

# 福祉サービス第三者評価 評価結果

対象事業者：**特別養護老人ホーム 新山下ホーム**

横浜市中区新山下3 - 15 - 5

運営主体： 社会福祉法人 横浜社会福祉協会

実施概要	1 ページ
総合評価 (評価結果についての講評)	2～3 ページ
評価領域ごとの特記事項	4 ページ
分類・項目別評価結果	5～14 ページ
利用者家族アンケート分析・集計結果	15～21 ページ
利用者本人調査分析	22 ページ
事業者意見	23 ページ

2006 年 7 月 13 日 公表

実施機関： 特定非営利活動法人 市民セクターよこはま

## 実施概要

事業所名	社会福祉法人 横浜社会福祉協会 新山下ホーム	
報告書作成日	2006年7月11日	評価に要した期間 約3ヶ月間
評価機関	特定非営利活動法人 市民セクターよこはま	

### 評価方法

<p>1、自己評価</p> <p>実施期間:2006年2月27日 ~4月28日</p>	<p>ミーティングで周知するとともに、第三者評価の意義等を記載した文書を配布。</p> <p>非常勤も含めた全職員が各自評価票に記入。</p> <p>各個人が記入した評価票をもとに、施設長がまとめの素案を作成。その後、施設長と各主任が、意見交換を行って確認し、合意してまとめた。</p>
<p>2、利用者家族アンケート調査</p> <p>実施期間:2006年4月6日 ~4月26日</p>	<p>全利用者54名のうち、連絡可能な家族(後見人含む)37名に対して、事業者側から家族宅に郵送。</p> <p>同封の返送用封筒にて、評価機関宛匿名で返送。</p>
<p>3、訪問実地調査</p> <p>実施日:第1日 2006年5月23日 第2日 2006年5月24日</p>	<p>第1日午前中は施設見学の後、書類調査。昼食は利用者と共にとる。午後は利用者本人調査を2班に分かれて各5人実施。その後、生活相談員主任と面接調査を実施。</p> <p>第2日午前中は、書類調査の後、栄養士・看護主任・介護職員と個別に面接調査を実施。昼食は利用者と共にとる。午後は、介護職員・生活相談員主任・施設長と個別に面接調査を実施。その後、施設長と意見交換を行い終了。</p>
<p>4、利用者本人調査</p> <p>実施日:第1日 2006年5月23日</p>	<p>利用者から10名を事業者が選定。</p> <p>職員は同席せず、1人当たり約30分のインタビューを各人の居室またはロビーで実施。</p>

## 総合評価（評価結果についての講評）

新山下ホームは、市営バス「みなと赤十字病院入口」停留所から徒歩約3分の市街地にあり、1992年5月に社会福祉法人 横浜社会福祉協会により開設されました。定員は、特別養護老人ホーム54名・ショートステイ16名（四人部屋14、二人部屋7）。浴室や食堂等は、同法人が運営する横浜市新山下地域ケアプラザのデイサービス部門と共用しています。

法人の基本理念として、次の4点を掲げています。

- ・質の高い福祉サービスを提供します。
- ・ご利用者の人権を大切にします。
- ・ご利用者のプライバシーを尊重します。
- ・地域社会との交流を活発にします。

この基本理念のもと、「生活支援」「地域福祉」を運営方針としています。

### 高く評価できる点

#### 1、利用者一人ひとりに対するケアの質の向上に努めています

個別援助計画の作成・援助技術の向上・主担当制により、利用者一人ひとりに対するケアの質の向上に努めています。

・個別援助計画は、利用者本人の自立を基本として、アセスメントをもとに、利用者本人及び家族の意向を把握して作成・見直しを行っており、長期目標・短期目標をそれぞれ設定しています。

・援助技術の向上のため、職員の研修に力を入れています。特に、施設独自の取り組みとして、2005年度には、他施設6ヶ所を見学したり、施設が行っている訪問介護・訪問入浴部門で介護職員研修を行ったりして、外部の良いところを取り入れています。また、介護職員の自主的な勉強会を行う他、「生活向上委員会」をもうけ、生活環境の改善に取り組み、利用者の個別ケアの充実を図っています。

・一人ひとりの利用者には主担当介護職員が配置され、日々の過ごし方や状況変化が容易に把握できるようになっています。

これらの取り組みにより、利用者一人ひとりに対するケアの質の向上に努めています。

#### 2、医療依存度の高い利用者を多く受け入れています

医療依存度の高い利用者でも、在宅医療者であれば、医師と相談の上、利用者の希望に沿って積極的に受け入れています。現在、経管栄養を必要とする人7名、酸素療法・バルーンカテーテル等を必要とする人5名が入所しています。

介護職員の勉強会等で看護師が研修を行うとともに、当該利用者の部屋には当該医療の対応マニュアルを備え付け、夜間の対応にも万全を期しています。

医療依存度の高い利用者のケアカンファレンスは、医療の方向性が変わった時や病院から退院した時に、家族を交えて行い、適切な対応となるようにしています。

#### 3、ターミナルケアを利用者の希望に応じて行っています

事業計画中の重点実施事項に、「ターミナルケアへの対応」を明示し、既に2004年度4名、2005年度2名のターミナルケアを実施しています。

利用者・家族の意向を聞き、施設での看取りの希望があれば、医師と相談の上対応しています。

医師は、可能な限りすぐに来所できる体制となっており、看護師・介護職員等に対する教育・研修も行われています。

#### 4、職員全員で業務改善に取り組んでいます

施設長の強力なリーダーシップのもと、全職員が一丸となって、さまざまな業務改善に取り組んでいます。施設長は職員と階層別にカレランチミーティングを行い、改善の方向性等について意思疎通を図っています。職員は、口頭での改善申出の他、「提案シート」により改善提案を出すことができます。提案の一つ一つに対し、施設長は丁寧に答え、可能な限り実行に移していません。

また、一般職員を中心とした「生活向上委員会」をもうけ、旧来のことにとらわれない発想を重視しています。施設だより「ニコニコ通信」の発行、口腔ケアの実施、利用者による「おやつ作り」などの成果が出ています。

#### 独自に取り組んでいる点

##### 1、地域の福祉ニーズに応じたサービスを提供しています

特養ホーム定員 54 名に対してショートステイ定員 16 名と、他の特養ホームに比べ、多人数のショートステイ利用者を受け入れている他、訪問介護事業、訪問入浴事業を行っています。

また、横浜市からの委託事業として「夜間相談ならびに緊急一時受入業務」を実施しています。平成 17 年度には 2 件の緊急受入を行い、地域のセーフティネットとしての役割を果たしています。

「重度障がい者施設入浴事業」として、要介護高齢者向け以外のサービスも実施しています。

これらの事業を実施するとともに、同じ法人が運営する横浜市新山下地域ケアプラザとの密接な連携を保ち、地域で在宅介護をしている家族のニーズに積極的に対応しています。

##### 2、口腔ケアの充実を図っています

「できるだけ自力で食べるケア」を目指し、その一環として、歯科医師の指導のもと、毎食後、利用者全員に対し口腔ケアを行っています。週 1 回、特に念入りに実施する「口腔ケアデー」を設け、充実を図っています。

#### 改善や工夫が望まれる点

##### 1、身体機能維持訓練の充実を

車椅子利用者が 89%と多く、日常生活の起居を中心とした関わりの中で身体機能維持を図っています。また、ボール遊び・ボーリング・ダンス等の日々のレクリエーション活動の中で、日常生活動作能力向上を行っています。いずれも介護職員が支援していますが、個別援助計画中に明示されていないケースもあり、身体機能維持訓練の取り組みとしては不十分です。

専門家の指導を受け、より効果的なものとするのが望まれます。

##### 2、マニュアルの整備を

マニュアルの整備が不十分です。業務によってはマニュアルが無かったり、現在あるマニュアルも、内容的に不十分であったり、定期的な見直し等が行われていません。

マニュアルを作成することは、業務の見直し・改善、サービスの向上につながるもので、早急に作成し、維持・管理体制を整備することが望まれます。

医務室関連では、医療依存度の高い利用者に対するマニュアルはありますが、一般利用者に対する健康管理・服薬管理等に関するマニュアルがありません。日々の業務はきちんと行われているので、この部分から取り組み、順次、他の業務に展開するのが良いと考えます。

当評価機関では、「障害」を「障がい」と表記します。

## 評価領域ごとの特記事項

### 1、人権への配慮

- ◇ 基本理念として、「質の高い福祉サービスを提供します」「ご利用者の人権を大切にします」「ご利用者のプライバシーを尊重します」等を掲げ、利用者本人を尊重したものとなっています。
- ◇ 個人情報、個人情報保護規程により、適切に管理されています。特に、外部からの問合せに対し、誰からであったら施設として回答して良いかを、あらかじめ個々の利用者から書面で提出してもらい、施設として統一的な対応ができるように工夫していることは評価できます。
- ◇ 事業計画中の重点実施事項に「身体拘束ゼロ」を掲げ、毎月1回委員会を開催、取り組んでいます。

### 2、利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援

- ◇ 運営方針として「生活支援」を掲げ、利用者が自立した生活ができるよう努めています。
- ◇ 個別援助計画は、利用者本人及び家族の意向を把握して作成・見直しを行っており、長期目標・短期目標をそれぞれ設定しています。
- ◇ 一般職員を中心とした「生活向上委員会」をもうけ、利用者の生活環境改善や個別ケアの充実に努めています。
- ◇ 「できるだけ自力で食べるケア」を目指し、その一環として、口腔ケアに力を入れています。
- ◇ 医療依存度の高い人を多く受け入れています。
- ◇ 身体機能維持に対する支援はやや不十分です。専門家の指導を受け、効果的なものとするのが望まれます。

### 3、サービスマネジメントシステムの確立

- ◇ 施設長のリーダーシップのもと、職員が一丸となってより良いサービス提供に努めるとともに、サービス改善にも力を入れています。
- ◇ 「リスクマネジメント委員会」を月1回開催し、事故例やヒヤリハット例の分析を行い、再発防止に努めています。
- ◇ 苦情解決に関する規程に則って、苦情・要望に対応しています。
- ◇ 年2回、施設長と家族が懇談するカレーランチミーティングをもうけ、施設に対する要望等を聴いています。
- ◇ マニュアルの整備が不十分です。業務によってはマニュアルが無かったり、現在あるマニュアルも、内容的に不十分であったり、定期的な見直し等が行われていません。マニュアルの作成及び維持・管理体制を整備することが望まれます。

### 4、地域との交流・連携

- ◇ ショートステイの他、訪問介護・訪問入浴事業を行い、地域の人達へ在宅サービスを行っています。
- ◇ 横浜市からの委託事業として、「夜間相談ならびに緊急一時受入業務」「重度障がい者施設入浴事業」を行っています。
- ◇ 同じ法人が運営する横浜市新山下地域ケアプラザが、地域の福祉ニーズの把握や、地域の人達に対する保健福祉に関する相談事業・研修や講演会を実施し、施設と役割分担を行っています。
- ◇ 利用者が近所の店で食事をしたり、町内会のお祭りに参加したりする他、地元商店会が菓子等の買物注文を引き受けてくれる等、地域との交流を図っています。

### 5、運営上の透明性の確保と継続性

- ◇ 事業者として守るべき法・規範・倫理等が明文化されています。また、職種ごとの倫理を明文化したものを、職員に回覧し周知しています。
- ◇ 他の福祉施設での不正・不適切な事例を職員に回覧して、法令遵守等の啓発に努めています。
- ◇ 経営・運営状況等の情報は、ホームページの他、法人の情報公開規程に則って行っています。

### 6、職員の資質向上の促進

- ◇ 人材育成計画・研修計画が策定され、内部研修や外部研修等に常勤職員・非常勤職員とも参加しています。施設独自の取り組みとして、2005年度には、他施設6ヶ所を見学したり、施設が行っている訪問介護・訪問入浴部門で介護職員研修を行ったりして、外部の良いところを取り入れています。
- ◇ 年3回の施設長と職員の面接時に、個々の職員の目標設定や達成度の評価を行っています。

## 分類別評価結果

横浜市評価基準を使用しています。評価基準の詳細については、横浜市福祉局「福祉サービス第三者評価」のホームページ <http://www.city.yokohama.jp/me/fukushi/hyouka/index.html#qg> を参照してください。








「ひょう太」の数の意味は以下の通りです。

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

評価分類の結果は、各分類を構成する1～6つの項目の評価結果で決まります。「ひょう太」が1つしかつかない項目が1つでもあると、その項目の属する評価分類の結果は「ひょう太」1つとな

### 評価領域 利用者本人の尊重

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>- 1 利用者本位の理念</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 経営理念は「質の高い福祉サービスを提供」「利用者の人権を大切にす</li> <li>る」等利用者本人を尊重したものになっています。</li> <li>・ 経営理念および基本方針については、ロビーに掲示されている他、職員採用時ならびに年度始めの職員会議で周知しています。</li> <li>・ 職員から業務改善の提案があった時は、その内容が理念に則しているかどうかの確認を行っています。</li> <li>・ 各職員の利用者への接し方も、利用者本位であることが見受けられました。</li> </ul>
<p>- 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</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ アセスメントにあたっては、要介護度の認定調査表を参考にして、利用者1人1人の身体状況、生活状況を把握し、「施設サービス計画書」(個別援助計画)に明記しています。</li> <li>・ アセスメントにあたっては、入所前に事前訪問して利用者及び家族と面談しています。</li> <li>・ 個別援助計画の作成・見直しは、あらかじめ本人や家族の意見を聞いてから行っています。</li> <li>・ 個別援助計画の作成、見直しのケース会議には、施設長、生活相談員、介護職員、看護師、栄養士が参加しています。</li> <li>・ 作成した計画は、利用者本人に説明して同意を得るようにしています。同意を得ることが困難な場合には、家族に説明して同意を得ており、遠方の場合には計画書を郵送の上、署名捺印を得ています。</li> <li>・ 計画は定期的に見直す他、病院への入退院時など、状況の変化に応じて見直しを行っています。</li> <li>・ 歯科医師の指導・助言を受けて、利用者全員への口腔ケアを行うなど、外部の専門家の協力を得ています。</li> </ul>

<p>- 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"> <li>・利用者個々のファイルに、利用者の状況と職員の対応の結果や、利用者の反応を記録しています。</li> <li>・サービス提供は、個別援助計画に沿って行われています。さらに、利用者の希望に合わせて、個別外出への対応や病院への通院の付き添いを行う等、柔軟なサービス提供を行っています。</li> <li>・サービス提供の実施状況に関する評価を、ケース会議及び月1回のスタッフ会議の際に行っています。また、朝夕の引継ぎ時にも見直し等を行っています。</li> </ul>
<p>- 4 快適な施設空間の確保</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・談話室、デイルーム等の共有スペース、個人のスペースとも、換気、温度、湿度、採光、照明が適切に調節されており、バリアフリーにも配慮されています。</li> <li>・清掃は、共有スペースについては週2回、食堂は食事の都度、個人のスペースは週1回程度行っていますが、個人のスペースの掃除に、行き届かないところが見受けられます。</li> <li>・居室は4人または2人部屋ですが、カーテンで仕切ることプライバシーを確保しています。</li> <li>・衛生管理、感染症予防および対策のマニュアルがあり、一部の職員の参加を得て3年に1回見直しを行っていますが、毎年見直すまでには至っていません。また新しい事例を入れて、年1回は、職員全員に対して研修を行っています。</li> <li>・感染症に罹患した利用者への対応方法については、職員同士でチェックし、意識の共有化を図っています。</li> <li>・リスクマネジメント委員会を月1回開催して、事故(ヒヤリ・ハットを含む)の原因を分析し、介護事故防止、再発防止のための立案を行うとともに、職員への周知を図っています。</li> <li>・事故防止のための検討を行い、離床センサーマットの導入や車イスのフットレストにカバーをつけるなどの改善をしています。</li> <li>・新入職員を対象とした事故防止・災害時対応研修を行っています。</li> <li>・4月に防災訓練、9月に避難訓練(夜間想定)を行っています。</li> <li>・災害発生時には、職員が利用者のリストに基づき、逐一電話をすることになっていますが、連絡方法について、誰がいつ知らせるか等の仕組みはできていません。</li> </ul>
<p>- 5 苦情解決体制</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「苦情解決に関する規程」があり、重要事項説明書に記載しており、ロビーにも掲示しています。</li> <li>・生活相談員が苦情受付担当者となっている他、第三者委員(2名)に、直接苦情を申し立てられるようになっています。</li> <li>・利用者・家族からは、意見箱、日々の対話、及び施設長と家族とのカレラランチミーティングで、進んで要望や苦情を聴いています。</li> <li>・要望や苦情の内容と解決策については、職員会議で徹底を図っています。</li> <li>・過去1年間苦情はありませんが、以前の事例を分析して、サービスの向上に活かしています。</li> </ul>




- 6 特に配慮が必要な利用者への取り組み（医療対応含む）










- ・ 個別援助計画作成の際には、ベッドサイドでの転倒の危険がある人には、マット着地センサーを提供したり、徘徊で無断外出が予想される人には小型の位置情報発信器を歩行器につける等の実際の対応を想定して、具体的な計画を立てています。
- ・ 利用者の課題については、カンファレンスの際や日々の引継ぎの際に職員間で情報共有されています。
- ・ 特に配慮が必要な利用者の介護方法について、定期的に全職種の主任と担当介護職員が参加して、検討しています。
- ・ 認知症ケアに対する研修を、年 1 回実施しています。
- ・ 医療依存度の高い利用者であっても、在宅医療者であれば、医師と相談の上、利用者の希望に沿って積極的に受け入れています。現在、経管栄養の人 7 名、酸素療法の人 1 名、バルーンカテーテルの人 2 名、膀胱ろうの人 1 名、気管切開後開放孔の人 1 名が、入所しています。
- ・ 緊急時の医療対応マニュアルが整備されている他、経管栄養の利用者については、当該医療対応マニュアルを、部屋に備え付けています。
- ・ 医療の記録と介護の記録については、それぞれの記録のコピーを貼り付けることにより、お互いの内容を踏まえた内容となっています。




評価領域 サービスの実施内容

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>- 1 入退所時の対応</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入退所検討委員会の委員に、第三者として地元民生委員を加えています。</li> <li>・ 入退所検討委員会は毎月開催され、記録は適切に整備されています。</li> <li>・ 申込者や待機者からの問合せがあれば、順位等を伝えています。</li> <li>・ 入退所の曜日や時間は、介護者の都合に合わせてしています。</li> </ul>
<p>- 2 利用者本位のサービス提供[食事]</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 正月、節分、ひな祭り、端午の節句、納涼祭、敬老会、クリスマス会等で行事食を提供し、食事メニューに変化をもたせています。</li> <li>・ 毎月 1 回の誕生日会では、主食(ご飯かパン)やおかず(魚か肉など)を選択できるようにしています。</li> <li>・ レクリエーション活動の一環として、利用者が栄養士・調理員とともに「おやつ作り」(あんみつ、きんつば等)に取り組んでいます。</li> <li>・ 食事のとき、栄養士が利用者に声かけし、味付けの具合や食べたい物等を聞いています。</li> <li>・ 車椅子利用者には、食事時に座位を保持するためのクッションを入れる等の工夫をしています。</li> <li>・ 食事は、刻み・ごく刻み・ミキサー食等、利用者の摂取状況に合わせ、個別に対応しています。</li> <li>・ 2005 年末から、ソフト食を取り入れ始め、徐々に回数を増やしています。</li> <li>・ 必要に応じ、すくい易い食器や特注のスプーンを使用しています。</li> <li>・ 1 階食堂はデイサービス部門と共用なので、自力で食べられる人が使用し、介助が必要な人やゆっくりと食べたい人は、2 階食堂を使用しています。</li> <li>・ 食事中、介助が必要な利用者に対し、職員は適切な援助と声かけをしていますが、自力で食べられる人に対しても声かけ等を行い、食事を楽しむ雰囲気づくりをすることが望まれます。</li> </ul>
<p>- 2 利用者本位のサービス提供[入浴]</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者の状況に応じ、ストレッチャー浴(機械浴)と一般浴の 2 形態で対応しています。</li> <li>・ 職員体制は、浴室 3 人、着脱・移動に 4~5 人で、相互に連携を保ちながら一連の介助を行っています。</li> <li>・ 浴室床タイルを滑りにくいものに改善、安全性に配慮しています。</li> <li>・ 脱衣室の出入り口はドア式となっており、プライバシーに配慮しています。</li> <li>・ 個別入浴を希望する利用者には、入浴順を最後にする等の工夫で応じています。</li> <li>・ 同性職員による入浴介助の希望があれば、浴室担当職員を臨時に変えて対応しています。</li> <li>・ 入浴日以外の入浴希望については、本人の希望と介護の必要性が一致する場合のみ、随時対応していますが、それ以外の場合は、職員体制やデイサービス部門との浴室共用による時間の制約等があり、入浴・シャワー浴・清拭等、かなえられていません。今後の工夫が望まれます。</li> </ul>




<p>- 2 利用者本位のサービス提供[排泄]</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・トイレ誘導は、利用者一人ひとりの排泄リズムに応じて行っています。</li> <li>・トイレ利用が増え、排泄の自立につながるように、冷たさを感じないで使ってもらえる暖房便座としています。</li> <li>・車椅子利用者が多く、安全・事故防止のため、夜間はポータブルトイレに誘導しています。</li> <li>・ポータブルトイレの清潔保持に努めており、気になる臭いはありません。</li> <li>・原則として布おむつを使用しています。</li> <li>・トイレの出入り口はほとんどドア式となっており、プライバシーが配慮されています。</li> <li>・利用者から同性職員による排泄介助の希望があれば、できるだけ対応していますが、夜間は必ずしも希望に沿ってはいません。</li> </ul>
<p>- 2 利用者本位のサービス提供[その他]</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・2006年度事業計画の重点事項中に、ターミナルケアへの対応を明示しています。</li> <li>・2004年度4名、17年度2名のターミナルケアを実施しています。</li> <li>・ターミナルケアについて、利用者・家族の意向を聞き、施設での看取りの希望があれば、医師と相談の上対応しています。</li> <li>・医師は、可能な限りすぐに来所できる体制になっています。</li> <li>・看護師・介護職員・生活相談員に対し、ターミナルケアに関する研修を行っています。</li> </ul>
<p>- 3 余暇・生活内容の自由な選択</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者は希望により、エプロンたたみ等を行っています。</li> <li>・利用者の誕生日には、外出日を設けています。</li> <li>・毎週、水・土・日をレクリエーション活動の日とし、カラオケ・散歩・書道・ボール遊び・ボーリング・ダンス等を、主として介護職員の支援のもと行っています。</li> <li>・二人部屋、四人部屋であっても、個人用テレビは設置できます。</li> <li>・新聞や雑誌を、希望者は個人講読ができます。</li> <li>・月1回、理容ボランティアが来所しています。希望者には、外部の美容室へ職員が同行しています。</li> <li>・喫煙は、指定の場所(喫煙室等)で可能です。飲酒は、医師が差し支えないと判断した利用者について、正月・敬老会等行事の際には可能です。</li> <li>・預り金の管理は、規程に沿って適切に行われています。</li> <li>・家族には、毎月1回預り金残高を通知しています。家族から問合せがあれば、その使用内訳を知らせています。</li> </ul>
<p>- 4 機能回復・寝たきり防止等への支援</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・専任の機能訓練指導員は配置されていませんが、看護師が兼務しています。</li> <li>・日常生活の起居を中心とした関わりの中での身体機能維持を図っています。また、ボール遊び・ボーリング・ダンス等の日々のレクリエーション活動の中で、日常生活動作能力向上を図っています。</li> <li>・身体機能維持訓練のプログラムや実施方法について、専門家の指導を受け、より効果的なものとするのが望まれます。</li> <li>・毎朝、寝間着から日中着に着替え、生活のリズムを作るようにしています。</li> <li>・どうしても困難な利用者以外は、離床して食事を摂っています。</li> <li>・じょくそう予防のため、定時の体位交換の他、それぞれの利用者にあった枕やエアマットを使用したり、ギャッジベッドの傾き調整をしたり、さまざまな工夫</li> </ul>

	<p>をしています。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 車椅子は、それぞれの利用者に合うように、業者と打ち合わせて、改造や微調整を行っています。</li> <li>・ 福祉用具の利用にあたっては、整形外科医と相談し、適切な選定となるようにしています。</li> </ul>
<p>- 5 健康管理</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 年1回の全員検診の記録の他、個々の利用者に応じた頻度でバイタルチェックを行い、結果を記録しています。</li> <li>・ 体重測定は、全員に対し月1回行っています。</li> <li>・ 血圧測定等は、個々の利用者の身体状況に応じて行っています。</li> <li>・ 各利用者の健康管理データは、それぞれの看護記録に記入し、一目で分かるようになっています。</li> <li>・ 夜間引継ぎ書で、必要事項を介護職員に連絡し、介護職員の夜間の記録をコピーして、各人の看護記録に添付しています。</li> <li>・ 誤薬のないように、各人ごとの名前を袋に記入し、配る時は、看護師が名前と顔を確認し、飲むところまで確認しています。</li> <li>・ 介護職員の勉強会で、看護師が薬の取扱い方等について説明しています。</li> <li>・ 退院して戻ってきた利用者については、その都度、看護師・介護職員間で連絡会を行っています。</li> </ul>
<p>- 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"> <li>・ 法人の「個人情報保護規程」にもとづき、個人情報に関する守秘義務の取り扱いが適切になされています。</li> <li>・ 外部からの問合せに対し、誰からであったら回答して良いかを、あらかじめ個々の利用者から書面で提出してもらい、施設として統一的な対応ができるように工夫しています。</li> <li>・ 2006年度事業計画中の重点事項に、「身体拘束ゼロの実現」を掲げて取り組んでいます。</li> <li>・ 毎月、身体拘束廃止委員会を開き、拘束等の状況を把握しています。</li> <li>・ 全職員に対し、身体拘束廃止の事例等ビデオによる研修等を行っています。</li> <li>・ 月1回の介護職員ミーティングで、利用者への言葉遣いや接遇等、不適切なところが無いか、お互いに注意しあっています。</li> <li>・ 人権擁護に関する職員研修を行うことが望まれます。</li> <li>・ 成年後見制度利用者1名、横浜市社会福祉協議会の横浜生活あんしんセンター利用者1名について、それぞれ手続等の支援を行った事例があります。</li> </ul>
<p>- 7 利用者家族との交流・連携</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 敬老会、クリスマス会等に家族を招待しています。</li> <li>・ 家族を対象とした介護教室は開催していませんが、年2回、施設長と家族が懇談するカレーランチミーティングを設けています。</li> <li>・ 施設だよりとして「ニコニコ通信」を発行し、利用者や施設の様子を家族に知らせています。</li> <li>・ 面会がない家族等にも、行事や誕生会の時の様子を報告しています。</li> <li>・ 必要に応じ利用者の家族と個別面談を行う他、相談員が家族宅を訪問することもあります。</li> </ul>




評価領域 地域支援機能




評価分類	評価の理由(コメント)
<p>- 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>・ 民生委員や地元町内会とのミーティングで、施設に対する要望を把握しています。</li> <li>・ ショートステイ、訪問介護、訪問入浴事業を行い、地域の人達への在宅サービスを提供しています。</li> <li>・ 横浜市からの委託事業として、「夜間相談ならびに緊急一時受入業務」「重度障がい者施設入浴事業」を行っています。</li> <li>・ 根岸公園で開催される「ハローよこはま」に参加し、介護相談コーナーを設けています。</li> <li>・ 同じ法人が運営する併設の横浜市新山下地域ケアプラザが、地域の福祉ニーズの把握や、地域の人達に対する保健福祉に関する相談事業・研修や講演会を実施し、施設と役割分担を行っています。</li> </ul>

評価領域 開かれた運営

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>- 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"> <li>・クリスマス会には中学生の合唱の発表、納涼祭には学生の協力、敬老会には踊りのボランティアの参加があり、各団体と定期的に交流を図っています。</li> <li>・地域の人達を施設の行事に招待していません。</li> <li>・学校に体験学習などの目的を明示して、ボランティアとしての参加を呼びかけています。</li> <li>・地域に車椅子やポータブルトイレ等の貸し出しを行っています。</li> <li>・外出して近所の飲食店を利用したり、レクリエーションで横浜港の大栈橋に行ったりしている他、地元商店会が菓子等の買物注文を引き受けてくれています。</li> <li>・利用者が町内会のお祭りに8名ほど参加しています。</li> <li>・地域の行事等の情報を収集して利用者に提供することは行っていません。</li> </ul>
<p>- 2 サービス内容等に関する情報提供</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・施設のパンフレットやホームページで、地域や関係機関に情報提供をしています。</li> <li>・サービスの内容の詳細、料金、職員体制等については、ロビーに掲示するとともに、書架にファイルを置いて手に取って読めるようになっています。</li> <li>・問い合わせに対して、必要がある場合には、先方に出向いて施設の情報を提供しています。</li> <li>・サービス内容等についての問い合わせや施設見学は、土日や休日も対応しています。</li> <li>・見学時間は、特に制限を設けていません。</li> </ul>
<p>- 3 福祉に関する普及・啓発・ボランティア活動等の促進</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ボランティア受け入れのマニュアルがあり、これに基づいてボランティアに、施設の方針や利用者への配慮等を説明しています。</li> <li>・歌や手芸のボランティアの他、中、高等学校の体験学習等のボランティアを受け入れています。</li> <li>・ボランティアの受け入れにあたり、事前に職員に趣旨を説明していますが、利用者には説明を行っていません。</li> <li>・ボランティアの意見や指摘事項を聞く仕組みがなく、施設運営に反映されていません。</li> <li>・実習生受け入れのマニュアルがあり、これに基づいて実習生に、施設の方針や利用者への配慮等を説明しています。</li> <li>・実習生の受け入れにあたり、職員には事前のスタッフ会議と朝のミーティングとで説明し、利用者には食事の際に説明しています。</li> <li>・実習生の受け入れを積極的に行っていて、訪問看護、介護支援専門員、職業訓練生、ホームヘルパー等の実習生を受け入れています。</li> </ul>

評価領域 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>- 1 職員の人材育成</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人材育成計画が策定されていて、補充計画や職員の育成計画が定められています。</li> <li>・ 年 3 回、昇給、賞与(2 回)時に面接を行い、勤務評定表に基づく評価、個々の職員の資質向上に向けた目標の達成度評価を行っています。</li> <li>・ 施設としての職員研修計画が策定されていて、内部研修や外部研修等に、常勤職員、非常勤職員とも参加しています。</li> <li>・ 外部研修を受けた者は外部研修報告書を作成し、全職員が閲覧できるようにしています。</li> <li>・ 業務にあたっての配置は、職員と非常勤職員の組み合わせに配慮しています。</li> <li>・ 非常勤職員への指導は介護主任が行うとともに、外部研修への参加による資質向上も図られています。</li> </ul>
<p>- 2 職員の援助技術の向上・一貫性</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 月 1 回開かれる介護職員の勉強会において、職員の援助技術の向上に取り組んでいます。</li> <li>・ 利用者全員を対象とした口腔ケアへの取り組みについて、歯科医師から指導と評価を受けています。</li> <li>・ 日常のサービスについてのマニュアルはありますが、職員参加による定期的な見直しは行っていません。</li> <li>・ 個々の利用者への援助に必要な情報は、介護連絡ノートに記入して職員間で情報共有しています。</li> </ul>
<p>- 3 職員のモチベーション維持</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 勤務成績評定表に、本人の経験、能力に応じた役割が、期待水準として明文化されています。</li> <li>・ 職員が利用者の状況により自主的に判断できるよう、可能な限り現場に権限を委譲しています。</li> <li>・ 提案シートを作成、活用し、職員から業務改善の提案を募って、風通しのよい職場づくりを行っています。</li> <li>・ 年 3 回、昇給、賞与(2 回)時に施設長が個別の面接を行い、職員の満足度・要望等を聞いています。</li> <li>・ 口腔ケアの取り組みについて、第 5 回かながわ老人福祉大会(2006 年 7 月)で発表する等、職員のやりがいを高める工夫をしています。</li> </ul>

評価分類	評価の理由(コメント)
<p>- 1 経営における社会的責任</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業者として守るべき法・規範・倫理等が明文化されています。また、職種ごとの倫理を明文化したものを、職員に周知しています。</li> <li>・ 経営・運営の状況について、役職者には月ごとの事業収支を知らせています。</li> <li>・ 他の福祉施設での不正・不適切な事例を回覧して、それらの行為を行わないように、法令遵守等の啓発につとめています。</li> <li>・ ゴミ減量化・リサイクルのためにゴミの分別回収を行う他、省エネルギー促進のために、こまめに消灯しています。</li> <li>・ 環境配慮の考え方が、施設の方針や目標の中に位置づけられていません。</li> </ul>
<p>- 2 施設長のリーダーシップ・主任の役割等</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 職員会議の際に、理念・基本方針を配布し、周知しています。</li> <li>・ 年 3 回の個人面接の際に、施設長が理念・基本方針を職員が理解しているかを点検しています。</li> <li>・ 施設長は、利用者又は家族から直接意見を聞くとともに、重要な意思決定については説明を行っています。</li> <li>・ 重要な意思決定については、各サービスの責任者を交えて検討しています。</li> <li>・ 主任は、日報、職員からの報告等で業務の状況を把握し、個々の職員の能力にあった助言や指導を行っています。</li> <li>・ 主任は、職員が体調の悪い時は早めに帰宅させるなど、精神的、肉体的に良好な状態で仕事に取り組めるような配慮を行っています。</li> </ul>
<p>- 3 効率的な運営</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業運営に影響のある情報は、法人内部の会議や新聞から収集する他、横浜市や神奈川県社会福祉協議会の施設長会に参加するなどして、情報収集や意見交換に努めています。</li> <li>・ 事業運営に大きく影響する情報は、主任が参加している月例ミーティングで議論し、重点改善課題として設定されています。</li> <li>・ 重要な改善課題については、職員に通常のミーティングで文書と口頭とで周知しています。</li> <li>・ 中長期的な事業の方向性を定めた計画は作成されていません。</li> <li>・ 2004 年度の基本方針の中に、「安定した経営基盤(稼働率の向上)とサービス基盤(専門性の向上と満足度の追求)の構築」を掲げています。</li> <li>・ 次代の施設運営に備えての計画的な後継者の育成は行っていません。</li> <li>・ 運営に関し、コンサルタント(公認会計士)の分析を参考にしています。</li> </ul>

## 利用者家族アンケート 分析

実施期間 2006年4月6日～4月26日

実施方法 事業者から直接利用者家族に配布(郵送)

回収率 70.3% (37枚配付、26枚回収)

アンケート回答のあった利用者の概要

(性別) 男性5人、女性21人(無回答0人)

(年齢) 40～64歳 0人、65歳～74歳 2人、75歳～84歳 6人、  
85歳～94歳 17人、95歳以上 1人、無回答0人

(要介護度) 1...1人、2...1人、3...0人、4...5人、5...18人 無回答1人

アンケートに回答した人の属性

配偶者5人、子ども15人、兄弟姉妹2人、甥・姪1人、その他3人

### 結果の特徴

- ◇ 基本理念・基本方針を「よく知っている」が15.4%、「まあ知っている」が53.9%で、あわせて70%弱の人が知っています。そのうち50%が「共感できる」「まあ共感できる」が15.3%です。  
比較的多くの人の基本理念、基本方針を知っていて、共感もしています。
- ◇ 総合満足度は「満足」30.8%、「どちらかと言えば満足」が65.4%で、あわせて96.2%で大多数の家族の方が満足しています。

### 満足度の高かった点

- ◇ 日常のサービス内容の小項目のうち、食事についてと病気や怪我などの対応についてが「満足」、「どちらかと言えば満足」をあわせて92%以上で、大多数の家族が満足しています。
- ◇ 職員の対応について、各小項目いずれも、「満足」、「どちらかと言えば満足」をあわせて92%以上で、「よくやってくれています」、「みなさんとても親切です」などの声があります。
- ◇ 入所時の状況において、具体的なサービス内容および費用等の説明の項目で、「満足」が50%に達し、「どちらかと言えば満足」の42.3%を加えると92.3%になります。一般的には高い満足を得にくいこの項目で、満足度の高いことは特筆すべきことです。自由意見では「良く説明をしていただき、本当にありがとうございました」という声があります。

### 満足度のやや低かった点

- ◇ 施設空間の快適さについて、施設の快適さ(清潔さ、適切な温度・明るさ)の小項目において「どちらかと言えば不満」が19.2%で「不満」の3.8%とあわせると23%とやや多くなっています。自由意見では「各部屋の掃除が行き届いてないように見受けられる」、「部屋のすみに、ほこりがたまっている」などの意見があります。居室の掃除について改善が望まれます。
- ◇ 日常のサービス内容についての小項目で、トイレやおむつ介助の対応については、「満足」「どちらかと言えば満足」合わせて73%である一方、「どちらかと言えば不満」が19.2%とやや多く見受けられます。また、リハビリ、機能回復への取り組みについては、「満足」が15.4%と低く「どちらかと言えば満足」の26.9%を合わせても42.3%です。その一方で「その他」が34.6%です。これは、自由意見に多かった「よくわからない」、「希望していない」といった利用者の状況が表れているものと思われます。なお、「どちらかと言えば不満」が11.5%、「不満」が3.8%で、合わせると15.3%とやや多くなっています。リハビリを希望しない、あるいは、関心のあまり無い家族が多い一方で、リハビリ、機能回復への取り組みを期待している家族も相当数存在すると思われます。今後の取り組み方に工夫が望まれます。



# 家族アンケート集計結果 (グラフ)

事業者名： 新山下ホーム (入所者)

調査期間： 2006年4月6日～4月26日

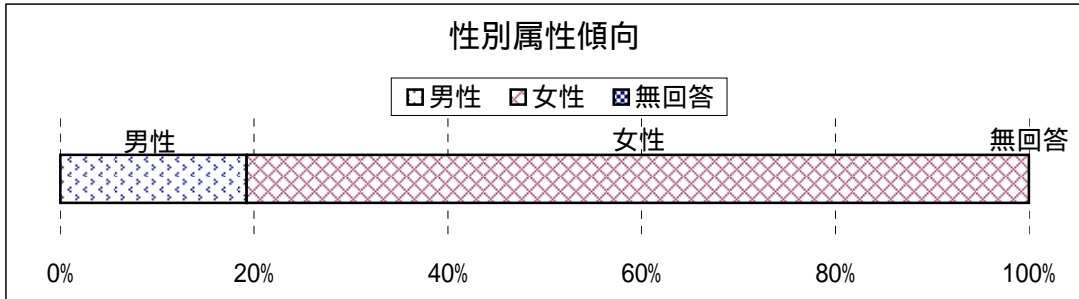
回収率： 70.3% (回収26枚 / 配付37枚)

入所者は54名

【属性】

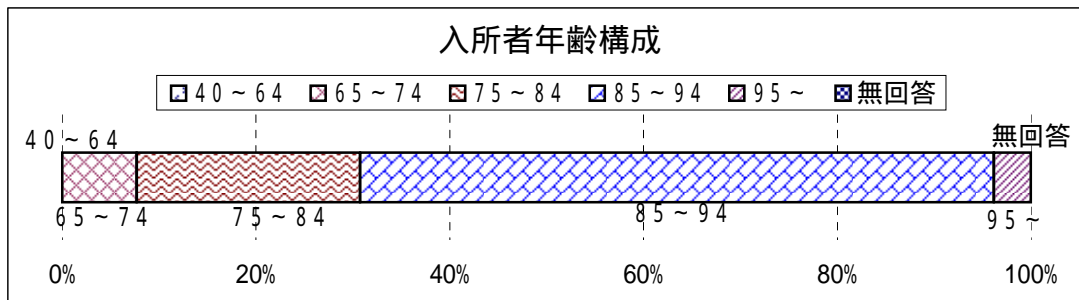
## 1 利用者性別

性別	男性	女性	無回答	計
構成	5	21	0	26



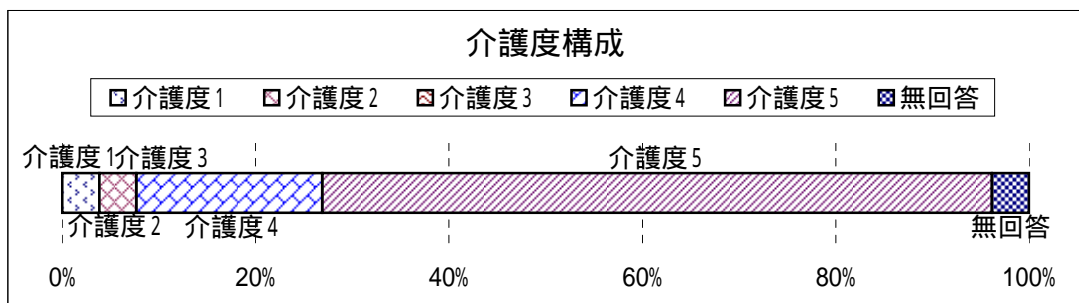
## 2 利用者年齢構成

年齢:才	40～64	65～74	75～84	85～94	95～	無回答	計
構成	0	2	6	17	1	0	26



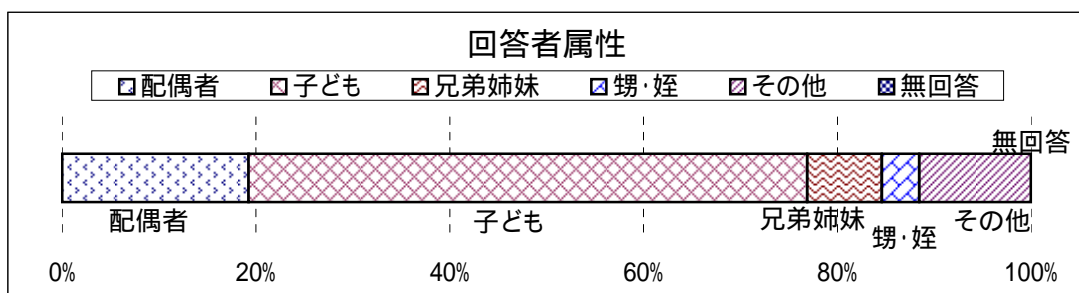
## 3 利用者介護度

介護度	介護度1	介護度2	介護度3	介護度4	介護度5	無回答	計
構成	1	1	0	5	18	1	26



## 4 アンケートに回答した方の属性

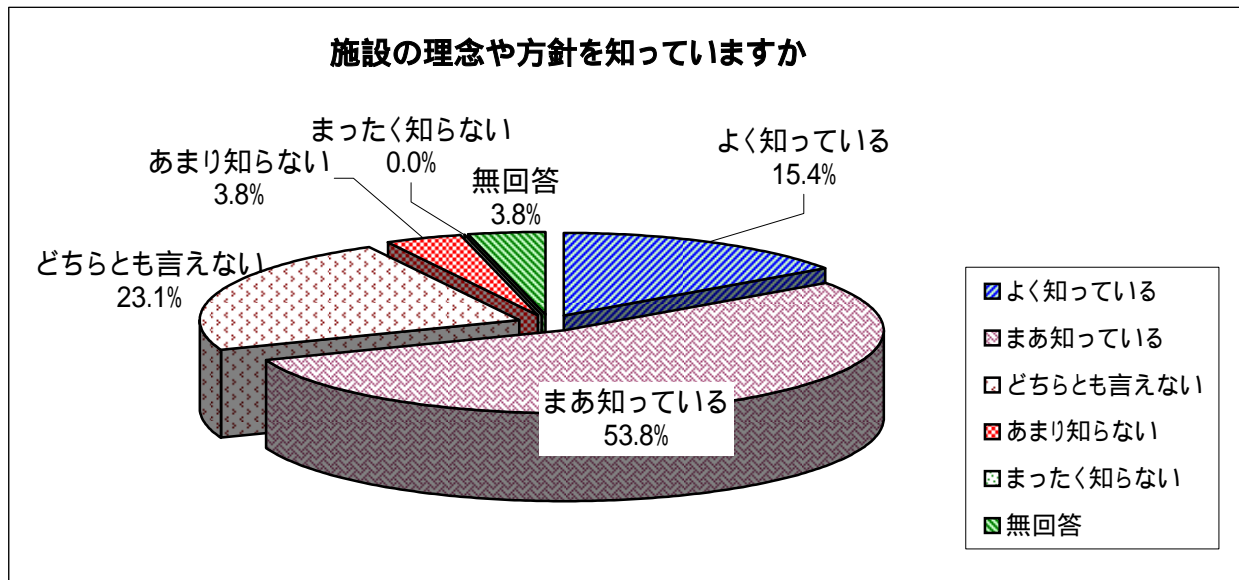
属性	配偶者	子ども	兄弟姉妹	甥・姪	その他	無回答	計
構成	5	15	2	1	3	0	26



## 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を知っていますか

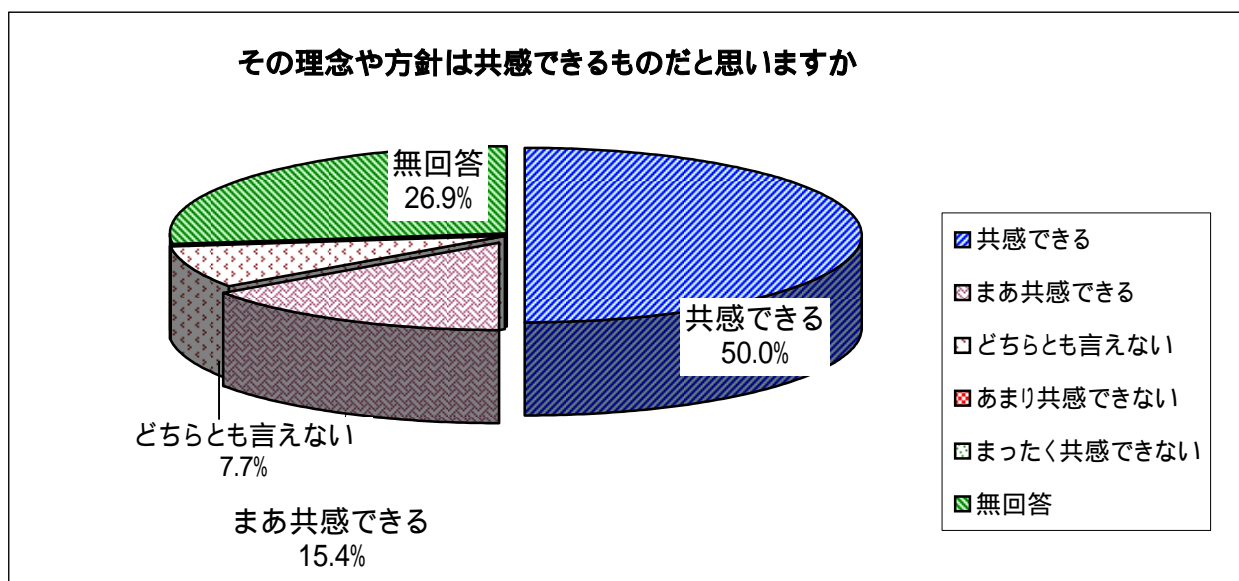
問1：	よく知っている	まあ知っている	どちらとも言えない	あまり知らない	まったく知らない	無回答	計
あなたは、この施設の基本理念や基本方針をご存じですか	15.4	53.9	23.1	3.9	0.0	3.9	100



「よく知っている」「まあ知っている」と答えた方へ

付問：あなたは、その理念や方針は共感できるものだと思いますか

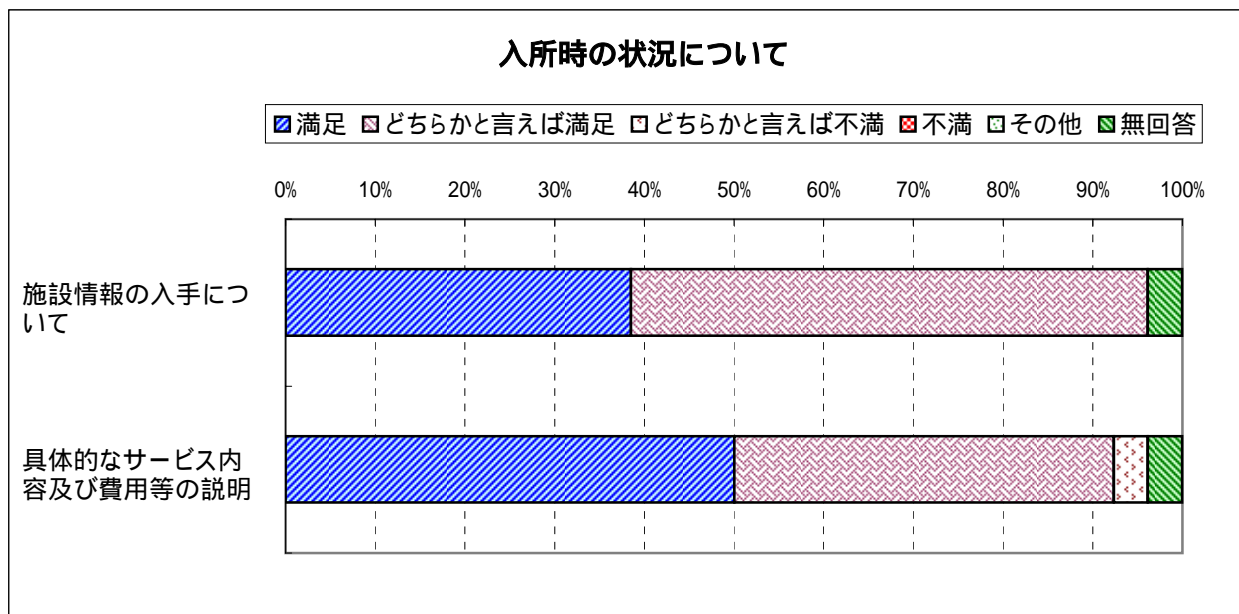
付問1：	共感できる	まあ共感できる	どちらとも言えない	あまり共感できない	まったく共感できない	無回答	計
あなたは、その理念や方針は共感できるものだと思いますか	50.0	15.4	7.7	0.0	0.0	26.9	100



## 施設のサービス内容について

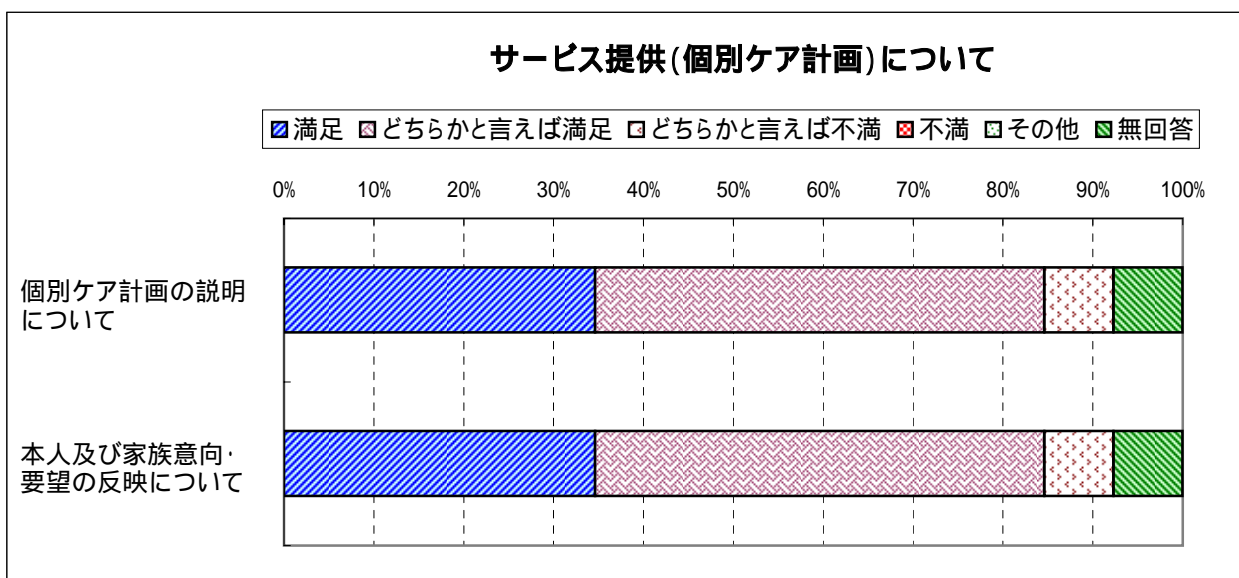
### 問2 入所時の状況

	満足	どちらかと言えば満足	どちらかと言えば不満	不満	その他	無回答	計
施設情報の入手について	38.5	57.6	0.0	0.0	0.0	3.9	100
具体的なサービス内容及び費用等の説明	50.0	42.3	3.8	0.0	0.0	3.9	100



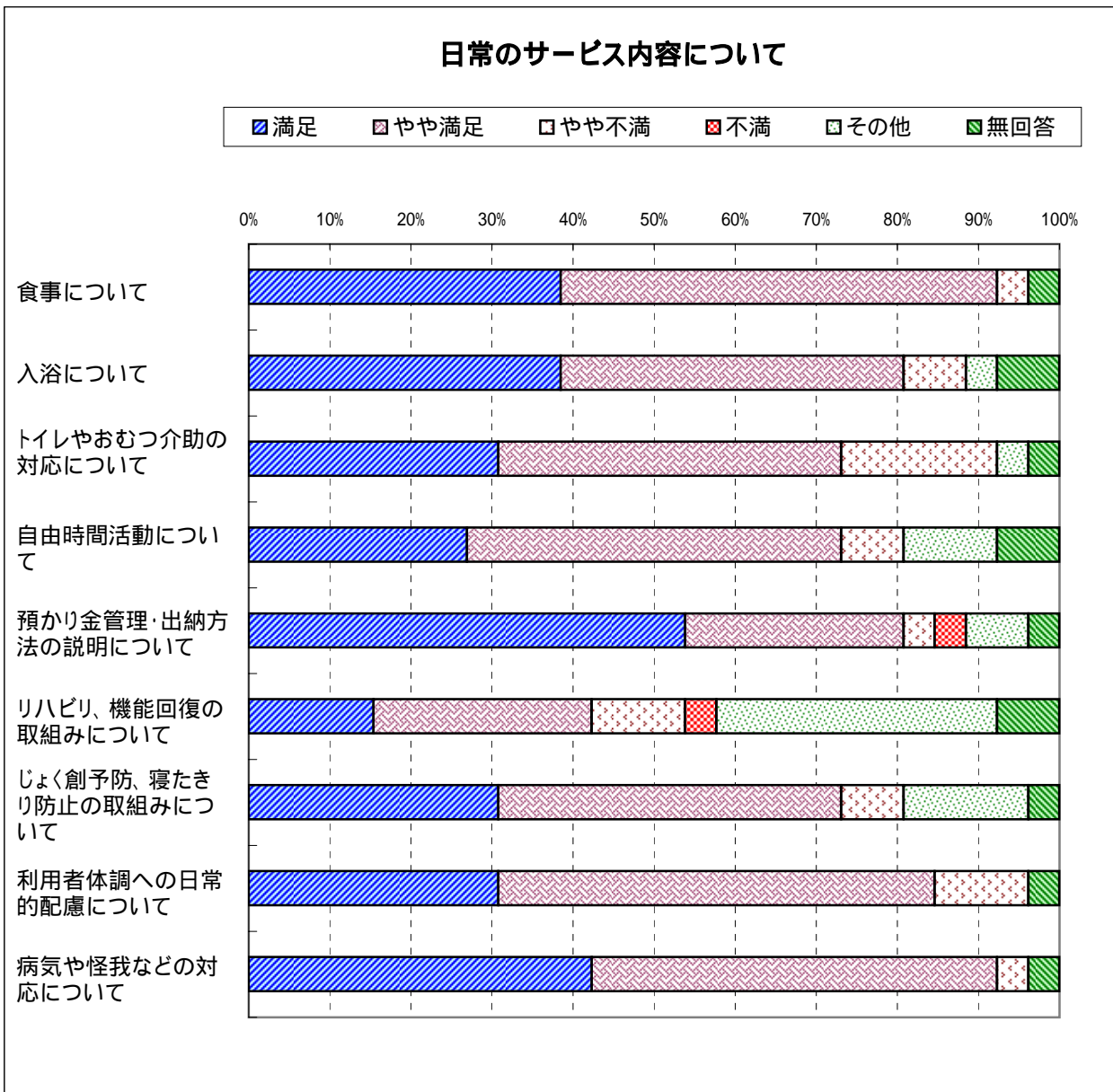
### 問3 サービス提供(個別ケア計画)

	満足	どちらかと言えば満足	どちらかと言えば不満	不満	その他	無回答	計
個別ケア計画の説明について	34.6	50.0	7.7	0.0	0.0	7.7	100
本人及び家族意向・要望の反映について	34.6	50.0	7.7	0.0	0.0	7.7	100



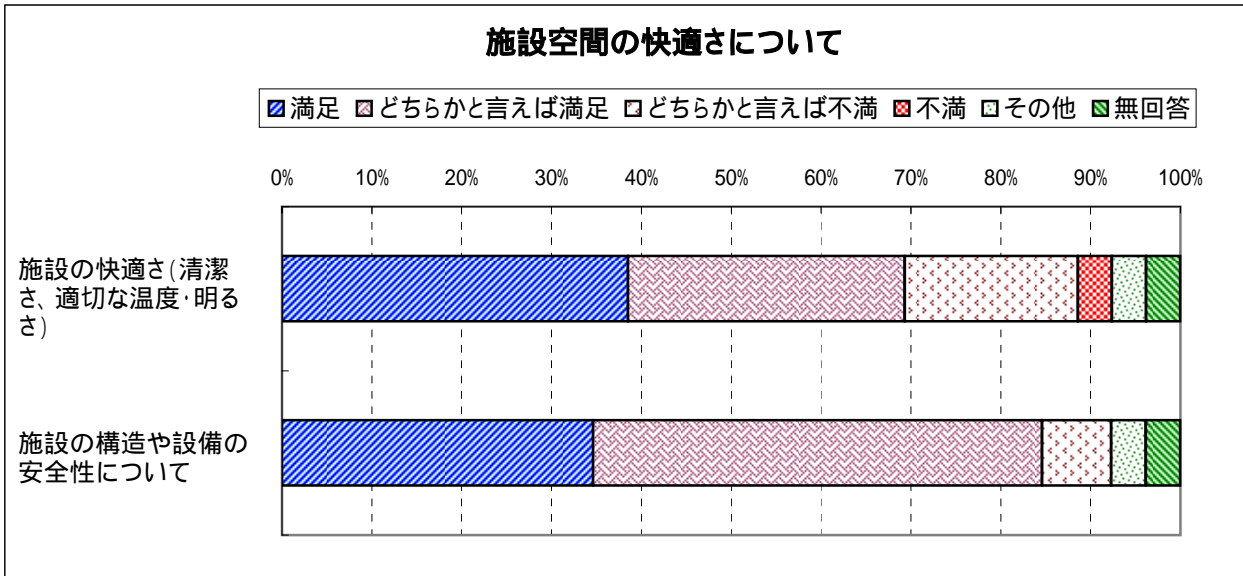
問4 日常のサービス内容

	満足	どちらかと言えば満足	どちらかと言えば不満	不満	その他	無回答	計
食事について	38.5	53.8	3.8	0.0	0.0	3.8	100
入浴について	38.5	42.3	7.7	0.0	3.9	7.7	100
トイレやおむつ介助の対応について	30.8	42.3	19.2	0.0	3.9	3.9	100
自由時間活動について	26.9	46.2	7.7	0.0	11.5	7.7	100
預かり金管理・出納方法の説明について	53.8	26.9	3.8	3.8	7.7	3.8	100
リハビリ、機能回復の取組みについて	15.4	26.9	11.5	3.8	34.6	7.7	100
じょく創予防、寝たきり防止の取組みについて	30.8	42.3	7.7	0.0	15.4	3.8	100
利用者体調への日常的配慮について	30.8	53.9	11.5	0.0	0.0	3.8	100
病気や怪我などの対応について	42.3	50.0	3.9	0.0	0.0	3.8	100



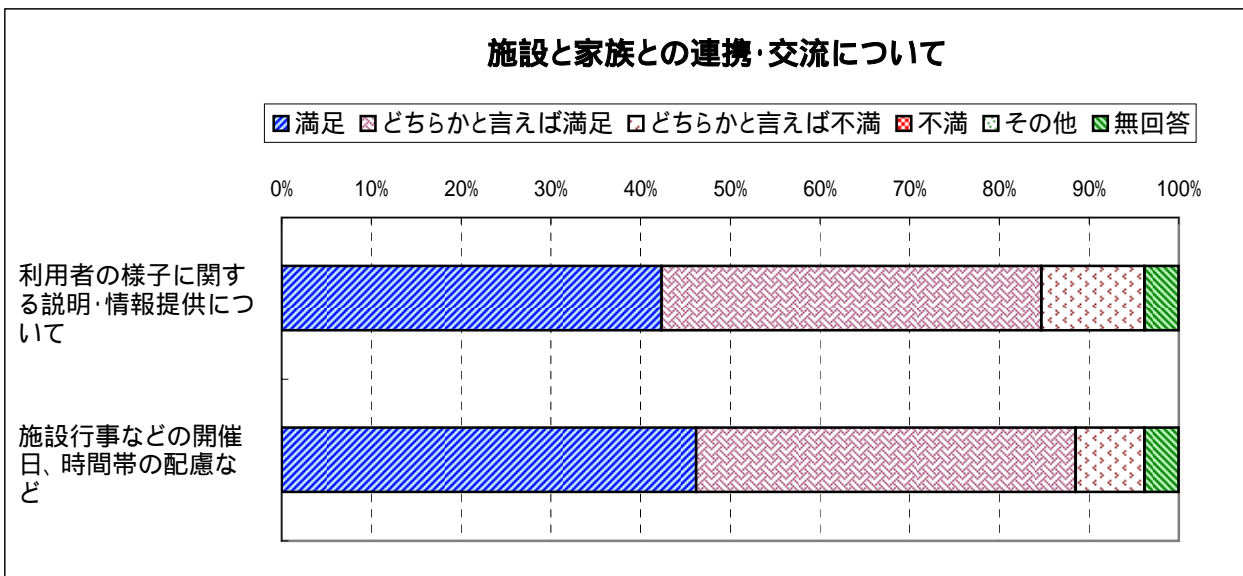
問5 施設空間の快適さ

	満足	どちらかと言えば満足	どちらかと言えば不満	不満	その他	無回答	計
施設の快適さ(清潔さ、適切な温度・明るさ)	38.5	30.8	19.2	3.8	3.8	3.8	100
施設の構造や設備の安全性について	34.6	50.0	7.7	0.0	3.9	3.9	100



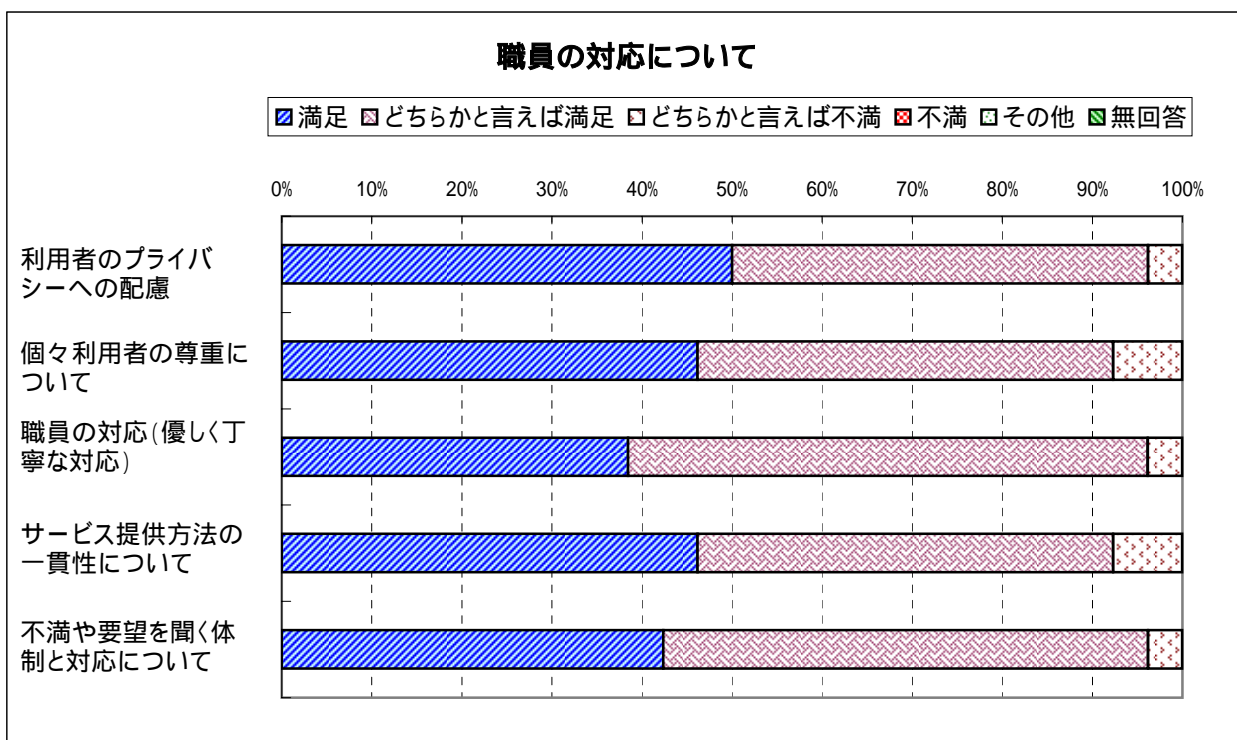
問6 施設と家族との連携・交流

	満足	どちらかと言えば満足	どちらかと言えば不満	不満	その他	無回答	計
利用者の様子に関する説明・情報提供について	42.3	42.3	11.5	0.0	0.0	3.8	100
施設行事などの開催日、時間帯の配慮など	46.2	42.3	7.7	0.0	0.0	3.8	100



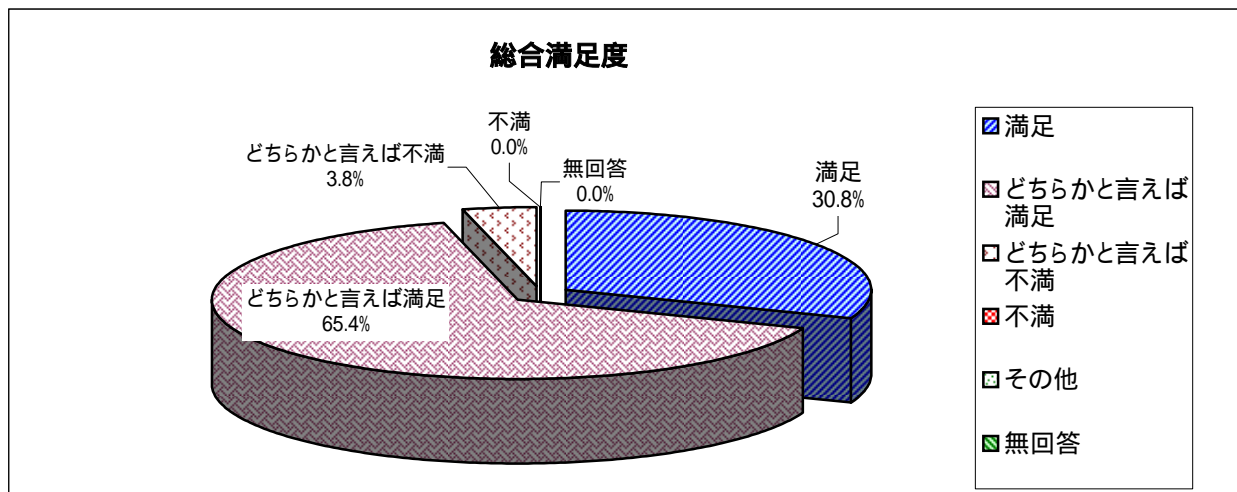
問7 職員の対応について

	満足	どちらかと言えば満足	どちらかと言えば不満	不満	その他	無回答	計
利用者のプライバシーへの配慮	50.0	46.2	3.8	0.0	0.0	0.0	100
個々利用者の尊重について	46.2	46.2	7.7	0.0	0.0	0.0	100
職員の対応(優しく丁寧な対応)	38.5	57.7	3.8	0.0	0.0	0.0	100
サービス提供方法の一貫性について	46.2	46.2	7.7	0.0	0.0	0.0	100
不満や要望を聞く体制と対応について	42.3	53.8	3.8	0.0	0.0	0.0	100



問8 総合満足度

	満足	どちらかと言えば満足	どちらかと言えば不満	不満	その他	無回答	計
総合満足度	30.8	65.4	3.8	0	0	0	100



## 利用者本人調査 分析

実施期間	2006年5月23日(火)
選定方法	男性4人、女性6人(入所者の男女比率・年齢比率に合わせて事業者が選定)
実施方法	職員は同席せず、1人当たり30分前後のインタビューをロビーまたは各人の居室で実施

### 結果の特徴

- ◇ 入所の際、多数の人が、家族が聞いた場合を含め、施設での生活内容については説明を受けています。
- ◇ 生活リズムは、多数の人が自分に合っていると答えています。
- ◇ 個別ケア計画については、知っている人と知らない人が半数ずつです。リハビリをして欲しいという希望もあります。
- ◇ 施設の快適さについては、多数の人が満足していますが、部屋が暑い、同室者の清潔が気にかかる、ベッドの間を車椅子が通りにくい等の意見があります。
- ◇ 食事はほぼ全員が満足していますが、肉が硬いときがある、味が薄い等の意見があります。
- ◇ 入浴はほぼ全員が満足していますが、もう少し入る時間が長いと良いとの意見があります。
- ◇ 排泄は、インタビューした全員が自立、またはほぼ自立であり、特に不満は聞かれませんでした。
- ◇ 余暇・生活内容の自由については、多数の人が「テレビを見ている」「読書をしている」「手芸をしている」など好きなことが出来ると答えています。一人で外出している人もいますが、買物外出したい、年に1回位は旅行をしたい等の意見があります。
- ◇ 体調がすぐれないときは、すぐに対応してくれるとほぼ全員が答えています。リハビリや機能回復訓練は、「自分でやっている」「週1回でもやって欲しい」という意見や、「必要ない」という意見等さまざまです。
- ◇ 不満や要望を気軽にいえるかどうかについては、「気軽に言える」「今のところは無いが、すぐに言える雰囲気はある」という意見の他、「高望みはしない」「聞いてもらえるようなことしか言わない」等の声があります。
- ◇ プライバシーの保護については、多数の人が守られていると答えています。
- ◇ 職員の対応については、大多数の人が優しく接してくれると答えています。が、「面倒くさがる人がいる」「他人の前で個人的なことを言われ傷ついた」という声があります。
- ◇ 地域の方やボランティアの方との交流については、大多数の人が意識していないようです。
- ◇ 総合満足度は、インタビューした全員から、居心地が良いとの答がありました。

調査対象利用者は10人であり、平均介護度4.4の利用者の標準的な特徴とは限りません。

## 事業者意見

今回の福祉サービス第三者評価の受審のきっかけは「3つの問い」から発している。

- 問1 自分たちが提供しているサービス内容は、どのレベルに位置し、皆様のニーズにどれだけ応えられているのだろうか？
- 問2 ご利用者様・ご家族の方々、広い意味では市民の皆様にとどのような評価を頂けるのだろうか？
- 問3 私たちの中に「自分たちは頑張っているのだから、良いサービスを提供できているのでは…」という自負はあるものの、この頑張りが果たしてご利用者の満足につながっているのだろうか？

「3つの問い」に対して、受審した後の「3つの気づき」を挙げてみたい。

- 気づき1 自己評価作業は、改めて自身を見つめ直す作業で、実は大変勇気がいることだったこと。
- 気づき2 評価調査員の方が準備書類を丁寧に読み込んでくれたことにびっくりしたのと、調査時もホームの話をよく聴いてくれて、評価調査員の方にパートナーシップを感じられたこと。
- 気づき3 評価調査報告結果を受け、提供しているサービス内容に対して自信をもって良い所もあったが、おろそかになっていた部分のご意見を伺うことができ、率直な感想として「やってよかった」と思ったこと。今後の課題として「マニュアルの整備」や「施設内の清掃体制」については、早速にでも取り組んでいきます。

最後に今回の受審にあたって、当ホームのご利用者・ご家族の皆様にご協力いただきましたこと感謝申し上げます。ありがとうございました。これをきっかけに職員が一丸となって、質の高い福祉サービスの提供に向かって努力していきます。 ( 新山下ホーム )