

埼玉県福祉サービス第三者評価結果報告書

報告書

2009 年 12 月 15 日

埼玉県知事あて

〒 338-0002

住所

さいたま市 中央区 下落合 5-10-5

電話番号 048-840-1920

評価機関名 特別非営利活動法人
ケアマネージメントサポートセンター

認証番号 埼玉県 2004010

代表者氏名 理事長 長谷川 佳和

下記のとおり評価を行ったので報告します。

記

評価調査者氏名・ 分野・ 評価調査者番号	評価調査者氏名		分野	評価調査者番号
	(1)	長谷川 佳和	福祉	2004010033
	(2)	五井 章雄	組織	2005010109
	(3)	林 賢治	福祉	2006010146
	(4)	西澤 秀雄	組織	2006016144
	(5)	伊藤 貴美子	福祉	2007010186
サービス種別	特別養護老人ホーム			
事業所名称	むさしの			
評価実施期間(契約日から報告書提出日)	2009 年 8 月 1 日	～	2009 年 12 月 15 日	
利用者調査実施時期	2009 年 9 月 24 日	～	2009 年 9 月 24 日	
訪問調査日	2009 年 10 月 15 日			
評価合議日	2009 年 11 月 17 日			
評価結果報告日	2009 年 12 月 15 日			
評価結果の公表について事業所の同意の有無	<input checked="" type="radio"/> 同意あり <input type="radio"/> 同意なし			

福祉サービス第三者評価結果

①第三者評価機関名

特定非営利活動法人
ケアマネジメントサポートセンター

②事業者情報

名称：	特別養護老人ホーム むさしの	種別：	特別養護老人ホーム
代表者氏名：	施設長 吉江孝行	定員(利用人数)：	70 名
所在地：	〒 354-0003 埼玉県富士見市大字南畑新田 1 6 - 1	TEL	049-255-6102

③総評

◇特に評価の高い点

- 1、理想に向けての高い経営マネジメント力が維持されています。
 - ・単年度の事業計画は部門ごとに各論が積み重ねられ、目標は明確で具体性を持っています。
 - ・事業報告書も計画に対して、達成出来た事、不足があった事が明確に評価されています。
 - ・「ユニットリーダーへの一部予算の権限移譲、IT化の徹底、新調理システムの導入等」斬新でユニークなマネジメント手法や設備機器の導入が積極的に行われ、この施設の評価の高い部分を支える基盤となっています。
- 2、徹底した情報のIT化は、情報の共有化と事務処理の効率化をもたらしています。
 - ・ITシステムの利用により、事業計画に始まり、マニュアル類、委員会録、研修記録、サービス提供記録、ヒヤリハット/ケース事例、各種通達/報告類、一般事務処理等、特養として考えらる限りのデータベース化と職員専用のメーリングシステムが構築されています。これにより情報のリアルタイム更新と共有化及びペーパーレスによる省力化を十分に果たしています。
 - ・決定のプロセスから日々の引継ぎ/申し送り事項までが、すべての職員に見える事により、透明度の高い事業経営をもたらしています。
 - ・各現場からのアクセスを容易にするため、25台のパソコンを導入、各階に配置されています。
- 3、生活感を持った個別サービスが提供され、生活に楽しみの要素をもたらしています。
 - ・「利用者懇談会や家族懇談会のような一同に会する場」と「個浴の場を利用しての1対1の聞き取りをするの場」の双方を設ける事で、利用者の希望・状況が緻密に把握され、検討にあまり時間を必要とせず提供されるサービス内容に反映されています。
 - ・自職員の調理によるおいしい食事の提供を実現するために、真空包装とチルド保存の設備を含む新調理システムが導入され、毎日の選択食や豊富な行事食が提供されています。また利用者の目での炊飯や盛り付けが行われる事により、楽しめる食事を実現しています。
 - ・整容がよく行き届いているだけでなく、マニキュアを施す等 おしゃれを忘れない対応がなされています。
 - ・利用者1人ひとりへのサービスビリティの高さは、利用者と利用者家族の高い評価からも裏付けられています。

- 4、地域との連携を目指した活動/行動が十分に取られています。
 - ・地域の高齢化や特性を数値も含めて緻密に捉えられています。
 - ・施設側からの一方通行の交流ではなく双方向の交流のために多くの手法が取られています。
 - ・特養を核に、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業、配食サービスに加えて、本年度より地域包括センターの受託が開始され、各種のインフォーマルな活動と共に、高齢化率の高い地域の地域へ、総合的なサービス事業が提供されています。

- 5、職員の自主性・自立性を重視した人材育成が行われています。
 - ・職員研修が外部講師依存から職員が講師を務める方向に移行されつつあることは、職員の指導力（教える力）の向上と専門職の育成に繋がって行くものと評価されます。
 - ・ユニット単位で一定の予算をユニットリーダーの権限で使用出来る仕組みは、介護の知識や介護の技術中心の研修になりがちな介護業界にあって、マネジメント力の育成を目指す試みの一つとして、高く評価出来ます。
 - ・自分から情報を取りに行く職員や自己啓発の意識が高い職員には、モチベーションの維持と共にスキルの向上が果たせるOJT環境が作られています。

- 6、自然環境と良くマッチした開放的でありながら個室感覚を持った居室が提供されています。
 - ・3人居室が中心ですがベッド毎に窓が配置され、採光の良さとプライベートの守り易さが両立された絶妙の設計がなされています。またリビングバルコニーも設けられています。
 - ・荒川の支流、びん沼川の畔と言う自然環境に恵まれた立地は、春の桜並木に代表される四季の変化やゆったりした川面と釣り人の風景を、年間を通じて利用者や訪問者に提供してくれます。

◇特にコメントを要する点

1、経営方針やマネジメント方法を、職員へより浸透させる事を望みます。

- ・現在の経営方針並びに運営方法については、概ね職員の賛同が得られていますが、評価には極端な差が見られます。理想と職員のスキル不足から来る点も少なくないと思われませんが、このようなギャップが長く続くと、ストレスからくるリスクを招く可能性が考えられます。
- ・徹底したIT化による情報の開示と共有化が行われてるいますが、組織として実施されている事や制度を十分に知らない職員の存在が見られます。トップダウンに頼り過ぎずに、傾聴力を持った話し合いにより浸透させる必要があるでしょう。

2、サービス計画のより具体的な内容の充実を求めます。

- ・個別のサービス提供の評価は高いのですが、サービス計画の内容の具体性には不足を感じます。
- ・利用者の高齢化と介護度の上昇に伴い、より個別で具体性の強いサービス計画の作成が求められます。施設のサービス計画の作成能力向上のため施策が必要です。

3、機能訓練(リハビリ)の充実を望みます。

- ・利用者からのサービス提供に対する評価は大変高いのですが、機能訓練(体を動かすことを含)に関しては、不足を感じておられる利用者が幾ばくかおられます。今後の特養のあり方の1つにもかかわってくる点ですので、検討の必要があると思われまます。

4、中間管理職のスキル向上が要求されます。

- ・経営マネジメント力の高さは、経営幹部に負っている部分が多いようです。
- ・中間管理職のスキル向上には、職員のキャリアパス計画を作成する必要があるでしょう。

5、人事制度の成熟が必要です。

- ・介護業界にとっては今後も継続的に人員不足が懸念されますが、将来の事業計画に基き、どのような人材を必要とするかを明確にし、現在の人事制度へフィードバックすることで人事制度の成熟が図れます。
- ・人事は制度ですが、戦略/システムとして捉えることが重要です。

6、中/長期事業計画の策定が必要です。

- ・積み上げ方式による単年度の事業計画は各論がしっかり積み重ねられ、実行力の高さも評価に値しますが、将来この特養が目指すビジョンがはっきりしません。「どのような特徴をもった施設を目指すのか」「何を得意として他との差別化を図るのか」が、具体的に見える事が必要です。
- ・斬新でユニークな手法や設備を積極的に取入れ、その効果は良く発揮されています。将来の特養のあり方を、積極的に提言出来る施設を目指されることを期待致します。

④第三者評価結果に対する事業者のコメント

総評において「特に評価の高い点」については、開設当初より職員皆が努力して積み重ねた賜物、「特にコメントを要する点」については、日頃より懸念している内容そのものと感じました。また、日頃より当り前のように実施しているサービスを第三者が評価することによって客観的に、現状のサービスのメリット・デメリットを把握することができました。

今後においても法人理念にある、「利用者、家族、職員の3つの笑顔を大切に地域に根ざした施設づくり」を「現状維持は事業の後退」をモットーとし、今回の評価結果を活かしながら、常に利用者さんにとって良いサービスとは何かを探求し、それらを実践していきたいと考えています。

⑤各評価項目にかかる第三者評価結果 別紙

評価細目の第三者評価結果

評価対象 I 福祉サービスの基本方針と組織

I-1 理念・基本方針

	第三者評価結果	コメント
I-1-1 (1) 理念、基本方針が確立されている。		
I-1-1 (1) -① 理念が明文化されている。	a	平成21年度の事業計画書に、新しい理念が明文化され、ホームページに掲載され公表されています。施設相談室にも掲示されています。
I-1-1 (1) -② 理念に基づく基本方針が明文化されている。	a	平成21年度からの新しい理念とともに、基本方針が運営方針として事業計画書に掲載され、ホームページにて公表されています。
I-1-1 (2) 理念、基本方針が周知されている。		
I-1-1 (2) -① 理念や基本方針が職員に周知されている。	b	新入職員には入職時に説明し、一般職員には職員会議の機会を捉えて四半期に一度は周知が図られているが、一部の職員に不知が見られる。他の周知の方法の検討を望みます。
I-1-1 (2) -② 理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a	入所時には本人と家族に説明。その後は、利用者懇談会及び家族懇談会の機会を捉えて事業計画と共に説明され、家族からの評価も得られています。

I-2 計画の策定

	第三者評価結果	コメント
I-2-1 (1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
I-2-1 (1) -① 中・長期計画が策定されている。	c	中長期計画は策定されていません。経営を取り巻く環境の変化が激しい時代でもありますが、少なくとも中期計画の策定は必要です。
I-2-1 (1) -② 中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	c	単年度の事業計画は、具体的な各論の積み上げにより緻密に作られており、大変評価に値しますが、中・長期計画を踏まえての単年度計画を望みます。
I-2-1 (2) 計画が適切に策定されている。		
I-2-1 (2) -① 計画の策定が組織的に行われている。	a	現場職員⇒主任が情報収集⇒課長が集約⇒施設長が確認⇒理事長による承認の順で、階層別に会議を伴って情報が収集され、策定に反映されています。
I-2-1 (2) -② 計画が職員や利用者等に周知されている。	b	職員会議と家族懇談会にて配布がなされています。またホームページにて公開されているが、職員や利用者家族に比して、利用者本人への周知が不足気味です。

I-3 管理者の責任とリーダーシップ

	第三者評価結果	コメント
I-3-1 (1) 管理者の責任が明確にされている。		
I-3-1 (1) -① 管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a	初級・中堅・副主任・主任の4レベルからなる職務記述書が作成され、職員用ホームページに明示されている。また会議等の機会を捉えて話されています。
I-3-1 (1) -② 遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	a	年間の職員研修計画の中で、オンブズマン(弁護士)より法令順守についての講義が実施され、法令改正等の詳細については、責任者より変更と影響の説明が行われています。
I-3-1 (2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。		
I-3-1 (2) -① 質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a	上級管理職の積極的な指導力に依存している面が多いですが、各ユニット単位に一定の予算を持たせ、ユニットリーダーの権限で使用できるのは、特筆すべき制度です。管理職の意欲の向上に効果的です。
I-3-1 (2) -② 経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a	経費の削減については徹底したペーパーレスを始め多くの手法が取られており、数値的にも多大な効果上げています。安全確認が出来れば新たな手法を取り入れる権限も現場リーダーに付与されています。

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 経営状況の把握

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-1-1 (1) 経営環境の変化等に適切に対応している。		
Ⅱ-1-1 (1) -① 事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a	地域の高齢化率、地域別の相談状況、共に数値を伴い把握されています。しかし、施設の認知度が地域の高齢化率に見合っていません。認知度の向上のために、特徴的なアイデアを期待します。
Ⅱ-1-1 (1) -② 経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a	セグメント別の利用率が、ほぼリアルタイムに把握されています。併せて施設の認知度を上げるための見学会・説明会の実施と積極的なインフォーマルサービスが、地域に展開されています。
Ⅱ-1-1 (1) -③ 外部監査が実施されている。	a	毎年決算後に、社会福祉法人の幹事監査が実施されています。

Ⅱ-2 人材の確保・養成

	第三者評価結果	コメント
Ⅱ-2-1 (1) 人事管理の体制が整備されている。		
Ⅱ-2-1 (1) -① 必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	b	今までは、人材確保ではなく人員確保のための施策であったが、必要な人材確保に向けて介護福祉士受験サポートの実施等内部職員育成の施策が実施されるようになった事で、今後の効果が期待されます。
Ⅱ-2-1 (1) -② 人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	b	「業績・プロセス・情意」からなる5段階評価と目標管理制度が導入され、本人の申告と上司との面談により、目標決定とフィードバックが実施されています。評価項目の妥当性の検証と上司の面談力(傾聴力とフィードバック力)の向上を求めます。
Ⅱ-2-1 (2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
Ⅱ-2-1 (2) -① 職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	b	年2回の面談により意見/意向を聴集。常勤職員には未就学児童を持つ職員の就業時間の変更申請制度があり、非常勤職員には就業時間の融通性をきかせていますが、よりキメの細かい対応が期待されます。
Ⅱ-2-1 (2) -② 福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a	親睦会・県社会福祉事業共助会・医療福祉事業団(本人負担なしの退職金制度)があり、加入は選択制です。他に、看護等のユニフォーム・エプロンの半額負担制度等が設けられています。
Ⅱ-2-1 (3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-1 (3) -① 職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a	教育研修は「利用者の必要性・組織の必要性・個人の必要性・社会の必要性に基づく」との基本姿勢が内部研修時に説明されていますが、一部の職員には周知不足も見受けられます。
Ⅱ-2-1 (3) -② 個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	b	職員の個別育成計画は不十分です。育成計画とリンクした個人別目標管理システムの成熟が待たれます。職員に対する介護福祉士受験の積極的なサポートは、モチベーション面からも効果があると思われます。
Ⅱ-2-1 (3) -③ 定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	b	年1回、研修委員会にて行われていますが、経営幹部からの主導による面が多いようです。行われている内容の職員への周知も不足気味です。外部講師から職員による講師への移行は、専門職の育成としての効果もあると思われます。
Ⅱ-2-1 (4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
Ⅱ-2-1 (4) -① 実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a	事業計画に明示され、実習生受け入れマニュアルも、十分な内容にて完備されています。
Ⅱ-2-1 (4) -② 実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a	実習生の受け入れに加えて、体験学習・施設見学も積極的に実施されています。H20年度実施-社会福祉養成(浦和大学)9名、介護体験15名、施設見学(東中学校)5名

II-3 安全管理

	第三者評価結果	コメント
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-① 緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など、利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a	サービス事故対応マニュアルが完備され、緊急連絡網は緊急度の高い/低い別に作成、事故報告基準も明示されています。これらはデータベースに一元化され、情報の共有に高い効果を上げています。
II-3-(1)-② 利用者の安全確保のためにリスクを把握し、対策を実行している。	a	安全委員会により、利用者個別のリスク（行動パターン）を把握し職員が共有することで、予測される事故の予防に繋がっています。目標も数値化されており、ヒヤリハットはH19年度比で約30%減がH21度の目標として設定されています。

II-4 地域との交流と連携

	第三者評価結果	コメント
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-① 利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a	地域運動会参加、公民館祭への作品出展、買い物・外食等、地域行事への参加は積極的です。また、施設納涼祭への招待、民生委員の施設見学、介護体験/見学等、一方通行にならない交流がなされています。
II-4-(1)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	a	町会とは地域防災協定を締結し、合同訓練も実施。近隣の特養とは災害時相互支援（給食提供支援）協定が締結されています。地域に対して「体操・ゲーム・介護用具勉強会・介護教室等」も提供されています。
II-4-(1)-③ ボランティア受け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	生活課を窓口としボランティアのしおり（マニュアル）が完備されています。ボランティア保険の加入も勤めています。職員のボランティアコーディネーターの研修への参加も行われています。
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-① 必要な社会資源を明確にしている。	b	社会資源の利用には積極的ですが、どの社会資源が適しているか、どの様な特徴を持った社会施設なのか等の把握は経験に頼っています。情報の一元化により職員間の共有を図ることで、より効果的な利用が可能となると考えられます。
II-4-(2)-② 関係機関等との連携が適切に行われている。	a	市役所・社福協・提携病院・民生委員・市内の他の介護施設等と連携、夜間対応の継続、予防プラン作成ケアマネ委託など、地域包括圏会議や定期連絡会等を通して、ネットワーク化への取り組みが見られます。
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-① 地域の福祉ニーズを把握している。	a	在宅介護支援センター連絡会議や常任福祉委員を務める南畑地区社会福祉協議会等を通じて、地域のニーズは十分に把握されています。外部施設の利用に躊躇のある地域なので啓蒙の役割も期待します。
II-4-(3)-② 地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a	高齢化率の高い地域でのサービス提供のため、特養の他、デイサービス・訪問介護・居宅介護支援事業・配食サービスに加えて、H21度より地域包括支援センターの運営も受託され、連携効果が上がっています。

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	コメント
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 利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a	入職時の説明及びケース会議や主任会議等の各種会議時に、理念として啓蒙/研修を図ることで、かなり職員への浸透が見られます。
Ⅲ－１－（１）－② 利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a	権利擁護規定と個人情報保護規定に明示されています。新任及び中堅職員に向けた研修も実施されています。
Ⅲ－１－（２） 利用者満足向上の取り組みを整備している。		
Ⅲ－１－（２）－① 利用者満足向上を意図した仕組みを整備している。	a	2ヵ月に1回の利用者懇談会、年2回の家族懇談会、食事嗜好調査、ご意見用紙の投稿等により、聞き取りが実施され、得られた情報は、各委員会で検討され、積極的に改善に反映されています。
Ⅲ－１－（２）－② 利用者満足向上に向けた取り組みを行っている。	a	朝(毎食)・昼(毎食)・夕(週2回)の選択食や鉄板・鍋行事等の豊富な食事メニューが提供されています。基本方針に基き、本人・家族・担当による相談を基に、同性介護の実施等、提供サービスには多くの選択肢を持たせています。
Ⅲ－１－（３） 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－（３）－① 利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a	利用者懇談会やご意見用紙の投稿制度に加えて、個室の場を利用して、一対一で話を聴くアイデアは、大変ユニークで効果的です。
Ⅲ－１－（３）－② 苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a	苦情解決実施要項及びオンブズマン実施規則が定められており、利用者及び家族には、重要事項説明書により制度を説明。オンブズマン相談月1回。苦情事例は、職員に周知共有のため公表されています。
Ⅲ－１－（３）－③ 利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a	事故報告基準と同様の基準が原則で、回答に時間を要する場合、7日以内の回答、30日以内の検討が義務付けられ、概ね満足な対応がなされています。

Ⅲ－２ サービスの質の確保

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ－２－（１） 質の向上に向けた組織的な取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ－２－（１）－① サービス内容について定期的評価を行う体制を整備している。	a	月1回の「ユニットリーダー会議」と「フロア会議」での定期的な評価とオンブズマンの活用や自己点検表により、チェック⇒フィードバックの仕組みが設けられています。
Ⅲ－２－（１）－② 評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a	IT情報システムを積極的に取り入れ、評価結果を「職員間ホームページ」で全職員が共有することで、課題の明確化と職員間の連携が密に取られています。
Ⅲ－２－（１）－③ 課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a	「ご意見箱」を設置し、職員・家族の意見を取り上げ、迅速に対応しています。行事写真をアルバム化する等、具体的改善に結びついた例も見受けられます。
Ⅲ－２－（２） 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ－２－（２）－① 個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a	介護マニュアルの文書だけでなく、IT化により誰もが見る事ができます。利用者の状況を日頃から把握することと相まってサービスの提供に活かされています。
Ⅲ－２－（２）－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	毎月の「フロア会議」で随時取り上げ、委員会を通して見直しを行う仕組みが整っています。職員にはIT化された会議録で、周知が図られています。

Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	b	統一した様式で、施設サービス計画に沿って居宅担当者が支援計画を作成。IT化された個人ファイルで管理し、見直しを行っていますが、もう少し具体的内容の記載が必要と思われます。
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	個人情報保護法に基づき、IT情報システムにより利用者情報管理体制が整い、外部漏洩を防いでいます。必要に応じ記録の開示もなされています。
Ⅲ-2-(3)-③ 利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	a	ITシステムを活用した共有が図られているので、ITに頼りすぎている部分も見受けられますが、朝礼・夕礼等の場で言葉での伝達もきちんとして行われています。

Ⅲ-3 サービスの開始・継続

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。		
Ⅲ-3-(1)-① 利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a	ホームページで必要な情報を入手することが出来ます。また定期的に公共施設にパンフレットを配布し見学・相談には随時相談員による対応がなされています。
Ⅲ-3-(1)-② サービスの開始にあたり利用者等に説明し同意を得ている。	a	契約書や重要事項説明書等できちんと説明がなされており、またオンブズマン等外部からの専門家を通して把握確認がされています。
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。		
Ⅲ-3-(2)-① 事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a	事例は少ないですが、退所時支援として「再入所」も可能であるとの説明がなされています。

Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

	第三者評価結果	コメント
Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。		
Ⅲ-4-(1)-① 定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a	入所時にはIT情報システムに集約された統一様式により、アセスメントが行われています。見直しも状況変化に応じ、随時行われています。
Ⅲ-4-(1)-② 利用者の課題を個別のサービス場面ごとに明示している。	b	個別ニーズは確認できますが、もう少し踏み込んだ課題が把握され、場面の詳細が記載されると、サービスの質がさらに向上すると思われます。
Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。		
Ⅲ-4-(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	a	個別のケース検討会議や懇談会等により、利用者の意向を反映したサービス実施計画が策定されています。
Ⅲ-4-(2)-② 定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a	緊急対応が必要な場合、すぐに検討会議を開催し解決方法が探られています。素早い対応で計画変更がなされています。

評価対象Ⅳ 適切な処遇の確保

Ⅳ－１ 個別サービスの提供

	第三者評価結果	コメント
Ⅳ－１－（１） 利用者に対する食事の提供。		
Ⅳ－１－（１）－① 食事を楽しめるような工夫を行っている。	a	豊富な選択食や行事食等で食べる楽しみが十分に届けられています。併せて１年に１回は、保健所主催の勉強会に出席し、衛生管理にも注意がはられています。
Ⅳ－１－（１）－② 定期的に食事の環境を見直すシステムができていて、機能している。	a	半年に１回「嗜好調査」で、好みや質、量などの調査を行い「新調理システム」を生かして、口からおいしく食べていただく工夫がなされています。また、季節に合わせた果物、野菜等も提供されています。
Ⅳ－１－（１）－③ 利用者の心身の状態に応じた食事の提供を行っている。	a	入所時には、ご家族に「栄養マネジメント」の説明をし、その中で食事形態や栄養状態を確認し「食事委員会」で、提供すべき食事の検討が行われています。
Ⅳ－１－（１）－④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるよう努力している。	a	利用者懇談会を通じて、可能な限り個別対応がなされています。食事をとるメンバーや場所等も利用者に合わせて配慮がなされています。
Ⅳ－１－（２） 利用者に対する入浴の提供。		
Ⅳ－１－（２）－① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている。	a	利用者の身体状況に応じて、一般浴・座位浴・寝台浴の３種類の入浴方法から、安全かつ適切な方法で行われています。
Ⅳ－１－（２）－② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	利用者個々に応じた対応が取られており、脱衣所のカーテンや扉等でプライバシーは守られています。希望にあわせ同性介助も実施されています。
Ⅳ－１－（３） 利用者の適切な排泄管理。		
Ⅳ－１－（３）－① 排泄の自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している。	a	「排泄委員会」で尿量測定を行い、個々の状況に合わせて、排泄状況表で管理しています。その結果、特に夜間帯における交換頻度が軽減され、利用者の安眠確保が図られています。
Ⅳ－１－（３）－② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている。	a	利用者個々の状況に合わせたパットの見直しや紙おむつの選択等により、その人に最適の排泄介助がさりげなく行われ、同性介助と併せて、自尊心や羞恥心とプライバシーに対する配慮が行われています。
Ⅳ－１－（４） 利用者の移乗の確保。		
Ⅳ－１－（４）－① 利用者の意思に基づいた移乗の支援を行っている。	a	機能訓練指導員と職員により、身体状態に合わせて施設の福祉用具を活用し、安全に移乗支援を行っています。また寝たきりにしないよう離床も促進されています。
Ⅳ－１－（５） 利用者の整容の確保。		
Ⅳ－１－（５）－① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている。	a	利用者の要望により就寝時、起床時の着替えの支援が行われています。出張理容を利用して髪を整えたり、マニキュア等でおしゃれを楽しんでいる利用者も少なくありません。行き届いた整容が実施されています。
Ⅳ－１－（６） 個々の生活、障害に合わせた介護。		
Ⅳ－１－（６）－① 個々の生活、障害に合わせた介護を適切に行っている。	a	ケアプランに基づき、随時見直しを行っています。また、統一した介助が出来るように、マニュアルも整備されています。
Ⅳ－１－（６）－② 認知症高齢者への対応を適切に行っている。	a	認知症のレベルが利用者によって異なる為、外部研修により認知症への理解、取り組みを行い、個別ケアが心がけられています。
Ⅳ－１－（７） 医療依存度の高い利用者への対応。		
Ⅳ－１－（７）－① 医療依存度の高い利用者も受け入れ、医療と連携するなど適切な対応を行っている。	a	受入れの際には、必要な医療知識を得る為の研修が看護職から介護職へ実施されています。提携病院や施設全体としての連携も、きちり行われています。

IV-1-(8) 利用者の健康管理。		
IV-1-(8)-① 日常の健康状態の把握を適切に行っている。	a	日々の健康状態の把握は看護師が行い、入浴前にはバイタルチェックが実施されています。体調の変化は朝礼・夕礼等での伝達や、IT情報システムでの共有化が図られています。
IV-1-(8)-② 服薬の誤りがないよう対策を講じている。	a	安全委員会で原因・対応策を検討した結果、複数で確認するチェック体制となり、効果的に誤薬を防ぐ仕組みが取られています。
IV-1-(8)-③ 感染症対策を適切に行っている（結核、インフルエンザ、疥癬等）。	a	保健所との連絡体制や研修会も頻繁に行われ、予防対策が徹底されています。マニュアルも整備され、統一した対応がなされています。
IV-1-(8)-④ 食中毒予防対策を適切に行っている。	a	栄養課により食器の消毒・殺菌、食材の鮮度の確認等、衛生面での取り扱いも徹底されています。年1回、栄養士が外部研修に参加し、予防対策の向上がなされています。
IV-1-(9) 利用者に対する機能訓練又は生活の活性化（アクティビティケア）の実施。		
IV-1-(9)-① 個別プログラムを作成し、計画的な機能訓練又は、アクティビティケアを実施している。	b	機能訓練指導員による機能訓練が実施されていますが、職員体制から難しい状況となっています。継続的な実施が出来る工夫が必要と思われます。
IV-1-(9)-② 機能訓練室以外の場所でも日常生活動作向上について計画的に行っている。	b	生活リハビリとして、ベッド上やフロア等で工夫し、実施されていますが、利用者からは「物足りない」との声もあり、見直しが必要と思われます。
IV-1-(9)-③ 寝たきり防止・離床のための取り組みを適切に実施している。	a	日中はできるだけ離床をしていただけるよう、看護師による声かけが行われ、個別目標を決める事と定期的な活動に参加を促すことで、効果が見られます。
IV-1-(9)-④ 利用者の身体状況に応じて福祉用具などを適切に提供している。	a	機能訓練指導員と介護職との連携で身体状態にあった用具が選定されています。離床センサーの活用や床材の工夫もされています。
IV-1-(9)-⑤ 転倒予防のための取り組みを実施している。	b	「ヒヤリハット報告書」が掲示され、情報共有による効果は出ていますが、併せてリハビリを継続的に行っていくための環境作りが期待されます。
IV-1-(10) 利用者の希望、要望の尊重。		
IV-1-(10)-① 主体的な生活や余暇活動を保障している。	a	利用者の重度化に伴ない、外出できる利用者が少なくなっている中でも、利用者の希望を聞き取り「おやつ作りや外出の機会」が確保されています。
IV-1-(10)-② 利用者のライフスタイルを保障している。	a	ユニットで週刊誌を年間購入し、新聞も購読されています。テレビ、ラジオを居室で楽しむ事もでき、飲酒・喫煙にも配慮した対応が見られます。
IV-1-(10)-③ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している。	a	預かり金制度に変えて、希望の品物や必要な品物は立て替え払いで購入し、家族に領収書を送り、振込払んでいただく方式が取られています。
IV-1-(10)-④ 自由な生活が送れるよう配慮している。	a	起床、就寝も利用者のペースが尊重されています。行事への参加も声かけは行いますが強制はせず、個々の自主性に任されています。
IV-1-(10)-⑤ 生活の継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している。	a	居室に家族の写真や本等持込み、また思い出の品々を身近において暮らしておられる方も少なくありません。併せて他者との交流にも配慮がされ、活気ある生活が維持されています。

IV-2 家族との交流の確保

	第三者評価結果	コメント
IV-2-(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保。		
IV-2-(1)-① 利用者と家族との交流の機会を配慮している。	a	面会できるスペースは広く設けられており、家族による様々な介助も行われています。時間の制限もなく、少人数ながら家族と外出をされる利用者の方もおられます。
IV-2-(1)-② 利用者家族との連携を積極的に図っている。	a	年2回の家族懇談会が開催され、出来るだけリアルタイムでの近況報告が行われることで、変化に対する家族の対応が行い易くなっています。年4回広報誌も発行され、施設の活動や職員の様子が、家族に伝えられています。

IV-3 利用者の人権の擁護

	第三者評価結果	コメント
IV-3-(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止。		
IV-3-(1)-① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている。	a	「身体拘束ゼロに向けての委員会」で、むさしの独自のマニュアルを作成中です。職員アンケートをとり、施設一丸となって、統一した見解や取り組み方を検討する姿勢がうかがえます。
IV-3-(1)-② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている。	a	身体拘束や介護放棄だけでなく、「言葉使い」も拘束としてとらえ、現在、高圧的な言い方にならないための取り組みが行われています。
IV-3-(1)-③ 必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている。	a	施設に掲示すると共に情報提供も行っており、相談に対して、相談員が必要な情報を提供する仕組みが作られています。現在、成年後見制度利用者が数名おられます。
IV-3-(2) 生きがいのある生活。		
IV-3-(2)-① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている。	b	個々の利用者にあった声かけやコミュニケーション確保に努力しています。重度化によりレクリエーション等に参加できる利用者が少なくなっていますが、組織全体として、日々の余暇活動の充実が求められます。
IV-3-(3) その他。		
IV-3-(3)-① 自己評価を実施している。	a	県で定めた自主点検表に取り組む事により目標達成度が確認できます。また今回の第三者評価の実施により、課題や改善目標が明確になると考えられます。
IV-3-(3)-② ターミナルケアを利用者、家族の希望に応じて行っている（ターミナルケアの検討をしている）。	a	「看取り指針」を基に、専門性を身につけるため医師による「看取りケア」研修が行われ、利用者本人・ご家族の希望に添った対応がなされています。同室者にも配慮した心配りがなされています。

基本調査票

本調査票は、貴事業所の基本的な概要について記載していただくものです。

本調査票の記入日： 平成 21 年 9 月 25 日

設置・運営主体	社会福祉法人 ふじみ野福祉会		
設置主体	社会福祉法人		
経営主体	社会福祉法人		
事業所名 (施設名)	むさしの	種別	特別養護老人ホーム
所在地	〒 354-0003 埼玉県富士見市大字南畑新田 1 6 - 1		
電 話	049-255-6102		
FAX	049-255-6601		
Email	musashino@f-musashino.jp		
URL	http://www.f-musashino.jp		
施設長氏名	吉江 孝行		
調査対応担当者	嶋田 幸子 (所属、職名： 管理課長)		
利用定員	70 名	開設年	平成 15 年 4 月 1 日
理念・基本方針	利用者・家族・職員の 3 つの笑顔を大切に地域に根ざした施設作り		
開所時間 (通所施設のみ)			

【利用者の状況に関する事項】

○成人施設の場合（老人福祉サービスを除く）

18歳未満	18～20歳未満	20～25歳未満	25～30歳未満	30～35歳未満	35～40歳未満
名	名	名	名	名	名
40～45歳未満	45～50歳未満	50～55歳未満	55～60歳未満	60～65歳未満	65歳以上
名	名	名	名	名	名
					合 計
					名

○老人福祉サービスの場合

60歳未満	60～65歳未満	65～70歳未満	70～75歳未満	75～80歳未満	80～85歳未満
0 名	2 名	5 名	7 名	11 名	9 名
85～90歳未満	90～95歳未満	95歳以上	合 計		
12 名	11 名	10 名	67 名		

○保育所の場合（通常保育）

	定 員	利用児童数	クラス数	1クラスあたり 平均児童数	1クラスあたり 平均保育士数
0 歳児					
1 歳児					
2 歳児					
3 歳児					
4 歳児					
5 歳児					
計				—	—

（注） 1クラスあたり平均児童数は2クラス以上ある場合に記載。非常勤保育士等については常勤換算で計算。異年齢児クラスはその区分ごとに記載。

○乳児院の場合

（1）施設定員数	人
（2）施設措置人数	人
	一時保護者数 人

○児童養護施設の場合

(1) 本体施設定員数	人 (分園型自活訓練事業を含む)
地域小規模児童養護施設設置数	か所
分園型自活訓練事業	か所
(2) 本体施設措置人数	人 (うち、分園型自活訓練事業 人)
一時保護者数	人
地域小規模児童養護施設	人

○母子生活支援施設の場合

(1) 施設定員世帯数	世帯
(2) 施設入所世帯数	世帯
	緊急一時保護世帯数 世帯 一時保護世帯数 世帯

○障害等の状況 (保育所、児童養護、乳児院、母子生活支援施設を除く)

・身体障害 (障害者手帳を所持している利用者についてご記入ください。)

障害区分	1級	2級	3級	4級	5級	6級	7級
視覚障害	1名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
聴覚又は平衡機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
音声・言語、そしゃく機能の障害	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
肢体不自由	9名	2名	1名	1名	1名	0名	0名
内部障害 (心臓・腎臓、ぼうこう他)	0名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
重複障害 (別掲)	3名	0名	0名	0名	0名	0名	0名
合計	13名	2名	1名	1名	1名	名	名

※区分が異なる複数障害で等級の認定がなされている場合は「重複障害」に記入ください。

・知的障害 (療育手帳を所持している利用者についてご記入ください。)

A ※	B	C
名	名	名

※「A」には丸付きのAを含む。

・精神障害（精神障害者保健福祉手帳を所持している利用者についてご記入ください。）

精神疾患の区分	1級	2級	3級
統合失調症	名	名	名
そううつ病	名	名	名
非定型精神病	名	名	名
てんかん	名	名	名
中毒精神病	名	名	名
器質精神病	名	名	名
その他の精神疾患	名	名	名
合 計	名	名	名

○要介護区分の状況（介護保険対象サービス事業所のみご記入ください。）

自立・要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
0名	0名	1名	7名	36名	23名

○サービス利用期間の状況（保育所、児童養護、乳児院、母子生活支援施設を除く）

～6か月未満	6か月～1年	1年～2年	2年～3年	3年～4年	4年～5年
5名	7名	9名	11名	5名	3名
5年～6年	6年～7年	7年～8年	8年～9年	9年～10年	10年～11年
7名	20名	0名	0名	0名	0名
11年～12年	12年～13年	13年～14年	14年～15年	15年～16年	16年～17年
0名	0名	0名	0名	0名	0名
17年～18年	18年～19年	19年～20年	20年以上		
0名	0名	0名	0名		

(平均利用期間： 4.3年)

【職員の状況に関する事項】

○成人施設の場合

	総数	施設長	事務員	主任指導員	指導員
常勤	37名	1名	3名	0名	2名
非常勤	31名	0名	0名	0名	0名
	主任介護職員	介護職員	保育士	看護師	OT、PT
常勤	2名	20名	0名	3名	1名
非常勤	0名	16名	0名	1名	1名
	栄養士	介助員	調理員等	医師	その他
常勤	2名	0名	2名	0名	1名
非常勤	0名	0名	6名	3名	4名

社会福祉士	1名	(0名)
介護福祉士	16名	(5名)
保育士	0名	(0名)
介護支援専門員	3名	(1名)
看護師	0名	(1名)

(非常勤職員の有資格者数は()に記入)

○乳児院の場合

常勤職員数		人	
うち	看護師・保育士・児童指導員（定数）	人	（ 人）
	家庭支援専門相談員	人	心理士 人
	栄養士	人	調理員等 人
	その他（ ）	人	
非常勤職員数		人	
うち	看護師・保育士・児童指導員	人	
	心理士	人	栄養士 人
	調理員等	人	その他（ ） 人
(2) 前年度採用・退職の状況	採用	常勤： 人	非常勤： 人
	退職	常勤： 人	非常勤： 人
(3) 常勤職員（うち看護師・保育士・児童相談員）の平均年齢		歳	（ 歳）
(4) 常勤職員（うち看護師・保育士・児童相談員）の平均在職年数		年	（ 年）
（注）現在の施設での在職年数。ただし、同一法人内の児童福祉施設間の異動は通算可。 小数点以下第二位を四捨五入。			
(5) 勤務形態（該当にチェック）			
<input type="checkbox"/> 住み込み <input type="checkbox"/> 断続勤務制 <input type="checkbox"/> 住み込み・断続勤務制 <input type="checkbox"/> その他			

○児童養護施設の場合

常勤職員数				人	
うち	児童指導員・保育士（定数）			人	（ 人）
	職業指導員	人	家庭支援専門相談員	人	
	看護師	人	心理士	人	
	栄養士	人	調理員等	人	
	その他（ ）	人			
非常勤職員数				人	
うち	児童指導員・保育士	人	看護師	人	
	心理士	人	栄養士	人	
	調理員等	人	その他（ ）	人	
(2) 前年度採用・退職の状況	採用	常勤：	人	非常勤：	人
	退職	常勤：	人	非常勤：	人
(3) 常勤職員（うち児童相談員・保育士）の平均年齢				歳	（ 歳）
(4) 常勤職員（うち児童相談員・保育士）の平均在職年数				年	（ 年）
(注) 現在の施設での在職年数。ただし、同一法人内の児童福祉施設間の異動は通算可。 小数点以下第二位を四捨五入。					
(5) 勤務形態（該当にチェック）					
<input type="checkbox"/> 住み込み <input type="checkbox"/> 断続勤務制 <input type="checkbox"/> 住み込み・断続勤務制 <input type="checkbox"/> その他					

○母子生活支援施設の場合

常勤職員数 人	母子指導員（定数）	人	（	人）	
	少年指導員	人	保育士	人	
	心理士	人	事務員・調理員等	人	
	その他（ ）	人			
非常勤職員数 人	母子指導員	人	少年指導員	人	
	保育士	人	心理士	人	
	事務員・調理員等	人	嘱託医	人	
	その他（ ）	人			
(2) 前年度採用・退職の状況	採用	常勤：	人	非常勤：	人
	退職	常勤：	人	非常勤：	人
(3) 常勤職員（うち母子指導員・保育士・少年指導員）の平均年齢				歳（ 歳）	
(4) 常勤職員（うち母子指導員・保育士・少年指導員）の平均在職年数				年（ 年）	
(注) 現在の施設での在職年数。ただし、同一法人内の児童福祉施設間の異動は通算可。 小数点以下第二位を四捨五入。					
(5) 勤務形態（該当にチェック） <input type="checkbox"/> 住み込み <input type="checkbox"/> 断続勤務制 <input type="checkbox"/> 住み込み・断続勤務制 <input type="checkbox"/> その他)					
(6) 夜間警備体制 <input type="checkbox"/> 機械警備有り（警備員配置有り） <input type="checkbox"/> 機械警備有り（警備員配置無し） <input type="checkbox"/> 宿直のみ <input type="checkbox"/> その他)					

【本来事業に併設して行っている事業】

（保育所を除く）

- ・ 指定短期入所生活介護・指定介護予防短期生活介護（定員14名）
- ・ 指定通所介護・指定介護予防通所介護（定員25名）
- ・ 指定訪問介護・指定介護予防訪問介護
- ・ 指定居宅介護支援事業
- ・ 地域包括支援センター指定介護予防支援事業（富士見市受託事業）
- ・ 配食サービス事業

(保育所の場合)

事業名	実施の有無	利用料
乳児保育		—
延長保育		
休日保育		
障害児保育		—
一時保育		
地域子育て支援センター		
乳幼児健康支援一時預かり事業(病後児保育)		
アレルギー等対応給食		—
その他(事業名:)		

(注) 実施事業には有無欄に○を付し、利用料を記載する。自主事業も含む。

【ボランティア等の受け入れに関する事項】

・平成 21 年度におけるボランティアの受け入れ数(延べ人数)

247 人

・ボランティアの業務

・清拭たたみボラ ・食事片付けボラ ・外清掃ボラ
・お茶、カラオケ、書道、音楽、大正琴、ハーモニカ、エレキ 踊り

【実習生の受け入れ】

・平成 21 年度における実習生の受け入れ数(実数)

社会福祉士 2 人

介護福祉士 人

その他 2 人

【施設の状況に関する事項】

※耐火・耐震構造は新耐震設計基準（昭和56年）に基づいて記入。

○成人施設の場合

(1) 建物面積	3,944 m ²	
	入所(通所)者1人あたり	56.3 m ² (延べ床面積÷定員)
(2) 耐火・耐震構造	耐火	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(3) 建築(含大改築)年	平成	15年

○保育所の場合

(1) 建物面積 (保育所分)	m ²	
	児童1人あたり	m ² (計算式: 建物延べ床面積合計÷定員)
(2) 園庭面積	m ²	
	児童1人あたり	m ² (計算式: 園庭面積合計÷定員)
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築(含大改築)年	平成	年

○乳児院の場合

(1) 建物面積	m ²	
	乳幼児1人あたり	m ² (計算式: 建物延べ床面積合計÷定員)
(2) 敷地面積	m ²	
	乳幼児1人あたり	m ² (計算式: 敷地面積合計÷定員)
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
(4) 建築(含大改築)年	平成	年

○児童養護施設の場合

(1) 処遇制の種別 (該当にチェック)		<input type="checkbox"/> ・大舎制	<input type="checkbox"/> ・中舎制	<input type="checkbox"/> ・小舎制
(2) 建物面積		m ²		
	児童1人あたり	m ² (計算式: 建物延べ床面積合計 ÷ 定員)		
(3) 敷地面積		m ²		
	児童1人あたり	m ² (計算式: 敷地面積合計 ÷ 定員)		
(4) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(5) 建築 (含大改築) 年 平成 年				

○母子生活支援施設の場合

(1) 建物面積		m ²		
	1世帯あたり	m ² (計算式: 建物延べ床面積合計 ÷ 定員世帯数)		
居室平均面積		1世帯あたり	m ² (計算式: 居室合計面積 ÷ 定員世帯数)	
(2) 敷地面積		m ²		
	1世帯あたり	m ² (計算式: 敷地面積合計 ÷ 定員世帯数)		
(3) 耐火・耐震構造	耐火	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	耐震	<input type="checkbox"/> 1. はい	<input type="checkbox"/> 2. いいえ	
(4) 建築 (含大改築) 年 平成 10~12 年				

【サービス利用者からの意見等の聴取について】

貴施設 (事業所) において、提供しているサービスに対する利用者からの意見を聞くためにどのような取り組みをされていますか。具体的にご記入ください。

- ・各ユニットごとの利用者懇談会 (2カ月に1回)
- ・家族懇談会 (平成21年3月29日 実施)
- ・嗜好調査 (食事に携わる職員から利用者への聞き取り)
- ・毎月第2火曜日 オンブズマンによる利用者への聞き取り
- ・ご意見用紙

【その他特記事項】

--