

兵庫県福祉サービス第三者評価
評価結果報告書

施設名： 地域密着型特別養護老人ホーム サンライフ西庄

(地域密着型サテライト型 介護老人福祉施設入所者生活介護)

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 28 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：地域密着型特別養護老人ホーム サンライフ西庄		種別：地域密着型サテライト型 介護老人福祉施設入所者生活介護		
代表者氏名：西川 明茂		定員（利用人数）：	29名	
所在地：〒670-0981 兵庫県姫路市西庄甲 87-1				
TEL 079-299-3500		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18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：	13名	非常勤職員：	6名
専門職員 ※（ ）はうち非常勤職員を明示	施設長	1名	生活相談員	1名
	特養介護員	15（5）名	看護師	2（1）名
	介護専門員	1名	管理栄養士	1名
	作業療法士	1名		
施設・設備の概要	居室 個室	29室	職員食堂	
	一般浴室	3室	事務所	
	特浴室		相談室	
	子ども食堂		厨房	

③理念・基本方針

サンライフ基本理念：

- 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

行動指針：

- ①一番になれ
- ②実行せよ
- ③チームワークとれ
- ④情熱を持て

④ 施設・事業所の特徴的な取組

姫路市の中心地に位置する住宅街に建つ施設。地域支援事業として子ども食堂を運営しており2か月に1回運営推進会議を開催。地域に根差した運営を行っている。新型コロナウイルスが蔓延してからは外出の機会が減少している。近隣の散歩外出や屋、ベランダでの日光浴、体操や運動会、手作りおやつ等を実施し余暇活動を提供しているが、令和6年度よりお花見外出を企画したり、家族との散歩や買い物外出を再開している。

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

- **高齢者虐待やプライバシーの確保など利用者の権利侵害の防止等に関する取り組みが行われています。**

利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を規定等に明記し、全職員が年間6回の法人研修及び施設内で2回の研修を実施しています。また、ビデオなどから相応しくないケアを話し合うグループディスカッションなど取り入れ、権利侵害の防止に努めています。

- **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。**

苦情解決の体制が整備されており、ケアプランの意向調査や嗜好調査を実施していますが、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基本方針のサービス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。また、利用者を尊重した福祉サービス提供について定期的に状況の把握・評価等を行い、必要な対応を図っています。 ○ 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、施設の状況に応じた倫理要項を明確にしていくことが期待されます。		
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＞ ○ 利用者のプライバシー保護と虐待防止に関する知識、社会福祉事業に携わる者としての姿勢・責務を規定等に明記し、法人内部の研修にて職員への理解が図られています。また、施設の取り組みは利用者の入所及びショート利用時の契約締結時に説明されています。		
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＞ ○ 福祉サービスの内容や事業所の特徴等を紹介した資料は、当施設の玄関、及び当該法人運営の地域包括支援センターに置かれ、見学時に対応し個別に説明を実施しています。 ○ 今後は、利用希望者に対する情報提供について、適宜見直していくことが望まれます。		
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ケアプラン作成時には、利用者や家族等と面談を行い、希望や意向を十分に聞き、意思確認のもと同意を得ています。 ○ 今後は、意思決定が難しい利用者家族への配慮についてのルール化が望まれます。		

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、円滑な退所のための援助を重要事項説明書内に明記し、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、福祉サービスが終了した後も利用者や家族が相談できる担当窓口や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) 利用者満足向上に努めている。		
33	Ⅲ-1-(3)-① 利用者満足向上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＞ ○ ケアプランの意向調査や嗜好調査を実施していますが、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、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。		
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＞ ○ 苦情解決の体制が整備されており、苦情解決の仕組みについて掲示物、及び重要事項説明書に記載して家族等に分かりやすく説明しています。また、苦情受付簿や苦情報告書を整備し、苦情解決に至る経過や結果は迅速に利用者や家族にフィードバックされています。 ○ 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＞ ○ 相談や意見を述べやすい環境の工夫として、共用スペースの壁にベンチ式の腰掛を設けたり、落ち着く居室で話ができるよう、相談をしやすい環境があります。 ○ 掲示されている契約書や重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＞ ○ 日々の福祉サービス提供時において、利用者の相談や意見、要望を随時受け付け、面会や電話などで家族からの意見を聞くなど、相談や意見に対して、組織的かつ迅速に対応が行われています。 ○ 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意見や要望等への対応マニュアルを策定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。	b
＜コメント＞ ○ 利用者の安心と安全を確保するため、安全衛生責任者を置き、事故防止委員会やユニット会議で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。 ○ 今後は、事故防止策等の安全確保策の実施状況や実効性について、定期的に評価・見直しを行う仕組みの構築が期待されます。		
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。	a
＜コメント＞ ○ 感染症対策委員会が設置され、感染症対策規定・感染症マニュアル等が整備されています。また、「感染症BCP」の研修が実施されており、感染症の予防や安全確保に関して周知されています。		
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

- インテーク面接より情報を収集するとともに、家族からも利用者個々の生活背景を聞くことによって、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。
- ユニット会議やフロア会議・ミールラウンドで気づいたことなども話し合い、利用者に応じた過ごし方ができるように工夫されています。
- ホワイトボードで筆談とジェスチャーを交え、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。	a

特記事項

- 高齢者虐待防止の為の指針・虐待予防マニュアルを策定し、全職員が年間6回の法人研修及び施設内で2回の研修を実施しています。また、ビデオなどから相応しくないケアを話し合うグループディスカッションなど取り入れ、権利侵害の防止に努めています。

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

特記事項

- 各ユニットの居室は個室として、障子窓等の落ち着いた雰囲気のと風感を基調とし、寛いで過ごせる環境づくりの工夫を行っています。
- 定期的な換気に加え24時間換気システムを使用し、建物の中に庭を作ることで自然光を取り込みやすく明るい雰囲気が保たれています。
- 居室には、孫や夫の写真を飾ったり大切にしていたものを持ち込めるよう配慮されています。

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。	a
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

- 入浴介助マニュアルをもとに、体調などに合わせ入浴の順番や日にちを変更し、それぞれのケアプランに沿った支援がされています。
- 日中は出来るだけトイレでの排泄が出来るように支援し、排便がしにくい方には浣腸や坐薬の使用だけでなく、牛乳の飲用、や1日水分1000cc以上の摂取など、心身の状況に合わせて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配慮されています。
- 利用者個々の安眠できる環境を考慮して、就寝時の部屋の明るさを調整しています。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にできるよう工夫されています。

		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、管理栄養士によるミールラウンドやユニット会議・担当者会議の中で個々に合わせた食事の提供を行っています。
- 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。
- 十分なアセスメントに基づいて加齢による口腔内の変化を把握し、入居者自身で口腔ケアを行うことができるよう支援を行っています。また、誤嚥性肺炎をはじめ呼吸器感染症予防するために、口腔内を清潔に保ち、適切な口腔ケア方法で行っています。
- 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

○ 褥瘡の要因（湿潤、圧迫、ずれ、栄養状態、摩擦等）が重なることにより褥瘡が発生するため、全身管理環境調整を行い褥瘡予防に努めています。また、座位、臥床時のポジショニングを外部の理学療法士に指導を受け予防に努めています。		
--	--	--

		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

○ 喀痰吸引安全委員会を開催し、医師の指示書、看護師の喀痰吸引計画書に基づいて、年2回吸引手技の確認を行い、安全に喀痰吸引・経管栄養を実施するための体制を確立できています。		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(5) 機能訓練、介護予防		
A⑯	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

○ 週に1回理学療法士によるリハビリ指導があり、職員は機能訓練計画書に基づいて利用者の状態を把握して日々の生活の中で、機能訓練や介護予防活動に努めておられます。		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(6) 認知症ケア		
A⑰	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

○ フェイスシートに基づいて生活歴や趣味等の情報を収集し、利用者の心身の状態把握が確認されています。また、利用者一人ひとりの症状に合わせ、貼り絵や塗り絵、体操、洗濯物たたみなど個人あるいはグループで継続的に活動できるよう工夫しています。		
--	--	--

		第三者評価結果
A-3-(7) 急変時の対応		
A⑱	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

特記事項

○ 夜間緊急時対応マニュアルが常備されており、医師、介護士、看護師、栄養士などチームケアのもと情報共有が行われています。また、オンコール体制を取っており緊急時には看護師に電話することで指示を得るとともに、24時間体制で協力病院に問い合わせることによって利用者の体調変化時に指示がもらえるようになっています。		
---	--	--

		第三者評価結果
A-3-(8) 終末期の対応		
A⑲	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

○ 入所時に施設での看取り介護方針を家族に説明し、入居者が終末期を迎えた場合、嘱託医より説明してもらい入居者、家族の希望にそった対応をしています。また、全体会議での看取りについての研修を実施し、デスカンファレンス（死亡退院後に開催され、患者の経過や関りなどを振り返るカンファレンス）によって、職員の精神的負担等にも配慮しています。		
---	--	--

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		
A②①	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、面会時やケアプランの意向確認時に家族へ生活状況を報告し、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。
- 今後は、利用者と家族がつながりをもてるよう、改めて家族からの相談を聞く機会を定期的に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。	a

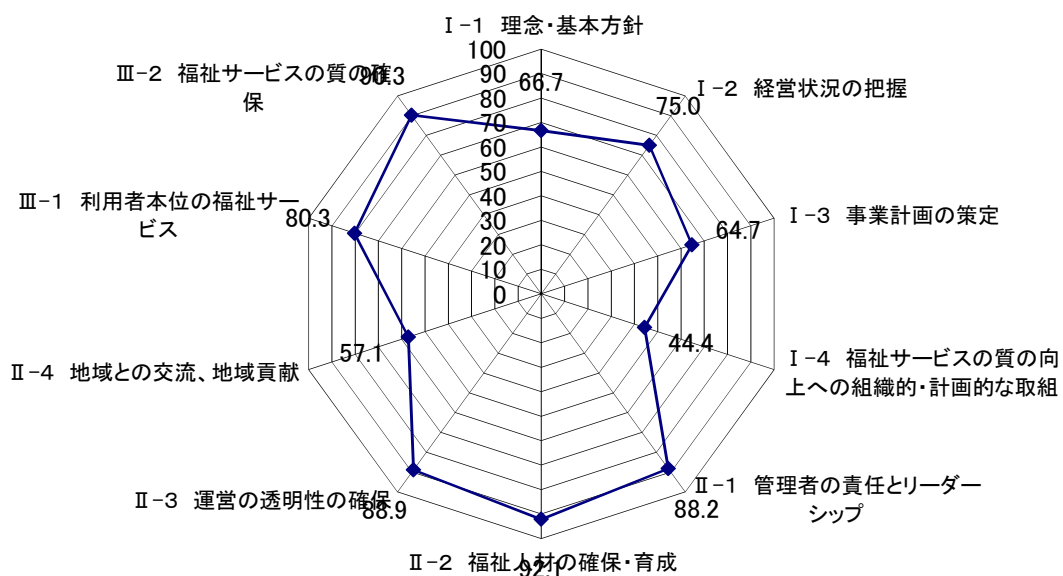
特記事項

- 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ます。
- 個人の携帯電話の持ち込みは可能となっており、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に沿った外出の支援体制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	49	80.3
III-2 福祉サービスの質の確保	31	28	90.3
合 計	217	172	79.3

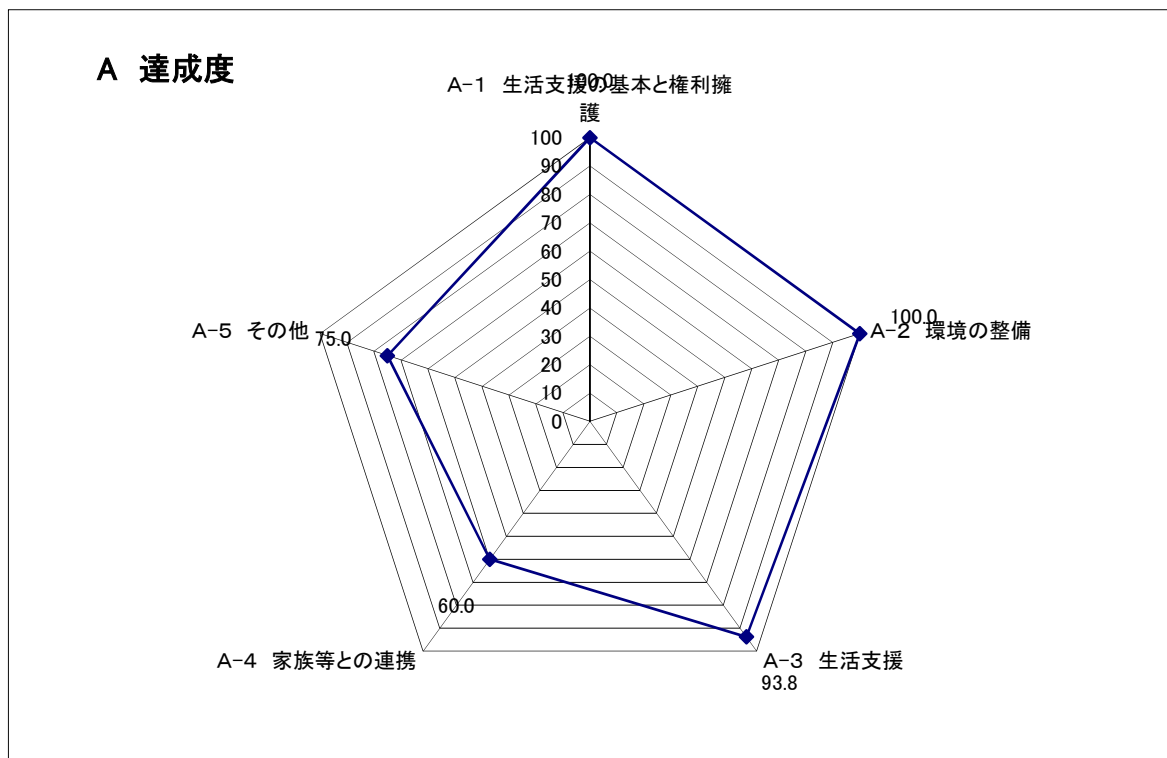
I ～ III 達成度



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	22	100.0
A-2 環境の整備	4	4	100.0
A-3 生活支援	96	90	93.8
A-4 家族等との連携	5	3	60.0
A-5 その他	8	6	75.0
合 計	135	125	92.6

合計(Ⅰ～Ⅲ+A)	352	297	84.4
-----------	-----	-----	------



福祉サービス利用者調査票（入所施設用（高齢））

施設名 サンライフ西庄

回答者数 18名/20名中

☆ 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
		15名	2名	1名	0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
		13名	2名	1名	2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
		16名	0名	0名	2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
		6名	1名	3名	7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
		11名	0名	0名	5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
		14名	1名	0名	3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
		10名	5名	1名	2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
		12名	1名	3名	2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 じゆう 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
		8名	2名	3名	4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
		8名	4名	1名	5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、化粧やアクセサリーなど「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
		9名	3名	0名	5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
		11名	0名	0名	5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
		11名	2名	1名	3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
		6名	1名	6名	5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	^{しせつ} 施設でのあなたの ^{けいかく} 計画（ ^{かいごけいかく} 介護計画）は、ありますか。	ある	ない	知らない	その他
		5名	3名	9名	1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
		12名	2名	1名	2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
		14名	0名	1名	3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
		12名	2名	3名	1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
		11名	0名	2名	5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
		3名	4名	9名	1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
		0名	16名	1名	1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
		2名	13名	3名	0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
		7名	2名	7名	2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
		3名	1名	11名	2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		75.5歳						
男女比		男：3		女：15				
平均利用期間		#DIV/0!						
介護状況			1	2	3	4	5	
	要介護	0	0	0	0	0	0	
	要支援	0	0	0				

