

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名 : ユニット型老人ホーム サンライフひろみね

(地域密着型介護老人福祉施設)

評価実施期間 2024 年 8 月 5 日 ～ 2025 年 12 月 8 日

実地（訪問）調査日 2024 年 10 月 17 日

2025 年 12 月 8 日

特定非営利活動法人

はりま総合福祉評価センター

様式第1号

兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人 はりま総合福祉評価センター

②施設・事業所情報

名称：ユニット型老人ホーム サンライフひろみね		種別：地域密着型介護老人福祉施設		
代表者氏名：植田 智		定員（利用人数）：	29名	
所在地：〒670-0882 兵庫県姫路市広峰1丁目4番55号				
TEL 079-283-2800		ホームページ：http://sasayurikai.or.jp		
【施設・事業所の概要】				
開設年月日：平成20年4月1日				
経営法人・設置主体（法人名）：社会福祉法人 ささゆり会				
職員数	常勤職員：	12名	非常勤職員：	15名
専門職員	施設長	1名	生活相談員	1名
	特養介護員	17名	看護師	3名
	介護専門員	1名	管理栄養士	1名
	厨房職員	1名	事務員	1名
施設・設備の概要	居室 個室	29室	食 堂	3室
	介護材料室	1室	相談室	1室
	厨 房	1室	浴 室	3室
	共用トイレ	3室	サーバー室	1室

③理念・基本方針

基本理念

1. 基本的人権の尊重
2. 健全育成・援護の実現
3. 社会的自立の助長
4. 地域福祉への貢献

サンライフひろみねサービス十か条

1. 笑顔で「おはようございます」「いらっしゃいませ」「ありがとうございました」「こんにちは」「失礼します」と挨拶をします。
2. 介護をする側の職員が優位に立つのではなく、入居者はお客様であることを忘れません。
3. 「何もかもしてあげる」のではなく、一人一人の自立を目指したサービスを行います。
4. 職員がもつ専門性をより一層高め、お客様一人ひとりに合った個別サービスを実現します。
5. 悩んだら、迷ったら、お客様の思いに立ち返って考え、行動します。
6. お客様の意思を最大限に尊重して介護をし、そして施設の情報も公開します。
7. 食中毒、感染症を出さないように衛生管理を徹底し、美味しい食事を出すことに努めます。
8. 実習、ボランティアを積極的に受入れ、行事・外出・クラブ活動を行います。

9. サンライフひろみねの機能を最大限に発揮して、地域の福祉向上に貢献します。
 10. 地域の人と共に行事を行い、地域との交流を図ります。
 私たち職員・非常勤職員は、上記 10 ヶ条をいつも忘れずに行動します。

④施設・事業所の特徴的な取組

個人浴槽を設置し、マンツーマンでの入浴を実施。個別にて対応する事によって、プライバシーにも配慮し、ゆっくり入浴ができています。
 季節に応じて外出レクを行い、気分転換を図っている。季節感を感じ、生きがいや楽しみが得られるようおやつレクや外出等様々なレクリエーションを実施し支援をしている。

⑤第三者評価の受審状況

評価実施期間	平成 6 年 8 月 5 日（契約日）～ 平成 7 年 12 月 8 日（評価結果確定日）
受審回数 （前回の受審時期）	2 回（平成 28 年度）

⑥総評

◇特に評価の高い点

- **個別的な福祉サービス実施計画をベースに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配慮が行われています。**

ケアプラン作成時の担当者会議などを通じても利用者に応じた過ごし方ができるように生活歴や聞き取りも工夫され、それぞれの介護マニュアルをもとにケアプランに沿った支援がされています。また、日中の活動にも利用者個々の希望などに沿うように、ラジオ体操、みろく寺への散歩、フラワーアレンジメントやおやつ作りなど多様な活動を考えて支援されています。

- **終末期の対応をはじめ、褥瘡や喀痰吸引など利用者の状況に合わせた介護体制を確立し、生活の充実が図られています。**

終末期の対応をはじめ、褥瘡や喀痰吸引など利用者の状況に合わせた介護業務のマニュアル等の整備や研修が実施されており、日中はもとより夜間も、管理者や看護師、医師との連携をもとに迅速に対応出来る体制が確立しています。これによって、利用者の状況について職員間の情報共有が図られ、利用者の生活の充実と改善が行われています。

◇改善を求められる点

- **サービス全般に関するアンケート調査や聞き取りの仕組みをつくり、利用者満足度の向上に向けた取り組みの充実が必要です。**

意見箱の設置もされ、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮に関する取り組みはうかがえますが、利用者の満足度の向上を目的としたアンケートは実施されていません。今後は、利用者や家族に分かりやすく説明した資料を作成するとともに、サービス全般に関するアンケート調査や聞き取りの仕組みをつくり、利用者満足度の向上に向けた取り組みの充実が必要です。

⑦第三者評価結果に対する施設・事業所のコメント

--

⑧各評価項目に係る第三者評価結果

別紙の「第三者評価結果」に記載している事項について公表する。

(別紙)

第三者評価結果

※すべての評価細目について、判断基準（a・b・cの3段階）に基づいた評価結果を表示する。

※評価細目毎に第三者評価機関の判定理由等のコメントを記述する。

評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ－１ 利用者本位の福祉サービス

		第三者評価結果
Ⅲ－１－(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
28	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＞ ○ 法人の基本理念及びサンライフひろみねのサービス１０ヶ条が定められており、毎年法人による研修を全員が受けておられます。その精神はサービス提供にも反映されています。 ○ 今後は、事業所独自でも利用者を尊重した福祉サービスの提供が継続できるようなセルフチェックの仕組みづくりが求められます。		
29	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。	a
＜コメント＞ ○ プライバシー保護について、接遇研修や理念研修にて職員への理解が図られています。また、事故などが起こった場合にも事故報告書の書き方や注意点などについても事業所での対応方法や手順、管理者等への報告、報告書の記入などについても明記されて伝達されています。		
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。		
30	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＞ ○ 利用者家族へ手渡しで説明時に使う資料などは、カラー刷りで、図や写真も入ってわかりやすいものがあります。 ○ 今後は、理念や基本方針１０ヶ条などを、利用者家族へもわかりやすいかたちで掲示や実践に向けた取り組み、工夫が望まれます。		
31	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。	b
＜コメント＞ ○ 福祉サービスの開始時や内容に変更がある場合には、必ず事前に説明を行い、必要書類も提示しておられます。見にくい料金表は別に見やすい資料を用意されています。 ○ 今後は、意思決定が難しい利用者家族への配慮された文書化と、更にわかりやすい説明が望まれます。		

32	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＞ ○ 福祉サービスの継続性に配慮して、介護職と看護職により作成された引継文書と手順書にて対応しています。また、退所後も管理者及び職員全員で相談に対応しています。 ○ 今後は、福祉サービスの終了した後も、利用者・家族等が相談できる担当者や窓口を設置し、退所後の相談方法を文書化していくことが望まれます。		
Ⅲ-1-(3) 利用者満足の上昇に努めている。		
33	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。	c
＜コメント＞ ○ 現在、利用者の満足度の上昇を目的としたアンケートは実施されていません。今後は、サービス全般に関するアンケート調査や聞き取りの仕組みをつくり、利用者満足度の上昇に向けた取り組みの充実が必要です。		
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。		
34	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＞ ○ 相談苦情マニュアルを作成し、職員と共有されており、意見や苦情等があった場合にマニュアルに沿った対応をされています。 ○ 今後は、利用者アンケートを実施するなど、利用者家族が匿名などでも意見を出しやすい取り組みが望まれます。		
35	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＞ ○ 相談や苦情の受け付け窓口は契約書や施設玄関に掲示されています。また、個室の相談室が準備されており、相談しやすい環境があります。 ○ 掲示されている契約書や需要事項説明書は文字が小さく、相談方法や多様な相談ができることを説明した分かりやすい文書の掲示が望まれます。		
36	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＞ ○ 意見箱の設置もされ、日々の福祉サービスの提供において、利用者が相談しやすく意見を述べやすいように配慮し、面会や電話などで家族からの意見を聞く取り組みも行われています。 ○ 今後は、利用者や家族からの意見や相談を積極的に聞き取る工夫とフィードバックの方法を明確にしていくことが望まれます。		

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。		
37	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＞ ○ 利用者の安心と安全を確保するためリスクマネジメント体制が構築され、ヒヤリハット報告や事故報告等は事故委員会で確認されて、対応策が検討され実施されています。規定やマニュアルも整備されて活用されています。		
38	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＞ ○ 感染症に関するマニュアルは作成されています、また、ノロウイルスやインフルエンザに関する研修も実施されています。 ○ 今後は、マニュアルの定期的な見直しと更新した日付の記録が求められます。		
39	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。	a
＜コメント＞ ○ 災害時における利用者の安全確保のため「防災・リスクマネジメント・事故防止・苦情対策」の委員会が設置され、必要な対応が行われています。また、BCP（業務継続計画）の策定により、定期的な訓練を実施するとともに、食品や備品等の備蓄も行っています。		

Ⅲ-2 福祉サービスの質の確保

		第三者評価結果
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。		
40	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＞ ○ 各種の規定や、標準的な介護サービスの実施方法について文書化されています。介護マニュアルにはわかりやすくモデルによる図解で明示されています。 ○ 今後は、マニュアルや実施方法にもとづいて実施されているかどうかを確認する仕組みづくりが望まれます。		
41	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＞ ○ 標準的な実施方法は随時、会議にて見直しが行われ、サービス内容を必要に応じて変更されていますが、介護マニュアルや各種規定について、定期的に見直しをする仕組みは確認できませんでした。 ○ 今後は、マニュアルの検証・見直しについて具体的な仕組みづくりが望まれます。		

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。		
42	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> ○ アセスメントシートは3か月か6か月に1回実施されています。居室担当の職員が主にアセスメントを行っていますが、リーダーや計画作成担当者はもちろん、他の職員や家族からの話もうかがったりしてケアプランが作成されています。		
43	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> ○ ケアプランは基本的には6か月に1回の更新とされていますが、利用者の心身の状態に急変があった場合にはその期間に限らず評価を行い、見直しを行っています。 ○ 今後は、ケアプランを緊急に変更する場合の仕組みを明確にしていくことが望まれます。		
Ⅲ-2-(3) 福祉サービス実施の記録が適切に行われている。		
44	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> ○ 介護ソフトを活用し、利用者個別の実施状況が統一した様式に記録され、担当者会議で共有される仕組みになっています。また、ケアプランが利用者のより良い暮らしに繋がるようにケアプラン研修を全職員対象に実施されています。		
45	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> ○ 個人情報保護規程や方針を定め、職員に対しプライバシー保護に関する研修が6月に実施されています。また、個人情報の取り扱いについては、利用開始時に利用者や家族に分かりやすく説明されていることがうかがえました。 ○ 今後は、職員に対し、個人情報保護規定の周知と理解を深めていくことが望まれます。		

A 内容評価基準

A-1 生活支援の基本と権利擁護

		第三者評価結果
A-1-(1) 生活支援の基本		
A①	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な工夫している。(特養)	a
A①	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。(養護、軽費)	非該当
A②	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

特記事項

○ 利用者の初回面接としてインテーク面接を行って、利用者個々の生活歴だけでなくそれぞれに合った生活が送れるように支援されています。 ○ ラジオ体操、みろく寺への散歩、フラワーアレンジメントや、おやつ作りなど日中の活動にも利用者個々の希望などに沿うようにプログラムを考えて支援されています。 ○ ユニット会議やケアプラン作成時の担当者会議などを通じても利用者に応じた過ごし方ができるように生活歴や聞き取りもされて工夫されています。 ○ 利用者と職員、職員同士、職員とリーダーや管理者とのコミュニケーションを大切にされており、さまざまな情報が入り、共有されるよう日頃から取り組まれています。 ○ 居室担当の職員が中心となって、利用者とのコミュニケーションや情報の収集をされていますが、日々の記録、ユニット会議などを通じても利用者の日々の様子も見ながら個々に合ったコミュニケーションをとるように工夫されています。

		第三者評価結果
A-1-(2) 権利擁護		
A③	A-1-(2)-① 利用者の権利侵害の防止等に関する取組が徹底されている。	b

特記事項

○ 接遇研修、虐待防止指針及びマニュアルなどを通じて職員研修をされており、利用者の尊厳を守る取り組みをされています。また、不適切ケアの防止についても取り上げて研修されています。 ○ 今後は、権利擁護のための取組について職員が具体的に検討する機会を実施されることが望まれます。
--

A-2 環境の整備

		第三者評価結果
A-2-(1) 利用者の快適性への配慮		
A④	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

a

特記事項

- 施設は、木目や明るい色調の内装で窓も大きくとられていて明るい雰囲気が保たれています。
- 利用者家族からも環境整備についての意見や希望も聞いて反映されています。
- 廊下には椅子やソファが置かれて、くつろげるよう配慮されています。
- 居室には、利用者自身の持ち物筆筒や置物も自由に置けるよう声かけされています。

A-3 生活支援

		第三者評価結果
A-3-(1) 利用者の状況に応じた支援		
A⑤	A-3-(1)-① 入浴支援を利用者の心身の状況に合わせて行っている。	b
A⑥	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
A⑦	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
A⑧	A-3-(1)-④ 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	a
A⑨	A-3-(1)-⑤ 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	a
A⑩	A-3-(1)-⑥ 安眠できるように配慮している。	a

特記事項

- 生活支援については、それぞれの介護マニュアルをもとにケアプランに沿った支援がされています。また、各居室には見える化表を掲示し、排泄、体位交換や移動等について全職員が同じようにケアができるよう工夫されています。
- 週に1回はPTによる機能訓練に関する指導や相談も受けながら、それぞれの利用者の機能訓練計画書の確認がされています。
- 利用者の希望や好みを聞きながら、衣類を選んだり、化粧を支援したり、理美容の内容も選べるように料金表が掲示されています。
- 利用者個々の好みや安眠できる環境を考慮して、照明のスイッチのところに、照明の明るさの好みを設定しています。寝具も好みを聞いて持参されたりレンタルされたり自由でできるよう工夫されています。
- 今後は、利用者の意向に応じて、入浴日を変更したり、柔軟に対応していく仕組みを明確にしていくことが望まれます。

		第三者評価結果
A-3-(2) 食生活		
A⑪	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
A⑫	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
A⑬	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

特記事項

- 毎日の食事では、1日は赤飯、10日はうなぎ、20日はお寿司と人気のメニューを定期的に入れるなど工夫もされ、また安全衛生管理マニュアルにより安全性にも配慮されています。
- 利用者によって違う食事のペースや時間帯など可能な限り柔軟性をもって対応されています。
- 食事介助時に予想される食事介助エラーモードや、緊急時マニュアル、事故予防規定なども職員で共有されながら安全性にも配慮されています。
- すべての利用者について、歯科医師、歯科衛生士の指導のもと、口腔内チェックを毎日実施されています。
- 今後は、食事の選択や口腔ケアの研修の機会を設けていくことが期待されます。

		第三者評価結果
A-3-(3) 褥瘡発生予防・ケア		
A⑭	A-3-(3)-① 褥瘡の発生予防・ケアを行っている。	a

特記事項

- 褥瘡防止対策として、起きたまま、寝たまま、栄養面、おむつのあて方にも配慮されています。各居室に掲示している見える化表には、必要な利用者には体調に合わせた体位交換の時間が明示されています。

		第三者評価結果
A-3-(4) 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養		
A⑮	A-3-(4)-① 介護職員等による喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立し、取組を行っている。	a

特記事項

- 現在は経管栄養の利用者はおられず、喀痰吸引については資格を持つ介護職員が、定期的な研修や看護師等の個別指導を受けながら安全性にも十分な配慮をしながら実施されています。

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑩	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

特記事項

○ 毎週訪問しているPTによって個別機能訓練計画書が作成されて、全員の目標が明示されています。 ○ 職員は日々の生活の中で、その計画書に基づいて利用者の状態を把握して介護予防に努めておられます。		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑪	A-3-(6)-① 認知症の状態に配慮したケアを行っている。	a

特記事項

○ 3か月から6か月ごとにアセスメントシートにより、利用者の心身の状態把握が確認されています。 ○ 言葉づかいや利用者のペースに合わせたケアの実践ができるよう、研修やユニット会議で情報共有されています。		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑫	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

特記事項

○ 夜間緊急時対応マニュアルが常備されており、日中はもとより夜勤勤務者も、管理者や看護師、医師との連携をもとに迅速に対応出来る手順が決められています。 ○ 今後は、職員に対して体調変化時の対応に関する研修や個別指導等の方法の更なる強化が望まれます。		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑱	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

特記事項

○ 看取り介護の指針を作成され、終末期対応マニュアルにより、利用者家族は医師からの説明と関係者との同意のもと、職員ともチームで対応する体制がとられています。
--

A-4 家族等との連携

		第三者評価結果
A-4-(1) 家族との連携		
A⑳	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

特記事項

○ 施設は、日ごろから利用者家族からの意見や要望を聞くように努めておられますが、改めて要望等を聞く機会を設ける取り組みが期待されます。

A-5 その他

		第三者評価結果
A㉑	A-5-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	b
A㉒	A-5-② 郵便や電話などの通信機会を確保している。	a
A㉓	A-5-③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できるよう配慮している。	b

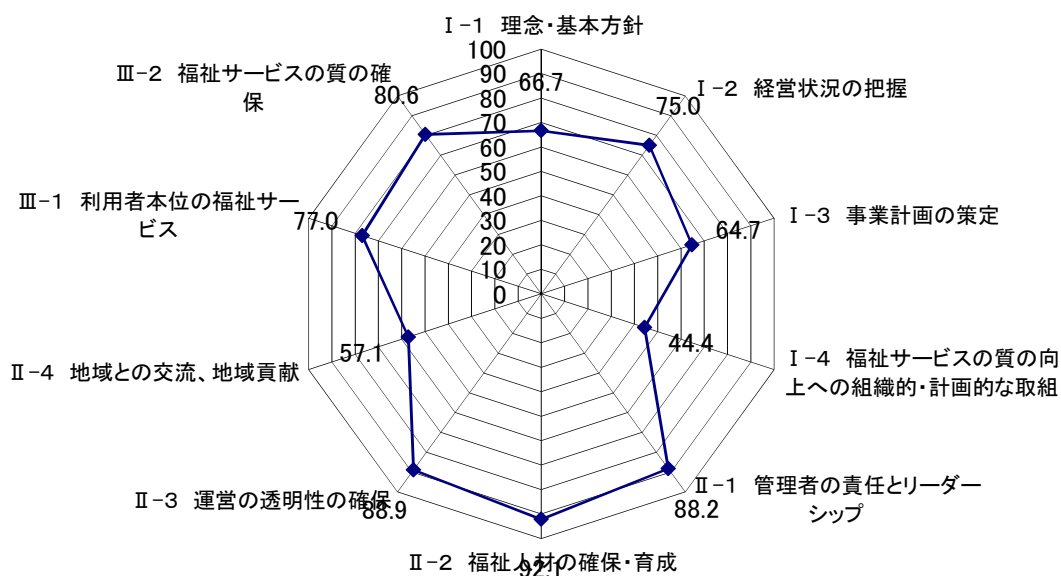
特記事項

○ 月1回のペースで、近隣住民のボランティアや講師をお願いして、フラワーアレンジメントやレクレーション、散歩などの支援が実施されています。
○ 毎年、暑中見舞いと年賀状を利用者と一緒に作成して家族へ郵送されています。
○ 今後は、利用者の意思や希望を明確にしていくことが望まれます。

I ～ III 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	6	4	66.7
I-2 経営状況の把握	8	6	75.0
I-3 事業計画の策定	17	11	64.7
I-4 福祉サービスの質の向上への組織的・計画的な取組	9	4	44.4
II-1 管理者の責任とリーダーシップ	17	15	88.2
II-2 福祉人材の確保・育成	38	35	92.1
II-3 運営の透明性の確保	9	8	88.9
II-4 地域との交流、地域貢献	21	12	57.1
III-1 利用者本位の福祉サービス	61	47	77.0
III-2 福祉サービスの質の確保	31	25	80.6
合 計	217	167	77.0

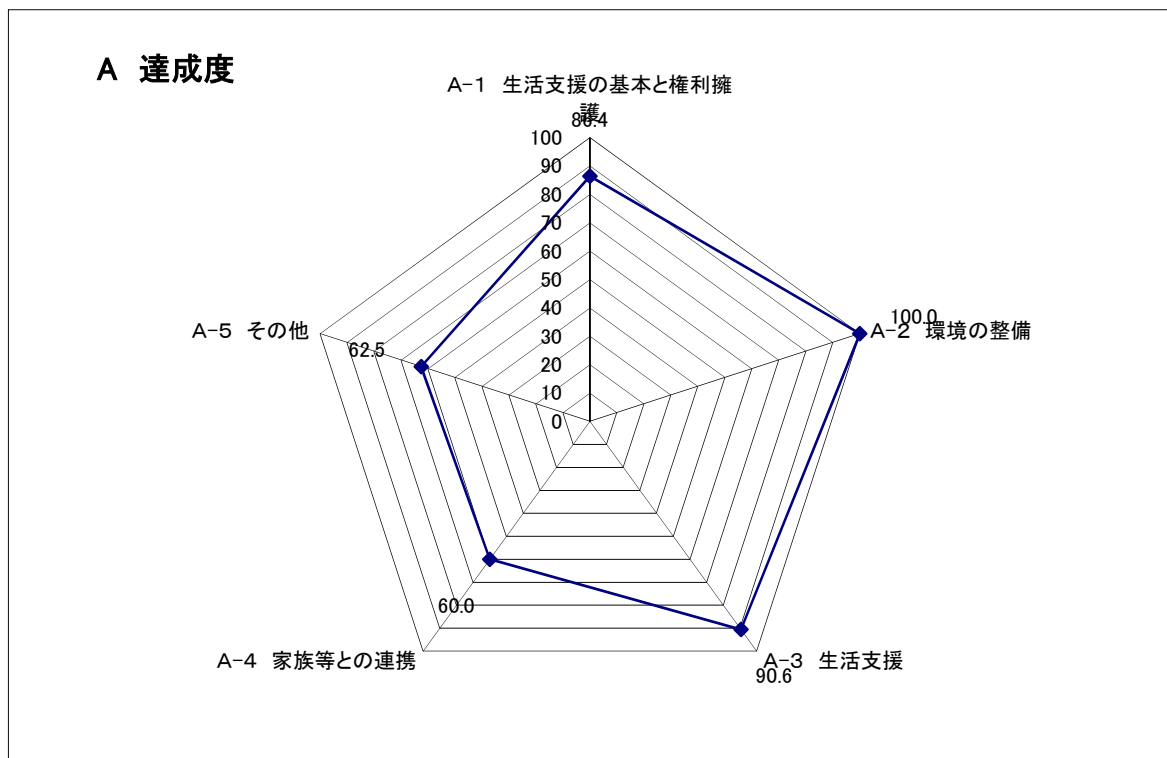
I ～ III 達成度



A 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
A-1 生活支援の基本と権利擁護	22	19	86.4
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	96	87	90.6
A-4 家族等との連携	5	3	60.0
A-5 その他	8	5	62.5
合 計	135	118	87.4

合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	352	285	81.0
-----------	-----	-----	------



福祉サービス利用者調査票（入所施設用（高齢））

施設名 サンライフひろみね

回答者数 26人／30人中

☆ 施設での日常 生活の満足度についておたずねします。

問1	施設の食事には、満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その日によ って違 う	その他
		11名	1名	2名	12名
《食事に関する意見及び満足度の理由》					
問2	トイレ（排泄）は使いやすいですか。	使いやすい	使いにくい	場所によ って違 う	その他
		12名	0名	0名	14名
《トイレに関する意見及び満足度の理由》					
問3	お風呂の時間や回数には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その日によ って違 う	その他
		9名	0名	1名	16名
《入浴に関する意見及び満足度の理由》					
問4	昼間の活動プログラム（クラブや余暇など）には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	その日によ って違 う	その他
		7名	0名	1名	18名
《活動に関する意見及び満足度の理由》					
問5	施設の設備には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	場所によ って違 う	その他
		9名	0名	0名	17名
《設備に関する意見及び満足度の理由》					

問6	居室の環境には満足していますか。	満 足 している	満足して いない	場所によ って違 う	その他
		9名	0名	0名	16名
《居室に関する意見及び満足度の理由》					

☆ 施設での生活の自由についておたずねします。

問7	外出や外泊はしたいときにすることができますか。	できる	できない	その時に よって違 う	その他
		6名	0名	0名	18名
《外出に関する意見》					

問8	テレビ・雑誌・新聞・ビデオなどを自由に見たり読んだりすることができますか。	できる	できない	読まない	その他
		11名	0名	0名	14名
《テレビや雑誌など情報収集に関する意見》					

問9	じぶん かね じゅう つか 自分のお金は、自由に使えますか。	使える	使えない	わから ない	その他
		4名	0名	0名	21名
《お金（所持金）に関する意見》					

問10	あなたの会いたい人（友人・知人）との面会や交流は自由にできますか。	できる	できない	家族のみ できる	その他
		9名	0名	0名	15名
《面会や交流に関する意見》					

☆ 施設での支援や介助についておたずねします。

問11	服装、髪型、化粧やアクセサリなど「おしゃれ」についてあなたの希望に沿った支援や介助が受けられますか。	希望通りの支援がある	支援はない	希望通りでない	その他
		3名	1名	0名	20名
《おしゃれなどに関する意見》					

問12	体調が悪い時はすぐに対応してくれますか。	すぐに診てくれる	診てくれない	その時によって違う	その他
		10名	0名	0名	16名
《健康管理に関する意見》					

問13	あなたの意見や希望を聞いてくれますか。	聞いてくれる	聞いてくれない	人によって違う	その他
		9名	0名	0名	16名
《支援の希望に関する意見》					

問14	あなたがやりたいと思った活動や行事があればすぐに支援してくれますか。	してくれる	してくれない	やりたい事がない	その他
		5名	0名	0名	21名
《支援の希望に関する意見》					

☆ 施設での職員の対応や苦情対応、人権の配慮についておたずねします。

問15	施設でのあなたの計画（介護計画）は、ありますか。	ある	ない	知らない	その他
		0名	2名	5名	19名
《介護計画に関する意見》					

問16	職員の説明や話はわかりやすいですか。	わかりやすい	わかり	説明がない	その他
		9名	0名	1名	16名
《職員の対応に関する意見》					
問17	職員は、すぐに対応してくれると感じますか。	すぐ対応してくれる	対応してくれない	すぐには対応してくれない	その他
		9名	2名	0名	15名
《職員の対応に関する意見》					
問18	あなたに対する職員の姿勢（対応）は満足ですか。	満足している	満足していない	職員によって違う	その他
		9名	0名	2名	15名
《職員の対応に関する意見》					
問19	施設においてあなたの情報（秘密）が洩れていることはありませんか。	洩れていない	洩れている	一部洩れている時がある	その他
		4名	1名	1名	19名
《守秘義務に関する意見》					
問20	施設がもっている自分の情報や記録は見ることができますか。（方法を知っていますか）	見る事ができる	見る事ができない	知らない	その他
		2名	0名	2名	22名
《情報公開に関する意見》					

問21	過去に職員や利用者にいやなことをされたことはありますか。（例：体罰、暴力、文句、無視など）	ある	ない	わからない	その他
		2名	6名	0名	18名
《苦情に関することの意見》					

問22	今、施設のなかで、困っていること（苦情）はありますか。	ある	ない	わからない	その他
		1名	6名	0名	18名
《苦情に関することの意見》					

問23	施設のなかで、困っていること（苦情）を相談する方法を知っていますか。	知っている	知らない	わからない	その他
		2名	3名	0名	21名
《苦情に関することの意見》					

問24	困ったこと（苦情）を施設や家族以外の人（第三者委員など）にも相談できますか。	相談できる	相談できない	わからない	その他
		1名	0名	2名	20名
《苦情に関することの意見》					

その他、ご利用のサービスについてご意見やお気づきのことがありましたらお書きください。

--

質問は以上です。ご協力 有難うございました。

平均年齢		88.25歳						
男女比		男：2		女：12				
平均利用期間		4.年						
介護状況			1	2	3	4	5	
	要介護	1	0	0	0	1	0	
	要支援	0	0	0				

