。</li> </ul>	
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"> <li>・法人は法令遵守規程を制定し、施設長を法令順守の責任者と規定し、施設長は職員と連携して国の定める介護保険法はもとより府や市の条例まですべての法令遵守を徹底して、業務を遂行することとしている。</li> <li>・施設では、個人情報保護遵守を入職時に示し同意書を交わし、退職時にも確認書を取っている。</li> <li>・法令遵守の徹底を目的とした職員研修として身体拘束・虐待防止、人権とプライバシー、防災訓練の研修を毎年実施している。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設では、職員研修を外部の教育研修機関に依頼し、毎月テーマを決め、階層別、職種別の人材育成研修と介護職員の勉強会を計画的に実施し、職員の質の向上に取り組んでいる。</li> <li>施設長は、毎月の事故防止委員会に出席し、各月の介護事故やヒヤリハットの事例を統括主任相談員ほかの委員と共に検証し改善策を協議している。</li> <li>施設長は、改善策の実施状況を確認する上でも各フロアを日常的に見回ることを期待する。</li> </ul>	
II-1-(2)-②	経営の改善や業務の実行性を高める取組に指導力を発揮している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設長は、毎月運営会議に出席し月々の利用者の介護状況、入院状況、入所状況、また毎月の収支状況、職員の勤務状況を確認して経営課題を分析している。</li> <li>施設長は、職員不足による介護サービスが低下する課題を解決するためにグループ法人の他施設の施設長と協議して介護職員が相互に応援できる仕組み（ケアサポーター制度）を作り、活用している。</li> </ul>	

評価結果

II-2 福祉人材の確保・育成

II-2-(1) 福祉人材の確保・育成計画、人事管理の体制が整備されている。

II-2-(1)-①	必要な福祉人材の確保・定着等に関する具体的な計画が確立し、取組が実施されている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設の運営規程に必要な福祉人材や人員体制を示し、事業計画には人材確保の基本方針は示されているが具体的な計画までは策定されていない。</li> <li>事業計画の中に、人材確保と人材育成の実現可能で且つ具体的な計画と共に離職をさせない魅力ある職場づくり計画を策定し、実施することを期待する。</li> </ul>	
II-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設では入職説明時に給与等の雇用条件を示した書類で契約を交わしているが、就業規則や給与規定を配付したり、閲覧できる体制整備はない。また、キャリアパス制度の仕組みも整備され職員に示していない。</li> <li>職員の人事評価は、毎年度初め職員個々が自己目標を設定した施設独自の人事評価シートで、別途定めた評価項目と自己目標達成度を勘案して上司が年度末に個別面接をして判定する仕組みとなっている。</li> <li>職員個々の目標達成のためにも進捗状況を確認する場として上司との中間面談が実施され、目標達成が出来る取り組みを期待する。また、職員の勤務意欲と帰属意識向上のためにもキャリアパス制度を導入して職員に周知することを期待する。</li> </ul>	

II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。

II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し、働きやすい職場づくりに取り組んでいる。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各フロアの職員の月々の勤務シフト表は、各フロアリーダーが職員の有休や休日希望などを聞きながら作成している。勤怠は、データ管理されていて施設長は各職員の有休取得の確認や出勤状況を一元管理をしている。</li> <li>施設では毎年職員の心身の健康管理のため産業医の監修のもとストレスチェックを行うとともに外部の弁護士を職員が利用できる相談窓口としている。</li> <li>看護職員2名が現在、育児休業取得しているなど職員が勤務しやすい職場体制を構築している。</li> <li>現行の福利厚生制度に加えて慰労行事などの工夫をして職員が一体感を感じる魅力ある職場づくりを期待する。</li> </ul>	

II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。

II-2-(3)-① 職員一人ひとりの育成に向けた取組を行っている。

a

(コメント)

- ・全職員が毎年度初めに人事評価シートに個々の目標を設定し、年度末に上司が職員と面談して目標達成度を評価する取組を行っている。
- ・新入職職員については、介護技術と知識、組織理解や協調性等を評価する別途の評価シートに個々の目標を所属長と相談して設定して記載し、所属長が3か月後に評価、雇い入れを判断している。

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)

- ・職員研修は、年間計画を立て毎月1階コミュニティスペースで実施している。職員は感染症防止研修、防災研修以外の研修は外部の介護専門教育機関の講師による研修を受講している。
- ・受講できなかった職員は、後日に研修ビデオを見て学んでいる。職員は研修後報告書にまとめて提出している。
- ・毎月の研修は、全職員対象の介護技術や人権等の研修と中堅職員対象のマネジメントに関する研修を月ごとに分かれて実施されている。

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。

b

(コメント)

- ・毎月の施設内研修を受講できなかった職員は、後日にビデオと資料で研修内容を学び、報告書を提出している。
- ・実務者研修の受講を希望する職員は、提携している養成校の研修を無料で受講できる制度がある。
- ・新入職員には、約3か月間のOJT研修の実施を基本とし、フロアーリーダーが評価シートで習熟度の評価、確認を行っている。
- ・職員研修は、非常勤を含む全職員個別の研修受講と報告書提出の確認記録を必ず残し、次年度の研修計画に反映させて、個々の職員の育成成果が上がる研修実施を期待する。

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。

c

(コメント)

- ・開設後間がない施設ではあるが、介護職員の獲得や施設の福祉サービスの向上のためにも介護専門学校や短大・四年制大学との良好な関係をつくり、実習生を受け入れるための体制として実習生受け入れマニュアルと指導者育成に取り組むことを期待する。

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)

- ・ホームページに、施設の理念、基本方針、提供するサービス内容、現況報告と決算情報（ワムネット公表開示システム）を公開しているが、事業計画、事業報告、予算までは公開されていない。
- ・今回の第三者評価受審結果の報告と共に苦情・相談体制・苦情内容等をホームページに公開することを望む。

II-3-(1)-②	公正かつ透明性の高い適正な経営・運営のための取組が行われている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>法人は施設の経理規程を定めて、施設はそれに従い会計・出納・取引業務を行っている。しかしながら職務分掌が策定されていないので職員の役割・担当・権限を明確にした職務分掌表を作成し職員に周知することを望む。</li> <li>施設の経理財務内容は、グループ法人内の他施設の施設長による内部監査を受け、法人監事である税理士による決算時監査を受けている。</li> <li>当施設は公費で運営されている施設である。そのため財務・決算内容、取引内容について外部の公認会計士又は税理士の監査を受け、財務諸表等を公表することを望む。</li> </ul>	

	<b>評価結果</b>
--	-------------

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"> <li>施設の理念・基本方針の一つに「地域とのつながりを大切にします」を掲げ、法人理事の一人が区の町会連合会会長でもあり、開設当初より町会に加入し、近隣の神社の祭りに参加するなど地域に溶け込む取り組みをしてきている。現在コロナ禍のため地域との交流は自粛して中断しているが、コロナ禍終息後は再開する予定としている。</li> <li>区の社会福祉協議会とは区内介護保険施設長会議等を通じて交流があり、地域の様々な福祉関係の情報を得ている。</li> </ul>	
II-4-(1)-②	ボランティア等の受入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設開設以来、ボランティアや地域の小中学校の体験学習などを積極的に受け入れて来なかった経緯もあり、ボランティア等受入れマニュアルを整備していない。</li> <li>これからは、館内での行事活動や日常のレクレーションへのボランティアの協力が必要な場面があると考えられるので受け入れ手順をマニュアル化して整備することを期待する。</li> </ul>	

II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。

II-4-(2)-①	福祉施設・事業所として必要な社会資源を明確にし、関係機関等との連携が適切に行われている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>施設内の各部署にはそれぞれに必要な外部の連絡先リストを整備し、壁面に掲示して職員に周知を図っている。</li> <li>統括主任生活相談員が主体となり、地域の医療関係者、介護保険施設関係者、区社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員等をメンバーとした、地域の高齢者福祉の課題を話し合う「地域ケア会議」をコロナ禍であるが、施設1階のコミュニティスペースで開催している。</li> </ul>	

II-4-(3) 地域の福祉向上のための取組を行っている。

II-4-(3)-①	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"> <li>地域の医療関係者、介護保険施設関係者、区社会福祉協議会職員、地域包括支援センター職員等をメンバーとした「地域ケア会議」を施設1階コミュニティスペースで開催し、地域の高齢者福祉の課題を話し合っている。最近の課題はほとんどがコロナ禍による利用者のADLの低下に関することであった。</li> </ul>	

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"> <li>・コロナ禍以前は町会や区社会福祉協議会と連携して1階のコミュニティスペースで「ふれあい喫茶」を開催して地域の高齢者、家族のための介護教室や介護相談会を毎月、実施してきたが、現在はコロナ禍のため中断している。コロナ禍終息後は再開するとしている。</li> <li>・施設は災害時、地域の支援を必要とする避難困難者を受け入れるための福祉避難所として大阪市と協定を締結して、万が一の備えをしている。</li> </ul>	

### 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

		評価結果
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重した福祉サービス提供について共通の理解をもつための取組を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設の理念・基本方針に「ご利用者の人格や思いを尊重します。」と明示し、各フロアに掲示するとともに、毎年施設内研修で虐待防止・身体拘束についての研修を実施して職員への周知を図っている。</li> <li>・施設の就業規則のサービス規程には利用者に対する虐待防止や権利擁護に関する規程が存在しない。福祉サービスに従事する職員のための「倫理綱領」又は「サービス規程」を策定し、研修・朝礼で確認、事務所・フロアに掲示、カード形式で携帯するなどの工夫をして職員に徹底周知をすることを期待する。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・介護マニュアルには排泄介助や入浴介助時の利用者のプライバシーに配慮した手順を明記して、職員への指導研修を行っている。</li> <li>・居室、入浴施設、トイレは利用者のプライバシーに配慮した設備になっている。</li> <li>・施設の就業規則のサービス規程には利用者に対する虐待防止や権利擁護に関する規程が存在しない。福祉サービスに従事する職員のための「倫理綱領」又は「サービス規程」を策定し、研修・朝礼で確認、事務所・フロアに掲示、カード形式で携帯するなどの工夫をして職員に徹底周知をすることを期待する。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(2) 福祉サービスの提供に関する説明と同意（自己決定）が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用希望者に対して福祉サービス選択に必要な情報を積極的に提供している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設ホームページに、施設理念・基本方針、施設概要、提供する福祉サービス内容を分かりやすく紹介している。</li> <li>・利用希望者・家族の見学時に統括主任生活相談員、生活相談員がパンフレットで個別に丁寧に説明している。</li> <li>・入所体験希望者には、ショートステイの利用を勧めている。</li> <li>・施設紹介のホームページは定期的に見直しとともに更に充実したものにすることを期待する。</li> </ul>	

Ⅲ-1-(2)-②	福祉サービスの開始・変更にあたり利用者等にわかりやすく説明している。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活相談員と介護支援専門員が、入所契約時に、重要事項説明書を使って施設の概要、提供するサービス内容と費用、苦情・相談受付体制等を詳しく説明し、契約書を交わしている。</li> <li>サービス内容や利用料金が変更になる前に利用者・家族等に書面を送付し、併せて電話でも丁寧に説明している。</li> <li>利用者が重度化した時点でご利用者家族に意向表明書で確認をし、DNAR（心肺蘇生を行わないこと）に関する説明をしている。</li> <li>看取りを希望される方には、医師の説明と併せてリーフレット「やすらかな看取りのために」で説明し、同意書を交わしている。</li> </ul>	
Ⅲ-1-(2)-③	福祉施設・事業所の変更や家庭への移行等にあたり福祉サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>入所契約時に、契約終了時の要件を説明し利用者・家族に確認を取っている。</li> <li>退所後の転所施設への情報提供に関しては利用者・家族に「退所後の個人情報提供についての同意書」で了解を得ている。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>生活相談員は、利用者家族には来苑時に、利用者一人ひとりには各フロア巡回時に声を掛けて要望や意見を聞いているが、定期的な満足度調査を実施するまでには至っていない。</li> <li>利用者や家族が、施設の提供する福祉サービスに対して満足しているのか、何に不満があるのかを把握することは施設の福祉サービス向上のために必須要件であるので利用者と家族等に定期的な満足度調査を実施することを望む。</li> </ul>	
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"> <li>生活相談員が、利用者・家族に入所契約説明時に重要事項説明書のNo.9「サービス内容に関する相談、苦情」の項目で相談・苦情担当者、苦情解決責任者、第三者委員の設置と行政機関の相談窓口を説明している。また、施設にはチャート式解決手順も明記した苦情解決規程を整備し、苦情内容と解決記録を残している。</li> <li>利用者・家族からの苦情については、内容により利用者家族の承諾の上、苦情内容と解決策を館内に掲示するとともにホームページにも掲載して公表することを望む。</li> </ul>	
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"> <li>施設の玄関フロアに意見箱を設置し、1階に会議室兼用の相談室を設けて利用者家族が話しやすい部屋となっている。また、各フロアのエレベータホールにソファが設置され、利用者家族が話しやすいスペースである。</li> <li>各フロアにも意見箱の設置と苦情受付窓口担当者、第三者委員の名前と連絡先及び苦情解決チャートを明記した書面を利用者も分かる文字の大きさに掲示することを望む。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設にはチャート式解決手順も明記した苦情解決規程を整備し、苦情内容と解決記録を残している。</li> <li>・各ユニットの職員は、利用者からの要望や意見はユニットリーダーに報告し、記録している。内容により、随時フロアリーダー、介護主任、相談員、介護支援専門員を交えて解決策を話し合っている。</li> <li>・各フロアにも意見箱の設置、簡単な質問の利用者アンケート調査（食事内容やレクリエーションなどの要望）等の実施を望む。</li> </ul>	

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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「事故防止委員会」を月1回開催している。リスクマネージャーは施設長で介護主任が責任者として運営している。</li> <li>・「事故発生対応マニュアル」の中に事故発生時の対応と安全確保の手順が書かれている。職員研修「リスクマネジメントと介護事故対策」が毎年開かれている。</li> <li>・ヒヤリハットは収集され、対策が検討されているが、対応は主にユニット単位で行われており、PDCAサイクルが正しく循環しているかを1枚の事故報告書で施設全体で確認できるシステム作りを望む。</li> </ul>	
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"> <li>・看護師、管理職員を中心に「感染委員会」を毎月開催している。研修は年3回実施され、そのほか随時に看護師により衣類脱着、手指消毒、ゾーニングなどを各フロアに指導し、職員に周知している。</li> <li>・開設以来（5年）インフルエンザの散発はあったものの、クラスターにはならず、新型コロナ感染も現在までないので、予防と発生時の対応は適切であると評価できる。</li> <li>・指針、マニュアルは定期的な見直しを望む。</li> </ul>	
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"> <li>・現在、防災対応マニュアルはあるが、さらに大阪市から新たな基準の防災計画を今年度中に提出することを求められており、現在作成中である。</li> <li>・災害時の食事提供マニュアルには水、ガス、電気がない場合の提供方法なども細かく書かれている。備蓄リストを作成し管理栄養士が日付をいれて管理している。その他の備品は1階倉庫に管理されているが浸水に備えて場所の検討をお願いしたい。</li> <li>・地域防災拠点になることが事業計画にあげられており、具対策として市と福祉避難所の協定を締結した。今後、地域防災訓練などに参加し、地域との連携を強めていくことを期待する。</li> <li>・BCP（事業継続計画）についても積極的に取り組まれることを望む。</li> </ul>	

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"> <li>・日常業務に必要なマニュアルは揃っており、各ユニットに置かれ、職員は必要な時に確認している。</li> <li>・マニュアルには利用者の尊厳やプライバシー保護に配慮している。</li> <li>・入職時は経験者を雇用することが多く、その人のレベルに合わせて主に個別に当施設の標準的サービスを指導している。</li> <li>・標準的な実施方法にもとづいたサービスが実施されているかどうかをチェックするシートがある。</li> </ul>	
Ⅲ-2-(1)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・マニュアル類は定期的な見直しが必要である。</li> <li>・チェックシートは有効的なものが作成されているが、積極的な活用はされていない。活用することにより、サービスの向上に役立てることを望む。</li> <li>・すべてのマニュアル、規定を定期的に見直す場を設け、見直しを行った時期を記録し改訂が必要な項目は関係者による検討を経て改訂するシステムを設けることを期待する。</li> </ul>	

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"> <li>・介護計画書作成は介護ソフト内でアセスメントを記入し、その結果を看護師、栄養士など多職種を含む会議で検討してケアマネージャが作成している。</li> <li>・作成された計画はソフト内でIDを持つ職員は見る事ができる。短期計画内容が表示され、できたかどうかを毎日職員がチェックしている。</li> </ul>	
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"> <li>・サービス計画書は概ね長期目標1年短期目標6か月で作成し6か月ごとにサービス担当者会議を開いて検討し再作成している。</li> <li>・家族へはサービス担当者会議に出席して、意見を聞いて計画書作成に関わってもらっていたが、今はコロナ禍により困難な状況になり、主に電話で説明し意見を聴取している。</li> <li>・退院やADLの急激な変化によりサービス内容に変更が必要な時には手順に沿って計画書を変更する。</li> <li>・変更された計画書はパソコンソフトにより、必要な職員が見ることができる。</li> </ul>	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・記録はパソコンソフトで統一されていて、職員はIDとパスワードにより自分に関係する記録を行う。記録の手順書にそって、入職時に指導される。</li> <li>・申し送り、ユニット、フロアミーティング、サービス担当者会議などにより情報共有している。</li> <li>・すべての福祉サービスの情報共有はパソコンネットワークシステムにより行われている。</li> </ul>	

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)

- 入所時に「個人情報の使用にかかる同意書」を利用者、家族と交わしており、その中に情報提供目的や開示請求にもふれられている。
- 記録の保存、保管については重要事項説明書に書かれている。
- 個人情報保護は職員の入職時に説明し同意をとっている。また、退職時にも秘密保持の同意書をとっている。
- 「個人情報保護規定」に個人情報の不適切な利用や漏えいに対する対策は簡単に書かれているが、IDやパスワードの使用やSMSの利用が日常的な現在ではより強化した取り組みを望む。

## 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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍以前は地域の行事に参加したり外出したり、ボランティア訪問などの楽しみごとがあったがここ2年ほどは、室内だけの生活になっている。その中でも夏祭りや敬老会、クリスマスなどのイベントは規模を縮小して館内で行われている。</li> <li>・しかし、利用者一人ひとりの暮らし方の意向や心身の状態に合わせた一日の過ごし方ができているとはいいがたい。個人のことがよくわかって、個別ケアができることはユニットケアの大きなメリットなので、困難な状況の中でも工夫して一人ひとりにあった一日の生活が送れることを望む。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・接遇研修は外部から講師を招いて行われており、参加できなかった職員には資料を渡したり、ビデオで見られるようにして学習し、尊厳に配慮したコミュニケーションが行われている。</li> <li>・個別のコミュニケーションのとり方、支援方法についてはケアカンファレンスで検討されている。</li> <li>・難聴や意思表示の困難な利用者の意思確認には筆談や非言語的方法を工夫している。</li> <li>・家族から「声掛けをもっとしてほしい」との希望もあり、すべての利用者に十分なコミュニケーションが行われるように、より一層の取り組みを期待する。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・権利擁護のマニュアルがあり、主に虐待と身体拘束に関する研修は年2回行われている。</li> <li>・「身体拘束虐待防止委員会」は月1回開催し日々のケアやかかわり方の見直しを検討して身体拘束を行わないケアを実践している。</li> <li>・虐待防止、身体拘束禁止、苦情処理については運営規定と重要事項説明書に記載されているが、さらに、第三者委員の名前を公表したポスターなどを館内の目につく場所に掲示するなど取り組みの強化が望まれる。</li> </ul>	
		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・建物は数年前に新築されており、日々の掃除は専任スタッフが共有部分を担当していて清潔で明るい雰囲気が保たれている。</li> <li>・リビングダイニングは職員と利用者が一緒に作った季節の作品が飾られ、また炊飯をしているので、ご飯が炊ける匂いがして生活感が漂うような工夫もしている。</li> <li>・居室は15㎡と広く、洗面スペースがついている。動線に配慮したり、家族の協力をえて、以前から使っていた家具を持ち込んだりとくつろいで過ごせるように工夫している。</li> </ul>	

		評価結果
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>入浴介助マニュアルをもとに、個別の入浴方法をケアカンファレンスで検討し適切な支援を行っている。</li> <li>入浴は、声掛け、着替えの準備、バイタルチェックから入浴終了までの一連の支援を一人の職員が行っている。</li> <li>浴槽は、一般浴、チエア浴、寝台浴の3種類でいずれも、最新型の使いやすい機種がそろっている。基本は週2回の入浴で時間はできるだけ本人の希望に合わせている。一人終わるごとに湯を入れ替えている。入浴前のチェックで異常があれば、看護師に相談して入浴方法を変更または中止にする。</li> </ul>	
A-3-(1)-②	排泄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"> <li>1人ひとりの排泄の間隔を把握しできるだけ早く誘導や交換をして気持ちよい排泄ができるように支援している。</li> <li>自然な排泄を促すように、食べ物や水分、腹部を温めたり、マッサージなどを取りれている。</li> <li>支援方法はカンファレンスなどでつねに見直ししている。</li> <li>一人でトイレに行ける人にも見守りは欠かさず、重度でおむつを使用している人には便意、尿意を訴えられるよう、あるいは立ち上がりを促すようにしその人にあつた自立に配慮している。</li> </ul>	
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"> <li>利用者の心身の状況を把握した上で、できることは自分でやってもらうことを基本にした支援を心がけている。</li> <li>車椅子はモジュールタイプ、リクライニングタイプなど3種類、歩行器も2種類以上用意し、その人に適したものを使用し安全な移動支援を行っている。</li> <li>居室も共用空間も広く移動はしやすい。広すぎる場合は家具の配置などでつかまり歩きしやすい空間作りを検討している。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>食事は外部から届く、調理済み、または半調理製品を事業所内厨房で温めあるいは調理し各ユニットに保温保冷配膳車で運び、炊飯はユニットで行っている。</li> <li>食堂は広々して清潔に保たれている。食事中は楽しく食べられるように献立の説明をしたり話しかけて、食べる意欲を出してもらえるようにしている。行事食もあり、その時は説明カードをつけている</li> <li>食事は業者が決めたメニューで利用者の好みや嗜好に合わせる仕組みができていない。嗜好調査の実施もできていない。時には対面でお好み焼きなどを提供した例はあるものの、数は少ない。食事は一番の楽しみであるから、リクエスト食、選択食、対面食、おやつレクレーションなどを取り入れより楽しい時間になるような支援を期待する。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>食形態は利用者の嚥下状態に合わせて6種類用意している。一人ひとりのADLや嚥下状態を把握し、看護師や管理栄養士を含めて検討し適した形態や介助方法を選んでいる。</li> <li>一人ひとりの栄養状態を把握し栄養マネジメントを実施している。</li> <li>できるだけ自分で食べられるように、自助スプーンや滑り止め付き食器なども活用している。食事時間は一度に込み合わないよう時間をずらして、個人のペースで食べられるように配慮している。</li> <li>誤嚥予防の嚥下体操は実施しているユニットとしていないユニットがある。予防効果は実証されているので、事業所として取り組むことを望む。</li> </ul>	

A-3-(2)-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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>各居室に洗面スペースが設置されており、主体的に口腔衛生に取り組む環境は整っている。</li> <li>週1回歯科医師、衛生士が訪問して、治療や口腔ケアをしている。職員は年間計画にそった研修はないが、必要な時は指導やアドバイスを受けることができ、ケア方法はつねに見直している。食後や就寝前は利用者の自立度を把握した上で必要な口腔ケアやチェックを行っている。</li> <li>人手不足もあり、十分な支援は難しいと予想されるが、口腔衛生は肺炎の予防にも関連しているため、いっそうの取り組み強化を望む。</li> </ul>	
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"> <li>褥瘡対策の指針、マニュアルはある。</li> <li>現在発赤、表皮剥離の軽微な例があり、週1回、看護師を中心にカンファレンスを行い状況確認やケアについて話し合い、結果を介護職員に伝え連携して治療に向けて取り組んでいる。</li> <li>管理栄養士は栄養ケア計画をたて食事面から支援している。</li> <li>現在は職員が集まったの褥瘡に関する研修は行われておらず、個々のケースに応じてOJTで指導している。</li> </ul>	
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。	—
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>現在、経管栄養の利用者はいるが、看護師が対応しており、今後とも介護職員が実施する予定はないため、非該当とする。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>機能訓練指導員を雇用して一人ひとりに応じた機能訓練計画書を作成し定期的に見直しと家族の同意をえて機能訓練を行っている。</li> <li>ケアマネージャは機能訓練指導員の助言、指導を受け、ケアプランの中に必要なケースは機能訓練を位置付け定期的に評価、見直しを行っている。</li> <li>介護職員は日々の生活動作の中で機能訓練や介護予防につながるような生活リハビリを実践している。</li> <li>家族アンケートでは、計画書は送られてくるが実施状況は分からないとの事である。利用者への理解と協力をえるための取組を期待する。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>すべての利用者の日常生活自立度を判定しアセスメントを実施している。</li> <li>生活場面で職員は尊厳、プライドを大切にし受容的な関わり方に努めている。</li> <li>BPSD(認知症の行動・心理症状)の利用者には、専門家(医師、看護師など)と連携し、職員のかかわり方、安心できる環境づくりなどをチームで検討し薬に頼らない症状の改善を目指している。</li> <li>職員研修は年1回以上、外部から講師を招いて、認知症についての正しい知識や接し方について学習している。</li> <li>入居者の8割近くが認知症患者であるから、この項目は重要な課題である。より一層の取り組み強化を望む。</li> </ul>	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・急変時の対応についてはマニュアルがあり、職員に周知されている。</li> <li>・パソコンソフトを活用して介護職員だけでなく、看護職やケアマネジャー、栄養士、相談員など多職種が早く気づき、迅速な対応ができるシステムがあり機能している。</li> <li>・職員に対して高齢者の病気や薬の知識や対応方法は必要に応じて看護師から伝えられているが、統一した研修は実施されていない。統一した支援を行うための研修を望む。</li> </ul>	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看取り指針があり、入所時に説明し、実際に医師が終末期を判断したときには、家族、医師を含めたサービス担当者会議で救急搬送、心肺蘇生の実施、最期の面会方法まで相談している。家族にはパンフレット「安らかな看取りのために」を渡してわかりやすい説明をしている。</li> <li>・実際の看取りは今年度から開始し、今まで3人の経験をした。今後、職員に対する研修や学習を強化しさらに充実した看取り介護の実践を望む。</li> </ul>	
		<b>評価結果</b>
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナ禍で面会が制限されている現在家族との連絡は主に電話で希望により一部ネットも使われている。</li> <li>・以前は計画作成時のサービス担当者会議に家族が参加し、サービス内容を説明したり、意見を聞く機会があったが、今は郵送が主となっている。写真入りの個別通信を作成し好評だったが、面会再開により、途絶えがちになっている。</li> <li>・家族からは通信の再会やオンラインを使用する等、もっと密な連絡を望む声があった。家族との連携が強化されることを期待する。</li> </ul>	

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム陽光ひめじま苑の利用者
調査対象者数	90 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）

利用者90名のご家族にアンケート用紙を配付し、59通を回収した。（回収率 65.6%）  
今回のアンケート調査は新型コロナ禍で面会が出来ない状況で実施したので質問項目27の内介護サービスに関する項目の回答で「わからない」や「無回答」への回答が多くあり、新型コロナ禍の影響が回答内容や自由記述項目にも表出した。

○回答の内、満足度80%以上は次の8項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・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。
- ・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。
- ・急病や事故が発生した際には家族など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。

○回答の内、満足度70%以上は次の7項目であった。

- ・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。
- ・あなたの心身の状況等について、連絡帳等により家族との情報交換を行ってくれますか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりをもって食べられますか。
- ・職員は、入浴前、入浴後に、あなたの健康状態のチェックを行ってくれますか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活できるようになりましたか。

自由記述の言葉としては、次のようなものがあった。

#### 【感謝の言葉】

- ・介護の負担がどれだけ大変だったか、ホームに入所出来て家族にとっては大変効果はありました。感謝しています。
- ・どのスタッフの方も親切でやさしく、ありがたく思っています。お世話になり喜んでいきます。
- ・連絡対応も行き届いており、満足しています。など感謝の言葉がほかにも多数あった。

#### 【要望の言葉】

- ・コロナの影響で面会に行けない日々が続いています。利用者の心身の状況など説明が聞ける機会やメールのやり取りなど、窓口を開設してほしい。
  - ・コロナの状況によって家族と会えるようになって欲しい。
  - ・コロナ禍が収まり、ワクチン接種が行き届いたら面会を許可してほしい。
- このほかにもコロナ下での面会を要望する声が多数あった。

## 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