

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 しらかばホール		
運営法人名称	社会福祉法人 みすず福祉会		
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム		
代表者氏名	馬場 清志（理事長） 牧村 浩志（施設長）		
定員（利用人数）	70 名（ 70名 ）		
事業所所在地	〒 573-0003 大阪府枚方市出屋敷西町2丁目1番1号		
電話番号	072 - 849 - 1146		
FAX番号	072 - 849 - 1268		
ホームページアドレス	http://www.misuzufukushikai.jp/		
電子メールアドレス	admin@misuzufukushikai.jp		
事業開始年月日	平成 16 年 1 月 1 日		
職員・従業員数※	正規	32 名	非正規 13 名
専門職員※	社会福祉士 1名 社会福祉主事 1名 介護福祉士 26名 介護支援専門員 1名 医師 1名 正看護師 2名 准看護師 4名 柔道整復師 1名 管理栄養士 3名		
施設・設備の概要※	[居室] 個室 70室		
	[設備等] 居間・食堂 6 浴室 4（個浴・一般浴・特浴2種） 医務室 1 機能回復訓練室 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	2 回
前回の受審時期	平成 28 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

暖かい家庭内の人間関係を基本とした地域福祉力形成の中心となり、高齢者の在宅介護を可能とする為に機能する施設をめざします。

介護指針

- 1.きめ細かい介護
- 2.規律正しい介護
- 3.期待される介護

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・しらかば研修センターを開設し、介護人材養成のための研修や認知症サポーターの養成講座を開催して、地域住民に参加を呼びかけている。
- ・常勤医師を配置してしらかばホール診療所を開設し、入居者・家族などに安心感を与えている。
- ・障がい者も受け入れるデイサービス事業・短期入所生活介護事業を併せて地域に提供し、隣接して認知症対応のグループホームも開設し、近隣に障がい者作業所も開設して総合福祉施設となっている。

【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	令和元年9月25日～令和2年3月27日
評価決定年月日	令和2年3月27日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理・専門職委員） 1802A020（運営管理委員） （ ） （ ） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・当施設は、兵庫県西部の赤穂市で地域密着の医院を開業し、二十数年前から老年医療、特に認知症に取り組んできた医師が、枚方市東部の田園風景が残る地に、平成16年1月に開設した複合施設の中核施設である。併設施設は、通所介護事業所・診療所・居宅介護事業所・グループホーム・介護研修センターがあり、近隣には障がい者施設が開設されている。

・近隣には山田池公園や田圃があり、生駒山系の小高い山にも近く、季節の移ろいを感じることができる自然に恵まれた環境の中に立地している。

・理念である「地域福祉力形成の中心となる」目標に立ち返り、新たな気持ちで地域一番の施設づくりを目指している。今年度の行動指針を、基本に立ち返って「挨拶の励行とマナーの向上、相互尊重と他業種連携、清潔で明るい施設づくり」などとして8項目を定めて取り組んでいる。

・4月の花見、5月の端午の節句、6月の菖蒲園見学、7月の七夕、8月のスイカ割り・花火など、毎月の様々な行事とその行事に合わせた花見弁当・ちらし寿司・七夕そうめんなどの行事食を用意し、入居者の生活にメリハリと楽しさを提供している。

◆特に評価の高い点

・各種会議と数多くの委員会を設置し、ほとんど毎月開催して職員参加で業務への実効性と介護サービスを向上する体制を構築している。

・施設内の研修センターで、外部の人も参加して、認知症サポーター養成講座・介護福祉士実務者研修・喀痰吸引研修を実施して、保有する機能を地域に還元している。また、コミュニティソーシャルワーカー（CSW）を配置して、生活困窮者の相談事業を行っている。

・サービス提供計画に合わせて栄養計画・機能訓練計画・褥瘡ケア計画を立て、日中・夜間のサービス実施状況のモニタリングと評価を行い、日々の8項目のケアチェックによるアセスメントを実施し、サービスの実施状況の把握と見直しの仕組みが確立されている

◆改善を求められる点

・事業内容を網羅して、数値目標や具体的成果を設定した法人の中長期計画と単年度事業計画を作成し、それに沿って事業所の中長期事業計画と単年度事業計画を策定することを望む。

・事業所をより理解してもらうために積極的に情報発信し、以前実施していた地域交流会を復活するなど、できるだけ多くの交流の機会を設けることを望む。

・月々の行事を計画、実施しているが、日々のレクリエーションを含むアクティビティが少ないとの家族の声がある。日頃から食事前の軽い体操などを行って機能の維持を図ることや、唱歌など馴染みやすい歌を歌って気分転換を図る取り組みをすることが望ましい。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・3年に1度の間隔で改正される介護保険制度に則り、中長期計画の策定を検討していきます。近々では令和3年4月より施行されます「第8期ひらかた高齢者保健福祉計画」に適応した中長期計画を基に立案を検討していきたいと考えております。

・しらかばホールを地域に知ってもらうために、チラシの配布や地域交流会等を行い交流の機会を増やして地域貢献していきます。

・限られた職員で出来る限りの軽体操や口腔体操等を行い、外部のボランティアの受け入れや外出（散歩）の機会を増やし気分転換に努める。

・しらかばホールを地域に知ってもらうために、チラシの配布や地域交流会等を行い交流の機会を増やして地域貢献していきます。

◆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"> ・法人理念と基本方針を明文化して1階正面玄関に掲示し、パンフレットには、施設理念と介護指針3項目を掲載している。単年度事業計画には、施設理念と職員目標を記載し、別途「平成31年度の施設目標に対する行動指針」8項目を設定し、職員に周知している。 ・職員の入職時に理念などを周知しているが、職員会議や研修でも折に触れて周知・確認することを望む。また、重要事項説明書にも記載して、家族に周知することを望む。 	
		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"> ・「第7期ひらかた高齢者保健福祉計画」（平成30年4月～令和3年3月）に策定されている地域利用者数・福祉ニーズ・役割などの情報を把握して、事業計画に反映している。行政から発信される各種情報や、市の特別養護老人ホーム（特養）施設長会議での情報で、社会福祉事業全体の動向や、経営をとりまく環境を把握している。 ・把握した内容の分析やサービスのコスト分析は、月に1回の経営改善委員会（事務局長・施設長・事務長・評議員などが参加）で行っている。 	
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"> ・月に1回の経営改善委員会で経営課題を明らかにし、対応策を検討し実施している。 ・ホームページの事業報告で、事業所（特養）の入所者数の推移を記載し、「成果と課題」を明らかにしており、「待機利用者の獲得ができずに空き室を円滑に埋めることができないことがある」との課題を挙げている。また、「離職率を下げるができなかった」ことも挙げており、人材の紹介会社や派遣会社に働きかけて、人材確保に努めている。 	

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。	c
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人・事業所とも、中長期の事業計画と収支計画を策定していない。 ・今後は、事業内容を網羅して、年度毎の数値目標や具体的成果を設定した法人の中長期計画を作成し、それに沿って事業所の中長期事業計画を策定することを望む。また、法人と事業所の中長期収支計画を策定することも望む。 	
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。	c
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人の単年度事業計画の中に、各事業所の計画を簡潔に記載している。内容は、施設理念・職員目標、事業推進のためのポイント、事業数値目標（利用率・加算など）である。また、法人と事業所の単年度収支計画を策定しており、付属計画として、事業所の年間の行事予定・外部研修計画・施設内研修計画・委員会予定などを策定している。 ・今後は、事業内容を網羅して、数値目標や具体的成果を設定した法人の単年度事業計画を策定し、それに沿って事業所の単年度事業計画を作成することを望む。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・単年度事業計画の作成に際し、フロア会議・リーダー会議で職員の意見を集約し、法人がチェックして策定している。また、計画書は職員に配付して周知している。 ・今後は、中長期事業計画の策定にあたって職員が参画し、計画書を職員に配付して周知することを望む。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人と各事業所の単年度事業計画は、ホームページで利用者・家族が確認できるようになっている。 ・今後策定される事業計画を基に、介護・環境整備（施設・設備）など、利用者・家族に密接に関わる事項をわかりやすく説明した文書を作成し、家族親睦会や掲示・配付などで家族に周知することを望む。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価を3年毎（平成25年度・28年度・31年度）に実施し、また、職員の自己評価を毎年行って集約し、介護サービスの質の向上に活かしている。 ・各種会議・委員会を設置し、職員が参加してサービスの質の向上に取り組んでいる。 ・日常的に把握した利用者・家族の意見を支援経過記録に記載して把握し、主な苦情・意見は対応記録書を作成して対応し、サービスの改善を図っている。 ・今回の第三者評価にあたっては、介護部長が中心となってa b c評価と評価の書類の準備をしたが、今後は多くの職員が第三者評価に関わる事を望む。 	
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"> ・施設では日常的に把握した課題は、委員会・会議などで随時検討して改善に取り組んでいるが、課題を集約・文書化して職員間で共有し、改善計画を作成して実施する取り組みは不十分と施設は感じている。 ・今回の第三者評価結果も参考に、取り組むべき課題を明らかにし、計画的に改善することを期待する。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の管理職会議・リーダー会議や毎週月曜日の朝礼（施設長・事務職員・生活相談員・看護師が参加）で、施設長からの報告や要望を行っている。 ・施設長が不在時には、介護部長に権限を委譲している。 ・「職務分掌規程」を作成し、運営規程・重要事項説明書にも施設長の職務を明記しているが、いずれも極めて簡潔な内容となっている。今後は、より詳細で具体的な職務分掌を策定し、職員に周知することを望む。 	
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"> ・「法令順守規定」「職員倫理綱領」を作成し、職員に周知して法令遵守を徹底している。 ・介護保険法中の遵守事項について自主点検し、プライバシー・コンプライアンス・身体拘束・虐待などの研修を行って職員に周知している。 ・法人の評議員（弁護士）が月1回の経営改善委員会に参加し、法令を遵守した取り組みをチェックしている。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・各種会議（管理者主任・職員・ユニットリーダー・フロア・サービス担当者・苦情対策・ケース検討）と各種委員会（行事・食事・研修・褥瘡予防対策・リスクマネジメント・入浴・感染症予防・身体拘束廃止・安全衛生・安全対策・看取り・入所選考・介護ロボット）を設置し、ほとんど毎月開催して、職員参加で介護サービスを向上する体制を構築している。 ・サービス向上のための職員育成に向けて、外部研修に積極的に参加し、知識習得とスキルアップを図っている。 ・今後、施設長は積極的に介護現場に出向き、利用者・職員の現状や意見を自ら把握して、さらにサービス向上に向けて取り組むことを期待する。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は、月1回の経営改善委員会に参加し、経営の改善や業務の実行性を高める取り組みを検討し、改善に努めている。 ・パソコンを活用して、各種記録や資料作成などを行い、事業所内でネットワーク化し、共有フォルダーを用いて業務効率を上げている。 ・勤務形態を30パターン以上用意し、職員個々に合った勤務を行って働きやすいよう配慮している。 ・今後は、現在の重要課題である人員不足を解消し、適正な配置を行って、働きやすい職場作りと介護サービスの充実を図ることを期待する。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ハローワーク・就職フェア・人材紹介会社・人材派遣会社などに働きかけて採用活動を行っているが、人員不足を解消するまでには至っていない。 ・転換制度として、正規雇用への転換、無期雇用への転換、派遣社員からの採用を設けて定着化を図っており、転換した職員も何名かいる。また、実習生や職業訓練者を採用することもある。 ・介護人材不足の中で、必要な人材確保に引き続き努めるとともに、働きやすい職場作りや良好な人間関係作りを行って、職員の定着化を図ることを期待する。 	
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"> ・単年度事業計画中に「職員目標」を記載し、期待する職員像を明確にしている。また、「施設目標に対する行動指針」8項目を設定し、職員に周知して取り組んでいる。 ・就業規則や各種規程を策定して、総合的な人事管理を行っている。また、等級制度を導入し、職能給テーブルを作成して処遇を明らかにしている。 ・17分野85項目の「評価シート」で職員の自己評価を年3回行い、「人事評価表」に自己評価・一次評価（部門管理者）・二次評価（施設長）の評価点と、目標（自由設定）を記入して面談し、人事考課を行っている。 ・今後は、キャリアパス表などを作成し、職員が将来像を描ける仕組みを作ること期待する。 	

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。

b

(コメント)

- ・ 半日単位と時間単位の年次有給休暇の取得を可能とし、5日を時季指定して、取得促進を図っているが、半分ほどの取得率に止まっている。時間外労働は職員1人平均で月10時間程度（半分は委員会・会議出席時間）である。
- ・ 年3回の面談で職員の相談などにも応じ、併設の診療所職員が、年1回職員のストレスチェックを行っている。
- ・ 事業所の1階・2階・3階と診療所内に職員休憩室を設置している。
- ・ 福利厚生として、民間の共済会に加入し、法人全体の親睦会（バスツアー）を行っている。
- ・ 人員不足で、やむを得ず休日出勤することもあり、必要な人材を確保してさらに働きやすい職場を作ることを期待する。

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。

b

(コメント)

- ・ 今年度から「新人研修制度」を導入し、介護マニュアルを活用して、5日間の継続研修プログラムに基づいてマンツーマンで指導し、リーダー格の職員による2～5日間のOJTにつなげて、職員一人ひとりの育成を図っている。
- ・ 「評価シート」を用いて職員の自己評価を年3回行い、目標も設定して面談を行い、職員の育成を図っている。今後は、目標項目・目標水準・目標期間も設定して、より実効性の上がる目標管理を行うことを期待する。

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)

- ・ 研修委員会を月1回開催し、職員の希望も反映して各部署から持ち寄った研修情報を精査し、研修計画を作成し実施している。
- ・ 年間外部研修計画を作成し、主に大阪福祉人材支援センターが主催する研修に、正規社員が中心に参加している。参加者は研修報告書を作成し、フロア会議で伝達研修を行い、回覧も行って職員に周知している。
- ・ 年間施設内研修計画も作成し、非正規社員も年1回以上は参加して、知識・スキルを習得している。

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)

- ・ 実務者研修への参加は、法人で費用を負担し、勤務扱いにしている。
- ・ 外部研修は法人で費用を負担し、正規社員が中心に参加して伝達研修を行い、施設内研修には非正規社員も参加している。今後は、階層別・職種別（専門職を含む）・テーマ別研修を設定し、職員全員が参加する機会を設けることを期待する。
- ・ 現在は、主に事業所が職員に要請して研修に参加しているが、今後は、職員の希望も取り入れることを期待する。

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)

- ・ 単年度事業計画中に、「介護等体験学習やボランティア等を積極的に受け入れる」と明記している。
- ・ 「実習生受け入れマニュアル」を作成し、「介護実習マニュアル」には、実習中の注意事項や実習指導プロセスを記載し、介護部長が受け入れと指導担当を担っている。
- ・ 大学・専門学校の実習生を受け入れ、昨年度は3名の受け入れ実績がある。

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人ホームページで、事業報告書・事業計画書・資金収支計算書・定款・役員等報酬規程・個人情報保護規定・事業所理念などを開示している。 ・開示している事業所の事業報告書には、入居者数・介護度・年間行事・外部研修・苦情意見内容を記載しているが、苦情・意見に対する対応も記載することを期待する。また、苦情受付体制も開示することを望む。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・経理規程などの諸規程を作成し、経営面の権限・責任を明確にしている。 ・税理士と顧問契約を結んで決算書を作成し、法人内監事（外部者）が内部監査を実施し市の監査を受けている。税理士から、月1回の経営指導も受けている。 	

		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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・運営規程や単年度事業計画に、地域との関わり方についての基本的な考えを明記している。 ・事業所は田園に囲まれ自治会に加入していないので、地域の人とは挨拶を交わす程度で、ほとんど交流できていない。 ・今後は、事業所をより理解してもらうために積極的に情報発信し、以前実施していた地域交流会を復活するなど、できるだけ多くの交流の機会を設けることを望む。 	
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"> ・「ボランティア受け入れ規程」を作成し、基本姿勢を明確化している。 ・事業所では傾聴ボランティアを受け入れ、また、併設のデイサービスセンターからボランティア活動のスケジュールをもらい、利用者に案内して参加している。昔懐かしい音楽・歌・話・踊り・皿回しなどは、利用者の楽しみになっている。 ・今年度は、高校生の職場体験を受け入れている。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・行政とは、報告・連絡・相談などで日常的に関係し、定期的に関係団体の連絡会などに参加している。また、地域の施設長会で協同して就職フェアを開催し、人材確保に向けて協働している。 ・地域の医療・行政・高齢者施設などのリストを作成し、家族や職員に配付して周知している。今後はさらに、名称・住所・電話番号・担当者名などを記載したわかりやすいリストを、工夫して作成することを期待する。 	

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 福祉施設・事業所が有する機能を地域に還元している。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・事業所は、市の福祉避難所に指定されている。 ・市や地域包括支援センターからの紹介を受けて、介護相談に事業所を訪れる人に、親切に対応し、必要に応じて地域の高齢者施設やサービスなどを紹介している。 ・施設内の研修センターで、外部の人も参加して、認知症サポーター養成講座と介護福祉士実務者研修・喀痰吸引研修を実施している。 ・今後は、地域住民の生活に役立つ講演会や相談事業に、さらに積極的に取り組むことを期待する。
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・コミュニティソーシャルワーカー（CSW）を配置して、生活困窮者の相談事業を行い、今年度は、障がい者支援の相談を1件受けた。また、府社会福祉協議会の老人福祉部会の「生活困窮者レスキュー事業」への参加を申請しているが、実績はない。 ・地域の福祉ニーズとして、母子家庭への支援が要請されており、今後積極的に取り組むことを期待する。

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"> ・「職員倫理綱領」を作成し、事業計画書の「職員目標」中に利用者の基本的人権の尊重について明記し、内部研修で身体拘束廃止・虐待防止研修を年2回実施、また外部の人権研修に数多く参加して内部伝達し、職員に周知している。 ・標準的な実施方法に、利用者を尊重したサービスについて記載し実行している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・「プライバシーマニュアル」「虐待防止マニュアル」を作成し、個人情報保護・サービスマナーなどの外部研修や、虐待防止・プライバシーなどの内部研修で、利用者の権利擁護に配慮したサービスについて職員に周知している。 ・日常のケアの中で、入浴・排泄時はカーテンやドアを閉めたり、スピーチロックをしないよう注意している。職員に不適切な対応があれば、リーダーが注意し、随時介護部長と検討して改善している。 ・家族のプライベートな相談には、人気のない応接室か会議室で対応している。 ・今後、就業規則中の服務規律が懲戒事由に、利用者への虐待禁止を明記し、さらに周知徹底することを望む。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ホームページで、写真入りで施設の概要を紹介し、フェイスブックにトピックスを掲載している。パンフレットには、理念・介護指針・概要・併設事業所・特徴と全館（1～3階）の詳細な見取り図を掲載して、分かりやすくなっている。市営の高齢者施設にもパンフレットを置いてもらって案内している。 ・見学者には、生活相談員がパンフレットなどを用いて丁寧に説明し、施設を見学してもらっている。また、ショートステイの体験入所にも応じ、担当の生活相談員が対応している。 ・利用者の状態や希望に応じて、病院や他の施設を紹介することもある。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入居時には、パンフレット・重要事項説明書・契約書を用いて利用者・家族に丁寧に説明し、同意書を得ている。意思決定が困難な利用者には、成年後見人制度を紹介している。 ・利用料金など重要事項の変更時には、新旧対照表を作成し、家族親睦会・面会時や電話で家族に周知している。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に、「円滑な退去のための援助」として、適切な病院・診療所・介護老人保健施設・居宅介護支援事業者などの紹介を明記して、利用者・家族に周知している。 ・他の高齢者施設へ移行したり家庭復帰する利用者はおらず、病院へ入院する際は、施設介護支援専門員（施設ケアマネ）と生活相談員が先方に出向き、所定のサマリーを使用して医師・看護師と相談し、適切に対応している。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・家族親睦会を年2回開催し、家族15名程が参加している。家族親睦会では、事業所の運営状況を報告して意見・要望をもらい食事会も行って親睦を図っている。 ・市の介護相談員2名が月1回訪問し、傾聴ボランティアも来訪して、利用者の意見・要望を聞いている。 ・家族親睦会や、日常的な訪問時・電話連絡時に家族から聞き取った意見・要望は、リーダー会議やユニット会議で共有・検討し、改善を図っている。 ・今回の第三者評価実施に伴う家族アンケートでは、「職員の家族への対応が良い」「よく電話してくれる」「事業所に満足・感謝している」との声が多く出されている。 ・今後は、事業所独自の家族アンケートも実施し、さらに利用者満足の上昇を図ることを期待する。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・苦情解決責任者（施設長）・受付担当者（生活相談員）・第三者委員（地域代表者）を設置し、苦情解決体制と共に重要事項説明書に記載し、それを玄関に掲示して家族に周知しているが、別紙で大きく分かり易く掲示することを望む。 ・苦情対策委員会を設置し、「苦情（相談）対応記録」を作成して、受付から解決まで適切に対応する体制を取っている。 ・ホームページの事業報告書で、苦情・意見内容を記載しているが、それに対する対応や苦情受付体制も記載することを望む。
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"> ・2階のエレベーター前に意見箱を設置し、家族の訪問時や電話連絡時に意見・要望を聞くように努めている。 ・ユニット毎に職員を顔写真で掲示し、家族が意見・要望を述べ易いようにしている。また、常勤職員が利用者3～4名を担当し、日常的に利用者の思いを把握している。 ・現在、利用者の日常の様子をユニット毎に掲示しているが、今後は、広報委員会を立ち上げ、事業所だよりやインターネットを活用して、家族への情報提供を充実したいとしており、早期実現を望む。
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」を作成し、「苦情（相談）対応記録」を用いて、苦情・相談内容→対応状況→第三者委員・関係機関報告→その後の経過→再発防止策の手順で適切に対応し、記録している。 ・職員が受けた苦情・相談は、生活相談員からケアマネジャー・介護部長へ伝達し、フロア会議で対応を検討して他のフロアへも周知し、申し出者にもフィードバックしており、さらに速く対応したいとしている。

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「介護事故防止対応マニュアル」を作成し、リスクマネジャーを施設長、担当者を生活相談員と施設ケアマネとして、マネジメント体制を整備している。 ・リスクマネジメント委員会を設置し、毎月1回委員会でひと月に起こったヒヤリハットや事故報告について精査して解決策を検討し、日常のケアに活かしている。 ・毎年、内部研修「事故発生・再発防止について」を実施している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・医務の看護師を中心メンバーに感染症予防対策委員会を設置して、年4回委員会を開催し、インフルエンザ・ノロウイルス・疥癬などの感染症状況を把握して対策を話し合っている。 ・医務が担当となり、ノロウイルス対応策を中心に感染症に関する研修を職員に毎年実施している。 ・各フロアに「感染症対策マニュアル」を配備し、ノロ対応処理道具セット、手指消毒液、マスク、紙ペーパータオルを設置している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・防火管理者を定め、年2回（3月・9月）消防訓練計画を立て、夜間・昼間想定消防訓練を各1回実施して消防署に届けている。 ・各フロアの介護職員室に緊急避難経路も掲示して周知を図り、備蓄品（水・食料・備品）も5日分を各フロアに用意している。 ・水害被害などの市の防災マップや、府の「非常災害時対応基本マニュアル」は備えてあるが、水害や地震を想定した防災訓練を実施していないので、実施の検討をすることを望む。 	

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"> ・契約書に、当施設で提供したサービスを記録し、家族などの要求に応じて閲覧してもらい、複写物を交付すると明示して入居時に説明している。 ・施設ケアマネは、家族などの求めに応じて提供したサービスの記録を開示し、複写物を交付して実施記録を残している。 	

Ⅲ-1-(7) 入所選考について適切に取り組みられている。

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みられている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長・介護部長・看護主任・施設ケアマネ・生活相談員が出席して、毎月1回定期的に入所選考委員会を開催し、大阪府の示した入所選考指針に沿って協議して出席者の合意の上、待機者の入所順位を決定し、会議録を残している。 	

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"> ・「介護基本マニュアル」（食事・入浴・排泄・移乗・整容など）を定めて各フロアの職員室に配備し、職員は随時確認して業務に当たっている。 ・新入職員は、オリエンテーションで基本マニュアルを基に介護サービスの基礎を学び、現場でのOJTで各フロアに適したサービス方法を学んでいる。 ・ユニットリーダーは、適切なサービスが提供されているかを確認しながら、フロア会議でチームの職員と話し合っている。 	
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"> ・毎月のフロア会議と併せてサービス担当者会議を行い、モニタリングなどで利用者個々の状態を確認しながら、それぞれに合ったサービス提供方法を話し合い、見直しを行っている。 ・施設ケアマネは、見直された実施方法をサービス計画書に活かして次につなげている。 ・標準的な実施方法は年に1回介護部長、相談員、施設ケアマネが中心となって見直し、変更があれば各種委員会やフロア会議で職員に周知している。 	

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"> ・施設ケアマネは、日々の利用者個別ケアチェック表（食事・水分摂取・排泄・入浴・口腔・整容・基本動作・リハビリ・医療・心理・社会面など）・モニタリング・介護日誌を確認してアセスメントを行い、毎月のサービス担当者会議で話し合い、サービス計画書を策定している。 	
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"> ・施設ケアマネ・介護部長・看護師・ユニットリーダー・生活相談員・柔道整復師・管理栄養士・介護職員が出席してサービス担当者会議を毎月開催し、利用者個別ケアチェック表・モニタリング・介護日誌を基に個々の利用者のサービス実施状況を確認・評価し、計画の見直しを6か月ごとに行っている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月のサービス担当者会議で評価・見直された利用者個々のサービス計画は、施設ケアマネが医師の意見を取り入れながら、6か月ごとに新たにサービス計画を策定している。 ・サービス計画に合わせて、栄養ケア計画・機能訓練計画・褥瘡ケア計画も立て、家族などに書面で説明し、個々の計画書に同意の署名を得ている。 	

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"> 各ユニットの利用者の日々のケア記録については、ユニットの介護日誌以外に、個別の記録シートで毎日の日中・夜間のサービス提供状況をチェックしている。 個別シートには、毎月担当職員が総評を記入し、管理栄養士・機能訓練士・医師・看護師が評価コメントをしている。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 倫理綱領を定め、入職時に職員全員に個人情報保護について説明し、誓約書に署名捺印して、利用者の個人情報保護に取り組んでいる。 利用者の個別ファイルは、鍵のかかる書庫の中に管理されている。保存期間は5年間と定め、経過後は廃棄している。 パソコンネットワーク内の利用者の個人情報は、館内ネットワークアクセス権を定め、パスワード保持者以外は見ることができないこととしている。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 運営規程・重要事項説明書に、身体拘束廃止委員会を設置して身体拘束の廃止に向けて取り組む姿勢を明示し、入所時に家族などに説明している。 職員に「身体拘束・虐待防止マニュアル」「身体拘束に関する指針」を示し、毎年2回「身体拘束廃止・虐待防止について」の内部研修を実施している。 身体拘束事例が発生しそうなときは、事前に施設ケアマネ・看護師など関係職員間で議論し、家族などに状況を説明して承諾書に署名を得て、議事録と共に保管している。 	
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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 「入居者預かり金管理規程」を定め、重要事項説明書に貴重品の管理について詳細に明記して家族などに説明している。 生活相談員は、毎月出入金記録出納帳を複写して利用料などの請求書と共に家族などに送付している。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 個々の利用者には、6か月ごとの介護計画作成と共に、栄養ケア計画・褥瘡ケア計画・機能訓練計画を立てることを基本とし、ケアの方針を担当職員全員で共有している。 大半の利用者は、朝の整容後に居間兼食堂で朝食を摂り、午前中は居間や居室で過ごしている。午後は、昼食後に入浴したり、デイサービスセンターのレクレーションに参加したり、居間で貼り絵や塗り絵を楽しんだりして思い思いに過ごしている。 重度の利用者も離床し、車いす上であるが介助を受けながら食事を摂っている。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> 施設介護支援専門員（施設ケアマネ）は、入所時に心身の状況のアセスメントを行ってサービス計画書を作成し、介護職員・看護職員などは、利用者個々のサービス計画に沿って、起床から就寝までそれぞれに合った援助をして、利用者の日々を支えている。 利用者個々の心身の状態に応じて、塗り絵・貼り絵やゲームを楽しんだり、時に近隣の公園に花見や菖蒲・コスモスを見に出かける支援をしている。 今回のアンケート調査に、歌を歌う、体操をするなどの簡単なレクリエーションをして欲しいとの要望が数件あるので検討することを望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 職員は、入職時オリエンテーションの中で接遇マナー研修を受け、外部研修のサービスマナー研修で学んでいるが、内部研修として定期的に繰り返し接遇・マナー研修を実施することを望む。 程度の差はあるが、利用者の大半が認知症の状態であるので、職員は認知症についての内部研修を毎年受講したり、外部研修の認知症介護実践研修を受講し、認知症の利用者とのコミュニケーションの取り方やケアの方法を学んで援助に活かしている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者は、職員の支援を受けて、基本的に毎週2回の入浴をしている。看護職員による入浴前のバイタルチェックと、入浴後のスキンケアを受けている。 浴室は、利用者の心身の状態に応じた一般浴室と個浴・特殊機械浴（座位浴・仰臥式）が用意されている。 個々の入居者の入浴日が固定されていて、入浴拒否や体調不良の入居者が別の日に入浴できる体制とはなっていないので、入浴可能とする工夫を望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者全員が、状態に応じて紙おむつとパッドを使用している。 昼間は、職員が利用者それぞれの排せつパターンを把握し、様子を確認して共用トイレに誘導したり、パッド交換を行っている。 夜間は、利用者は紙おむつと大きめのパッドを着用し、夜勤職員は定時のパッド交換を行い、利用者個別の対応はできていないが、特に事情がある場合、個別対応にも心がけることを望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> 利用者の大半が車いすを使用しているため、職員は利用者の状態により、ベッドから車いすへの移乗の援助を行っている。バスタオルを使用して二人介助の利用者もいる。 転倒リスクの高い利用者には、低床ベッドを使用している。 車いすは定期的に点検を行い、タイヤのパンク修理などを行って快適に使用できるように配慮している。 介護ロボット委員会を毎月開き、介護ロボットの導入を検討している。個浴入浴時は移動リフトを使用している。 	

A-2-④	褥瘡の発生予防を行っている。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「褥瘡予防・体位交換マニュアル」を各フロアに整備し、毎月1回看護職員・介護職員が出席して褥瘡予防対策委員会を開き、利用者個々のケースを検討して対策を講じる体制となっている。 ・施設ケアマネは利用者個々のサービス計画に合わせて褥瘡予防ケア計画も立て、看護職員・介護職員は計画に従ってケアを行い、経過を記録している。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・管理栄養士が中心となり、施設長・介護部長・施設ケアマネ・生活相談員・看護職員が出席して食事委員会を毎月開き、前月の食事内容や残食量を検証して今後の献立に反映している。 ・献立には、行事食としておせち料理や誕生日食、毎月のご当地メニュー、二種選択メニュー、刺身などの希望メニューを用意して、利用者が食事を楽しめる工夫をしている。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月サービス担当者会議を開き、個々の利用者の食事摂取状況を話し合い、管理栄養士は、施設ケアマネ・看護師と協議し、栄養ケア計画に反映させている。 ・利用者には、心身の状況に合わせて普通食・刻み食・ペースト食などを提供し、重度の人には看護職員も加わって食事介助を行っている。栄養補助食品を摂取したり、経管栄養（胃ろう）の利用者もいる。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎週1回、協力歯科医院の歯科医師が往診に来所して利用者の治療を行い、別の日に歯科衛生士が点検を行い、利用者の口腔ケアや維持に努めている。 ・職員は、日々の食事後に利用者に歯磨き誘導をしたり、スポンジで口腔ケアをしているが、食事前の口腔体操などが実施できていない。利用者の口腔機能の維持と改善と嚥下力の維持向上のためにも、口腔体操を実施することを望む。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・「看取り介護に関する指針」を整備し、介護部長・生活相談員・施設ケアマネ・看護職員が出席して、3か月に1回看取り委員会を開催し、看取りの手順などを再確認している。 ・看取り事例発生の際は、対象の利用者の看取りモニタリングを毎日行い、医師・主任看護師・施設ケアマネ・介護部長が、家族とのカンファレンスを毎週1回実施している。 ・介護部長などは、看取り担当職員に対して個別に精神的ケアを行っている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年1回5月に、認知症についての内部研修を実施している。 ・認知症の利用者には施設ケアマネが個々に合ったアセスメントを行い、ケアチェック表の「心理・社会面等に関するケア」のページに、具体的なケア内容を明記して職員に周知を図り、毎日モニタリングでチェックしている。 ・軽度の利用者には、塗り絵や貼り絵などできることしてもらったり、デイサービスセンターのレクレーションに参加を促しているが、重度の利用者の参加までには至っていない。しかし理念に沿うよう軽度化を目指しレクレーションの参加者を増やすことを望む。 	
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)	<ul style="list-style-type: none"> ・フロア内は廊下も広く、共有スペースの食堂兼居間も利用者が自由に動ける清潔な環境である。 ・食堂兼居間にはソファやテレビがあり、壁面には利用者と職員が共同制作した季節を感じる貼り絵があり、落ち着いた寛げる空間となっている。 ・居室の馴染みのタンスの上に、思い出の写真や自作の作品などが飾られている。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設ケアマネは、介護計画に沿ったケアチェック表内の「基本動作介助、リハビリテーション等に関するケア」の項目に、解決すべき課題と機能訓練の指示をしている。 ・機能訓練担当者（柔道整復師）は、施設ケアマネの指示で個別機能訓練計画を立て、毎月実施結果の評価をしているが、利用者一人ひとりに週1回15分程度の訓練しかできていない。介護職員が日中、定期的に軽度の体操などを実施することを期待する。 	

		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員は、毎日定時に利用者のバイタルチェックを行い、食事や水分摂取や排便などの状況を確認し、サービス実施状況表（日中・夜間）に記録して、利用者の健康状態を把握している。 ・利用者の体調急変時の対応は、日中は医務室の医師・看護職員に連絡し、夜間は看護職員にオンコールで相談できる体制となっている。 ・応急手当普及員の看護師が救命講習を毎年実施し、AEDの使用方法などの実地指導を職員に行っているが、高齢者の病気や薬の副作用などの研修までは行っていないが、研修などを通して職員への知識付与に努力されることを期待する。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・「感染症対策マニュアル」を各フロアに整備している。 ・看護師と管理栄養士を中心として感染症予防対策委員会を年4回開催して予防策などを検討し、年1回の内部研修「感染症について」と各フロア会議で職員に伝えている。 ・ノロウイルス発生時の対応処理セットを各フロアの職員室に配備している。 ・職員本人や家族の感染を想定した対策や、インフルエンザなどの予防接種の徹底を望む。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、開設後16年を経過しているが、玄関・各フロア内・浴室・エレベーター内部などは清潔に保たれ、維持管理が良くできている。 ・各ユニットの共有スペースの食堂・居間には、食卓テーブル・ソファ・テレビなどが整理整頓良く配置され、壁面に季節の貼り絵やカレンダーなどが飾られ、利用者が寛ぎやすい空間となっている。 ・居室は指定基準より少し広いので、家具やベッドを置いてもゆったりとしている。 ・今回のアンケート調査でも居室の環境衛生面を徹底して欲しいなどの声が見られたので、居室内の清掃の徹底に心掛けることを望む。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・家族親睦会を年2回開催し、家族に施設の取り組みや状況を説明し、家族から意見や要望を聞く機会を設けている。 ・家族の来所時に、必ず相談員や施設ケアマネが声を掛け、利用者の状況を説明している。 ・来所できない家族にも、日ごろの利用者の様子や行事の様子を知らせる便りなどを、担当者などが発信できるよう工夫をすることを望む。 	

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 しらかばホール
調査対象者数	75 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。利用者へはアンケートの記入をお願いし、受取人払いの返信用封筒に入れ厳封の上で、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）

アンケート回収は、75人中32人で、アンケート回収率は、43%であった。

回答結果は

利用者満足度90%以上の質問項目は

- ・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。

利用者満足度80%以上の項目は

- ・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、わかりやすく話してくれますか。
- ・原則として身体拘束はされず、安全上やむを得ず身体拘束をする場合にも詳しく説明がありますか。
- ・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。
- ・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。
- ・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。

自由意見としては

- ・親切で良いスタッフが揃っていると思う。小さなことでもすぐに連絡を入れてくれる。
- ・母がお世話になり、家族は非常に助かっている。引き続きお願いします。
- ・顔が穏やかになり、安心して生活ができる。
- ・歌を歌う、ゲームをする、体操をするなど簡単なものでもいいので、ぜひ検討してほしい。

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