

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 ジュネス	
運営法人名称	社会福祉法人 大阪自彊館	
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム	
代表者氏名	施設長 政田 省一	
定員（利用人数）	104 名	
事業所所在地	〒 533-0023 大阪市東淀川区東淡路1-4-49	
電話番号	06 - 6325 - 3336	
FAX 番号	06 - 6325 - 3339	
ホームページアドレス	http://www.ojk.or.jp/facilities/care.php	
電子メールアドレス		
事業開始年月日	平成 7 年 6 月 1 日	
職員・従業員数※	正規 44 名	非正規 56 名
専門職員※	介護福祉士 35名 社会福祉士 8名 社会福祉主事 10名 医師 2名 看護師 5名 理学療法士 1名 管理栄養士 2名	
施設・設備の概要※	[居室] 個室 18 二人部屋 2 三人部屋 2 四人部屋 23	
	[設備等] 食堂 2 診療所 1 地域交流室 1 一般浴槽 1 機械浴槽 2 静養室 2	

※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 29 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】

自彊不息《自彊息（や）まず》 自彊＝自ら強くする
出典・・・古代中国の書、易経の中の「天行健なり。君子は自彊息（や）まず」

【法人使命】

利用者の自立支援と超高齢社会に向けた地域福祉の推進

【サービス提供方針】

①利用者本位

私たちジュネス職員は、利用者本位の立場に立ち、利用者お一人おひとりが、自分らしく生き生きとした生活が送れるように、サービス提供を致します。

②安全・安心・快適

私たちジュネス職員は、利用者の皆様が、安全に、安心して、快適な生活が送れるように、サービス提供を致します。

③自立支援

私たちジュネス職員は、利用者お一人おひとりの「能力」の維持・向上を図り、可能な限り自立した生活が送れるように、サービス提供を致します。

【施設・事業所の特徴的な取組】

利用者に対して

看取りケアに注力している。
介護ロボットを積極的に導入している。
個別ケアを推進している。

職員に対して

インカムの導入。
ノーリフトケア＝抱えない介護の推進。
ICTの積極導入。
スタッフ間で「いいね！」を言い合って認め合う職場環境。
健康経営優良法人。
「男女いきいきプラス」事業者。

【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6年9月26日～令和7年2月7日
評価決定年月日	令和7年2月7日
評価調査者（役割）	1801A018（運営管理委員） 2201A014（専門職委員） 2301A019（運営管理委員）

【総評】

◆評価機関総合コメント

・特別養護老人ホームジュネス（以降、施設と表記）は社会福祉法人大阪自彊館（以降、法人と表記）が平成7年6月に開設した高齢者施設である。名称のジュネスとはフランス語で「若さ」「青春」を意味し、利用者が高齢になっても変わらぬ若さや青春を想い、生き活きと暮らせる施設であることを願い名付けられている。

・建屋は鉄筋コンクリート5階建て（名称メゾンリベルテ）で、3階、4階に当施設があり、1階には高齢者在宅サービス「ベラミ」（通所介護、訪問介護、居宅介護支援）と地域交流センター、2階には障がい者支援施設・相談支援支援事業所「エフォール」が併設された総合福祉施設である。また同地区内には在宅サービス「ベラミ」分室が開設されている。建屋屋上からは淀川の川面が見え、その先には大阪市内のビル群、はるか向こうには生駒山の山並みが遠望できる淀川の右岸に面している。近隣には市営浄水場、集合住宅、戸建て住宅が混在しており、閑静な地域である。

・法人は、明治45年、釜ヶ崎（現、あいりん地域）の窮状した暮らしの住人に対する一助となるべく、現在の大阪市西成区に創設されている。法人は当施設以外に現在運営している福祉施設及び事業として、救護施設を7施設（大阪市4、滋賀県高島市3）、生活困窮者支援事業を3事業、障がい者支援事業を7事業、高齢者支援事業を7事業、医療事業を3ヶ所（大阪市内 2診療所、高島市内 1クリニック）、その他に結核対策としてあいりん地域内結核健康診断、DOTS（直接服薬確認療法）事業、結核患者療養支援事業を展開している。また、公益的な取り組みを積極的に行っており、福祉教育事業、ボランティア支援、福祉相談事業、子ども食堂の実施、一時宿泊、緊急一時避難事業、生活困窮者就労支援事業等が実施されている。

・法人の名称にある「自彊」とは「自ら強くする」という意味で古代中国の書「易経」の「天行健なり。君子は自彊息まず」から援用し、法人理念を創立以来「自彊不息（じきょうやまず）」として今日まで上記の如く福祉の町づくりに多方面に亘り、貢献し続けている。法人は、この法人理念・基本方針・行動指針等を記載した小冊子「職員ハンドブック」を作成し、正規職員全員に配付して周知を図り、法人理念・基本方針に基づく高齢者・障がい者等の福祉の実現の継続と福祉向上を目指している。

・施設は、サービスの質の向上のための取り組みとして介護職員、理学療法士、看護師、管理栄養士で構成する「サービス向上委員会」を年6回開催し、食事、排泄、入浴の介護技術向上の他に認知症チームケア、看取りケアなどの向上を積極的に取り組んでいる。

・施設は、地域に根ざし、地域から信頼される施設を目指し、地域密着型ボランティアセンターの開設、大阪市介護予防ポイント事業への協力、大阪しあわせネットワーク（生活困窮者レスキュー事業）への参加、大阪市認知症高齢者緊急ショートステイ事業への協力、東淀川区ライフステーション事業（高齢者・障がい者の見守り、相談受付）の実施等の様々な地域活動を積極的に行っている。

◆特に評価の高い点

働きやすい職場作り

- ・法人は「健康経営宣言」を行い、職員が心身ともに健康で活力のある日常生活を送り、自らの能力を最大限に活用して利用者支援に取り組めることを目指している。
- ・施設は、ワークライフバランスに積極的に取り組み、年間休日数122日、有給休暇取得日数15.5日、女性職員の育児休業取得率100%を実現し、職員が働きやすい職場となっている。
- ・職員の腰痛予防のためにノーリフトケア（抱えない介護）を推進し、移乗ロボットなどの介護補助機械を積極的に導入している。

人材育成の仕組み

- ・施設では、全職員が年度初め、「自己申告シート」に年間自己目標を記して直属上司に提出し、上司が毎年2回（6月、12月）の面談で進捗状況を確認、達成度を評価して今後の職務についての指導や助言を行っている。非正規職員についても年1回の面談を実施している。
- ・今年度の職員の自己申告には、介護福祉士を目指す、介護福祉士としての学びを深める（認知症、看取り、介護技術等）、組織内のキャリアアップなどがあり、職員の職務への意気込みを醸成している。

利用者サービスの質の向上への取り組み

- ・地域のボランティア組織との連携が図られ、ボランティア活動は施設周りの花壇の手入れ、書籍・新聞の読み聞かせ、喫茶の手伝い、アロマテラピー、施設行事の手伝いなど多岐にわたって行われており、ボランティアの力を活用して利用者の生活の質の向上につなげている。
- ・利用者を花の名前をつけたグループに分け、職員担当制となっていることは、職員と利用者の信頼関係が深まり、利用者を尊重したきめ細やかな観察と支援に繋げることが出来ている。

◆改善を求められる点

定期的な第三者評価受審と自己評価の実施

- ・今回の第三者評価受審は、平成7年開設後3回目、平成29年の受審以来7年ぶりであり、また評価基準を定めた自己評価も実施されていない現状があるので、定期的な第三者評価受審と毎年の自己評価の実施を期待する。

第三者委員の利用者家族等への周知

- ・相談・苦情解決マニュアルに苦情解決の体制(責任者の設置・苦情受付担当者の設置・第三者委員の設置)が明記され、法人HP内の情報公開サイトに記載し、施設内に掲示しているが、重要事項説明書には第三者委員名、連絡先の記載が抜けているので加筆し改訂することを望む。

災害用備蓄品の一元管理

- ・災害用備蓄品は、事業継続計画（災害BCP）に飲食料品とその他の災害用品の一覧表で記載し、管理責任者、補助者を決めて一元管理し、賞味期限と消費期限を定期的に点検することを望む。

夜間介護体制の整備

- ・介護職員等による喀痰吸引は、対象利用者が居ないとしているが、夜間の突発的に吸引が必要になった場合に対応できるよう、今後施設として喀痰吸引2号研修受講を推進し、喀痰吸引ができる夜間体制を整えることを期待する。

利用者のプライバシーの確保

- ・トイレの内部構造は、出入りし易さを優先したカーテン仕切りとなっているが、利用者の更なるプライバシー確保のために素材・寸法・間隔等の工夫をすることを期待する。

◆第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

・質の高い利用者サービスを提供するためには、一人ひとりの職員が研鑽を絶やさず、互いに協力し合あうことが必要である。そのためにはまず職員が働きがいを持つことのできる環境を作ることが重要であると考えており、評価点で挙げられているような取り組みを行っている。今後も働きやすい職場づくりを継続し、職員の知識・技術・モラルの向上に繋げていく。

・第三者評価は7年ぶりだが、市民オンブズマンの受け入れ・第三者委員の任命、積極的な介護・福祉実習生の受け入れを行い外部の評価を受けている。第三者評価の受審も定期的な実施を検討する。

・重要事項説明書に第三者委員の情報を記載する点については、適切な時期に改正する。改正にあたっては行政のひな型等を参考にする。

・災害用備蓄に関しては、同一建物内の他の施設・事業所と連携し、一元的に管理しており、適宜、見直しを進めていく。

・喀痰吸引2号研修は労力とコスト面での負担が大きく、慎重に検討する。

・プライバシーの確保については、築30年の当施設において常に改善を図るべき課題であり、指摘も踏まえて取り組んでいく。

◆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)	・法人の理念を法人HP（ホームページ）、法人パンフレットに掲載し、施設の基本方針を施設パンフレットに掲載して周知を図っている。 ・正規職員に法人の理念、使命、行動指針、職員の心構え、歴史等の詳細な項目を記載した職員ハンドブックを配布し、サービス会議等で活用し、職員に周知徹底を図っている。非正規職員には、入職時に説明をして理解を求めている。 ・利用者家族等には入所見学時や契約時に法人パンフレットで法人理念や氏名、施設の基本方針を説明して理解を求めている。	
		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)	・施設長は、大阪市老人福祉施設連盟役員、大阪市東淀川区福祉施設連絡会役員として各会議等に出席しており、行政の方針や地域の高齢者福祉状況を把握している。 ・法人本部での毎月の全施設長、事業所長の定例会議、幹部役員の経営会議に出席して、各施設、事業所の運営状況や地域福祉の現状の情報を共有している。 ・施設内での毎月のリーダー会議で施設の運営状況について話し合い、施設の運営課題を把握している。 ・法人本部の企画課が、法人全体と各施設の経営分析を行っている。	
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)	・法人の定例会議、経営会議で協議された経営課題と改善策については理事・評議員会議で報告され了承を得て実施に取り組んでいる。 ・承認を得た経営課題と改善策については施設内のリーダー会議、サービス会議等で周知を図り、事業計画に具体的な改善策を盛り込み、実施している。	

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。

b

(コメント)

・経営課題を明確化して3～5年の中期的目標、5～10年の長期的展望を示した中・長期経営計画を平成28年度に策定されている。
・中・長期経営計画は、経営課題を①サービス・業務内容、②職員（人事・意識改革）、③建物・設備（大規模修繕・修理）、④経営状況（予算・収支の適正化）、⑤地域関係（社会貢献）、⑥その他に分類して明確化して3～5年の中期的目標、5～10年の長期的目標を具体的に策定されている。
・しかし新型コロナ禍の影響で3年、5年毎の計画の見直しが実施されていない。今後、中・長期経営計画の実施状況を評価し、定期的に見直すことを期待する。

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)

・施設の単年度事業計画は、中・長期経営計画を踏まえて具体的な計画が策定されている。
・事業計画は施設の事業実施方針、実施事業項目と内容（規模）、重点課題を明確にして数値目標や具体的で詳細な行動計画となっている。
・行動計画は、サービス提供体制、サービスマネジメント、日課・サービス、行事・レクリエーション、専門的サービス、健康管理、会議、研修、防災・防犯及び危機管理、設備管理、地域活動、その他に分けて詳細な内容である。

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)

・次年度の事業計画を年度後半のサービス会議（全職員参加）に於いて職員意見や要望を聞き取り、リーダー会議で意見集約をして施設長が事業計画原案を策定している。原案は年度末の法人定例会議、幹部会議で協議し、法人の理事会で承認を得て決定されている。
・事業計画は、半年で進捗状況をリーダー会議で確認して見直され、年度末に実施結果を確認して協議され、次年度の計画策定につなげている。
・職員に対しては年度初めのサービス会議で事業計画書を配付し、詳しく説明して周知を図っている。

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)

・施設では、事業計画書を3階フロアのエレベーター前に配置し、利用者・家族等に周知が図られている。
・3月開催の家族交流会では利用者家族等に事業報告書と事業計画書の抜粋版（利用者の処遇に関する内容）を配布して施設長が説明をし、欠席した家族等には郵送して周知徹底が図られている。

		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)	・施設には、グループリーダーを長とし、介護職員、理学療法士、看護師をメンバーとする「サービス向上委員会」が設置され、2か月毎に会議が開催され、日々の排せつ、入浴、移乗、食事等の利用者支援内容を点検、評価し、改善策を検討し、現場にフィードバックするPDCAサイクルの体制が整備されており、利用者支援の質の向上が図られている。 ・今回の第三者評価受審は、平成7年開設後3回目、平成29年の受審以来7年ぶりであり、また評価基準を定めた自己評価も実施されていない現状があるので、定期的な第三者評価受審と毎年の自己評価の実施を期待する。	
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。	a
(コメント)	・「サービス向上委員会」が、日々の排せつ、入浴、移乗、食事等の利用者支援内容を点検、評価し、改善策を検討した結果は議事録にまとめられ、毎月のリーダー会議、サービス会議で職員に報告され、利用者支援の質の改善にフィードバックされている。	

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)	・施設長の職務は、法人の資格規程で明確にされており、施設長はサービス会議・職場討議、リーダー会議等の会議に出席して運営に関する自らの考えを職員に伝達している。 ・災害等の有事における事業継続計画に、施設長不在の時は、施設長代理に権限委任することが明記されている。	
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)	・施設長は、入職以来、法人研修、施設内部研修、外部研修に於いて人権研修等の様々な勉強会に参加し、福祉に携わる者が遵守すべき法令等について熟知している。 ・施設長は、サービス会議等に参加し、機会があるごとに就業規則をはじめ、介護職員等が遵守すべき基本的人権等に係る法例に関することを伝え、指導をしている。	

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。	a
(コメント)	・施設長は、本年度の事業計画書の冒頭に事業実施方針として利用者のサービスの質の向上のための具体的な4項目を明記し、全職員に対して年度初めのサービス会議で事業計画書を配付し、詳しく説明して周知を図っている。 ・施設内にサービス向上委員会を組織し、定期的にサービスの向上に向けた評価と分析を行い、施設が提供するサービスの課題を明確にして改善を図っている。 ・事業計画の中で施設内外の研修実施計画を策定し、職員一人ひとりが目指す介護福祉士等の福祉資格を自己申告させて、研修受講を積極的に推進している。	
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)	・施設長は、法人本部での毎月の全施設長・事業所長の定例会議、幹部役員の経営会議に出席して、施設の人事、労務、財務を含む運営状況を報告している。 ・施設長は、毎朝の職員連絡会議、毎月のサービス会議・リーダー会議等に出席して、職員の意見を積極的に聴いて働きやすい職場となるように尽力している。 ・職員の年間有給休暇取得率が100%となることを目指したり、また、お互いの良い処をほめる「いいね」活動を推進し、互いを認め合う職場風土作りに努めている。	

		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)	・施設の運営規程に必要な職員と職務を明記し、国の指定基準に従って有資格者を配置して施設運営を行っている。 ・法人本部の人事部門が、法人全体の新卒の正規職員募集を一元的に行っている。非正規職員は施設側で募集しており、HPの募集サイト、人材紹介会社、ハローワーク、敷地内掲示を活用している。 ・また、海外の福祉人材の獲得にも積極的に取り組み、ベトナムやインドネシアなどの外国人の介護職員や技能実習生も採用しており貴重な人材になっている。 ・新規採用職員養成は、先輩職員が「日常業務マニュアル」に沿って数か月間、マンツーマンの指導で行われている。	
Ⅱ-2-(1)-②	総合的な人事管理が行われている。	a
(コメント)	・法人理念、使命、行動指針に職員に期待することが明記されており、周知が図られている。 ・法人は、就業規則に資格規程を策定し、職務資格、資格基準、資格年数等を明確にし、「資格の定義」で資格別の行動評価基準が定められており、独自の「人事考課調整表」を用いて直属上司、施設長による厳正な人事考課が行われている。	

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)	・法人は「健康経営宣言」を行い、職員が心身ともに健康で活力のある日常生活を送り、自らの能力を最大限に活用して利用者支援に取り組めることを目指している。 ・施設は、ワークライフバランスに積極的に取り組み、年間休日数122日、有給休暇取得日数15.5日、女性職員の育児休業取得率100%を実現し、職員が働きやすい職場となっている。 ・産業医が配置され毎年1回の健康診断（夜勤者には2回）とストレスチェックを行っている。 ・職員の腰痛予防のためにノーリフトケア（抱えない介護）を推進し、移乗ロボットなどの介護補助機械を積極的に導入している。 ・職員の面談は定期的に年2回上司が行っているが、随時にも相談を受け付けている。また外部の相談窓口は、弁護士が配置され、事務所に氏名と連絡先が掲示されている。 ・職員の福利厚生に力を入れており、ボウリング大会、スポーツクラブ活動、家族旅行等への支援を行っている。	
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)	・施設では、非正規職員を含めた全職員が年度初め、「自己申告シート」に年間自己目標を記して直属上司に提出し、上司が毎年2回（6月、12月）の面談で進捗状況を確認、達成度を評価して今後の職務についての指導や助言を行っている。 ・今年度の職員の自己申告には、介護福祉士を目指す、介護福祉士としての学びを深める（認知症、看取り、介護技術等）、組織内のキャリアアップなどがある。	
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)	・法人理念、使命、行動指針に職員に期待することが明記されている。 ・今年度の事業計画の中に研修方針と研修項目別の具体的内容が示されており、それに沿った年間研修計画が策定され、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。	a
(コメント)	・職員一人一人が自己申告シートに年間目標を設定し、それに沿った認知症介護実践者研修、実務者研修、精神福祉士等の外部研修や法人内研修を受講できるように金銭面の補助や勤務面の支援が行われている。 ・新入職員には、数か月間のOJT研修が行われている。 ・内部研修は非正規職員を含む全職員がWEB研修をパソコンや携帯端末や紙面で随時、自宅でも受けられるようにしている。	
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)	・施設では実習生受け入れマニュアルを整備し、毎年、実習生を受入れて、記録を残している。 ・実習指導は、実習指導者養成を受講した職員が当たっている。 ・昨年度は、5大学、3専門学校から社会福祉士養成、介護福祉士養成、教員養成、インターンシップなどの実習生を延べ170人を受け入れて実習が行われている。	

		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)	・法人HPに理念、決算報告書、事業報告、苦情解決報告等、施設HPには基本方針、提供するサービス内容が分かりやすく、詳細に公開されている。 ・建屋1階フロアには、苦情受付・解決体制が掲示され、3階フロアには事業計画がファイル化して配置されている。 ・施設HPにはブログやインスタグラムが設けてあり、利用者の日頃の様子や行事内容が確認できる。 ・総合福祉施設メゾンリベルテ全体で毎年、広報誌が発行され、地域に配付されている。	
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)	・法人本部には全施設の経理を統括する部署を設置し、経理規程を定めて各施設の内部監査を行っている。 ・総合福祉施設メゾンリベルテの事務長が経理規程に従って経理業務を統括している。 ・法人全体の運営状況を外部の会計事務所が毎年、監査を行っており、その結果を法人HPに公開している。	

		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)	・法人の行動指針、施設の運営規程に地域と連携し地域活動に貢献すると明記し、事業計画で具体的な活動計画を策定し、総合福祉施設メゾンリベルテ全体で様々な形で地域住民と交流している。 ・「リベルテまつり」がボランティアの協力も得て10月に開催され、利用者家族や地域住民が参加して交流を楽しんでいる。 ・建屋1階の地域交流センターでは、近隣の保育所の園児が歌を歌ったり、利用者との交流している。 ・来年度には隣の東淀川区民センターと共催の祭りを開催する予定にしている。	
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)	・施設では様々なボランティアのマニュアルを整備しており、地域のボランティアグループ「コスモス会」のメンバーがボランティア担当職員と協働して様々な活動を行っている。 ・ボランティア活動は施設周りの花壇の手入れ、書籍・新聞の読み聞かせ、喫茶の手伝い、アロマテラピー、行事の手伝いなど多岐にわたって行われている。 ・総合福祉施設メゾンリベルテとして近隣の中学・高校の福祉教育に協力して職員が出前授業を行っている。	

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)	・施設では、地域関係担当職員を配置して窓口とし、大阪府、大阪市、東淀川区、地域団体と連携して様々な地域貢献や地域交流を行っている。 ・例えば、ボランティアグループ「コスモスの会」、大阪しあわせネットワークとの連携、福祉避難所の運営、認知症高齢者緊急ショートステイ事業の実施等に取り組んでいる。	

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)	・施設長が、大阪市老人福祉施設連盟の理事の任にあり、大阪市内地域ブロック内福祉施設との災害発生時の相互応援の協定を結んでいる。 ・法人は東淀川区南西部地域包括支援センターを受託運営をして、建屋内の柴島プランチ高齢者在宅サービス「ベラミ」に総合相談窓口を開設して地域の福祉ニーズの把握に努めている。	
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)	・総合福祉施設メゾンリバルテでは、認知症緊急ショートステイ事業、大阪しあわせネットワーク事業、ライフステーション事業（鍵預かり、見守りキーホルダー、お茶会開催）、若年性認知症をテーマにした映画の無料上映会開催、福祉避難所の協定締結と防災講座の開催等を行っており、施設職員も活動に協力をしている。	

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)	・法人が定める理念「自彊不息」、使命、行動指針に利用者を尊重した支援の在り方を示しており、「職員ハンドブック」の冒頭に記載して職員に周知を図っている。 ・施設では「サービスの基本心情」「職員の心得」「介護の心得」を作成して、利用者支援の姿勢や方法を具体的に示して職員の人権意識の向上を図っている。 ・施設では、職員の人権意識の向上のために「虐待抑制・防止委員会」「身体拘束適正化委員会」を開催し、職員に対して内部研修を行っている。	
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)	・施設では「サービスの基本心情」「職員の心得」「介護の心得」を作成して、利用者支援の姿勢や方法を具体的に示して職員の人権意識の向上を図り、プライバシーに配慮した支援の提供に努めている。 ・新任職員には、「新任職員研修OJTチェックシート」でプライバシーへの配慮、気配り、言葉遣いなどの項目について研修を行い、利用者本位のサービス提供の重要性を示している。	

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)	・法人ホームページ、パンフレットに理念、使命、法人の歴史、事業内容等を掲載し、施設パンフレットにはサービス提供方針、サービス内容を詳しく記載している。 ・入居希望者や見学者には法人と施設のパンフレットを配布し、主として施設長代理がDVDの紹介映像で説明を行っている。 ・ショートステイの居室を使って体験入所の希望にも対応している。	
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)	・生活相談員が、入所契約時に重要事項説明書・契約書に沿って福祉サービスの内容の説明を行っている。 ・サービス開始・変更時には、生活相談員や介護支援専門員が利用者や家族等に説明し、同意書を個別ファイルに保管している。	
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
(コメント)	・利用者が病院に入院するときには、生活相談員が入院先の担当者に介護サマリーと看護サマリーを提供し、詳しく説明を行っている。 ・利用者の退所時や死亡時には生活相談員が、今後の窓口担当者として家族に説明している。 ・昨年度、在宅に復帰した利用者には、家族と居宅介護支援専門員と連携し、短期入所を利用しながら支援を継続している。	

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)	・施設では、苦情までには至らない利用者・家族の声を汲み取るための「お聞かせください」の仕組みが作られ、家族からの意見や要望を聞き、サービスの質の向上に努めている。 ・毎年3月と7月に家族交流会を開催し、施設長、施設長代理が出席し家族との懇談を行い、施設が提供するサービスなどについて話し合い、サービスの質の向上に努めている。	

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。	b
(コメント)	・相談・苦情解決マニュアルが策定され、苦情解決の体制(責任者の設置・苦情受付担当者の設置・第三者委員の設置)が整備されており、法人HP内の情報公開サイトに記載し、施設内に掲示して周知を図っている。しかし重要事項説明書には第三者委員名、連絡先の記載が抜けているので加筆し改訂することを望む。 ・各フロアに大きな意見箱が設置されており利用者家族はいつでも自由に要望、意見、苦情を申し出ることができる。 ・苦情内容については苦情受付票に記載され、対応内容を記録して内容により1階フロアに掲示されている。法人HPの情報公開サイトには過去10年間の苦情件数、苦情解決報告内容が公表されている。	

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。	b
(コメント)	・相談・苦情解決マニュアルに苦情解決の体制(責任者の設置・苦情受付担当者の設置・第三者委員の設置)が明記されているが、重要事項説明書には第三者委員名、連絡先の記載が抜けているので加筆し改訂することを望む。 ・1階フロアに、相談、要望、苦情窓口として施設長、生活相談員、第三者委員の氏名・連絡先が掲示され、意見箱と記入用紙が設置され、相談室として1室が設けられている。	
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
(コメント)	・施設は、苦情までには至らない利用者・家族の声を汲み取るために「お聞かせください」の仕組みを作り、また意見箱を1階、3階、4階のフロアに設置し、家族からの意見や要望を積極的に聴く姿勢を示している。 ・利用者・家族等からの相談、要望、苦情の受付から解決に至る手順が「相談・苦情解決マニュアル」に定められ、受付記録を整備し、申し出者には速やかに解決策を連絡している。 ・苦情内容については苦情受付記録で職員間で情報共有し、またサービス向上委員会に於いて内容を検討し改善策を協議して、法人ホームページに公表をしている。	
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)	・施設には「危機管理」に関するマニュアル・対応指針・対応フロー図・緊急連絡網等が詳細に分類して整備されている。 ・施設長を委員長とするリスクマネジメント委員会が設置され、その下に防災管理委員会、事故防止委員会が担当を決めて別途、設置されており、発生事例の改善策・再発防止策が検討されている。 ・事故防止研修は、毎年の内部研修で繰り返し実施されており、現在はWEB研修形式で全職員が受講することとなっている。	
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)	・施設には感染に関するマニュアルとしてMRSA感染症・新型コロナ感染症・疥癬対応マニュアルなどが整備されている。 ・グループリーダーを長とし看護師と介護職員をメンバーとする感染症対策委員会が年4回、開催され、また内部研修が毎年、実施されており、新型コロナウイルス、インフルエンザなどの感染症予防、ノロなどの食中毒発生時対応ができるように取り組みがなされている。 ・感染症発生時の事業継続計画(感染症BCP)が策定されており、有事に備えられている。	
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やっている。	b
(コメント)	・総合福祉施設メゾンリベルテ全体で防災管理委員会が設置され、建屋全体の防災訓練計画が策定されており、夜間、昼間、火災、地震、津波等の様々なケースを想定して毎月避難訓練、通報訓練が行われ、有事発生に備えている。 ・自然災害発生時の事業継続計画(BCP)が策定され、災害備蓄品が4階と5階に保管されている。飲食料品の備蓄管理は管理栄養士が担当となっているが、その他の災害用備蓄品は管理者が複数人に分かれているのでBCPに一覧表で記載し、管理責任者を決めて一元管理することを望む。 ・総合福祉施設として要援護者の福祉避難所として東淀川区と締結し、また災害発生時に東淀川区内の福祉施設間で互いに応援するという形で「東淀川区災害時相互応援協定」を締結して地域防災にも協力をしている。	

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)	・施設には、サービスマニュアルとしてケアプラン、ケースカンファレンス、排泄介助、オムツ交換、移乗介助、入浴介助、食事介助等の13項目の手順書が策定されており、必要な箇所には利用者の人権尊重やプライバシーに配慮した手順が記載され、職員に周知が図られている。 ・新規採用職員養成は、サービスマニュアルに基づく「日常業務マニュアル」に沿って、先輩職員によるマンツーマンの指導が数か月間に亘り行われている。	
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)	・施設では、グループリーダー、理学療法士、介護職員、看護師、管理栄養士をメンバーとする「サービス向上委員会」が年6回開催されて、日々の排せつ、入浴、移乗、食事の業務内容を振り返りを行い、改善策を検討してサービスの提供方法が見直されている。また、ノーリフトケア実現のために様々な新しい介護サポート機械が導入され、介護サービス提供方法の見直しが行われている。	

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)	・施設には計画作成担当者として介護支援専門員4名（1名は産休中、1名は短期入所担当）が配置されている。 ・各グループの担当介護職員が3か月毎に介護計画実施状況をモニタリングし、介護記録入力ソフト内に記録をし、館内ネットワークシステムで情報共有されている。 ・各利用者に対するケアカンファレンスは3か月毎に担当介護職員、介護支援専門員、生活相談員、看護師、理学療法士、管理栄養士が出席して開催している。その後に介護支援専門員が医師の所見、日々の介護記録、モニタリング記録を確認し、利用者の状態のアセスメントを実施して施設サービス計画書が作成されている。 ・身体状態が重度化している利用者や身体状態に変化があった利用者のサービス計画の見直しについては、身体状態に合わせて随時行われている。	
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)	・各利用者に対するケアカンファレンスは3か月毎に担当介護職員、介護支援専門員、生活相談員、看護師、理学療法士、管理栄養士が出席して開催し、その後に介護支援専門員が医師の所見、日々の介護記録、モニタリング記録を確認し、利用者の状態のアセスメントを実施して変化があれば、施設サービス計画書の見直しが行われている。 ・利用者の状態に変化があった時点で臨時のケアカンファレンスを行い、サービス計画の見直しが行われている。	

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)	・施設では介護記録入力ソフトが導入され、利用者の身体・生活状況が統一した様式で記録されており、館内ネットワークシステムで介護職員、看護師、理学療法士、管理栄養士等の職員間の情報共有の便宜が図られている。 ・新入職職員にはパソコンでの記録入力方法のマンツーマン指導が行われている。	

	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) ・施設には個人情報管理規程、文書管理規程が整備され、管理責任者、文書の保管期間、廃棄時期・方法、個人情報の取り扱い方が明文化されている。 ・パソコン入力、閲覧に関して、職員一人ひとりにパスワードが付与され、職階別に閲覧権限が設けられ、またUSBポートがロックされ、パソコンサーバーのセキュリティ対策が強化されており、情報管理が徹底されている。	

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)	・生活相談員が入所時の面談で、個人の生活背景や嗜好を聞き取り支援に繋げている。 ・一人一人のニーズに応じて、外出・買い物等の個別支援を行っている。 ・外部の専門指導員による音楽リハビリテーション、ボランティアとの協同による図書の読み聞かせや喫茶、絵画クラブ、フラワーアレンジメントなどの文化的活動に利用者が参加できるよう支援している。		
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)	・入居者一人ひとりに、担当職員が配置され、個別に思いや希望を聞く体制となっている。 ・接遇マナー研修や接遇の自己チェック表を用いて、利用者の尊厳に配慮した接し方や言葉使いとなるように職員を指導している。 ・サービス担当者会議やグループミーティング（利用者を6グループに分けてケアを行っている）の中で、コミュニケーションの方法や支援について、定期的に検討を行っている、		
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)	・法人の行動指針の指針2に利用者の人格の尊重を明記し、施設マニュアルのA「サービスの基本心情」に人権擁護を掲げて、職員に遵守することを義務付けている。 ・高齢者虐待防止・抑制廃止委員会を設置し、虐待防止・抑制廃止のための研修を行い、発生時の対応手順を施設マニュアルに定めて職員に周知を図っている。 ・身体拘束の廃止に取り組んでおり、緊急やむを得ない時の身体拘束の手順も整備されている。		

			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)	- フロア全体は明るく広々として整理整頓されており、廊下歩行途中で休憩できるようソファが設置されている - 居室形態は多床室であるが、パーテーション・カーテン等によりプライバシーが確保できるように工夫されている。 - 入居者個人の嗜好やこれまでの生活を尊重した飾りつけや家具を選択・配置され、利用者にとって快適でくつろげる空間となるよう工夫している。		

		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）	・入浴設備は、複数の種類の機械浴があり、その選別は、利用者の心身の状態や意向を踏まえてチームで話し合い選択している。 ・入浴介助は、職員がマンツーマンで行えるよう人員を配置し安全に配慮して行っている。 ・入浴前に体温・血圧等の測定を行い、施設の基準に加え、個々の利用者の状態に合わせて看護師が入浴の可否を判断している。	
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。	b
（コメント）	・排泄の支援について、3か月に1回のモニタリング及び6か月に1回のサービス担当者会議で検討と見直しを行っている。 ・排泄に関して、心身の状況を踏まえて職員が見守りを行い、介助を行う際には、利用者の尊厳や羞恥心に配慮している。 ・トイレは、カーテンでの出入りになっており、プライバシー確保のために設備面で長さ・素材・すきま等に関して、より工夫されることを期待する。	
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）	・移動の自立に向けて、理学療法士により個別機能訓練計画を立案している。 ・利用者の心身の状況に合わせて、安全に移動介助が出来るように移乗・移動・歩行誘導・ポジショニングの研修を理学療法士が中心となり実施している。 ・利用者の心身の状況に合わせて、床横行型リフト・車いす・歩行器等の福祉用具をサービス担当者会議等により複数の職種で検討し選択して使用している。	
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。	b
（コメント）	・調理は施設内の厨房で委託業者により、衛生チェック表でのチェックをしながら衛生的に実施している。 ・利用者の食事状況は、管理栄養士がミールラウンドを毎日実施したり残食チェックを行い、食事会議を通して献立や提供方法に反映させるようにしている。 ・選択食については、委託業者の調理になったことで中断しており、何らかの方法で食事を選択できる機会が再開されることを期待する。	
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）	・食事の形態は、「普通食・ひとくち大・ソフト食・刻み食・ミキサー食」があり、利用者の嚥下の状態を管理栄養士・介護士・看護師等が評価し、サービス担当者会議で検討し、選択している。 ・必要な利用者には、フロアで職員が、水分にとろみを調整して提供している。 ・利用者一人一人の栄養状態を把握し、栄養ケア計画を作成し食事に関する支援を行っている。	

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）	・ 歯科衛生士による口腔ケアに関する研修を年２回実施している。 ・ 希望者には、歯科医師による訪問診療を行い、歯科衛生士による口腔ケアも実施している。 ・ 全利用者に対して口腔ケアアセスメントを行い、利用者の状況に応じた口腔ケアを実施している。	
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）	・ 褥瘡発生予防のため「褥瘡対策指針」「褥瘡対策マニュアル」を整備し、褥瘡予防について標準的な実施方法を確立し取り組んでいる。 ・ 利用者入居時は、看護師による全身の皮膚状態のチェックを行い、褥瘡のリスクの高い利用者や褥瘡を発生した利用者には、エアーマットを使用したり、ポジショニングの検討、体位交換の計画等の発生予防や治癒に向けた対策をチームで取り組んでいる。 ・ 褥瘡対策委員会を設置し、看護師・理学療法士・管理栄養士・介護士等の多職種で褥瘡の発生と重症化防止に取り組んでいる。	
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。	b
（コメント）	・ 経管栄養は看護師により実施されている。 ・ 介護職員等による喀痰吸引は、対象利用者が居ないとしているが、夜間の突発的に吸引が必要になった場合に対応できるよう、今後施設として喀痰吸引２号研修受講を推進し、喀痰吸引ができる夜間体制を整えることを期待する。	
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。	a
（コメント）	・ 利用者の心身の状況に合わせて、個別機能訓練計画を立案し、一人一人に応じた機能訓練や介護予防活動を行っている。 ・ 整形外科医の診察も定期的に行われ、骨関節疾患に対しての加療や助言も行われている。 ・ 自分で出来る事は自分ですることを基本に、生活リハビリや日中活動への参加を通じて、介護予防に取り組んでいる。	
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）	・ 認知症ケアの実践のために、日常生活能力や生活歴について、入所時の面談にて情報収集し記録している。必要に応じ24時間シートやケアチェック表を用いて観察と記録を行い、アセスメントしている。 ・ 職員全員が認知症基礎研修を受講し、更に認知症介護実践リーダー研修、同じく実践者研修への受講も推進し、最新の認知症ケアを学んでより良いケアを目指している。 ・ 大阪市老人施設連盟が実施する認知症個別訪問相談事業を依頼しており、ケア困難事例等には、認知症ケアの専門家の訪問及び助言を受けて対応に繋がったり、精神科医師の訪問診療で薬の調整を行ったりしている。	

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）	・利用者の急変時の対応手順マニュアルが整備され、大阪市北区の総合病院と協力医療機関としての協定書を交わし、連携体制を確立している。 ・夜間帯は、オンコール体制にて介護職員が看護職員に連絡及び相談できる体制をとっている。 ・看護師により、服薬や副作用等に関する研修を実施したり介護職員へ利用者の体調の注意点を申し送っている。	

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）	・利用者が終末期を迎えた時の対応について「看取りケアに関する指針」を作成している。 ・利用者が終末期を迎えた時には、家族に病状説明を行い、終末期ケアの同意を得るとともに専用の様式に、対応や利用者本人の言葉を記録し、手厚いケアを実施している。 ・利用者が看取りの状態になれば、静養室に入り、個室でご本人や家族がゆっくりと過ごせる環境を整えている。	

		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）	・SNSに入居者の様子を写真でこまめに投稿するとともに、家族へ向けて、年1～2回「ジュネスからのお便り」を発行し、施設での様子を発信している。この際の顔の露出については、事前に同意書をもって同意を得ている。 ・利用者個人の様子については、6か月に1回のケアプラン更新時に家族に報告するとともに、変化があった時には、タイムリーに家族に連絡し報告している。 ・家族交流会を毎年2回開催し、家族が直接意見を言える場を設けている。	

		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はないので非該当とする。	

利用者への聞き取り等の結果

調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホームジュネスの利用者又はその家族
調査対象者数	104 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たうえて、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）

利用者等104名にアンケート用紙を配付し、48通を回収した。回収率は46.2%であった。

○回答の内、満足度90%以上は次の6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。
- ・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すか。

○回答の内、満足度80%以上は次の6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。
- ・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。
- ・施設に金銭管理を依頼した際、あなたや家族の意向に沿って適切に管理をしてくれますか。
- ・あなたの居室は安全で快適ですか。

○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。

- ・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。

- ・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。

- ・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いますか。

自由意見としては、次のようなものがあった。

【感謝の言葉】

- ・いろいろなイベントや状況の連絡や家族の気持ちに寄り添って下さり感謝しています。
 - ・いつも温かく見守っていただき感謝です。
- など感謝やお褒め言葉が多数寄せられている。

【要望の言葉】

- ・散歩など外に行きたい。
- ・できるだけ話しかけて欲しい。

以上

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