平成 25 年度

福祉サービス第三者評価　報告書

社会福祉法人天神会

特別養護老人ホーム

「特別養護老人ホーム天神荘」

2013 年９月１２日

評価機関：特定非営利活動法人 メイアイヘルプユー

目　次

ページ

実施概要 …… 1

Ⅰ　組織マネジメント項目 …… 3

Ⅱ　サービス提供のプロセス項目 …… 15

Ⅲ　サービスの実施項目 …… 20

総評 …… 29

（添付資料）

◆ 職員自己評価・利用者調査 集計結果

【実施概要】

1．実施スケジュール

（1）第三者評価についての事前説明　平成25年4月11日
（2）情報収集の実施（調査）
　①経営層自己評価　　平成25年4月12日～5月7日
　②職員自己評価　　平成25年4月12日～4月26日
　③利用者調査　　平成25年5月22日
　④事業所訪問調査　　平成25年5月23日～5月24日

2．評価の実施方法

東京都福祉サービス評価推進機構が定める手法

3．利用者調査

（1）調査の方法　　聞き取り調査
（2）調査対象者数　　利用者23名

4．評価調査者

加藤 浩之　（組織マネジメント項目担当）
新津 ふみ子（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）
鳥海 房枝　（サービス提供のプロセス項目・サービスの実施項目）

5．評価決定合議日

平成25年6月14日

6．本評価に関する問い合わせ

（1）本評価調査責任者　NPO法人メイアイヘルプユー　鳥海 房枝
（2）評価責任者　　NPO法人メイアイヘルプユー　代表理事　新津 ふみ子
（3）連絡先
　NPO法人メイアイヘルプユー事務局
　〒141－0031 東京都品川区西五反田2－31－9 シーバード五反田401
　電話：03－3494－9033　／　FAX：03－3494－9032

《事業所名：特別養護老人ホーム天神荘》

Ⅰ 組織マネジメント項目（カテゴリー1～5、7、8）

No.	共通評価項目
	カテゴリー1
1	リーダーシップと意思決定

サブカテゴリー1（1-1）

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　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　9／9

評価項目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　　評点（○○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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）	○ 非該当

評価項目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　　評点（○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	○ 非該当

評価項目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　　評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

	カテゴリー1の講評
	法人の基本理念を発展的に再構築し、職員をはじめ関係者に周知している 1980年の法人開設以来、一貫して掲げてきた基本理念を現理事長が新しい時代に合わせて発展的に再構築した。一日の業務の開始に当たり、全体朝礼に出席した職員全員で理念を毎日唱和している。また、年度初めに3回に分けて開催する職員研修会において、基本理念に基づく理事長方針及び施設長方針について説明を開始している。今年度からの取り組みである利用者家族との懇談会でも、基本理念の説明やホームの運営状況の報告を行っている。施設では、家族とのかかわりをより強めるための工夫が必要と認識している。 理事長の指導のもと、管理職がサービスの向上と組織体制の整備を推進している 理事長の指導のもと、法人全体でサービス水準の向上とそれを実現するための組織体制の整備を進めている。施設長は安定した職員体制を整えることを自らの使命ととらえ、人員の確保と人材育成、職員の働きがいの向上を主に取り組んでいる。現場のトップである介護課長は、ユニットケアのあり方を追求しながら、選ばれる施設となるために、また利用者に本心からここに来てよかったと言ってもらえるために、常に新たな課題を設定して、サービス水準を高める取り組みの先頭に立っている。 施設運営委員会を頂点とする会議体で組織としての意思決定を行っている 法人全体の事案は理事長が主宰する月1回の経営会議で検討・決定している。施設内の事案に関する意思決定機関は、各現場のチーフまたは責任者以上の職員による定例会議（施設運営委員会）がその役割を担っている。施設運営委員会での決定事項は、月1回の全体職員会議やフロア会議、毎朝の全体朝礼等で各現場に伝達される。重要な決定事項は、1階の掲示板やLANで結ばれたパソコンを活用して発信している。

カテゴリー2

2 経営における社会的責任

サブカテゴリー1(2-1)

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

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4／4

評価項目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

評点(○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当

評価項目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

評点(○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当

サブカテゴリー2(2-2)

地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5／7

評価項目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

評点(○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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)	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当

評価項目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

評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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)	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目3
地域の関係機関との連携を図っている

評点(●●)

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	2. 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	○ 非該当

	カテゴリー2の講評
	倫理観などの醸成を課題として取り組みを充実させることを期待する 諸規程で規範・倫理などについて明記し、この規程を新人研修で説明、また25年度から接遇に関する研修を開始している。介護の現場では、職員が話し合ってチェック項目を定め、不適切なケアが行われていないかどうかを相互点検する仕組みの運用を開始している。これを倫理観の醸成に向けた確実な取り組みにすることを期待する。 第三者評価の受審、広報誌やホームページの充実など広報活動を充実させている サービスの質の向上を期し、2年前から第三者評価の必要性を認識し受審の際の担当者を決めて準備し、受審に至った。評価結果の公表については、ホームページへの掲載、家族懇談会などでの報告を検討している。広報誌を年4回発行し、利用者家族、行政関係や医療機関、福祉サービス事業所、また近隣自治会、公民館などに550部配布している(法人としては1,460部)。広報委員会を立ち上げ、25年2月からホームページをリニューアルし、広報活動に力を入れている。ボランティアの受け入れについては、マニュアルを作成し対応している。 地域貢献の取り組みを充実させている／さらに関係機関との連携の実践を期待 地域貢献として、これまでは、近隣自治会や住民に対する施設備品の貸し出しが主であったが、法人として地域との連携を重点施策の一つに謳い、昨年度から外部講師を招いて介護に関する公開セミナーを開催、広く一般市民に参加を呼びかけ500人の参加を得ている。地域の関係機関との交流の機会は、市が主宰する介護保険関係の協議会に管理者が参加するにとどまる。今後の課題として、地域の事業者の連絡会の必要性を痛感し、現在、地域包括支援センターとの連携を模索している。地域の関係機関のとらえ方から再検討することが求められる。

カテゴリー3

3 利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリー1(3-1)

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　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　6／8

評価項目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)　　評点(○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当

評価項目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　　評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目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　　評点(○●●)

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 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	○ 非該当

カテゴリー3の講評

苦情解決の仕組みを整備しているが活用されない状況があり、原因の分析を進めている

苦情解決制度については重要事項説明書に明記し、入所時に説明している。法人として第三者委員を加えた委員会を中心とする苦情解決の仕組みを整えているものの、所定の受付窓口や施設内に設置された専用のポストに苦情が寄せられるケースはほとんどなく、施設ではそのこと自体を問題ととらえて、原因の分析を進めている。介護相談員の訪問があり、4か月ごとに行われる行政主催の介護相談員連絡会には相談員が出席している。報告された事項を持ち帰り、苦情解決委員会の議題とし、全職員に報告書・議事録を回覧している。

利用者の満足度を把握するためのアンケートを実施し、改善に活かしている

昨年、利用者の満足度を把握するため約70項目にわたるアンケート(聞き取り調査)を実施している。利用者本人に対する聞き取りが難しい場合は家族に依頼し、利用者総数のおよそ3分の2から回答が得られた。その結果を集計・分析し、その後のサービスの改善に活かしている。利用者・家族にはアンケートの集計結果を掲示等の方法で開示したものの、それを踏まえて組織的に検討した対策は、きちんとした形での報告には至っておらず、その点に関しては改善の余地が認められる。

地域におけるニーズの把握及び掘り起こしに組織的に取り組むことが期待される

市の高齢者福祉推進計画・介護保険事業計画の基となった人口や高齢化率、要介護等認定者の推移及び将来予測のデータを地域におけるニーズ変化の予測の参考にしている。また、毎年、地域住民を招いて開催する施設の行事(夕涼み会)の参加者の声や感想を集めているものの、組織的な取り組みにはなっておらず、ニーズの集約及び分析までには至っていない。今後、法人の目指す新しい福祉支援システムの構築に向けた動きの中で、地域ニーズの把握及び掘り起こしに組織的に取り組むことが期待される。

	カテゴリー4
4	計画の策定と着実な実行

サブカテゴリー1(4-1)

実践的な課題・計画策定に取り組んでいる　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　4／11

評価項目1
取り組み期間に応じた課題・計画を策定している　　評点(○○●)

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 年度単位の計画を策定している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目2
多角的な視点から課題を把握し、計画を策定している　　評点(○●●●)

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	4. 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	○ 非該当

評価項目3
着実な計画の実行に取り組んでいる　　評点(○●●●)

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	4. 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	○ 非該当

サブカテゴリー2(4-2)		
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる	サブカテゴリー毎の 標準項目実施状況	3／4

評価項目1
利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評点(○○○●)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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	○ 非該当

カテゴリー4の講評

各計画の関連性を意識した計画作成を可能にする体制づくりが必要である

理事長方針として23年度～25年度まで、3年間の経営目標(取り組み、方向性、重点施策)を掲げ、徐々にその実現に取り組んでいる状況はうかがえる。現場では、職種ごとに年間活動計画を立て、各ユニットでも短期目標を設定するなどの取り組みを開始している。一方、事業所全体の年度事業計画は、中・長期計画を関連させた内容とは言えず、現状の取り組みを掲げるに止まっている。中・長期計画、年度計画ともに法人として策定過程を明確にすること、そして経営目標を達成するための方法・具体策を明示した事業計画であることが求められる。

計画の策定とその内容及び進捗状況の確認など全面的な見直しを期待する

年度計画の策定は、施設運営委員会で検討している。事業計画作成時は、現場の会議などでの討議を反映させるようにしている。計画の推進については、事業計画説明会を実施して取り組んでいるとしているが、事業計画の内容は各種行事名と参加予定人数、行事内容、あるいは研修や会議名・委員会と研修内容の紹介などに止まる。そしてこの進捗状況の確認は計画的ではない。ユニットごとに作成した計画は、中間発表会で報告している。他法人の取り組みを参考にし、そこでの学びを積極的に改善に活かそうとしているなど、今後の充実が期待される。

法人としてリスク管理体制の強化を重点課題に据え、安全の確保に取り組んでいる

法人として重点課題の一つにリスク管理体制の強化を据え、事故防止や防災等の安全対策に力を入れて取り組んでいるほか、外部の専門機関を入れて、リスクマネジメント体制の構築を進めている。介護事故については軽微なものも含めて現場の職員からの報告を集約し、多職種による委員会で原因の分析と対策の評価を行うことで、医療的な処置を伴う利用者のケガ等の減少につなげている。防災対策として、消防、警察、市と連携を取って防災訓練をしているが、大規模災害に備えた事業継続計画の策定は今後の課題としている。

カテゴリー5

5 職員と組織の能力向上

サブカテゴリー1(5-1)

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

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 5／8

評価項目1
事業所にとって必要な人材構成にしている

評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○ 非該当

評価項目2
職員の質の向上に取り組んでいる

評点(○○●●●)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	2. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	4. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	5. 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	○ 非該当

サブカテゴリー2(5-2)

職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 7／7

評価項目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

評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目2
職員のやる気向上に取り組んでいる

評点(○○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○ 非該当

カテゴリー5の講評

職員を最も重要な経営資源と位置づけ、職場活性化を図る施策に取り組んでいる

職員を法人の最も重要な経営資源と位置づけ、法人の基本理念を実践する上で求められる職員像を明示している。安全・安心な介護体制の確立を法人の重点課題に掲げ、当事業所においては1ユニット5人体制、常勤職員60人確保を目標に優秀な人材の採用と定着、及び職場の活性化を図るべく取り組んでいる。また、介護力不足が見込まれる中で、EPAに基づく外国人介護福祉士候補者を法人全体の職員数の10%(約35人)を目途に採用する方針がある。

職員の意識の向上とストレスの軽減を目的とした取り組みがある

職員の意識の向上を目的に専門資格の取得を制度的に支援しているほか、人事評価を年2回実施し、昇給・昇格、賞与等に反映させる仕組みを構築している。本人による自己申告と組織からの期待像を個別の面接を通じてすり合わせ、年間の業務目標の設定を行っている。しかしながら現状では、個別状況を判断した上での職員個別の育成計画の策定には至っていない。職員のストレスを軽減させるため、外部の専門講師によるメンタルヘルス研修を定期的に実施しているほか、産業医による心の相談窓口を設置している。

職員研修の充実と研修成果を確認するための仕組みの整備に取り組んでいる

新人職員のOJTおよびOJTを実施する中堅職員の育成に力を入れて取り組んでいる。指導の標準化を図るために、OJTの担当者が使用するチェックシートを作成しているものの、チェックの仕方等にばらつきがあり、その点の改善が今後の課題となっている。また、職員研修の充実を図るとともに、研修で学んだことを実践に活かすことを職員に意識づけるために、研修成果の活用方法を具体的な計画に落とし込む仕組みを導入した。ただし、現状では目的に適った計画の策定が不十分な状態であり、課題を残している。

カテゴリー7

7 情報の保護・共有

サブカテゴリー1(7-1)

情報の保護・共有に取り組んでいる　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　7／7

評価項目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　　評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目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　　評点(○○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 個人情報の保護に関する規定を明示している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 開示請求に対する対応方法を明示している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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	○ 非該当

カテゴリー7の講評

施設内の情報への不正アクセスを防止しつつ、職員間で共有する仕組みを整えている

組織として収集・蓄積している情報は、ペーパーまたは電子化された状態でファイルやフォルダに整理され、事務室内の書庫やネットワーク対応型のハードディスクに保管・保存されている。また、利用者情報の多くはパソコンにインストールされた介護支援ソフトで管理し、職種をまたいで最新の情報を共有できる仕組みを整えている。機密性の高い重要書類を保管する書庫は施錠可能なものを使用し、ネットワークで結ばれた施設内のパソコンにはログインするためのIDとパスワードが設定されている。

法人として個人情報の保護方針を定め、関係者への周知を図っている

個人情報の保護に関する方針を定め、法人のホームページに掲載するとともに、利用契約時の重要事項の説明において、個人情報の利用目的や開示請求等の受付窓口を明記した書面をもって利用者・家族に伝えている。職員には入社時の研修の中で個人情報保護方針について解説している。今後、法令遵守のより一層の徹底を図る観点から、全職員及び個人情報に接する機会のある関係者を対象に、その保護に関する研修を継続的に実施することが望まれる。

8 カテゴリー8

カテゴリー1～7に関する活動成果

サブカテゴリー1(8-1)

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

評価項目1

標語を選択してください

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
・カテゴリー1:「リーダーシップと意思決定」
・カテゴリー2:「経営における社会的責任」
・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
○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリー2(8-2)

前年度と比べ、職員と組織の能力の面で向上している

評価項目1

標語を選択してください

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
・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
○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリー3(8-3)

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

評価項目1

標語を選択してください

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
・カテゴリー6:「サービス提供のプロセス」
・カテゴリー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
○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない
○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない

改善の成果

「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリー4(8-4)	
事業所の財政等において向上している	
評価項目1	標語を選択してください
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 ○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない ○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	「改善の成果」を入力してください

サブカテゴリー5(8-5)	
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	
評価項目1	標語を選択してください
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 ・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」	○ 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 ○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われているが、成果としては現れていない ○ 改善に向けた計画的な取り組みが行われていない
改善の成果	「改善の成果」を入力してください

Ⅱ サービス提供のプロセス項目（カテゴリー6-1～3、6-5～6）

No.	共通評価項目

サブカテゴリー1

1 サービス情報の提供　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 4／4

評価項目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　　評点（○○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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	○ 非該当

サブカテゴリー1の講評

法人・本事業所の情報はホームページや広報誌で提供している

本事業所の情報を利用希望者などが入手できる媒体は、ホームページ、年4回発行の広報誌である。ホームページは今年度からリニューアルを試み、法人の理念や人材像の掲載、そして法人・事業所の行事、利用者の外出などの様子を随時に更新している。一部、情報提供がされていないコーナーがあり、取り組みを期待する。広報誌は年4回発行、委員会が編集を担当、各事業所の紹介や、法人が実施した事業、利用者の生活の様子などを掲載している。表紙絵は、四季折々の風景画であり、明るく、また穏やかさを感じさせる。

対象者を絞らず、情報の提供を積極的にしていく意向がある

情報提供に関する法人の方針は、対象者を絞らずいろいろな人に向け、企業イメージを変えていくことに力点をおき、明るく適切に運営していることをアピールするである。また事業運営の透明性を図る視点から、事故や苦情の公表も今後検討していきたい意向がある。広報誌の発行部数は、法人全体で1,460部、本事業所単体で550部である。地域の医療機関や福祉サービス事業所、そして近隣の公民館や自治会に配布している。地元神島協議会の会員宅戸（580戸）に、10月発行の秋号より配布する予定がある。

入所希望者の見学が多く、資料配布、見学などで丁寧な説明に努めている

利用の問い合わせや見学は、入所希望者からが多い。相談員が窓口となり、いつでも対応する方針であり、不在の場合はケアマネジャーが対応している。歩行困難者には車いすでの対応、また家族同伴がない時で難聴・弱視の人には、職員2人体制で対応している。見学者には、本事業所を紹介しているパンフレットと料金表を渡して説明、また、ユニットへ案内し、居室とリビングなど共有スペースでの生活状況を紹介している。個室であること、食事、入浴、排せつなどについても実際の対応について説明、そして看取りの対応ができることなどを説明している。

サブカテゴリー2

2 サービスの開始・終了時の対応　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6／6

評価項目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　　評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目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　　評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

サブカテゴリー2の講評

入所時の説明・契約時は、利用者本位の視点から再検討が求められる

入所契約時は、主に家族を対象に重要事項説明書をもとに説明している。老人保健施設から入所した場合は、最後まで居られる施設であるなどその違いを説明している。利用者本人へは希望があった時に説明するとし、本人への説明を基本事項としていない。入所時は各種同意書を得ているが、その中に「入所時リスク説明書」がある。これは、高齢者にありがちな転倒などのリスクを8項目掲げ、危険性があることを事前に理解し、入所に同意してもらうことを意図している。利用者が十分に理解したうえでの同意書であるのか、慎重な対応が求められる。

入所前カンファレンスを開催し、情報の共有と対応への配慮に努めている

サービス開始時は、情報の共有と馴染みの持ち物などの持参を勧め、生活の継続性に配慮している。入所前はケアマネジャーを始めとし、看護・介護・栄養の各部門の担当者が同時に訪問、各担当者が情報収集しアセスメントシート・フェイスシート「ドラえもんポケットシート」に記載している。そして入所前にカンファレンスを開催し暫定プランを作成、共有を図っている。入所当日は、安全性の視点でベッドの位置や居室の設えを検討、また丁寧な観察に努めている。馴染みのものなどの持ち込みが少ないことや生活習慣への配慮の充実を課題としている。

サービスの終了・退所理由は、死亡であり、入院中も相談に応じる体制がある

昨年度の死亡以外の退所理由は、老人保健施設から入所し1週間後に元の施設に戻った人が1人、医療機関に入院し退院の見込みがなく退所した人が3人いる。退所理由の多くは死亡であり、退所者25人中、本事業所での看取りは15人(60%)である。入院中は看護師がお見舞いに行き(介護士もゆくことがある)、関係を継続しながら相談に応じている。医療機関へ入院する場合は、看護師がサマリーを作成、そして看護師とケアマネジャーが説明に出向くなど、丁寧な取り組みがある。

サブカテゴリー3

3 個別状況に応じた計画策定・記録　　サブカテゴリー毎の標準項目実施状況　9／10

評価項目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　　評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目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　　評点(○○●)

評価	標準項目	
○ あり ◉ なし	1. 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○ 非該当

評価項目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

評点(○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当

評価項目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

評点(○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当

サブカテゴリー3の講評

アセスメントからケアプラン作成のプロセスについて再検討が求められる

入所前情報から作成した暫定プランに、入所当日各職種が観察した事項などを盛り込んで暫定プランの確認をしている。ケアマネジャーが作成の責任を持つ包括性を持ったケアプランは、基本的には入所時のみである。入所後は1か月をめどに介護・医務(看護)・リハビリの職種それぞれが支援すべき状態を把握・アセスメントし計画を作成、それに基づいて支援している。各職種が作成した計画は、6か月ごとのカンファレンスで確認、利用者に変化があつたときは計画を変更している。定期アセスメントをケアプラン作成のプロセスに取り入れていない。

利用者・家族の意向の把握について、さらなる検討を期待する

利用者・家族の意向・希望は入所時に確認している。また6か月ごとのカンファレンスに際し、日程を伝えるが家族の参加は少なく1～2人/月20～25人である。参加できない家族には事前に電話で意向を聞くが、「お任せします」の回答が多い。ケアプランは家族に送付、その際、要望を記入するシートを添付するが回答は2～3人/100人である。面会時に意向を伝えるのは5人以下である。利用者本人の意向はモニタリング時、ケアマネジャーが把握するように努めている。入所施設における本人・家族の意向の把握について、さらなる検討を期待する。

介護記録ソフトの活用や申し送りなどで情報の共有に努めている

利用者に関する状態の変化や援助内容、また計画に沿った実施の確認については、介護記録ソフトを使用し、毎日、あるいは支援実施時に記録している。各職種が入力した内容を共有できる仕組みである。また月末には利用者の担当者が記録に漏れがないかをチェックしている。申し送りは、全体朝礼の後、各職種の代表が集合し利用者の状態や支援について確認している。また介護記録ソフトでも確認できる。現在、既存のアセスメントシートでは、利用者の24時間の状況がつかめないため、24時間シートを関係する職種で作成し、活用を始めている。

サブカテゴリー5

5 プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 6／7

評価項目1
利用者のプライバシー保護を徹底している

評点(○○◉)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者に関する情報(事項)を外部と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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○ 非該当

評価項目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

評点(○○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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)	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 虐待被害にあった利用者がいる場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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	○ 非該当

サブカテゴリー5の講評

個人情報の利用目的の範囲で、外部とやり取りをしている

入所時に文書にて個人情報の利用目的の説明をし、同意を得ている。利用目的の内容以外に外部とやり取りすることは現状では発生していない。本事業所が住所地となっている20人の利用者については、郵便物が施設に届くので、発着信簿で履歴を管理している。そして生活相談員が判断し、本人に直接手渡すか、家族に郵送している。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う方針は、規程「プライバシー保護に関する取り組み方針」に基づき実施に努めている。利用者の部屋は個室であり、基本的にドアを閉めるとしている。

利用者本位の支援についてさらなる検討を期待する

日常の支援の中で利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した支援は、規程「プライバシー保護に関する取り組み方針」に基づき実施に努めている。利用者の部屋は個室であり、基本的にドアを閉めている。一方、利用者調査では、入浴時の介助の仕方や洗い場と脱衣所のドアの開閉への配慮、異性介助などについて、職員に伝えられない辛さを語っている。現場では、利用者の意向を確認しながら支援をしているとしているが、支援を受ける立場にいる利用者の表現できない気持ちについて、利用者本位の理念からさらなる検討を期待する。

不適切な対応を排除する取り組みについて、具体的な取り組みを開始している

利用者の権利を守り、個人の意思を尊重する方針で、身体拘束委員会が課題を取り上げ検討、勉強会を開催している。また、現場では、不適切なケアが行われていないかどうかを相互に点検する仕組みとして、チェック項目を作成し実施、その結果を職員が集まるサービスステーションに掲示したい意向がある。内出血などのヒヤリハットについても話し合うなど積極的な取り組みがある。利用者一人ひとりの価値観や生活習慣への配慮は、アセスメントの充実などさらなる取り組みを期待する。

サブカテゴリー6

6 事業所業務の標準化

サブカテゴリー毎の標準項目実施状況 11／11

評価項目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

評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目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

評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目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

評点（OOOOO）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	5. 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	○ 非該当

サブカテゴリー6の講評

各種マニュアルの見直しに取り組み、活用を期している

事故や感染症をはじめとし、ケアプラン作成の手順などについて、マニュアル・手順書を作成している。しかし、活用されていなかったため24年度から見直しを始め、各委員会の検討事項とし、内容を変更し充実を期している。また、事故や感染症の発生をきっかけにして見直すなど、職員の意見などを反映させた取り組みを意識し、法人の方針でもある安全管理に積極的に取り組んでいる。マニュアルは、各部署に置き、いつでも見られる状態にしている。困ったときに活用するほか、新人教育の際に活用している。

感染症対策など現場職員を対象に具体的な取り組みを開始している

マニュアル等の定期的な見直しは、法人が定める安全管理の指針に基づき、毎年1回を基準とし、実施する方針である。サービスの基本事項や変更点等についての現場の職員への周知は、月1回の全体職員会議や各フロアでの会議を活用している。また委員会の検討事項は、議事録として回覧している。本事業所では、職員全員が利用者の安全性に配慮した支援ができることを課題とし、感染症対策として、食中毒の時期にユニット毎の勉強会を通じて手洗いチェックをするなど具体的な取り組みを開始している。また新人職員を対象に救急救命講習会を実施している。

リーダー研修を定例化、OJTに力を入れ、現場でのケアの質の向上に努めている

業務の一定水準を確保する対策の一つとして、OJTに力を入れている。利用者の個別性を理解したサービスができるように各ユニットにユニットリーダーを配置、各フロアにはフロア責任者を配置し検討を重ねている。また、質の高い個別ケアの提供を目標に、ユニットリーダー育成を課題とし、毎月1回、1時間の研修を実施している。結果、リーダーとしての意識の醸成、個別ケアに関する職員の意識の醸成、そしてユニットとしてケアを振り返り次年度の目標を検討することが可能となっている。職員調査では、一般職員の約8割強が肯定的な回答をしている。

Ⅲ サービスの実施項目（カテゴリー6-4）

	サブカテゴリー4		
	サービスの実施項目	サブカテゴリー毎の標準項目実施状況	41／43

1 評価項目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

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目1の講評

各職種が作成した計画の実践に取り組んでいる

施設サービス計画はケアマネジャーが作成するいわゆるフェイスシート・「ドラえもんポケットシート」であり、これは入所時のみの作成である。日常の支援では各職種が支援する分野について利用者の状態を明記（アセスメント）、それに対応した実施計画を作成して実施している。これらはソフトに入力され、いつでも確認できる。また、日常の記録、3か月ごとのモニタリングや6か月ごとのカンファレンスで、計画に準じた支援の提供について確認、また利用者の状態変化と支援内容を確認している。

各職種が協働で利用者支援に取り組む体制と実践がある

「ケアプランの手順」を作成し、ケアマネジャーは入所前訪問から計画作成、カンファレンス、モニタリング、計画の変更・継続のプロセスを管理している。カンファレンスには、各職種が参加し多職種が協働で利用者支援に取り組んでいる。職員調査では、各職種間の連携による利用者支援に関し、リーダー層は100%の肯定率であり、一般職員も87.1%と高い肯定率である。一方、生活習慣の継続性には力点を置いているが状態の変化も大きく、十分に実現できていないとしている。このような問題意識を大切にし、さらなる取り組みを期待する。

2 評価項目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

評点（○○○）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目2の講評

利用者個々に提供する食事の形態は多職種で協議して決定している

入所後3日間はそれまで摂取していた食形態で提供し、その間に介護職員が咀嚼・嚥下力等を中心に「気になったこと」を記録するとともに、栄養士に情報提供して食形態を調整している。そして入所1か月後の多職種参加のカンファレンスで、適切な摂食姿勢や食形態などを協議・決定する。適切な摂食姿勢確保のためテーブルと椅子の高さを調整しているが、椅子は1種類のため座面幅と奥行きが合わず姿勢保持が困難な利用者もおり、リーダー層も課題視している。食形態は今後ソフト食の導入の必要性を認識している。

利用者の低栄養状態は食欲低下や摂食スピード等で判断している

利用者の低栄養状態はアルブミン値も参考にしながら、食欲低下や摂食スピード等で判断し、補食として高カロリーのゼリー食等を提供している。また、利用者本人の好物や食べたい物も準備するようにしている。家族が持参する場合もある。食事摂取が全介助でも、好物の「バナナ」を自力摂取する利用者にバナナを毎日提供する等、柔軟に対応している。低栄養状態の把握方法として体重の前月比較が基本にあり、正確な体重測定が求められるが、本施設では風袋を考慮せず結果を出している。改善を期待する。

嚥下力が低下傾向にある利用者には、多職種協働で支援している

咀嚼・嚥下力に低下がみられる利用者に、栄養士はまず食事形態を検討、機能訓練指導員は適切な摂食姿勢を保持するための環境作りと嚥下訓練、看護師は疾病と嚥下力の関連等を判断し適切な検査などに結びつける、介護士は口腔ケアを分担するなど、多職種が協働して経口摂取の維持を図る取り組みがある。事業所として現在課題視している事項は口腔ケアの知識の獲得と技術の向上であり、歯科衛生士などの専門職からアドバイスを得られるようにしたいと考えている。

3 評価項目3
利用者が食事を楽しむためのエ夫をしている

評点(○○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○ 非該当

評価項目3の講評

利用者の嗜好は栄養士が日々ユニットを巡回する等して把握し、献立に反映させている

利用者の嗜好調査は、介護職が直接利用者に聞き取りをする形で平成24年度に取り組みを開始した。この時、利用者が希望する献立に「ラーメン」があり、職員が予測した内容と異なり、自分たちの「思い込み」に気づかされた。また、栄養士は日々ユニットを巡回して利用者から食事の感想も聞いている。これらの取り組みから利用者の希望献立日を月2回設け提供し始めた。ちなみにこれまで提供したメニューは、笠岡ラーメン・カレーうどん・オムライスなどである。

食事時間は一定の幅を持たせている

ご飯は各ユニットで炊き、厨房で作られた副菜を各ユニットで盛り付けている。盛り付けも利用者の摂食準備ができてから行っている。そのため、食事の摂りはじめも利用者ごとで異なり、それぞれがゆっくり各自のペースで食べている。また、盛り付ける量も、利用者の食欲や体調により調整する等、柔軟に対応している。食事の盛り付け時に手袋をつけて行う職員の姿があった。その理由は感染症予防の見解であるが、科学的根拠のない手法であり、食事の雰囲気も損ないかねない。改善を期待する。

4 評価項目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

評点(○○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○ 非該当

評価項目4の講評

利用者の身体機能を利用した自立性の高い入浴を導入している

平成22年度に外部から講師を招き、利用者の身体機能を利用した移乗・移動介助、自立性の高い入浴支援方法の学習を1年間にわたって行った。その結果、それまで、仰臥位で浴槽に入る特浴と端座位リフト浴漕利用者が半々だったものが、特浴利用者がいなくなり、リフト浴と一般個人浴槽利用に変化した。どちらの浴槽を利用するかは利用者の希望にまかせているが、認知症症状が重い利用者には、一般浴槽を利用している。

浴室は2つのユニットで共用する個室浴槽2か所のため、羞恥心に配慮しやすい

毎日を入浴日とし、1つの浴槽利用者人数も1日8人以下にしているため、利用者の好みに合わせたゆったりした入浴にしやすい状況にある。利用者の希望や体調等に応じ、入浴日や入浴時間なども変更しやすい。また、1対1の介助で誘導から入浴までを行うため、同性介助の希望者についても対応しやすい。現在その希望者は1名である。

認知症の利用者の入浴誘導方法についてはケアプランに明示して共有・実施している

利用者全てに対して1対1の個別入浴介助をしている。認知症症状により特に入浴誘導に配慮を必要とする利用者については、それをケアプランに明示し、24時間シートで具体的に示し職員が情報を共有して対応している。利用者が入浴を楽しめる工夫としては、入浴剤の使用がある。今後、落着けない利用者に夜間入浴も検討したい意向がある。なお、リフト浴槽の浴槽壁が高いため、利用者をリフトに乗せて浴槽壁を越える時、リフトの位置が高くなり利用者の不安を生じさせやすい。洗い場の床を嵩上げするなど改装の検討を期待する。

5 評価項目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

評点(○○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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	○ 非該当

評価項目5の講評

利用者の排泄状態をアセスメントし、自然な排泄を促す支援をしている

入所後の2～3日間に9時～17時の1時間毎の尿取パッドへの排尿量と膀胱内の残尿測定を行い、その結果を踏まえてトイレ誘導や使用するパッドの種類を決定して排泄プランを立案している。施設の介護方針としておむつは原則使用せず、下着と尿取パッド使用で対応するとしている。また、自然排便を促すため食物繊維の摂取を試み、1か月でその効果を判定し、現在20名程度が継続使用している。排泄姿勢確保のため、一部のトイレの便座の入れ替えや、前傾姿勢を促す福祉用具の導入など自然排泄を促す支援に取り組んでいる。

排泄の誘導や介助は利用者の羞恥心に配慮している

各居室にトイレがある構造のためトイレ誘導もしやすい。夜間ポータブルトイレ利用者は、日中の置き場所をトイレ内にしている。トイレをポータブル便器の収納場所にする際は、利用者個々のトイレでの排泄動線に配慮し、それを妨げないようにする必要がある。リビングで過ごしている利用者へのトイレ誘導の声掛けは、他の利用者に気づかれないよう配慮している。利用者面接ではポータブルトイレ使用時にバスタオルで下半身を覆ってくれるという意見がある一方で、居室でのトイレ使用でも扉を閉めてほしいという意見もあった。更なる取り組みを期待する。

おむつに頼らない排泄支援に向けリーダー研修を実施している

おむつ外しや利用者の排尿・便パターンの把握方法等をリーダー研修の中に取り入れている。なお、移乗・移動技術は入浴介助の中で平成22年に取り組んでいるが、職員全体が排泄支援の技術として応用できるように、継続研修が必要と認識している。ポータブルトイレは使用の都度、バケツを交換して衛生面や臭気に配慮している。

6 評価項目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

評点（○○●）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目6の講評

利用者の機能を引き出す移動支援に取り組んでいる

現在いる理学療法士は本年4月からの勤務で、利用者それぞれの身体機能評価を終えたところである。評価の視点は生活の中で使えているリハビリであるが、現場では利用者本人の機能を引き出す移乗介助を目標に支援している。また、歩行能力が低下している利用者にも、利用者の能力維持を目標に介護職員が歩行介助している。

シーティングや移動用具の点検は不十分な状態にある

車いすの付属品（アームレストカバー・クッション・フットレスト等）のメンテナンスは理学療法士の業務として行っている。適切な車椅子のフィッティングの視点からは、利用者の体型と障害に見合った車いすが不足しており、モジュール型車いすの整備を進めていきたいと考えている。車いすの清掃は月1回程度行っている。移動用具は不具合に気づいたとき修理する仕組みで、メンテナンスのレベルから見ると不十分な状態にあることを認識している。点検箇所、点検のインターバルなどを定めて取り組まれることを期待する。

7 評価項目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

評点(○○○●)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当
○ あり ◉ なし	4. 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○ 非該当

評価項目7の講評

利用者一人ひとりに機能訓練プログラムを作成し、3か月ごとに評価・見直しをしている

個別の機能訓練プログラムは関節可動域訓練を中心に作成し、3か月ごとの評価・見直しをしている。身体機能低下で関節の拘縮が見られる利用者の場合、その緊張を和らげる刺激と和らいだタイミングを見計らって関節を伸ばす専門的技術も求められ、今後の課題としている。週3回開催している「2時の会」では体操を、月1回開催の「音楽クラブ」は呼吸筋の強化を楽しみながら行える場になっている。この2つの集団リハビリプログラムには65名の利用者が参加している。

生活動作を機能訓練の機会と位置付けて積極的に取り組んでいる

機能訓練計画を施設サービス計画書に盛り込み、食事・入浴・排せつなどの日常生活動作時にも、利用者の機能を利用、或いは引き出す介助をしている。その結果、入浴では特殊浴槽から一般浴槽利用へ、排泄はおむつからトイレでの排泄をめざしその効果が表れている。福祉用具の点検は、業者によるエアーマットの年1回の点検を除き、不具合に気づいたら修繕するという状態にある。安全性の確保の視点から、点検用具と点検箇所、点検のインターバル、担当者を定め、確実に取り組まれることを期待する。

8 評価項目8
利用者の健康を維持するための支援を行っている

評点(○○○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	5. 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	○ 非該当

評価項目8の講評

看護師が中心となって利用者の健康管理をしている

新規利用者については入所後の1週間はバイタルチェックをして、個々の利用者の平素の状態把握に努めている。また、この時期に褥瘡予防を目的に座面体圧測定も実施し、クッション選定等の参考にしている。看護師の毎日の平均的な勤務人数は5名で、リーダーの1名は医務室、1名は利用者の医療機関受診同行、残る3名が各フロアを担当し、介護職と協働して利用者の健康管理をしている。配置医師として内科医と外科医の往診が各週1回ある。

誤薬防止のみならず、処方内容も看護師が医師に確認している

利用者に処方される定時薬は処方の目的や効果などを把握し、利用者の状態を医師に情報提供することで適切な処方内容になると考え、看護師の役割として重要視している。現在、胃瘻造設者は16名おり、4か月ごとのチューブ交換の際に必要カロリーの増減の指示も医師から受けている。これにも看護師からの情報提供が役立っている。利用者の薬は一括して医務室で管理し、リーダー看護師が朝・昼・夕毎にユニット別の配薬トレイにセットしてユニットに運ばれる。実際の与薬は介護職が薬包の名前を確認、利用者の名前を呼称して行っている。

看取り介護指針を作成し、看取り同意書も得て取り組んでいる

施設内で利用者の看取りは行っていたが、看取り介護加算を算定できる取り組みを開始したのは平成24年9月である。施設内看取りに関する説明は入所時に行い、現在利用者家族全員から同意書を得ている。この際、終末期における医療行為の内容まで複数示して説明し、それについての意向まで聞いている。ちなみに昨年度の死亡退所者は25名で、そのうち施設内看取りは15 名であった。看取り指針を定め家族への説明も確実に行い同意を得るようになり、施設内看取り人数も増加している。

9 評価項目9

利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目9の講評

起床後や就寝前の更衣は約6割の利用者に支援している

起床後や就寝前に更衣している利用者は約6割である。これには自力で更衣している利用者も含まれる。残る4割の利用者は、着替えること自体が‘面倒くさい’‘しんどい’などの理由により更衣していない。つまり職員主導の一律的な更衣ではなく、利用者の身体状況(強度の関節拘縮等)や意向を尊重し、個別対応している。起床後の洗顔と整容はモーニングケアの中で行うようにしている。女性の利用者の中に口髭が目立つ利用者が複数人いることが面接時に気になった。整容の中にこれも取り入れることを期待したい。

全室個室のため利用者は安定した睡眠を得られやすい環境にある

昼夜逆転を防止するため、日中に適度な刺激が得られるよう、昼間は可能な限りリビングなどで過ごさせるようにしている。ベッドをリビングに移動して過ごしている利用者もいる。全室個室のため照明や空調などはそれぞれで調節できる。夜間帯は安定した睡眠が確保できるよう騒音が出ないよう配慮している。

10 評価項目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

評点（OOOO）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	4. 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○ 非該当

評価項目10の講評

周囲に迷惑が無い範囲で利用者の暮らしを制限しないことを基本にしている

周囲に迷惑が無ければ、利用者が自分で出来ることは、特に制限せず自由に過ごしていただいている。夕食時に晩酌を楽しんでいる利用者もいる。外出や外泊も自由としている。また簡易ベッドを準備し、家族が利用者の居室に宿泊できるようにしている。

介護度の上昇の中で利用者が楽しめるレクリエーションを工夫している

かつては利用者が希望する競技を取り入れ運動会などを行っていたが、介護度の上昇で困難になり、現在は文化交流会という名称での作品展示会を実施している。またクラブ活動も、例えば生け花クラブでは花に鋏を入れることや、剣山やオアシスに花を挿すことが難しくなっているため、それを使わずにできる方法を工夫している。昨年度から取り組み始めた月1回の料理クラブには5～6人が交替参加し、利用者の担う部分を少なくして食べる楽しみの場とし、そこに家族の参加も呼び掛けている。

認知症の利用者が落ち着いて暮らせる工夫をしている

認知症で落ちつかない利用者への声掛けで、上手に対応できた例などを申し送り等で共有するようにしている。また、認知症の専門病院を受診し、薬の調整を行っている利用者も5名程度いる。環境整備としては、利用者の馴染みの物の持ち込みを勧めている。

11 評価項目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

評点（OOO）

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 利用者が地域の一員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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目11の講評

個別外出への取り組みが、利用者をより深く理解する機会になっている

利用者の重度化により、集団での利用者の外出は、職員の同行を考慮すると回数も制限せざるを得ない。そこでユニットケアの特徴を生かして、一昨年から個別外出に取り組み始めた。職員の勤務調整などの苦労はあるが、事前準備の中で利用者へのかかわりが深まっている。また、実際の外出場面では、利用者の新たな面の発見と満足気な顔、同行した家族との関係が深まるなど成果は大きい。ちなみに昨年度の延べ外出回数は90回である。利用者からは外出を楽しめている声も面接時に聞いた。

地域住民へ参加を呼び掛ける行事を企画している

家族と地域住民に参加を呼び掛ける行事としては、敬老の日、夕涼み会、文化交流会がある。地域への行事案内は管理者が自ら地域の隣組を訪れて参加を誘うなど、この機会を通して地域住民との関係強化や、情報の収集を図るようにしている。例えば、夕涼み会への地域住民の参加人数は、昨年度と今年度を比較すると3倍に増えている。市内の行事情報などは施設内の掲示板に掲出しているが、個別外出先として利用者意向を取り入れる際に、これらの情報を活用するような、更なる取り組みも期待したい。

12 評価項目12
施設と家族との交流・連携を図っている

評点(○○○)

評価	標準項目	
◉ あり ○ なし	1. 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○ 非該当
◉ あり ○ なし	2. 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	○ 非該当
◉ あり ○ なし	3. 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	○ 非該当

評価項目12の講評

利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている

昨年の7月から3か月ごとに、担当介護士と看護師が利用者の近況報告便りを書き、請求書発送時に同封する取り組みを開始している。それをきっかけに家族から電話が入ることもあるが、今のところ件数は少ない。取り組んで間もないこと、家族に知らせるべき情報を今後の取り組みで精査するなど、更なる充実に期待したい。

家族参加を呼び掛ける行事や意見を聞く機会を設けている

家族に参加を呼び掛ける行事としては、夕涼み会・文化交流会・食事会・個別外出等がある。また、家族に直接参加を呼び掛けるものではないが、あるユニットでは「誕生日をどう過ごしたいか」を利用者に尋ねたところ、「家族との外出」希望があり、それが実現するよう支援した例等もある。いずれにしても多様な手法で家族が利用者と施設運営に対し関心を高めるよう働きかけをしている。家族懇談会は、30家族40人の参加を得て昨年9月に初めて開催できた。参加者からは「施設の取り組みが分かってよかった」という意見があった。

社会福祉法人天神会
特別養護老人ホーム天神荘

2013 年度第三者評価総評

社会福祉法人天神会は、1980 年に設立された歴史のある法人である。高齢化の進展や福祉サービスの増大とニーズの多様化の中、現理事長は、笠岡市の高齢者や要介護者などの将来推計や市の福祉計画を踏まえて、理事長方針を定め、取り組みの内容を具体化し実銭している。

第三者評価の効果を、①サービスの質について改善すべき点の明確化、②取り組みの具体的な目標設定、③職員の自覚と改善意欲の醸成、課題の共有化、そして利用者・家族からの信頼の獲得と向上が得られると判断し、２年前から受審に向け取り組んできた。

第三者評価は任意の受審であり、全国的に見ると受審率が低調な中で、進んで取り組まれたことに敬意を表します。そして改善に向かう貴法人・事業所の後押しになることを確信し、総評を提案させていただきます。

組織マネジメント分野における改善が求められる点

１．「計画の策定と着実な実行」について、全般的に見直しが必要である

1980 年の法人開設以来、一貫して掲げてきた基本理念を現理事長が新しい時代に合わせて発展的に再構築した。そして、理事長方針として、23 年度～25 年度まで、３か年の経営目標と重点施策を掲げ、組織を挙げてその実現に取り組む活動を開始している。

しかし、事業所全体の年度事業計画は、この３か年計画に関連させた内容とはいえず、現状の取り組みを掲げるにとどまっている。組織的に策定するためのプロセスが不明瞭であり、また実践に向かう具体策や進捗状況の確認なども同様である。

一方、現場では職種ごとに年間の活動計画を立てるとともに、各フロアで短期（３か月）の目標を設定し、問題意識をもって取り組みを進めている。

法人として、中・長期計画、年度事業計画、各部署の活動計画などについて、計画策定の目的や方法、内容などについて検討し、標準化することが求められる。

2．人材の確保及び育成について積極的な取り組みを開始しており、その継続と改善が課題である

職員を法人の最も重要な経営資源と位置づけ、安全・安心な介護体制の確立を法人の重点課題に掲げ、当事業所においては１ユニット５人体制、常勤職員 60 人の確保を目標に、優秀な人材の採用と定着、及び職場の活性化に取り組んでいる。

人材育成に関する各種の取り組みを開始したばかりであり、課題を持っている。その一つとして、本人の自己申告と組織からの期待像を個別面接ですり合わせ、年間業務目標を設定しているが、職員別の育成計画の策定には至っていない。また新人職員の OJT および OJT を実施する中堅職員の育成に力を入れ、指導の標準化を図るために、OJT の担当者が使用するチェックシートを作成している。しかしチェックの仕方等にバラつきがあり、その点の改善が今後の課題となっている。さらに、職員研修の充実を図るとともに、研修で学んだことを実践に活かすことを職員に意識づけるため、研修成果の活用方法を具体的な計画に落とし込む仕組みを導入した。ただし、現状では目的に適った計画の策定が不十分な状態であり、課題を残している。先進施設への研修やコンサルテーションの導入なども開始しているので、このようなさまざまな取り組みを、法人としてどのように調整し、目標を達成するのか、内省と実践力が求められる。

3．地域貢献と地域の関係機関との連携について、積極的な取り組みを期待する

地域との連携を重点施策として取り組みを開始している。

施設の保有する社会資源を地域に還元する取り組みとしては、これまで近隣の自治会や住民に対する施設備品の貸し出しが主であった。法人として地域との連携を重点施策の一つに謳い、昨年度から外部講師を招いて介護に関する公開セミナーを開催し、広く一般市民に参加を呼び掛けている。初回の昨年度は市内の公共施設を会場に約 500 人の市民の参加を得ている。

一方、市の高齢者福祉推進計画・介護保険事業計画の基となった人口や高齢化率、要介護等認定者の推移及び将来予測データ等を、地域におけるニーズ変化の予測の参考にしているが、計画的な取り組みは特に認められない。また、毎年、地域住民

を招いて開催する施設行事（夕涼み会）で参加者の声や感想を集めているものの、組織的な取り組みにはなっておらず、ニーズの集約及び分析までには至っていない。さらに関係機関との連携、地域の事業者の連絡会の必要性を痛感し、現在、地域包括支援センターとの連携を模索している。今後、法人の目指す新しい福祉支援システムの構築に向けた動きの中で、地域におけるニーズの把握及び掘り起こしに組織的に取り組むとともに、地域との日常的な交流をより一層活性化し、地域福祉の拠点としての役割を果たしていくことが期待される。

サービス分野における特に優れている点

１．各職種の連携の機会が充実し、チームワークの良さを感じさせる

第三者評価の職員自己評価の有効回答率は 94.3%（調査対象者数 88 名）と、高率である。また、評価分野「サービス提供のプロセス」の項目は、リーダー層、一般職員ともに、「できている」と回答している割合が高い。この背景として、各現場のチーフまたは責任者以上による施設運営会議、職員会議やフロア会議などの定例化により、情報共有、意思疎通が図られていることが挙げられる。

利用者支援においても協働して検討する機会が充実している。その具体例を挙げると、まず入所を前提とした事前訪問には、ケアマネジャーに看護・介護・栄養部門の担当者も同行訪問して情報の把握・共有を図っている。入所前にカンファレンスを開催して暫定プランを作成、職員に周知している。さらに入所１か月をめどに介護・医務（看護）・リハビリの各職種が支援すべき状態を把握・アセスメントして計画を作成、この計画の実施状況と利用者の変化について各職種が参加する６か月毎のカンファレンスで確認している、などである。

記録の共有は、介護記録ソフトを使用し、毎日、あるいは支援時に記録している。これも各職種が記録した内容を共有できる仕組みであり、連携を進める一助となっている。職員が一丸となって課題に取り組むためには、会議や研修・学習の機会など職員間のコミュニケーションの機会が充実していること、方針を推し進めるリーダーシップが求められるが、本事業所では、施設長、介護課長がその役割を果たしている。チームワークの良さを感じさせる事業所である。

2．生活動作を機能訓練の機会に位置付けて積極的に取り組み、その効果をあげている

介護度の上昇により利用者の身体機能も低下している。そのため排泄はおむつ使用、入浴は機械浴漕使用者が増加する傾向が見られた。この状態の改善をめざし、平成 22 年度に外部から講師を招き、１年間にわたり利用者の機能を利用した移乗・移動介助方法を学習して入浴介助に応用した。その結果、仰臥位で浴槽に入る特浴と端座位リフト浴槽利用者が半々であった入浴形態が、端座位リフト浴槽と一般個人浴槽利用へと大きく変化した。利用者調査の結果も入浴時の誘導方法、羞恥心への配慮、入浴介助等について肯定的回答割合が８割を超えている。

現在、おむつ外しや利用者の排尿・排便パターンの把握方法をリーダー研修の中に取り入れている。また、介護方針もおむつを外し下着とパッド使用で対応することを原則に、排泄ケアプランを作成している。そして、これを実効性のあるものにすべく、排泄姿勢の確保を容易にするため一部の便座の入れ替えや、前傾姿勢を促す福祉用具の導入など自然排泄を促す支援に取り組んでいる。入浴・排泄支援への職員自己評価も高く、積極的な取り組みが利用者・職員双方に結果として表れている。

3．家族の協力も得ながら外出支援への取り組みを開始している

利用者の重度化により集団での外出はユニット配置の職員数では制限せざるを得ない状況がある。そこでユニットの特性を生かし、一昨年から個別外出に取り組み始めた。職員の勤務調整は必要であるものの、職員は事前準備の中で担当する利用者に意識的に関わるようになった。また、個人外出は家族に直接参加を呼び掛けるものではないが、あるユニットで利用者に希望を尋ねたところ「家族との外出」があり、それを実現させるべく支援した事例もある。実際の外出場面では職員が長時間を利用者（同行家族）と共に過ごせるため、施設内では気づけないことにも気づける機会となり、家族との関係が深まるなど成果は大きい。施設運営に家族の声を活かすことは極めて重要である。家族の声を聞く機会として家族会や行事・懇親会、ケアプランの説明時などがあるが、このような場面で表出されにくい家族の気持ちを聞く良い機会になると考える。家族意向の把握方法にも多様性が求められる。更なる充実を期待する。

サービス分野における改善が求められる点

１．利用者本人の権利を守るための家族役割の明確化と家族参加を促進する取り組みが求められる

特別養護老人ホームの入所者は年々重度化し、本事業所でも平成 25 年３月時点での平均要介護度は「４」である。このような状態を踏まえた中で、利用者と家族の希望や意向の把握方法について、確実な方針と対策が求められる。

この視点から、本事業所における取り組みを見ると不十分さを認める。たとえば入所時の重要事項説明書などの説明は、希望があった時としている。また、ケアプラン作成時のカンファレンスに際し、日程を伝えるが家族の参加はごく少数であり、面会時に意向を伝える家族も５人（利用者定員 110 人）程度だとしている。

上記のような現状はあるが、本事業所では既にこのことを課題として取り組みを開始している。例えば、今年度から家族懇談会を開催し、30 家族 40 人が参加をしている。また、昨年から、３か月ごとに利用者の日常の様子を「たより」として知らせている。さらに本事業所は、施設内看取りに取り組み、その対象者も増加している。

家族など親族や親しい人、あるいは後見人などのかかわりについて、今後ますますその必要性が増すことは明白である。

利用者の権利を守るための家族役割を本事業所の方針として明確にすること、そして本人の意思を反映させるための具体的な取り組み、また家族が意向を言う機会の充実について検討し、確実に実践することが今後は求められる。

２．摂食姿勢の確保に向けた更なる工夫と、ソフト食導入への取り組みを期待する

利用者の機能を活用した食事にするため、テーブルの高さや椅子の座面高調整の工夫をしている。しかしながら椅子の形状が１種類のため、高さは調整できても座幅と奥行きは同じである。そのため特に体格が小柄な利用者は、自立的な食事に不可欠な正しい端座位姿勢から前傾姿勢を保つことが困難になっている。利用者の機能を引き出したより自立的な食事には、テーブル・椅子等の環境の影響は大きい。利用者の機能を最大限に活用できる環境づくりは、誤嚥防止にもつながる。

また、食事形態を見ると極刻み食が提供されている。咀嚼・嚥下機能の低下した

利用者にとって極刻み食は、食塊形成を困難にする形態である。食物としても何を食べているのか分からない形状と食感で、食物が口腔内に残りやすいため誤嚥や誤嚥性肺炎のリスクも高くなる。極刻み食は調理後に細かく刻むというひと手間をかけながら、咀嚼・嚥下機能の低下した利用者にとって不適切な食形態である。早急なソフト食導入にむけた取り組みを期待する。

3．シーティングへの取り組みの充実と福祉用具の適切な点検実施を期待する

シーティングとは車いすや椅子を利用者の体型や障害に合わせて調整することによりまず姿勢を良くすること、さらに座位が取れることで可能になる移動や上肢を使ってできる行為を増やしていくことである。その意味からもシーティングに取り組むことは重要になる。シーティングの実践に際しては、利用者の体型と障害に対応させやすいモジュールタイプの車いすの必要度は高い。とはいえこのタイプの車いすは一般の車いすと比較した時、かなり高額である。本事業所においてはその整備が不十分との認識が現場職員にある。一般型の車いすをスポンジやペットボトル、ベニヤ板などを使い改造して個々の利用者に合わせる方法もあるが、おのずと限界がある。予算を伴うものではあるが優先順位を高くして、計画的に整備されることを期待する。

また、安全性と快適性の見地から本事業所の福祉用具の整備状況を見ると、車いすを中心とする移動用具は不具合に気づいた時に行うとしている。ベッド等の他の用具についての点検箇所やインターバルも決められていない。安全性確保の視点から、点検すべき用具と点検箇所、及びそのインターバル、担当者などを決めて確実に取り組まれることを期待する。

Ⅰ　職員自己評価　集計結果　組織マネジメント

経営者層（合議）	1
リーダー層	13名
一般職員	70名

特別養護老人ホーム
特別養護老人ホーム　天神荘
収集期間　4月12日～4月26日

調査対象職員数	88名
有効回答数	83名
回収率	94.3%

カテゴリー１　リーダーシップと意思決定

サブカテゴリー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

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	63	90.0%	0	0.0%	4	5.7%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	10	76.9%	2	15.4%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	45	64.3%	8	11.4%	14	20.0%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	9	69.2%	3	23.1%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	32	45.7%	4	5.7%	31	44.3%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
④ 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）	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	30	42.9%	7	10.0%	30	42.9%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 経営層は、自らの役割と責任を職員に伝えている	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	30	42.9%	8	11.4%	29	41.4%	3	4.3%	70	100.0%
② 経営層は、自らの役割と責任に基づいて行動している	○	リーダー層	9	69.2%	2	15.4%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	28	40.0%	3	4.3%	36	51.4%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	35	50.0%	4	5.7%	28	40.0%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	34	48.6%	7	10.0%	26	37.1%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	29	41.4%	8	11.4%	30	42.9%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー２　経営における社会的責任

サブカテゴリー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

評価項目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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	50	71.4%	3	4.3%	14	20.0%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	9	69.2%	2	15.4%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	45	64.3%	6	8.6%	16	22.9%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	11	84.6%	1	7.7%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	40	57.1%	2	2.9%	25	35.7%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	10	76.9%	2	15.4%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	39	55.7%	4	5.7%	24	34.3%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー２　地域の福祉に役立つ取り組みを行っている

評価項目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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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）	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	19	27.1%	4	5.7%	44	62.9%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	7	53.8%	4	30.8%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	22	31.4%	5	7.1%	40	57.1%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	39	55.7%	2	2.9%	26	37.1%	3	4.3%	70	100.0%
② 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）	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	30	42.9%	1	1.4%	36	51.4%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	9	69.2%	0	0.0%	3	23.1%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	31	44.3%	0	0.0%	36	51.4%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目２－２－３　地域の関係機関との連携を図っている

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	6	46.2%	3	23.1%	3	23.1%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	18	25.7%	2	2.9%	47	67.1%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	4	30.8%	4	30.8%	4	30.8%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	18	25.7%	1	1.4%	48	68.6%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー３　利用者意向や地域・事業環境の把握と活用

サブカテゴリー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

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	41	58.6%	5	7.1%	21	30.0%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	53	75.7%	5	7.1%	9	12.9%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	11	84.6%	1	7.7%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	42	60.0%	3	4.3%	21	30.0%	4	5.7%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	11	84.6%	1	7.7%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	40	57.1%	4	5.7%	22	31.4%	4	5.7%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	49	70.0%	3	4.3%	15	21.4%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	2	15.4%	7	53.8%	3	23.1%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	16	22.9%	4	5.7%	47	67.1%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	7	53.8%	4	30.8%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	19	27.1%	2	2.9%	46	65.7%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	4	30.8%	5	38.5%	3	23.1%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	15	21.4%	2	2.9%	50	71.4%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー４　計画の策定と着実な実行

サブカテゴリー１　実践的な課題・計画策定に取り組んでいる

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	9	69.2%	1	7.7%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	39	55.7%	1	1.4%	27	38.6%	3	4.3%	70	100.0%
② 年度単位の計画を策定している	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	42	60.0%	3	4.3%	22	31.4%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	38	54.3%	3	4.3%	26	37.1%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	29	41.4%	4	5.7%	34	48.6%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	9	69.2%	2	15.4%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	26	37.1%	10	14.3%	31	44.3%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	7	53.8%	2	15.4%	3	23.1%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	31	44.3%	3	4.3%	33	47.1%	3	4.3%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	26	37.1%	6	8.6%	35	50.0%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目４－１－３　着実な計画の実行に取り組んでいる

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	43	61.4%	2	2.9%	22	31.4%	3	4.3%	70	100.0%
② 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・失敗事例を参考にするなどの取り組みを行っている	○	リーダー層	9	69.2%	1	7.7%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	31	44.3%	8	11.4%	28	40.0%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	6	46.2%	3	23.1%	3	23.1%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	23	32.9%	6	8.6%	38	54.3%	3	4.3%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	9	69.2%	2	15.4%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	23	32.9%	2	2.9%	42	60.0%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー２　利用者の安全の確保・向上に計画的に取り組んでいる

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	57	81.4%	1	1.4%	9	12.9%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	1	1.4%	6	8.6%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	54	77.1%	2	2.9%	11	15.7%	3	4.3%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	58	82.9%	2	2.9%	7	10.0%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー５　職員と組織の能力向上

サブカテゴリー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

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	30	42.9%	9	12.9%	28	40.0%	3	4.3%	70	100.0%
② 事業所が必要とする人材を踏まえた採用を行っている	○	リーダー層	2	15.4%	5	38.5%	5	38.5%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	16	22.9%	17	24.3%	34	48.6%	3	4.3%	70	100.0%
③ 適材適所の人員配置に取り組んでいる	○	リーダー層	9	69.2%	2	15.4%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	22	31.4%	14	20.0%	31	44.3%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目５－１－２　職員の質の向上に取り組んでいる

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	8	61.5%	3	23.1%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	19	27.1%	20	28.6%	28	40.0%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	6	46.2%	6	46.2%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	25	35.7%	14	20.0%	28	40.0%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	8	61.5%	4	30.8%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	31	44.3%	10	14.3%	26	37.1%	3	4.3%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	6	46.2%	6	46.2%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	28	40.0%	13	18.6%	26	37.1%	3	4.3%	70	100.0%
⑤ 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	○	リーダー層	9	69.2%	3	23.1%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	30	42.9%	8	11.4%	29	41.4%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー２　職員一人ひとりと組織力の発揮に取り組んでいる

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	6	46.2%	4	30.8%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	26	37.1%	9	12.9%	32	45.7%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	11	84.6%	1	7.7%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	38	54.3%	9	12.9%	20	28.6%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	44	62.9%	5	7.1%	18	25.7%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目５－２－２　職員のやる気向上に取り組んでいる

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	22	31.4%	8	11.4%	37	52.9%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	9	69.2%	1	7.7%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	12	17.1%	31	44.3%	24	34.3%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	7	53.8%	4	30.8%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	15	21.4%	26	37.1%	26	37.1%	3	4.3%	70	100.0%
④ 福利厚生制度の充実に取り組んでいる	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	28	40.0%	7	10.0%	32	45.7%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

カテゴリー７　情報の保護・共有

サブカテゴリー１　情報の保護・共有に取り組んでいる

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	29	41.4%	0	0.0%	38	54.3%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	34	48.6%	2	2.9%	31	44.3%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	9	69.2%	1	7.7%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	31	44.3%	1	1.4%	35	50.0%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	31	44.3%	1	1.4%	35	50.0%	3	4.3%	70	100.0%
② 個人情報の保護に関する規定を明示している	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	41	58.6%	2	2.9%	24	34.3%	3	4.3%	70	100.0%
③ 開示請求に対する対応方法を明示している	○	リーダー層	9	69.2%	0	0.0%	3	23.1%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	19	27.1%	2	2.9%	46	65.7%	3	4.3%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	2	15.4%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	29	41.4%	3	4.3%	35	50.0%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

Ⅱ　職員自己評価　集計結果　サービス提供のプロセス

経営者層（合議）	1
リーダー層	13名
一般職員	70名

特別養護老人ホーム
特別養護老人ホーム　天神荘
収集期間　4月12日～4月26日

調査対象職員数	88名
有効回答数	83名
回収率	94.3%

カテゴリー６　サービス提供のプロセス

サブカテゴリー１　サービス情報の提供

評価項目６－１－１　利用希望者等に対してサービスの情報を提供している

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	40	57.1%	2	2.9%	26	37.1%	2	2.9%	70	100.0%
② 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している	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	36	51.4%	3	4.3%	29	41.4%	2	2.9%	70	100.0%
③ 事業所の情報を、行政や関係機関等に提供している	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	25	35.7%	1	1.4%	42	60.0%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
④ 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	46	65.7%	1	1.4%	21	30.0%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー２　サービスの開始・終了時の対応

評価項目６－２－１　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	45	64.3%	2	2.9%	21	30.0%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	42	60.0%	2	2.9%	24	34.3%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	49	70.0%	2	2.9%	17	24.3%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－２－２　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	47	67.1%	2	2.9%	19	27.1%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	44	62.9%	6	8.6%	18	25.7%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	10	76.9%	0	0.0%	3	23.1%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	38	54.3%	3	4.3%	27	38.6%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー３　個別状況に応じた計画策定・記録

評価項目６－３－１　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	56	80.0%	0	0.0%	12	17.1%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	11	84.6%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	56	80.0%	0	0.0%	12	17.1%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	52	74.3%	3	4.3%	13	18.6%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－３－２　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 計画は、利用者の希望を尊重して作成、見直しをしている	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	57	81.4%	1	1.4%	10	14.3%	2	2.9%	70	100.0%
② 計画は、見直しの時期・手順等の基準を定めたうえで、必要に応じて見直している	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	55	78.6%	2	2.9%	11	15.7%	2	2.9%	70	100.0%
③ 計画を緊急に変更する場合のしくみを整備している	○	リーダー層	11	84.6%	0	0.0%	1	7.7%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	41	58.6%	3	4.3%	24	34.3%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－３－３　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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	2	15.4%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	44	62.9%	6	8.6%	18	25.7%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	40	57.1%	9	12.9%	19	27.1%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－３－４　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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	55	78.6%	4	5.7%	9	12.9%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	61	87.1%	3	4.3%	4	5.7%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー４　サービスの実施

評価項目６－４－１　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 施設サービス計画に基づいて支援を行っている	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	0	0.0%	8	11.4%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	11	84.6%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	1	1.4%	7	10.0%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	61	87.1%	2	2.9%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－２　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 利用者の状態に応じた食事提供や介助を行っている	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	64	91.4%	1	1.4%	3	4.3%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	62	88.6%	1	1.4%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	62	88.6%	1	1.4%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－３　利用者が食事を楽しむための工夫をしている

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 利用者の嗜好を反映した食事を選択できる機会がある	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	51	72.9%	7	10.0%	10	14.3%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	57	81.4%	6	8.6%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	48	68.6%	11	15.7%	9	12.9%	2	2.9%	70	100.0%
④ 配膳は、利用者の着席に合わせて行っている	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	56	80.0%	6	8.6%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－４　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	62	88.6%	2	2.9%	4	5.7%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	62	88.6%	1	1.4%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%
③ 認知症の利用者に対し、個別の誘導方法を実施している	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	56	80.0%	2	2.9%	10	14.3%	2	2.9%	70	100.0%
④ 利用者が入浴を楽しめる工夫をしている	○	リーダー層	7	53.8%	4	30.8%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	41	58.6%	12	17.1%	15	21.4%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－５　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	62	88.6%	1	1.4%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	10	76.9%	2	15.4%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	2	2.9%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	11	84.6%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	51	72.9%	5	7.1%	12	17.1%	2	2.9%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	62	88.6%	2	2.9%	4	5.7%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－６　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	10	76.9%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	2	2.9%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	63	90.0%	1	1.4%	4	5.7%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	5	38.5%	7	53.8%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	55	78.6%	8	11.4%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－７　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	9	69.2%	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	37	52.9%	8	11.4%	22	31.4%	3	4.3%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	36	51.4%	7	10.0%	24	34.3%	3	4.3%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	10	76.9%	2	15.4%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	30	42.9%	14	20.0%	23	32.9%	3	4.3%	70	100.0%
④ 福祉用具は、定期的に使用状況の確認をし、必要に応じて対処をしている	○	リーダー層	7	53.8%	4	30.8%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	30	42.9%	8	11.4%	29	41.4%	3	4.3%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－８　利用者の健康を維持するための支援を行っている

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 利用者の状態に応じた健康管理や支援を行っている	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	59	84.3%	0	0.0%	9	12.9%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	61	87.1%	2	2.9%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%
③ 利用者の状態に応じ、口腔ケアを行っている	○	リーダー層	9	69.2%	4	30.8%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	59	84.3%	3	4.3%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	61	87.1%	1	1.4%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%
⑤ 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	55	78.6%	1	1.4%	12	17.1%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－９　利用者が日々快適に暮らせるよう支援を行っている

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 起床後、就寝前に更衣支援を行っている	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	2	2.9%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	11	84.6%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	61	87.1%	1	1.4%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	53	75.7%	2	2.9%	13	18.6%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－１０　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	55	78.6%	4	5.7%	9	12.9%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	5	38.5%	7	53.8%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	40	57.1%	12	17.1%	16	22.9%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	51	72.9%	4	5.7%	13	18.6%	2	2.9%	70	100.0%
④ 利用者の気持ちに沿った声かけや援助を行っている	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	2	2.9%	6	8.6%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－１１　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 定期的な散歩や外食、遠出など外出の機会を設けている	○	リーダー層	10	76.9%	3	23.1%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	53	75.7%	10	14.3%	5	7.1%	2	2.9%	70	100.0%
② 利用者が地域の一員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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	48	68.6%	5	7.1%	15	21.4%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	3	23.1%	9	69.2%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	35	50.0%	13	18.6%	20	28.6%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－４－１２　施設と家族との交流・連携を図っている

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 利用者の日常の様子を定期的に家族に知らせている	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	59	84.3%	2	2.9%	7	10.0%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	0	0.0%	1	7.7%	13	100.0%
		一般職員	53	75.7%	4	5.7%	11	15.7%	2	2.9%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	11	84.6%	1	7.7%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	39	55.7%	5	7.1%	24	34.3%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー５　プライバシーの保護等個人の尊厳の尊重

評価項目６－５－１　利用者のプライバシー保護を徹底している

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 利用者に関する情報（事項）を外部と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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	38	54.3%	2	2.9%	28	40.0%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	13	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	54	77.1%	0	0.0%	14	20.0%	2	2.9%	70	100.0%
③ 利用者の羞恥心に配慮した支援を行っている	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	58	82.9%	2	2.9%	8	11.4%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－５－２　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	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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）	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	54	77.1%	2	2.9%	12	17.1%	2	2.9%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	11	84.6%	2	15.4%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	56	80.0%	5	7.1%	7	10.0%	2	2.9%	70	100.0%
③ 虐待被害にあった利用者がいる場合には、関係機関と連携しながら対応する体制を整えている	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	41	58.6%	2	2.9%	25	35.7%	2	2.9%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	7	53.8%	6	46.2%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	54	77.1%	4	5.7%	10	14.3%	2	2.9%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

サブカテゴリー６　事業所業務の標準化

評価項目６－６－１　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	12	92.3%	0	0.0%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	53	75.7%	1	1.4%	12	17.1%	4	5.7%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	44	62.9%	4	5.7%	18	25.7%	4	5.7%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	7	53.8%	6	46.2%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	42	60.0%	11	15.7%	13	18.6%	4	5.7%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－６－２　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 提供しているサービスの基本事項や手順等は改変の時期や見直しの基準が定められている	○	リーダー層	10	76.9%	1	7.7%	2	15.4%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	34	48.6%	4	5.7%	28	40.0%	4	5.7%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	10	76.9%	2	15.4%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	43	61.4%	3	4.3%	20	28.6%	4	5.7%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	41	58.6%	3	4.3%	22	31.4%	4	5.7%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

評価項目６－６－３　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

標準項目	経営層合議結果	属性	できている		できていない		知らない・わからない		無回答		合計	
① 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	50	71.4%	5	7.1%	10	14.3%	5	7.1%	70	100.0%
② 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	55	78.6%	4	5.7%	7	10.0%	4	5.7%	70	100.0%
③ 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	○	リーダー層	10	76.9%	2	15.4%	1	7.7%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	56	80.0%	3	4.3%	7	10.0%	4	5.7%	70	100.0%
④ 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	56	80.0%	2	2.9%	8	11.4%	4	5.7%	70	100.0%
⑤ 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	○	リーダー層	12	92.3%	1	7.7%	0	0.0%	0	0.0%	13	100.0%
		一般職員	60	85.7%	0	0.0%	6	8.6%	4	5.7%	70	100.0%

経営層自己評価で、標準項目について「できている」と評価した場合「○」、「できていない」と評価した場合「●」で表示されます。

Ⅳ-1　利用者聞き取り調査　集計結果

特別養護老人ホーム 天神荘
聞き取り調査実施日　　5月23日～24日

利用者総数　　100名
調査対象者数　　23名
有効回答者数　　18名

1．居室について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
1	くつろげる居室ですか	15	3	0	0	18名
		83.3	16.7	0.0	0.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
2	ベッド・寝具など、寝る場所は安全ですか	18	0	0	0	18名
		100.0	0.0	0.0	0.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
3	ナースコールは、いざというときに使いやすくなっていますか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
4	居室はいつもきれいに保たれていますか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

2．食事について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
5	食事はおいしいですか	13	4	1	0	18名
		72.2	22.2	5.6	0.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
6	献立を掲示していることを知っていますか	5	4	5	4	18名
		27.8	22.2	27.8	22.2	100.0%

3．入浴について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
7	お風呂は楽しみですか	14	4	0	0	18名
		77.8	22.2	0.0	0.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
8	入浴時の誘導で、嫌な思いをすることはありませんか（裸、廊下で待つなど）（ない場合は「はい」を選択）	17	1	0	0	18名
		94.4	5.6	0.0	0.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
9	浴室や脱衣所はいつも清潔ですか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
10	お風呂のことでイヤだと思うこと、恥ずかしいと思うことはありませんか（ない場合は「はい」を選択）	15	1	2	0	18名
		83.3	5.6	11.1	0.0	100.0%

※入浴介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
11	いつもあなた（利用者）に合った入浴介助を受けていますか	15	0	0	3	18名
		83.3	0.0	0.0	16.7	100.0%

4．排泄について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
12	トイレの時に、イヤだと思うこと、恥ずかしいと思うことがありませんか	11	1	2	4	18名
		61.1	5.6	11.1	22.2	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
13	トイレ（ポータブル）はいつも清潔ですか	13	0	0	5	18名
		72.2	0.0	0.0	27.8	100.0%

※排泄介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
14	必要な時に気軽に介助を頼むことができますか	9	2	0	7	18名
		50.0	11.1	0.0	38.9	100.0%

※排泄介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
15	いつもあなた（利用者）に合った排泄介助を受けていますか	8	1	0	9	18名
		44.4	5.6	0.0	50.0	100.0%

※排泄介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
16	居室・トイレで排泄介助の時、職員は必ずカーテンや扉を閉めて、周囲から見えないように気遣いをしていますか	9	0	1	8	18名
		50.0	0.0	5.6	44.4	100.0%

5．身だしなみについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
17	いつもあなた（利用者）に合った、気持ちのよい服装をしていると思いますか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
18	いつもあなた（利用者）にあった髪形をしていると思いますか	14	3	0	1	18名
		77.8	16.7	0.0	5.6	100.0%

6．建物内の移動・移乗について

※移動の介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
19	必要なときに気軽に介助を頼むことができますか	7	3	0	8	18名
		38.9	16.7	0.0	44.4	100.0%

※移動の介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
20	職員は、例えば食堂から居室へ移動介助するような時に、あなた（利用者）の意思を確認しますか	6	1	0	11	18名
		33.3	5.6	0.0	61.1	100.0%

7．外出について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
21	外出の回数はちょうどよいですか (外出の機会とその回数を書き、そのうえでその回数で良いと思うかを聞く)	6	5	4	3	18名
		33.3	27.8	22.2	16.7	100.0%

8．個別支援計画（ケアプラン）について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
22	個別支援計画の作成にあたって、職員と話し合ったことがありますか	5	0	7	6	18名
		27.8	0.0	38.9	33.3	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
23	個別支援計画の作成にあたっての話し合いでは、十分に意見や要望を伝えることができましたか	2	1	7	8	18名
		11.1	5.6	38.9	44.4	100.0%

9．機能訓練について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
24	身体の訓練になるようなことをやっていますか	4	5	6	3	18名
		22.2	27.8	33.3	16.7	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
25	車いすや杖、手すりなどは使いやすいですか	8	4	1	5	18名
		44.4	22.2	5.6	27.8	100.0%

10．相談機能について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
26	いま、何か困っていること（不安なこと）や誰かに相談したいことがありますか	8	3	4	3	18名
		44.4	16.7	22.2	16.7	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
27	相談したい時に気軽に相談できますか	6	5	2	5	18名
		33.3	27.8	11.1	27.8	100.0%

１１．職員について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
28	職員は、よくあなた（利用者）に話しかけてきますか	14	4	0	0	18名
		77.8	22.2	0.0	0.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
29	職員の言動で、あなた（利用者）は恥ずかしい思い、イヤな思いをしたことはありませんか （ない場合は「はい」を選択）	15	1	1	1	18名
		83.3	5.6	5.6	5.6	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
30	職員は、居室に入るときあなた（利用者）に聞こえるように挨拶をしたり、ノックをして入ってきますか	15	1	0	2	18名
		83.3	5.6	0.0	11.1	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
31	ここでは、あなた（利用者）の考え（価値観）や入所前の習慣は大切にされていると思いますか	5	4	0	9	18名
		27.8	22.2	0.0	50.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
32	職員に気軽に不満や要望を言うことができますか	10	3	2	3	18名
		55.6	16.7	11.1	16.7	100.0%

１２．個人情報について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
33	あなた（利用者）の個人情報（住所、名前、趣味、家族のこと等）は、外部に漏れないように守られていると思いますか	4	0	0	14	18名
		22.2	0.0	0.0	77.8	100.0%

13. 安全対策の周知について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
34	この施設でインフルエンザ、ノロウイルスなどの感染症対策や防災訓練等を行っているのを聞いたことがありますか	4	3	7	4	18名
		22.2	16.7	38.9	22.2	100.0%

14. 健康について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
35	ここでは、健康のことについて気軽に相談できますか	14	1	1	2	18名
		77.8	5.6	5.6	11.1	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
36	体調が悪くなったときにすぐに医師や看護師にみてもえらえそうですか	15	2	1	0	18名
		83.3	11.1	5.6	0.0	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
37	先行き具合が悪くなった時などの不安がありますか （ない場合は「はい」を選択）	12	2	1	3	18名
		66.7	11.1	5.6	16.7	100.0%

15. ボランティアについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
38	ボランティア等、地域の方々と触れあう機会がありますか	5	2	2	9	18名
		27.8	11.1	11.1	50.0	100.0%

16. 施設の運営方針について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
39	ここの理念や基本方針など大切にしていることは、どのようなことか聞いたことがありますか	2	1	5	10	18名
		11.1	5.6	27.8	55.6	100.0%

17. 苦情解決制度について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
40	施設の運営や職員のことで意見・要望・苦情がある時に、この施設以外の機関に伝える方法を聞いていますか	1	0	6	11	18名
		5.6	0.0	33.3	61.1	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
41	苦情や意見は、きちんと対応されると思いますか	0	7	0	11	18名
		0.0	38.9	0.0	61.1	100.0%

18. 暮らしの楽しみについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
42	楽しめる行事やクラブ活動はありますか	10	2	2	4	18名
		55.6	11.1	11.1	22.2	100.0%

19. 施設での暮らしについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
43	ここでの生活は自由だと思いますか	9	6	0	3	18名
		50.0	33.3	0.0	16.7	100.0%

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
44	職員は、少しでもあなた（利用者）らしい暮らしができるように気づかってくれていると思いますか	8	4	0	6	18名
		44.4	22.2	0.0	33.3	100.0%

Ⅳ-2　利用者聞き取り調査　集計結果

特別養護老人ホーム 天神荘
聞き取り調査実施日　　5月23日～24日

利用者総数　　100名
調査対象者数　　23名
有効回答者数　　18名

1．居室について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
1	くつろげる居室ですか	15	3	0	0	18名
		83.3	16.7	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	１人で淋しい。
2	落ち着いて過ごせる。
3	安心して安眠出来ます。
4	落ち着ける。夜も眠れる。
5	ほとんどベッドに寝て過ごしている。
6	１人でこれだけの部屋で十分。１人だけで淋しいときもある。
7	入居当時は広い一人部屋で恐ろしくて寝られなかったが徐々に慣れて来た。
8	自分には過ぎる部屋。もったいないぐらい。ここは明るくて一番いい部屋。
9	１人で夜は淋しい。落ち着くが、何か音がすると誰かが来てくれたのかなと期待する。
10	部屋のベッドでテレビを見ている事が多い。他の入居者は呆けているので話しが出来ない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	くつろげるということはない。こんなもの。
2	話す相手がない。一人でいるのは危ないと思う。
3	夏暑くて冬は寒い。この部屋が空いていたので入った。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
2	ベッド・寝具など、寝る場所は安全ですか	18	0	0	0	18名
		100.0	0.0	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	安心です。
2	以前足を骨折して、今は歩けない。 （観察）：在宅時に骨折したらしい。
3	ベッド柵がカタカタするが大丈夫。
4	自分で移動に失敗しないよう工夫している。
5	ベッド柵は日中は外し、夜寝る時のみ使っている。
6	特殊は病気なので床ずれ予防用のマットレスを使っている。
7	困ったらまず職員でなく、どうすれば出来るかを考えるようにしている。
8	ベッドがもう少し低ければ自分で下りれるような気がする。 （観察）：無圧マットレス厚く、しかも柔らかい。端座位とりにくそう。
9	（観察）：ベッドサイド移動バーあり。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
3	ナースコールは、いざというときに使いやすくなっていますか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	ベッドの上においてある。（複数回答）
2	ベッドの上にある。使ったことはない。
3	ベッド上の手の届くところにおいてある。
4	使ったこともあり、すぐ職員が来てくれた。
5	使いやすいようにしてあるが、使った事はない。
6	手のとどくところにあるが使うことはない。トイレも自分でいける。
7	お便所の時に呼ぶ。来てくれるのに手間をとる事もあるが間に合う。
8	体交2時間間隔のためナースコールはあまり使用しないが、排泄の時にたまに使う事がある。
9	移動時コールを使うが待たされる事は少ない。但し朝方はトイレコールが集中するらしいので仕方ない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	ベッドの上においてあるが、時々落ちることがある。 （観察）：面談時も落ちていた。ギャッジアップでおちたものと思われるがベッド柵に結わえる等はされていない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
4	居室はいつもきれいに保たれていますか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	きれい。
2	掃除の人がくる。
3	きれいにしてある。
4	職員がしてくれる。
5	毎日掃除の人が来る。
6	毎日掃除をしてくれる。
7	これ以上は「ワガママ」です。
8	自分では綺麗に出来ていると思う。
9	掃除の人がしてくれるが、自分でもしている。
10	掃除は外から来てしてくれる。自分ですることはない。
11	自分で棚の上など拭いている。職員が毎日掃除をしてくれる。
12	掃除はしてくれる。ベッドによいタオルや襦袢を置いていたが持って行かれた。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	毎日清掃しているが真ん中をクルクル拭いている感じがする。隅々まで行き届いていない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

2．食事について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
5	食事はおいしいですか	13	4	1	0	18名
		72.2	22.2	5.6	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	おいしい。 （観察）：昼食の汁の盛り付けの手伝いしていた
2	おいしい。薄味。
3	おいしい。何でも好き。
4	普通の家庭料理です。残さず食べている。
5	おいしい。好き嫌いない。何でも食べる。
6	おいしい。魚、肉は好きでないけど食べる。
7	まぁだいたい残さず食べている。魚も美味しい。
8	おかずがたくさん出るがすぐお腹がいっぱいになるので少しにしてもらっている。魚が好きだが刺身はめったに出ない。
9	おいしい。上々です。好物も出るが量が少ないのでもう少しついていればいいと思う。お寿司はよく出る。たまに刺身も出る。
10	百姓をしていたのでなんでもよく食べる。時には嫌いなものもあるがなんでもがまんして食べる。自分は食いしん坊。辛いものは嫌い。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	嫌いな食品が出てくる。
2	まぁまぁです。残す事が多いです。
3	潰したり刻んだりしているので、見た目では献立の内容がわからない。そして綺麗でない。
4	外注の厨房だからかも知れないが、決して「美味しい」とは言えない。岡山寿司が岡山寿司になっていない。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	いりこだしなのでほとんどおいしくない。かつをだしがいい。ご飯はここで炊くので熱々だが、自分は猫舌で冷ましてから食べている。佃煮を買ってきて食べる。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
6	献立を掲示していることを知っていますか	5	4	5	4	18名
		27.8	22.2	27.8	22.2	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	献立表が貼ってあるが、献立は気にならない。
2	必ず見ている。そしてそのような献立と思って食べるようにしている。
3	掲示されているのは知っているが、献立に満足しているのであまり見ない。
4	掲示してあるのは知っているが、自由にそこに行けない（車いす介助）ため見たことはない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	気にしていない。
2	献立は食堂の人に聞く。
3	献立表が貼ってあるが見たことはない。字が小さい。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	知らない。
2	見たことない。
3	献立表を見たことがない。あっても目が悪いので見えない。
4	掲示しているかどうかは知らないが、夕方に翌日の献立を発表している。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

3．入浴について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
7	お風呂は楽しみですか	14	4	0	0	18名
		77.8	22.2	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	お風呂は好き。
2	日本一の天神温泉です。
3	出来ればもっと入りたい。
4	着替えと自分のタオルを持っていく。
5	風呂は好きでも嫌いでもない。まあまあ。
6	お風呂は好き。職員の誰かがつれて行ってくれる。
7	気持ちよく入浴出来る。一人づつお湯を交換するので安心です。
8	お風呂は好き。お湯の中へ椅子を中へ入れてもらって入る。深いところには入れない。
9	リフト浴。車いすで浴室へ行き、風呂用の椅子に乗せてもらう。洗ってもらって浴槽の中へ椅子ごとはいる。怖くない。
10	風呂は好きだけどここは大勢がいるし、順番があるので週２回しか入れない。熱が出れば入れない。かわりの日はない。ゆっくり入ればいいと言われるが汗が出るのですぐ上がる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	まぁまぁです。
2	お風呂はあると思う。あるので入っている。
3	お風呂に入るとのぼせるので、自分の体のためにシャワーだけにしている。週２回しか入れない。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
8	入浴時の誘導で、嫌な思いをすることはありませんか（裸、廊下で待つなど）（ない場合は「はい」を選択）	17	1	0	0	18名
		94.4	5.6	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	自分で支度をして部屋でまっている。
2	部屋から車いすにのせてもらって風呂まで行く。
3	時間が決まっているのでめいめい連れて行ってもらう。
4	男性介助者の場合は変わって欲しいというようにしている。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	機械浴なので異性介護に抵抗感はある。入浴前に裸にされた後のおむつ交換がつらい。ただしそれを言うと嫌われそうで言いにくい。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
9	浴室や脱衣所はいつも清潔ですか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	きれい。
2	職員が掃除をする。
3	毎日掃除がしてある。
4	きれい。お湯もきれい。
5	きれい。１人入ったらお湯を入れ換えるので汚れていることはない。髪の毛が落ちていることもない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	きれい。風呂から上がると、自分でふいたりの掃除をしておく。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

10	お風呂のことでイヤだと思うこと、恥ずかしいと思うことはありませんか （ない場合は「はい」を選択）	はい	どちらともいえない	いいえ	無回答 非該当	回答者数
		15	1	2	0	18名
		83.3	5.6	11.1	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	みんな親切。やさしい。
2	女性職員なので恥ずかしくない。
3	自分で洗う。職員はついてこないと思う。
4	世話をしてくれるのは女の人ばかり。ええ人ばかりで幸せ。自分のタオルを持っていく。
5	風呂で脱いで洗ってもらう。恥ずかしいとかはそんなに考えない。ありがとうと言うだけ。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	恥ずかしいがしようがない。職員は女の人が多い。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	入浴前の裸でのおむつ交換。
2	１回嫌なことがあった。洗い場と脱衣室との間の戸がいつも開いているので、のぞかれるのが嫌。 世話をしてくれるのは女性職員なので恥ずかしくない。

※入浴介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
11	いつもあなた（利用者）に合った入浴介助を受けていますか	15	0	0	3	18名
		83.3	0.0	0.0	16.7	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	いい人ばかり。
2	身体や髪は自分で洗っている。
3	浴槽へも入れてもらっている。
4	やさしいから大丈夫。みんな親切。
5	椅子に座って洗う。椅子ごと中へ入れてもらう。
6	リフト入浴で入る。自分に大変合っていると思う。
7	大きい風呂で浴槽も大きい。職員も一緒に入って洗ってくれる。
8	洗体の一部のみ介助を受けている。浴槽への出入りも自立している。
9	リフト浴。風呂用の椅子で洗ってもらう。浴槽にも椅子ごとそのまま入れてもらう。怖いことはない。
10	車いすからお風呂に椅子の乗りかえる。上手にしてくれる。ああしてくれればいいのにとか、思うことはない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

4．排泄について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
12	トイレの時に、イヤだと思うこと、恥ずかしいと思うことがありませんか	11	1	2	4	18名
		61.1	5.6	11.1	22.2	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	自室のトイレを使っている。
2	自分で行く。洋式トイレに腰掛ける。
3	自室でポータブルトイレを使っている。
4	トイレが近い方。言ったら連れて行ってくれる。
5	ポータブルトイレ使用中にはバスタオルをかけてくれる。
6	職員に手伝ってもらうこともあるが１人で行くこともある。
7	ベッドの上でオムツを替えてもらう。時間に来てくれる。換えるのは上手。
8	布の下着でパットを使っている。移動等で介助を受けているが恥ずかしい事はない。
9	自分で行ける（シルバーカー）。行くとトイレの電気がつくが終わってもいつまでも点いているのでもったいない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	居室でポータブルトイレ使用。女の職員が手伝ってくれるが、バスタオルをかけてくれるように頼んだ。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	職員の介助を受けざるをえない事がつらい。
2	出来ればトイレでの排泄をしたいが、立てないので仕方ないと思っておむつを受け入れている。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	自立。
2	（観察）：「自分でおきて行く」と回答されたが、車いすへの移乗、移動介助が必要。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
13	トイレ（ポータブル）はいつも清潔ですか	13	0	0	5	18名
		72.2	0.0	0.0	27.8	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	毎日掃除に来る。
2	業者が掃除をする。
3	ポータブルトイレ。トイレ室にしまってある。
4	昼間はトイレ。夜はポータブルトイレを使う。いつもきれい。
5	ポータブルトイレはトイレ室においてあり、使うときにベッド脇へ運んでくれる。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

※排泄介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
14	必要な時に気軽に介助を頼むことができますか	9	2	0	7	18名
		50.0	11.1	0.0	38.9	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	コールで呼ぶ。
2	頼む事は出来る。
3	コールで頼みます。
4	定期的に来てくれるが、頼むことも出来る。
5	ポータブルトイレの設置場所移動をしてもらえる。
6	食堂にいるときは言葉でいう。部屋にいるときはコールする。
7	嫌味を言われることはない。口の軽い職員がいるが、その人にはたのまない。
8	トイレ（尿）が近い方だが、呼べば連れて行ってくれる。足が悪いから自分ではいけない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	時間でおむつ交換をされている。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	コメントなし

※排泄介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
15	いつもあなた（利用者）に合った排泄介助を受けていますか	8	1	0	9	18名
		44.4	5.6	0.0	50.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	いい具合にしてくれる。
2	トイレまで車いすで行く。
3	便器への移動、衣類の上げ下げを介助してもらっている。
4	コールで職員を呼ぶ。ポータブルトイレ。ベッドサイドで使う。
5	紙おむつ使用している。換えるとき拭いてくれる。手早くやってくれる。
6	職員に手伝ってもらう。夜はベッド脇にポータブルトイレを置いてもらう。
7	希望すればポータブルトイレを使用。普通のトイレも使う。便器からの立ち上がりを介助してもらっている。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

	コメントなし

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

※排泄介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
16	居室・トイレで排泄介助の時、職員は必ずカーテンや扉を閉めて、周囲から見えないように気遣いをしていますか	9	0	1	8	18名
		50.0	0.0	5.6	44.4	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	個室。入口の戸をしめている。
2	ポータブルトイレ。ベッドサイドで使用。バスタオルをかけてくれる。
3	ポータブルトイレ使用するとき、かけるものはないか自分でいう。今はバスタオルをいつも置いている。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	部屋のトイレ使うとき、トイレの戸を閉めない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

5．身だしなみについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
17	いつもあなた（利用者）に合った、気持ちのよい服装をしていると思いますか	16	1	0	1	18名
		88.9	5.6	0.0	5.6	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	風呂の時着替えをしている。
2	自分で選んで着る。おしゃれをする。
3	自分で選んで決めている。（複数回答）
4	服は家族が買ってきてくれる。（複数回答）
5	風呂に行く時にどれがいいか職員が選んでくれる。
6	職員が着替え準備する時に意思を確認してくれている。
7	職員が自分で選べるように準備してみせてくれるので。
8	洋服は家から持って来てくれる。毎週家族が来るので家へ帰る。
9	自分でタンスから選ぶ。好きなビーズの指輪でおしゃれもしている。
10	職員が聞いてくる。自分からも言えるので気に入った服装になっている。
11	服は家族が持って来てくれたり、職員が選んで買って来てくれたりする。着る服が壁にかけてある。
12	服は家族が持って来てくれる。自分は地味でよいというがきれいな色のものを持って来てくれる。まかせっきり。風呂に行く時職員がタンスからだして用意してくれる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

	コメントなし

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
18	いつもあなた（利用者）にあった髪形をしていると思いますか	14	3	0	1	18名
		77.8	16.7	0.0	5.6	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	月1回散髪している。
2	まぁまぁ気に入ってます。
3	普通にカットしてもらう。
4	めいめいにいいようにしてもらう。
5	天神荘へ散髪や来るので連れて行ってもらう。
6	パーマ屋さんでする。スタイルはどうでもよい。
7	入所して髪をカットした。これで良いと思っている。
8	白髪だが髪は多いほう。２～３日前に切ってもらった。
9	２～３日前に切ってもらった。ふさふさの白髪。染めない。
10	月1回の散髪屋さんが来るので、自分で決めてやってもらっている。
11	髪を切ることは家で家族がしてくれる。町の美容室でもしてもらう。
12	月1回出張の美容師が来るのでそこで自分の意向をやってもらっている。
13	白髪でショートカット。３ヶ月に１回、ここでカットしてもらう。希望も言える。
14	美容院へ行ったりするが店まかせ。派手なことはできないが友達が髪留めをつけてくれたりする。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	気にしていない。
2	外から散髪に来てくれる時に頼む。（髪が伸びていて顔全体にヒゲが目立つ。特に口のまわりのヒゲは濃くなっている。）

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

6．建物内の移動・移乗について

※移動の介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
19	必要なときに気軽に介助を頼むことができますか	7	3	0	8	18名
		38.9	16.7	0.0	44.4	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	頼めばすぐ来てくれる。
2	ベッドから車いす移動は自立、トイレ介助のみ頼む。必要な事なので頼める。
3	この階は自分でどこでも行ける。エレベータ前や隣りのユニットも自分で行く。
4	食堂へ出るときに頼む。食堂にでている時にいつでも頼める。人が多いから順番に連れて帰られる。
5	ベッドで寝ていることが多いが、コールで頼むとお茶を汲んできてくれる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	職員が忙しいのではないかと気を遣う。
2	シルバーカーなので車いすにのせてもらえない。ここではシルバーカーがすべて。
3	身体に痛みがあり、起きている時間は食事を中心に30～40分程度なので移動介助を受けるのも極めて限定的である。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	車いすで自走。
2	自立。（複数回答）

※移動の介助を受けている方への問い

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
20	職員は、例えば食堂から居室へ移動介助するような時に、あなた（利用者）の意思を確認しますか	6	1	0	11	18名
		33.3	5.6	0.0	61.1	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	声をかけてくれる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	食堂で頭が痛いときには部屋へつれて帰ってくれるように自分で言う。向こう（職員）からは問うてはくれない。希望すれば部屋へ食事を持って来てくれる。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

7．外出について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
21	外出の回数はちょうどよいですか（外出の機会とその回数を書き、そのうえでその回数で良いと思うかを聞く）	6	5	4	3	18名
		33.3	27.8	22.2	16.7	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	買い物等頼むと外出出来る。
2	家が近いので、毎週家族が来て住んでいた家へつれて帰ってくれる。
3	月1回外出（買い物）し食事のおかずになるようなものを買っている。
4	家族とご飯を食べに行く。よく出かける。施設職員とも出かけて好物を食べた。
5	誕生会で寿しを食べに行った。帰りに洋服屋へ行った。一人で出る練習をしている。
6	月1回買い物で出ている。5～6000円は使うのでこれ以上の外出は望まない。敷地内での散歩に毎日自由に出ている。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	現在ほとんど外出はしないが、身体の痛みがあるので出たくない。
2	入所して1ヶ月程度なので散歩する位。外出回数については分からない。
3	年3～4回は買い物などで出かけるが、入居までは買い物等自由だったので何ともいえない。
4	外出することはあまりない。買い物は頼むと買ってきてくれる。家族は遠いからあまり来ない。
5	買い物は１階の売店へ連れて行ってもらい、いるものを買う。家へ帰ったことがある。近所の人が来てくれた。家でご飯を食べた。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	足が悪いので自分では行けないが、親類宅へ行ってみたい。
2	足が悪いのでどこへも行けない。外出があるならどこでもよいので行きたい。
3	知り合いや友人の家へ行きたい。どこへでもいいから出かけたい。散歩でもいい。
4	外出や家族と家へ帰ることもない。日帰りでもいいので家へ帰りたい。ハンドクリームなどの買い物は家族が買ってきてくれるか、職員が買ってきてくれる。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	入所2ヶ月であり、外出はしていない。

8．個別支援計画（ケアプラン）について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
22	個別支援計画の作成にあたって、職員と話し合ったことがありますか	5	0	7	6	18名
		27.8	0.0	38.9	33.3	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	入居直後に聞かれ、自分の考えを話せた。
2	時に聞いてくれる。しかし自分はもう大儀でいけない。もうできない。
3	トイレへ行く間隔が近いので、連れて行ってもらうようにそれだけを頼む。
4	食堂で茶碗洗いを毎日している。嫌じゃない。隣りのユニットのも洗うことがある。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	わからない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	これ以上「ワガママ」は言えません。
2	わからない。ああしてくれ、こうしてくれとは思わない。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
23	個別支援計画の作成にあたっての話し合いでは、十分に意見や要望を伝えることができましたか	2	1	7	8	18名
		11.1	5.6	38.9	44.4	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	トイレのことだけを頼む。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	施設は団体生活なので十分要望を言うわけにはいかないと思うので。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	わからない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

9．機能訓練について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
24	身体の訓練になるようなことをやっていますか	4	5	6	3	18名
		22.2	27.8	33.3	16.7	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	ベッドの上で自分なりに腕を伸ばしたり体操を毎日している。
2	自分でベッドの上で手を上げる運動などをしている。リハビリとか訓練士のことはわからない。
3	最近、理学療法士の訓練が始まった。ベッドの上でも自分なりにの方法で上腕・下肢の屈曲、伸展運動をしている。
4	リハビリのつもりでシルバーカーで下の階まで降りる。訓練士がいたけど、赤ちゃんがするくらいのことだったので「私がするからいい」と断った。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	歩行自立であり、特別な訓練はしていない。
2	とくにないが、できることを手伝っている。（車いす）
3	車いす移動でなく歩行訓練をしてみたいがまだやれてない。
4	リハビリ室はない。絵を描けといわれるが目が見えないのでできない。
5	2時の会（体操）に参加しているが中止になる事が多い。自分で考えて行っている移動・移乗動作の方が役立っていると思う。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	足が痛い。何もしていない。
2	訓練が少ない。もっとやって欲しいと思う。
3	生まれつき元気で丈夫。別段していない。（独歩）
4	足が痛いのは治った。今は手足の運動はなにもしていない。
5	昔は杖で歩くようにしていたが、今は車いす生活であり、特にリハビリはしていない。
6	足がむくんでいるのでリハビリをしたいがやってもらってない。2ヶ月位訓練の先生が作っているようだ。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
25	車いすや杖、手すりなどは使いやすいですか	8	4	1	5	18名
		44.4	22.2	5.6	27.8	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	老人車を使っている。
2	車いすは職員におしてもらう。 （観察）：手の震せんあり。
3	車いす使用。困ることはない。 （観察）:車いすは移動時に使用。食堂では普通の椅子に移乗。）
4	シルバーカー使用中。自分用を購入した。最初は難しかったけど１年以上経ち、今は楽に使える。
5	車いす。クッションがあっていい。 （観察）：赤いクッション使用。アームレスト、フットレストに保護用カバーあり。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	わからない。
2	自分の車いすなので体にあっているが、重い。
3	車いすを2～3日前に替えてもらった。重くて動かしにくかった。少しは良くなったがまだ不満はある。
4	短下肢装具の固定マジック不良リスクあり。本人は修理依頼していると言うが実現していない。【こんなものだと思っている】

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	食事の時は椅子に移るが、それ以外は車いすで座りっぱなしになりお尻が痛い。（クッションもない）

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	個人購入したゼミモジュールタイプの車いすを使用している。
2	（観察）：独歩。ベッドやトイレの手すりは多少つかっていると思われるが無回答。

10．相談機能について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
26	いま、何か困っていること（不安なこと）や誰かに相談したいことがありますか	8	3	4	3	18名
		44.4	16.7	22.2	16.7	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	特になし。
2	もっとリハビリをしたい。
3	決められた病院にしか通院出来ない事。
4	家族が毎週きてくれる。家族はやさしい。
5	施設長にたずねてみたことがある。施設長はすぐ聞いてくれる。
6	自分の性格もあると思うが、人に相談をすべきでないと思っているので。
7	買い物などは誰にでも頼める。外泊したい。日帰りでもいいので家へ帰りたい。
8	相談したいことがあっても足が悪くて外出もできない。もうちょっと買い物にでも行きたい。家族がもうちょっと来てくれればいいと思う。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	言っても仕方ないと思っているので。
2	相談しても仕方ないとあきらめている。
3	家から息子が来るのでなにかあれば相談する。家は自営業で忙しいが週１回ぐらい来てくれる。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	ない。
2	よくしてくれるので心配事などはない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
27	相談したい時に気軽に相談できますか	6	5	2	5	18名
		33.3	27.8	11.1	27.8	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	いい人ばっかし。
2	なんでも言える。
3	用がある時は呼ぶ。
4	施設長もすぐ聞いてくれる。
5	コールをする。誰にでも言える。
6	困ったと言えば自分の思う通りになると思う。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	わからない。
2	相談した事はない。
3	職員は大勢はいないので言えない。目が悪いし口が渇いたり吐き気がしたりするので物言うのもやこしい。言いたくない。

「いいえ」と回答したひとのコメント

	コメントなし

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	話すこともない。
2	相談したい事はない。

１１．職員について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
28	職員は、よくあなた（利用者）に話しかけてきますか	14	4	0	0	18名
		77.8	22.2	0.0	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	やさしい。
2	食堂にいれば話しかけてくれる。
3	食堂で話す。耳が遠いがわかるように言ってくれる。
4	食堂の方のほうにいるときに職員とは良く話す。茶碗洗いも手伝っているのでいろんな話もする。
5	「今日はどうかな？」、食事はおいしかった？」、便、おしっこはどんなですか」等、話しかけてくれる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	気にしていない。
2	職員は少ないし忙しいので部屋へはあんまり来てくれない。
3	時々ある。女の友達が何か話があるから部屋へ行って見てあげようかなどの話をする。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
29	職員の言動で、あなた（利用者）は恥ずかしい思い、イヤな思いをしたことはありませんか （ない場合は「はい」を選択）	15	1	1	1	18名
		83.3	5.6	5.6	5.6	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	みんなが親切で助かる。
2	職員で態度の悪い人はいない。
3	みんな良い人。言葉遣いもよく言うことない。
4	職員の言葉遣いや表情など嫌なことや気になることはない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	まあ大体よくしてくれる。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	なんでも喋る人がいるので、その人には頼まない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
30	職員は、居室に入るときあなた（利用者）に聞こえるように挨拶をしたり、ノックをして入ってきますか	15	1	0	2	18名
		83.3	5.6	0.0	11.1	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	名前を呼んで入ってくる。（難聴）
2	ノック？　名前を呼んで「どうしよる？（方言・どうしていますか）」と言って入ってくる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	ノックなしで入室する職員もたまにいる。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
31	ここでは、あなた（利用者）の考え（価値観）や入所前の習慣は大切にされていると思いますか	5	4	0	9	18名
		27.8	22.2	0.0	50.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	職員は親切にしてくれる。
2	大事にしてくれている。（複数回答）
3	但し、他の利用者の癖や生活ぶりがとても気になる事はある。（食事の時、テーブルを叩きうるさい利用者等）
4	自分ができることをしている。朝４時ごろに目が覚める。自分からお茶碗洗いをしている。家でもしていたことなので嫌ではない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	わからないが、自分はわがままほうだいにしている。
2	ここは人が多いからたのんでも順番になる。まあしようがない。
3	長年、建築関係の仕事をしていたので職業柄建物の傷んだところをみると気になる。でも今は周りのことが気にならない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	わからない。（複数回答）
2	わからない。地元生まれの地元育ちで普通に暮らしてきた。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
32	職員に気軽に不満や要望を言うことができますか	10	3	2	3	18名
		55.6	16.7	11.1	16.7	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	言える。
2	誰にでもいう。
3	何でも言える。
4	職員の誰にでも言える。
5	言うべき時には言います。
6	何か困れば言えると思う。
7	歩けないのでいつでも頼む。
8	人のこと、自分のこと、なんでも言う。
9	大勢集まるからいろいろあるが不満はない。
10	今は満足している。要望はない。何も言うことはない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	どちらかというと我慢する。気軽にというわけにはいかない。
2	ベッドの上に良いタオルや衣類を置いていたが持っていかれた。ベッドの上には何もない。気になるがわからない。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	そもそも言うべきでないと考えているので。
2	これ以上は「ワガママ」だと思うので言いません。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	不満はない。
2	不満等特にない。

１２．個人情報について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
33	あなた（利用者）の個人情報（住所、名前、趣味、家族のこと等）は、外部に漏れないように守られていると思いますか	4	0	0	14	18名
		22.2	0.0	0.0	77.8	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

	コメントなし

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	わからない。（複数回答）

13. 安全対策の周知について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
34	この施設でインフルエンザ、ノロウイルスなどの感染症対策や防災訓練等を行っているのを聞いたことがありますか	4	3	7	4	18名
		22.2	16.7	38.9	22.2	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	冬の外出時にはマスクをするよう言われた。防災訓練は職員のみでやっているようだ。
2	マスクしようとか、食事のとき手洗いや消毒するように言われる。避難訓練は１回あった。
3	インフルエンザが流行っている時には「マスクしよう」と言っていた。避難訓練はあったと思う。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	職員はしているようだが、自分達には十分知らせていない。
2	インフルエンザなどの予防のことはわからない。避難訓練はあんまりない。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	わからない。
2	避難訓練？。ない。
3	入居間もないので分からない。
4	避難訓練？　さあ？　わからない。
5	避難訓練のことは足が悪いのでわからない。
6	インフルエンザのことも避難訓練のこともわからない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

14. 健康について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
35	ここでは、健康のことについて気軽に相談できますか	14	1	1	2	18名
		77.8	5.6	5.6	11.1	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	看護婦に相談する。
2	看護師もいて安心です。
3	看護婦や職員に相談できる。
4	ブザーを押してお願いする。
5	糖尿病だが自分で管理している。
6	なにかあればここの人に相談する。
7	職員のＹさんには何でも相談出来ます。
8	職員の誰でも相談すれば看護師につないでくれる。
9	職員に頼めばいい。介護士、看護師関係ない、誰にでも言う。熱があれば看護師が検温して処置してくれる。
10	肩こりで病気になりそうなこともある。だれが看護婦かわからないが言葉づかいがいい女の人がよくしてくれる。体が大きくて力のある人もよくしてくれる。目薬をさして貰う。家族に言われて手術をした。気になるが、何かあれば誰かにいう。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	咳が出ていつなおるかわからず困ったことがあったが誰にも言わなかった。自分で考えてする。あまり言えない。看護師はいないと思う。

「いいえ」と回答したひとのコメント

	コメントなし

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
36	体調が悪くなったときにすぐに医師や看護師にみてもえらえそうですか	15	2	1	0	18名
		83.3	11.1	5.6	0.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	病院へ行くと思う。
2	看護師がすぐしてくれる。
3	医師が決まった日に来る。
4	言えば聞いてくれると思う。
5	医師・看護師共に知っている。
6	家族とかかりつけの病院へ行く。
7	医師が見てくれる。薬は飲んでいない。
8	医師が時々来る。看護婦さんもいるので安心です。
9	昨日、医者と看護師が来た。今日はこれから病院へ検査に行く。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	医者はみかけたことがない。看護師もあまりみない。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	ここは看護婦はいない。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
37	先行き具合が悪くなった時などの不安がありますか（ない場合は「はい」を選択）	12	2	1	3	18名
		66.7	11.1	5.6	16.7	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	不安はない。
2	病院へ行ける。
3	苦しければなんとかしてくれると思う。
4	何かあれば病院へ連れて行ってくれる。
5	医者にみてもらう。家族が考えてくれている。
6	病院へ連れていってくれると思う。足が痛いのはなおった。
7	足のことは心配。でもみなさんが親切なのでなんとかできると思う。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	なってみなければ分からない。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	病気が進行して言葉の障害が出てきて喋れなくなるかも知れない事が恐ろしい。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	コメントなし

15. ボランティアについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
38	ボランティア等、地域の方々と触れあう機会がありますか	5	2	2	9	18名
		27.8	11.1	11.1	50.0	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	話す事もある。
2	保育園の子どもが来ることがある。
3	来てくれる人がいるのは知っている。
4	１階へ下りれば幼稚園の子どもの声が聞こえる。
5	幼稚園の子どもが１回きたことがある。子どもは好き。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	良く分からない。
2	あんまり来ていない。見ない。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	ない。
2	来ている事も知りません。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

16. 施設の運営方針について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
39	ここの理念や基本方針など大切にしていることは、どのようなことか聞いたことがありますか	2	1	5	10	18名
		11.1	5.6	27.8	55.6	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	1階のホールに掲示してあるようだ。
2	「愛と献身」の言葉の入った紙をもらった。また歌も歌います。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

	コメントなし

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	わからない。
2	聞いたことない。
3	知りません。（複数回答）

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

17. 苦情解決制度について

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
40	施設の運営や職員のことで意見・要望・苦情がある時に、この施設以外の機関に伝える方法を聞いていますか	1	0	6	11	18名
		5.6	0.0	33.3	61.1	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	今、苦情はない。いざというときは電話で市役所に言う。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	分からない。
2	知りません。
3	聞いた事がない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	何かあれば息子と相談するので必要ない。

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
41	苦情や意見は、きちんと対応されると思いますか	0	7	0	11	18名
		0.0	38.9	0.0	61.1	100.0%

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	分からない。（複数回答）
2	自分は不満がないので分からない。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

18. 暮らしの楽しみについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
42	楽しめる行事やクラブ活動はありますか	10	2	2	4	18名
		55.6	11.1	11.1	22.2	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	行事・お祭りが楽しい。
2	月1回の外出・月1回の習字が楽しみです。
3	幼稚園児との交流があった。楽しかった。
4	月1回の外出。後は部屋でテレビを見るだけ。
5	お菓子作りがある。絵を描けと言われるが目が悪く見えない。
6	絵を描いたりしていたが今は思うように描けない。今は塗り絵ぐらいなもの。（部屋に飾ってある）
7	お菓子作りがある。花が満開の時ご馳走を持って出かけた。節句にあん入り団子作りや正月の餅作りを手伝った。
8	保育園の子どもが来る。ひなまつりや節句など季節の行事がある。食堂のほうへ出ればお菓子を作ったりしている。
9	あるが忘れた。みんなが集まってどうこうすることはない。 （観察）：行事で家族と食事している写真が掲示してある。家族はわかるが行事そのものは覚えていない。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	お菓子作りがあり、作ったものを貰った。

「いいえ」と回答したひとのコメント

1	食事以外は居室で横になっている事が多いため。
2	楽しめてはいない。自分が呆けてはいけないと思って参加しているだけ。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

1	知らない。
2	わからない。

19. 施設での暮らしについて

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
43	ここでの生活は自由だと思いますか	9	6	0	3	18名
		50.0	33.3	0.0	16.7	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	まあ自由。（複数回答）
2	きゅうくつなことはない。
3	自由。職員はいい人ばっかし。
4	自由。みんなよい人。きゅうくつなことはない。
5	自由に敷地の中ならば出られるので、月1～2回は散歩に出ている。
6	自由。ここがいい。帰りたくない。頼めば食事を部屋に持って来てくれる。食堂に出れば話ができる。そんなに喋らないが世間話や「寒いね」など話ができる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	あんまり考えない。
2	自由かどうか、そこらへんはわからない。
3	身体の自由がきかないので。思うようにならないので。
4	自分の身体が不自由で動けないため何とも表現しにくい。

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

		はい	どちらともいえない	いいえ	無回答非該当	回答者数
44	職員は、少しでもあなた（利用者）らしい暮らしができるように気づかってくれていると思いますか	8	4	0	6	18名
		44.4	22.2	0.0	33.3	100.0%

「はい」と回答したひとのコメント

1	みんな親切。
2	大事にしてくれる。
3	気遣ってくれていると思う。
4	わがままな人間だが、ここではしほうだいにしている。わがままにさせてくれる。喉が渇いたらブザーをすればお茶を持って来てくれる。

「どちらともいえない」と回答したひとのコメント

1	分からない。（複数回答）

「非該当」「無回答」のひとのコメント

	コメントなし

45	できるなら、どのような暮らしをしたいと思っていますか

コメント

1	特にない。
2	先の事は考えていない。
3	特にない。なるようにしかならない。
4	トイレが近いのでそれだけを頼んでいる。
5	早く家へ帰りたい。その思いだけはある。
6	出かけてみたいことはある。どこでもいい。散歩でもいい。
7	「もし出来るものであれば、自宅に帰りたい」と思っている。
8	いろいろ考える事はあるが、ここで暮らすしかないと思っている。
9	現実としては、ここにいるしかないので考えないようにしている。
10	これで十分。楽しい。１人では外へは行けないし、迷惑はかけたくない。
11	様々な事を考えるが実現性から考えるとここにいるしかないとも思っている。
12	一人暮らしの生活が長かったのでここで、ずっと暮らせる方が安心なのでここにいたい。
13	このままでよい。なにかすることが大儀になってきた。もう年をとって何もしたくない。
14	ベッドが高くて自分で降りれない。自分で降りれやせんかと思う。自分で降りたいときに降りたい。

≪総合的な感想について≫

〔1〕ここでの生活を総合的に見て、どの程度満足していますか。

	人数	%
1．大変満足	3	#DIV/0!
2．満足	8	#DIV/0!
3．どちらともいえない	3	#DIV/0!
4．不満	0	#DIV/0!
5．大変不満	0	#DIV/0!
無回答	4	#DIV/0!
合　　計	18	#DIV/0!

〔2〕この特養に対して、日頃お感じになっている意見・要望など

1	これで十分。楽しい。
2	特になし。（複数回答）
3	これ以上は「ワガママ」ですのでありません。
4	職員は親切。みんないい具合にしてくれる。私は助かる。
5	リハビリ・マッサージ・運動等をして欲しい。（個別訓練）
6	満足かどうかはわからない。もう年をとって何もしたくない。
7	今のところ、至れり尽くせりでどういっていいかわからない。今のところ不満はありません。
8	いたれりつくせり。部屋はいい部屋でもったいない。手に余るぐらいよくしてくれるので感謝している。

〔3〕今回の調査についてお気づきになった点など

1	特になし。
2	ゆっくり話せて良かった。また来て下さい。
3	このような調査はぜひあった方が良いです。
4	たまにはこういう機会があった方が良いです。
5	たまにちゃんとお話し出来る人と話すのは良い事です。
6	しっかり話しが出来るのでたまにあると良い。中々話しが通じる人がいないので楽しかった。