

## 福祉サービス第三者評価

### 評価結果基本情報

|           |  |
|-----------|--|
| 評価年度      | 平成24年度                                       |
| サービス名称    | 指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】                        |
| 事業所名称     | アゼリー江戸川                                      |
| 評価機関名称    | 合同会社 福祉経営情報サービス                              |
| 評価者       | 修了者No.H0305051 修了者No.H0307011 修了者No.H0403033 |
| 評価実施期間    | 2012年10月1日 ~ 2013年1月24日                      |
| 事業評価実施期間  | 2012年10月2日 ~ 2013年1月24日                      |
| 利用者調査実施期間 | 2012年10月24日 ~ 2012年11月8日                     |

公益財団法人東京都福祉保健財団

Copyright©2003-2010 Tokyo Metropolitan Foundation of Social Welfare and Public Health. All Rights Reserved.

# 評価結果ダイジェスト

## 事業者の理念・方針、期待する職員像

|          |  |
|----------|--|
| <b>1</b> | <b>理念・方針（関連 カテゴリー1 リーダーシップと意思決定）</b>   |
|          | 事業者が大切にしている考え(事業者の理念・ビジョン・使命など)<br>1)利用者第一主義 (サービス向上を目指して) 2)地域社会への貢献(地域に開かれた施設) 3)仕事を通しての自己実現(研鑽即ち日々新たなり) 4)Great happiness(関わる全ての人々が共に尊重し、幸せになること) |
| <b>2</b> | <b>期待する職員像（関連 カテゴリー5 職員と組織の能力向上）</b>   |
|          | (1)職員に求めている人材像や役割<br>①素直・プラス発想・勉強好き ②自分自身で考えることができるスタッフの育成(指示待ちではなく発信型) ③気づく人間(5S活動を通じてホスピタリティ等を養う)  |
|          | (2)職員に期待すること(職員に持って欲しい使命感)<br>介護の知識やスキルの向上は当然のこと、現状維持で満足することなくつねにチャレンジする精神を持ち合つつ、サービスの質の向上を目指してほしい。  |

## 全体の評価講評

### 特に良いと思う点

- 明確な理念を持ち、職員に周知、浸透させている
- 常勤の理学療養士を配置し、介護スタッフと連携した機能訓練を行っている
- 看護師の人員配置を厚くして、医師との連携を進めている

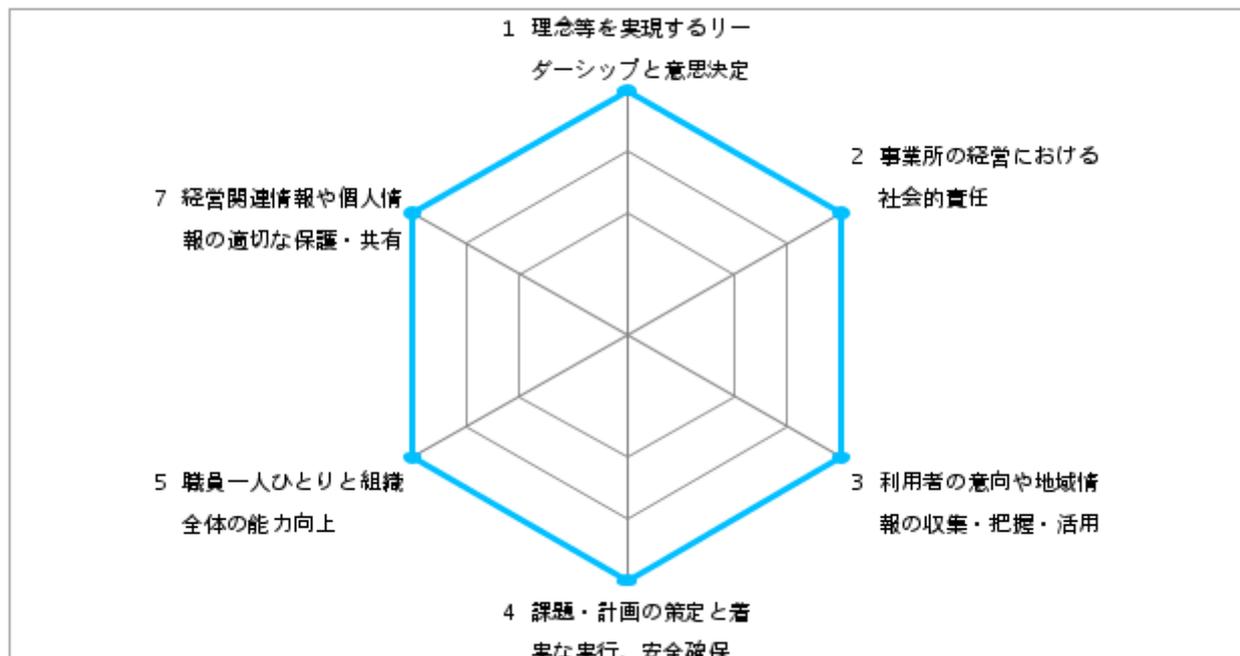
### さらなる改善が望まれる点

- 食事の楽しみを一層充実させる取り組みを期待したい
- 職員間の連携で生活の快適性をさらに高める事を目指してほしい
- 家族の意向をケアプランに反映するための取り組みを期待したい

### 事業者が特に力を入れている取り組み

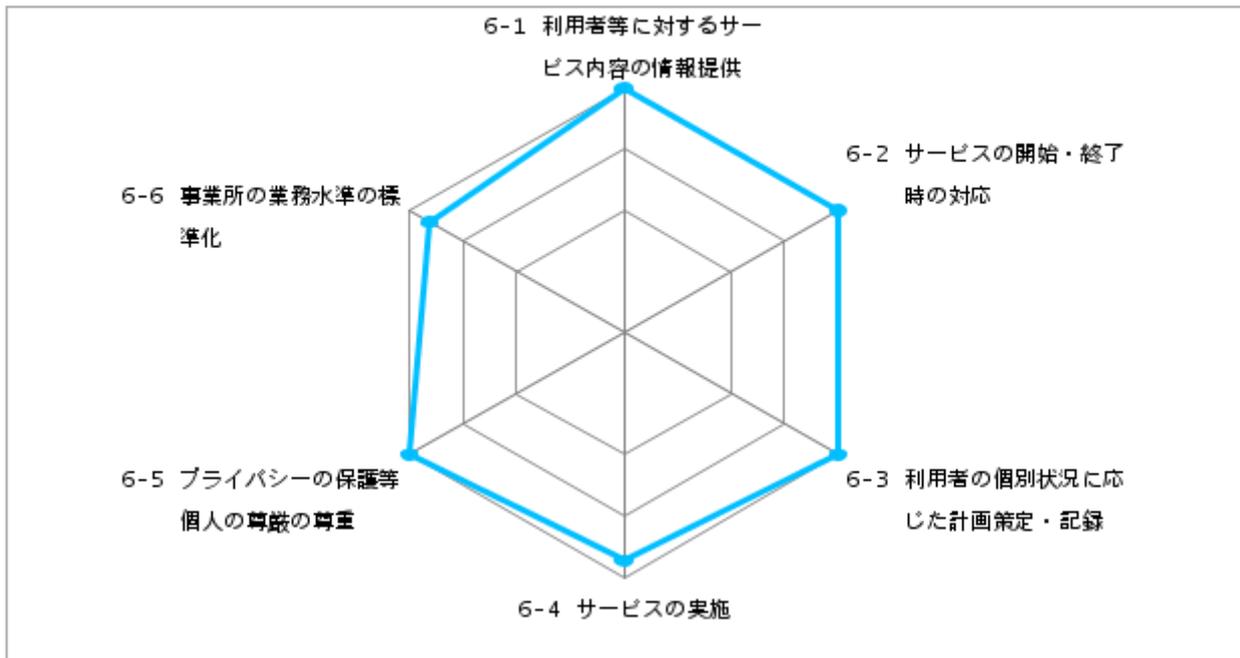
- ★ 明確な職員像を持ち、職員の成長を促している
- ★ 意欲的な人材育成を図り、学びの共有に取り組んでいる
- ★ 職員が企画してレクリエーションの充実を図っている

## 24年度 組織マネジメント（ カテゴリー1～5、7 ）



— 24年度 組織マネジメント

## 24年度 サービス項目（ カテゴリー6 ）



— 24年度 サービス項目

# サービス分析結果

## サービスの実施項目

|   |              |
|---|--------------|
| <b>サービスの実施</b>  | <b>40/43</b> |
| 1. 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている  | ○○○          |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者の状況を全員が把握して支援を行えるよう工夫している</li> <li>● 入所前の聞き取りを十分に行い、生活の継続性を踏まえた支援をしている</li> <li>● 多職種が連携して日常の支援にあたっている</li> </ul>                           |              |
| 2. 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている   | ○○○          |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 利用者個別の状況を把握して、状態に応じた食事の提供をしている</li> <li>● 嗜好に合った食べ物を摂る事を第一に考えて低栄養状態の改善に取り組んでいる</li> <li>● 医師の助言を得て、看護師が中心となり経口摂取に取り組んでいる</li> </ul>            |              |
| 3. 利用者が食事を楽しむための工夫をしている   | ○○○○         |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 食事選択の機会が増えると良い</li> <li>● 利用者のペースに合わせて食事を提供している</li> <li>● 食事に関する個別対応の工夫を開始している</li> </ul>   |              |
| 4. 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている   | ×○○○         |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 個浴の実施については課題としている</li> <li>● 浴室外での待機時間を極力短くすることを望みたい</li> <li>● 拒否がある利用者には声かけ等で対応する事になっている</li> </ul>  |              |
| 5. 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている   | ○○○○         |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 水分接種やヨーグルトの飲用で自然排便を促す事に取り組んでいる</li> <li>● 利用者個々の状況に応じたトイレ誘導や介助をおこなっている</li> <li>● マニュアルの実践と研修の実施で介助の質のさらなる向上に取り組んでいる</li> </ul>                |              |
| 6. 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている   | ○○○          |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 自力での歩行や機能維持に向けた訓練・介助を多職種が連携して行っている</li> <li>● 移乗・移動に関する研修やOJTを行い、安全な介助に取り組んでいる</li> <li>● 車椅子などの環境整備については改善余地もある</li> </ul>                    |              |
| 7. 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている  | ○○○○         |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 6か月の計画を立て、個別状況に応じた複数のリハビリを組み合わせ実施している</li> <li>● 利用者個別の心身状況を踏まえ、生活歴を取り入れたリハビリを実施している</li> <li>● 常勤の理学療法士と介護スタッフが日常的に話し合い、連携して支援している</li> </ul> |              |
| 8. 利用者の健康を維持するための支援を行っている   | ○○○○○        |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 手厚い看護体制を敷き、各委員会を含めた多職種連携が行われている</li> <li>● 誤薬防止の体制強化、口腔ケアの研修と実践をしている</li> <li>● 緊急時対応の体制を整えており、看取りについては学習を進めている</li> </ul>                     |              |
| 9. 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている  | ××○          |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 生活の快適性を一層向上させる取り組みを期待したい</li> <li>● 整容支援については一層の意識向上も可能である</li> <li>● 日中に体を動かす事等で安定した睡眠を促している</li> </ul>                                       |              |
| 10. 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている   | ○○○○         |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 多様なレクリエーションを実施して自由に参加してもらっている</li> <li>● ホーム喫茶や月見団子づくりなど、職員が企画して利用者を楽しんでもらっている</li> <li>● 各支援場面では適切な言葉を用い、利用者の生活の楽しみを向上させることに努めている</li> </ul>  |              |
| 11. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている   | ○○○          |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 可能な方であればなるべく外出の機会を設けている</li> <li>● ボランティアの方々や保育園児と交流する機会を豊富に持っている</li> <li>●</li> </ul>  |              |
| 12. 施設と家族との交流・連携を図っている  | ○○○          |
| 【講評】<br><ul style="list-style-type: none"> <li>● 大きな行事の後には家族懇談会を開催している</li> <li>● 毎月手紙を送り、日常の利用者の様子を個別に詳しく伝えている</li> <li>●</li> </ul>   |              |

## 利用者調査結果

| 有効回答者数 23 / 利用者総数 80   | はい   | どちらともいえない | いいえ    | 無回答・非該当 |
|--|--|-----------|--------|---------|
| 1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか                                    | 69.0%  | 8.0%      | 21.0%  | 0.0%    |
| 2. 日常生活に必要な介助を受けているか   | 86.0%  | 8.0%      | 4.0%   | 0.0%    |
| 3. 施設の生活はくつろげるか  | 69.0%  | 17.0%     | 13.0%  | 0.0%    |
| 4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか                                     | 73.0%  | 8.0%      | 17.0%  | 0.0%    |
| 5. 病気やケガ等緊急時の対応は、安心できるか                                      | 91.0%  | 8.0%      | 0.0%   | 0.0%    |
| 6. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか                            | 82.0%  | 4.0%      | 13.0%  | 0.0%    |
| 7. 利用者の気持ちは尊重されているか  | 86.0%  | 8.0%      | 4.0%   | 0.0%    |
| 8. 職員の対応は丁寧か   | 82.0%  | 8.0%      | 8.0%   | 0.0%    |
| 9. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか                            | 21.0%  | 8.0%      | 69.0%  | 0.0%    |
| 10. 【個別の計画について説明を受けた方に】<br>個別の計画に関しての説明はわかりやすかったか            | 100.0%   | 0.0%      | 0.0%   | 0.0%    |
| 11. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】<br>サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか | 利用者調査の有効回答者数が3未満でしたので、プライバシーの保護により、回答内訳は表示されません。 |           |        |         |
| 12. 不満や要望を事業者(施設)に言いやすいか                                     | 73.0%  | 13.0%     | 13.0%  | 0.0%    |
| 13. 利用者の不満や要望は対応されているか                                       | 73.0%  | 17.0%     | 8.0%   | 0.0%    |
| 14. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか                           | 0.0%   | 0.0%      | 100.0% | 0.0%    |

## 事業者のコメント

# 全体の評価講評

## 全体の評価講評

### 特に良いと思う点

#### 明確な理念を持ち、職員に周知、浸透させている

施設内各所に理念や行動指針を掲示し、全職員に理念カードを携帯させて理念や基本方針の理解と浸透を図っている。朝は「元気の出る朝礼」を実施して、理事長が理念や行動指針をわかりやすく訓示し、施設長は理念に沿って職員が成長するための有意義な話をしている。職員向けのテキストである「理念ブック」にはアゼリー江戸川の職員として理解すべき基本的な考え方や人材像をわかりやすく明示する等、工夫して職員への理念浸透に取り組んでいる。これらの取り組みが職員の意識を高め、多岐に渡る業務改善やサービスの向上につながっている。

#### 常勤の理学療養士を配置し、介護スタッフと連携した機能訓練を行っている

理学療法士が常勤しており、介護スタッフと日常的に協力して訓練を行っている。また、身体的な訓練だけでなく、心理面からのアプローチにもトライしている。

利用者の前職等、生活歴を考慮したプログラムや、リハビリの一環として行うおしぼり巻きの仕事などを日常の中で実施しており、レクリエーションにおいてはリハビリの視点を取り入れ新たな企画を介護職員が考えて実施している。効果的な運動や声かけの仕方などを職員間で話し合い、連携をして支援にあたっている。

#### 看護師の人員配置を厚くして、医師との連携を進めている

看護師は基本的に常勤4名と日勤のパート看護師で計8名の体制をとっている。月2回実施するナースミーティングの中では、医師から看護師に向けた勉強会を行っており、介護スタッフからの質問も医師が直接回答するなど、学びやすい環境の中で介護に必要な知識習得をしている。経口摂取の取り組みは医師の助言を得て、看護師が中心となって対応を検討し、介護スタッフが支援を実施している。今回の利用者調査においても病気やけがなど緊急時の対応に関する利用者の評価は高く、医師、看護、介護が連携して利用者支援に取り組んでいる。

### さらなる改善が望まれる点

#### 食事の楽しみを一層充実させる取り組みを期待したい

利用者個々の身体状況を把握した食事の提供がされており、介助時は料理の説明もしながら一人ひとりのペースに合わせて支援をしている。また、利用者調査では味付けについて、「その人その人に合わせてくれる」といった回答等もある。ただし、利用者調査の結果等からはもう一段の向上も可能と見受けられた。食事は利用者にとって大きな楽しみでもあるため、例えば選択食の機会を増やすなど、今後の取り組みにより、毎日の食事が一層楽しい時間となると利用者の満足度もさらに高まるものと考えられる。

#### 職員間の連携で生活の快適性をさらに高める事を目指してほしい

楽しく快適に過ごされている様子の利用者も多い施設である。ただし、入浴では安全性の確保を第一として、個浴の実施についての課題もあった。この点については問題も把握しており充実化の意向もあるため、多職種が連携して改善を進めてほしい。また、快適性という視点では更衣・整容支援など、支援の中で一層の向上に取り組める部分もあり、施設全体で課題を共有し、生活の快適性をさらに高める事を目指してほしい。

#### 家族の意向をケアプランに反映するための取り組みを期待したい

大きな行事の後には家族懇談会を開催し、また、家族からの意見や相談を聞くための工夫もしているが、施設サービス計画作成時に家族のニーズを十分聞き出せていない事は課題としている。今後は計画作成時に個別面談を行いたいという意向もあるため、取り組まれることを期待したい。

### コメント

#### 事業評価:

・経営層記入事項について、課題として認識している項目については、その課題に対する対応状況等を聞き取り、現状の把握に努めた。  
・訪問調査ではサービス担当者による現場視察を午前中の時間に行い、限られた時間内にサービス提供場面を極力把握する事に努めた。

## 事業者が特に力を入れている取り組み

### ★ 明確な職員像を持ち、職員の成長を促している

組織が期待する職員像や想定されるキャリアパスを明確にして職員に伝えている。育成については中間管理職向けの「アゼリー塾」のほか、新人や一般職員が自由参加する「まなびの会」等の内部研修があり、外部研修では異業種に学ぶことも行っている。新人の育成についても時間をかけており、指導担当係を設置し、施設全体でフォローする体制がある。研修の振り返りにも力を入れており、法人全体で職員の成長を促す事に取り組んでいる。

**関連評価項目**(職員の質の向上に取り組んでいる)

### ★ 意欲的な人材育成を図り、学びの共有に取り組んでいる

職員相互に感謝の気持ち伝えあう「サンクスカード」の取り組みや読書の奨励等、職員の意欲を高め、互いの学びを共有する事に取り組んでいる。読書の奨励では職員が読んで他者に薦めたい書籍を推薦図書として掲示し、貸し借りが自由にできる状態をつくる事で、身近に学ぶ機会を設けている。継続して取り組んでいる5Sの活動も職員の業務に関する意識付けに役立てており、自ら学び、気づき、前向きに仕事に取り組む意識を育んでいる。

**関連評価項目**(職員のやる気向上に取り組んでいる)

### ★ 職員が企画してレクリエーションの充実を図っている

フロア単位のレクリエーションを月1回実施している。クレープづくりや月見団子づくり、鍋などは職員が企画するレクリエーションであり、団子をこねてもらい、材料を切ってもらいなど機能訓練の視点も取り入れて実施している。利用者が参加し、身体を動かせるレクリエーションの実施や普段と違う環境づくりに努めており、職員が連携して充実化に取り組んでいる。

**関連評価項目**(利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている)

# 組織マネジメント分析結果

## リーダーシップと意思決定

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. 事業所が目指していることの実現に向けて一丸となっている</b>                  | <b>9/9</b> |
| 1. 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している                    | 〇〇〇〇       |
| 2. 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている         | 〇〇         |
| 3. 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している | 〇〇〇        |

## 経営における社会的責任

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. 社会人・福祉サービス事業者として守るべきことを明確にし、その達成に取り組んでいる</b> | <b>4/4</b> |
| 1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している         | 〇〇         |
| 2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている  | 〇〇         |
| <b>2. 地域の福祉に役立つ取り組みを行っている</b>                      | <b>7/7</b> |
| 1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある                       | 〇〇         |
| 2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している               | 〇〇〇        |
| 3. 地域の関係機関との連携を図っている                               | 〇〇         |

## 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

|   |            |
|---|------------|
| <b>1. 利用者意向や地域・事業環境に関する情報を収集・活用している</b>                 | <b>8/8</b> |
| 1. 利用者一人ひとりの意向(意見・要望・苦情)を多様な方法で把握し、迅速に対応している(苦情解決制度を含む) | 〇〇         |
| 2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる                       | 〇〇〇        |
| 3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している                       | 〇〇〇        |

## 計画の策定と着実な実行

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| <b>1. 実践的な課題・計画策定に取り組んでいる</b>      | <b>11/11</b> |
| 1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している          | 〇〇〇          |
| 2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している        | 〇〇〇〇         |
| 3. 着実な計画の実行に取り組んでいる                | 〇〇〇〇         |
| <b>2. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる</b> | <b>4/4</b>   |
| 1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる        | 〇〇〇〇         |

## 職員と組織の能力向上

|  |            |
|--|------------|
| <b>1. 事業所が目指している経営・サービスを実現する人材の確保・育成に取り組んでいる</b> | <b>8/8</b> |
| 1. 事業所にとって必要な人材構成にしている                           | 〇〇〇        |
| 2. 職員の質の向上に取り組んでいる                               | 〇〇〇〇〇      |
| <b>2. 職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる</b>                 | <b>7/7</b> |
| 1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる            | 〇〇〇        |
| 2. 職員のやる気向上に取り組んでいる                              | 〇〇〇〇       |

## 情報の保護・共有

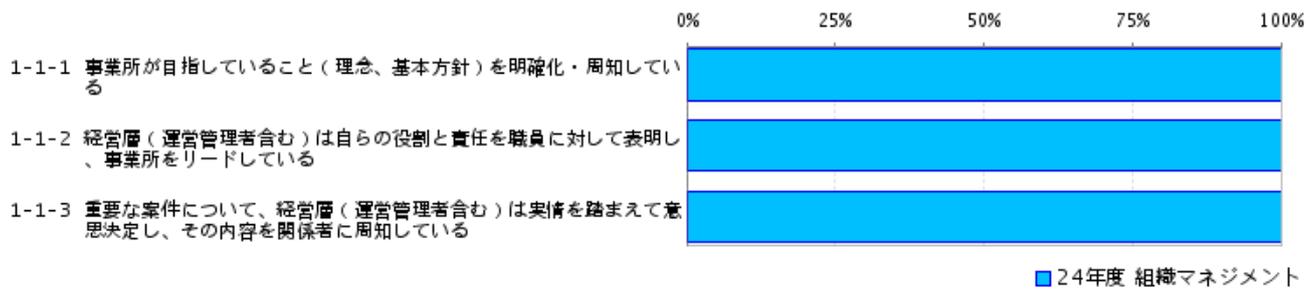
|                                     |            |
|-------------------------------------|------------|
| <b>1. 情報の保護・共有に取り組んでいる</b>          | <b>7/7</b> |
| 1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる | 〇〇〇        |
| 2. 個人情報、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している  | 〇〇〇〇       |

## カテゴリー1～7に関する活動成果

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>1. 前年度と比べ、事業所の方向性の明確化や関係者への周知、地域・社会への責任の面で向上している</b>  |                                  |
| 1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている<br>・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」<br>・カテゴリー2:「経営における社会的責任」<br>・カテゴリー4:「計画の策定と着実な実行」 | 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている |
| <b>2. 前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している</b>   |                                  |
| 1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている<br>・カテゴリー5:「職員と組織の能力向上」   | 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている |
| <b>3. 前年度と比べ、福祉サービス提供プロセスや情報保護・共有の面において向上している</b>  |                                  |

|   |   |
|---|---|
| <p>1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリーで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」</li> <li>・カテゴリー7:「情報の保護・共有」</li> </ul> | <p>改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている</p> |
| <p><b>4. 事業所の財政等において向上している</b></p>  |   |
| <p>1. 財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている</p>   | <p>改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている</p> |
| <p><b>5. 前年度と比べ、利用者満足や利用者意向の把握等の面で向上している</b></p>  |   |
| <p>1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリーで評価される部分において改善傾向を示している</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カテゴリー3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」</li> </ul>                  | <p>改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている</p> |

# リーダーシップと意思決定



## 講評

明確な理念・方針を持ち、職員向けに分かりやすい解説書を作成して浸透を図っている

事業計画書には法人の運営方針、経営理念、行動指針と事業所の基本方針が明示されている。理念や基本方針の理解と浸透を図るため、全職員は理念カードを携帯し、施設内各所に理念や行動指針を掲示している。また、職員向けのテキストとして、ビジョン、理念、行動指針、人材像、グランドコンセプトについて解説した「理念ブック」が作成されている。読みやすく、理解しやすいように図式化や事例などの工夫がなされており、事例の陳腐化を回避するため、定期的に見直しを実施している。

全職員の役割分担を明確に定め、経営層が率先垂範している

朝は「元気の出る朝礼」を実施しており、理事長が参加するときは理念や行動指針を職員向けにわかりやすく訓示している。また、施設長は毎週の朝礼で理念に沿って職員の成長や自己実現に役立つ話をしており、資料を自ら作成し、写真や時事的な話題を用いて理解を容易にする工夫を行って実施している。

サービス向上委員会、副主任会議議事録など主要な会議の議事録は決裁書により必ず経営層によって内容確認がされている。また、職員に読書を奨励するために壁に掲示されている職員推薦図書で紹介では、施設長も自身の愛読書を紹介している。

決裁書により、決定事項の周知を各階層で確実にしている

事業所の主要な活動内容を決定するサービス向上委員会には理事長、事務長も参加しており、その議事録は決裁書により、経営層や幹部による内容確認がされている。そこでの決定事項は、副主任会議からスタッフ会議を通じて職員に周知されている。他の会議や委員会の議事録も決裁書により担当職員、中間管理職、施設・法人幹部による内容確認がされる仕組みとなっており、情報の共有化が図られている。

### 1-1-1. 事業所が目指していること(理念、基本方針)を明確化・周知している

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を明示している   |
|                   | <input type="radio"/> 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、職員の理解が深まるような取り組みを行っている                           |
|                   | <input type="radio"/> 事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)について、利用者本人や家族等の理解が深まるような取り組みを行っている                    |
|                   | <input type="radio"/> 重要な意思決定や判断に迷ったときに、事業所が目指していること(理念・ビジョン、基本方針など)を思い起こすことができる取り組みを行っている(会議中に確認できるなど) |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

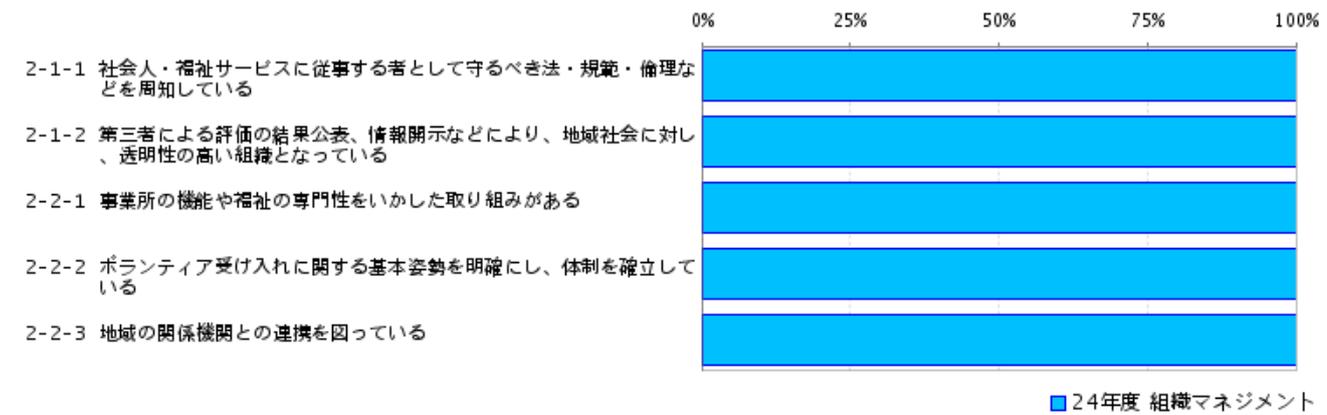
### 1-1-2. 経営層(運営管理者含む)は自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業所をリードしている

|                   |  |
|-------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている   |
|                   | <input type="radio"/> 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |  |

### 1-1-3. 重要な案件について、経営層(運営管理者含む)は実情を踏まえて意思決定し、その内容を関係者に周知している

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 重要な案件を検討し、決定する手順があらかじめ決まっている                    |
|                   | <input type="radio"/> 重要な意思決定に関し、その内容と決定経緯について職員に周知している               |
|                   | <input type="radio"/> 利用者等に対し、重要な案件に関する決定事項について、必要に応じてその内容と決定経緯を伝えている |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

# 経営における社会的責任



|  |
|--|
| <b>講評</b>  |
| 「理念ブック」で職員の倫理観向上を図り、ホームページを活用して透明性を高めている   |
| 倫理綱領は玄関横に掲示している。「理念ブック」には、倫理綱領、行動規範や求められる職員像を明記し、個人の尊厳や虐待行為などの具体的な行動モデルを例示して、倫理観や個人の尊厳について職員の理解が深まるようにしている。ホームページでは法人の決算報告書を開示している。また、ホームページには事業所で毎月発行する広報紙「アゼリー通信」も公開されている。決算書のみならず広報紙の公開を通じて事業所の行事やサービスを楽しむ利用者の姿を広く紹介しており、事業所の透明性を高めている。 |
| 地域の福祉施設として、住民との連携を図りながら地域の活動に貢献している  |
| 地域の高齢者との交流会「さくら会」を月1回開催しており、体操やレクリエーションなどを通じた交流を行っている。また、地域自治会の夏祭りや区の祭典にも職員が参加しており、介護予防ブースの出展をしている。そのほか、民生員との協力で介護者交流会(年12回)への講師派遣や、介護予防教室(年6回)における脳トレやゲーム、運動などの指導を職員が行っており、地域活動に貢献している。   |
| ボランティアの有効活用と地域ネットワークへの参画に積極的に取り組んでいる   |
| ボランティアハンドブックを作成して、幅広く積極的にボランティアを受け入れるようにしている。毎回150名以上が参加するボランティア感謝祭を年2回開催し、ボランティアサイドのニーズや意見の把握にも注力している。地域包括支援センター、居宅介護支援事業などと連携して地域ネットワークに参画し、独居の高齢者に対する目配り訪問や高齢者の健康管理の指導など地域の共通課題の解決に向けて協力している。   |

## 2-1-1. 社会人・福祉サービスに従事する者として守るべき法・規範・倫理などを周知している

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 福祉サービスに従事する者として、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などを明示している   |
|                          | <input type="radio"/> 全職員に対して、守るべき法・規範・倫理(個人の尊厳)などの理解が深まるように取り組んでいる |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

## 2-1-2. 第三者による評価の結果公表、情報開示などにより、地域社会に対し、透明性の高い組織となっている

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 第三者による評価の結果公表、情報開示など外部の導入を図り、開かれた組織となるように取り組んでいる            |
|                          | <input type="radio"/> 透明性を高めるために、地域の人の目にふれやすい方法(事業者便り・会報など)で地域社会に事業所に関する情報を開示している |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

## 2-2-1. 事業所の機能や福祉の専門性をいかした取り組みがある

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 事業所の機能や専門性は、利用者に支障のない範囲で地域の人に還元している(施設・備品等の開放、個別相談など)     |
|                          | <input type="radio"/> 地域の人や関係機関を対象に、事業所の機能や専門性をいかした企画・啓発活動(研修会の開催、講師派遣など)を行っている |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

## 2-2-2. ボランティア受け入れに関する基本姿勢を明確にし、体制を確立している

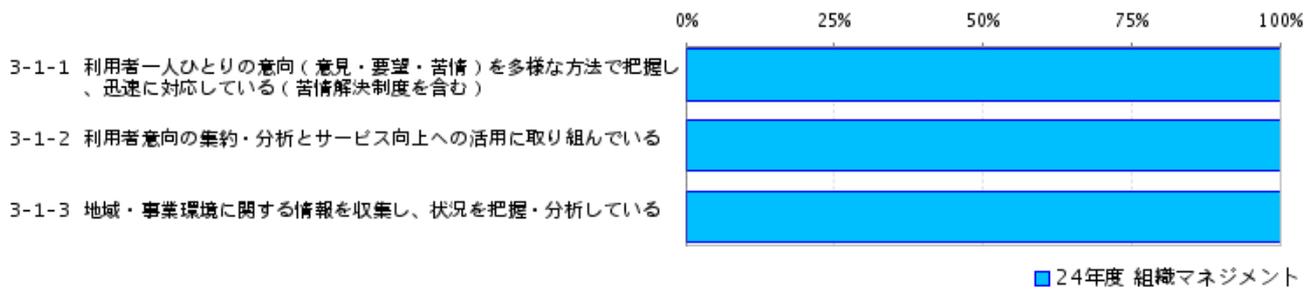
|             |  |
|-------------|--|
| <b>標準項目</b> | <input type="radio"/> ボランティアの受け入れに対する基本姿勢を明示している             |
|             | <input type="radio"/> ボランティアの受け入れ体制を整備している(担当者の配置、手引き書の作成など) |
|             | <input type="radio"/> ボランティアに利用者のプライバシーの尊重やその他の留意事項などを伝えている  |

|                   |  |
|-------------------|--|
| 事業者が特に力を入れている取り組み |  |
|-------------------|--|

2-2-3. 地域の関係機関との連携を図っている

|                   |  |
|-------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 地域の関係機関のネットワーク(事業者連絡会など)に参画している          |
|                   | <input type="radio"/> 地域ネットワーク内での共通課題について、協働して取り組めるような体制を整えている |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |  |

# 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用



## 講評

利用者や家族からの苦情や要望については職員も参加して対応を検討している

重要事項説明書に苦情解決制度および担当窓口を明示している。また、投書箱を玄関に設置して、直接の苦情や家族に向けた手紙の返信から意見や要望の収集を図っている。家族への手紙は「アゼリー通信」として送付している。返信欄を設ける事で月に2～3通ほど投書（返信）があり、なかなか入手することが難しいとされる家族の声を聞くための工夫がされている。寄せられた意見や要望は現場の職員も参加するサービス向上委員会で内容を確認して、必要に応じた対応をしている。

家族懇談会での意見や職員が収集した利用者の意見を活用している

比較的多くの家族が参加する敬老会等の行事後に家族懇談会を開き、利用者や家族の意向を把握するようにしている。現状は実施していないが、家族懇談会の機会に参加者からのアンケートを実施すれば話し合いとは異なった意見の収集につながるため、今後の実施を検討する事も勤めたい。

職員が現場で集めた利用者からの意見についてはサービス向上委員会で検討しており、ハロウィンパーティ、クレープ作り、お月見での団子づくりなど、利用者の要望から新たなイベントが企画・実施されている。

地域や関係機関、行政との関係から地域の福祉ニーズを把握している

地域包括支援センターや居宅介護支援事業等との連携により地域福祉の動きやニーズを把握している。また、地域の交流会「さくら会」やボランティア感謝祭で聞き取った意見等から身近な福祉ニーズの把握をするようにしている。区との情報共有にも努めており、把握した情報は介護予防指導等地域における積極的な活動にもつながっている。

### 3-1-1. 利用者一人ひとりの意向（意見・要望・苦情）を多様な方法で把握し、迅速に対応している（苦情解決制度を含む）

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 苦情解決制度を利用できることや事業者以外の相談先を遠慮なく利用できることを、利用者に伝えている |
|                   | <input type="radio"/> 利用者一人ひとりの意見・要望・苦情に対する解決に取り組んでいる                 |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

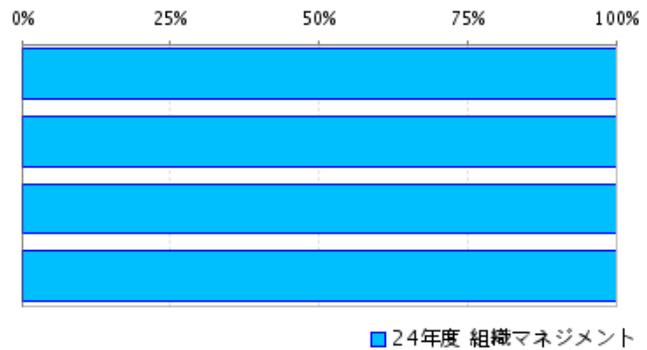
### 3-1-2. 利用者意向の集約・分析とサービス向上への活用に取り組んでいる

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 利用者アンケートなど、事業所側からの働きかけにより利用者の意向を把握することに取り組んでいる  |
|                   | <input type="radio"/> 事業者が把握している利用者の意向を取りまとめ、利用者から見たサービスの現状・問題を把握している |
|                   | <input type="radio"/> 利用者の意向をサービス向上につなげることに取り組んでいる                    |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

### 3-1-3. 地域・事業環境に関する情報を収集し、状況を把握・分析している

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 地域の福祉ニーズの収集（地域での聞き取り、地域懇談会など）に取り組んでいる               |
|                   | <input type="radio"/> 福祉事業全体の動向（行政や業界などの動き）の収集に取り組んでいる                    |
|                   | <input type="radio"/> 事業所としての今後のあり方の参考になるように、地域の福祉ニーズや福祉事業全体の動向を整理・分析している |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

# 計画の策定と着実な実行



| 講評  |  |
|---|--|
| 若手の職員も参画して計画策定にあっている  |  |
| <p>施設の基本方針に人材育成を掲げており、副主任以上の職員については法人研修「アゼリー塾」を通じて、計画策定から実施、反省と改善への取組を指導している。この研修では副主任クラスの若い職員が前年度の事業計画に対する反省を行い、新年度の計画案策定の中心的役割を果たしている。また、塾では現場職員が意見を発表することを義務付けており、それがサービス提供や行事開催など事業所活動の計画に反映されている。また、納涼祭や敬老会などの行事開催については、担当者による実行委員会で具体的な実施計画を作成している。</p> |  |
| PDCAサイクルを回して計画の着実な実行を図っている  |  |
| <p>行事やレクリエーションなどの計画時は前回よりも改善する事を目標として設定することにしており、実施時の状況を写真等で記録し、反省点があれば、次回へ申し送るようにしている。5S活動では記録が明確にPDCAサイクルで整理され、次回の改善につながるよう工夫されている。また、副主任会議や実行委員会など職員による計画策定、決裁書による承認、サービス向上委員会を中心とした実施結果の報告のチェック、反省及び改善実施などPDCAサイクルによるマネジメントが定着している。</p>                   |  |
| 事故報告をサービス検討委員会で検討して業務改善につなげている  |  |
| <p>研修の実施やマニュアル理解により、安全と防災に関する知識と意識の向上を図っている。</p> <p>毎月の事故発生数を集計してサービス向上委員会に報告している。また、主に怪我や傷を職員が後から発見した場合の報告がされている。発生した事故についてはサービス向上委員会で検討しており、個別のケアプラン等に反映している。業務改善が必要な場合には2週間の検証期間を設けて、担当者と副主任で効果等を確認したのちに変更しており、安易な業務変更をしないようにしている。</p>                     |  |

## 4-1-1. 取り組み期間に応じた課題・計画を策定している

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 理念・ビジョンの実現に向けた中・長期計画を策定している             |
|                   | <input type="radio"/> 年度単位の計画を策定している                          |
|                   | <input type="radio"/> 短期の活動についても、計画的(担当者・スケジュールの設定など)に取り組んでいる |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

## 4-1-2. 多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 課題の明確化、計画策定の時期や手順があらかじめ決まっている                       |
|                   | <input type="radio"/> 課題の明確化、計画の策定にあたり、現場の意向を反映できるようにしている                 |
|                   | <input type="radio"/> 計画は、サービスの現状(利用者意向、地域の福祉ニーズや事業環境など)を踏まえて策定している       |
|                   | <input type="radio"/> 計画は、想定されるリスク(利用者への影響、職員への業務負担、必要経費の増大など)を踏まえて策定している |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

## 4-1-3. 着実な計画の実行に取り組んでいる

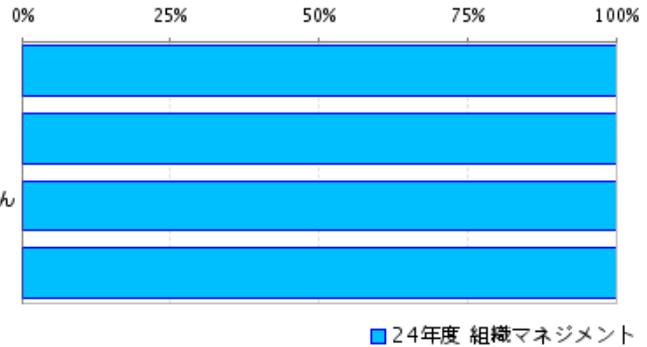
|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 計画推進の方法(体制、職員の役割や活動内容など)を明示している                   |
|                   | <input type="radio"/> 計画推進にあたり、より高い成果が得られるように事業所内外の先進事例・失敗事例を参考にしている    |
|                   | <input type="radio"/> 計画推進にあたり、目指す目標と達成度合いを図る指標を明示している                  |
|                   | <input type="radio"/> 計画推進にあたり、進捗状況を確認し(半期・月単位など)、必要に応じて見直しをしながら取り組んでいる |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

## 4-2-1. 利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

|      |   |
|------|---|
| 標準項目 | <input type="radio"/> 利用者の安全の確保・向上を図るため、関係機関との連携や事業所内の役割分担を明示している |
|------|---|

|                          |  |
|--------------------------|--|
|                          | <input type="radio"/> 事故、感染症、侵入、災害などの事例や情報を組織として収集し、予防対策を策定している                        |
|                          | <input type="radio"/> 事故、感染症、侵入、災害などの発生時でもサービス提供が継続できるよう、職員、利用者、関係機関などに具体的な活動内容が伝わっている |
|                          | <input type="radio"/> 事故、感染症、侵入などの被害が発生したときは、要因を分析し、再発防止に取り組んでいる                       |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |  |

# 職員と組織の能力向上



| 講評  |
|---|
| <p>職位に応じて期待される業務の水準を明確にしている</p> <p>職員採用のためのパンフレットでは、現有職員の働く姿とメッセージに加え、想定されるキャリアパスなどを紹介している。人事制度における職員格付け基準書で職務や責任が明確に示されている。職員には人事考課を実施しており、職員評価は自己評価、直属の上司による面接と一次評価、副施設長による二次評価、そして施設長、理事長による最終評価を行って人材の育成に活用している。</p> <p>多様な研修を実施して職員の資質向上に取り組んでいる</p> <p>年2回の個人面談を通して職務や資格取得の希望などを把握している。個人別の育成計画自体は作成していないが、外部研修の受講奨励や個人の資格取得支援を行っている。法人で定められた階層別研修とサービススキルに関する職場での勉強会を実施している。職員は研修報告として振り返りシートを記入しており、職場で回覧している。振り返りシートには研修で学んだことと、それを職場でどのように活かすかのアクションプランを記述させることで、研修の成果獲得と職員の能力向上につながるようにしている。</p> <p>互いの感謝の気持ちの伝達と個人表彰で職員のやる気の向上を図っている</p> <p>職員同士で互いに感謝の気持ちを伝達しあう「サンクスカード」の取り組みや、職員の貢献に対する個人表彰などを行い、モチベーションアップを図っている。職員の資格取得支援制度も整備しており、受験費用のほか学校への通学費用の援助なども実施している。希望者には外部のボランティア参加なども認めており、さまざまな取り組みにより職員のやる気向上を図っている。</p> |

## 5-1-1. 事業所にとって必要な人材構成にしている

|                   |  |
|-------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 事業所の人事制度に関する方針(人材像、職員育成・評価の考え方)を明示している |
|                   | <input type="radio"/> 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている               |
|                   | <input type="radio"/> 適材適所の人員配置に取り組んでいる                      |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |  |

## 5-1-2. 職員の質の向上に取り組んでいる

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 職員一人ひとりの能力向上に関する希望を把握している   |
|                   | <input type="radio"/> 事業所の人材育成計画と職員一人ひとりの意向に基づき、個人別の育成(研修)計画を策定している   |
|                   | <input type="radio"/> 個人別の育成(研修)計画は、職員の技術水準、知識、専門資格の習得(取得)などの視点を入れて策定している   |
|                   | <input type="radio"/> 職員一人ひとりの個人別の育成(研修)計画に基づいて、必要な支援をしている  |
|                   | <input type="radio"/> 職員の研修成果を確認し(研修時・研修直後・研修数ヶ月後など)、研修が本人の育成に役立ったかを確認している  |
| 事業者が特に力を入れている取り組み | <p>★ 明確な職員像を持ち、職員の成長を促している</p> <p>組織が期待する職員像や想定されるキャリアパスを明確にして職員に伝えている。育成については中間管理職向けの「アゼリー塾」のほか、新人や一般職員が自由参加する「まなびの会」等の内部研修があり、外部研修では異業種に学ぶことも行っている。新人の育成についても時間をかけており、指導担当係を設置し、施設全体でフォローする体制がある。研修の振り返りにも力を入れており、法人全体で職員の成長を促す事に取り組んでいる。</p> |

## 5-2-1. 職員一人ひとりの主体的な判断・行動と組織としての学びに取り組んでいる

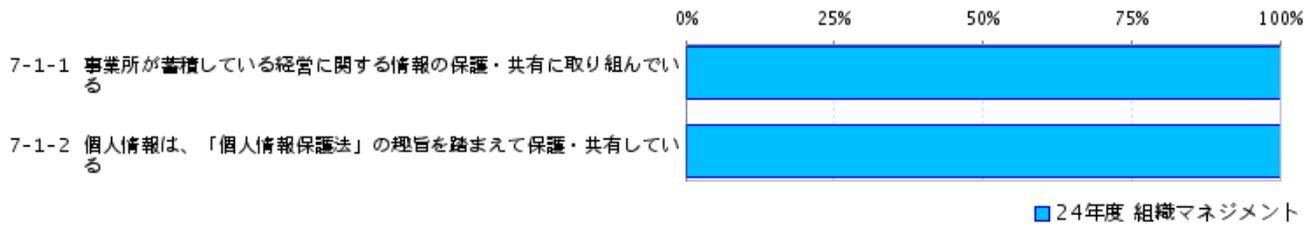
|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="radio"/> 職員の判断で実施可能な範囲と、それを超えた場合の対応方法を明示している   |
|                   | <input type="radio"/> 職員一人ひとりの日頃の気づきや工夫について、互いに学ぶことに取り組んでいる |
|                   | <input type="radio"/> 職員一人ひとりの研修成果を、レポートや発表等で共有化に取り組んでいる    |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

## 5-2-2. 職員のやる気向上に取り組んでいる

|      |  |
|------|--|
| 標準項目 | <input type="radio"/> 事業所の特性を踏まえ、職員の育成・評価・報酬(賃金、昇進・昇格、賞賛など)が連動した人材マネジメントを行っている |
|------|--|

|                          |   |
|--------------------------|---|
|                          | ○ 就業状況(勤務時間や休暇取得、疲労・ストレスなど)を把握し、改善に取り組んでいる  |
|                          | ○ 職員の意識を把握し、やる気と働きがいの向上に取り組んでいる   |
|                          | ○ 福利厚生制度の充実に取り組んでいる   |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> | <p>★ 意欲的な人材育成を図り、学びの共有に取り組んでいる</p> <p>職員相互に感謝の気持ち伝えあう「サンクスカード」の取り組みや読書の奨励等、職員の意欲を高め、互いの学びを共有する事に取り組んでいる。読書の奨励では職員が読んで他者に薦めたい書籍を推薦図書として掲示し、貸し借りが自由にできる状態をつくる事で、身近に学ぶ機会を設けている。継続して取り組んでいる5Sの活動も職員の業務に関する意識付けに役立てており、自ら学び、気づき、前向きに仕事に取り組む意識を育てている。</p> |

# 情報の保護・共有



## 講評

情報の共有を進めながら保護のためのアクセス制御を行っている

ケア記録システムが導入されており、法人内で情報共有が可能となっている。使用している各パソコンの立ち上げにはパスワードを設定している。また、個人情報など情報の内容に応じてパスワードを設定してアクセス制限を行っている。紙ベースのマニュアル類や記録は、ファイルの背表紙の表示や内部の見出しの表記をして検索しやすいファイリングを行っている。機密書類については鍵のかかる戸棚の使用や出入り口の施錠などで漏えい防止策を講じているが、各フロアでの書類管理については向上の余地がある。

個人情報の保護に注力している

個人情報保護については個人情報の開示請求への対応を含め、個人情報保護規程や重要事項説明書に記載している。職員からは個人情報保護に関する誓約書を得ている。

### 7-1-1. 事業所が蓄積している経営に関する情報の保護・共有に取り組んでいる

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="checkbox"/> 情報の重要性や機密性を踏まえ、アクセス権限を設定している         |
|                   | <input type="checkbox"/> 収集した情報は、必要な人が必要なときに活用できるように整理・保管している |
|                   | <input type="checkbox"/> 保管している情報の状況を把握し、使いやすいように更新している       |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

### 7-1-2. 個人情報は、「個人情報保護法」の趣旨を踏まえて保護・共有している

|                   |   |
|-------------------|---|
| 標準項目              | <input type="checkbox"/> 事業所で扱っている個人情報の利用目的を明示している                          |
|                   | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護に関する規定を明示している                               |
|                   | <input type="checkbox"/> 開示請求に対する対応方法を明示している                                |
|                   | <input type="checkbox"/> 個人情報の保護について職員(実習生やボランティアを含む)が理解し行動できるための取り組みを行っている |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |   |

## カテゴリ1～7に関する活動成果

8-1-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリ1:「リーダーシップと意思決定」
- ・カテゴリ2:「経営における社会的責任」
- ・カテゴリ4:「計画の策定と着実な実行」

### 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている

#### 理念浸透を徹底することにより、職員の意識が向上しサービスが改善している

教育体系を見直し、毎朝の朝礼や階層別の研修を通じて、理念を生きたものとしてゆく努力を継続している。中堅職員向けに毎月行う「アゼリー塾」では、福祉サービスのスキルのほかに異業種の活動なども学び、サービスからホスピタリティ向上までの展開を図っている。その結果、若手職員の視野が広がり、目的意識の向上などがみられ、数字を意識した活動ができており、例えば、福祉ニーズの把握がショートスティ利用についての意識を高め、空ベッド期間の短縮につながっている。

8-2-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリ5:「職員と組織の能力向上」

### 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている

#### 研修や勉強会の報告シートを活用して学習効果を高め、成果が出ている

法人内研修、外部研修、事業所内の勉強会など職員の学習機会を大幅に増やしている。それらの学習内容に応じた事前、事後の報告シートを用意して、職員の学習効果の向上を図っている。「事前シート」により、研修や勉強会に対する目的意識を高め、「振り返りシート」により、研修の中で学んだことを職場における本人のアクションプランにつなげるよう求めている。他の職員も受講者の言動に注目する事になり、このため、職員各自の学習内容の共有化が進んだ。

8-3-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、以下のカテゴリで評価される部分について、改善を行い成果が上がっている

- ・カテゴリ6:「サービス提供のプロセス」
- ・カテゴリ7:「情報の保護・共有」

### 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている

#### 現場職員による業務やサービス内容の見直しにより、多方面で成果が出ている

特養、ショートスティ、通所の各セクションで現場職員によるサービスプログラムの可否や内容について検討を進めている。食事、入浴、レクリエーションやケアプランの書式の改善が進められ、必要と思われるサービスの提供頻度、例えば、入浴回数の増加、食事やお茶の選択肢を増やすことなどが実現している。

24年度からは服薬の管理に工夫・改善がされたほか、「高齢者虐待マニュアル」を介護記録委員会が作成している等、業務やサービス内容の見直しにより多くの成果が上がっている。

8-4-1. 財政状態や収支バランスの改善へ向けた計画的かつ主体的な取り組みにより成果が上がっている

### 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている

#### 長年の取り組みの中で財政面の安定した基盤ができています

利用者の入院日数が減少しており、空床数の改善もみられる。コスト面では居室や廊下の照明を順次LED照明に変えるなど電気代の節約や購入する消耗品の選定などで無駄な出費を抑えている。長年の取り組みの中で財政面の安定した基盤ができており、今年度の大規模修繕は新たな借入れもなく実施できた。

8-5-1. 前年度(比較困難な場合は可能な期間で)と比べて、利用者満足や以下のカテゴリで評価される部分において改善傾向を示している

- ・カテゴリ3:「利用者意向や地域・事業環境などの把握と活用」

### 改善に向けた計画的な取り組みが行われており、成果として現れている

#### 利用者ニーズをサービス向上に活用し、また、5S活動で満足度を高めている

毎月送付する家族向けの手紙には、ご家族からのメッセージ欄を設けて返信できるようにしている。また、家族懇談会で利用者の意見や家族の要望を聞き取り、それらをもとにサービス向上委員会や職員会議で検討して、利用者ニーズを把握し、改善につなげている。利用者の意向は実施するイベントの企画等に活かしており、また、5S活動の継続により車両の清掃なども進んでいる。

# サービス分析結果

## サービス提供のプロセス項目

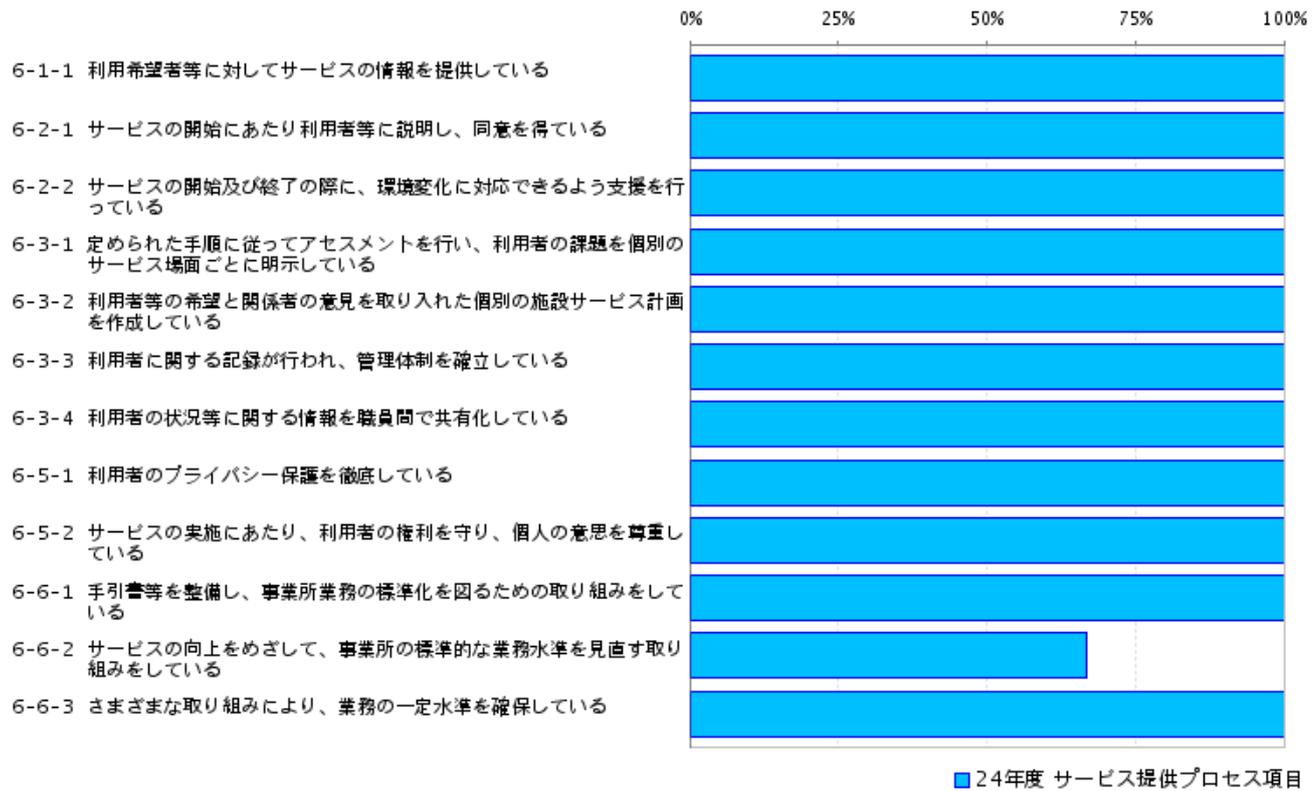
|   |              |
|---|--------------|
| <b>サービス情報の提供</b>                                  | <b>4/4</b>   |
| 1. 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している                       | 〇〇〇〇         |
| <b>サービスの開始・終了時の対応</b>                             | <b>6/6</b>   |
| 1. サービスの開始にあたり利用者等に説明し、同意を得ている                    | 〇〇〇          |
| 2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている            | 〇〇〇          |
| <b>個別状況に応じた計画策定・記録</b>                            | <b>10/10</b> |
| 1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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 | 〇〇〇          |
| 2. 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している         | 〇〇〇          |
| 3. 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している                      | 〇〇           |
| 4. 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                      | 〇〇           |
| <b>プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重</b>                         | <b>7/7</b>   |
| 1. 利用者のプライバシー保護を徹底している                            | 〇〇〇          |
| 2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している             | 〇〇〇〇         |
| <b>事業所業務の標準化</b>                                  | <b>10/11</b> |
| 1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている              | 〇〇〇          |
| 2. サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている         | ×〇〇          |
| 3. さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している                    | 〇〇〇〇〇        |

## サービスの実施項目

|   |              |
|---|--------------|
| <b>サービスの実施</b>                          | <b>40/43</b> |
| 1. 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている      | 〇〇〇          |
| 2. 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている           | 〇〇〇          |
| 3. 利用者が食事を楽しむための工夫をしている                 | 〇〇〇〇         |
| 4. 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている           | ×〇〇〇         |
| 5. 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている           | 〇〇〇〇         |
| 6. 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている           | 〇〇〇          |
| 7. 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている          | 〇〇〇〇         |
| 8. 利用者の健康を維持するための支援を行っている               | 〇〇〇〇〇        |
| 9. 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている              | ××〇          |
| 10. 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている       | 〇〇〇〇         |
| 11. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている | 〇〇〇          |
| 12. 施設と家族との交流・連携を図っている                  | 〇〇〇          |

## 評点の内容

## 24年度 サービス提供プロセス項目



### サービス情報の提供

|  |
|--|
| <b>講評</b>  |
| <p>ホームページでは施設の取り組みや雰囲気を丁寧に伝えている</p> <p>法人のウェブサイトでは法人概要欄の中に経営理念や行動指針を明示している。事業所のページでは施設概要の紹介のほか、入所申込書のダウンロードもできる。また、毎月発行している「アゼリー通信」が閲覧でき、職員採用ページでは福利厚生や教育体制、待遇等を詳しく記載している。このほか、頻繁に更新されるブログのページでは施設内部の行事や日常の様子を紹介しており、訪問者に施設の雰囲気をよく伝えるページとなっている。</p> <p>多様な施設紹介のパンフレットを作成して施設を紹介している</p> <p>パンフレットには法人が行っている地域包括支援、居宅介護支援、通所介護、介護老人福祉施設の各施設を写真も掲載してわかりやすく紹介している。また、施設概要のほか職員を紹介する内容の冊子も作成している。職員を紹介する事は採用面での効果や利用者の安心にもつながるものであり、施設の雰囲気を伝えるうえでも非常に好ましい取り組みである。</p> <p>急な見学の希望にも応じている</p> <p>施設見学では急な見学の希望にも対応している。定員や設備の概要、居室内等を主に案内しており、利用者のプライバシーを考慮して写真の撮影は控える事等を見学される方に伝えた上で実施している。</p> |

#### 1-1. 利用希望者等に対してサービスの情報を提供している

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 利用希望者等が入手できる媒体で、事業所の情報を提供している              |
|                          | <input type="radio"/> 利用希望者等の特性を考慮し、提供する情報の表記や内容をわかりやすいものになっている  |
|                          | <input type="radio"/> 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している                    |
|                          | <input type="radio"/> 利用希望者等の問い合わせや見学の要望があった場合には、個別の状況に応じて対応している |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |  |

### サービスの開始・終了時の対応

|   |
|---|
| <b>講評</b>   |
| <p>入所前の面接では利用者の生活歴を詳しく把握するようにしている</p> <p>入所前の訪問では移動や嚥下、食事摂取、入浴の状況等のほか、意思疎通や行動、既往歴等を定型の書類で確認している。病気についての受け止め方や施設での介護・生活に望む事など、ご家族の意向も併せて聞き取り記録している。また、面接時は利用者の生活歴を詳しく聞き取るようにしている。これまでの生活や歩んできた人生について書類の書式を定めて漏れなく詳細に把握できるようにしており、聞き取りを十分に行っている。</p> <p>入所時にはサービスの利用に関する同意や医療環境に関する意思確認をしている</p> <p>入所時には理美容の利用や行政手続きの代行、利用時の留意事項等について意向を確認して同意を得るとともに、経管栄養胃ろうや</p> |

終末期など医療環境に関する意思を確認しており、それぞれ同意署名を得ている。また、個人情報の使用に関する同意を得る事、および顔写真の使用に関する意向確認も入所時に行っており、必要な同意を得ている。

利用者やご家族の不安を軽減するための配慮をしている

入所直後は意識して声かけを多く行うようにしている。また、利用者がまだ施設での生活に慣れていない事から、慣れるまではなるべく家族に訪れてくれるよう依頼して、利用者が安心して過ごしてもらえるよう配慮している。

入院時は職員が病院に面会に行く事もしている。また、退院後は施設に戻れる事を伝える等で利用者の不安を軽減する事に配慮している。施設ではサービス終了時のご家族に対するケアについて、何かできる事がないか考慮中であり、ご家族に寄り添う支援が今後一層充実する事も期待できる。

### 2-1. 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

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> サービスの開始にあたり、基本的ルール、重要事項等を利用者の状況に応じて説明している |
|                          | <input type="radio"/> サービス内容や利用者負担金等について、利用者の同意を得るようにしている       |
|                          | <input type="radio"/> サービスに関する説明の際に、利用者や家族等の意向を確認し、記録化している      |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

### 2-2. サービスの開始及び終了の際に、環境変化に対応できるよう支援を行っている

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> サービス開始時に、利用者の支援に必要な個別事情や要望を決められた書式に記録し、把握している |
|                          | <input type="radio"/> 利用開始直後には、利用者の不安やストレスが軽減されるように支援を行っている         |
|                          | <input type="radio"/> サービスの終了時には、利用者の不安を軽減し、支援の継続性に配慮した支援を行っている     |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

## 個別状況に応じた計画策定・記録

|  |
|--|
| <b>講評</b>  |
| 計画の定期的な評価と見直しを行っている  |
| ケアプランは6か月に1度アセスメントを行って更新し、3か月単位のモニタリングを実施している。アセスメントはカンファレンスを兼ねてサービス担当者会議において実施している。毎月の更新時期に合わせて6～7名分を実施しており、理学療法士、ケアマネジャー、栄養士、看護師、居室担当者が参加して現状を検討し課題を明示している。モニタリングではサービスが適切かどうかや目標達成度、本人家族の満足度を評価し、必要に応じた計画の修正を行っている。                             |
| 計画の更新と見直し状況を一覧にして、ご家族からの同意署名までを確実に実施している   |
| 施設サービス計画では生活全般の解決すべき課題に対して長期目標、短期目標を定めてサービス内容を明記しており、目標と達成のための手段・方法をわかりやすく記録している。計画の中で長期目標と短期目標の設定および本人とご家族のニーズ把握については一層の改善余地も見受けられており、施設でも課題として認識している。  |
| 計画の更新と見直しの状況は「ケアプラン見直し確認表」を作成して一覧にしており、モニタリングからケアプランの作成、ご家族の同意署名までが確実に行われているかの確認をしている。   |
| 記録の工夫と確実な申し送りで情報の共有を徹底している   |
| 毎日の記録としては「介護・看護記録」「介護日誌」があり、このほか個別のバイタルなどはソフトウェアに記録している。「介護・看護記録」は日勤と夜勤帯で色分けしてその日の詳細な記録をしており、見やすく工夫している。「介護日誌」は大きな記録用紙を用いて、日勤と夜勤帯で対応が必要な方の記入をしており、わかりやすい書式となっている。一日3回の申し送りは介護日誌と「申し送りノート」を用いて行われている。申し送りノートは職員が必ず目を通すようにしており、回覧と確認印で確実な引継ぎを徹底している。 |

### 3-1. 定められた手順に従ってアセスメントを行い、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>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 利用者の心身状況や生活状況等を、組織が定めた統一した様式によって記録し、把握している |
|                          | <input type="radio"/> 利用者一人ひとりのニーズや課題を明示する手続きを定め、記録している          |
|                          | <input type="radio"/> アセスメントの定期的見直しの時期と手順を定めている                  |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |  |

### 3-2. 利用者等の希望と関係者の意見を取り入れた個別の施設サービス計画を作成している

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている         |
|                          | <input type="radio"/> 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定め、必要に応じて見直ししている |
|                          | <input type="radio"/> 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している            |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |  |

### 3-3. 利用者に関する記録が行われ、管理体制を確立している

|                   |                       |  |
|-------------------|-----------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> | 利用者一人ひとりに関する情報を過不足なく記載するしくみがある                       |
|                   | <input type="radio"/> | 計画に沿った具体的な支援内容と、その結果利用者の状態がどのように推移したのかについて具体的に記録している |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |                       |  |

### 3-4. 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

|                   |                       |  |
|-------------------|-----------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> | 計画の内容や個人の記録を、支援を担当する職員すべてが共有し、活用している     |
|                   | <input type="radio"/> | 申し送り・引継ぎ等により、利用者に変化があった場合の情報を職員間で共有化している |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |                       |  |

## プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

|   |
|---|
| 講評  |
| <p>文書による同意を得て個人情報やプライバシーへの配慮を行っている</p> <p>事業所外部に利用者の個人情報を提供する際は同意を得たうえで提供する旨を契約書に明記し、「個人情報使用同意書」にて同意を得ている。また、ホームページやパンフレット、広報紙への写真、動画の掲載についても入所時に確認をしたうえでやっている。行政手続き代行サービス契約書を契約時に取り交わしており、本人宛文書の扱いに関しては本人、家族にそのまま渡す、介護職が受けるなどの対応をしている。日常の支援では排泄や入浴時など、羞恥心やプライバシーを考慮する必要がある場面での配慮があるが、利用者調査では意見も見られている。</p> <p>「理念ブック」を活用した教育を行い、その人らしく生活できるように取り組んでいる</p> <p>入所時に生活歴やそれまでの人生の歩みを本人やご家族から詳細に聞き取り、支援に生かす事に取り組んでいる。日常の支援では排泄やレクリエーションの参加等について、本人の意思確認をして尊重する事に留意している。「理念ブック」を活用して職員の教育をしており、朝礼時や研修時などに利用者の権利擁護や人権尊重について周知をしている。例えば朝礼の中で毎月行われる理事長訓話においては、利用者の食事についての倫理的なテーマを職員に話し、各自に考えてもらう事等を行っており、教育を通じて質の向上を図っている。</p> <p>虐待防止についてのマニュアルを作成し、予防のための体制づくりをしている</p> <p>やむを得ず行う身体拘束については定期的なカンファレンスで解除に向けた話し合いを行っている。「高齢者虐待マニュアル」を24年8月に介護記録委員会が作成しており、虐待に関する基本知識や職員の心構えを明記し、発見時の対応方法や報告の仕方、利用者家族への説明方法なども明らかにしている。虐待チェックリストも作成しており、今後活用を開始する見込みである。</p> |

### 5-1. 利用者のプライバシー保護を徹底している

|                   |                       |  |
|-------------------|-----------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> | 利用者に関する情報(事項)を外部和やりとりする必要が生じた場合には、利用者の同意を得るようにしている                     |
|                   | <input type="radio"/> | 個人の所有物や個人宛文書の取り扱い、利用者のプライベートな空間への出入り等、日常の支援の中で、利用者のプライバシーに配慮した支援を行っている |
|                   | <input type="radio"/> | 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている   |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |                       |  |

### 5-2. サービスの実施にあたり、利用者の権利を守り、個人の意思を尊重している

|                   |                       |  |
|-------------------|-----------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> | 日常の支援にあたっては、個人の意思を尊重している(利用者が「ノー」と言える機会を設けている)                                 |
|                   | <input type="radio"/> | 利用者の気持ちを傷つけるような職員の言動、放任、虐待、無視等が行われることのないよう、職員が相互に日常の言動を振り返り、組織的に予防・再発防止を徹底している |
|                   | <input type="radio"/> | 虐待被害にあった利用者がある場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている                                     |
|                   | <input type="radio"/> | 利用者一人ひとりの価値観や生活習慣に配慮した支援を行っている   |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |                       |  |

## 事業所業務の標準化

|  |
|--|
| 講評   |
| <p>業務マニュアルを整備して日常業務の中で活用している</p> <p>基本介助や夜間帯の急変対応等、各業務のマニュアルを整備しており、各項目には目標(テーマ)を明記して周知している。また、例えば入浴介助では、一般、リフト浴、ストレッチャーチェア浴毎に細かな手順を写真つきで明示しており、内容もわかりやすく説明している。マニュアルは全職員に配布しており、各フロアのケアステーションにも配備している。看取り等はマニュアルを確認しながら実施している。また、新入職員については「マニュアルチェック表」を用いて、正しい手順での業務ができてきているかの確認をしている等、日常業務の中で活用している。</p> |

職員の意見を取り入れ、また、工夫して改善活動を進めている

基本業務の変更に関する規定はないが、マニュアルが現状にそぐわない時や業務手順が変わった時などは、各係、各会議で決着してその都度変更している。変更時期や見直し規準などを作成しておくことに良いであろう。

定期的に行うスタッフミーティングでは職員から疑問や提案を挙げてもらい、検討の上改善策を実施している。例えば排泄チェック表の欄の変更などは職員の意見を検討して変更されている。

5S活動の中では送迎車や風呂場などの写真記録を残して改善活動に役立てている等、工夫して改善活動を進めている。

法人の研修体制を整備して全体の水準向上を図り、現場では指導係が新人を育てている

法人の研修では中間管理職向けの「アゼリー塾」のほか、新人や一般職員が自由参加する「まなびの会」がある。「まなびの会」では入浴や排せつなど、介護技術の指導をしており、研修体制が整備されている。

新人職員の指導については係を設定しており、年度ごとに持ち回りで1年間担当させている。中間層や2年目の職員などが担当して、現場での指導をしている。また、月に1回は新人と面接を行ってケアプランに沿った支援ができているかの確認などをしており、指導係が教え、施設全体でフォローする体制がある。

#### 6-1. 手引書等を整備し、事業所業務の標準化を図るための取り組みをしている

|                          |                       |  |
|--------------------------|-----------------------|--|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> | 手引書(基準書、手順書、マニュアル)等で、事業所が提供しているサービスの基本事項や手順等を明確にしている |
|                          | <input type="radio"/> | 提供しているサービスが定められた基本事項や手順等に沿っているかどうか定期的に点検・見直しをしている    |
|                          | <input type="radio"/> | 職員は、わからないことが起きた際や業務点検の手段として、日常的に手引書等を活用している          |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |                       |  |

#### 6-2. サービスの向上をめざして、事業所の標準的な業務水準を見直す取り組みをしている

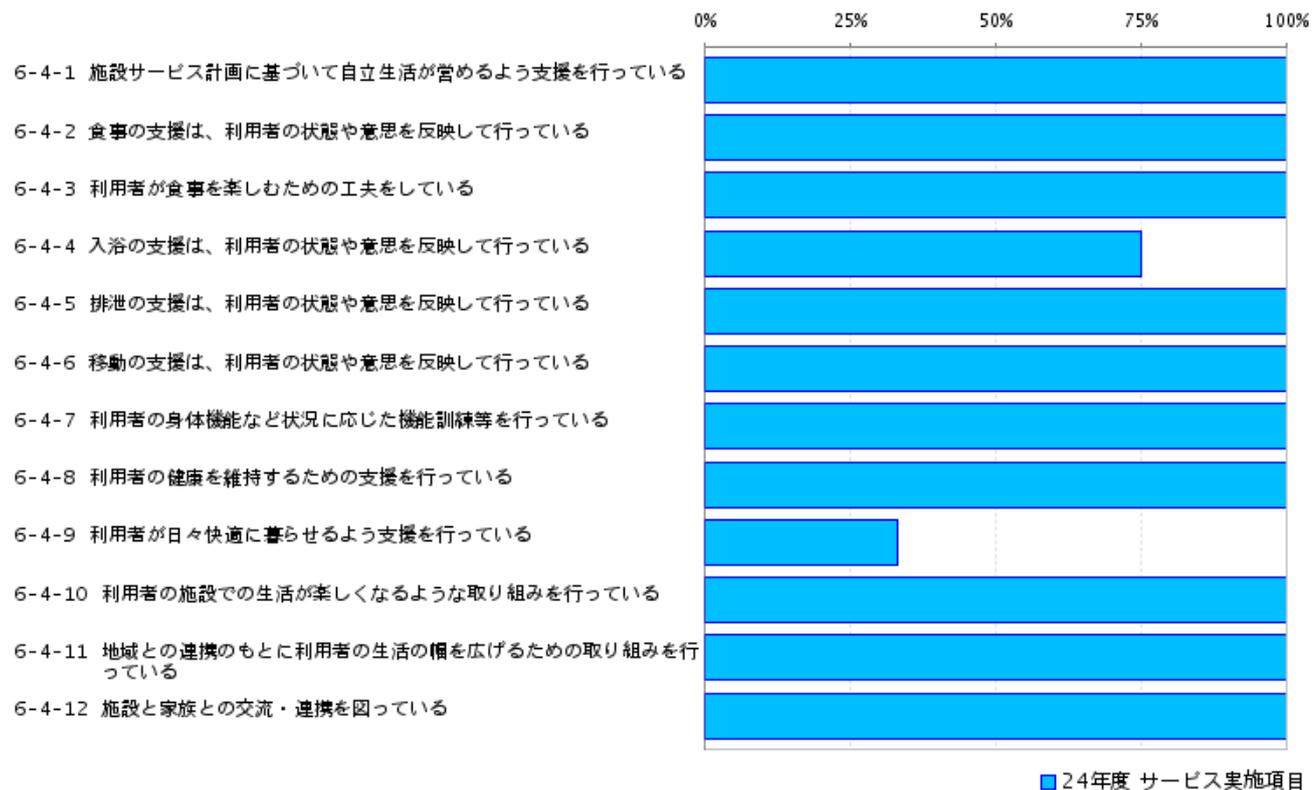
|                          |                                  |   |
|--------------------------|----------------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input checked="" type="radio"/> | 提供しているサービスの基本事項や手順等は変更の時期や見直しの基準が定められている                |
|                          | <input type="radio"/>            | 提供しているサービスの基本事項や手順等の見直しにあたり、職員や利用者等からの意見や提案を反映するようにしている |
|                          | <input type="radio"/>            | 職員一人ひとりが工夫・改善したサービス事例などをもとに、基本事項や手順等の改善に取り組んでいる         |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |                                  |   |

#### 6-3. さまざまな取り組みにより、業務の一定水準を確保している

|                          |                       |   |
|--------------------------|-----------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> | 打ち合わせや会議等の機会を通じて、サービスの基本事項や手順等が職員全体に行き渡るようにしている |
|                          | <input type="radio"/> | 職員が一定レベルの知識や技術を学べるような機会を提供している                  |
|                          | <input type="radio"/> | 職員全員が、利用者の安全性に配慮した支援ができるようにしている                 |
|                          | <input type="radio"/> | 職員一人ひとりのサービス提供の方法について、指導者が助言・指導している             |
|                          | <input type="radio"/> | 職員は、わからないことが起きた際に、指導者や先輩等に相談し、助言を受けている          |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |                       |   |

## サービスの実施

# 24年度 サービス実施項目



## 1. 施設サービス計画に基づいて自立生活が営めるよう支援を行っている

|  |
|--|
| <b>講評</b>  |
| <p>利用者の状況を全員が把握して支援を行えるよう工夫している</p> <p>施設サービス計画はケアステーションで常に確認するようにしており、計画に沿った支援ができるよう職員間で情報共有を行って支援をしている。</p> <p>利用者個別に本人の写真、名前、食事、注意事項を一覧にした「ミニカード」を利用者全員分作成している。1, 2年ほど前から作成を開始しており、新人職員に渡している。使用する事で名前と顔が一致する、注意事項も頭に入るなどの利点が挙げられており、新人向けの情報提供に工夫がされている。新人の育成には手間をかけており、丁寧な指導が行われているものと見受けられた。</p> <p>入所前の聞き取りを十分に行い、生活の継続性を踏まえた支援をしている</p> <p>入所前にそれまでの日常の様子や趣味、好きなこと、利用者の若い頃の事、引退後の家庭での状況や入所後の希望などを詳しく聞き取って生活の継続性を踏まえた支援に活かしている。</p> <p>居室は低い家具付の仕切りを設置し、カーテンをすることでプライベートな空間になるようにしており、位牌や写真などの持ち込みは制限を設けていない。各利用者はベット周りに家族の写真を飾ったり、お気に入りの物を飾ったりしており、利用者が読みたい雑誌などがあれば居室担当者が購入して利用者に渡している。</p> <p>多職種が連携して日常の支援にあたっている</p> <p>ケアプランの内容検討時は理学療法士、ケアマネジャー、居室担当者、栄養士、看護師がサービス担当者会議において話し合っており、日常の中でも多職種が連携し、コミュニケーションを取って利用者支援にあたっている。機能訓練においては理学療法士が常勤している事もあり、日常の申し送りなどでいつでも協働できる状況がある。</p> |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 施設サービス計画に基づいて支援を行っている                            |
|                          | <input type="radio"/> 利用者の意向や状態に応じて、生活の継続性を踏まえた支援を行っている                |
|                          | <input type="radio"/> 介護支援専門員を中心に、介護、看護、リハビリ、栄養管理等の職員が連携して利用者の支援を行っている |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |  |

## 2. 食事の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

|   |
|---|
| <b>講評</b>   |
| <p>利用者個別の状況を把握して、状態に応じた食事の提供をしている</p> <p>利用者個別の課題に対し、長期目標と具体的な短期目標を掲げ、声掛け、飲み物を勧める、ゼリーも摂取してもらう等の支援内容を定めて支援をしている。3か月に1度のケアカンファレンスや毎月のナースミーティングで個別の状況を把握しており、主食は常食、全粥、ペースト、副食は常食、あら刻み、刻み、超刻み、ペーストで提供している。また、人により副食にとろみをつける等で状況に応じた提供をしている。食事介助では職員が一人ずつ対面して行っている。料理の説明もしながら一人ひとりのペースに合わせており、とても良い介助がされていた。</p> <p>嗜好に合った食べ物を摂る事を第一に考えて低栄養状態の改善に取り組んでいる</p> |

低栄養状態の改善については、BMI等を測定し状況を見て医師を交えた検討をして進めている。栄養管理の中で栄養剤も利用するが、基本的にはバナナなどの食品から十分な栄養を給できるようにしている。口から食べる事、嗜好に合った(好きな)食べ物を摂る事が一番と考え、ラーメンなどを提供する事もある。家族が一緒だとよく食べるようになるとの事であり、ご家族にも協力を依頼する等して、できる限り好きなものを食べてもらう事になっている。

医師の助言を得て、看護師が中心となり経口摂取に取り組んでいる

経管栄養の利用者も少なくはなく、経口摂取の取り組みは医師の助言を得ながら看護師が中心となり進めている。ナースミーティングで対応を検討して介護員が支援して実施している。ゆくゆくは胃瘻を抜きたいという目的で、経口での食事摂取に向けとろみをつけた水分の摂取から開始している。

|                   |                       |  |
|-------------------|-----------------------|--|
| 標準項目              | <input type="radio"/> | 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている                            |
|                   | <input type="radio"/> | 利用者の栄養状態を把握し、低栄養状態を改善するよう支援を行っている                  |
|                   | <input type="radio"/> | 嚥下能力等が低下した利用者に対して、多職種が連携し、経口での食事摂取が継続できるよう支援を行っている |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |                       |  |

### 3. 利用者が食事を楽しむための工夫をしている

|   |
|---|
| 講評  |
| <p>食事選択の機会が増えると良い</p> <p>朝食はパンとご飯の選択ができる。給食委員会で管理栄養士、調理師、副主任、看護師等が食事の検討をして業者に意見を伝えており、全体的な食事の向上に努めている。利用者個別の嗜好は入所時に聞き取っており、全体では毎日の残菜を記録に残して参考になっている。献立の好き嫌いなど入所後の嗜好を把握するための取り組みや食事選択の機会が増えれば食事の満足度も高まると思われるため、今後の取り組みに期待したい。</p> <p>利用者のペースに合わせて食事を提供している</p> <p>食事時間についての希望に応じている。病院への通院時は置き置きや早目に提供する事もしている。食事の座席については、介助が必要な利用者は食堂の中央に席を用意しており、自立して食べる事が可能な方は一定の場所で食事をしている。座席は利用者からの要望があれば対応するようにしている。配膳は着席後に行っている。食べる事が遅い方には長い時間をかけて食べてもらうなど食事の出し方に工夫をするようにしている。一方、訪問時の見学では配膳をじっと待つ利用者の姿も見られており、声かけをまめにするなど配慮もあるとさらに良い。</p> <p>食事に関する個別対応の工夫を開始している</p> <p>食事中は音楽を流している。食事の楽しみとなる行事食では、正月はお刺身、ひな祭りや端午の節句ではちらしずしを提供している。普段はおかゆの人もその日はちらしずしにする等、個別の対応をしている。お茶は週単位でほうじ茶、番茶を提供している。利用者によりコーヒーなども飲んでもらっており、個別対応を工夫を開始している。</p> |

|                   |                       |                                     |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------|
| 標準項目              | <input type="radio"/> | 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある            |
|                   | <input type="radio"/> | 食事時間は利用者の希望に応じて、一定の時間内で延長やずらすことができる |
|                   | <input type="radio"/> | テーブルや席は、利用者の希望に応じて、一定の範囲内で選択できる     |
|                   | <input type="radio"/> | 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている                |
| 事業者が特に力を入れている取り組み |                       |                                     |

### 4. 入浴の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

|  |
|--|
| 講評   |
| <p>個浴の実施については課題としている</p> <p>入浴介助にはリーダー的な役割の職員を1名配置し、浴室内2名、外介助4名の人員で実施している。入浴はミスト浴が中心となっており、寝たままミスト浴や車いすでのミスト浴など状況に合わせて身体に負担のかからない入浴形態にしている。現在一般浴は使用しておらず、個浴が行えていない現状がある。問題も把握しており充実化の意向もあるため、多職種が連携して改善を進めてほしい。</p> <p>浴室外での待機時間を極力短くすることを望みたい</p> <p>入浴後の処置が必要な利用者の場合は看護師も加わり、入浴には大勢のスタッフが関わっている。入浴前に浴室外で待機する際は、脱衣場に入った時に衣服をすぐに脱いで浴室に入れるようにしている。脱衣の際はドアを閉めている。同性介助の希望はなく行っていない。入浴介助はスタッフの人数が必要な介助であり、人手が足りなくなる事もあると思われるが、浴室外で長い時間待たせる事は改善して欲しい。</p> <p>拒否がある利用者には声かけ等で対応する事になっている</p> <p>認知症の利用者で拒否がある場合は個別に声かけ、時間のずらしなどを行う等の配慮をする。声かけの際は風呂と言わずに別の言葉を使うことなど個別に対応するようにしている。快適性や入浴の楽しみについては清潔や香気への配慮をしているが、個浴ができるかどうかの部分にも関わる事としており、前述した個浴対応が喫緊の課題となっている。</p> |

|                          |   |  |
|--------------------------|---|--|
| <b>標準項目</b>              | × | 利用者の意向や状態を把握して、できるだけ自立性の高い入浴形態(個浴、一般浴等)を導入している |
|                          | ○ | 入浴の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている                    |
|                          | ○ | 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している                      |
|                          | ○ | 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている                             |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |  |

5. 排泄の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

|  |
|--|
| <b>講評</b>  |
| <p>水分接種やヨーグルトの飲用で自然排便を促す事に取り組んでいる</p> <p>声かけで飲み物を勧めるなど、水分摂取については栄養ケア計画の中で個別の計画を立て、多職種が連携して進めている。利用者にはなるべくヨーグルトを飲んでもらうようにしており、また、制限がある人以外は水分を多く取ってもらうようにして自然な排泄を促している。</p> <p>利用者個々の排便、水分量などはソフトウェアで管理して情報の共有をしている。また、夜間飲水強化者や下剤服用者については介護日誌に記載して引き継ぎ、日勤、夜勤帯を通じた介助が行えるようにしている。</p> <p>利用者個々の状況に応じたトイレ誘導や介助をおこなっている</p> <p>利用者全員に対して個別に排泄のチェックをしている。大部分の利用者に対しては定時での誘導をしているが、頻繁にトイレにゆく必要がある場合は、まめに連れてゆくなどで個別に対応している。夜間帯でもナースコールがかかればすぐに出向いて対応するようにしている。また、リハビリパンツの利用者は誘導するようにしている。</p> <p>マニュアルの実践と研修の実施で介助の質のさらなる向上に取り組んでいる</p> <p>排泄のマニュアルには排泄時に居室のカーテンを閉める事等、羞恥心の配慮について記載している。新人職員にはマニュアルを配り、OJTで指導している。また、新人研修に加えて業者を招いての講習と、副主任以上の職員が講師となった内部研修を毎年実施している。羞恥心やプライバシーについては職員に自ら考えてもらい、質の向上を促しているが、声かけ時の声の大きさ等、徹底していない部分があるとの認識も持っており、今後一層の向上が見込まれている。</p> |

|                          |   |                                      |
|--------------------------|---|--------------------------------------|
| <b>標準項目</b>              | ○ | 利用者の意向や状態に応じ、自然な排泄を促すよう支援を行っている      |
|                          | ○ | 排泄の誘導や介助は、利用者の羞恥心に配慮して行っている          |
|                          | ○ | 研修等によりオムツ交換、トイレ誘導等の排泄介助方法の向上に取り組んでいる |
|                          | ○ | トイレ(ポータブルトイレを含む)は衛生面や臭いに配慮し、清潔にしている  |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |                                      |

6. 移動の支援は、利用者の状態や意思を反映して行っている

|   |
|---|
| <b>講評</b>   |
| <p>自力での歩行や機能維持に向けた訓練・介助を多職種が連携して行っている</p> <p>自力での移動に向けて、例えば歩行のふらつき等があれば下肢筋力低下を防ぐ事を目的とした個別の機能訓練計画を立て、体操やリハビリ、歩行訓練等を行う事もしている。歩行に関しては利用者ご家族から個別に意向を確認して利用者ご家族の意向を踏まえた介助をしており、ふらつきがあっても歩けそうな方であれば、機能訓練指導員と介助スタッフが同行してトイレ誘導を行うなど、運動量確保のための連携を現場で行っている。</p> <p>移乗・移動に関する研修やOJTを行い、安全な介助に取り組んでいる</p> <p>業務マニュアルには移動についても記載しており、新人職員にはマニュアルに沿った移動介助ができるかどうかの確認と指導を行い、安全な介助ができるようにしている。</p> <p>研修では今年度、理学療法士が講師となって移乗をテーマとした内部研修を行っている。さらに、自由参加形式の研修「学びの会」では職員全員を対象にして移乗介助の研修を行っており、安全性の確保・向上に取り組んでいる。</p> <p>車椅子などの環境整備については改善余地もある</p> <p>車椅子の環境整備は職員が気づいた時にその都度行っている。定期的な点検を行うまでには至っておらず、現在改善を進めている状況となっている。車椅子を含め、福祉用具の整備・点検は安全に関わる事もあり、定期的実施する事を望みたい。</p> |

|                          |   |                                      |
|--------------------------|---|--------------------------------------|
| <b>標準項目</b>              | ○ | 利用者の状態や意向に応じ、できるだけ自力で移動できるよう支援を行っている |
|                          | ○ | ベッド移乗、車イスの操作など移動のための介助が安全に行われている     |
|                          | ○ | 利用者が快適に使用できるよう車イス等の環境整備が行われている       |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |                                      |

7. 利用者の身体機能など状況に応じた機能訓練等を行っている

|   |  |
|---|--|
| <b>講評</b>   |  |
| 6か月の計画を立て、個別状況に応じた複数のリハビリを組み合わせ実施している   |  |
| 機能訓練計画における目標は現実的な問題に焦点を当てているため、長期計画は立てずに6か月の計画を作成して評価・見直しをしている。リハビリをだれがいつ何をしたらかを記載した一覧表を作成しており、体操、可動域訓練、下肢運動、ストレッチング、マシントレーニング、バランス訓練、温熱治療等を個別に複数組み合わせ実施している。例えば移動に関しては立ち上がり訓練、歩行訓練などを実施しており、立ち上がり訓練ではトイレ動作のほか、足の弱い方ならパワーリハビリテーションも取り入れている。 |  |
| 利用者個別の心身状況を踏まえ、生活歴を取り入れたリハビリを実施している   |  |
| 認知症の方については声かけなどを重視して心理面からのアプローチにもトライしている。また、肩こりがある人には施設内で使用するおしぼりを巻く仕事もしてもらっている。このほか、過去に就いていた職業に着目したリハビリを生活の中で取り入れる事もしている。おしぼり巻きでは楽しく仕事をする事がリハビリに繋がっており、生活歴や価値観を考慮し、連携して行う支援は大変好感が持てた。  |  |
| 常勤の理学療法士と介護スタッフが日常的に話し合い、連携して支援している   |  |
| レクリエーションでは団子をこねてもらい、材料を切ってもらいなど日常動作の意味を利用者に説明し、実施の意味を知って動いてもらうようにしている。理学療法士が常勤しており、効果的な運動や声かけなどを目的として、介護スタッフと機能訓練指導員が日常的に話し合い、連携をして課題を持って支援にあたっている。   |  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 利用者一人ひとりに応じた機能訓練プログラムを作成し、評価・見直しをしている   |
|                          | <input type="radio"/> 機能訓練のプログラムに日常生活の場でいかすことができる視点を入れている     |
|                          | <input type="radio"/> 機能訓練指導員と介護職員等の協力のもと、日常生活の中でも機能訓練を実施している |
|                          | <input type="radio"/> 福祉用具は、定期的の使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている       |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

8. 利用者の健康を維持するための支援を行っている

|   |  |
|---|--|
| <b>講評</b>   |  |
| 手厚い看護体制を敷き、各委員会を含めた多職種連携が行われている   |  |
| 利用者のバイタルは入浴時にチェックしており、月曜から土曜の間で全員の体温、血圧を確認している。異常がある時には1日4回の確認をするようにしている。看護師は基本的に常勤4名と日勤のパート看護師で計8名の体制である。嘱託医が週4回来訪しており、利用者の状況について相談をして指示を受けている。また、必要に応じた回診もしてもらっている。ナースミーティングを月2回実施しており、医師から看護師に向けた勉強会を行い、利用者の状況変化を把握している。また、介護士から医師への質問もその時に行い、意思の疎通を図っている。 |  |
| 誤薬防止の体制強化、口腔ケアの研修と実践をしている   |  |
| 服薬については飲み忘れ防止のため、毎日、朝から就寝前までのチェックをしている。24年度からは朝、昼、晩、就寝前をシールで色分けして与薬ボックスに貼り、与薬忘れがないよう視覚的な工夫をして体制を強化している。口腔ケアは毎食後に実施しており、夜勤時でも時間帯で行っている。経管栄養の方は看護師が対応している。毎朝10時に口腔体操を行っており、その後歯磨きをしている。職員は外部の口腔ケア研修に参加して知識を習得し、施設内部では勉強会を実施している。                                |  |
| 緊急時対応の体制を整えており、看取りについては学習を進めている   |  |
| 夜間帯の急変対応マニュアルを作成している。また、緊急連絡先は利用者ごとに一覧にして各ケアステーションに配備しており、看護師が不在であっても緊急時のスムーズな対応と連絡ができるようにしている。   |  |
| 看取りについては方針をご家族に周知して意向の確認をしている。これまで個室で看取った例が数例あるが、看取りについての考え方を医師から聞く事や、他施設の見学をする等、今後に向けて組織的に学んでいる最中である。  |  |

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている                           |
|                          | <input type="radio"/> 服薬管理は誤りがないようチェック体制の強化などしくみを整えている                  |
|                          | <input type="radio"/> 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている                              |
|                          | <input type="radio"/> 利用者の体調変化時(発作等の急変を含む)に、看護師や医療機関と速やかに連絡が取れる体制を整えている |
|                          | <input type="radio"/> 終末期の対応をすでに行っているか、行うための準備が行われている                   |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

9. 利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

|  |  |
|--|--|
| <b>講評</b>  |  |
| 生活の快適性を一層向上させる取り組みを期待したい   |  |
| 更衣支援は特定の方のみ実施している。更衣の希望がある方と衣服が汚れている方への対応となっており、この点をご家族から要望がある事もあり、課題として捉えている。更衣と整容については現場見学の中でも改善の余地が見受けられた点でもあり、夜間の人員配 |  |

置の問題等もあるが、組織的に検討をして今後取り組むことを期待したい。

整容支援については一層の意識向上も可能である

朝の洗顔ではおしぼりを渡して自力で行って貰っている利用者もいる。整容については十分な支援ができていない面もあり、管理層は意識と人員数の問題があると認識している。このためマナーや研修などを実施している。意識づける事で改善できる余地もあり、生活の質向上に向けた職員意識向上と具体的な取り組みを期待したい。

日中に体を動かす事等で安定した睡眠を促している

リハビリや日中の活動などでたくさん体を動かす事で安定した睡眠を促している。消灯後は室温の調整をまめに行う事等を行っている。また、尿量が多い人は定時に介助に入っている。眠れない利用者がある場合は傾聴する事や、声かけをする事で自然な入眠を促している。

|                          |   |                                    |
|--------------------------|---|------------------------------------|
| <b>標準項目</b>              | × | 起床後、就寝前に更衣支援を行っている                 |
|                          | × | 起床後に洗顔や整髪等、利用者が身だしなみを整える際に支援を行っている |
|                          | ○ | 利用者が安定した睡眠をとることができるよう支援を行っている      |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |                                    |

#### 10. 利用者の施設での生活が楽しくなるような取り組みを行っている

##### 講評

多様なレクリエーションを実施して自由に参加してもらっている

ボランティアによる演芸ショーが毎月多数開催されており、利用者によってはひと月に何度も参加している。レクリエーションの参加は希望に沿っており、職員によるレクリエーションやボランティアショーを見に行く人、お話をする人、横になりたい人等、なるべく起きてもらいつつ自由にしてもらっている。内容からは意識的な取り組みにより充実化を図っている事がうかがえた。

ホーム喫茶や月見団子づくりなど、職員が企画して利用者を楽しんでもらっている

ホーム喫茶は月2回、第1、第3の日曜日に開催しており、コーヒーを飲みながら普段と違う場所で違うおやつを食べる場所という位置づけにして実施している。クレープづくりはおやつ時間に実施しており、利用者に具材のリクエストをもらい、食べてもらっている。施設全体ではハロウィンのイベントなども企画・開催しており、イベント後には指相撲なども行って利用者間の交流を深めている。

各支援場面では適切な言葉を用い、利用者の生活の楽しみを向上させることに努めている

カラオケクラブでは利用者が歌う、歌を聴くなどしている。手芸や書道は参加者が少ないため行っておらず、塗り絵はできる人に声をかけて実施している。重度化は特養の共通課題になっているが、個別の状況に即した活動が増えると利用者の生活もさらに充実するものと思われた。

職員が利用者に接する際のマナーについては研修等で教育がされているためか皆さんとても良かった。言葉遣いについても、各支援場面で適切な言葉が使われていた。

|                          |   |   |
|--------------------------|---|---|
| <b>標準項目</b>              | ○ | 施設での生活は、他の利用者への迷惑や健康面に影響を及ぼさない範囲で、利用者の意思が尊重されている  |
|                          | ○ | 利用者の意向を反映したレクリエーションを実施している  |
|                          | ○ | 認知症の利用者が落ち着いて生活できるような支援を行っている   |
|                          | ○ | 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている   |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   | <b>★ 職員が企画してレクリエーションの充実を図っている</b><br>フロア単位のレクリエーションを月1回実施している。クレープづくりや月見団子づくり、鍋などは職員が企画するレクリエーションであり、団子をこねてもらう、材料を切ってもらうなど機能訓練の視点も取り入れて実施している。利用者が参加し、身体を動かせるレクリエーションの実施や普段と違う環境づくりに努めており、職員が連携して充実化に取り組んでいる。 |

#### 11. 地域との連携のもとに利用者の生活の幅を広げるための取り組みを行っている

##### 講評

可能な方であればなるべく外出の機会を設けている

外出はフロア職員が外出可能な時に行っており、1回につき2、3名を連れて散歩などに出かけている。車いすでも可能な方はなるべく散歩に出るようにしている。外食については家族と外出する利用者もいるが施設では行っておらず、今後は機会を持ちたいという意向がある。

ボランティアの方々や保育園児と交流する機会を豊富に持っている

納涼祭を8月、敬老会を9月に実施しており、民生委員、近隣の方、自治会の方等が来訪している。納涼祭では盆踊りや太鼓などの催しがあり、敬老会では法人の保育園の子ども達が踊りや歌などを披露し、区長も祝辞に来訪している。

傾聴ボランティアは活用していないものの施設には毎月大勢のボランティアが訪れており、外部の方と関わる機会にもなっている。また、法人の保育園であるアゼリー保育園の子ども達は敬老会以外にも毎月来訪して利用者とはふれ合っている。

|                          |   |
|--------------------------|---|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている                                 |
|                          | <input type="radio"/> 利用者が地域の一人として生活できるよう、地域住民が参加できるような行事など、日常的な関わりが持てる機会を設けている |
|                          | <input type="radio"/> 地域の情報を収集し、利用者の状況に応じて提供している                                |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |   |

## 12. 施設と家族との交流・連携を図っている

|   |
|---|
| <b>講評</b>   |
| <p>大きな行事の後には家族懇談会を開催している</p> <p>敬老会など大きな行事の後に家族懇談会を行っている。利用者ご家族との個別面談については要望や相談がある時などに個別に実施しており、面談した時の内容は記録して保管している。懇談時期を決めて全員を対象とした個別面談は実施していないが、ケアプラン作成時にご家族との面談機会を設けて行いたいという意向がある。</p> <p>毎月手紙を送り、日常の利用者の様子を個別に詳しく伝えている</p> <p>施設の行事や日常の利用者の様子は「アゼリー通信」に記載して毎月、利用者ご家族に送付している。「アゼリー通信」は利用者の笑顔など、施設での一コマを豊富な写真で伝えている。また、利用者ご家族に向けた担当者からの手紙を全員に送っている。手紙には担当者からのメッセージを添えて利用者の状況等を詳しく伝えている。利用者家族から事業所へ一言伝えられる意見記入欄も設けており、月に2、3件の返信がある等、活用されている。手書きの手紙や返信欄はご家族と事業所をつなぐものとして好ましい取り組みと感じられた。</p> |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <b>標準項目</b>              | <input type="radio"/> 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている                |
|                          | <input type="radio"/> 家族や利用者の意向に応じて、家族と職員・利用者が交流できる機会を確保している |
|                          | <input type="radio"/> 家族または家族会が施設運営に対し、要望を伝える機会を確保している       |
| <b>事業者が特に力を入れている取り組み</b> |  |

# 利用者調査結果

## 調査概要

- **調査対象:**入居者80名のうち、できるだけ多く方の意見を聞く事を前提として、事業所に面談またはアンケートが実施可能な方の抽出を依頼した。  
面談が可能な利用者については、年齢、要介護度、入所時期を事業所に予め確認した上で実施した。尚、アンケート可能者は0名であった。
- **調査方法:**聞き取り方式  
利用者が落ち着いて話を出来るよう、プライバシーが保たれる場所で個別に面談を実施。利用者には調査がある旨、事前に職員から説明して頂いた上で、調査員が一对一で聞き取りを行った。職員の立会いは最初から最後までしない事とした。
- 利用者総数: 80人
- 共通評価項目による調査対象者数: 23人
- 共通評価項目による調査の有効回答者数: 23人
- 利用者総数に対する回答者割合(%): 28.8%

## 調査結果全体のコメント

入所後1年未満の利用者が全体の3割、5年未満の利用者は全体の65%であった。また、要介護度4の利用者が全体の4割弱であり、要介護度3以上は全体の65%であった。施設の総合的な感想では「大変満足」が31%、「満足」が35%、「どちらともいえない」が30%、「不満」4%であった。施設に対する総合的な感想としては「心配なくここで過せる。」「楽しい所で幸せです。」等の意見があり、施設での生活を不満なく過ごしていると推察できる意見をいくつか聞き取ることができた。一方、要望としては朝食の時間や日中の活動についての要望、外出に関する内容などを聞き取っている。設問別では食事や日常の過ごし方についての設問で多くの回答者から具体的な意見を聞く事ができている。また、選択質問の集計結果では、問2、問5、問7等の質問で「はい」に該当する回答の割合が比較的高かった。中でも「病気やけがなど緊急時の対応」は「いいえ」もなく、回答者の大部分が「はい」に該当する回答をしている。

## 調査結果

| 1. 食事の献立や食事介助など食事に満足しているか   |     |           |    |     |    |         |    |
|---|-----|-----------|----|-----|----|---------|----|
| はい  | 16人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 5人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 「はい」に該当する回答は回答全体の7割弱であった。回答者の多くから具体的な内容を聞く事が出来ており、「その人その人に合わせてくれる。」「母の味がする。」「おいしい。野菜が好き。」などの回答が得られている。「いいえ」とした意見では味付けに関する内容が多く、その中では粥食に対する意見が多かった。  |     |           |    |     |    |         |    |
| 2. 日常生活で必要な介助を受けているか  |     |           |    |     |    |         |    |
| はい  | 20人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 1人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 87%の回答者から肯定的な回答が得られている。「よくやってくれる」という回答のほか、ナースコールについては「すぐに来てくれる」という回答が複数あった。「自分でやるようにしている」という内容の回答も複数あり、利用者の状況に応じてできることは行ってもらっているものと推察された。   |     |           |    |     |    |         |    |
| 3. 施設の生活はくつろげるか   |     |           |    |     |    |         |    |
| はい  | 16人 | どちらともいえない | 4人 | いいえ | 3人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 全設問の中で最も多く具体的な回答が得られた設問であり、「はい」に該当する回答は7割であった。日中に行っている活動等を聞き取っており、「ぬり絵が楽しいです。」「歌が好きで、歌を歌う。」「子ども会のお話を友達とする。」の回答があったほか、「テレビを見て過ごす」「寝ています」という回答が比較的多かった。思うように読書ができない事から「どちらともいえない」とする回答もあり、毎日の生活の中で楽しみを見いだせていない利用者もいるようであった。 |     |           |    |     |    |         |    |
| 4. 職員は日常的に、健康状態を気にかけているか  |     |           |    |     |    |         |    |
| はい  | 17人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 4人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 「はい」に該当する回答は74%であった。「元気に声をかけてくれます。」「ありがたいです。」等の回答が得られている。一方、「いいえ」に該当する回答では「(からだの調子などは)聞いてくれない」という回答等があった。   |     |           |    |     |    |         |    |
| 5. 病気やケガ等緊急時の対応は、安心できるか   |     |           |    |     |    |         |    |
| はい  | 21人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 0人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 「はい」に該当する回答の割合が全設問の中で最も高い質問であった。「安心して居る。いいところに入ったと思っている。」「夜も安心して居る。」という回答のほか、「看護婦さんがいるから大丈夫と思う。」等、施設に対し安心感を持っていると推察できる回答が複数得られている。  |     |           |    |     |    |         |    |
| 6. サービス提供にあたって、利用者のプライバシーは守られているか   |     |           |    |     |    |         |    |
| はい  | 19人 | どちらともいえない | 1人 | いいえ | 3人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 回答者の8割強が肯定的な回答をしている。問題なく過ごしていると推察できる回答が複数得られている。一方で「もう恥ずかしくなくなったが、おむつ交換が雑である」という内容の意見もあった。羞恥心への配慮に関する内容であり、今後の個別支援に活かしてほしい。   |     |           |    |     |    |         |    |
| 7. 利用者の気持ちは尊重されているか   |     |           |    |     |    |         |    |
| はい  | 20人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 1人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 87%の回答者から肯定的な回答が得られている。会話をあまりしていないように見受けられる回答もあったが、「いろいろ話しかけてくれる。」「皆、親切。」「いい方ばかり。」等の肯定的な意見が得られている。選択回答からは職員の対応については利用者の評価も高いものと推察された。   |     |           |    |     |    |         |    |
| 8. 職員の対応は丁寧か  |     |           |    |     |    |         |    |
| はい  | 19人 | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 2人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 回答者の8割強が肯定的な回答をしている。「丁寧ではない」という回答もあるものの、「言葉づかいもよい。」「みんな丁寧。」等の回答が得られており、職員の対応については利用者の評価も概ね高いようであった。訪問調査時の視察ではケアの各場面で適切な言葉が使われていた。   |     |           |    |     |    |         |    |

|  |     |           |    |     |     |         |    |
|--|-----|-----------|----|-----|-----|---------|----|
| <b>9. 個別の計画作成時に、利用者や家族の状況や要望を聞かれているか</b>   |     |           |    |     |     |         |    |
| はい   | 5人  | どちらともいえない | 2人 | いいえ | 16人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 「計画作成時に要望を聞かれている」と答えた利用者は回答者全体の約2割であった。「聞かれたことはない」という回答等があった。また、「希望は言わない」という回答もあった。日常の中では利用者の様子や会話から要望を把握するようにしているが、計画時のニーズ把握については施設としても課題としている。 |     |           |    |     |     |         |    |
| <b>10. 【個別の計画について説明を受けた方に】<br/>個別の計画に関する説明はわかりやすかったか</b>   |     |           |    |     |     |         |    |
| はい   | 5人  | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 0人  | 無回答・非該当 | 0人 |
| 該当者全員が「わかりやすかった」と回答している。   |     |           |    |     |     |         |    |
| <b>11. 【過去1年以内に利用を開始し、利用前の説明を受けた方に】<br/>サービス内容や利用方法の説明はわかりやすかったか</b>   |     |           |    |     |     |         |    |
| 利用者調査の有効回答者数が3未満でしたので、プライバシーの保護により、回答内訳は表示されません。   |     |           |    |     |     |         |    |
| <b>12. 不満や要望を事業者(施設)に言いやすいか</b>  |     |           |    |     |     |         |    |
| はい   | 17人 | どちらともいえない | 3人 | いいえ | 3人  | 無回答・非該当 | 0人 |
| 「はい」に該当する回答は74%であった。実際に具体的な要望を伝えている事がわかる回答や、「もう若くないから何でも言える。」という回答等があった。選択回答からは問題なく不満や要望を伝えている利用者が多い事が推察されるが、職員への遠慮などから伝えていない利用者もいるようであった。       |     |           |    |     |     |         |    |
| <b>13. 利用者の不満や要望は対応されているか</b>  |     |           |    |     |     |         |    |
| はい   | 17人 | どちらともいえない | 4人 | いいえ | 2人  | 無回答・非該当 | 0人 |
| 「はい」に該当する回答は74%であった。「皆さん親切で優しい。」という回答のほか、具体的に対応してくれている事を伝える回答もあった。また、「言ったら対応してくれると思う」と、施設、職員に対する信頼感からの回答と推察される回答もあった。一方、「十分対応されない」という内容の回答もあった。  |     |           |    |     |     |         |    |
| <b>14. 第三者委員など外部の苦情窓口にも相談できることを知っているか</b>  |     |           |    |     |     |         |    |
| はい   | 0人  | どちらともいえない | 0人 | いいえ | 23人 | 無回答・非該当 | 0人 |
| 外部の相談窓口について「知っている」と答えた利用者はいなかった。利用者に対する外部相談窓口の周知は難しい面もあるが結果からはもう少し積極的な周知をしても良いように思われた。   |     |           |    |     |     |         |    |

## 事業者のコメント