

福祉サービス第三者評価結果 (グレード1)

事業所名 ル・リアンふかみ

発効：平成28年2月16日（平成31年2月15日まで有効）

公益社団法人神奈川県介護福祉士会

公益社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

事業所基本事項

| | |
|-------------------|---|
| フリガナ | ル・リアン フカミ |
| 事業所名 (正式名称を記載) | ル・リアンふかみ |
| 事業所種別 | 特別養護老人ホーム |
| 事業所住所 最寄駅 | 〒242-0011 神奈川県大和市深見2106-1 小田急江ノ島線・相鉄線「大和」駅下車 徒歩18分 |
| 事業所電話番号 | 046-200-3366 |
| 事業所FAX番号 | 046-200-3367 |
| 事業所代表者名 | 役職名 施設長 氏名 小泉 昇 |
| 法人名及び 法人代表者名 | 法人名 社会福祉法人相模翔優会 法人代表者氏名 理事長 三國 誠文 |
| URL | http://www.sagamisyoyuukai.or.jp |
| e-mail | magokorokan@if-n.ne.jp |
| 問合せ対応時間 | 9:00~17:00 |

事業所の概要 1

| | |
|-------------|---------------------------------|
| 開設年月日 | 平成23年10月1日 |
| 定員数 | 110名（短期入所生活介護20名含） |
| 都市計画法上の用途地域 | 調整区域 |
| 建物構造 | 鉄筋コンクリート造り 3階建て |
| 面積 | 敷地面積（5,526.10）㎡ 延床面積（4,729.05）㎡ |
| 居室あたりの人数 | 個室110室 |

事業所の概要 2（職員の概要）

| | |
|--------------|--|
| 総職員数 | 105名 |
| 次の職種に該当する職員数 | 施設長 (常勤 1名) 介護支援専門員 (常勤 1名：常勤以外 名) 生活相談員 (常勤 3名：常勤以外 名) 介護職員 (常勤 41名：常勤以外 42名) 看護職員 (常勤 4名：常勤以外 4名) 理学療法士 (常勤 1名：常勤以外 名) 管理栄養士 (常勤 1名：常勤以外 名) 事務員 (常勤 3名：常勤以外 名) 医師 (常勤医 名：嘱託医 2名) その他 (常勤 名：常勤以外 2名) |

| | |
|--------------------------------|--|
| 事業所PR 評価に臨んで事業所としてアピールしたいこと | 人権・事故の防止に取り組む体制づくりをしています。また、職員を内部で研修できる組織を目指しています。 |
|--------------------------------|--|

公益社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

1. 総合コメント

総合評価（優れている点、独自に取り組んでいる点、改善すべき事項）

- 施設名のル・リアンとは絆を意味し、「利用者・家族との絆」、「優しさをもった職員間の絆」、「地域との絆」、「福祉専門職及び行政機関との絆」の4つの絆の構築を目指している。施設開設後3年目に、法人名と施設名を変更し、理事長及び施設長以下新たなスタッフによる体制で、高齢者の支援を実践している。
 - 短期入所のユニットを含め、利用者は1階から3階までの11のユニットで生活を送っている。居室はすべて個室で、ユニット内に個浴の浴室を備えている。立位保持が難しい利用者には、1階の機械浴室にて入浴の介助を行っている。トイレは2部屋共用だが、居室内に設置し、利用者のプライバシーに配慮している。
 - 職員の人権教育に力を入れている。「職員倫理規程」や「職員倫理規程に基づく行動指針」を定め、施設全体で虐待や人権侵害の防止に取り組んでいる。また、人権擁護委員会を設置し、月1回定期的に会議を開催する他、各階に人権擁護担当の職員を配置している。全職員を対象に、年1回、人権についての研修会を開催している。
 - 月1回、介護職や管理栄養士、看護師など各職種が集まり、介護サービス委員会を開催している。介護サービス委員会では、栄養と食事に関する課題の検討や、排泄計画の見直し、入浴ケアの検討などを行い、利用者が施設での生活を安心して送ることができるよう取り組んでいる。
 - 端午の節句や七夕、夏祭り、敬老会、クリスマス、正月などの行事に合わせ、月1回、行事食を提供し、利用者に季節感を味わってもらっている。食事内容を工夫し、利用者の日常生活が潤いのあるものとなるようにしている。
 - 経口摂取に課題があり、誤嚥を起こしやすい利用者には、水分にとろみを使用している。とろみの濃度については、歯科医師の助言を受け、利用者一人ひとりに合った濃度になっている。とろみの濃度は誰が作っても同じものになるよう一覧表を作成し、統一した対応ができるようにしている。また、昭和大学歯学部は、歯科医師に、摂食・嚥下の研修会の講師を依頼している。
 - 内科・歯科とも、嘱託医が週2回往診し、利用者の健康管理を行っている。各階の担当看護師が、入浴前のバイタルチェック、入浴時の皮膚状態の観察・処置、服薬管理、体調不良時のバイタルチェックを行い、利用者の日々の状態を確認している。
 - 施設の全体行事は年間計画を立て、お花見会や大相撲巡業観戦、夏祭り、寿司パーティーなどを行っている。各ユニットでは、ユニットの職員が企画した散歩などを利用者が楽しんでいる。また、2ヶ月に1回、施設内で居酒屋を開いている。専門の講師を招き、お花クラブや折り紙クラブのクラブ活動も定期的に行っている。
 - 利用者の余暇活動として、毎週日曜日に脳トレクラブを開催している。施設活動委員が、楽しみながら考えることができる、なぞなぞや俳句、漢字クイズ、脳トレ体操を考えて、利用者と一緒にアクティビティーを行っている。
- ＜改善を期待する点＞
- 利用者や家族からの苦情の解決方法や、記録類の整備、提供する介護サービスの評価の開示などについて、今後の改善に期待する。

| 評価領域ごとの特記事項 | | |
|-------------|-----------------------|---|
| 1 | 人権への配慮 | <p>○「職員倫理規程」及び「職員倫理規程に基づく行動指針」を定め、利用者に対して不適切な対応がないよう取り組んでいる。人権擁護委員会を設置し、各階に人権擁護担当の職員を配置している。全職員を対象に、人権についての研修会を、年1回開催している。</p> <p>○人権擁護委員会を毎月1回定期的に開催し、身体拘束の禁止や職業倫理について、具体的な話し合いを行っている。施設全体で、不法行為の防止に取り組んでいる。</p> <p>○「個人情報保護に対する基本方針」を整備し、個人情報の漏えいがないよう、利用者の個人ファイルなどは、各ステーションのロッカーに収納し、整理整頓している。</p> <p>○実習生には、事前に知り得た個人情報を外部に漏らさないよう説明し、誓約書の提出を促している。見学者の訪問は、事前に利用者に伝えている。</p> |
| 2 | 利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援 | <p>○介護支援専門員や生活相談員が各居室を訪問し、利用者本人から、生活の意向を聞き取る機会を意識的に設けている。聴き取りが難しい場合でも、必ず居室を訪問し、表情やしぐさを観察して意向を確認するようにしている。</p> <p>○利用者から聴き取った思いやニーズは、その都度、ユニットごとのパソコン上の掲示板に記録し、各フロアの会議で内容を共有している。利用者の思いを可能な限り聴き取り、実行、実現するようにしている。</p> <p>○利用者に変化があった時だけでなく、定期的に家族に利用者の様子を伝えることで、家族との信頼関係の構築に努め、理解と協力を得ている。家族の面会時に、利用者本人を交えて施設サービス計画の内容を説明している。</p> |
| 3 | サービスマネジメントシステムの確立 | <p>○「苦情解決要綱」を整備し、苦情受付担当者や苦情解決責任者名、第三者委員名と連絡先、介護相談員派遣事業の内容を各階に掲示している。利用者や家族から寄せられた苦情や要望を、介護サービス全体の改善につなぐことができるよう取り組みを進めている。</p> <p>○入浴や排泄介助のマニュアルなどで、利用者が抱えるリスクへの対応を示している。利用者の誤嚥や転倒などのリスクは、施設サービス計画書や個別機能訓練計画書に記載している。</p> <p>○インシデントやアクシデントが発生した場合は、「ヒヤリハット報告書」や「事故報告書」に内容をまとめ、対応策を検討している。「緊急時対応フロー（日中用、夜間用）」により、適切に対応できるようにしている。</p> <p>○「感染症対策マニュアル」はスタッフルームに置き、いつでも内容を確認できるようにしている。感染症や食中毒対策の研修会を年数回開催し、施設内の感染防止のための取り組みを行っている。</p> <p>○「非常時災害対策マニュアル」や「ル・リアンふかみ緊急連絡網体制」を整備し、非常事態の発生に備えている。防災訓練では、起震車の体験や消火器の使用、土嚢の積み方などの訓練も行っている。</p> |
| 4 | 地域との交流・連携 | <p>○地域包括支援センターと連携し、地域住民に向けた介護予防教室を開催している。また、認知症サポーター養成講座の開催にあたっては、地域包括支援センターの企画に協力し、会場を提供している。</p> <p>○夏祭りやバザーへの参加を、地域住民や障害者団体に呼びかけている。夏祭りのチラシは、各ユニットのフロア内にも掲示し、家族にも参加の呼びかけを行っている。</p> <p>○ボランティアについては、「ボランティア受入規程」や受入担当者を決め、施設行事などの活動に参加してもらっている。現時点では活発な活動までには至っていないため、今後は地域の自治会や家族に、ボランティア活動の働きかけを行っていく予定である。</p> |

| | | |
|---|----------------|---|
| 5 | 運営上の透明性の確保と継続性 | <p>○常勤の介護職員全員が、「法人基本方針」、「人権の理解・事故対策」、「基本介護」、「環境整備」、「利用者の理解」、「福祉の知識」、「教育研修」の7項目について、自己評価を行っている。</p> <p>○各サービスの評価については、食事や入浴などそれぞれの委員会で見直しを行ってきたが、平成26年度より、介護サービス委員会で、介護サービス全体を評価することにした。介護サービス委員会の中で、各サービスの現状と課題を把握し、改善策を検討している。</p> |
| 6 | 職員の資質向上促進 | <p>○施設の理念や方針は、各ユニットに掲示して、常に職員が確認できるようにしている。「基本理念」や「職員倫理規程に基づく行動指針」について、内部研修を実施している。</p> <p>○「研修実施要綱」や「研修規程」を定め、内部研修及び外部研修の年間計画を立てている。また、自主的なユニットケア勉強会を定期的に行い、日常のケアや相談対応のスキルアップに取り組んでいる。</p> <p>○外部研修参加後の研修報告書は、職員がいつでも閲覧できるようにしている。「研修実施要綱」や「研修規程」で、職員の階層別に求められる人材像を示している。</p> <p>○実習生の受入は、受入担当者を決め、現場での指導は各部署の主任が担っている。実習前にオリエンテーションを行い、施設の概要や個人情報の取り扱いの説明を行っている。実習終了時には反省会を開いている。</p> |

2. 基本的サービス評価

～ 評価機関が定めた評価項目に添って、調査を行った結果です ～

| 基本的サービス評価 | | |
|----------------------------------|----------------------------|-------------|
| 大項目 | 項目の内容 | 達成率 (%) |
| 人権を尊重したサービスの提供 (4項目 20事項) | 職員の適切な言葉遣い、態度 | 達成率 95 % |
| | プライバシーの確保 | |
| | 職員への人権教育 | |
| | 苦情解決システムの機能 | |
| 一人ひとりに適したサービスの提供 (4項目 20事項) | 個々の心身機能にあわせた個別支援計画の実施 | 達成率 95 % |
| | 相談支援と情報提供 | |
| | ケアマネジメントの理念にそった個別支援計画策定 | |
| | 個別のリスク管理 | |
| サービスを提供するための体制の整備 (10項目 50事項) | 福祉機器、生活環境の整備 | 達成率 82 % |
| | 生活支援マニュアルの整備と職員への周知 | |
| | 生活環境整備マニュアルの整備と職員への周知 | |
| | 感染症対策マニュアルの整備と職員への周知 | |
| | 救命救急マニュアルの整備と職員への周知 | |
| | 防災マニュアルの整備と職員への周知 | |
| | 利用者支援システムとサービス管理システムの一体的機能 | |
| | 地域への理解促進のための取り組み | |
| 自己評価の実施と評価結果公表 | | |
| 計画的な職員研修による職員の資質向上 | | |

2-2. 日常生活の支援に関する事業所アピール

～ 事業所から自己申告された内容について、事実確認を行った結果です ～

| 項目 | 事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています) | 第三者評価での確認点 |
|------------------|---|---|
| <p>食事支援の取り組み</p> | <p>①利用者の食形態(主食3種類、副食5種類)について、定期的に多職種(介護、看護、管理栄養士、介護支援専門員、機能訓練指導員等、必要に応じて歯科医師)により食事の観察・評価を実施し(毎月1回以上)、利用者の状態に合わせて検討している。全職員が利用者の最新の食形態を把握できるよう食形態表を更新し、パソコン上で共有している。</p> <p>②毎月1回、介護サービス委員会を開催し、利用者の食事、排泄、入浴、感染症・褥瘡に関する事項について話し合う機会を設けている。施設サービス委員会で食事・栄養における現状の課題全般を共有している。さらに全職員に対し、委員会としての方向性を議事録にて周知している。</p> <p>③とろみ濃度について、とろみ一覧表を作成し、随時更新し、職員間で統一した対応がとれるようにしている。歯科医師と連携し、定期的に食事の観察をし、食形態、とろみ濃度について助言を受け、利用者へ適切な食事が提供されるよう努めている。毎食後、口腔ケアを実施し、誤嚥性肺炎の防止に努めている。年2回は外部の専門医より摂食嚥下について助言を受け、研修も実施し、利用者の経口維持に取り組んでいる。</p> <p>④年1回、「食中毒」に関する研修を実施し、職員に対し衛生教育を行っている。</p> <p>⑤毎月1回、季節感を楽しめるような行事食を提供している。提供後は行事食の写真を玄関に掲示し、利用者・家族等へお知らせしている。</p> <p>⑥献立表は毎週、各ユニットの他、玄関、廊下等に掲示している。各ユニットでは毎食ホワイトボードに献立を書くことで、利用者に見えやすいよう工夫している。</p> | <p>①介護職や管理栄養士、看護師等が月1回集まり、「ミールラウンド、他職種会議」を開催し、利用者の食事量・残渣物・嚥下状態・座位状態・口腔内状況等をもとに、利用者の食形態を検討していること、変更がある場合はパソコン上ですべての職員が内容を確認できるようにしていること、提供している食形態は現在、常食8人、一口大22人、刻み食31人、極刻み食10人、ミキサー食19人であることを、「各委員会組織図」や「ミールラウンド、他職種会議録」、訪問調査当日の昼食の様子で確認した。</p> <p>②月1回開催する介護サービス委員会では、介護全般について検討し、食事についての課題や行事食等についても話し合いを行っていること、前回の委員会では七夕の行事食について話し合ったことを、「介護サービス委員会議事録」等で確認した。</p> <p>③誤嚥しやすい利用者には、水分にとろみを使用していること、とろみの濃度については歯科医師の助言を受け、利用者にあった濃度になっていること、とろみの濃度は誰が作っても同じものになるよう一覧表を作成し、統一した対応ができるようにしていることを、「インテーク食事編」や「とろみ一覧」等で確認した。</p> <p>④食中毒(ノロウイルス)の研修を行い、食中毒の予防や食中毒発生時の対応について学んでいることを、「食事介助マニュアル」や「研修報告書・食中毒」で確認した。</p> <p>⑤食事作りは委託業者が行っているが、献立表の作成や食形態の決定、栄養状態の把握については管理栄養士が行っていること、月に1回行事食を提供し、利用者に季節感を味わってもらっていることを、「献立表」や「写真入りポスター」で確認した。</p> <p>⑥各ユニットに献立表を掲示していること、献立表は利用者が見やすいリビングのホワイトボードに掲示していること、玄関や廊下にも献立表を貼り出していることを、「献立表」や訪問調査当日の掲示物で確認した。</p> |

| 項目 | 事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています) | 第三者評価での確認点 |
|-----------|--|--|
| 排泄支援の取り組み | <p>①定期的に毎日の排泄チェック表を基に排泄アセスメントを更新し、ご利用者のADLに合わせた排泄支援(オムツや排泄方法・パッドの選定)を行っている。</p> <p>②体調維持・清潔保持を目的とし、毎日陰部洗浄を行っている。陰部洗浄を行うことにより、尿路感染症の予防やそれに伴う合併症褥瘡等を防ぐ目的としている。</p> <p>③アセスメントを基に、排尿量・排便量に合わせた排泄物品(オムツのサイズやパッドの選定)を選択している。</p> <p>④感染防止のため、使い捨てグローブを使用し毎回交換している。</p> <p>⑤プライバシーに配慮し、居室・トイレのドアを閉めて介助を行っている。各居室には2部屋につき1つの居室用トイレが設置されており、プライバシーが保護されている。</p> <p>⑥外部講師を呼び、排泄に関する内部研修を行っている。オムツ業者による直接指導を受けている。</p> | <p>①排泄アセスメントは基本的に年1回、居室担当が行い、内容を確認・検討していること、更新した内容はユニットリーダーが確認し、ユニットのスタッフ全員が共有するようにしていること、更新時は一日3回の申し送りにより口頭でも伝え、全職員が変更点を把握できるようにしていることを、「排泄介助マニュアル」や「個別排泄アセスメントシート」等で確認した。</p> <p>②尿路感染や褥瘡予防のため、おむつ使用者はベッド上で、トイレ使用者は座位でのシャワー洗浄により、陰部洗浄を毎日行っていることを、「排泄介助マニュアル」で確認した。</p> <p>③利用者個々のアセスメント表により排尿・排便量を確認し、使用する紙おむつのタイプを決定していること、紙おむつや、はくタイプのリハビリパンツはS・M・Lの各サイズ、尿とりパッドは6種類揃え、利用者に合ったものを組み合わせて使用していることを、「個別排泄アセスメントシート」や「排泄チェック表」等で確認した。</p> <p>④排泄介助の際は、介助者が必ず使い捨てグローブを使用して感染症を予防していること、グローブはトイレに常備していることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑤フロアと居室にトイレがあり、トイレには鍵が付いていること、トイレ誘導の際は他の利用者の前では「トイレ」という言葉は使わず、身振りで誘う等配慮していることを、訪問調査時のトイレの様子や聴き取りで確認した。</p> <p>⑥おむつ業者を講師として、排泄介助の内部研修を年1回行っていることを、「研修報告書」で確認した。</p> |

| 項目 | 事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています) | 第三者評価での確認点 |
|---|---|--|
| <p>健康管理 服薬管理 の 取 り 組 み</p> | <p>①利用者の健康管理について、嘱託医が毎週月・火曜日、歯科医は毎週月・火曜日往診にて健康状態を保っている。毎日の健康管理として、入浴前のバイタルチェック、入浴時の皮膚状態の観察・処置、体調不良時のバイタルチェック、1F・2F・3F看護師受け持ち体制で処置や状態観察をしている。</p> <p>②利用者は年1回健康診断を実施、職員は年1～2回健康診断を実施(夜勤職員は年2回)。安全衛生委員会で産業医が個々の面接を毎月3～4名ずつ行っている。</p> <p>③インフルエンザ予防接種は嘱託医が往診時、利用者、職員に実施している。肺炎球菌ワクチンは希望者のみ実施。</p> <p>④定時薬は薬局で分包化し14日分ずつ持ってきており、医務室で管理している。服薬管理は持参前は薬局と看護師、個人の箱にセットするときは看護師と看護師、ユニットへ持っていくときは看護師と介護職でダブルチェックしている。食事・水分チェックは表に服薬チェックもあり、内服後の確認をしている。薬の保管は各ユニット内で鍵のかかる棚に保管している。</p> | <p>①内科・歯科とも、嘱託医が週2回往診し、利用者の健康管理を行っていること、日常生活の場面では、看護師が入浴前の健康チェックや、体調不良時の対応を行い、利用者の体調の変化はフロアの職員が日々観察していることを、聴き取りにより確認した。</p> <p>②利用者には年1回健康診断を行っていること、また、産業医に依頼し職員の健康管理について面接を行っていることを、「安全衛生委員会議事録」で確認した。</p> <p>③インフルエンザや肺炎球菌の予防接種を行っていることを、「インフルエンザ予防接種同意書」や「実施一覧表」等で確認した。</p> <p>④誤与薬防止のため、分包化された薬は薬局と看護師のチェック後、看護師2人でチェックしながら個人のケースに入れていること、またフロアでは看護師と介護職がチェックしていること、食後の服用時は介護職2人で確認していること、利用者の名前や朝・昼・夜の確認を声を出して行い服薬を介助していること、服薬介助者が服薬管理印を捺し、食事水分表にも記録していることを、聴き取りや「食事水分表」で確認した。</p> |
| <p>保健・医療 管理支援 の 取 り 組 み</p> | <p>①職員のうがい、手洗いは365日実施しているが、11月～3月の感染シーズン時には、うがい、手洗いチェック表を作成し検温も毎日実施している。</p> <p>②ノロウイルス・インフルエンザ・食中毒研修を年2～3回実施(必要時、外部研修もあり)。ノロウイルスの施設内感染は開設時から起きていない。インフルエンザについては入院者はでていない。感染対策マニュアルに添って対応している。</p> <p>③緊急時の処方薬は、施設からの依頼で臨時薬を保管している。使用時は嘱託医の指示で内服する。</p> <p>④AEDを1F及び2Fに設置し救急対応時に看護師が直ぐに使用できるようにしている。</p> | <p>①施設内に感染症を持ちこまないために、褥瘡・感染症対策委員会において、11月～3月は職員の手洗いやうがいを励行する他、勤務前の検温を実施していること、利用者の感染症罹患は施設開設時から見られていないことを、聴き取りや「感染症対策チェック表」で確認した。</p> <p>②褥瘡・感染症対策委員会の主催で、感染症に関する内部研修を行っていること、嘱託医を講師として感染症に関する研修も行っていることを、「内部研修実施報告書」や「褥瘡・感染症委員会議事録」で確認した。</p> <p>③利用者の体調変調に備え、予備薬を保管していること、夜間等に体調が悪くなった場合には、看護師から医師に連絡し、指示を受けて保管してある薬を服用してもらうことにしていることを、聴き取りで確認した。</p> <p>④AEDを1階・2階に設置し、緊急時には看護師が対応できるようにしていること、現時点では介護職が使用できるところまでには至っていないことを、聴き取りやAEDの設置状況で確認した。</p> |

| 項目 | 事業所による特徴的取り組みのアピール (事業所が記載した原文のまま公表しています) | 第三者評価での確認点 |
|--------------------|---|--|
| <p>日中活動支援の取り組み</p> | <p>①余暇活動として、毎週日曜日に介護職員主催の脳トレクラブを開催している。</p> <p>②行事の年間計画を立て実施している(相撲観戦、夏祭り等)。</p> <p>③積極的にボランティアを受け入れて、ご利用者に外部の方との交流を深めていただけるよう努めている。</p> <p>④ユニット単位でアクティビティーを計画し実施している。</p> <p>⑤外部講師を招き、希望者を対象としたクラブ活動を行っている(お花クラブ、おりがみクラブ等)。</p> | <p>①脳のトレーニングのクラブ活動として、脳トレクラブを毎週日曜日に行っていること、施設活動委員が楽しみながら考えることができる、なぞなぞや俳句、漢字クイズ、脳トレ体操等を考えて、利用者と一緒にいることを、「クラブ活動報告書」で確認した。</p> <p>②④施設の全体行事は年間計画を立て、お花見会や大相撲巡業観戦、夏祭り、寿司パーティー等を行っていること、各ユニットでは、ユニット職員が企画した散歩等を楽しんでいること、また2ヶ月に1回、居酒屋レクリエーションを開いていること、お酒の好きな利用者が居酒屋の雰囲気を楽しみながら、職員と一緒に歓談していることを、「平成27年度年間行事予定表」や「アクティビティー企画書・報告書」で確認した。</p> <p>③ボランティア担当を決め、受入れから活動までを担当していること、実鈴うたごえ会、ウクレレ演奏団体、縫い物や園芸等、それぞれ得意分野での活動をお願いしていること、利用者も好きな活動に参加して生活を楽しんでいることを、「ボランティア活動報告書」で確認した。</p> <p>⑤クラブ活動は専門の講師を招き、お花クラブや折り紙クラブ等を行っていること、講師にはプライバシーの保護について誓約書の提出を依頼していること、利用者の特性や関わり方についても説明していることを、「誓約書」や「クラブのお知らせ」で確認した。</p> |

2-3. 利用者へのヒアリング調査

～ 利用者から任意でヒアリング調査をした結果です ～

調査した利用者数 4名

利用者の状況、特性

男性1名、女性3名の利用者にはヒアリングを行った。年齢は、80歳代の方が2名、90歳代の方が2名であった。リビングや居室にて、日頃の生活の様子を伺った。

調査結果の概要

以下の意見が寄せられた。

- 職員はいつも優しく声を掛けてくれる。
- 用事を頼んでも、すぐに対応してくれるので困ることはない。
- 職員は皆、親切で、丁寧に接してくれる。
- 職員は部屋に入るとき、必ずノックする。
- 食事はおいしくいただいている。ほとんど好き嫌いはない。
- 食事の味付けが自分に合っていて、おいしい。おやつも楽しみ。
- 食事は嫌いなものは残し、海苔のつくだ煮を自分で出して食べている。
- ここでは好き嫌いと言えない。全部、食べるようにしている。
- お風呂は一人ずつ、ゆっくり入っている。贅沢な思いがする。
- お風呂は一人ずつ。贅沢ですよね。
- トイレは隣りと共同だが、自分の部屋から入ることができる。
- トイレは、中から隣のドアに鍵を掛けることができるので、気兼ねなく使用できる。
- ここは個室だから良い。相部屋でカーテンじゃだめ。
- 自分の部屋でのんびりと過ごすことができる。
- 部屋のドアは、ほとんど開けたままにしている。
- 足が悪いだけで、身体の調子が悪くなったことはない。
- こんな年まで生きていて、申し訳ない。
- 家族が、よく顔を出してくれる。
- 家族は、ときどき面会に来てくれる。
- 外の行事に参加することができた。

利用者調査担当調査員の所感

ヒアリングに緊張して、短時間で聴き取りを終えた利用者も1名いたが、その他の利用者は日頃の生活の様子を積極的に話してくれた。利用者の居室は、手作りの作品や民芸品等で飾られていた。

3. 発展的サービス評価

～ 事業所におけるサービスの質の向上のためのシステムについての評価結果です ～

| | | | |
|------|-----------------------------------|--------|-----------|
| 取り組み | 利用者・家族から寄せられた苦情や要望を取り入れた介護サービスの改善 | 取り組み期間 | 27年9月～11月 |
|------|-----------------------------------|--------|-----------|

| PDCA | 取り組みの概略 |
|-----------------------------|---|
| 「P」 目標と 実践計画 | 介護技術の基本ができていないこと、職員の退職が多く、職員教育が徹底されていないことなど、課題が多くある中で、利用者の人権侵害を含めた苦情や要望への対応を第一の課題として、今回のテーマに取り上げた。これまで、施設サービスに寄せられた苦情については、お詫びの対応が中心で、提供する施設サービスの質の向上にはつながっていない現実があった。今回、あらためて、寄せられた苦情の内容を各ユニットから集め、傾向を分析することで、提供するサービスの質の向上を目指すことにした。苦情に対する対応は、上から下への指示ではなく、介護現場で考え、主体的に実践することができることを目指して、取り組みを開始した。 |
| 「D」 計画の実践 | 具体的な計画の実践として、取り組み期間内に、リーダー会議を定期的に行い、過去3年間に寄せられた苦情・要望を集約し、内容を分析し、その結果を介護現場に投げかけることにした。利用者や家族からの苦情・要望は、これまで、人権擁護委員会や介護サービス委員会、苦情解決委員会などで別々に対応してきたが、今回の取り組みでは、リーダー会議を中心に、利用者や家族から上がっていた苦情や要望の内容のとりまとめを行うことにした。リーダー会議には、一般の介護職員の参加も促した。 |
| 「C」 実践の評価 結果 | リーダー会議の場で、過去3年間に寄せられた苦情や要望の取りまとめを行った。苦情・要望の内容を、利用者の人権に関するものと、介護サービスに関するものに分類し、後者のものを介護現場に投げかけた。苦情・要望のまとめをする中で、あらためて、報告が上ってくることが遅いこと、対応策が充分考えられていないこと、内容が他のユニットには伝わっていないことなどの問題点に気付くことができた。利用者や家族の声を、提供する施設サービスの質の向上につなげる取り組みは始まったばかりだが、取り組みをすすめる中で、職員間で危機感や問題の共有を図ることができた。職員間の話し合いの機会も、これまでに比べ多く持つことができた。 |
| 「A」 結果をふま えての改定 計画 | 介護サービスに関する苦情・要望に対する具体的な取り組みは、介護現場での今後の検討となるが、早急に対応しなければいけないこととして、誤与薬防止の対策や、洗濯後の衣類のダブルチェック、入浴介助時の統一した手順などを、すでに行っている。今回の取り組みでは、介護サービスに関する苦情や要望を取り上げたが、利用者の人権に関する苦情や要望も、数は少なくなっているが、ゼロには至っていない。提供する介護サービスの改善とともに、人権に関するものへの対応も必要であり、職員に対する人権研修や倫理教育を重ね、全体職員会議を定期的に行い、職員全体の意識を高めていくことにした。 |

| | |
|--------------------------|---|
| <p><第三者評価コメント></p> | <p>利用者や家族からの苦情・要望は多岐にわたっており、施設全体での取り組みが求められている。苦情や要望への対応を、継続した取り組みとしており、今後の成果に期待する。</p> |
|--------------------------|---|