

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	ケアハウス鶴見緑地	
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	ケアハウス	
代表者氏名	施設長 飯島滋弥	
定員（利用人数）	74 名	
事業所所在地	〒 570-0044 大阪府守口市南寺方南通3丁目4番16号	
電話番号	06 - 6998 - 3003	
FAX番号	06 - 6998 - 3001	
ホームページアドレス	https://www.seisukai.net/fukushi/carehouse/	
電子メールアドレス	care_soudan@seisukai.net	
事業開始年月日	平成19年8月1日	
職員・従業員数※	正規 35 名	非正規 10 名
専門職員※	介護福祉士：18名 看護師：4名 管理栄養士：1名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室：70、二人部屋：2 (いずれも、トイレ・洗面台完備)	
	[設備等] 事務所(含む更衣室)：1、厨房：1、会議室：1 洗濯室：1、健康管理室：1、機能訓練室：1 一時介護室：2、介護職員室：5 フロアキッチン：7 浴室：11 (大浴場・個浴・特浴)	

※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 21 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。

【運営方針】

ケアハウス及び指定特定施設入居者生活介護の提供にあたって、要介護状態の利用者に対し、入浴、排泄、食事等の介護その他の日常生活上の世話、機能訓練及び療養上の世話を行う事により、要介護状態となった場合でも、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう必要な援助を行う。

【施設・事業所の特徴的な取組】

- ・介護保険の特定施設なので、24時間の介護サービスと、日中の看護サービスにより、安心・安全な入居生活を送れます。
- ・法人内に協力医療機関があり、定期的な2週間毎の往診だけでなく、もしもの時にも迅速に対応いたします。
- ・半個室の夫婦部屋を2部屋設けており、扉を閉めれば、それぞれが個室となるため、少し距離を置きながらも2人で過ごしたい、というご夫婦に最適です。
- ・夫婦部屋以外は全て個室であり、ユニットケアを採用しています。プライバシーが守られながら、1歩共有スペースに出たら、顔見知りの入居者様やスタッフがいたので、寂しくもありません。
- ・入浴は、一般大浴、機械浴（リフト浴）、寝浴（ストレッチャー浴）がありADLに合わせて対応しています。浴室の窓からは、屋上庭園の緑が望めるため、癒し効果がダブルで感じられます。
- ・ほぼ毎月イベントを開催しており、楽しく過ごしていただいています。
- ・カタログ通販の利用により、選ぶ楽しみも感じられます。
- ・看取り対応も行っており、慣れたところで最期まで過ごしていただけます。
- ・法人内に透析クリニックがあり、無料送迎を行っているため、透析患者様も安心してご入居いただけます。
- ・生活保護の方もご利用いただけます。

【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5年12月22日～令和6年4月19日
評価決定年月日	令和6年4月19日
評価調査者（役割）	2101A033（運営管理委員） 1201A027（専門職委員） （ ）

【総評】

◆評価機関総合コメント

ケアハウス鶴見緑地（以下 施設と称す）を運営する社会福祉法人清水福祉会（以下 法人と称す）は、医療法人清水会と共に清水会グループを形成し、介護・医療の両面から「地域貢献」を使命として取り組んでいる。法人は平成15年に設立し、大阪市・守口市を中心に特別養護老人ホームや介護付き有料老人ホームなど、本施設を含む9施設を運営している。

施設は、築16年の鉄筋コンクリート6階建てで国道沿いに位置しており、家族の来所に備えて無料駐車場を備えている。近隣の地下鉄駅までは徒歩12分程度の距離で、施設近くにはスーパーやドラッグストアが数軒あり、買い物には便利である。また広域避難場所の大規模公園が近くにあり、自然豊かな緑の多い場所での散歩などができる環境である。

施設は、要介護の利用者を対象とした「特定施設入居者生活介護」の指定を受けたケアハウスで、グループ内の医療機関と連携しながら、介護看護スタッフの常駐や緊急時の連携、透析治療の連携など、介護・医療の両面からの安心サポートを特徴としている。館内の2階～6階の全室を個室として、プライバシーを尊重しながら利用者それぞれが必要なサービスを受け、安心して日々の生活を送れる環境を整えている。また、ゆったりとした共有スペースや外の景色が見える大浴場、安心して入浴できる機械浴等も充実している。

法人理念や運営方針、職員目標、職員倫理規程など福祉サービスの基本姿勢を職員全員が徹底し、利用者に合わせた福祉サービスを安定して提供している。さらに危機管理としてのBCP対応の企画や、継続した職員の育成研修にも施設長のリーダーシップを発揮しながら組織的に取り組んでいることがうかがえた。

◆特に評価の高い点

・理念や各種規定、マニュアル類の整備
業務推進に必要な規定やマニュアルは体系的に整備しファイリングされている。重要な内容は現場実務に役立つように携帯用冊子にしたり、各フロアに掲示するなどの活用を行っていて、法人理念など各職員に周知されている。

・管理者のリーダーシップ
施設長のリーダーシップにより、組織運営を推進するための委員会や会議体の設置、事業計画書、研修・会議年間計画などをまとめ、文書化も推進している。各々の会議の日程や出席者を明示し定期的に開催するなど、安定した組織運営を推進している。

・医療と連携したサービス
グループ内協力病院と連携していることもあり、看護師の常駐や緊急時の医療連携、施設内での褥瘡対応等、安心できるケアを提供している。

・災害時の安否確認の方法
今後想定されている大災害の時、利用者の安否確認の方法を確実にしておくことは重要なことである。当事業所では「入居者避難分類状況表」を作成し毎月見直しした表（紙）を各フロアで保管している。

・宅配サービスの導入
感染症対策で利用者の外出、買い物の楽しみが少なくなっている今、当事業所で取り入れている宅配サービスは福祉施設向けでお菓子一袋から注文でき、翌日届くものである。移

動が困難な人もカタログショッピングで選ぶ楽しみを味わうことができる。

◆改善を求められる点

- ・地域連携の推進
コロナ禍での規制等もあり利用者が地域の方と交流をもつことは制限されてきたが、今後、利用者の状況に合わせた地域イベントへの参加やイベント開催、ボランティアの受け入れ等を徐々に再開することを期待する。
- ・利用者が意見要望を言いやすい環境作り
苦情や意見要望の窓口の設置などの環境は整えられている。さらに利用者や家族が、気楽に相談できる雰囲気づくり、コロナ禍で中断している家族会の再開等を期待する。
- ・個別的な特定施設サービス計画書の策定
施設で提供されるサービスの原案となるサービス計画書は利用者一人ひとりの具体的なニーズが明示された個別の内容であることを望む。。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

今回受講して当施設の運営管理・利用者処遇における評価ができたと思います。今回の審査の結果を踏まえ改善点を検討し、更なる施設運営管理・利用者処遇の向上に努めて参ります。

◆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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・法人理念として明文化され、法人ホームページ、施設パンフレット、法人広報誌等に記載している。施設内には理念と職員目標とを合わせて、玄関や各フロア、事務所等に掲示している。 ・職員には、理念を記載した介護手帳を配布し、毎週月曜日の朝礼で唱和している。また新入職員や毎年の必須研修の中でも理念について丁寧に説明している。 ・利用者や家族へは、入居見学会や入居時に相談員から説明し、年3回配布の広報誌に記載し周知している。 	
		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"> ・社会福祉事業の動向については、年2回開催の社会福祉協議会老人施設部会の北河内ブロック研修会に参加し、行政の動向や福祉事業の動きなどの状況を把握している。またグループ内の医療法人や法人内の他施設からも、法人運営会議等を通して情報を収集している。 ・施設の経営状況等に関しては、法人本部と状況を連携して分析し、法人運営会議等で内容を共有している。 	
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"> ・経営状況と施設内部署の課題検討も加えて、「財務」「顧客」等の4つの視点で課題や対応策について施設長が取りまとめている。 ・課題検討内容はコンサル会議で発表し法人本部と共有するとともに、次年度の事業計画へ反映している。 ・課題への取り組みでは、各課題に対するアクションシートを作成し、施設長と担当者と連携して実効性のある取り組みを推進している。 	

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。

a

(コメント)

- ・中長期計画の策定は、施設長と管理職とのチームを組み、案の作成を行っている。「財務」「顧客」「業務プロセス」「人材育成」の視点で分析し、5か年の目標設定を中心に中長期計画案を作成し、法人本部に報告・調整している。
- ・収支計画については、法人本部財務部と連携して作成し、毎年の事業計画策定時に見直しを行っている。

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。

a

(コメント)

- ・単年度事業計画は、中長期計画と同じく「財務」「顧客」「業務プロセス」「人材育成」の4つの視点で作成を行い、中長期計画の1年目として位置づけた内容としている。
- ・取組項目毎に戦略目標や目標値、重点施策、3ヶ月単位のアクションプランで構成し、具体的な目標を設定している。
- ・単年度収支予算についても、中長期計画と整合性を取り、法人本部財務部と連携して作成している。

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)

- ・事業計画は、管理職2名と施設長とで検討チームを作り作成している。
- ・各フロア会議などで収集する現場課題やSWOT分析、昨年の事業計画の反省等を踏まえて作成し、年度末に職員全員への発表会議で本年度の評価と次年度の取組み方針を説明し、周知している。
- ・事業計画の実施状況は毎月、法人本部と会議を行い推進課題等を検討している。

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。

a

(コメント)

- ・事業計画は見やすくファイリングしてまとめ事務所に設置し、利用者や家族の要望があればすぐに見せるようにしている。
- ・事業計画の中で利用者やサービスに関係する内容については、利用者や家族への手紙にて周知している。

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"> ・施設内に各種委員会（施設運営・介護部・接遇・苦情・機能訓練、事故防止・身体拘束廃止・虐待防止、感染・美化・褥瘡、行事・給食、研修・教育・プリセプター、フロア会議など）を立ち上げ、福祉サービスの質の向上に取り組んでいる。 ・年2回、利用者満足度調査アンケートを実施して利用者の意見を収集している。アンケート内容は、介護副主任や相談員他で構成する接遇委員会にて評価し、課題や改善策等を検討している。 ・今後、コロナ禍で中断している家族会等を再開するなど、さらなる利用者・家族の意見を収集する場の設定を期待する。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・福祉サービスの課題については、フロア会議を中心に内容に応じて委員会にて改善策や改善計画を検討・作成し改善に取り組んでいる。 ・最近の改善取組みとして、利用者から「ベランダの鳩のフン」についての相談を受け、継続的に取組んできた実績もある。 ・今後さらに、評価結果や取組み内容を職員全員に周知・共有する仕組みの構築を期待する。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設長の役割は、権限一覧表にて明確にし、職員にも周知している。 施設の運営に関しては、理念や職員目標に沿って運営し、事業計画の発表会などの場で、施設の経営や取組みに対する評価・方針を職員に表明している。 法人や施設内の組織体制図を職員に周知し、施設長が不在時の権限などはBCPマニュアル内にて周知している。 	
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"> 法人運営会議にて、主要な法令の情報や改定内容等を適時把握している。 介護保険の運営研修用ビデオなどを中心に法令の理解を行っており、施設長だけでなく職員にも受講させ周知している。 特に遵守すべき内容として虐待防止や身体拘束廃止、事故防止などは施設内の委員会を設立し検討するとともに、必須研修でも企画して職員に受講させている。 	
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、日々の申送りやフロア会議へ積極的に参加し、現場のサービス状況について日常的に把握をしている。また、管理職2名と毎日の朝夕にミーティングを行い、現場の課題の把握と検討を行っている。 各部署の主要メンバーで構成する施設運営会議を月1回開催し、福祉サービスの状況を共有したり、個別テーマ研修の実施などでサービスの質の向上に努めている。 外国籍の職員の意識向上として、月2回法人本部から同じ国籍のメンターに来てもらい該当職員との面談をフォローしている。 	
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"> 施設長は経営の改善事項や人事、財務の状況を法人運営会議で検討し、施設運営会議で報告して施設の改善検討を進めている。 施設内の大きな取組である、BCPマニュアルの作成やコロナ対策時の行政打合せ、消防訓練の企画などに率先して取組み、リーダーシップを発揮している。 現場での「記録の手書きはなし」を合言葉にパソコンや現場タブレットを導入し、IT化による業務の効率化に取組んでいる。 職員が働きやすい環境とするため、人員配置の適正化や時間外勤務の削減取組を行っている。 	

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"> ・現在の人員体制は定員を確保できているが、今後の離職等のリスクに対応するためにも継続的な求人・定着活動に取り組んでいる。 ・求人は、法人ホームページやハローワーク、紹介会社に出しており、各種セミナーの就職フェア等への出展なども継続的に行っている。 ・職員の定着の取組みでは、新入職員に対する研修、先輩が指導員となる1年間のプリセプター制度などを導入している。 	
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"> ・期待する職員像として、5項目からなる「職員目標」を明確にし、常に理念と共にパンフレットへの掲載、施設内への掲示を行っている。 ・職種ごとに役割基準書と職員等級表を定め、等級ごとの職責、職務内容、必要な資格など、キャリアパスを明確にしている。また、人事考課の流れマニュアルを作成し、職員に評価制度を説明・周知している。 ・人事考課票にて本人が目標と成果等をまとめ、年度中間と年度末に1次上司及び、2次上司の面談と評価を行うなどの仕組みができています。 	

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"> ・残業、有給休暇の取得状況などは、日々施設長と看護係長・介護科長とで共有している。また、年3日間のリフレッシュ休暇が付与され取得推進している。 ・人事考課時に上司との定期的な面談を実施し、本人の意向や就業状況などを確認している。また、法人で職員の満足度アンケートを実施し、適宜、施設にフィードバックされている。 ・職員の心身状況に配慮し、定期的な健康診断や予防接種を行っている。また、悩み相談の窓口として法人本部に窓口を開設し相談しやすい環境作りを行っている。 ・法人単位で日帰り旅行やクラブ活動を実施している。また昼食費の半額負担等、福利厚生にも力をいれている。 	

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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・期待する職員像として、5項目からなる「職員目標」を明確にし、常に理念と共にパンフレットへの掲載、施設内への掲示を行っている。 ・職種ごとの役割基準書と職員等級表で各職員の目標設定基準を明確にしている。 ・職員一人ひとりの目標管理として人事考課票を運用しており、本人による年間3項目の目標設定と定期的な自己評価、1次上司及び2次上司との面談と評価を行い、定期的な進捗状況を把握しながら育成を行っている。 	
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
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・期待する職員像である「職員目標」に加えて、「倫理綱領」を定め福祉サービスの目標としている。 ・「職員教育研修の基本姿勢」を明示し、職員の責務として取組むよう促している。 ・年間研修はラダー研修（ステップアップ研修）、必須研修、施設内研修、外部研修（eラーニング）と、受講しやすいように分けて計画し取組んでいる。 ・施設内委員会として「研修委員会」「教育・プリセプター委員会」を設け、必須研修や新入職員教育のフォローを実施している。 	
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。	a
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の取得資格、ラダー研修（ステップアップ研修）受講等の一覧は人事システムにて管理している。 ・各研修の受講は「研修委員会」「教育・プリセプター委員会」にて一人ひとりのフォローを行っている。 ・研修受講者は研修後レポートを提出し、受講の効果を高めている。 ・自己啓発研修の支援として、施設が認めた場合は費用の援助や出張扱い等への配慮を行っている。 	

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。	b
<p>(コメント)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実習生受け入れマニュアルを整備し運用している。また、実習指導者研修を受講した3名が受け入れ体制を整えている。 ・昨年は、連携する大学から6名の実習生を受け入れ、オリエンテーションや大学との文書連携、日々の研修内容等のプログラムを計画、実施した。 ・今後さらに、実習受け入れに対する各部署のモチベーションアップなど、より積極的な受け入れ環境づくりを期待する。 	

		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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 法人ホームページには理念や法人概要、現況報告書・財務諸表、第三者評価結果などを掲載し、リンクしている施設のホームページには、施設概要、サービスの案内、入居の流れ等を詳しく掲載している。 第三者委員を含む苦情受付窓口や対応体制、苦情対応結果などは施設内の玄関や各フロアに掲示している。 グループの広報誌「せいすい」（年3回発行）にて、グループ各施設の状況を公開しており、グループ全体を良く把握できる媒体となっている。 	
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"> 経理規定が定められ、少額の購入はオンライン注文で事務職員が入力し施設長が承認するダブルチェックで行っている。高額の場合は理事長決裁が必要で、さらに一定額以上は相見積もりを取るなど、透明性の高い手順としている。 購入の振替伝票や決裁控えなどは財務部に提出し、毎月、税理士からも監査、指導を受けている。 	

		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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 法人理念のトップに「医療・介護・福祉を通じ地域に貢献する」「多くの方々にも愛される施設をめざす」を掲げて取り組んでいる。 グループ内病院と連携して秋祭りを開催し、施設へ住民を招いて利用者との交流を深めている。 外出が困難な利用者が多くコロナ禍での規制状況もあったが、今後は、徐々にボランティアの受入れを再開するなど、利用者と地域との交流の場を増やす工夫をしていくことを期待する。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 地域と施設の交流を明示したボランティア規定及び、対応の流れを定めた受入れマニュアルを整備している。 ボランティアグループ登録更新手続き書にて管理し、買い物や散歩、民謡、コーラスなど12の施設と10数人の個人がボランティア登録している。 コロナ禍で受入れは中断しているが、今後、利用者の安全が確保できるボランティア内容から徐々に再開するなど、工夫して取組むことを期待する。 	

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"> ・行政や関係機関、その連絡先一覧リストを作成して事務所に共有している。 ・連携する社会福祉協議会やくすのき広域連合（コロナ禍で中断）などとは定期的な連携会議を行っている。 ・高齢者の行方不明が発生した場合など、地域包括支援センターと連携して解決に取り組んでいる。 ・今後、コロナ後の関係機関との連携再開や職員への情報共有等を強化し、さらなる関係機関との連携強化に取り組むことを期待する。 	

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	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"> ・社会福祉協議会の主催する市のボランティアフェアの介護相談コーナーに参加や、グループ内病院と連携した秋祭りの開催などで、地域の方と交流し福祉ニーズや生活課題などの把握を行っている。 ・連携する地域包括支援センターの検討会に参加し、具体的な生活課題についての情報を収集している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・大阪しあわせネットワークの「生活困窮者レスキュー事業」として活動し、CSW（コミュニティーソーシャルワーカー）と連携した支援実績もあげている。 ・市の福祉避難所への登録は申請しているが、現在保留中である。 ・今後さらに、自治会への参加等を継続して推進し、福祉の専門性を活かした地域への貢献事業を推進することを期待する。 	

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"> 施設の重要事項説明書、社員目標、倫理綱領等に利用者一人ひとりの尊重を掲げて実践している。 身体拘束や虐待防止等に関して指針と対応マニュアルを作成し、全職員が「介護手帳」「接遇マナールールブック」を携帯していつでも確認できるようにしている。 毎年、「倫理」「身体拘束」「虐待」等を必須研修として全職員が受講し、理解を深めるためのレポートを提出している。 	
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"> プライバシー保護マニュアルを作成して明示し、職員にはマニュアルの要点をまとめた「接遇マナールールブック」を配布して、意識づけを行っている。 「接遇」研修を必須研修として全職員が受講し、理解を深めるために研修レポートを提出している。 居室は個室で、カギの管理や内部の備品レイアウトなど、利用者の状況や希望に合わせた環境を提供している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 施設のホームページに、サービスの特徴、施設や行事の写真、入居の流れ、年間行事計画、よくある質問などをわかりやすく掲載している。 施設パンフレットは、外観写真のパンフレットに加え、施設内や活動の写真を散りばめたイメージしやすいパンフレットを追加作成し、さらに料金表などを加えて配布するなどの工夫をしている。 今後さらに、安定した利用者の確保を継続するためにも、パンフレットの設置やイベント時の広報活動を強化することを期待する。 	
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"> 施設への入居に際しては、担当の相談員と施設長が対応し、パンフレットや契約書、重要事項説明書などで、丁寧に説明している。 入居時の施設サービス計画書の作成については、サービス担当者会議に利用者や家族が参加して、意見や要望を取り入れて作成している。 施設サービス計画の変更がある場合は、都度利用者と家族に説明し、同意を得て実施している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> 病院や他施設への移行時には、福祉サービスの継続性を保つため、介護・看護サマリーを先方に渡している。 他施設等からの入居時においても同様に状況を引継ぎ、継続的なサービスに取組んでいる。 今後さらに、サービスが終了した時の家族への説明は口頭になっているが、その内容を文書等で渡すなどの配慮を期待する。 	

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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年、利用者満足度アンケートを実施して、回答分析し課題について施設運営会議等で検討している。また結果を施設内に掲示している。 ・利用者や家族からの相談は適宜受け入れて対応しているが、今後さらに、定期的な家族会等を実施するなど、さらなる満足度向上への取組を期待する。 	

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。	a
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「苦情解決システム」運用規定及び「第三者委員」マニュアルを整備し、苦情受付窓口、解決フローチャート、担当の職務等を定めている。 ・第三者委員を含む苦情受付窓口と措置の概要などを施設内の玄関や各フロアに掲示している。 ・2ヶ月に1回、第三者委員と各施設が参加する「法人第三者委員会」を開催し、各施設の苦情対応状況を検討し共有している。 ・苦情の対応案は利用者や家族にフィードバックするとともに、その了解を得て解決内容を施設内に一定期間掲示している。 	
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
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が意見を申し出る場合は複数の受付窓口から選べるよう記載した文書で掲示している。また、玄関と各フロアに意見箱と意見書用紙を設置して、自由に意見を提出できるようにしている。 ・相談はプライバシーが守れるように、利用者の個室や健康管理室を利用して行っている。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・「要望・意見対応マニュアル」を整備し、意見要望内容はフロア会議や施設運営会議で検討するとともに、内容に応じて職員へフィードバックしている。 ・意見箱の設置や利用者満足度アンケートを実施し、利用者の意見を収集するようにしている。 ・今後さらに、利用者や家族に直接意見書用紙を渡して説明するなど、より気楽に意見要望が述べやすい雰囲気づくりを期待する。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル、指針は整備され、職員は必須研修を義務付けられている。事故防止委員会はケアマネジャーを委員長に毎月事故防止策、安全確保策の実施状況と実効性を見直し、事故、ヒヤリハット報告書をもとに再発防止策を検討し、全フロアに発信している。 ・事故があれば、当日または翌日中に関係者が集まり原因と対応策を、関わった職員が事故報告書にまとめている。 ・事故報告書には事例、原因、対応策まで記載されているが、対応策を実行した結果と評価は別々の記録簿に記載されている。PDCAサイクルが確実に回っているかを一元的に確認でき、わかりやすい記録管理を期待する。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・看護職を責任者とした「感染症対策委員会」があり多職種参加で活動している。指針、マニュアルは整備している。職員には研修やOJTで周知している。 ・感染対策BCPは作成済みで訓練もやっている。 ・感染症の予防策、発生した場合の対応策も適切に行われている。 ・マニュアルは法人が作成しているが、定期的な見直しがなされているならば改定時期を明示することを期待する。 	
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"> ・マニュアル類は完備しており、BCPもほぼ完成している。法定避難訓練は正しく実施されている。 ・利用者避難分類状況表が毎月更新されて、各フロアに紙で保管されているので、有事の時の利用者の安否確認が容易にできる。 ・備蓄品は委託給食会社の協力もあり十分用意され、使用・消費期限が到来した備蓄品の入れ替えも確実になされている。 ・行政との連携はできているが、過去に地元自治会との協力関係の構築に苦勞があり、現在地域の人脈を通じて社会福祉協議会との連携を働きかけている。災害時の安全確保に向けた地元との連携に地道に取り組まれることを期待する。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・マニュアル類は完備されており、その中の日常に必要なものは「介護手帳」「接遇マナールールブック」として携帯用にまとめられ、入職時に配布されている。 ・サービス方法は新人研修、必須研修で周知され、年1回の介護技術チェックでできているかどうかの確認をしている。 ・管理職は業務手順に一貫性がないところがあることを認識しており、マニュアルの見直し、介護技術チェックの取り組みを強化し、より良いマニュアルとすることを望む。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長は確実な標準的実施方法の統一のためにマニュアルの見直しを年次計画にあげている。 ・マニュアル類は法人本部が策定しているが、その後の改訂年の表記を確認できない。 ・施設では各種委員会で定期的に見直しをしているとのことであるが、改訂年の表記の確認ができない。 ・マニュアル策定後は定期的に見直しを実施し、改訂版を作成することを望む。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメント様式は法人独自のもので、サービス担当者会議はケア担当者等多職種が参加して行っている。来年度からは家族の参加を目指している。 ・介護拒否が強くサービス提供困難なケースについて組織として積極的にかかわり、家族も含めて対応中の事例を聞いた。 ・サービス計画書は第3表が独自の様式でわかりにくい。利用者一人ひとりのアセスメントから導き出された具体的なニーズが明示された個別の計画書の策定を望む。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護サービス計画書の長期目標を12か月、短期目標の期間を6か月として見直しをずるとしている。 ・担当介護職員が2週に1回、計画書の目標ごとに実施状況を記録している。多職種（看護職、管理栄養士、機能訓練士など）が6か月に1回モニタリングを記録をしている。 ・急変時に介護サービス計画書を緊急に変更する仕組みを確認できなかった。介護サービス計画書はサービス実施のためのものであるから速やかな見直しを実施することを望む。 	

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)	<ul style="list-style-type: none"> ・介護記録はC-repoアプリを使っており、PC、タブレット、スマホから入力している。 ・記入方法については、マニュアルにより指導があり外国人職員には特に配慮した丁寧な指導が行われている。 ・フロア会議、朝夕のミーティング、各種委員会などで情報共有が行われ、職員は出勤時に記録を読んで変化を把握することを習慣にしている。 ・管理職は職員の出入りなどで、記録記入の不十分を認識し継続課題としている。取り組み強化を望む。 	
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"> ・記録の保管は重要事項説明書に記載があり、家族にも説明している。入所時に情報使用同意書をとっている。写真の使用については別に承諾をとっておりSNSなどへの外部発信時には配慮している。 ・職員には必須研修で周知し、入職、退職時には秘密保持の誓約書をとっている。 ・個人情報の不正利用や漏えいには就業規則内に規定がある。 	

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	利用者の心身の状況に応じた生活支援（生活相談等）を行っている。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ 定時、随時のアセスメントにより利用者の暮らし方の意向を把握し、自立に配慮した支援を行いたいと思っているが、コロナ感染対策のために外出は自粛している。その代替えとして、買い物代行や宅配サービスの利用を進めている。宅配は福祉施設に対応しており、お菓子一袋から注文でき翌日に届くシステムで身体的に外出困難な利用者にも自分で選ぶ楽しみを与えられ、今後さらに推し進めていく予定である。 ・ 現在は感染対策もあり利用者一人ひとりに応じた生活になっているとは言い難いことは職員全員が自覚しており、年間計画に「行事レクの充実」を課題に挙げている。効果的な取り組みを期待する。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ サービス提供時はもちろん、できるだけ会話の場を多くするように心掛けている。利用者から指名で申し出があるときは利用者と職員の関係性を重視し応じている。 ・ 職員は接遇マナーブックを常時携帯しており、接遇研修時には利用者への対応やスピーチロックについて学習している。 ・ 職員の言葉遣いについては利用者・家族からの評価は高いが不満の声も一部に見受けられたので職員のコミュニケーション技術の一層の向上に努めることを望む。 	
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"> ・ 規定、マニュアルが整備され、職員は必須研修で学習している。 ・ 身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会が定期的に関われ、権利を侵害する事例を検討し早期発見に努めている。 ・ 運営規定に権利侵害が発生した場合の届け出手順が書かれている。 ・ 入浴や排泄介助の時の同性介助の希望にはできるだけ配慮している。スピーチロック防止には日常的に取り組んでいる。 	

		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"> 施設は明るく、清潔に保たれ、築後16年近く経っているとは思えない。午前と午後の2回全館放送で換気が呼びかけられている。 居室は18㎡と広く、利用者の好みや意向が尊重され、中には昔から使っているミシンを持ち込んで小物づくりをしている人もある。 入居者のトイレに一人で行きたいという意向に添って居室のベッドの配置を変えて動線を確認しているケースもある。 施設は鶴見緑地公園に近く緑が多く良い環境にあるが、鳩のフン害にも悩まされており、入居者からの要望で鳩除けの工夫をして改善を図っている。 	

		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"> 利用者の心身の状態や意向により、週2～3回の入浴を提供している。個別、一般浴（3人用）チェア浴、寝台浴（ミスト）が用意されている。 入浴時には音楽を流したり、皮膚の弱い人には手洗い（なで洗い）、ジェルマットを使用する例があるほか、特に洗い方などの要望の多い例には浴室内に掲示し、意向に合わせた個別の入浴方法を実施している。 看護師と連携して安全な入浴を支援している。 	
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"> 居室内にトイレが付いているので羞恥心や尊厳の配慮に優れている。トイレにセンターボードを設置し転倒リスクの対応をしている。温水洗浄便座設置で快適な環境である。 支援方法について心身の状況や意向に合わせ介助方法、ベッドや家具の位置や動線の検討と見直しを随時行い、自立支援のための働きかけになるように工夫している。 	
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"> できるだけ自力で移動ができるように、その人にあった使い慣れた機器（車いす、手押し車、歩行器、杖など）を自宅から持ってきてもらって使っている。車いすはフットレストをはずして、自走している人もいる。 施設内は広く動きやすい環境で、居室内も安全に移動できるように家具の配置やベストポジションバーの設置など個々に合わせた支援を工夫している。 移動介助は研修を行い、介護技術チェック表で確認、職員のスキルの向上を図っている。 	

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"> ・食事の楽しみとして、フロアごとに置いているIHヒーターを使って、てんぷらをして揚げたてを食してもらったり、麺の日にはその場で汁をあたためて提供したり工夫している。 ・朝食はパンと雑炊の交代が基本だが希望によって変更もできる。時々は3種類の調理パンから選べる日を設けている。飲み物は3種類から選べ、好き嫌いの変更もある程度応じている(魚⇄肉)。嗜好品の持ち込みもすすめている。 ・年1回食に関するアンケートを行うほか、毎月の給食会議で改善を目指している。 	
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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の心身状況、嚥下能力、栄養面に配慮して、数種類の食形態や治療食に対応している。 ・誤嚥など食事時の事故のリスクの高いケースには看護職が食事介助にあたっている。食事時の事故の対応について職員はeラーニングの動画で学んでいる。とっさの対応がすぐできるようなシミュレーション訓練などが必要ではないか？検討を望む。 ・経口摂取の取り組みは特養でなくケアハウスなので現状維持程度にとどまっている。 	
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"> ・食事前の口腔体操を実施し、参加を呼び掛けている。 ・歯科医師、衛生士が月1回口腔、嚥下の状態をチェックし、その結果をもとに職員に指導助言を行っている。 ・職員は口腔ケアに関する研修を受け、その人に応じた支援をしている。 ・歯科の訪問診療があり、必要な人は治療を受けている。 	

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"> ・褥瘡対策の指針、マニュアル、研修の体制は整っている。 ・褥瘡委員会では看護師のほか多職種が参加してリスク者をピックアップし対策を話し合っている。 ・必要な場合は医師の診断、指導を受けて治癒に向けたケアが行われている。体位交換、除圧マット、エアマットの使用などもある。 	

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。	c
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・現在、介護職員は行っていないが、介護職員による将来の実施を検討しており、資格取得に向けて取り組みを開始している。 	

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"> ・利用者の生活の維持や介護予防のために塗り絵、貼り絵、集団体操、などを機能訓練指導員の助言指導の下に実施している。 ・機能訓練指導員が1名おり、個別の機能訓練が行われていることが業務日誌から確認できた。 ・認知症の疑いが見られた場合は系列病院の「物忘れ外来」を受診し早期発見と対応ができています。 ・軽介護度の利用者も多く適切な介護予防活動は重要課題である。一人ひとりに応じた個別機能訓練計画書を作成し計画書に基づいた訓練が行われることを望む 	

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"> ・認知症ケアに関するマニュアルは完備されており、職員は毎年研修で最新の知識、情報を学んでいる。 ・行動・心理症状でサービス提供困難のケースがあり、家族、医療職、介護職がチームとしてかわり、大阪府の意見を聞くなどして解決に当たっている進行中の事例を聞いた。 ・自宅にいたときと継続した生活が感じられるように、今まで使っていた家具や道具、趣味の作品や家族の写真などを持ってきてもらったり、その人にあった家事（洗濯物たたみなど）をしてもらっている。 ・認知症利用者が落ち着ける雰囲気づくりについては改善の余地があると思われるので環境整備の検討を期待する。 	

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"> ・緊急対応時のマニュアルは完備しており、フローチャートが作成されている。母体が病院でもあり医療との連携体制は確立している。職員は研修で、あるいは現場で看護職から直接学んでいる。 ・看護職は各フロアごとに配置されており、利用者の体調変化に早く気が付き適切な対応がされている。 ・夜間、休日など看護職不在の時は介護施設向け24時間電話で医療相談ができる機関と契約しており、日常的に利用している。 	

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。	b
(コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・長年の課題であった看取り介護を今年度6月より開始し4例の事例を経験した。 ・看取りでは家族を含む医療、介護でチームとして情報や方針を検討し共有して当たっている。 ・看取りを開始したことは評価できる。今後さらに看取り介護のスキルアップ、書類の整備、担当した職員の精神的ケアを重視した振り返りカンファレンスなどの検討を望む。 	

		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"> ・家族へは法人の広報誌と事業所の家族通信が定期的に送られている。毎月請求書送付の時、個人の近況をメモで同封している。SNSで行事の様子など発信している。 ・中断していた隣接の系列病院と合同で本年度秋祭りを実施し家族も参加した。今後も家族を巻き込んでの行事を取り組んでいく予定である。 ・家族の意見、要望を聞く場として、来年度からサービス担当者会議に家族の出席を要請していく予定である。 	

		評価結果
A-5 サービス提供体制		
A-5-(1) 安定的・継続的なサービス提供体制		
A-5-(1)-①	安定的で継続的なサービス提供体制を整え、取組を行っている。	—
(コメント)	訪問介護事業所の調査でないため非該当とする。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	ケアハウス鶴見緑地 入居者又はその家族
調査対象者数	74 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）

入居者又は家族74名にアンケート用紙を配付し、45通を回収した。（回収率 60.8%）

○回答の内、満足度90%以上は次の4項目であった。（質問数は自由記述を除き27項目）

- ・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。
- ・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。

○回答の内、満足度80%以上は次の8項目であった。

- ・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、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すか。
- ・職員に相談したいときは、いつでも相談できますか。
- ・急病や事故が発生した際には家族等の緊急連絡先に迅速に連絡があり、後にあなたや家族にその状況や施設の対応について説明してくれますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。
- ・サービスを受けることによって、自身の気持ちの面で、安心して生活ができるようになりましたか。
- ・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4項目であった。

- ・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。
- ・職員は、定期的にあなたの身体状況や生活状況等について尋ねてくれますか。
- ・食事は、楽しい雰囲気、ゆとりを持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。

○27の質問項目の内、その他または無回答が30%を超える項目が10項目あり、そのコメントの中には「わからない」「本人でないので…」の言葉が多数見られた。

○自由記述の言葉としては、次のようなものがあつた。

【して欲しいこと、欲しくないこと】

・今のままの対応で大丈夫です ・満足している ・外出や外泊をさせてほしい ・コロナ収束してきたので面会時間を増やしてほしい ・傾聴ボランティアなどがあると良い など

【サービスに感じたり思ったりしていること】

・サービスは優しく満足出来ている ・中には不快な態度の方も少しおられる ・いつも丁寧に穏やかに接してくださり感謝 ・散歩など気軽に外出が出来るようになってほしい ・家族の気持ちに寄り添うことができる人がいるということが施設の印象を左右すると思う ・清潔感があり職員さんも丁寧で安心 ・病院移転に際して緊急の場合の対応など少し不安 など

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