

## 福祉サービス第三者評価結果報告書(公表用)

### 【受審事業所情報】

事業所名称	特別養護老人ホーム 寿里苑
運営法人名称	社会福祉法人 博光福祉会
福祉サービスの種別	特別養護老人ホーム
代表者氏名	理事長 桐山 博      施設長 中村 きょう子
定員（利用人数）	140名（133名）
事業所所在地	〒586-0094 河内長野市小山田町448番地の2
電話番号	(0721) 52-3888
FAX番号	(0721) 52-3899
ホームページアドレス	<a href="http://www.julien.or.jp/">http://www.julien.or.jp/</a>
電子メールアドレス	<a href="mailto:julien@julien.or.jp">julien@julien.or.jp</a>

### 【評価機関情報】

第三者評価機関名	大阪府社会福祉協議会 福祉サービス第三者評価センター	
大阪府認証番号	270002	
評価実施期間	平成23年3月23日～平成23年6月13日	
評価結果決定年月日	平成23年6月13日	
評価調査者氏名（役割）	0401A191（運営管理委員）	（ ）
	0501A117（専門職委員）	（ ）
	0401A194（専門職委員）	（ ）
	（ ）	（ ）

### 【評価結果公表に関する事業所の同意の有無】

評価結果公表に関する 事業所の同意の有無	有 ・ 無
-------------------------	-------

## 第三者評価結果の概要

### 評価機関総合コメント

・施設は昭和61年に事業が開始され、25年の歴史があります。近隣には身体障がい者センターや授産施設・学校給食センター・総合運動場・神社があり、市の福祉機構が集まっているような環境です。周りには緑も多くありました。館内は壁紙を新しくし、それに合わせて装飾も工夫し、統一感のある雰囲気でした。施設運営は「人を作る（人間性を育てる）」ことを意識して取り組まれ、働く姿勢を大切にしています。このことは、挨拶や配慮、ヒヤリングでの受け答えからも確認ができました。改善への対応も早く、1回目の調査で提案した事項のほとんどが、今回の調査では改善に向けた取組を実施しています。調査では各職員間がよく連携していることも感じ取ることができました。

### 特に評価の高い点

・施設長をはじめとして職員が一丸となって毎月勉強会の実施や年2回の施設自己評価表を活用し利用者・家族から信頼を得るようなサービスの質を高める努力をしています。特に今年度は、環境改善計画書として全利用者の環境チェックとして「例えば転倒・転落の経験があるか」「車椅子のブレーキ・タイヤ空気はあるか」「ベット柵のぐらつきは大丈夫か」等12項目を担当者はチェックし集計結果から今後の予防対策を立て安心・安全なサービスを提供する努力をしています。

・職員が働きやすい環境整備やアンケートからの意見を吸い上げる等して、カイロプラクターの配置、ノー残業デーを増やす検討をしています。

・身体拘束をしないことを原則として取り組み、現在対象者はいません。身体拘束廃止委員会を中心に定期的な虐待アンケートを行ったり、スピーチロックの内容を含んだ勉強会を行なうなど継続して意識を高く保つ取り組みをしています。

・健康管理において、管理栄養士を中心に他職員の協力も得て毎日の食事の支援を丁寧におこない、中・高リスクから低リスクに改善し、その後のモニタリングでもその状態を持続させている利用者がいます。また、インフルエンザの流行時に職員が罹患しても利用者からは感染者を出していないということで利用者の健康管理に施設全体で取り組んでいることが汲み取れます。

### 改善を求められる点

・非常勤、派遣職員への研修の回数を増やす等期待します。

・外部監査が実施されていませんが、専門家による経営上の改善課題の発見と解決の為に客観的な情報と位置づけることができますのでご検討ください。

### 第三者評価に対する事業者のコメント

※受審事業者が自由に記述できる欄です。

## 評価細目の第三者評価結果

判 断 基 準 項 目		評価結果
評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織		
Ⅰ-1 理念・基本方針		
Ⅰ-1-(1) 理念、基本方針が確立されている。		
Ⅰ-1-(1)-①	理念が明文化されている。	a
Ⅰ-1-(1)-②	理念に基づく基本方針が明文化されている。	a
Ⅰ-1-(2) 理念や基本方針が周知されている。		
Ⅰ-1-(2)-①	理念や基本方針が職員に周知されている。	a
Ⅰ-1-(2)-②	理念や基本方針が利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント		
<p>法人理念は、全ての人に「やさしい家」「ふれあいのある生活」「笑顔のある生活」を提供し「夢のある地域づくり」に貢献し「ナンバーワンの施設づくり」を目指すことを使命とすると明記しています。その経営理念の基、寿里苑としての運営方針が明確にされており、広報誌・パンフレットやホームページ・事業計画等に明記し、全職員に事業計画書を手帳にして配布したり会議で説明し周知徹底を図っています。家族会やフロアに事業方針を掲示する等して家族・地域の方に理念が周知される機会となっています。</p>		
Ⅰ-2 計画の策定		
Ⅰ-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画が明確にされている。		
Ⅰ-2-(1)-①	中・長期計画が策定されている。	a
Ⅰ-2-(1)-②	中・長期計画を踏まえた事業計画が策定されている。	a
Ⅰ-2-(2) 計画が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(2)-①	計画の策定が組織的に行われている。	a
Ⅰ-2-(2)-②	計画が職員や利用者等に周知されている。	a
評価機関コメント		
<p>寿里苑としての中長期計画書を平成22年度より策定しています。その中長期計画書を基に、年度の事業計画書を職員の意見を集約して策定されています。事業計画は重点項目として財務・利用者、家族・内部プロセス・人材育成・能力開発の4つの視点で行動計画を具体的に示しています。事業計画を行動するにあたりイベント・総務・レクレーション・QOL職員資質・リスクマネジメント委員会等10の委員会を設けて毎月評価・見直しをし全職員で勉強会を実施しています。フロアに掲示したり機関紙に掲載したり家族会にて進捗状況を説明する等して、周知を図っています。</p>		

## I-3 管理者の責任とリーダーシップ

## I-3-(1) 管理者の責任が明確にされている。

I-3-(1)-①	管理者自らの役割と責任を職員に対して表明している。	a
I-3-(1)-②	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	b

## I-3-(2) 管理者のリーダーシップが発揮されている。

I-3-(2)-①	質の向上に意欲を持ちその取り組みに指導力を発揮している。	a
I-3-(2)-②	経営や業務の効率化と改善に向けた取り組みに指導力を発揮している。	a

## 評価機関コメント

法人において職務分掌が策定されており職責や要件が明記されています。職務分掌は全職員に配布しています。年2回全職員を対象に施設自己評価表を実施したり、職員アンケートをして職員の就業状況や意見を把握する機会を持っています。

理事会において業務管理体制整備規程が定められ理事長が法令遵守責任者、各部門の責任者は施設長及び管理者となっています。コンプライアンス（利用者権利擁護指針）を整備し、管理者は研修をはじめ事例を通じた勉強会も行っています。

施設長は、各会議でリーダーシップを発揮し実施したサービスについて評価し、職員に感謝の気持ちを持ち質の向上を目指しています。

## 評価対象Ⅱ 組織の運営管理

## Ⅱ-1 経営状況の把握

## Ⅱ-1-(1) 経営環境の変化等に適切に対応している。

Ⅱ-1-(1)-①	事業経営をとりまく環境が的確に把握されている。	a
Ⅱ-1-(1)-②	経営状況を分析して改善すべき課題を発見する取り組みを行っている。	a
Ⅱ-1-(1)-③	外部監査が実施されている。	c

## 評価機関コメント

理事会には施設長も参加し、地域の動向や今後の事業のあり方を検討しています。

施設では居宅支援事業、在宅介護支援センター等から報告を受けて他の施設との比較や地域の利用者のニーズを把握しています。

法人会議では定期的に組織に関する事、利用者、職員、稼働率、ハード面に関する事を報告分析しています。施設では運営主任会議、各階会議等で改善すべき課題を検討し職員会議にて周知を図っています。

外部監査は実施されていませんでした。公認会計士等の専門家による指摘やアドバイスは経営上の改善課題の発見ともなりますので検討されることを求めます。

II-2 人材の確保・養成		
II-2-(1) 人事管理の体制が整備されている。		
II-2-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランが確立している。	a
II-2-(1)-②	人事考課が客観的な基準に基づいて行われている。	a
II-2-(2) 職員の就業状況に配慮がなされている。		
II-2-(2)-①	職員の就業状況や意向を把握し必要があれば改善する仕組みが構築されている。	a
II-2-(2)-②	福利厚生事業に積極的に取り組んでいる。	a
II-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
II-2-(3)-①	職員の教育・研修に関する基本姿勢が明示されている。	a
II-2-(3)-②	個別の職員に対して組織としての教育・研修計画が策定され計画に基づいて具体的な取り組みが行われている。	a
II-2-(3)-③	定期的に個別の教育・研修計画の評価・見直しを行っている。	a
II-2-(4) 実習生の受け入れが適切に行われている。		
II-2-(4)-①	実習生の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし体制を整備している。	a
II-2-(4)-②	実習生の育成について積極的な取り組みを行っている。	a

#### 評価機関コメント

中長期・事業計画書には人材育成・能力開発の重点が掲げられています。法人の基準表に基づいて人事考課制度を導入しています。施設長も含め全職員が施設自己評価を年2回実施し多面的な視点から施設・個人のサービスのレベルを把握して、今後の質の向上に資することを目的としてチェックし結果をまとめ評価分析し面接時に活用しています。そのチェック表を基に個別教育・研修に繋げています。職員個々の介護について自己、リーダー、副主任が評価し課題・目標・総計を出し合う仕組みがあります。

職員アンケートからは、ノー残業デーの回数を増やす検討等しています。また、休憩時間帯を活用し心身が癒せる部屋を用意しカイロプラクターを配置しています。職員が働きやすい環境作りがなされています。

福利厚生としては親睦会があり、毎年、職員慰安旅行や職員年忘れ会（ホテルにて）を開催、法人全体で一泊旅行等実施しています。実習生受入に関する基本姿勢はマニュアルに明文化されています。実習生は積極的に受入れており担当制を取っています、各フロアには実習生の写真を掲示し利用者・家族に理解されるようにしています。

II-3 安全管理		
II-3-(1) 利用者の安全を確保するための取り組みが行われている。		
II-3-(1)-①	緊急時（事故、感染症の発生時など）の対応など利用者の安全確保のための体制が整備されている。	a
II-3-(1)-②	利用者の安全確保のためにリスクを把握し対策を実行している。	a

評価機関コメント

リスクマネジメント委員会を設置し、定期的に委員会を開催しヒヤリ・事故の分析・評価を実施し各階会議、全体会議にて報告しています。事故報告書集計は時間毎、場所にグラフ化しています。リスク・褥瘡・感染症・身体拘束・苦情対策委員会等が設置され責任と役割を明確にした管理体制が整備されています。ヒヤリハット、もしかして、事故報告書はリスクマネジメント委員会が収集し発生要因を分析検討しています。各階会議に報告し、全職員出席の全体会議にて勉強会を実施しています。

II-4 地域との交流と連携		
II-4-(1) 地域との関係が適切に確保されている。		
II-4-(1)-①	利用者と地域とのかかわりを大切にしている。	a
II-4-(1)-②	事業所が有する機能を地域に還元している。	a
II-4-(1)-③	ボランティア受け入れに対する基本姿勢を明確にし体制を確立している。	a
II-4-(2) 関係機関との連携が確保されている。		
II-4-(2)-①	必要な社会資源を明確にしている。	a
II-4-(2)-②	関係機関等との連携が適切に行われている。	a
II-4-(3) 地域の福祉向上のための取り組みを行っている。		
II-4-(3)-①	地域の福祉ニーズを把握している。	a
II-4-(3)-②	地域の福祉ニーズに基づく事業・活動が行われている。	a

評価機関コメント

事業計画書に利用者・家族との結びつきの強化を明記しています。市民祭りへの参加や寿里苑盆祭りに地域の方、関係団体、ボランティアが参加されています。外出行事にはボランティアが付き添う等しています。

支援センター事業等から、家庭介護者教室を2ヶ月に1回実施や介護相談会を実施している報告書を確認しました。理事会報告書からは、大阪府社会福祉協議会老人福祉部会の社会貢献事業では11件の相談支援、12件の経済援助をした報告書を確認しました。ボランティア受け入れに関する基本姿勢は事業計画書に明記されています。マニュアルの整備、誓約書があり懇親会も開催されています。

河内長野市施設連絡部会では2ヶ月に1回連絡会議があり、SOSネットワークとして共通の問題に向けて取り組んでいます。認知症徘徊高齢者を各施設へファクスを流し、ネットワーク化して見守る取り組みがあります。河内長野地区民生委員や児童委員との施設見学会・交流会を実施し、福祉ニーズの把握に努めています。

4月には他市に新施設オープン予定で取り組んでいます。



## 評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施

Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢が明示されている。		
Ⅲ-1-(1)-①	利用者を尊重したサービス提供について共通の理解をもつための取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(1)-②	利用者のプライバシー保護に関する規程・マニュアル等を整備している。	a
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の上昇に努めている。		
Ⅲ-1-(2)-①	利用者満足の上昇を意図した仕組みを整備している。	a
Ⅲ-1-(2)-②	利用者満足の上昇に向けた取り組みを行っている。	a
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制が確保されている。		
Ⅲ-1-(3)-①	利用者が相談や意見を述べやすい環境を整備している。	a
Ⅲ-1-(3)-②	苦情解決の仕組みが確立され十分に周知・機能している。	a
Ⅲ-1-(3)-③	利用者からの意見等に対して迅速に対応している。	a
Ⅲ-1-(4) サービスに関する記録の開示を行っている。		
Ⅲ-1-(4)-①	利用者や家族からの求めに応じ、サービスに関する記録の開示を行っている。	a

## 評価機関コメント

基本的運営理念には「ご利用いただく方に信頼される最上の施設・質の高い介護を提供いたします。」とあり、ご利用者を尊重した視点でサービスを実施する姿勢が確認できます。また、利用者権利擁護指針「コンプライアンスルール」を施設独自に作成し、人権・法令遵守も意識しています。この運営理念に加え、法人の作成する「5つのメッセージ」からはご利用者の満足度向上についても表記が確認できました。このような姿勢はプライバシー保護も含めて各種マニュアルへも反映しています。ご利用者満足度の上昇に対しては、嗜好調査や日々の聞き取り、モニタリング時での個別聴取等確認をしています。

苦情・要望については、流れを手順にまとめて対応しています。記録からはフィードバックの状況もわかりました。要望についての回答は事務所に掲示しています。記録の開示については、個人情報保護規程でまとめ、体制を整備しています。

Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取り組みが組織的に行われている。		
Ⅲ-2-(1)-①	サービス内容について定期的に評価を行う体制を整備している。	a
Ⅲ-2-(1)-②	評価の結果に基づき組織として取り組むべき課題を明確にしている。	a
Ⅲ-2-(1)-③	課題に対する改善策・改善計画を立て実施している。	a
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法が確立している。		
Ⅲ-2-(2)-①	個々のサービスについて標準的な実施方法が文書化されサービスが提供されている。	a
Ⅲ-2-(2)-②	標準的な実施方法について見直しをする仕組みが確立している。	a
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録が適切に行われている。		
Ⅲ-2-(3)-①	利用者に関するサービス実施状況の記録が適切に行われている。	a
Ⅲ-2-(3)-②	利用者に関する記録の管理体制が確立している。	a
Ⅲ-2-(3)-③	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。	a
Ⅲ-2-(4) 適切なサービス提供が行われている。		
Ⅲ-2-(4)-①	家族との連絡を密にし、面会等の配慮を行うなど、家族等との連携について積極的に対応している。	a
Ⅲ-2-(4)-②	身体拘束をなくしていくための取組が徹底されている。	a
Ⅲ-2-(4)-③	嗜好品や外出希望など、利用者個人の選択や望みに、可能な限り応じられるよう配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-④	利用者の金銭を預かり管理する場合は、利用者や家族に定期的に報告するなど適切な管理体制が整備されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑤	居室は、利用者が安全・快適に過ごせるように配慮がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑥	食事は、楽しくゆとりを持ってできるよう工夫されるとともに、利用者の好みが尊重されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑦	入浴は、利用者が安心して安全に入浴できるとともに、プライバシーにも十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑧	排泄は、可能な限りトイレでの排泄を促しながら、介助の際には、衛生面やプライバシーに十分に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑨	移動・移乗は、利用者の身体機能を把握し、安心・安全に介助がなされている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑩	リハビリは、利用者とも話し合いのうえ目標、実施計画が設定され、評価を行いながら効果的な実施に努めている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑪	レクリエーションは、メニューが多彩に用意され利用者の意向に配慮されている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑫	認知症高齢者については、周辺症状がある場合に、その原因の究明除去及び適切な対応が行える体制がとられている。	a
Ⅲ-2-(4)-⑬	寝たきり予防については、利用者の意欲と結びつけながら離床対策が計画的に実施されている。	a



## 評価機関コメント

サービス内容の自己評価は「QOL職員資質向上委員会」が中心になって実施しています。評価の結果はパーセントでまとめて、分析した結果を施設自己評価報告書としてまとめ職員全体で行う全体会議で周知しています。改善については、各階会議で進めていくような流れとなっています。

各種マニュアルも整備しています。マニュアルに沿ってサービスを実施しているかどうかについては、職員介護チェックリストで点検しています。マニュアルは、新人職員の研修にも使用しています。

ご利用者の記録は、記録用のソフトを使用。ご利用者の情報はパソコン内ネットワークで共有できるほか、連絡用のノートも活用してタイムリーな情報が共有できるように取り組んでいます。ケアカンファレンスも部門横断で他業種の参加が見られ、連携を図っています。

ご家族の方とも連携を密にできるように、ホームページの整備や広報誌の発行などで情報を提供しています。広報誌にはコメント欄があり、各ご利用者の担当職員が手書きで状況を記入して送付します。

また、面会時間への配慮や面会用のイスの準備、子どもの来苑時に渡すお菓子を常備しておくなど来苑しやすい雰囲気作りにも施設全体で取り組んでいます。

身体拘束については、行わないことを原則として取り組み、現在対象者はいません。身体拘束廃止委員会が中心になって、定期的に虐待アンケートを実施するなど継続した取り組みも行っています。

嗜好品については基本的に自由で、毎週希望を確認して購入するなど配慮もしています。近隣への外出や一泊旅行の機会もあります。私物も限界がありますが、持ち込みが可能です。

館内は壁紙に合わせて統一感のある環境になっていました。環境整備については、PEAP（認知症高齢者への環境支援指針）を元にした取り組みも行っており、認知症のご利用者が少しずつ落ち着くなど効果も出ています。

食事についても工夫をして取り組んでいます。ご利用者に合わせて多種の食時形態を準備するほか、治療食にも対応。ソフト食で「にぎり寿司」を作ったり、朝食食事会・日本の郷土料理・野外給食・中庭バーベキュー・ピアガーデンなどのイベント食も実施しています。

入浴・排泄・移乗移動については、それぞれ看取り対象のご利用者に看護師が付き添ったり、オムツメーカーと協力して適切な排泄に取り組んだり、作業療法士に相談して移動用具の購入を検討したりするなど連携しています。

利用者の残存機能の維持のみでなくリハビリによる身体機能の向上、精神面での安定など効果的な支援が行なわれています。認知症で周辺症状が著明に出ていた利用者が、畳のあるコーナーの設置によ

## Ⅲ-3 サービスの開始・継続

## Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始が適切に行われている。

Ⅲ-3-(1)-①	利用希望者に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	a
Ⅲ-3-(1)-②	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。	a

## Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応が行われている。

Ⅲ-3-(2)-①	事業所の変更や家庭への移行などにあたりサービスの継続性に配慮した対応を行っている。	a
-----------	---	---

## Ⅲ-3-(3) 入所選考について適切に取り組まれている

Ⅲ-3-(3)-①	施設サービスを受ける必要性の高い利用者が優先的に入所できるよう適切に取り組まれている。	a
-----------	---	---

## 評価機関コメント

利用希望者が、興味を示すような施設案内のパンフレットが作成されています。施設入所に関しては事前に関連書類が一式ファイルされていて、施設での生活の全般がイメージできる工夫がなされています。相談員はこのファイルを使用しながら（入所から退所・他所移行・看取りケアの様式も含む）施設サービスの取り組みが説明できるようになっています。

## Ⅲ-4 サービス実施計画の策定

## Ⅲ-4-(1) 利用者のアセスメントが行われている。

Ⅲ-4-(1)-①	定められた手順に従ってアセスメントを行っている。	a
Ⅲ-4-(1)-②	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。	a

## Ⅲ-4-(2) 利用者に対するサービス実施計画が策定されている。

Ⅲ-4-(2)-①	サービス実施計画を適切に策定している。	a
Ⅲ-4-(2)-②	定期的にサービス実施計画の評価・見直しを行っている。	a
Ⅲ-4-(2)-③	自立を支援するという基本方針の下に、利用者個々のサービス計画が作成され、サービス実施にあたっては利用者の同意が徹底されている。	a

## 評価機関コメント

施設サービス実施計画は、定期的な利用者の状態変化の見直しだけでなく、職員からの情報や利用者・家族からの要望など、サービスの変更が必要な場合は臨時にサービスを見直しするカンファレンスを開催し、プランの変更が実施されています。サービス変更にあたっては、事前に担当職員が利用者の意思確認を行い利用者の意向に沿える支援を検討されています。

## 評価細目の第三者評価結果(府社協独自基準)

判断基準項目		評価結果
評価対象Ⅰ 福祉サービスの基本方針と組織		
Ⅰ-2 計画の策定		
Ⅰ-2-(3) 予算が適切に策定されている。		
Ⅰ-2-(3)-① 予算が適切に策定されている。		a
評価対象Ⅱ 組織の運営管理		
Ⅱ-2 人材の確保・養成		
Ⅱ-2-(3) 職員の質の向上に向けた体制が確立されている。		
Ⅱ-2-(3)-④ 専門資格取得の促進が行われている。		a
評価機関コメント		
<p>次年度の予算を含む事業計画に対して職員からの意見を募り予算がたてられる仕組みがあります。現場の意見を吸い上げて利用者が落ち着ける空間づくりをおこなっています。中長期事業計画書では、介護福祉士取得率を現行の32%から50%まで引き上げ、専門性の高い職員配置を実現していくと明記しています。資格取得のために勉強会を実施し資格取得後は金銭支給の助成があります。</p>		
評価対象Ⅲ 適切な福祉サービスの実施		
Ⅲ-1 利用者本位の福祉サービス		
Ⅲ-1-(5) 情報開示が適切に行われている。		
Ⅲ-1-(5)-① 情報開示を行っている。(対象：利用者・家族も含む世間一般)		a
Ⅲ-2 サービスの質の確保		
Ⅲ-2-(4) 適切なサービスが行われている。		
Ⅲ-2-(4)-⑭ 給食に関する衛生管理が適切に実施されている。		a
Ⅲ-2-(4)-⑮ 利用者の栄養ケア・マネジメントが適切に実施されている。		a

## 評価機関コメント

広報誌、ホームページで情報を提供しています。  
 事業計画などはファイリングして自由に閲覧出来るようになっています。  
 1階事務所前には要望への回答を掲示しています。  
 厨房には緊急事態に備えて、災害発生時緊急連絡網が作成してあり、委託業者の管理栄養士と責任者、そして施設管理栄養士が迅速に連携できるシステムが確立しています。  
 利用者の健康回復の事例として食事支援においてはSTが嚥下評価を行い、栄養士が本人の嗜好にあわせてソフト食のみでなく希望を取り入れて摂食可能なものを提供することにより食事量の増量や心身両面の変化、QOLの向上が見られました。これらの結果は、サービス計画を立案するに当たって他職種からの情報や全職種の日常の支援活動が大きく関わっていることが確認できました。また、中・高リスクから低リスクに改善しその状態が次のモニタリング後も持続していることが確認されています。

## Ⅲ-5 看護・医療サービスの取り組み

## Ⅲ-5-(1) 看護・医療の体制が整備されている。

Ⅲ-5-(1)-① 看護・医療の体制が整備されている。	a
Ⅲ-5-(1)-② 看護・医療の責任体制が明確にされている。	a
Ⅲ-5-(1)-③ 治療方針の説明と同意が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(1)-④ 入院時の対応が適切に行われている。	a

## Ⅲ-5-(2) 利用者の健康管理が適切に行われている。

Ⅲ-5-(2)-① 水分管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-② 服薬管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-③ 褥瘡の予防・治療が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-④ 胃ろう・カテーテル等の管理が適切に行われている。	a
Ⅲ-5-(2)-⑤ 感染症予防が適切に行われている。	a

## 評価機関コメント

医師、看護職、介護職、管理栄養士のほか相談員、機能訓練士等施設の職員が一体となって利用者サービスに当たっている例として、職員が健康の自己管理を徹底して行っており職員がインフルエンザに罹患しても利用者への感染はゼロという状態を維持されています。これは、罹患当事者のみでなく職員全体の連携が日常的に円滑に行なわれている結果と言えるでしょう。

その他、特色ある取り組み（a～cの評価はありません）

他施設からも関心を持たれる献立とは

- 季節に合った食事を提供しています。利用者の出身地の郷土料理を定期的に提供することで春夏秋冬各地の名物料理が味わえ、利用者の満足度を高めています。
- 「食事を楽しくたべる」をコンセプトに嚥下障害のある利用者もお寿司を美味しく食べてもらうことができます。（ソフト食なので普通に握りずしの感触が味わえる）  
食事時の椅子やテーブルの高さを利用者に合わせて気持ちよく食事が味わえるようにしています。
- 食事会と称して様々な食事形態（を工夫し、利用者に食の楽しさを提供しています。利用者自身が食べ物を作る機会を作っています。また、利用者個人にとって特別な日（誕生日など）には利用者の希望する食事を用意します。

利用者の満足する環境づくり

- PEAP(認知症高齢者への環境支援指針)の取り組みにより職員間で検討した結果、テーブル、椅子の位置、畳のコーナーの設置により認知症の利用者の居場所を確保することで、安定した生活を送れるようになった例などがあります。

## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム寿里苑の入居者
調査対象者数	入居者133名（うち回答可能な方45名）
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

<p>特別養護老人ホーム寿里苑を現在利用されている入居者133名を対象にアンケート調査を行いました。特別養護老人ホーム寿里苑から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、45名の方から回答がありました。回答率（入居者中）は33.8%。</p> <p>特に満足度の高い項目として、  「職員に声を掛けやすい」  「職員は、意見や希望をよく聞いて、可能な限り意見や希望が実現できるように支援している」  「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  が90パーセントを超える満足度、</p> <p>「ホームは安心して生活できる場所になっている」  「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  「職員は、残っている機能を使って、自分でできる範囲のことは自分でできるように支援している」  「健康管理や医療面、安全面について安心である」  が80パーセントを超える満足度という結果が出ています。</p>
---

\* 別紙報告書



## 利用者への聞き取り等の結果

### 調査の概要

調査対象者	特別養護老人ホーム寿里苑の入居者代理人
調査対象者数	145名（現在の入居者代理人130名、利用終了者の代理人15名）
調査方法	アンケート調査

### 利用者への聞き取り等の結果（概要）

特別養護老人ホーム寿里苑を現在利用している入居者の代理人130名および過去1年間に利用を終了した入居者の代理人15名を対象にアンケート調査を行いました。寿里苑から調査票を配布してもらい、回収は評価機関へ直接郵送する形を取り、108名から回答がありました。

（現在利用代理人：回答数97 回答率74.6%、過去利用代理人：回答数11 回答率73.3%）

共通して満足度の高い項目として、  
 「職員は、常にやさしく、一人の人間としての人格を尊重した接し方をしている」  
 「健康管理や医療面、安全面について安心できる」  
 「面会時などに、ホーム内で家族と居心地よく過ごせる」  
 が90パーセントを超える満足度、

「ホームは本人にとって安心して生活できる場所になっている」  
 「職員に声を掛けやすい」  
 が80パーセントを超える満足度という結果が出ています。

\* 別紙報告書