

特別養護老人ホーム しらゆり園

福祉サービス第三者評価結果報告書



報告日 平成 24 年 3 月 15 日

福祉サービス第三者評価機関
株式会社 commons 21 研究所

福祉サービス第三者評価結果報告書

目 次

1. かながわ福祉サービス第三者評価推進機構	
福祉サービス第三者評価結果報告書	1
2. 横浜市福祉サービス第三者評価結果報告書	
① 評価結果総括表	9
② 分類毎の評価結果	12
③ 利用者家族アンケート結果の特徴	37
④ 利用者家族アンケートの調査結果	37
⑤ 利用者本人調査結果の特徴	40
⑥ 事業者からの意見	41
3. 当社オリジナル報告書	
① 家族アンケート 各データグラフ (非公表)	42
② 家族アンケート施設への要望 (非公表)	51
③ 評価結果集計表 (非公表)	54
④ 自己評価／第三者評価 比較票 (非公表)	55～75

評価結果総括表

事業所名	特別養護老人ホーム しらゆり園
報告書作成日	平成 24 年 3 月 15 日 (評価に要した期間 6 か月)
評価機関	コモンズ21 研究所

評価方法

自己評価方法 (実施期間: 2011 年 9 月 14 日～11 月 17 日)	職員に自己評価票を配布し、内容を記入後に主任等が原文を集約整理し、その結果を課長と施設長がまとめています。
評価調査員による評価方法 (実施日: 2012 年 1 月 20 日、1 月 24 日)	ヒアリング対象者は 施設長、ケア・看護課長、ケア係長、主任、理学療法士、介護相談員、栄養士、介護職員です。
利用者家族アンケート実施方法 (実施期間: 9 月 15 日～ 9 月 29 日)	施設より利用者家族へ配布し、家族より直接調査機関に郵送されて回収しています。
利用者本人調査方法 (実施日: 2012 年 1 月 20 日)	施設が選定した 10 人の利用者に対し会議室等にて、利用者と調査員が 1 対1の形で穏やかに約 30 分の面談を行いました。

評価結果についての講評

<施設の概要・特徴>

「福祉・医療の未来」の構想を実現するため、「社会福祉法人横浜博萌会」と「医療法人横浜博萌会」が昭和 62 年に設立され、その後、医療法人横浜博萌会が運営する西横浜国際総合病院と、社会福祉法人横浜博萌会が運営する情緒障害児短期治療施設横浜いずみ学園が戸塚の地に誕生しました。

社会福祉法人横浜博萌会は、平成9年に高齢者福祉センターとして、特別養護老人ホーム「しらゆり園」と汲沢地域ケアプラザを合築開設し、その後、訪問介護等のほほえみステーションの運営やケアプラザの受託運営をしています。現在も構想実現のために、当該社会福祉法人と医療法人が密接に連携して、地域に根ざした福祉や医療施設等の事業運営を行っています。

特別養護老人ホームしらゆり園は、JR戸塚駅西口バスセンターからバスで 15 分ほどの緑あふれる広大な敷地に立地する3階建ての施設で、1階を玄関・事務所・多目的ホール、2階を一般棟、3階を認知症棟と、利用者の状態によって居住棟を分けています。定員は 140 名(一般 58 名、認知症 66 名、短期入所 16 名)で、居室状況は4人部屋 18 室、2 人部屋 32 室、個室 4 室となっています。西横浜国際総合病院との連携の基に医療対応が必要な要介護者である利用者へのターミナルケアを含め、介護・看護・医療の三位一体化したサービスを提供しています。

理念として、「①人権の尊重 ②ノーマライゼーションの樹立 ③共生の実現」を掲げ、その理念を実践するために、フロアごとに利用者を小グループに分け、職員編成もそれに合わせて分け、グループごとにきめ細かい対応に努めています。また、職員はグループごとに重点目標を明確にして、具体的な活動に取り組んでいます。食生活委員会、職員研修委員会、身体拘束廃止委員会などの委員会も立ち上げ、委員会ごとに全員で課題について討議しています。グループや委員会ごとに日常の業務や課題について取り組むなかで、PDCA[計画・実行・評価・改善]サイクルを着実にを行い、前進させています。

今回の家族アンケートでは、「施設の総合満足度」について、98.8%の利用者が「満足」「どちらかといえば満足」と回答しており、初回の受審(平成 18 年度)と同様に非常に高い結果が出ています。特に「施設の総合満足度」について「満足」と答えた利用者は、初回に比べ 3.4%上がっています。他の設問についても同

様に、「満足」のポイントが上昇をしています。さらに、訪問調査当日の利用者へのヒアリングにおいても、全員が「ここは良い」と答えており、極めて高い評価を得ています。

<特に優れている点>

1. 利用者に合わせてサービスと環境づくりへの取り組み

利用者の症状に合わせて、第一ホーム(一般棟・2階)と、第二ホーム(認知症棟・3階)に分けています。特に、第二ホームは、フロアの改造(大食堂と広い居間を3食堂と3居間に分割)に合わせ、職員編成を3つのグループに分けることにより、利用者と職員がより身近に感じ合うなかで、食事やレクリエーションのサービスが提供されています。また、利用者の重度化、長期化に備え、利用者がより落ち着いて穏やかに過ごせる環境づくりに努めています。

2. 課題解決に向けての目標設定と積極的な取り組み

職員は、職場ごとのグループ、委員会等の目的別グループ、研修等のスタディグループに所属し、グループごとに全員で重点目標を討議して設定し、実践に取り組んでいます。そして、年度末には取り組み結果を総括して、次年度の目標設定に繋げています。

① 平成22年度の目標は「快適に過ごせるよう利用者の立場に立って、ゆとりと潤いのある生活の援助」を掲げ、クラブ活動、外出、バイキング、寿司・すき焼きパーティなどを行うほか、平成23年度の目標は「利用者の暮らしやすさ」を求め、「創る喜び、感じる喜び」「健康維持、病気の予防・早期発見・早期治療」のほかに、「楽しく、おいしい食事」の提供などを目指しています。

② 平成23年度には「感染症マニュアル」を見直し、独自のものを策定しました。

平成24年度からの「介護職員による利用者へのたん・吸引等の扱い」の変更に対して、平成23年度中に対象職員全員が資格要件を整えるよう、施設内研修を行っています。

食生活委員会では、栄養を確保し、楽しく、おいしい食事がとれるよう、食事の残菜低減に向けた目標を掲げ、日々の献立づくりに配慮した結果、訪問調査当日の利用者へのヒアリングにおいても、「おいしい」との意見が多いうえ、残菜率(主菜100グラムに対し残った残菜率)が11.9%から9.0%に減っています。

電気の節減については、利用者に不安を与えないことを念頭に、蛍光灯の間引きや、LED化等の対策を講じた結果、平成23年度上期分は、前年度比でピーク電力が13%ほど減っています。さらに、震災・計画停電の教訓を踏まえ、非常用電源の増強のため、ガスによる発電機を導入しています。

3. 医療・看護・介護が連携した看取り介護、多職種の協働による取り組み

① 利用者のさまざまな症状や終末期に応じるために、日常的ケアと医療的ケアのほか、看取り介護のための支援体制に力を入れています。施設内では、医師は週3日、看護職員は1日10人が勤務しており、介護保険における人員配置基準を上回る体制を維持しています。さらに、同系列の医療機関との連携も日常的に行われています。

② 医師は、全利用者を対象に嚥下機能の調査を行い、一人ひとりの利用者の嚥下状態を把握したうえで、嚥下機能が低下している利用者には柔らか食による食事を奨励しています。特に配慮が必要な利用者の個別サービス計画は、日々の看護・介護の両面からのケース記録と毎月の個別対応指示に基づいて作成し、実際の対応を想定した具体的なものになっています。

4. 地域に開かれ、地域と共催する多様な取り組み、

① 本施設は今年開設15周年を迎え、その間に地域との関係は年々深まっています。同じ建物内にケアプラザを併設しているため、それぞれの利点を活かして、地域に開かれた運営が行われています。地元自治会との共催で納涼祭を開催し、2300名に及ぶ参加がありました。納涼祭を通じて施設への理解を深め、また、情報提供や相談の機会を設けています。

② 相談員の配置も多く、土日祭日の相談、見学等の対応を実施しています。広報活動としては、しらゆり園、汲沢地域ケアプラザ、ほほえみステーションごとのページを盛り込んだ広報誌を毎月発刊(2800部)し、4地区の連合町内会を中心に関係機関・地域に配っています。

③ ボランティア(個人登録約 1000 名、団体登録約 100 グループ)の受け入れ体制を整え、ボランティアの活動記録(写真)を貼付する常設の掲示板があるほか、ボランティア感謝会を実施して、ボランティアからの意見を聞く機会を設けるなど、地域に密着した多様な取り組みをしています。

<改善を期待したい点>

1. 入所日の取り扱いを柔軟に

入所は、担当医の出勤日・勤務時間に合わせているため、入所手続きについて利用者・家族に説明する段階で、入所希望日時等を聞くとともに、施設の入所可能日時を説明したうえで、日時を調整して決めています。しかしながら、家族の都合が見つからない場合もあるため、特定日以外の日時に仮入所ができる等の柔軟な方法について検討が期待されます。

2.利用者への外出機会の増加を

要介護度の重度化に伴い、車椅子利用やベッドで時間を過ごす利用者が増えている実態を踏まえ、館内での行事やボランティアによる催事などに積極的に取り組んでいます。しかし敷地内に坂が多いことなどから、人的な体制を整備する必要もあり、外出は控え目になっています。今後は、季節の良い時期に、少しの時間でも外気浴をしたり、自然のなかで季節を感じられるよう外出を増やす取り組みが期待されます。



3つ:高い水準にある、2つ:一定の水準にある、1つ:改善すべき点がある

評価領域 I 利用者本人の尊重

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>I-1 利用者本位の理念</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 法人理念は、「①人権の尊重 ②ノーマライゼーションの樹立 ③共生の実現」です。法人理念のもとに、基本目標として、「①ご利用者とともに創る喜び・感じる喜びを共感できる介護の実践 ②その人らしさを探求し、尊厳のある生活を援助する ③“健康維持”“病気の予防・早期発見・早期治療”に努める ④“楽しく、おいしく”をモットーに食事提供を実施 ⑤常にご利用者の立場にたったサービスの調整」を掲げています。 理念、基本目標の理解・浸透については、全職員配布の事業報告書・事業計画書に盛り込まれ、折にふれ会議等で説明するほか、理念等を施設内各所に掲示し職員の理解と浸透に努めています。 理念等を実践するために、職場・委員会等の小グループで、重点目標を設定して、実践に取り組んでいます。医療・看護・介護の連携により、利用者の生活全般にきめの細かい取り組みを実践しています。

I-2 利用者のニーズを正しく把握した 個別援助計画の作成



- ケアプランやアセスメントは、介護支援専門員を中心に担当ケアワーカー、看護師、理学療法士が利用者と家族に面接して、7つのケア項目について、「現在の状況・課題」「具体的な介護内容・課題解決策の要望」を聞き取りするとともに記入していただきます。その内容を介護支援専門員と検討し、必要があれば利用者や家族から介護支援専門員が聞き取りを行い、完成させています。
- 12 か月ごとに定期的に再アセスメントを行い、また、利用者の状況に変化が見えてきた際にも、利用者と家族に面接をして再アセスメントを行います。
- 計画の作成・見直しに関するカンファレンスは、1年に1回実施し、施設長以下、全職種の職員と家族が参加しています。家族が都合のつかない場合には電話で意向を聞き取り、必ず計画へ反映させています。見直しされた施設サービス計画書は、家族に説明し同意を得ています。
- 定期的に機関紙等を通じ、家族に施設や利用者の状況を伝えており、利用者の状況に変化があった場合には、必ず家族に連絡をしています。
- 家族が利用者に面会に来た時に、利用者の状況を伝え、年2回の懇談会の際にも個別に伝えていきます。医療依存度の高い利用者に関しては、2週間に1回家族に状況を伝え、変化があった場合には、その都度連絡をしています。
- 施設サービス計画書には短期目標、長期目標が明示され、計画は毎月見直しするほか、利用者の心身の状況に応じて随時見直しています。また、医療的に特別な配慮が必要な利用者に関しては、看護課で最低週に1回利用者の状況について話し合い、ケアワーカーに伝達しています。
- 外部の専門家からの助言としては、マッサージ師や協力医療機関以外の医師に受診している利用者の担当医などがあげられます。

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>I-3 利用者の状況の変化に応じた適切なサービス提供の実施</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 各グループ(一般棟=2階 認知症棟=3階)では、グループ会議を随時行い、利用者の状況、計画達成に関する情報交換等を実施しています。 利用者のケース記録は介護側と看護側がそれぞれ色を違えて書き込み、利用者の様子を関係職員全員がわかるようにしています。栄養士や理学療法士からの情報は介護側が記録しています。 サービス提供の実施状況に関する評価は、月に1回フロア会議で「個別対応指示」を全員に配布して周知するようにしています。 利用者の意向は担当ワーカーがケース記録に書き込み、これを基に毎月の「個別対応指示」を作成しています。
<p>I-4 快適な施設空間の確保</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 清掃は外部業者(授産所)が共用部分・トイレ、居室等の施設内を掃除し、清潔に保たれています。 共用スペースの温度、湿度は利用者に体感を聞くほか、温度・湿度等のチェック表をつけ一括管理を行っています。施設内で電解次亜水を生成し、加湿器等から噴霧して感染症予防や臭気対策に利用しています。 廊下は、歩行者には手すりがかかりやすい高さに設置されているほか、上下に可動式の洗面台、両開きのトイレの設置など、利用者の自立動作を支援するバリアフリーの設計思想が随所に現れています。 居室表示は、認知症棟では、3つのフロアを東町、南町、西町と表示しているほか、各居室の部屋番号を番地表示にするなど、施設ではなく、自宅、町を感じさせる配慮がなされています。 居室はカーテンや個人の家具などで仕切り、プライバシーを

確保しています。

- ・各フロアに談話室があるほか、臨終期等には家族も宿泊し介助や会話ができるように個室を備えています。
- ・「感染症及び食中毒の予防及びまん延の防止」のマニュアルを策定し、整備するとともに全職員に配布し、平常時の対策、発生時の対応について共有化がされています。
- ・常設の感染症・食中毒対策委員会が毎月1回開催され、課題として感染症の有無と状況確認、ノロウイルス・インフルエンザ対策を挙げ、会議録は回覧し、全職員がいつでも確認できるようにしています。
- ・食中毒や感染症予防(インフルエンザ・ノロウイルス等)に対する研修を施設内で定期的に行っています。ノロウイルスの感染対応については全職員にDVDを見る機会を設け、理解度と注意力を高めています。
- ・事故防止・事故対応に関するマニュアル等は備えられています。事故内容の情報は各種会議で共有され、さらに、発生職場からの分析・対策の報告もあり、職員への周知がなされています。
- ・施設内の意思決定会議である「運営会議」「しらゆり園会議」では施設、設備、業務に関わる事故原因を総合的に検討し、最終的な対策を決めています。
- ・防災マニュアルがあり、避難訓練は月に1回、総合防災訓練は年に3回(昼間想定2回、夜間想定1回)、フロア別にも1回行われています。エレベーターは非常用電源で動くほか、非常用階段は螺旋状になっています。
- ・災害発生時の地域との防災協定を締結しており、隣接の県立高校等を含めて、地域の災害弱者に対する支援拠点になっています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・災害時向けの備蓄としては、食料3日分や水・オムツ等を厨房や屋外倉庫に確保してあります。そのほか、充電式のたん等の吸引器も備えられています。 ・地震・計画停電等の教訓から、長時間停電に備え、既存設備の増強のため、ガスによる発電機を導入しています。
<p>I-5 苦情解決体制</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項説明書に「苦情の受付」の項目があり、苦情を申し立てる方法・解決部門責任者を明示しているほか、解決責任者が解決に至らない場合の解決方法として、第三者委員に解決申し出を委ねられることを明示しています。 ・第三者委員の氏名、住所等を掲示して明らかにしているほか、第三者委員はモニター委員にもなっており、施設を毎月訪れ、利用者からの意見を傾聴し、その内容を施設に伝え、改善につなげています。 ・利用者・家族からの意見・要望・苦情等を聞く機会は、投稿箱「あなたの声」、家族面会時、家族会、利用者懇談会などのほか、施設サービス計画書の説明時など、多くあります。 ・福祉サービスに対する苦情・解決実施マニュアルがあり、独立した家族の会の開催にあたっては、施設長以下責任者が出席し、施設の状況報告のほか、家族からの意見・要望を聞く機会が設けられています。 ・苦情と解決内容は、廊下等に張り出して公表するほか、家族会等にも報告し、透明性を確保しています。

**I-6 特に配慮が必要な利用者への取り組み
(医療対応含む)**



- ・医療依存度の高い利用者に関する対応マニュアルが整備されています。
- ・胃ろうや経管栄養のほか、酸素吸入などの医療依存度の高い利用者が、常時 10 名以上入所しています。
- ・特に配慮が必要な利用者の個別サービス計画は、日々の看護側、介護側両面からのケース記録や、毎月の個別対応指示に基づいて作成し、実際の対応を想定した具体的なものとなっています。
- ・利用者への介護方法は、日々申し送りを行い、月に 1 回は計画と達成状況を評価して、介護支援専門員との話し合いを行います。
- ・利用者の課題については、日々の「医療指示事項」「生活の申し送り事項」や毎月の「個別対応指示」で、必要な情報についてもれがないような体制を整えています。

評価領域Ⅱ サービスの実施内容

評価分類	評価の理由（コメント）
<p>Ⅱ-1 入退所時の対応</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 施設では、入退所検討委員会のことを「サービス調整委員会」と称して、第三者委員が構成員に加わり運営されています。 サービス調整委員会の議事録の閲覧は、請求があれば公開することを可能としています。また、待機者からの待機期間の見通しなどについての質問に対しては、相談調整課が丁寧に説明を行っています。 退所の場合は、利用者・介護者からの退所日時の希望を聞き、希望に沿った日時で対応しています。 現行は入所手続きを利用者・家族に説明する段階で、施設の入所可能日時を説明して、入所日時を決める仕組みになっています。 入所は、担当医の出勤日・勤務時間の都合に合わせていますが、利用者・家族の事情を考慮して、利用者・家族の都合に合わせて入所ができる柔軟な方法についての、検討を期待します。
<p>Ⅱ-2 利用者本位のサービス提供〔食事〕</p> 	<ul style="list-style-type: none"> 誕生会などの行事食のほかに、ランチバイキング、寿司や焼き焼きパーティなど、楽しめる食事を行っています。そのほか、週に2回、ボランティアによる「コーヒーの日」があり、希望者はコーヒーを楽しむことができます。 3階の認知症棟食堂は3箇所あり、壁には絵を飾り、フロアーには観葉植物が置かれています。2階の一般棟食堂ではテーブルごとに花が活けられているほか、各階ともBGM等を流して、食事をする雰囲気作りに努めています。利用者は静かにゆったりと自分のペースで食事をしています。 グループで、中華、お寿司、ラーメンなどの出前をとり、談話室で会話をしながら楽しむほか、利用者と職員と一緒に炊飯器を使ったり、ぬか漬けを作ったりして、家庭と同じような雰囲気

	<p>気づくりなどの工夫もしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食器等は安全面からメラミン製を使用していますが、配膳の際は温冷車を使用し、温かいものは温かく、冷たいもの(漬物やデザート)は冷たい状態で提供しています。利用者に食事の際のエプロンかけの廃止の試みをしているなど、家庭的な雰囲気心がけています。 ・車椅子利用者を含めて利用者とテーブルや椅子の高さは、着席時に点検し、特に足の床への着き具合や姿勢等をみて調整します。不具合が見られる場合は機能訓練指導員からの助言も受けて、調整しています。 ・気分がすぐれないときなどは、食事時間を2時間延長できる対応をしています。利用者が感染症やその疑いがある場合、もしくは医師の指導がある場合は、デイルームや個室に移り、食事をするケースもあります。
<p>II-2 利用者本位のサービス提供[入浴]</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・各利用者の入浴日が決まっており、週に2回の入浴をしていますが、利用者の入浴日に受診や入浴拒否等で入浴できなかったような場合には、別の日にシャワー浴や入浴ができます。家庭での入浴のように、ナイト浴を試行し、希望者に実施するなど入浴日以外の入浴について柔軟に対応しています。 ・「入浴介助マニュアル」があり、入浴に対する介助員の体制は、誘導、外介助、中介助と決まっており、機械浴や配慮を必要とする利用者の場合には利用者1名に対して職員2名の体制をとっています。 ・入浴前に看護師が体温や血圧を測定し入浴の可否を判断しています。 ・脱衣は必ずドアやカーテンを閉めた浴室内の脱衣所で行い、脱衣後に移動する際にはバスタオルを使用しています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の希望があれば、同性介助に対応しています。 ・浴槽の湯については、ミネラルを含んだ溶解性風化鉱石を使用したり、季節に応じて菖蒲やゆずを入れるなど利用者を楽しませています。
<p>Ⅱ-2 利用者本位のサービス提供〔排泄〕</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・「排泄マニュアル」があり、利用者の排泄状況は排泄記録表に記録され、職員は排泄情報について共有し、利用者の状態に応じた個別ケア計画を策定しています。 ・排泄介助を受けてトイレでの排泄が可能な利用者には、排泄リズムによって声をかけたり、出来るだけリハビリパンツの使用はせず、日中は下着で対応しています。 ・利用者が尿意等を伝えられる場合はポータブルトイレやトイレを使用するようにし、排泄自立に向けて支援しています。 ・共用トイレへの出入りには、カーテンとドアが選べ、車椅子でも使いやすく、身体の片側麻痺の利用者には左右逆配置のトイレも設け、利用しやすい造りになっています。 ・多床室の居室にはカーテンが設置され、おむつ交換・清拭・ポータブルトイレ使用の際はカーテンをきちんと閉めて対応し、プライバシーが守られています。 ・入所時に排泄介助について同性介助を希望する利用者には、同性職員にて対応をしています。夜勤時に同性職員が不在の場合は、他のフロアからの協力により対応しています。

Ⅱ-2 利用者本位のサービス提供[その他]



- ・パンフレットには、医師により終末期であることを伝えた際には、終末期の看取りまでの方針を説明して同意を得てから家族とともに「ターミナルケア」を行うということが記載されています。また、重要事項説明書には、終末期に対しての看取り介護の取り組みをした場合の利用料金等が明記されています。
- ・家族が施設でのターミナルケアを要望していても、重篤な状態になってきた時期に、改めて家族と面談し医療機関との連携体制等について説明するとともに、医師に相談し判断をする機会を設けています。また、施設側からも時期を選び家族に説明を行っています。
- ・ターミナルケアには個室等を用意し、環境を整え、職員にはターミナルケアに向き合う方針を浸透させ、常に利用者と家族に寄り添う姿勢で臨むために研修を毎年実施しています。
- ・平成 22 年度の看取り介護等の件数は、看取り介護が 11 人、看取り介護を行い医療機関等での園外死亡は 14 人となっています。

評価分類	評価の理由(コメント)
<p data-bbox="183 367 627 398">II-3 余暇・生活内容の自由な選択</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="694 374 1422 454">・利用者の希望と状態に応じて、洗濯物を畳んだり、糠漬けづくりをすることができます。 <li data-bbox="694 517 1422 598">・利用者の要望を行事委員会に伝え、納涼祭などの行事の企画・運営に反映させています。 <li data-bbox="694 660 1422 837">・利用者個人が要望したスポーツ観戦(野球、駅伝、競馬等)を小グループに分けて家族とともに実現するほか、利用者懇話会での要望を受けて、箱根彫刻の森美術館、新江ノ島水族館、横浜動物園ズーランシアなどにも遠出をしています。 <li data-bbox="694 900 1422 981">・居室にテレビを備え付けている利用者のほか、新聞の個人購読者もいます。 <li data-bbox="694 1043 1422 1173">・個人専用の衣類等の収納用ロッカー(高さが天井まで)が居室外に設けられており、個人や家族の思いに合わせて、自由な服装をしています。 <li data-bbox="694 1236 1422 1413">・館内に出張してくる理容院や美容院を利用して、パーマや髪を染める利用者もいるほか、ボランティアの美顔グループから化粧やネイルケアなどを受けて、おしゃれを楽しんでいる利用者もいます。 <li data-bbox="694 1476 1422 1556">・重要事項説明書に「預かり金」の管理サービスの内容と出納方法等が明記され、全員が利用しています。 <li data-bbox="694 1619 1422 1796">・預かり金の引き出しは、必要な場合は管理責任者に届け出て、預け入れ・引き出しを行う仕組みとなっています。利用者は、引き出した金額を薬代、売店、出前代などに使用しています。 <li data-bbox="694 1859 1422 1939">・出納報告は写しを1ヶ月ごとに交付して、利用者・家族の確認を得ています。

Ⅱ-4 機能回復・寝たきり防止等への支援



- ・機能訓練指導員(理学療法士)が利用者の症状をみて、①後遺症に伴う硬縮固定化の予防 ②歩行能力の向上のため下肢筋肉の向上 ③手足の稼動領域の向上等の観点から、個別プログラム(機能訓練計画)の策定と実施指導をしています。
- ・ケアプラン以外である個別プログラム(機能訓練計画)は、機能訓練員が毎月、利用者の状況に応じて、基本情報、目標、訓練メニュー、訓練結果等について計画書に記入し、その情報をスタッフが見ることができます。
- ・1日の流れでは、午前のレク(軽い運動と頭の体操)と午後のレク(機能訓練やゲームなど)を行っており、日常生活動作能力向上のための活動が活発に行われています。
- ・離床時間を有意義に過ごすために、室内レクやクラブ活動の機会が設けられています。ベッドで寝たきりの利用者については、状態に応じて、自立した利用者や家族の協力を得て、ダイルームで過ごす機会を作っています。
- ・じょく瘡予防のためのマニュアル等の整備のほか、毎月開催の保健委員会では、平成23年度の検討項目にじょく瘡予防を挙げるなど、施設全体で取り組んでいます。
- ・衣類の着脱についての自立者は全体で10%弱ですが、全員が寝巻きから普段着に着替えて生活しています。
- ・車椅子の利用者は、延べ人数が106人で、約9割に達しています。種類は、ハイバック、リクライニング、傾斜型のほか、最近では事故防止のため立ち上がるとブレーキがかかるものも使用されています。
- ・福祉用具の使用に当たっては、最初に機能訓練指導員(理学療法士)からワーカーに留意点等を説明した後に、ワーカーは利用者に説明し、試行を行って様子観察をし、慣れてから本格的に利用者が使うようにしています。

	<ul style="list-style-type: none"> 福祉機器と身体が合っていない場合には、ワーカーが機能訓練指導員に報告し、対応策の指示を受ける仕組みになっています。
--	---

評価分類	評価の理由（コメント）
<p>II-5 健康管理</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> バイタルサインは利用者の身体状態に応じて看護師・介護職員ともにチェックを行なっています。微熱や発熱の場合は検温、血圧、サチレーションも行い、看護日誌、ケース記録、申し送り簿等に記録され全職員間で共有しています。 体重測定は1ヶ月に1回行われ、急な増減がみられる利用者には、再検し、必要に応じて医師へ報告しています。体温測定は毎日、血圧測定は通常月に1回行い、年に1回は全員の血液・結核胸部レントゲン検査を行っています。 利用者一人ひとりの健康管理データは一元化され医務室で管理し、必要に応じて活用されています。食事摂取状況は、必要に応じ利用者の療養食・栄養ケアマネジメントへの検討材料にもなっています。 利用者の同意を受けて、インフルエンザ予防接種をするほか、全員にインフルエンザ予防策として口腔鼻腔イソジン消毒を10月～3月にかけて実施しています。 医師が嚥下機能診断を全員に実施しています。 「服薬マニュアル」があり、利用者に渡す薬は、看護師が2回チェックし、服薬時に声かけして、介護職員と看護職員がダブル確認をしています。薬の扱いをするときには集中し、他の業務で中断しないよう心がけています。 処方箋に基づいて薬局から届けられた利用者別の薬は、看護師が薬の内容・服薬方法を再確認して、ケース記録に細かく記入しています。また、申し送りでは服薬情報を直接伝え、共有しています。

	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の保管は医務室で、利用者別、服薬別(朝、昼、夜、寝る前)に分けられ、内科関係の薬は一包化 その他の科目は科目単位に一包化して、利用者に渡しています。
<p>II-6 プライバシーの保護・人権の擁護(身体拘束廃止への取り組み等)</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・「身体拘束」のマニュアルがあり、身体拘束廃止委員会を立ち上げ、定例会議での話し合いの内容について、各職場で伝達研修として学習しています。遡って2年間、身体拘束を行ったケースはありません。 ・利用者とその家族に対しては、入所時に「身体拘束をしないで行うケア」をしていること、細かい見守りと観察で危険を予防していることを説明しています。 ・施設の基本理念は第一に「人権」をあげ、「利用者に対して人生の大先達として敬意を持って接します」と謳うとともに、人権関係のポスターも園内の各所に掲示してあるほか、会議においても日常的に基本理念に照らして話し合っています。 ・毎年「高齢者福祉センター長講話」を一定期間に何回か実施して、全職員が参加できるようにしています。その内容には職業倫理、人権擁護の内容も含まれ、参加後に各自感想文を書いて提出することで意識を高めています。 ・利用者の希望に応じて成年後見制度についての情報を提供しています。また、家族とのトラブルがあるような場合も情報を提供しています。 ・成年後見制度等の利用について個別に相談に応じています。実際に手続きの支援をする体制は整えられています。

評価分類	評価の理由（コメント）
<p>II-7 利用者家族との交流・連携</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族が参加する施設内行事としては、誕生会、納涼祭、ランチバイキング、すき焼きパーティー、餅つきなどのほか、バス旅行も定期的を開催しています。 ・ 利用者の家族の自主的組織である「家族の会」があり、毎月開催されている役員会に施設長や課長等が出席し、施設の現況を報告するとともに、家族側との意見交換を行っています。 ・ 施設側主催の「利用者懇談会」を開催し、利用者から直接意見を聞く場を設けています。その席上での意見を受けて、スポーツ観戦〔野球、箱根駅伝、競馬等〕の機会を作り、家族と共に出かかっています。 ・ 高齢者福祉センター全体の広報誌として、施設内容が含まれている「ふれあい交流」が毎月発刊され、さらに、施設独自の広報紙（A4版としては、フロア毎に2階「ぼっかぼっか」、3階「えんがわ」）を毎月発行しています。 ・ 入所後の利用者の様子については、職員が家族との面談を行ったり電話をしたり、機関紙の郵送で家族に知らせています。現在まで、家族と連絡が取れない事例がないので、訪問を想定した体制準備はないものの、必要になれば、入所前と同様に訪問する事は出来る体制は可能としています。 ・ 家族の面会の際は、従来の面会簿に記入する方式から、個人情報保護と来所者からの感染予防のために、健康状態（熱・感染の有無・下痢等）を記入する面会カード方式に変えています。
<p>II-8 ユニット施設（特養・老健）のサービス提供</p>	<p>非該当</p>

評価領域Ⅲ 地域支援機能

評価分類	評価の理由(コメント)
<p data-bbox="177 400 662 454">Ⅲ-1 施設の専門性を活かした地域の人達に対する相談・サービスの提供</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="687 400 1423 629">・ 地域の福祉ニーズに関する情報の収集については、地域の民生委員や地区社会福祉協議会、ボランティアグループなどを通じて得るほか、地域の人たちの保健福祉に関する相談事業を通して行っています。相談内容は児童、障害、ボランティアなど多岐にわたっています。 <li data-bbox="687 689 1423 819">・ 地元中学校の福祉講座の一つとして、地区の社会福祉協議会と共催で「高齢者擬似体験プログラム」の実施に協力しています。 <li data-bbox="687 880 1423 1059">・ 地区の社会福祉協議会と「車椅子研修会」を共催し、車椅子を貸し出すとともに、車椅子の使い方の講師を派遣して、車椅子の研修会をサポートするほか、地域で車椅子を利用している方からの相談も受けています。 <li data-bbox="687 1120 1423 1299">・ 館内にある図書室には、普通の図書のほかに、福祉新聞や福祉に関する専門書や行政資料等を集めたコーナーを設置しています。さらに、ボランティアグループなどが発行する印刷物のために、印刷機を廉価で貸し出しています。 <li data-bbox="687 1359 1423 1489">・ 必要な関係機関や地域の団体等の情報は、日常作業に必要なため、行政の配布物の活用や各自の工夫で自分の使いやすいようにしています。 <li data-bbox="687 1550 1423 1680">・ 職場全体として関係機関・地域団体等の連絡や関わり方のマニュアル等までは作成されていません。インターネットで最新情報を得て対応するようにしています。

評価領域Ⅳ 開かれた運営

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>IV-1 施設の地域開放・地域コミュニティへの働きかけ</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・地域への施設の理解を高める交流策としては、7月に自治会の協力も得て納涼祭を実施しています。参加者は 2300 人と盛大で、招待者は自治会、地域住民、ボランティアグループ、各種団体、学校関係者、消防団等に及んでいます。 ・幼稚園の園児の来所のほか、中学校・高校生(4回)、町内会(4回)との交流が行われています。地域団体、ボランティア、市民、学校(実習を除く)から施設見学を受け入れる仕組みがあります。 ・広報誌等でボランティアへの参加の呼びかけを適宜行っています。 ・廊下の掲示板には、ボランティアグループなどの活動(写真)を貼るスペースを設けています。 ・施設内で地元の商店による果物、花、衣類、お菓子類等の出張販売があるほか、出前を行ってくれる地元の中華料理店・寿司屋・蕎麦屋等との良好な関係が築かれています。 ・地元の文化祭、敬老会、収穫祭等の行事日程を利用者に知らせて参加者を募り、職員が付き添って見学したり参加しています。 ・地域の情報を掲載する掲示板があり、県・市・区からのお知らせやボランティアグループの発行物が張り出されているほか、ちらし用のラックもあり、各種の情報が得られる環境整備をしています。

IV-2 サービス内容等に関する情報提供



- ・施設の広報活動としては、広報誌が毎月発行され(2800部)、連合町内会(自治会)を中心に関係機関・地域に配るほか、ホームページを適宜更新するなど、積極的に行われています。
- ・食事に関する取材を受け、食生活に対する方針、具体的なメニューや食事を楽しむ工夫などに関して情報を提供しています。
- ・パンフレットやホームページには、理念や方針のほかに「医療と看取りケア」についての記載があり、一般棟と認知症棟の生活の様子が示されています。
- ・見学や問い合わせに対しては、担当部署と担当者が決められており、見学者・問い合わせ者の要望に合わせて対応しています。日曜日等でも対応出来る仕組みができています。
- ・見学の場合は、全館の状況を見てもらうことを基本としています。ただ、利用者の生活に配慮し、見学は19時までとしています。

評価分類

評価の理由(コメント)

IV-3 福祉に関する普及・啓発・ボランティア活動等の促進



- ・ボランティア受け入れのためのマニュアルがあります。
- ・ボランティアの受け入れは、高齢者福祉センター全体で管理しています。最初にボランティア登録(個人・団体・希望内容等)を行い、その際にボランティアマニュアルに基づき施設の方針、利用者への配慮等を十分説明しています。具体的な活動は、施設のボランティア担当に申し出て、記録簿に記入後となっています。
- ・ボランティア登録は、個人ボランティアが約1000名、団体登録が約100グループあり、書道、音楽療法、演奏、美顔などのほか、日常の作業関係ではリネン、介助、行事、入浴後の整容、掃除等、多岐にわたります。
- ・ボランティアからの感想意見を記す記録簿があるほか、ボラン

ティア感謝会を実施してボランティアからの意見を聞く機会を設けています。

- ・実習生を受け入れるマニュアルがあり、担当部署は相談調整課が所轄しています。マニュアルに基づき、実習生にはオリエンテーションで施設の方針、利用者への配慮等を説明してから実習に入ることをしているほか、職員や利用者の実習先や趣旨等を説明しています。
- ・当年度の実習は前年度の1月頃までに申し込みを受け付け、概要が決まり次第、年間の受け入れ計画を各種会議に報告し、実習が近くなった時点で関係部署を通じ、職員や利用者説明する仕組みになっています。平成22年度の実習生は150人でした。
- ・今までの実習生の種別は、ホームヘルパー、看護学校の院外実習、介護福祉士、社会福祉士、教職員ボランティア体験、高校社会福祉実習、中学校の職業体験など多岐にわたっています。平成22年度の実習生は150人にのびりました。
- ・受け入れた実習生からの感想や意見を集約して、施設内の運営改善に活かしたり、実習先との打ち合わせ・実習プログラムの改善に繋げています。
- ・実習生には最初に、①お年寄りの生活の場にお邪魔しているということを心がける ②入所者や職員に学ぶ姿勢で接する ③守秘義務について、注意して実習を受けるようにと、心構えを強調してから実習を始めています。

評価領域V 人材育成・援助技術の向上

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>V-1 職員の人材育成</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・施設の人員については、施設運営の意思決定をする「運営会議」や「しらゆり園会議」で充足状態を確認するほか、職員の退職等の希望を早期に把握し、対応する求人等の指示を出して、必要な人材の確保に努力しています。 ・新任職員・中堅職員・指導的職員、管理者のレベルに応じた人材育成のための体系があり、現在は中堅職員や指導職員への具体的な育成計画の検討に入っています。 ・「職務自己評価」「職員意向申告」の制度があり、職員が自らの資格取得や目標を上司や管理者に申告し、上司等が年に数回面接し、職員に助言や指導する仕組みが継続されています。 ・施設には確立された研修体系があり、年度の事業計画に職員研修の基本方針が盛り込まれています。 ・常勤・非常勤に対する研修機会の区分はなく、内部研修や外部研修等の開催情報をワーカールームで見ることができ、職員の自主的な受講申し出を促しています。 ・研修後は職場に報告するほか、講師要件を備えた職員が職員に実務指導をするケースもあります。直近では、施設内で非常勤職員も参加できる「たん吸引等の研修」があります。 ・園長や管理者がメンバーになっている「職員研修委員会」が常設されており、職員研修に関わる基本事項を決めるほか、各職場の意見を踏まえて具体的な研修を推進しています。 ・常勤職員と非常勤職員の組み合わせは、利用者へのサービスが低下しないように力量に応じてフロアリーダーやグループの主任等が配慮して決めています。 ・非常勤職員に対する指導担当者は、通常業務についてはフ

	<p>ローリーダーやグループの主任と指定されています。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非常勤職員は、医師・看護師のほか、常勤と同じように夜勤まで対応する職員や夜間警備員まで多種多様ですが、資料の配布や運営上の情報伝達のほか、資質向上に寄与する研修や会議等に参加するなど、常勤職員と同様な対応をしています。
評価分類	評価の理由(コメント)
<p>V-2 職員の援助技術の向上・一貫性</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・日常のサービス全般の一般的なマニュアルのほかに、特別な配慮が必要な医療や看取り対応に関するマニュアルなど、多くのマニュアルがあります。マニュアルについては時期をみて検討を行い、最近では新たに独自の「感染症マニュアル」を作っています。 ・フロア会議で、職員やグループで工夫・改善事例を発表することもあり、合同研修(感染症対策、認知症ケア・事故防止・看取りケア等)を開催し、全体の援助技術向上に取り組んでいます。 ・利用者の援助・支援に必要な情報は、手書きと電子化の利点を活かして、申し送りや個人記録簿等に丁寧に記録され、職員間の情報共有が十分に行われています。 ・認知症棟では、重篤や看取りケアの利用者がいることから、特に職員間の「報告・連絡・相談」を重視しています。 ・職務権限を明確にして、必要な情報の周知や吸い上げを図るために、課題に応じて重層的に、職場単位ごとに、目的別に会議・委員会等が定期的開催されています。 ・外部からの援助技術については、オムツをメーカーの講師等から、救急対応・AEDの使い方等を消防署職員から受けているほか、連携病院からは利用者への援助指導やマッサージ師からの助言を受けています。

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>V-3 職員のモチベーション維持</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 職場、職位、職種による権限・職務範囲は、就業規則等で明確にされています。特に現場を各種のグループ単位に分け、職員の自主性を積極的に引き出す取り組みをしています。 ・ 業務改善への姿勢は強く、直近の事例としては、機械浴での介助の仕方、サテライト型居住施設（地域密着型特別養護老人ホーム）の構想、じょく瘡患部のデジタル写真による症状把握と治療対応など、職員からの提案が積極的に引き出されています。 ・ 「職能評価制度」については始めたばかりで、人事や職能評価のベースになる「職能要件」「期待水準」と実業務での運用判断の難しさに直面している段階であるため、制度的な安定に向けての取り組みが期待されます。

評価領域VI 経営管理

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>VI-1 経営における社会的責任</p> 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 就業規則には、「この規則を忠実に守り、社会福祉事業の発展につとめなければならない」と明示されており、採用時研修で社会人、組織人としての自覚を伝えています。 ・ 職員等内部通報制度があり、「法令違反や不正行為の未然防止、利用者や住民から信頼される組織体制(コンプライアンス)」を目指していることを明らかにしています。 ・ 不適切事例・事案でマスコミ等で話題になったものは施設長や課長等から口頭で説明し、注意喚起をするとともに、該当事案等の切抜きをワーカー室に張り出すこともあります。 ・ 法人のホームページで財務・運営情報を公開しているほか、職員に配布している事業計画書の中でも、経営収支や運営状況について報告をしています。月次の収支状況等も会議を通じ職員に伝えています。

- ・環境への取り組みは、常食主菜の残采調査を行うほか、献立を工夫し栄養を落とすことなく、前年比で残采率が顕著に減り、生ゴミの減量に効果が出ています。
- ・夏の期間の電気の節減実態は、蛍光灯の間引き、LED化などの対策を講じ、平成 23 年上期分では前年度比較でピーク電力が 13%減、使用量は 14.1%の減になっています。
- ・地震と計画停電を教訓に非常電源対策の増強と費用削減に結びつくガスによる発電機を導入しています。
- ・平成 22 年度の高齢者福祉センターの事業報告書の総括の中で、東日本大地震に伴っての停電や電力不足対応に対し触れているとともに、具体的な成果も上がっています。
- ・平成 23 年度の事業計画では、大きな課題や方針として環境配慮の考え方や位置づけが明確に示されていないため、今後は環境問題についても社会的責任を担う公的施設として、方針や目標に明記することが期待されます。

VI-2 施設長のリーダーシップ・主任の役割等



- ・理念・基本方針が記されている年度の事業報告書や事業計画書は職員に配布されています。
- ・新人には3ヶ月時に施設長が面接し、中堅職員には年度初めより3ヶ月経過時に必要に応じて面接しています。指導職には自己申告制度による面接時に、業務を通じて理解と実践への波及度を確かめています。
- ・介護・看護職員・相談員・総務の常勤・非常勤を問わず、全職員を対象に法人の理念、倫理、経営状況について年 1 回研修を実施しています。
- ・施設長は、施設内巡回時に、利用者から直接意見を聞く機会は少ないものの、利用者懇談会や行事等の際には利用者から積極的に聞いています。

- ・重要な意思決定事項については、会議や文書等を通じ職員や利用者に丁寧に説明しています。家族の会に出向いて、同様に説明をして意見等も謙虚に聞いています。
- ・法人の理事会・評議員会の会議資料を公開し、経過等の透明化に努めています。
- ・施設の実状と最新の考え方を取り入れた「感染症マニュアル」をチームで作るほか、介護職員のたん・吸引の研修計画や施設開設 15 周年行事の検討等、横断的に取り組む風土があります。
- ・主任は日常的に個々の職員の能力や経験に合わせた的確な助言や指導を行っています。特に新入職員については、夜勤勤務が出来るまで、副主任と共に4か月から半年をかけて育てています。
- ・主任クラス育成の新しいプログラムについては、策定段階から、時代を見据えた当施設にマッチしたものが出来上がることを期待します。

VI-3 効率的な運営



- ・事業運営や経営に係る情報の収集・分析担当部署は、総務部が所管しています。
- ・法人全体に係る重要な情報は、総務部が法人の理事会・評議員会に上程するほか、施設に係る重要な情報は、運営会議、しらゆり園会議、課長会議等で受け止めて、基本的な対応策を検討して課題設定をしています。
- ・運営面での重要な改善課題は、年度の事業計画の中に盛り込み、施設全体の取り組みとしています。
- ・過年度の事業報告書と当年度事業計画書を策定し、事業計画書には、基本理念と重点項目、組織体系、事業計画(基本目標と重点課題、年間予定表、係別生活援助計画、相談調整計画、保健計画、食生活援助計画、職員研修計画、防

災援助計画、広報計画)が、盛り込まれています。

- ・ 近年、水周り関係の設備の老朽化が目立ってきたため、年次別設備更新計画を策定し予算対応を検討しています。
- ・ 開設から 15 年目を迎え、その間に管理者候補に経験を積み、研修等を行いながら、管理者層の育成に努めてきています。
- ・ 運営に関しては、職員が課題を認識し、解決に向け取り組むことにより、組織と職員が経験と力をつけて行くことを大事にしている一方、同系列の医療法人や行政等の外部の専門家から助言や意見を聞いて、参考になるものについては、折にふれ会議等で提示して、運営に役立てています。

利用者家族アンケート

結果の特徴

しらゆり園 利用者家族アンケート

配布数 124通 回答83通 回収率66.9%

結果の特徴

1. 施設の基本理念や基本方針

半数以上の人が「知っている」「まあ知っている」と答えています。その全員が理念や基本方針は「共感できる」「まあ共感できる」と答えています。

2. 入所時の状況

「施設に関する情報の得やすさについて」「具体的なサービス内容及び費用の説明について」はそれぞれ90%以上の人が「満足」「どちらかと言えば満足」と答え、高い満足度を示しています。

3. 個別ケア計画について

「個別ケア計画の説明について」「本人や家族の意向・要望の反映について」は、90%以上の人が、「満足」「どちらかと言えば満足」と答え、高い満足度を示しています。

4. 日常のサービス内容について

「食事」については、約92.8%の家族が、「満足」「どちらかと言えば満足」と答えています。また、「入浴」「排泄」についても、同91.6%、「体調への日常的配慮」「病気やけがなどの対応」は同90.3%前後と高い満足度です。「預り金管理」は同90%以上「自由時間」「寝たきり防止の取り組み」の満足度が同84.3%です。「リハビリや機能回復」は同79.5%の満足度で、8.4%の人が「不満」を示しています。無回答、その他が12%ありました。

5. 施設空間の快適さ

「快適さ」「安全性」は93%の満足度です。

6. 施設と家族との連携・交流について

「本人の様子に関する説明や情報提供」は97.5%とほぼ全員が満足を示しています。「施設行事などの開催日や時間等への配慮」は94%の満足度です。

7. 職員の対応について

「本人のプライバシーへの配慮」「職員の対応について」はそれぞれ100%の満足度を示しています。そのほか「一人一人の利用者の尊重」95.1%、「不満や要望を聞く体制と対応」97.5%、「職員のサービス提供の一貫性」92.8%と、いずれも高い満足度が示されています。

8. 総合満足度

施設の総合満足度については、100%の家族が「満足」「どちらかといえば満足」と答えており、高い評価となっています。

ほとんどの項目について、90%以上の高い満足度が示されています。なかでも職員の対応に関しては「入所してから穏やかになり、ありがたく感謝しています」などの感謝の声が多く寄せられています。「将来は自分もこの施設に入所して過ごしたい」という家族の意見もありました。リハビリ、機能回復に関しては80%をやや下回っています。リハビリを受けて元気に過ごしたいという意欲が感じられます。

調査結果

■施設の基本理念や基本方針について

問1

施設の基本理念や基本方針の認知	よく知っている	まあ知っている	どちらともいえない	あまり知らない	まったく知らない	無回答
	18.1%	49.4%	9.6%	15.7%	1.2%	6.0%

問1で「よく知っている」、「まあ知っている」と回答した方のうち

付問1

理念や方針への共感	共感できる	まあ共感できる	どちらともいえない	あまり共感できない	共感できない	無回答
	52.6%	47.4%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%

■施設のサービス内容について

問2 入所した時の状況

	満足	どちらかといえ ば満足	どちらかといえ ば不満	不満	その他	無回答
a 施設に関する情報の得やすさについては	57.8%	36.1%	0.0%	0.0%	0.0%	6.0%
b 具体的なサービスの内容や費用に関する説明については	51.8%	41.0%	2.4%	0.0%	0.0%	4.8%

問3 ご本人へのサービス提供に関する計画(個別ケア計画)について

	満足	どちらかといえ ば満足	どちらかといえ ば不満	不満	その他	無回答
a 個別ケア計画の説明については	60.2%	33.7%	2.4%	0.0%	1.2%	2.4%
b 個別ケア計画へのご本人やご家族の意向・要望の反映については	59.0%	32.5%	4.8%	0.0%	1.2%	2.4%

問4 日常のサービス内容について

	満足	どちらかといえ ば満足	どちらかといえ ば不満	不満	その他	無回答
a 食事については (内容や介助の対応など総合的に)	56.6%	36.1%	2.4%	0.0%	1.2%	3.6%
b 入浴については (頻度や介助の対応など総合的に)	51.8%	39.8%	1.2%	0.0%	4.8%	2.4%
c トイレやおむつの介助の対応には	54.2%	37.3%	2.4%	0.0%	2.4%	3.6%
d 自由時間の活動については (ご本人の希望に添った活動など)	41.0%	42.2%	4.8%	0.0%	3.6%	8.4%
e 預かり金の管理方法や出納状況の説明については	59.0%	31.3%	6.0%	0.0%	0.0%	3.6%
f リハビリや機能回復のための取組みについては	47.0%	32.5%	7.2%	1.2%	4.8%	7.2%
g じょくそう予防や寝たきり防止のための取組みについては	49.4%	34.9%	3.6%	0.0%	4.8%	7.2%

h	ご本人の体調への日常的な配慮については	59.0%	36.1%	2.4%	0.0%	0.0%	2.4%
i	ご本人が病気や怪我などの時の対応については	60.2%	30.1%	1.2%	0.0%	2.4%	6.0%

問5 施設空間の快適さについて

		満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	その他	無回答
a	施設の快適さについては (清潔さ、適切な温度や明るさなど)	55.4%	37.3%	4.8%	0.0%	0.0%	2.4%
b	施設の構造や設備の安全性については	55.4%	38.6%	1.2%	0.0%	1.2%	3.6%

問6 施設と家族との連携・交流について

		満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	その他	無回答
a	ご本人の様子に関する説明や情報提供については	60.2%	37.3%	2.4%	0.0%	0.0%	0.0%
b	施設行事などの開催日や時間帯への配慮については	59.0%	34.9%	2.4%	0.0%	1.2%	2.4%

問7 職員の対応について

		満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	その他	無回答
a	ご本人のプライバシーへの配慮については	65.1%	34.9%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
b	一人ひとりの利用者の尊重については	60.2%	34.9%	2.4%	0.0%	0.0%	2.4%
c	職員の対応については (優しく丁寧な対応など)	68.7%	31.3%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%
d	職員のサービス提供方法の統一性については (どの職員も同じレベルのサービスを提供してくれるかなど)	51.8%	41.0%	3.6%	1.2%	1.2%	1.2%
e	不満や要望を聞く体制と対応については (気軽に言うことができるか、しっかりと対応してくれるかなど)	61.4%	36.1%	1.2%	1.2%	0.0%	0.0%

問8 施設の総合的評価

	満足	どちらかといえば満足	どちらかといえば不満	不満	無回答
総合満足度は	63.9%	34.9%	0.0%	0.0%	1.2%

利用者本人調査

結果の特徴

【調査対象】

利用者124名のうち、予め施設側にリストアップを依頼した10名(入所者の8%)を調査対象とした。

〔調査対象者の概要と施設全体の対比〕※()内は調査日 平成24年1月20日現在の施設全体数

有効回答数	: 10名	(123名)
性別	: 男性2名 / 女性8名	(男性20名 / 女性103名)
平均年齢	: 82歳	(87歳)
平均要介護度	: 3.4	(4.3)
平均入所年数	: 4年1ヶ月	(6年4ヶ月)

【調査方法】

評価調査者と利用者が1対1で聞き取りを行いました。

【利用者本人調査全体のコメント】

総合的には全員が「ここはいい」と答えており、満足度の高さがうかがえます。項目としては、ケア計画や苦情対応、地域関係等は質問の意味が理解できず、「わからない」という答えが多くなっていました。一方、具体的なサービスである「食事」「入浴」「排泄」「施設がきれいで快適」「職員の対応」等の項目については、ほぼ90%の利用者が満足しています。満足度が比較的低い項目は、「リハビリ」や「余暇生活」で、「もっと外出したい」旨の要望が数名からありました。

【質問項目別の特徴】

《入所時の十分な説明》

10名中3名は、「説明を家族から聞いていた」ということで、納得して入所しています。残りの7名は、「覚えていない」「わからない」と述べていました。

《ケア計画書は希望に合った内容か》

介護の計画書については、2名が「希望に合っている」と満足している様子でした。8名は「わからない」との答えでした。

生活リズムについては、7名が満足しています。「自分に合っている」「気持ちよく暮らしている」「家よりずっと良い」「陸の龍宮殿」と満足を表現する人もいました。3名は、質問の意味が理解できないようで、「わからない」の答えでした。

《施設の快適さ》

9名が「快適だ」と答えています。「寒くなくていい」「掃除もよくやってくれる」「きれいだ」と感想を述べていました。

《食事》

9名が「おいしい」と答えています。食事に関しては、「味が良い」「食べやすい」「初めは薄味でとまどったが、今は慣れておいしい」「寿司を握ってくれることもある」「誕生会には鉄火丼が出た」「出前もとれる」等々、各種の意見が出ています。一方、1名より「味を濃くしてほしい」旨の意見がありました。

《入浴》

回数は大多数が「週2回でちょうどいい」と満足な様子でした。さらに、機械浴については、「家ではできないことをしてくれる」と喜んでいました。

《排泄》

9名が、「希望する時にやってくれる」「不満はない」「よくやってくれる」ということでした。ただ、1名は「わからない」の答えでした。

《余暇・生活内容の自由》

6名が「好きなことができる」と答えています。一方、3名は「できればもっと外に出たい」「好きなことができていない」「体が痛くて、気がなくてできない」と答えています。残りの1名は、「よくわからない」の回答でした。

《健康管理・機能回復》

3名は「リハビリはもっとやってほしい」と答え、1名が「不満はない」、残りの6名は「わからない」ということでした。「体調が悪い時にすぐに対応してくれるか」という問いには、8名が「すぐに来てくれる」「よく面倒を見てくれる」と答え、満足しています。2名は「わからない」ということでした。

《苦情への対応》

4名は「不満や要望は気軽に言える」と答え、2名は「困ることはない」とし、2名は「言いにくい」と答え、2名が「わからない」と意見が分かれました。

《プライバシー保護・人権擁護・職員の対応》

プライバシーへの配慮は6名が「気を配ってくれる」と答え、4名が「わからない」の答えでした。

《職員の対応》

8名は一様に「みな親切」「優しい」と答え、2名が「いくら不満がある」という答えでした。

《地域に開かれた運営》

ボランティアについては4名がボランティアの存在を知っています。その内3名は「会場等で交流がある」と答え、1名は「自分の所へは来ない」と感想を述べていました。残りの6名は「わからない」の答えでした。

《施設の満足度》

全員が「ここは居心地が良い」と最大級の満足を表わしています。

事業者からの意見

しらゆり園として前回福祉サービス第三者評価を受審したのは平成18年で、有効期限は、平成18年4月11日～平成21年4月10日の3年間でありました。今回の受審については、前回の評価結果と現在のサービスの質がどのように変化しているかの確認。又、しらゆり園における福祉サービスの現状の理解と今後の福祉サービス改善に向けた必要項目の確認であり、公平・中立な立場からの客観的な評価を通して、サービスの質の向上への取り組みがより効果的・効率的に進められるよう福祉サービス第三者評価を受審することにいたしました。

今回の自己評価については、看護課、相談調整課、総務課、介護課の常勤職員、非常勤職員、食事介助非常勤職員の116名を対象に行いました。非常勤職員は勤務時間週16時間以上の者20名、食事介助非常勤職員は週6時間以上の者10名とし、非常勤職員まで含めての自己評価は、施設で行われているサービスが理念を含め如何に理解されているかの把握も考えてのことです。

自己評価の集計作業については、主任、副主任を中心に各グループでまとめを行い、最終的には園長、課長、係長、主任、副主任で協議し、その結果を基本的に変更しないこととしました。その後、園長、課長で現状のサービスを検証し2点の修正をいたしました。又、各調査項目のその他の工夫事例記述については、各職員が記入したものを原文のまま採用しました。

そして、福祉サービスの質の向上に取り組むためにも、第三者評価機関が評価結果を公表する前に、詳細にわたる説明会が開催され、双方の納得と合意の上で、最終的な評価結果が決定します。事業者自らが、サービス内容の透明性の確保、提供サービスの質の向上について等、課題を見出し、自主的に改善活動を行うことが必要になりました。既に、聞き取り調査でも調査員からの指摘があった点については、以前より検討していたこともあり、第三者評価機関と評価結果について検討する時期には改善をしていた点もありました。第三者評価受審にあたっての自己評価を契機に振り返りができ改善につなげることもできました。

利用者ご家族アンケート結果からは、入所時の具体的なサービス内容及び費用説明・個別ケア計画、ご家族ご意向、希望及び反映について・日常サービス内容等について高い評価をいただいた結果が出ておりますが、「施設への要望」には、「職員について」「日常サービスについて」「安全管理等について」のご意見をいただいております。記述いただいた内容を全職員で謙虚に受け止め改善に努めてまいります。

第三者評価(改善を期待したい点)として、①入所日の取り扱いを柔軟に ②利用者への外出の機会の増加を、との指摘がありましたが、①につきましては、上段でも述べましたが改善が終了しておりますが、更により良い方向に向け修正に努めてまいりたいと思っております。②につきましては、更に日常の業務を含め改善に努めてまいります。

今回の第三者評価結果により、事業者として自己の課題に気づき、課題解決に向けた取り組みのきっかけとなりました。今後、更により望ましい水準のサービスの追及、更なる福祉サービスの質の向上への努力姿勢を持ち、ご利用者の安全で、安心な生活環境・地域との信頼関係の構築に努めてまいります。