

# 福祉サービス第三者評価 評価結果

## 横浜市総合保健医療センター

### 介護老人保健施設(しらさぎ苑)

横浜市港北区烏山町 1735

運営主体：財団法人 横浜市総合保健医療財団

実施概要	1 ページ
総合評価 (評価結果についての講評)	2～4 ページ
評価領域ごとの特記事項	5～6 ページ
分類別評価結果	7～21 ページ
利用者家族アンケート分析・集計結果	22～29 ページ
利用者本人調査分析	30～31 ページ
事業者意見	32 ページ

2007年 2月 2日 公表

評価機関：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	横浜市総合保健医療センター 介護老人保健施設（しらさぎ苑）	
報告書作成日	2007年1月30日	評価に要した期間 約4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	

<p>1、自己評価</p> <p>実施期間:2006年9月22日 ~11月30日</p>	<p>第三者評価受審について、18年度事業計画の一環として、折に触れ周知した。</p> <p>常勤職員全員が自己評価票に個人でチェック。</p> <p>「サービス評価検討会」を半日×4回設定し、常勤職員全員が参加。主任・副主任がリーダーとなってグループワークを行い、個人の評価を深めるとともに、グループ評価をまとめた。</p> <p>各グループからの評価や意見、「老健診療所質向上プロジェクト（ ）」メンバーの評価をもとに、看護科長、総合相談担当係長、看護部長が確認・検討を加え、全体をまとめた。</p> <p>老健・診療所質向上プロジェクト 看護・診療・総合相談・総務各部門関係者構成のサービス向上に係る推進組織</p>
<p>2、利用者家族アンケート調査</p> <p>実施期間:2006年11月10日 ~11月30日</p>	<p>全入所利用者80名の家族に対して、事業者側から配布。</p> <p>各家族から、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12月18日 第2日 2006年12月19日</p>	<p>[第1日]</p> <p>午前:施設見学、書類調査</p> <p>事業者面接調査(看護部長・科長、看護・介護主任クラス)</p> <p>昼食:1F(一般棟)と2F(認知症棟)に分かれ利用者と共にとる。</p> <p>午後:利用者本人面接調査(2班に分かれ各5人実施)</p> <p>事業者面接調査(看護部長・科長、看護・介護主任クラス、総合相談担当係長、庶務係長)</p> <p>夕方:観察調査のあと、夕食を昼食時と同様に利用者と共にとる。</p> <p>[第2日]</p> <p>午前:書類調査</p> <p>事業者面接調査(看護科長、看護・介護主任クラス、作業療法士・理学療法士、管理栄養士、総合相談担当係長)</p> <p>昼食:1日目と同様に利用者と共にとる。(観察調査)</p> <p>午後:事業者面接調査(看護部長・科長、看護・介護主任クラス、総合相談担当係長、総務課担当者)</p> <p>職員面接調査(介護職2名、看護師1名)</p> <p>最後に看護部長以下と意見交換を行い、終了。</p>
<p>4、利用者本人調査</p> <p>実施日:2006年12月18日</p>	<p>コミュニケーションの取れる利用者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個室で実施。</p>

## 総合評価(評価結果についての講評)

### [施設の概要]

横浜市総合保健医療センター(以下当センターという)は、横浜市港北区にあり、横浜市総合リハビリテーションセンターや横浜ラポール、横浜労災病院等と隣接した立地条件にあります。運営主体は横浜市総合保健医療財団です。当センターは、介護老人保健施設(以下老健という)「しらさぎ苑」、診療所、精神障がい者支援施設を併せ持つ複合施設で、平成4年(1992年)10月に開設しました。診療所は認知症外来・認知症診断外来等も行い、介護療養型病床・一般病床をもっています。複合施設として一体的に運営しており、各施設の管理者はセンター長です。

今回評価対象となる老健「しらさぎ苑」の入所定員は、一般棟入所50名、認知症専門棟入所30名であり、通所リハビリテーション(1日20名)も行なっています。

この「しらさぎ苑」の基本理念は、『「個の尊重」「安心と信頼」を大切に質の高いサービス提供を目指します』です。目標として、個の尊重と安全で適切なケア、利用者ニーズに即したサービス、開かれた施設運営、サービスを支える人材の育成、健全で安定した経営基盤の確立、の5つを掲げています。

当評価機関では、「障害」を「障がい」と表記します。

### 高く評価できる点

#### 1、サービスを支える人材の質の高さ

今回の評価のプロセスを通じて一番に感じたのは、「しらさぎ苑」の看護師、介護職、その他の職員を含めた人材の質の高さです。その理由は、「しらさぎ苑」の運営実績等から優秀な人材確保がなされていること、そして、研修体制がきちんと整備され充実していることが挙げられます。管理者層の高いリーダーシップと職員間の連携により、組織内のモチベーションは高く、業務運営を適正かつ効率的に実施しています。これにより、利用者に対する質の高いサービス提供が実現しています。

#### 2、業務改善に対する取り組み

職員の質の高さが根底にありますが、「しらさぎ苑」における職員の業務改善に取り組む態度は高く評価でき、改善の実績を着々と積み上げています。

経営管理会議のもと、平成17年度には、利用者本人ヒアリングや家族アンケートを含む利用者満足度調査を本格的に実施しました。この結果から見えてきた利用者ニーズと施設が抱える課題をよく分析して把握し、更に平成18年度には「質向上プロジェクト」を立ち上げ、今回の第三者評価受審準備と業務改善に繋げています。「質向上プロジェクト」では、生活改善・施設環境・食事をテーマとして、多職種構成の検討ワーキンググループを設置しています。また看護師や介護職の活動として、ケア向上・基準手順・接遇向上・生活向上等の委員会を設置しています。これら委員会等には多くの職員が参画し、組織を挙げて利用者ニーズの充足と施設の抱える課題の解決に取り組んでいます。また、この委員会やワーキンググループでの検討は実行に移され、改革改善の実を挙げつつあります。

たとえば、基準手順委員会では従来のマニュアル類を全面的に見直し、より具体的で実用に供する約30もの新マニュアルを作成しています。また、日誌やケア記録等を正確に記入するための記録マニュアルも作成しています。これら業務改善は、利用者に対する「きめ細かく、丁寧な支援」につながっています。

### 3、安全に対する取り組み

当センターでは、「安全に関する指針」を定め、センター長を統括安全管理者とし、安全管理者5名、リスクマネージャー9名により安全委員会を設置しています。安全委員会では、防災や消防は勿論、一般事故、感染症事故、食中毒、インフルエンザ、疥癬、MRSA、ノロウイルス、血液汚染事故等の多種多様な事故に対する防止策を策定しています。また、ヒヤリハット報告も重視し、小さな案件も報告書に載せることを励行しています。毎月ヒヤリハット報告の分析を行い、事故の未然防止に努めるほか、全職員へ安全意識の高揚を図っています。

### 4、複合施設としての強み

当センターは認知症外来も持つ診療所、地域に開かれた総合相談室、精神障がい者支援施設も同一組織内にあり、特に診療所及び総合相談室は、老健とよく連携がとれており、一体となって業務運営を行なっています。中でも診療所には、精神科の医師が常勤しているので、認知症の利用者は安心して入所しています。

#### 改善や工夫が望まれる点

#### 1、ボランティア受け入れへの取り組み

「しらさぎ苑」へのボランティア参画の実績は高くありません。ボランティアの積極的活用のために工夫が望まれます。ボランティアは、施設といういわば閉鎖社会にあって、利用者が外の社会と接する数少ないチャンスを与えることのできる貴重な資源です。ボランティア募集の地域への呼びかけ、ボランティア担当職員の指定、ボランティア活動の諸手続きを定める等、積極的な取り組みが望まれます。

#### 2、外出支援への取り組み

外出したいという利用者が多くいます。家族とともに外出できる利用者は別として、外出の機会が少ない利用者にも、時には散歩や近隣の商店街に出かけられる外出支援プログラムの検討が望まれます。数の限られた看護師や介護職だけで、これを実行することは難しいといえます。外出支援にボランティアの助力を得られないか検討する必要があります。

### 3、食事

日々の食事支援は適切に実行しています。嗜好調査や利用者家族の試食会があり、行事食も提供し、担当者は限られた予算内で精一杯の努力はしています。しかし、「しらさぎ苑」の食事は、献立・味付け・盛り付け等全般に物足りなさがあります。利用者本人調査でも食事については要望がかなり出ていました。医学的見地から食事の味付け等に諸制約がありますが、その中でも食事の改善について工夫を重ねることが望まれます。

#### 今後更に期待される点

#### 1、機能訓練への取り組み

「しらさぎ苑」の機能訓練への取り組みは、理学療法士・作業療法士を中心に看護師・介護職がよく連携して、老健としての基準どおりの水準で実施し、成果も十分上げています。ただ、利用者（家族）の立場からの期待水準は、もっと高いものがあると判断されます。理学療法士等の人員数や設備の関係から、機能訓練をこれ以上充実させることは困難な面があることは事実ですが、工夫に工夫を重ね、利用者（家族）の期待水準に一步でも近づけることを期待します。

## 2、個別ケアに対する更なる取り組み

「しらさぎ苑」の運営理念が「個の尊重」である以上、個別ケアを重要な視点としてとらえる必要があります。サービス提供の現状は、職員数の制約から可能な限りの個別ケアに近づけるべく努力しています。しかし、理想とする個別ケアは、更に高いレベルにあるのではないかと考えられます。更なる工夫を重ね、一歩でも理想とする個別ケアに少しでも近づける不断の努力を期待します。

## 3、施設の高いポテンシャルを生かした社会への貢献

「しらさぎ苑」の専門的技量は非常に高いものがあります。この高い技術とノウハウを活かした社会全般への貢献を期待します。現在でも全国老健施設協会実地研修やケアマネジャー研修を当施設で実施し、老健職員の技術向上に寄与しています。これを更に拡充し、管理職も含んだ幅の広い研修を実施し、公的機関としての自負を持ちながら、横浜市の中核施設として社会に貢献することを期待します。

## 1、人権への配慮

- ◇ 「しらさぎ苑」の基本理念は、『「個の尊重」「安心と信頼」を大切に質の高いサービス提供を目指します』となっています。
- ◇ 「しらさぎ苑」は身体拘束廃止を運営の方針としています。現在身体拘束をしている利用者はいません。安全上の見地からやむを得ず拘束する場合の諸手続きを明示しています。
- ◇ 守秘義務については、全職員から誓約書をとる等、取り扱いは適切です。
- ◇ 個人情報適切に取り扱い、外部に流失しないよう万全を期しています。

## 2、利用者の意思・可能性を尊重したサービス提供

- ◇ 機能訓練の取り組みは、基準どおりの水準で実施され、家庭復帰に向け成果を十分上げています。
- ◇ 食事については、利用者ヒアリングによると、満足度は高くありません。メニュー・味付け・盛り付け・彩り等全般について工夫が望まれます。
- ◇ 入浴支援、排泄介助については、希望があれば同性介助が可能であり、親切丁寧な支援が実行されています。
- ◇ 職員の対応については、高いレベルにあります。利用者本人調査及び家族アンケートにおいても高い評価を得ています。
- ◇ 在宅復帰に際しては、利用者の状況に応じて職員が家族宅へ訪問し、相談に応じる体制があります。

## 3、サービスマネジメントシステムの確立

- ◇ 本人の身体状況を詳細に把握し、これに加え本人のニーズを根拠において、個別支援計画を作成しています。個別支援計画には、課題解決のための長期目標と短期目標を明示しています。
- ◇ 日々の利用者の状況は的確に把握し、記録を正確にとり、情報は職員間で共有しています。これにより、利用者の状況の変化に応じた適切なサービス提供がなされています。
- ◇ 利用者満足度調査を実施し、利用者のニーズと施設の課題を的確に把握しています。この課題を解決するため、「接遇向上」「ケア向上」「生活向上」「基準手順」等の委員会や各種ワーキンググループを設置し、組織挙げての業務改善に取り組んでいます。
- ◇ マニュアル類をよく整備しています。
- ◇ 苦情解決体制を整備し、苦情を適正に処理するとともに、業務改善の資としています。
- ◇ 安全に対する取り組みは高く評価出来ます。監督官庁に報告するような大きな事故は、発生していません。ヒヤリハットについては、小さな案件も報告させる指導が行き届き、その分析も毎月行なわれています。

## 4、地域との交流・連携

- ◇ 近隣に一般住宅が少ない立地条件から、地域との交流は活発ではない状況です。
- ◇ 近隣の横浜市総合リハビリテーションセンターや横浜ラポールとの防災上の協力体制が構築されています。
- ◇ ボランティア参画の実績は高くありません。施設へのボランティア参画が課題です。
- ◇ 実習生はよく受け入れています。
- ◇ 複合施設としての施設の専門性を活かした相談・サービス提供は、センター内の総合相談室でよく実施されています。

## 5、運営上の透明性の確保と継続性

- ◇ 運営上の重要事項は経営管理会議で決定しています。ボトムアップとトップダウンが適切に実行されており、運営の透明性は確保されています。
- ◇ 事業計画、事業報告、予算、決算をホームページで公開しています。
- ◇ 中長期の事業計画も策定しています。
- ◇ 管理者層のリーダーシップが発揮され、職員のモチベーションは高いレベルにあります。

## 6、職員の資質向上の促進

- ◇ サービス提供に必要な優秀な人材を確保しています。
- ◇ 人材育成計画を策定し、職員の育成方針を定めています。
- ◇ 勤務評定制度については、目標設定に基づき期末に到達状況を把握する方式を採用しています。
- ◇ 研修体制はよく整備されています。内部研修は内容が充実しています。外部研修にも職員を積極的に参加させています。
- ◇ 質向上プロジェクト、各種委員会、ワーキンググループ等を課題解決のために設置し、業務改善に取り組んでいます。これらの取り組みが職員の援助技術向上につながっています。

## 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、横浜市健康福祉局「福祉サービス第三者評価」のホームページ <http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/hyouka/index.html> 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>『「個の尊重」「安心と信頼」を大切に質の高いサービス提供を目指します。』という理念に基づいて、「利用者一人ひとりの生活と人生を尊重する姿勢をケア実践の基本」とし、利用者のニーズ、心身の状態に合わせた、安全で適切なケア提供に努めています。</li> <li>基本理念の中にある「質の高いサービス提供」に向けた具体策として特筆すべきは、17年度に実施した満足度調査に基づく、職員全員参加による「業務改善・人材育成」の取り組みです（ケア向上委員会など課題別委員会活動はその一例）。これにより全職員が基本方針を理解し、現場での実践につなげています。</li> <li>新任職員向けの資料には、『理念である「個の尊重」を実現するためには、人（利用者）の基本的欲求（生理的、安全、所属・愛情、自我、自己実現の各欲求）を理解することにより、利用者の要望や依頼の背景が見えてくる。この「利用者ニーズ」をよく把握・観察し、満足・安心につながる「適切なケアサービス」を提供していくことが重要』と記載されています。</li> <li>利用者ニーズに即した適切なケアサービス提供に向けて、年間目標・部署目標・個人目標を設定し、達成に向け取り組んでいます。目指すべき方向性は職員全体で確認できており、業務改善サイクルも動き出したところです。</li> <li>看護部長は、「適切なケアサービス」の中の一つに「サービスの個別化」があり、アセスメントや個別ケア計画の作成・実践・評価が重要であり、今後さらに深めていく必要があると考えています。</li> <li>具体的には、利用者の意向にすべて添えなくても利用者とはまず向き合っ、その人のことをわかろうと努力することが大事であると捉えています。取り組みの一つとして、個々の利用者それぞれ担当職員をつけ、“受け持ち感”を醸成することを始めています。</li> <li>利用者の自分らしさの表現や個性を「人対人」の向き合いの中で引き出し、受けとめ合い、利用者同士、職員、デイケア利用者・</li> </ul>



	<p>ボランティア等外部の方々とも、適切な距離感の中でのなじみのある関係、愛着のある関係づくりがなされるよう、さらなる工夫が必要です。</p>
<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>・ アセスメントシートは看護科長（ケアマネージャー）が責任者となり、利用者・家族と面接をした上で フェイスシートは、初回相談を担当した総合相談の窓口の職員と担当の看護・介護職員が共同で作成。 その後介護職を中心に、細かいところを日々のケアで補強していく。 という方法をとっています。</li> <li>・ アセスメントの同意については、利用者本人に説明した上で家族がサインをしています。今後は同意欄をあらかじめ二つ（本人用・家族用）設けるなど、本人の尊厳に配慮した取り組みに期待します。</li> <li>・ 計画の見直しは3ヶ月ごとに行っています。途中で見直しの必要があった場合は現場で適宜対応はしていますが、計画自体の書き換えは3ヶ月ごとに留まっています。</li> <li>・ 短期目標は1ヶ月ごとに立てていますが、評価ができていない場合が多いことがわかりました。目標を設定する期間や評価のシステム化について課題認識をもっています。</li> <li>・ 計画の作成に関するカンファレンスに、複数の職種の職員が必ず参加しています。</li> <li>・ 老健という施設の特徴から、利用者本人が心身の状況などから現在は自立してできないことを課題と捉え、できるようになることを目標としています。</li> <li>・ 今後はさらに、本人が望む在宅での暮らし方と現在のギャップを埋めるための方策を、生活面含め検討することが望まれます。</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>・ 日々の利用者の状況把握については、サービスステーションに、ケアに必要な情報が集約された文書ファイルが備えられています。利用者全員の基礎情報と心身の変化状況がわかる各種様式が個人別に綴じられ、なおかつ一冊になっています。</li> <li>・ 時々刻々の利用者の変化や留意すべき情報は、介護リーダーに集中させ、介護リーダーが看護師や他職種に責任をもって連携させるシステムをとっています。</li> <li>・ 17年度に実施した利用者満足度調査(アンケート及び個別ヒアリング30人)により、利用者・家族の意向を確認し、現状を把握しました。現在その結果をもとに、各種検討会にて分析・評価がなされ、計画づくりが行われています。</li> <li>・ 一部の改善案の試行(モニタリング)にはすでに取り組みられているので、本格的な改善案の実施・運用がなされる19年度に期待します。</li> </ul>

- 4 快適な施設空間の確保



- ・施設内は掃除が行き届いており、清潔に保っています。また換気・温度・採光については、個々の利用者にとって適切であるよう配慮しており、樹木の植わった中庭や室内の観葉植物も生活に潤いを与えています。
- ・湿度については、各室に温度・湿度計が設置されており、風邪予防の観点から湿度 60%キープを目標に、加湿器をフロアごとに3台設置しています。
- ・認知症の利用者の私物については、基本的にはすべて施設で預かることになっています。今年度(18年度)から、自己管理できる利用者から様子を見て、多少の持ち込みはできるようにしていますが、利用者が施設を自分の居場所と感じ、落ち着いた暮らしを送るためにも、早期の改善が必要です。
- ・売店等やセンター共有フロアへ通じる施設からの出口、エレベーターや階段などは、すべてテンキーで施錠されており、売店やロビー等に自由に入出入りができません。(出る場合は午後の時間に職員付き添いのもと出る。)
- ・上記は、主に認知症のある利用者に向けた対策ですが、全利用者が建物内からほとんど出られない現状がありますので、個人の自由な生活が確保されるよう、早期の改善が必要です。
- ・日常の事故やヒヤリハットについては、小さなことでも記入する習慣が付いています。その内容・対応方法の報告・記録に基づき、すばやく原因の分析が行われ、業務に反映されるシステムができています。
- ・火災について、近隣施設である横浜市総合リハビリテーションセンター及び横浜ラポールと協定を結んでいます。火災報知機が作動した場合は、どの施設にも通報がいくようになっており、初期対応をお互いに支援する体制をつくっています。

- 5 苦情解決体制





- ・第三者委員が設置され機能しています。
- ・第三者委員のポスターは相談室窓口前、老健各フロアに掲示され、利用者及び利用者家族が面会に来たときに目にすることができます。
- ・ポスターに第三者委員の氏名、肩書きを明示しています。申し立てにあたっては総務課庶務係が連絡中継していますが、苦情内容そのものは、直接利用者が第三者委員へ申し立てることができます。
- ・アンケート・ヒアリング等による利用者満足度調査を行い、進んで要望・苦情を聴いています。
- ・察し、くみ取る必要のある利用者・家族に配慮し(事例として、何気ない態度や言葉についても全職員が記録カードに残し、苦情解決のためのデータとして活かすなど)業務の改善につなげていく工夫が必要です。





- 6 特に配慮が必要な利用者への取り組み（医療対応含む）




- ・ 特に配慮が必要な利用者の介護方法については、特に入所当初及び定期的に職種間でカンファレンスを行っており、精神科医師や臨床心理士との連携もとれています。
- ・ 認知症フロアでは心理的に寄り添うケアを心掛けており、できるだけ担当者が利用者と同様になり、なるべく入れ替わり立ち替わり異なる職員がいかないようにする等の配慮を行っています。
- ・ 医療依存度の高い利用者（経管栄養の人 5 名・胃ろうの人 3 名・インシュリン注射の人 4 名・カテーテルの人 3 名 / 以上 80 名中、全体の 17.6%、2006 年度月平均）も受け入れており、介護士・看護師等が参加して、定期的にケアカンファレンスを行っています。
- ・ 医療依存度の高い利用者への対応マニュアルが整備されており、医療記録と介護記録が互いの内容を踏まえて記載されています。




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>・ 入所時には、運営理念や方針、支援内容を重要事項説明書で説明するだけでなく、実際に施設内を見て感じて貰うことを大切に考えています。</li> <li>・ 入退所検討委員会に施設外の第三者は加わっていませんが、センター内の精神科医師は毎回加わっています。</li> <li>・ 委員会の記録は関係者がそれぞれの見解を記入する欄が設けられており、総合的に判断しています。</li> <li>・ 上記委員会の記録は、求められればいつでも見せられるように準備できています。</li> <li>・ 入退所の曜日や時間については、概ね利用者・家族の都合に合わせています。</li> <li>・ 退所にあたり、利用者の状態は、その心身状況に関する専門職員から家族に説明し納得いただくと共に、書面に記載して渡しています。</li> <li>・ 在宅へ戻る際の地域のケアマネージャーとの連携については、十分できていないという課題意識をもっています。</li> <li>・ 退所にあたり、家族に向けて、在宅時の介助の方法などを丁寧に実技指導しています。</li> <li>・ 退所後、他のサービスへのつなげ方が適切であったかなど、暮らしぶりについて、利用者や家族へ確認することを取り組み始めました。</li> <li>・ 在宅に戻った利用者の中で対応の重要性の高い利用者2名について、訪問して介護の指導等を行う取り組みを始めました。</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>・ 年に1度嗜好調査を行い、献立に反映させていますが、利用者ヒアリングでの満足度は必ずしも高くありませんでした。</li> <li>・ 工夫として、バイキングや季節感のある行事食、ふるさとめぐりとして郷土食の提供等を行い、好評です。</li> <li>・ 毎日の献立・味付け・盛り付け・彩り等、食事全般について、おいしく楽しく食べるための工夫が必要です。</li> <li>・ 1Fについては食堂の空間の作り方について、より家庭的な雰囲気になるよう工夫が望まれます。</li> <li>・ 一部の利用者にはテーブル・椅子とも高すぎる様子が観察で見受けられたので、利用者が楽な姿勢をとれるような工夫が必要です。</li> <li>・ 短時間でも自力で食事できる利用者には、食べやすいように自助具の皿やスプーンを用意するなどの工夫をしています。</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>入浴は週に2日となっています。指定曜日に入れなかった利用者は、別の曜日に入れるなどの配慮をしていますが、毎日入ることはできません。</li> <li>一人ひとりの入浴に関する留意事項(処置の必要な方等の申し送り事項)については、入浴室に貼って漏れがないように工夫しています。</li> <li>一人ひとりの身体状況を把握し、できるだけ自分で体や髪を洗えるよう支援しています。</li> <li>希望により同性介助が選択でき、他の利用者の介助であっても、異性の職員は浴室に入らないようにしています。</li> <li>季節に応じたゆず湯やショウブ湯などを実施しています。</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>トイレは随時誘導です。尿・便意のない方は3~4時間おきの定時誘導になっていますが、個別に誘導する方もいます。</li> <li>1Fのトイレは居室ごとに設置されていますが、入り口はドアではなく、すべてカーテンです。音や臭いがもれるため、さらなる工夫が必要です。</li> <li>2Fのトイレについては、狭いため、介助が必要な方はドアを開けて行わざるをえない環境になっており、工夫が必要です。(現在は人のいない部屋のトイレで部屋の入り口を閉めて介助)</li> <li>現在、上記についてはすべて、ケア向上委員会および施設環境ワーキンググループで改善方法を検討しています。</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>ターミナルケアについては、老健施設は在宅に帰ることが基本との考えから、方針に明示されてはいません。</li> <li>施設で看取りが可能であるかは、個々の利用者について医師に相談の上、判断することにしていきます。</li> <li>介護に関わる全職種の職員についての今後の課題として、看取りの経過や精神的ケアへの配慮を理解する研修への取り組みがあります。</li> </ul>
<p>- 3 余暇・生活内容の自由な選択</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>各利用者が希望により、身体状況に応じた作業(タオルたたみ、花の水遣りなど)を行えます。</li> <li>余暇活動として毎週水曜日の午後、作業療法士の付き添いのもと、編み物・書道・刺し子・折り紙などを行っています。</li> <li>ボランティアやデイサービス利用者の協力を得て、将棋・麻雀・囲碁なども、好きな利用者は楽しんでいただけるようにしています。</li> <li>週末レクリエーションとして、カラオケ、ビデオ鑑賞、茶話会、ビーズアクセサリーづくりなどを職員が順に企画して行っています。</li> <li>認知症の方には回想法に取り組んでいます。また図書コーナー設置の準備をしています。</li> <li>各利用者の個別の外出については、家族に外出支援を促す程度にとどまっています。</li> <li>アニマルセラピーとしてドックビジットの取り組みが効果をあげています。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 理容師は月 4 回、美容師は月 1 回来訪し、センター内の設備を使用して、カットやパーマや毛染めなどを比較的安価に提供しています。</li> <li>・ 利用者ヒアリングからは「何もすることがない」「手持ち無沙汰」の声もあがっていましたので、利用者が充実した時間を過ごせるような取り組みに期待します。</li> <li>・ 預かり金規定があり、年金等の多額の預かり金については家族に文書で報告していますが、入所中のお小遣いについては、基本的に自己管理となっています。</li> <li>・ お小遣いは実情に応じて預かっていますが、出納状況を利用者や家族に報告していません。預かり金規定に則って、文書にて報告することが大切です。</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>・ 全入所者にリハビリテーション実施計画を作成して、生活リハビリ(起居動作・トイレ動作・移乗・移動)やレクリエーション等を理学療法士・作業療法士・看護師・介護職が連携して日々実施しています。</li> <li>・ 機能訓練実施状況は、入所者の中で個別的な訓練にはのりにくい方を除いた約 60 名の利用者に、週 2 回以上の機能訓練及び日常動作能力向上プログラムを、理学療法士・作業療法士が中心となり、看護師・介護職と連携して行っています。個別的な訓練にのりにくい方には、集団での活動や定期的な評価など、必要に応じた対応を行っています。来年度は、失禁・転倒等のある利用者に、目的別の集団での機能訓練を検討しています。</li> <li>・ 機能訓練実施状況は、家族へ説明するとともに家族の希望を聞き取り、定期的(3ヶ月ごと)に評価してケアプランへ活かしています。</li> <li>・ 寝たきり防止策として、車椅子で離床して食堂で食事を取ることや、入浴・更衣を通して出来るだけ体を動かすことを促し、積極的に離床する取り組みを行う等、寝かせきりにしない工夫をしています。</li> <li>・ 入浴・排泄動作を自宅の図面をもとに練習したり、家族へは介助方法を指導したりする等、在宅復帰に向けての支援を積極的に行っています。</li> <li>・ 入所中におけるじょくそう予防の取り組みとして、エアーマット・除圧マット・体位変換・体交枕・栄養管理等を行っており、施設一丸となつての取り組みの結果、現在はじょくそうのある利用者はいません。</li> <li>・ 利用者の状態に合わせて 5 種類の車椅子・歩行器・杖など用意して、理学療法士・作業療法士が利用者の身体状況に合うように調整しています。</li> <li>・ 福祉用具使用により、利用者の姿勢改善や ADL 自立度アップに繋がりが、その結果在宅復帰となった事例が数例あります。</li> </ul>




<p>- 5 健康管理</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者ごとの身体状況に応じて、血圧・脈拍・体温・体重等のバイタルチェックを実施しています。</li> <li>・体調に変化のある利用者については、状態が安定するまで測定して経過記録表に記録しています。</li> <li>・利用者の健康管理データは、フローシートに記録した上で、その内容は朝・夕のミーティングで伝達し、看護師・介護職で情報を共有しています。</li> <li>・誤薬に対するチェック体制については、まず、医師の指示書の内容を看護師が確認し、次に薬局で薬剤師が確認しています。さらに、薬局から届いた薬をサービスステーションで看護師が確認します。薬は、マニュアルにもとづき、指示書の通り個別に分包しています。</li> <li>・利用者へ配薬する時は、配薬カードのそれぞれ個人用に分かれた引出しの中から出しています。散剤には線が入り、臨時処方袋には色をつける工夫があります。処方ファイルで内容・方法を確認した後、利用者の名前を確認して配薬しています。</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>・施設の全職員・ボランティア・実習生から誓約書をとる等、個人情報に関する守秘義務の取り扱いを適切に行っています。</li> <li>・個人情報が記録されている書類等は、使用するとき以外は必ず閉じ、やむを得ずサービスステーションに職員が不在の場合はドアを閉じる等の配慮をしています。また、退所後の個人情報が記載されている書類は、施錠して倉庫に保管しています。</li> <li>・個人情報を内部研修で使用する場合は、個人が特定されないように年齢や住所は変更する等、注意しています。</li> <li>・身体拘束廃止のための取り組みとして、身体拘束廃止推進委員会の設置や、身体拘束廃止に向けたマニュアルの策定を行っています。現在は、原則として身体拘束は行なっていません。</li> <li>・不適切な行為を行わないように、施設の理念を掲示するとともに、職員行動指針を唱和する等して、職員へ周知徹底しています。</li> <li>・接遇研修でロールプレイを行い、不適切な行為を行わないよう確認するとともに、日々のケアの中で気になった時は職員同士で注意をする等、日常から取り組んでいます。</li> <li>・センター内の診療所外来受付窓口に成年後見制度のポスターを掲示しており、現在1件の支援を行っています。</li> </ul>
<p>- 7 利用者家族との交流・連携</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>・夏祭り・演芸会（敬老会）・散歩会（お花見会）・文化祭等の行事を開催しています。家族へは、案内文を送付して知らせている他、面会時や電話での呼びかけを行なっています。</li> <li>・面会に来られた家族とはその都度個別に面談しています。来られない家族の方には、必要に応じて電話や手紙で訪問を呼びかけていますが、定期的には行っていません。</li> <li>・家族へ向けて月1回「しらすぎ通信」を発行して施設内の状況を家族に紹介しています。</li> <li>・在宅復帰に向けて、利用者の状況に応じて職員が家族宅へ訪問し、相談に応じる体制があります。（実績2件）</li> <li>・老健として介護教室は実施していませんが、センター内の診療所</li> </ul>




	で認知症をテーマに「家族教室」(5回シリーズ)を年3回開催しています。
--	-------------------------------------





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>・ 地域のケアマネージャーにアンケートをとり、施設に対する要望を把握しています。</li> <li>・ 総合相談室が、地域の人達を対象とする保健福祉に関する相談事業を行っています。</li> <li>・ ショートステイ、通所リハビリテーション(デイケア)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>・ 総合保健医療センターとして、地域の人達に向けて認知症についての教室、講演会、健康づくり講座等を実施し、あわせて地域の福祉ニーズを把握しています。</li> <li>・ 関係機関(他施設、病院、ケアプラザ等)についてはリストが作成されており、職員がその情報を共有しています。またこれらの機関との連携は対象ごとに担当者を決めており、日常的に連携ができています。</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>・ 11月にセンター文化祭が開催され、地域の人達を招待しています。</li> <li>・ 自治会や区民祭で文化祭のチラシを配ったり、夏祭りに学生の協力を得たりして、地域と交流をはかっています。</li> <li>・ 地域の人達にボランティアとして参加してもらうための呼びかけは、積極的には行っていません。</li> <li>・ 地域の人達にセンター共通のロビー、食堂、売店の一般開放を行うとともに、地域の祭り際には駐車場も開放しています。</li> <li>・ 近隣の横浜市総合リハビリテーションセンターや横浜ラポールを利用していますが、地域の商店、飲食店は利用していません。今後は、近隣の商業施設の利用も考えています。</li> <li>・ 区民祭りなど地域の行事の情報を収集して、利用者・家族に提供しています。また、利用者が希望したときに行事や活動に参加できるように検討中です。</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、広報誌、ホームページ等で、地域や関係機関に情報提供を行っています。</li> <li>・ 基本方針や利用条件・サービスの内容については、重要事項説明書及び料金表を、相談室や施設内に掲示し、明示しています。また、説明を求められれば、パンフレット、利用案内、料金表等の資料に基づいて説明をしています。</li> <li>・ 利用者、家族からの問い合わせや見学に対しては、土日も含めて常時対応しています。</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>・ 21人のボランティアが登録されています。</li> <li>・ ボランティア受け入れマニュアルがあり、これに基づいて施設の方針や利用者への配慮等を説明しています。</li> <li>・ 日々の介護リーダーがボランティア受け入れ時の担当者となっており、活動の記録も行っていますが、今後さらにボランティアの参画を増やすためには、決められた担当者を定めることが望まれます。</li> <li>・ ボランティアの意見や指摘を聴く機会が設けられておらず、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、これに基づいて施設の方針や利用者への配慮等を説明しています。</li> <li>・ 受け入れの担当者は実習対象ごとに決められており、受け入れ時の記録が整備されています。</li> <li>・ 他施設の職員、医学部大学生、専門学校生、中学生等の実習生を積極的に受け入れています。(17年度は8件、延167人)</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>・ サービス提供に必要な人材が確保されているかチェックし、補充が必要な場合は、すぐに募集を開始しています。</li> <li>・ 人材育成計画を策定しており、職員の育成方針を定めています。</li> <li>・ 係長以上にはMB0(目標によるマネジメント)が実施されており、年3回の面接で目標設定と期中及び期末の振り返りを行っています。その他の職員については、実践能力の向上を目的に、年2回の面接で目標設定と期末の把握が行われています。(目標は成長段階毎の到達目標としています)</li> <li>・ 研修の計画は体系化されており、内容も充実しています。</li> <li>・ 安全管理研修等の内部研修や全国老人保健施設協会の基礎研修、中堅研修等の外部の研修に、必要な職員全員が参加しています。</li> <li>・ 研修した成果を報告会で発表したり、勉強会で活用したりして現場に活かしています。</li> <li>・ 業務は基本的に常勤職員で行なわれており、その組み合わせについては経験、ケア実践能力を考慮しています。</li> <li>・ 非常勤職員の指導は介護主任が行うとともに、研修や勉強会を通じて質的向上のための取り組みが行われています。</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>・ 職員が参加する実地の勉強会において、定期的に援助技術の評価を行っています。</li> <li>・ ケア技術向上検討会(定期的なグループ学習活動で、「嚥下」「排泄」「移乗」「転倒防止」のチームのいずれかに全職員が参加)や4つの委員会(接遇向上、ケア向上、生活向上、基準手順)でサービスの質の向上を目指した勉強会を開いています。</li> <li>・ 胃ろうの管理について、中核病院と連携体制があり、技術の評価や指導を受けています。</li> <li>・ 日常のサービスについてマニュアルがあり、定期的に見直しが行われています。</li> <li>・ 個別の利用者に関する必要な情報は、個別援助計画及び情報記録用紙に記録して、職員間で共有しています。</li> <li>・ 各部門間の業務分担や責任の所在については、文書で明確にしています。また各部門間の打合せは毎朝行っており、円滑な役割分担や連携があります。</li> </ul>

- 3 職員のモチベーション維持



- ・ 職員の経験、能力、習熟度に応じた段階別の到達目標を明文化しています。
- ・ 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。
- ・ 職員からは、全体勉強会の中からや職員説明会でとるアンケート等により、業務改善の提案や意見を聴取しています。
- ・ 年2回(係長以上は年3回)の面談により職員の満足度・要望などを聞いています。
- ・ 日常業務においても職員の提案が早く活かされる環境にあり、職種間のコミュニケーションもはかられていて、組織として高いモチベーションを維持しています。

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>・ 組織及び職員が守るべき法・規範・倫理要綱が「行動指針」として明文化されており、研修、会議、掲示、唱和等により職員に周知しています。</li> <li>・ 経営・運営状況等の情報については、ホームページに公開するとともに、職員説明会や経営管理会議のダイジェスト版(毎月)により職員に周知しています。</li> <li>・ 他施設等での不正・不適切な事案について、新聞等の事例を用いて毎日のフロアミーティングで意見交換を行い、それらの行為を行わないよう啓発しています。</li> <li>・ ゴミについては横浜市の分別回収にのっとり、ゴミの減量化やリサイクルに取り組んでいます。</li> <li>・ 近隣施設との電気・ガス・水道の共用や余熱の利用により、省エネルギーの促進に取り組んでいます。また、中庭に野菜、花を植える等して緑化の推進にも取り組んでいます。</li> <li>・ CO2 の削減等の環境配慮の考え方を、施設運営の中の目標として位置づけています。</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>・ 理念・行動指針について、全職員に配布して説明を行い、あわせて掲示、広報誌(しらさぎ通信)への掲載や、職員の唱和等によっても周知しています。また職員が理解できているか、年1回点検しています。</li> <li>・ 重要な意思決定、変更にあたっては、リハビリ職、栄養士、相談員等の異なる職種の職員を加えた検討チームを編成して取り組んでいます。</li> <li>・ 重要な意思決定や変更については、職員、利用者・家族それぞれに対して説明会を実施しています。</li> <li>・ スーパーバイズできる主任クラスを計画的に育成する規定や研修体制があります。</li> <li>・ 主任クラスが個々の職員の業務状況を把握する仕組みがあり、能力や経験にあわせて的確な助言をおこなっています。</li> <li>・ 主任クラスは、個々の職員が精神的、肉体的に良好な状態で仕事に取り組めるように、疲れたときは休みを取る等ゆとりのある勤務態勢をとれるような配慮をしています。</li> </ul>

### - 3 効率的な運営



- ・ 事業運営に影響のある情報は、厚生労働省、横浜市、老人保健施設協会の部会や、インターネット等から入手しています。
- ・ 重要な情報は、月 1 回行われる総合保健医療センターの経営管理会議や毎週のセンター連絡会で検討し、重点改善課題として設定されています。
- ・ 重要な改善課題(稼働率の維持、サービスの質の維持向上など)については、職員説明会や部門別の委員会で周知し、施設全体の取り組みとしています。
- ・ 平成 18 年 7 月から 23 年 3 月までの中長期の事業の方向性を定めた計画書があります。
- ・ 次代の組織運営に備えた経営やサービスプロセスについて、「人権への配慮」「顧客満足度の向上」「情報公開」「利用者の安全管理への配慮」「利用者へのサービス向上」等の取り組みを検討しています。
- ・ 内部の人材から経営幹部を育てるために、候補者を外部研修会等へ参加させて、次代の施設運営に備えています。
- ・ 運営に関しては、外部機関から客観的にみてもらい、外部からの意見や指標を取り入れる努力をしています。

## 利用者家族アンケート 分析

実施期間 2006年11月10日～11月30日

実施方法 事業者から直接利用者家族に配布

各家族より、同封の返送用封筒にて評価機関宛匿名で返送

回収率 70.0% (80枚配布、56枚回収)

家族から回答のあった利用者の概要

(性別) 男性8人、女性45人(無回答3人)

(年齢) 18歳～29歳 0人、30～39歳 0人、40歳～64歳 1人、65歳～74歳 4人、  
75歳～84歳 21人、85歳～94歳 26人、95歳以上 3人(無回答1人)

(介護度) 介護度1 3人、介護度2 4人、介護度3 17人、介護度4 19人  
介護度5 10人(無回答3人)

アンケートに回答した人の属性

親0人、配偶者11人、子36人、兄弟姉妹4人、甥・姪0人、その他4人(無回答1人)

設問ごとの主要な意見

### 【問1】 基本理念や基本方針

- \* 共感できるが、入所する本人の理解、共感が必要。
- \* 他の施設も利用したが、しらさぎ苑が最もよい。
- \* (利用者)個人を尊重していると思うが、少し心配なスタッフもいる。
- \* 実行して頂ければ素晴らしい。

### 【問2】 入所時の状況

- \* 相談員又はケアマネージャーから詳しく説明を受けた。
- \* 食事、リハビリ、介護の各セクションから説明を受けよかった。
- \* すでに数回お世話になっているので、施設のことはよく知っている。

### 【問3】 支援の計画

- \* 面談で詳しく説明され、要望も受け入れてくれる。
- \* 本人の状況に応じてケアして頂いている。
- \* 計画はよいが、本人の気持ちの持ち方が一番の問題。

### 【問4】 日常のサービス内容

- \* 本人が認知症のため、現場の様子はわからない。入浴や朝方、又は夜の対応は見えていないのでわからない。
- \* 食事はもう少し暖かいものがほしい。刻み食なので、物により食器が使いづらい。
- \* トイレで待たされることがある。トイレ介助は、上手な支援員もいれば下手な方もいる。
- \* 大勢の利用者には隅々までのサービスは無理と思う。声かけをもっとしてほしい。
- \* 平行棒での歩行訓練をしてほしい。朝・晩の着替えをしてほしい。リハビリにもなる。

### 【問5】 施設空間の快適さ

- \* 明るくとても清潔。加齢臭もなく気持ちがいい。
- \* 部屋が暗い感じ。
- \* もう少し湿度がほしい。
- \* 個人別ロッカーは引き出しが多く高さがあり、高齢者は使いづらい。

- \* トイレに温水式洗浄便座がほしい。

【問6】 施設と家族との連携・交流

- \* 本人の状況を詳しく説明され、安心して預けられます。
- \* 「しらすぎ通信」は具体的でとてもよい。
- \* こちらから質問したことに対して、即答がない。
- \* 行事が多いことに満足している。本人の気分転換になっている。
- \* 家族との交流の場（空間）を考えてほしい。

【問7】 職員の対応

- \* 職員の言葉使い・態度ともよく、とても親切で、人格を尊重した支援をして頂いている。
- \* 全体としてテキパキとしてよくがんばっています。出来ればもう少し人員増を望む。
- \* 他の施設にもお世話になりましたが、ここの職員の対応が一番（良い）。管理者の職員に対する指示・指導が実によく、利用者一人ひとりに心を配り支援して頂いている。
- \* 気軽に話せる職員と気を使ってしまう職員がいる。職員間の引継ぎがうまくいっていない感じ。
- \* 自我の強い職員に腹立たしい思いをしたことがある。強制しすぎる。
- \* 世話になっているので不満や要望を言にくい。意見箱設置を要望する。

【問8】 総合的な評価

- \* ほかの老健に比べて総合的によい。理想的な施設。
- \* のんびりしており、無理強いしない点や本人を尊敬して下さる点、感謝している。
- \* 対応する職員の数・質とも十分で、施設設備にも満足している。
- \* 職員がいつも疲れている感じ。疲れている態度は介護される側にも伝わります。

【問9】 自由意見

- \* 入所待ちが多い中、入所できたことは運がよかった。
- \* 入所して感じたことは、入所者の介護度に随分差があること、長期入所者が多いこと、各施設の対応の差が大きいこと。

結果の特徴

- ◇ 基本理念・基本方針を「よく知っている」が 23.2%、「まあ知っている」が 41.1%です。その内、“共感できるか”に対して 70.5%が「共感できる」と回答し、「まあ共感できる」11.4%を加えると基本理念・基本方針はよく周知されています。
- ◇ 日常のサービス内容では、「満足」と「どちらかといえば満足」の両者を合わせて（以下満足度と表示）85%以上を示したのは、「体調に対する日常配慮」「病気ケア対応」「入浴」「排泄介助」で、これらは概ね満足されているものと評価出来ます。一方「不満」と「どちらかといえば不満」の両者を合わせて（以下不満足度と表示）概ね 10%程度は「リハビリ」「自由時間」です。これらについては取り組み方に工夫が望まれます。
- ◇ 施設空間の快適さでは、「快適さ」「安全性」の両者とも 90%以上の満足度を表しています。
- ◇ 施設と家族との連携では、「利用者の情報提供」「施設行事」とも 90%以上の満足度を示しています。
- ◇ 職員の対応では、「プライバシー」「利用者の尊重」「やさしさ・丁寧さ」は 90%以上の満足度を示していますが、「苦情対応」「サービス提供方法の一貫性」は 10%前後の不満足度です。
- ◇ 総合的な評価は、「満足」64.3%、「どちらかといえば満足」30.4%です。「不満」は 0%「どちらかといえば不満」もわずか 3.6%で、家族の大部分は概ね満足しているものと評価出来ます。



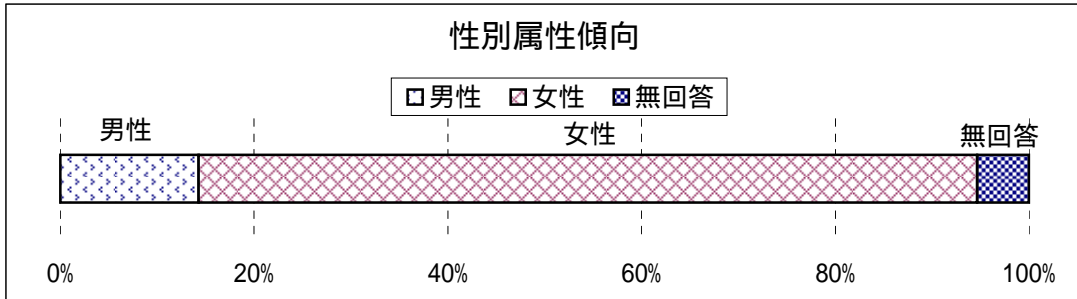
## 利用者家族アンケート集計結果 (グラフ)

事業者名： 横浜市総合保健医療センター 介護老人保健施設 (しらさぎ苑)  
 調査期間： 2006年11月10日～11月30日  
 回収率： 70.0% (回収56枚 / 配付80枚) 入所者家族のみに配布

【属性】

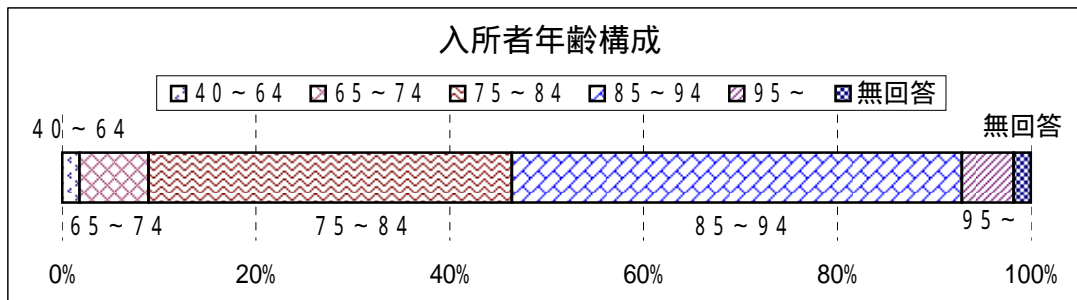
### 1 利用者性別

性別	男性	女性	無回答	計
構成	8	45	3	56



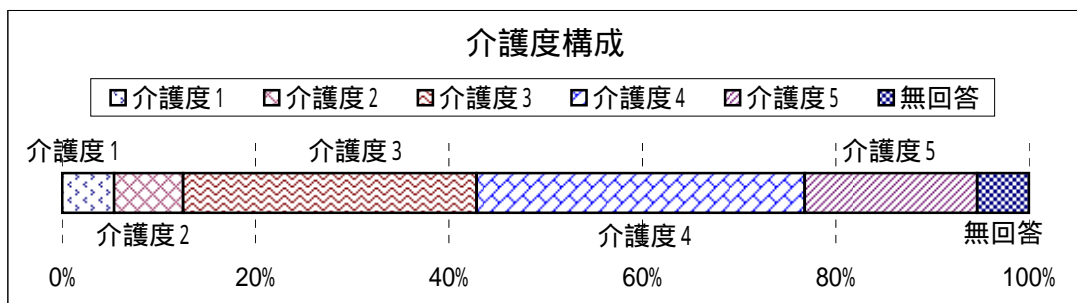
### 2 利用者年齢構成

年齢:才	40～64	65～74	75～84	85～94	95～	無回答	計
構成	1	4	21	26	3	1	56



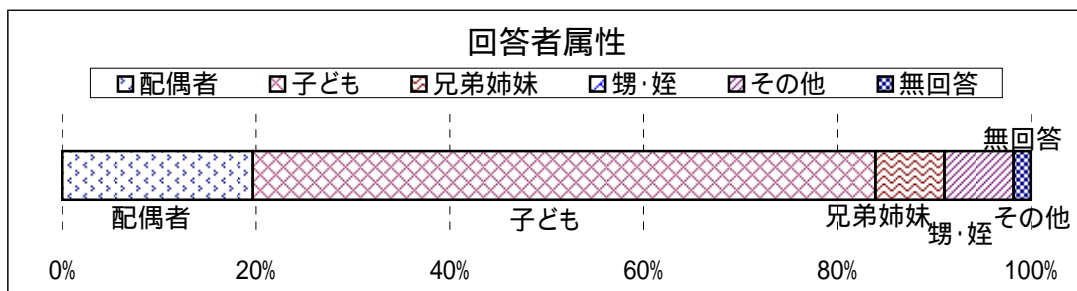
### 3 利用者介護度

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	3	4	17	19	10	3	56



### 4 アンケートに回答した方の属性

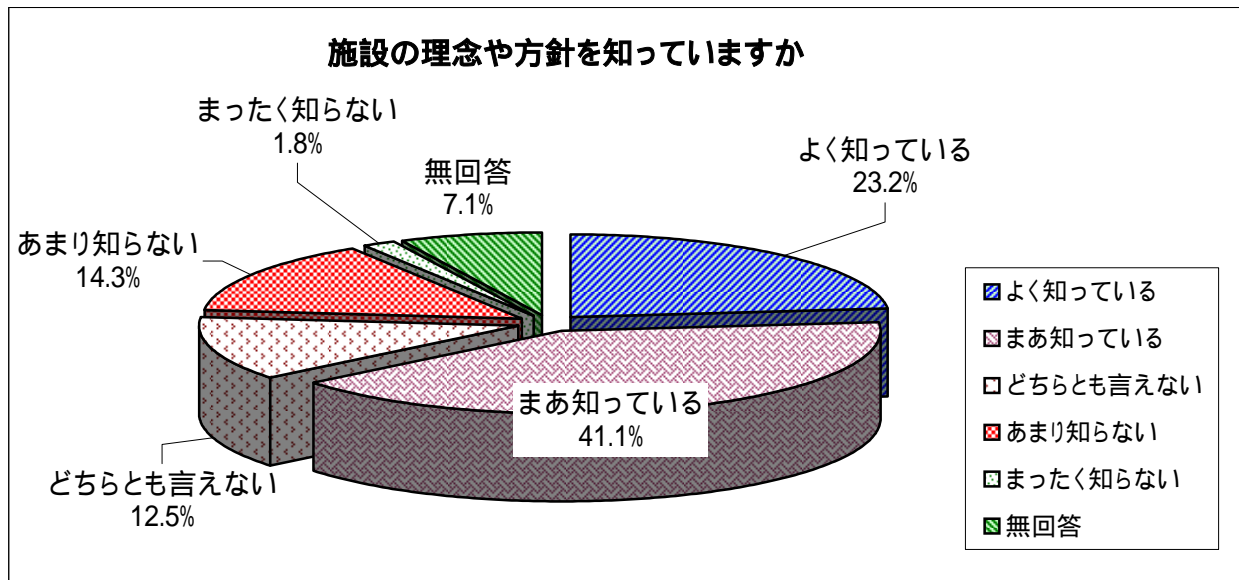
属性	配偶者	子ども	兄弟姉妹	甥・姪	その他	無回答	計
構成	11	36	4	0	4	1	56



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	23.2	41.1	12.5	14.3	1.8	7.1	100

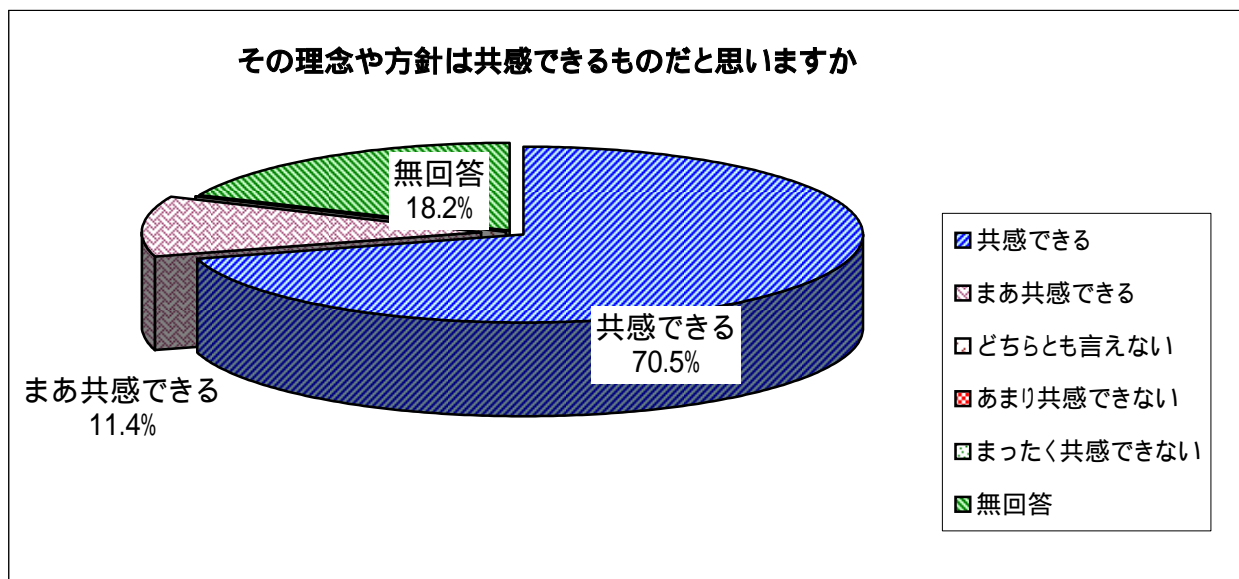
%は小数第1位まで表示し、合計の小数第1位を四捨五入すると100%になります。(以下同じ)



「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

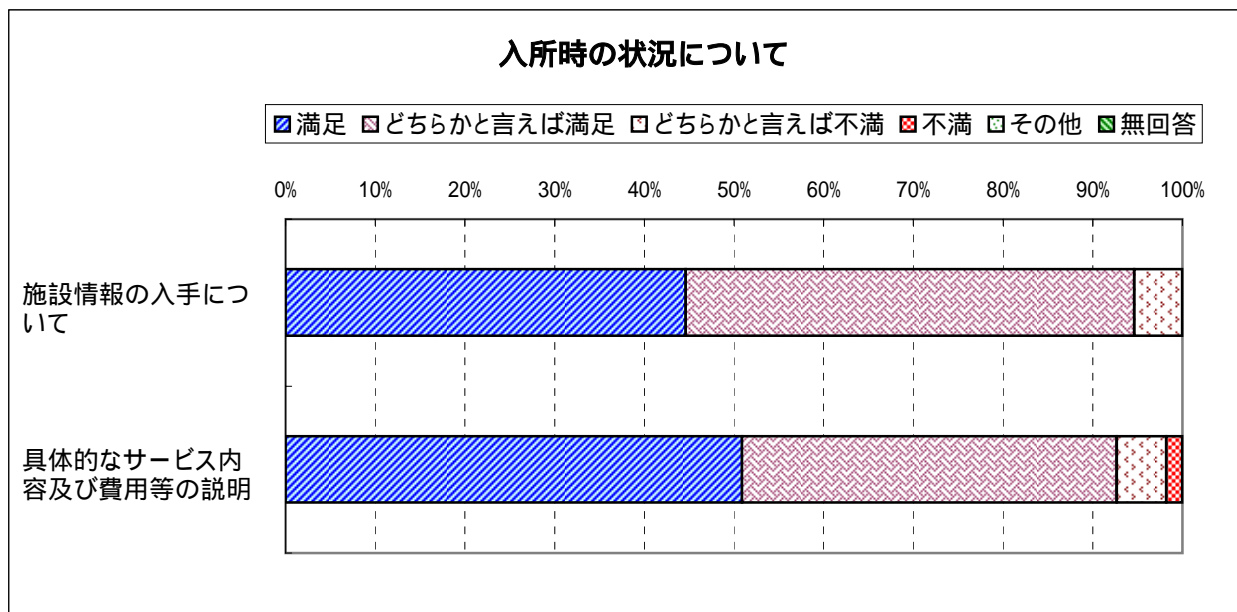
付問1：	共感できる	まあ共感できる	どちらとも言えない	あまり共感できない	まったく共感できない	無回答	計
あなたは、その理念や方針は共感できるものだと思いますか	70.5	11.4	0.0	0.0	0.0	18.2	100



## 施設のサービス内容について

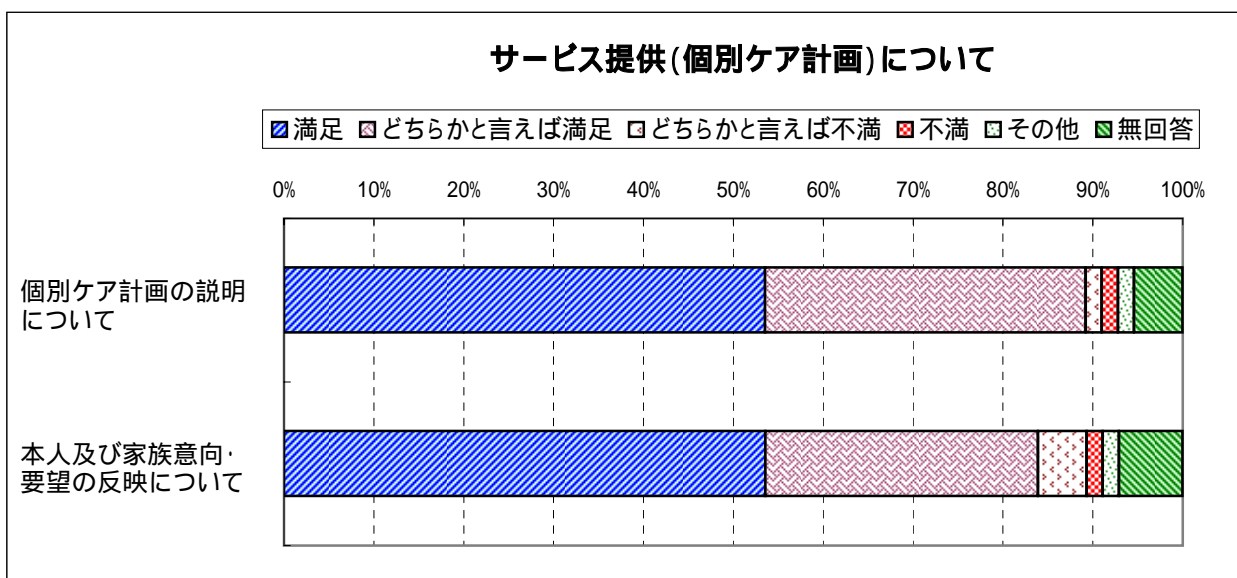
### 問2 入所時の状況

	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	44.6	50.0	5.4	0.0	0.0	0.0	100
具体的なサービス内容及び費用等の説明	50.9	41.8	5.5	1.8	0.0	0.0	100



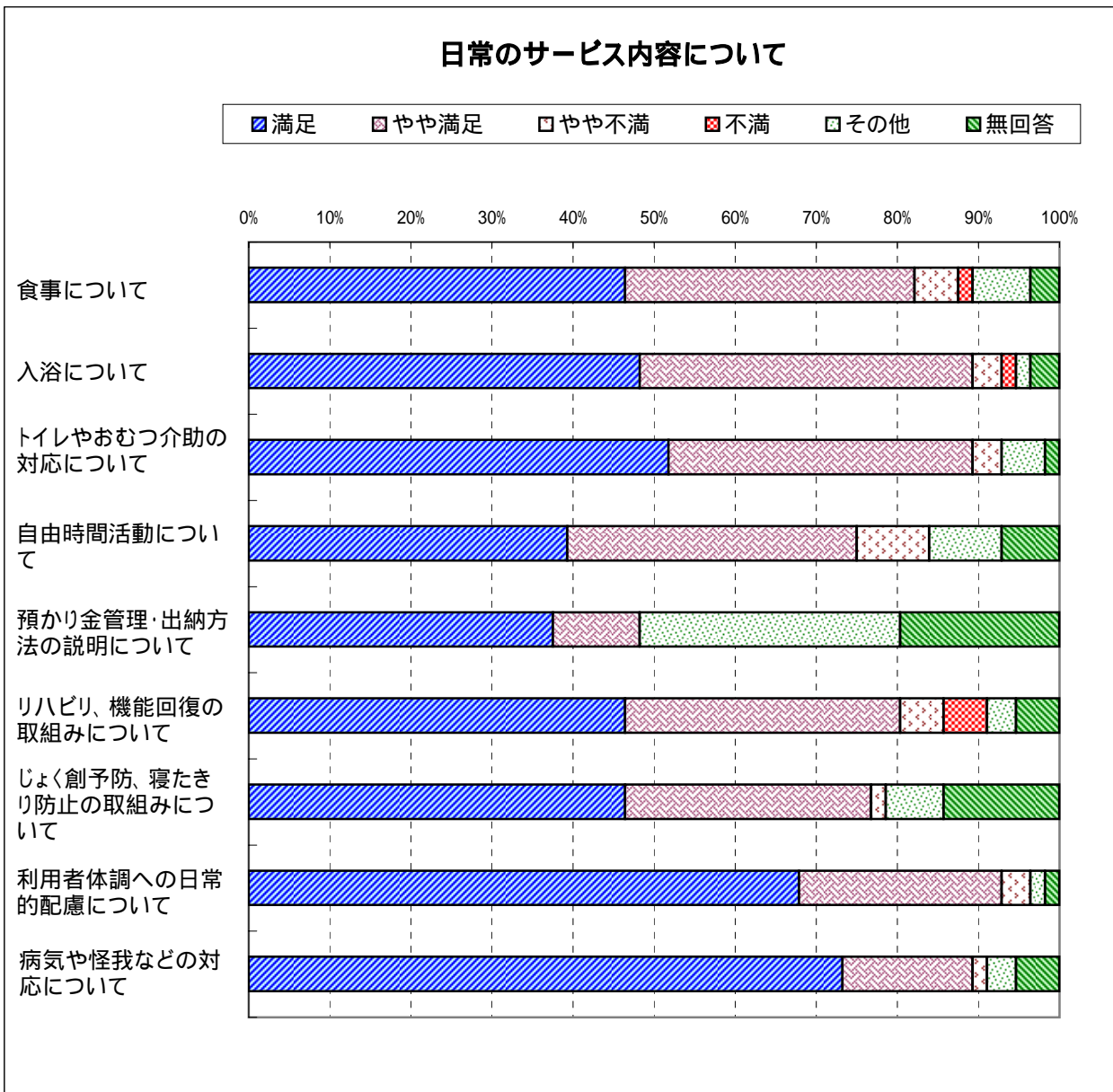
### 問3 サービス提供(個別ケア計画)

	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	53.6	35.7	1.8	1.8	1.8	5.4	100
本人及び家族意向・要望の反映について	53.6	30.4	5.4	1.8	1.8	7.1	100



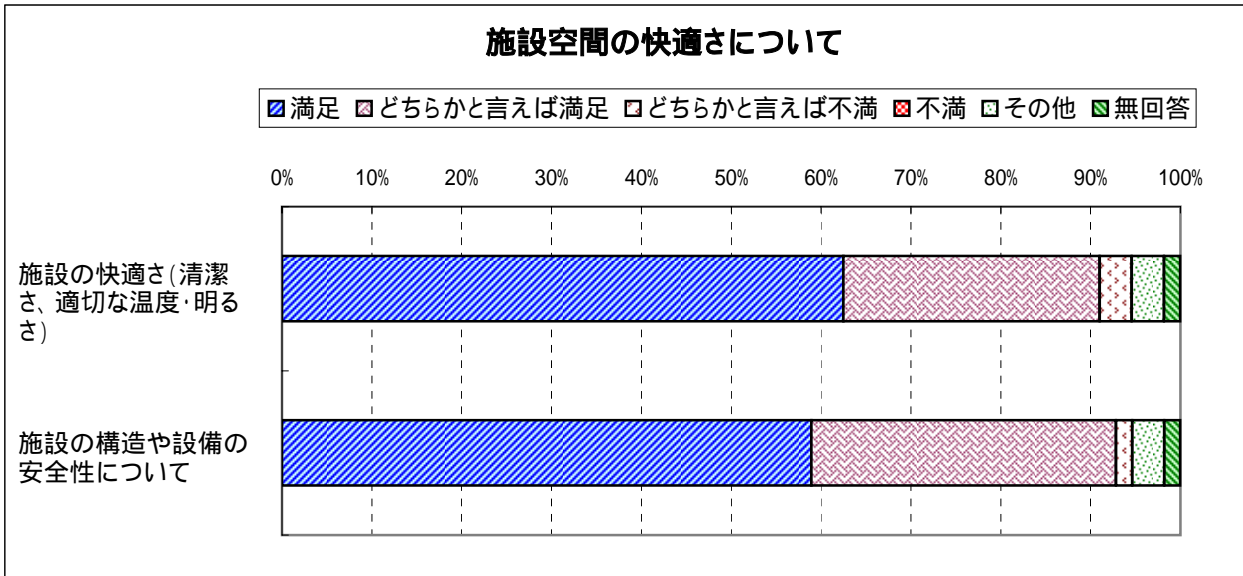
問4 日常のサービス内容

	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	46.4	35.7	5.4	1.8	7.1	3.6	100
入浴について	48.2	41.1	3.6	1.8	1.8	3.6	100
トイレやおむつ介助の対応について	51.8	37.5	3.6	0.0	5.4	1.8	100
自由時間活動について	39.3	35.7	8.9	0.0	8.9	7.1	100
預かり金管理・出納方法の説明について	37.5	10.7	0.0	0.0	32.1	19.6	100
リハビリ、機能回復の取組みについて	46.4	33.9	5.4	5.4	3.6	5.4	100
じょく創予防、寝たきり防止の取組みについて	46.4	30.4	1.8	0.0	7.1	14.3	100
利用者体調への日常的配慮について	67.9	25.0	3.6	0.0	1.8	1.8	100
病気や怪我などの対応について	73.2	16.1	1.8	0.0	3.6	5.4	100



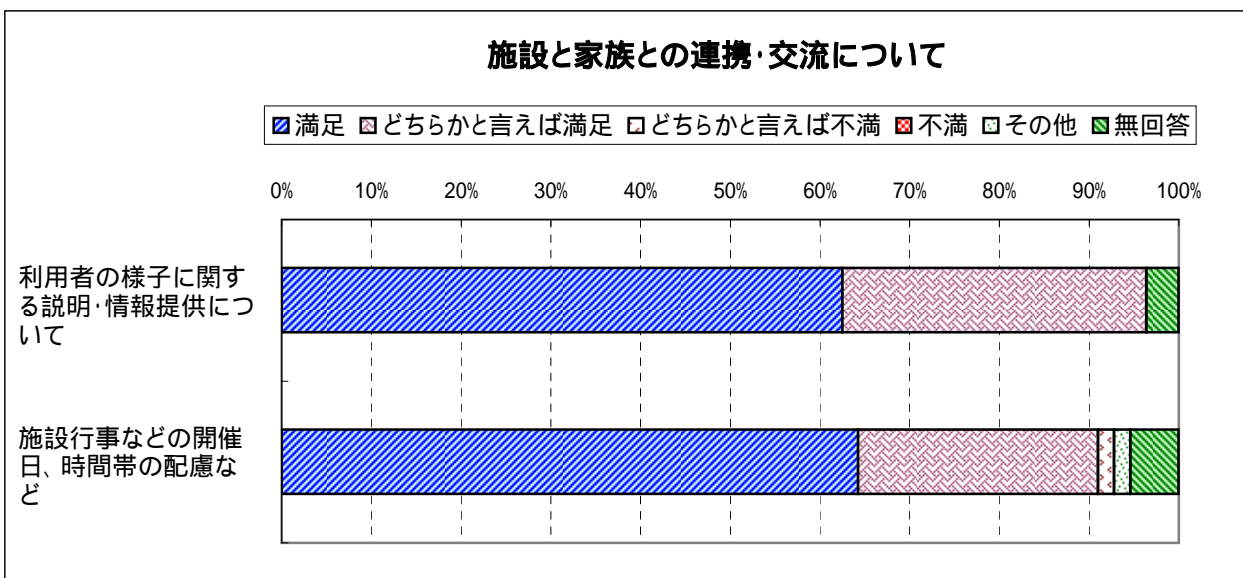
問5 施設空間の快適さ

	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)	62.5	28.6	3.6	0.0	3.6	1.8	100
施設の構造や設備の安全性について	58.9	33.9	1.8	0.0	3.6	1.8	100



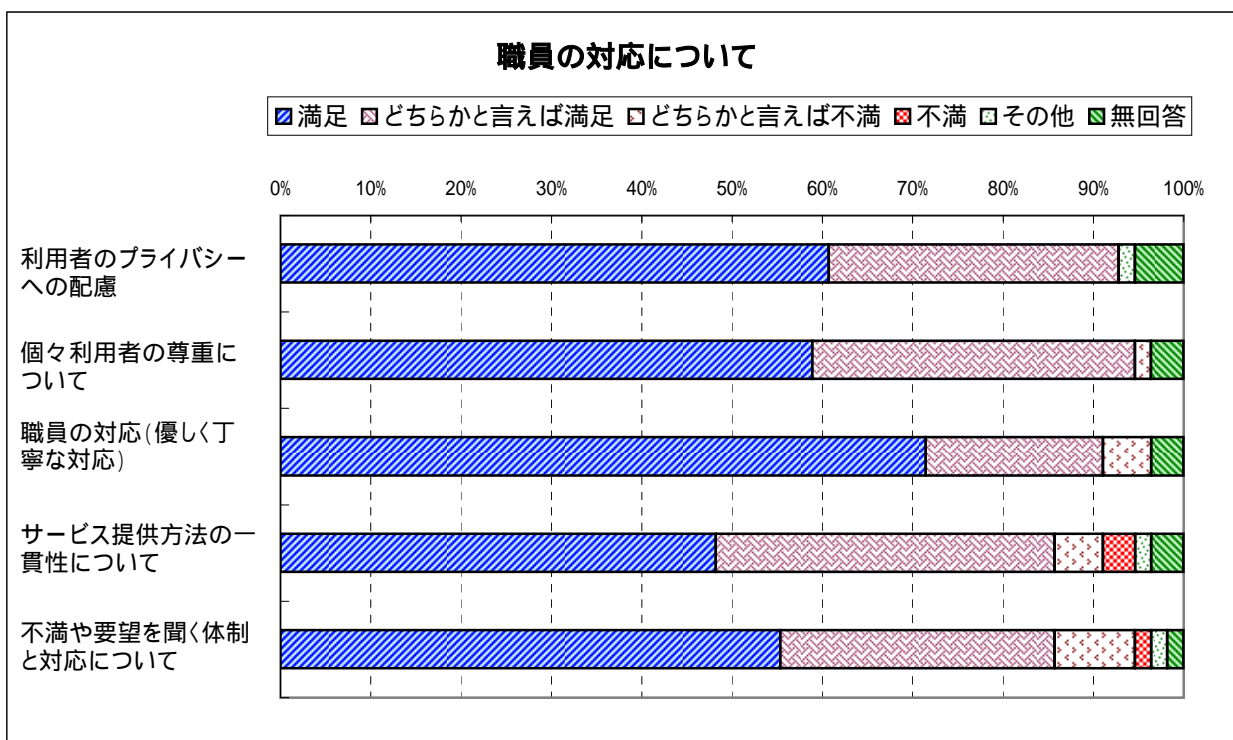
問6 施設と家族との連携・交流

	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	62.5	33.9	0.0	0.0	0.0	3.6	100
施設行事などの開催日、時間帯の配慮など	64.3	26.8	1.8	0.0	1.8	5.4	100



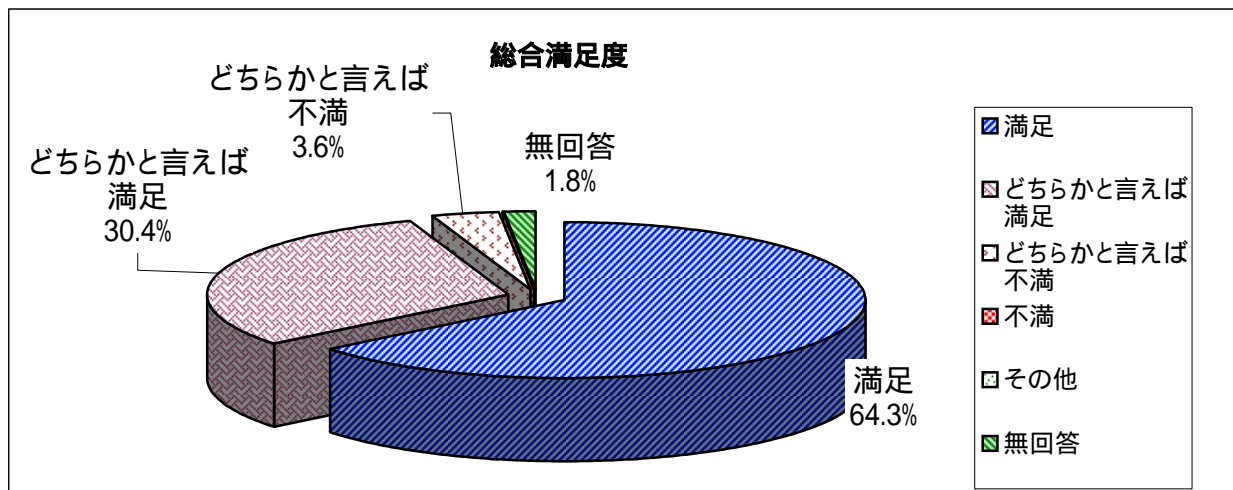
問7 職員の対応について

	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	60.7	32.1	0.0	0.0	1.8	5.4	100
個々利用者の尊重について	58.9	35.7	1.8	0.0	0.0	3.6	100
職員の対応(優しく丁寧な対応)	71.4	19.6	5.4	0.0	0.0	3.6	100
サービス提供方法の一貫性について	48.2	37.5	5.4	3.6	1.8	3.6	100
不満や要望を聞く体制と対応について	55.4	30.4	8.9	1.8	1.8	1.8	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	64.3	30.4	3.6	0	0	1.8	100





## 利用者本人調査 分析

実施日	2006年12月18日
選定方法	コミュニケーションの取れる利用者10名を事業者が選定
実施方法	職員は同席せず、2グループに分け1人あたり30分前後のインタビューを個室で実施

### 結果の特徴

- ◇ 総合満足度（施設は居心地いいか）  
10名全員が「はい」と回答しました。利用者の施設に対する総合的な満足度は、高いものと判断できます。
- ◇ 入所時の説明（入所時十分な説明があったか）  
「はい」5名 「いいえ」5名  
「説明は覚えていないが自分で納得して入った」と回答した方もいましたが、半数の方は「説明はなかった」「覚えていない」との回答でした。
- ◇ 個別支援計画（計画はあなたの希望に合っているか）  
「はい」4名 「いいえ」1名 「わからない」5名  
利用者にとって個別支援計画は分かりにくいことを表しています。
- ◇ 生活リズム（施設の生活リズムはあなたに合っているか）  
「はい」8名 「いいえ」1名 「わからない」1名  
「今は慣れた」「合うも合わないも合わせなくてはならない」との意見もありますが、生活リズムは利用者に受け入れられています。
- ◇ 施設の快適さ（清潔・温度・照明等）  
10名全員が快適と答えています。快適な住環境にあると判断できます。
- ◇ 食事（食事はおいしいか）  
「はい」6名 「いいえ」2名 「わからない」2名  
「おいしい」と回答した利用者が半数以上ですが、「味が薄くおいしくない」「こんなもの」「慣れた」と否定的な意見を述べる利用者も半数近くいました。
- ◇ 入浴（回数や時間には満足度しているか）  
「はい」9名 「いいえ」1名  
「もっと入りたい」と回答した方がいますが、おおむね満足していると判断できます。
- ◇ 排泄（希望するときにトイレへ連れて行ってもらったり、オムツ交換してもらえるか）  
聞き取り対象者の大部分が自立して排泄しているので、統計できません。  
「職員が来るまで待つのが大変」「カーテンが不安だが慣れた」「コールしてもなかなか来てくれない」との不満も聞かれました。
- ◇ 余暇（外出や趣味の活動など好きなことが出来るか）  
「はい」7名 「いいえ」2名 「わからない」1名  
外出しにくいことへの不満を述べる利用者が何人かいました。
- ◇ 健康管理・機能回復（リハビリは十分行なわれているか 体調が悪いときの対応はいいか）  
「はい」6名 「いいえ」2名 「わからない」2名  
「いろいろやってくれて満足」との発言もありますが、「歩くりハビリをもっとしたい」との発言もありました。
- ◇ 苦情（不満や要望を気軽に言えるか）  
「はい」7名 「いいえ」2名 「わからない」1名  
「気軽に言える」「苦情はない」と回答した方もいますが、一方「(職員に)悪くて言えない」「言ってもダメ(無駄)と思い言わない」と発言した方もいました。

◇ プライバシー保護（配慮されているか）

「はい」8名 「いいえ」2名

入浴・排泄時に恥ずかしいという意識を持つ利用者がいます。

◇ 職員の対応（優しく丁寧に接してくれるか）

全員の方が「はい」の回答でした。職員対応の満足度は高いと評価出来ます。

◇ 地域に開かれた運営（ボランティアとの交流は十分に行われているか）

「はい」1名 「いいえ」5名 「わからない」4名

「たまに見かけるが交流はない」と答えた方が多くいました。ボランティアとの関わり方には課題があると判断されます。

◇ 施設への要望

「十分満足していますので要望はありません」というような回答をした方がほとんどでしたが、「あえて要望するとしたら」として、次の項目が上がってきました。

リハビリの要望 食事への要望 入浴回数への要望

他に、「職員は親切でやさしい」「職員同士がみんな仲良しでいい雰囲気」「人出不足で職員は大変」との発言がありました。

調査対象利用者は10人であり、平均介護度3.4の利用者の標準的な特徴とは限りません。



## 事業者意見

今回の第三者評価受審は、利用者満足度調査結果に基づく業務改善に取り組みはじめたところでのチャレンジでした。提供するサービスや取り組みについて、客観的・総合的な評価をみんなで共有できることは、今後取り組みを継続する上で貴重な財産です。改めて評価の意義を感じるとともに、課題認識を深めているところです。

よかった点をいくつかあげてみます。

昨年1月に実施した利用者満足度調査、評価受審に向けた自己点検、受審における事業者自己評価、そして第三者による総合的な評価と、評価の場面ごとに課題認識が深まり、明確になってくることが実感できました。

評価受審が職員の共通目標になったとともに、評価項目によりケア、サービスについて、共通の視点で振り返り、考えることができました。

満足度調査の重要性と、ニーズを的確に把握し、草の根のところから地道に取り組みを重ねる重要性とが、再確認できました。

現状把握と目標設定、取り組み、振り返りのサイクルの中で年度毎に事業の評価を行ってはいますが、今回は事業全体を詳細に評価する機会となったとともに、評価過程が大変実のある学習になりました。利用者の生活を支えるケアや環境づくりについては、自らも課題とするところです。今回職員について評価いただきうれしいところですが、課題解決に向け「介護職の十分な能力発揮」を考える必要性にも気付かされました。

「利用者本位の理念」について、残念ではありますが、実践レベルに浸透するにはもう少し時間も必要と思いますし、評価を機に職員の動機付けが強まったと感じられますので、着実に取り組んでいきたいと思えます。全体的には、今後評価結果を咀嚼し、事業者としての学びも重ね課題を整理して、計画的に取り組みをすすめようと話し合っています。

また、次年度以降も年度ごとに利用者満足度調査、事業者自己評価を行いつつ、満足度の向上、サービスの質向上に努めます。そして「2回目の受審・さらに高い評価の獲得」を3年後の目標とし、市民に信頼され安心して利用していただける質の高い施設づくりを、職員が力をあわせ目指していこうと考えています。