

# 福祉サービス第三者評価結果 (グレード1)

事業所名 特別養護老人ホーム幸園

発効：平成25年2月25日（平成28年2月24日まで有効）

福祉サービス第三者評価機関  
公益社団法人神奈川県介護福祉士会

## 公益社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

### 事業所基本事項

|                   |  |
|-------------------|--|
| フリガナ              | シャカイフクシホウジンサイワイカイ トクベツヨウゴロウジンホームサイワイエン                 |
| 事業所名<br>(正式名称を記載) | 社会福祉法人幸会 特別養護老人ホーム幸園                                   |
| 事業所種別             | 特別養護老人ホーム  |
| 事業所住所<br>最寄駅      | 〒252-0303 神奈川県相模原市南区相模大野9-12-22<br>小田急線「相模大野駅」下車 徒歩10分 |
| 事業所電話番号           | 042-766-1700   |
| 事業所FAX番号          | 042-766-1800   |
| 事業所代表者名           | 役職名 施設長 氏名 草薙 喜義                                       |
| 法人名及び<br>法人代表者名   | 法人名 社会福祉法人幸会<br>法人代表者氏名 理事長 草薙 喜義                      |
| URL               | http://homepage3.nifty.com/saiwaien/                   |
| e-mail            | saiwaikai@nifty.com                                    |
| 問合せ対応時間           | 8:30~17:30   |

### 事業所の概要1

|                         |                              |
|-------------------------|------------------------------|
| 開設年月日                   | 平成11年4月1日                    |
| 定員数                     | 54名 (短期入所生活介護16名)            |
| 都市計画法上の<br>用途地域         | 第2種中高層住宅専用地域                 |
| 建物構造                    | 鉄筋コンクリート造り 地上3階・地下1階建て       |
| 面積                      | 敷地面積(2,811)㎡ 延床面積(3,616.31)㎡ |
| 居室あたりの人数<br>(入所施設の場合のみ) | 個室(4)室/二人部屋(3)室/四人部屋(15)室    |

### 事業所の概要2 (職員の概要)

|              |  |
|--------------|--|
| 総職員数         | 57名  |
| 次の職種に該当する職員数 | 施設長 1名<br>生活相談員 1名(常勤 1名)<br>介護支援専門員 1名(常勤 1名)<br>介護職員 31名(常勤24名・常勤以外 7名)<br>看護職員 7名(常勤 3名・常勤以外 4名)<br>作業療法士 1名(常勤 1名)<br>医師 2名(嘱託医2名)<br>管理栄養士 1名(常勤 1名)<br>その他 12名(調理員8名、事務担当3名、その他1名) |

## 公益社団法人神奈川県介護福祉士会 第三者評価結果

### 1. 総合コメント

#### 総合評価（優れている点、独自に取り組んでいる点、改善すべき事項）

##### 優れている点・独自に取り組んでいる点：

- 特別養護老人ホーム幸園の4つの理念として、①人としての「尊厳」を大切に、②お互いの「プライバシー」を大切に、③個人としての「自立」を尊重しよう、④「自己発達」のための機会を整えようを掲げ、利用者が家庭的なやすらぎや暖かさを感じることができる施設運営を目指している。
- 人権擁護委員会や感染症対策委員会、事故防止委員会、医療的ケア委員会、褥瘡予防対策委員会、給食委員会、入退所委員会等、7つの委員会を設置し、サービス管理システムと利用者支援システムが連動するよう努めている。
- 介護課と医務課、栄養課が連携し、利用者の日常生活を支援している。援助内容は「ケア記録」にまとめ、情報を共有している。また、毎食の摂取状況を確認し、月ごとに食事摂取率や体重増減率を出し、利用者の健康状態を把握している。
- 利用者本人のこれまでの生活経験や「できること」を尊重し、趣味の活動等に参加できるよう配慮している。本人の知識、技術を活かし、施設内の花壇作りを一手に引き受けている利用者もいる。
- 食事は外部業者に委託せず、施設職員が直接調理して提供している。輸入品や冷凍食品、缶詰類は使用しないよう心掛け、旬の食材をいち早く取り入れた献立としている。地元の新鮮な野菜を使う等、季節感あふれる食事を提供している。
- 入浴は、一般浴、中間浴、機械浴があり、利用者の身体状況に合わせて種類を変更している。すべての利用者が一番風呂を利用できるよう、入浴の順番を毎日、変えている。
- 納涼祭等の行事参加を地域に呼び掛け、レクリエーション活動やクラブ活動の援助を地域のボランティアにお願いしている。また、相模原市が実施する「さがみはらふれあいハートポイント事業」（ボランティア活動のポイント制事業）の活動施設として、近隣ボランティアの受け入れを行い、地域との交流を深めている。
- 家族会が活発に活動している。すでに退所した利用者の家族も役員として活動し、家族会の年間計画を立て、交流会（施設の食事の試食会等）の開催や施設行事に参加している。「家族会だより」は、隔月に発行し配布している。
- 地域の福祉ニーズに応えるため、特別養護老人ホームをはじめ、高齢者グループホーム、デイサービスセンター等、11の事業を展開している。平成25年4月には、個室ユニット型の特別養護老人ホームが開設される予定である。
- 福祉サービス第三者評価は、今回が2回目の受審となる。福祉サービス第三者評価を継続して受審することで、提供するサービスの質の向上を目指している。

##### 改善すべき事項：

- ボランティアや実習生の受け入れ、地域との関係作りに努めていることから、受け入れ要領等の書類の整備を、早急に進めることを期待する。

#### 評価領域ごとの特記事項

|   |        |   |
|---|--------|---|
| 1 | 人権への配慮 | <ul style="list-style-type: none"><li>○「利用者権利擁護指針(コンプライアンスルール)」を定め、玄関事務所に掲示している。新人教育の場や、ワーカー会議、特養の全体会議において、内容を周知している。</li><li>○「身体拘束等行動制限について」を定め、利用者への対応が身体拘束とならないよう、常に代替案を考え提案し、実行している。</li><li>○「個人情報管理規定」を整備し、個人情報の保護に努めている。「個人情報管理規定」は各寮母室に置き、全体に周知している。</li></ul> |
|---|--------|---|

|   |                       |   |
|---|-----------------------|---|
| 2 | 利用者の意思・可能性を尊重した自立生活支援 | ○日常の過ごし方や、集団活動、行事への参加頻度、他者との関わり、趣味活動等を、日常生活の場面や利用者本人との面談で確認している。それらの状況をサービス担当者会議で評価し、個別支援計画に反映している。<br>○ワーカーや生活相談員等が、利用者の思いを聴き取る他、市の介護相談員が定期的に施設を訪問し、利用者の声を聴いている。介護相談員が聴き取った利用者の希望は、食堂の座席変更の改善等につながっている。<br>○個別支援計画書は、定期的に見直しを行っている。また、心身の状態に変化があった場合には、適切な援助が提供できるよう、随時、計画の見直しを行っている。  |
| 3 | サービスマネジメントシステムの確立     | ○苦情解決に関するマニュアルや要綱を整備し、施設利用時の契約の際に、利用者や家族に説明している。苦情解決の仕組みは、玄関事務所前に掲示し、苦情受付担当者や苦情解決責任者、第三者委員名を公示している。<br>○リスクマネジメントマニュアルを整備し、利用者個々のリスクを把握し、個別支援計画に反映している。また、事故防止対策委員会を月1回開催し、特養全体会議で検討内容を報告している。<br>○生活支援マニュアルを整備し、各寮母室に置き周知を図っている。新人教育の際、マニュアルに沿って、業務の進め方を確認している。<br>○感染症対策マニュアルや健康管理マニュアルを整備している。感染症発生時期には、マニュアルの読み合わせの研修会を開催し、フロアごとでの注意を促している。 |
| 4 | 地域との交流・連携             | ○レクリエーションや季節の行事の手伝いに、多くのボランティアが参加している。相模原市が実施する「さがみはらふれあいハートポイント事業」(ボランティア活動のポイント制事業)の活動施設として、近隣のボランティアの受け入れを行っている。<br>○地域の趣味のグループ等に会議室を貸出し、また、福祉教育の一環として、地域の小・中学校の生徒や高校生を受け入れている。地域の学校からの体験学習等の依頼は、すべて受け入れることにしている。<br>○行事のポスターを玄関や各事業所、送迎車に貼り出し、行事への参加を地域に呼びかけている。法人内には保育園もあり、子どもたちの参加も多い。  |
| 5 | 運営上の透明性の確保と継続性        | ○特別養護老人ホーム幸園の4つの理念は、パンフレットにも掲載し、利用者や家族、地域の方々から理解してもらえるようにしている。<br>○家族会が活発に活動している。家族会の年間計画を立て、交流会の開催や施設行事に参加している。「家族会たより」は、隔月に発行し配布している。<br>○委員会活動として7つの委員会を設け、多くの職員の参加のもと、様々な角度から、問題点の解決や改善を行っている。  |
| 6 | 職員の資質向上促進             | ○法人内11事業所の職員すべてが集まる場において、年1回、幸園の4つの理念の周知を図っている。事業所全員の職員が、理念のもと、日々の業務にあたっている。<br>○外部研修の参加時には、部内研修やワーカー会議で研修内容を報告している。外部研修参加者は、内容を報告するだけでなく、研修を受け自分は今後どのようなケアを行っていきたいか、目標を皆の前で伝えている。<br>○実習生の受け入れは、相談員が担当している。実習指導者を2名置き、専門学校の実習生の受け入れに対応している。  |

2. 基本的サービス評価

～ 評価機関が定めた評価項目に添って、調査を行った結果です ～

| 基本的サービス評価                        |                            |              |
|----------------------------------|----------------------------|--------------|
| 大項目                              | 項目の内容                      | 達成率 (%)      |
| 人権を尊重したサービスの提供<br>(4項目 20事項)     | 職員の適切な言葉遣い、態度              | 達成率<br>100 % |
|                                  | プライバシーの確保                  |              |
|                                  | 職員への人権教育                   |              |
|                                  | 苦情解決システムの機能                |              |
| 一人ひとりに適したサービスの提供<br>(4項目 20事項)   | 個々の心身機能にあわせた個別支援計画の実施      | 達成率<br>100 % |
|                                  | 相談支援と情報提供                  |              |
|                                  | ケアマネジメントの理念にそった個別支援計画策定    |              |
|                                  | 個別のリスク管理                   |              |
| サービスを提供するための体制の整備<br>(10項目 50事項) | 福祉機器、生活環境の整備               | 達成率<br>92 %  |
|                                  | 生活支援マニュアルの整備と職員への周知        |              |
|                                  | 生活環境整備マニュアルの整備と職員への周知      |              |
|                                  | 感染症対策マニュアルの整備と職員への周知       |              |
|                                  | 救命救急マニュアルの整備と職員への周知        |              |
|                                  | 防災マニュアルの整備と職員への周知          |              |
|                                  | 利用者支援システムとサービス管理システムの一体的機能 |              |
|                                  | 地域への理解促進のための取り組み           |              |
|                                  | 自己評価の実施と評価結果公表             |              |
| 計画的な職員研修による職員の資質向上               |                            |              |

2-2. 日常生活の支援に関する事業所アピール

～ 事業所から自己申告された内容について、事実確認を行った結果です ～

| 項目               | 事業所による特徴的取り組みのアピール<br>(事業所が記載した原文のまま公表しています)  | 第三者評価での確認点  |
|------------------|---|---|
| <p>食事支援の取り組み</p> | <p>①利用者の健康状態・嚥下状態・嗜好に応じた食事を提供し、治療食にも対応しています。</p> <p>②主食は御飯・御粥・軟飯・粥ミキサー・パン・麺、副食は常食・一口大・荒刻み・刻み・ミキサーを提供しています。</p> <p>③また、利用者の体調や嚥下状態の変化が見られたときは、他職種と素早く検討し食形態の変更を行います。</p> <p>④栄養マネジメントを行い、栄養状態の把握と低栄養の改善等に取り組んでいます。</p> <p>⑤毎食の摂取状況をチェックし、一ヶ月の摂取量・体重等によりリスクを判定し、必要に応じて補助食品等の導入を検討します。</p> <p>⑥自営の強みとして、地元の旬の新鮮な野菜を使い、季節感あふれる食事を提供しています。</p> | <p>①利用者の嗜好は、ワーカーが確認し栄養課に伝えていること、利用者の状態の把握は2週間から3ヶ月に1回、栄養士による栄養スクリーニングを実施して個人ファイルにまとめていること、糖尿病の治療食を提供している方が8名いることを、「栄養スクリーニング」や「個人ファイル」で確認した。</p> <p>②利用者への食事の提供は、実際の摂取状況を確認して内容を決めていること、サービス担当者会議に栄養士も参加して食事に関する検討を行っていること、提供する食事内容は一覧表にまとめていることを、「食事形態一覧表」や「食事箋」、「サービス担当者会議録」で確認した。</p> <p>③新規の利用者やサービス担当者会議であがった方については、栄養士も食事の場面に入り介護課、医務課と連携して検討し、摂取状況に応じて食形態の変更を行っていることを、「サービス担当者会議録」で確認した。</p> <p>④栄養スクリーニングにより、「低栄養関連問題」や「栄養状態等」、「栄養補給量」等のリスクを把握し、「評価・判定」して栄養ケア計画を作成していること、栄養ケア計画は半年に一度、見直しを行っていることを、「栄養スクリーニング」や「栄養ケア計画」で確認した。</p> <p>⑤毎食の摂取状況は、ワーカーが摂取表に記入し1ヶ月分をまとめていること、利用者個々に体重増減率、血清アルブミン値と併せ食事摂取率を出し、リスクを把握していること、補助食品は高カロリー飲料を2種類用意していることを、「食事摂取表」や「1ヶ月の一覧表」で確認した。</p> <p>⑥食事は業者委託をせず、施設職員が直接提供していること、そのため地元の旬の新鮮な野菜を使うなど、柔軟な対応が可能となっていることを、聴き取りや訪問調査時の厨房の様子で確認した。</p> |

|                  |   |   |
|------------------|---|---|
| <p>排泄支援の取り組み</p> | <p>①利用者一人ひとりの排泄表を作成し、排泄パターンを把握し排泄時間を設定し誘導を行っています。</p> <p>②出来る限りトイレで排泄を行ってもらえるよう支援しています。</p> <p>③排泄介助の際(トイレ誘導・オムツ交換)毎回シャワーボトルを使用しての陰部洗浄や石鹸洗浄を行い、尿路感染の予防に努めています。</p> <p>④利用者の羞恥心に配慮し、便座に座っている際は布を掛け露出部分を最小限にしています。また、プライバシー保護のための勉強会を開催し、利用者の立場に立った支援を心がけています。(大きな声で排泄の有無を確認しない等)</p> <p>⑤利用者一人ひとりの体格や尿量に合わせた紙パンツ・紙おむつ・パッドを選び使用しています。</p> <p>⑥一人対応では立位が不安定な方に対して、職員二人で対応できる体制を整えています。</p> <p>⑦褥瘡の勉強会を行い、予防または早期発見し最小限に留まるよう対応しています。</p> | <p>①利用者一人ひとりの排泄表を作成し、排泄パターンを把握していること、排泄表はオムツ交換の人、トイレ誘導の人、自分で行う人の3つのファイルに分け、把握しやすいようにしていることを、「個別排泄表」や「生活支援マニュアル(排泄介助)」で確認した。</p> <p>②毎月初め、グループカンファレンスを行い、誘導時間等の検討を行っていること、個々の状況に合わせてトイレ誘導の取り組みを行っていること、トイレ誘導の支援を積極的に行うことでオムツを使用する利用者も減っていることを、聴き取りや「個別排泄表」で確認した。</p> <p>③シャワーボトルを使用した陰部洗浄は、毎回のオムツ介助やトイレ誘導の際に必ず行っていること、また、石鹸洗浄はオムツ介助の方だけでなく、トイレ介助の方に対しても毎日1回行っていることを、聴き取りやオムツ交換車で確認した。</p> <p>④トイレ誘導時、利用者の羞恥心に配慮し、便座に座っている時には、布を掛けていること、プライバシー保護のための勉強会は、相談員が企画し実施していることを、2、3階のトイレの様子や「平成24年度会議開催日・勉強会予定表」で確認した。</p> <p>⑤オムツのサイズは3種類、リハビリパンツは3種類、パッドのサイズも3タイプ用意し、利用者の体格や尿量、好みに合わせて使用していること、年2回担当者が定期的にチェックし、グループリーダーやフロアリーダーに使用状況を報告していることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑥職員二人での介助が必要な利用者は、日中、夜間とも排泄状況表に「二人介助」と記入して、統一した援助が行えるようにしていることを、「2F 排泄状況」で確認した。</p> <p>⑦褥瘡予防対策委員会にて、褥瘡対策マニュアルを作成し、褥瘡を作らない取り組みをしていること、委員会は医師を含め医務課、栄養課、施設長、介護課、ケアマネジャー、相談員が参加し、月1回開催していることを、「褥瘡対策マニュアル」や「平成24年度会議開催日・勉強会予定表」で確認した。</p> |
|------------------|---|---|

|                  |  |  |
|------------------|--|--|
| <p>入浴支援の取り組み</p> | <p>①全利用者が平等に一番風呂に入れるよう入浴の順番を変えています。</p> <p>②利用者の入浴に対しての要望や好みを把握し、出来る限り対応しています。</p> <p>③入浴前に必ず血圧・熱を測定し、看護師が入浴の可否や短縮浴・シャワー浴・清拭・中止等判断し入浴して頂いています。</p> <p>④清拭の指示の場合、体調や本人の希望に合わせ浴室や居室で清拭を行っています。</p> <p>⑤入浴剤を使用し、入浴を楽しんで頂いています。</p> <p>⑥利用者の身体状況に合わせ、入浴の種類を変更し対応しています。(一般浴:浴室内の歩行が可能な方・中間浴:座位保持が可能な方・機械浴:寝たままの入浴が好ましい方)</p> <p>⑦浴室内でもプライバシー保護の目的から、カーテンを使用しています。</p> <p>⑧ご本人やご家族希望で用意して頂いた石鹸等を本人専用として使用しています。</p> <p>⑨着替えの衣類を本人が選べる方には選んで頂いています。</p> <p>⑩手すりを設置し安全に入浴して頂けるよう環境を整えています。</p> | <p>①医務課のホワイトボードに「入浴者バイタル確認表」があり、その日の入浴可能な方に○を付けていること、確認表には、その日の一番風呂の方に○が付いていて、次の入浴日には○をずらすようにして、全利用者が一番風呂を利用できるようにしていることを、医務課のホワイトボードや「入浴業務日誌」、「入浴者バイタル確認表」で確認した。</p> <p>②石鹸やシャンプー、タオルの種類、洗い方等について、利用者から希望を聞き取り、記録に残して対応していることを、「ケア記録」で確認した。</p> <p>③ワーカーがバイタルをはかり、「入浴者バイタル確認表」に記入していること、医務課の看護師が状態を確認し、入浴の可否等を決定していることを、医務課のホワイトボードや「入浴者バイタル確認表」で確認した。</p> <p>④医務課より清拭の指示があった場合には、ワーカーが浴室や居室で清拭を行っていることを、「入浴者バイタル確認表」で確認した。</p> <p>⑤入浴剤は、現在1種類使用していることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑥2Fには車椅子タイプとリフトタイプの2種類が、3Fには一般浴があること、グループカンファレンスでの検討を基本として、利用者の入浴の種類を決定、変更していることを、「生活支援マニュアル(入浴介助)」で確認した。</p> <p>⑦2Fの浴室もそれぞれのコーナーをカーテンで囲うようにすることができ、プライバシーに配慮していることを、浴室の状況観察で確認した。</p> <p>⑧石鹸、シャンプーとも希望する利用者は1人だけだが、家族が用意したものを使用していることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑨着替えの衣類は、その日に選んでいること、本人が選べる方は、ワーカーが居室に一緒に行き準備していることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑩浴室に手すりを設置し、安全に入浴できるようにしていることを、3F浴室の手すりの設置状況で確認した。</p> |
|------------------|--|--|

|                       |   |   |
|-----------------------|---|---|
| <p>整容支援<br/>の取り組み</p> | <p>①毎月2回散髪の日があります。(ご本人の希望やご家族の希望、または職員が判断し散髪して頂いています。希望があれば床屋によるひげそりも実施)</p> <p>②起床時、洗顔タオルを用意し拭いて頂いています。</p> <p>③起床時、髪の毛をブラシで梳かし、整えています。</p> <p>④入浴後、耳掃除・爪切りを実施しています。</p> <p>⑤利用者の口腔内の状態に合わせ、歯ブラシ・舌ブラシ・口腔ティッシュ・吸引ブラシで口腔ケアを行っています。</p> <p>⑥月1回、歯科医から口腔ケアについて助言を受け、会議で職員に伝達しています。</p> <p>⑦経管栄養の方には、毎食前に口腔ケアを行っています。</p> <p>⑧行事に参加する際、ご本人やご家族が選んだ洋服に更衣し、希望があれば化粧をして参加して頂いています。</p> | <p>①散髪は月2回、3Fの浴室脱衣所を使って行っていること、申し込みは家族が面会時に行う他、ワーカーが利用者の状況を確認しながら、2～3ヶ月に1回は利用できるようにしていることを、「散髪一覧表」で確認した。</p> <p>②③起床時の整容ケアについては、夜勤、早番のワーカーが対応して実施していることを、「生活支援マニュアル(整容介助)」や「起床時・入床時 更衣・整容・口腔実施チェック表」で確認した。</p> <p>④入浴後の耳掃除や爪切りは、看護師やワーカーが実施していることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑤⑥歯科医の往診時、ワーカーが1人、医師について指導を受けていること、内容はワーカー会議で伝達していること、介護支援専門員が口腔ケアマネジメント計画書を作成し、利用者の口腔ケアを実施していることを、「口腔ケア、マネジメント計画書」や「口腔機能維持管理にかかわる助言内容」で確認した。</p> <p>⑦現在、胃ろうを造設している利用者は1名だが、毎食前に口腔ケアを行っていることを、聴き取りで確認した。</p> <p>⑧誕生会等の行事の際には、家族もしくはその日勤務の職員が、衣類の選択を行っていること、希望に応じて化粧をして参加していることを、聴き取りで確認した。</p> |
|-----------------------|---|---|

|                                |   |  |
|--------------------------------|---|--|
| <p>健康管理<br/>服薬管理<br/>の取り組み</p> | <p>&lt;健康管理&gt;</p> <p>①相模原中央病院を提携病院、森下記念病院を協力病院として必要時にスムーズに受診できる体勢を取っています。尚、夜間の急変時も救急搬送ができるように依頼しています。週一度提携病院の担当医、歯科医、皮膚科の往診を依頼して、状態報告、診察、受診の依頼等を行っています。</p> <p>②食事の摂取状態、排泄の有無を把握し、月一度の体重測定と合わせて栄養課と連携をとり栄養状態、全身状態の管理に努めています。</p> <p>③日常ケアの中で観察、報告を徹底し、異常の早期発見と対応に努めています。</p> <p>④入浴前に必ずバイタルチェックを行い、状態に合わせて入浴の形態の選択や入浴中止の判断を行っています。</p> <p>⑤年に一度結核検診、インフルエンザ予防接種を行っています。</p> <p>&lt;服薬管理&gt;</p> <p>⑥内服薬は一日分を朝、昼、夕、眠前の薬ケースにセットし、誤薬防止のためダブルチェックを行っています。</p> | <p>&lt;健康管理&gt;</p> <p>①提携病院や協力病院の医師が定期的に施設を訪れ、利用者の健康管理に当たっていること、夜間の急変時の対応もスムーズに行われていること、病院への通院時も事前に内容をFAX送信し、スムーズに受診ができるようにしていること、通院にはワーカーや看護師が付き添うが、家族も付き添ってほしいことを伝えていること、通院には家族の8割が付き添っていることを、「チェック表」や「診察日誌」、「往診記録」、「ケア記録」で確認した。</p> <p>②食事、排泄の状況を把握するとともに、月に1回第1土・日曜日に利用者の身長、体重の測定を行っていることを、「チェック表」や「ケア記録」で確認した。</p> <p>③常勤3名、パート4名の看護師が配置され、2・3F及びショートステイの担当を決めていること、担当看護師による観察の結果はリーダーに報告していることを、「医務課健康管理マニュアル」で確認した。</p> <p>④入浴前のバイタルチェックを行い、最終的に看護師が入浴の可否を判断していることを、「入浴者バイタル確認表」で確認した。</p> <p>⑤年に1回結核検診を行うとともに、インフルエンザの予防接種は毎年、全員に接種を働きかけていることを、「結核検診結果報告」や「検査結果詳細」で確認した。</p> <p>&lt;服薬管理&gt;</p> <p>⑥内服薬は、朝、昼、夕、就寝前の薬をそれぞれのケースに看護師が入れていること、別の看護師が再度確認し、二重のチェックを行っていること、就寝前及び朝の服薬介助はワーカーが行うので、夕方の申し送りの際にケースに入れた薬を渡していること、その際、再度読み上げ確認し、誤薬の防止に努めていることを、「医務課健康管理マニュアル」で確認した。</p> |
|--------------------------------|---|--|

## 2-3. 利用者へのヒアリング調査

～ 利用者から任意でヒアリング調査をした結果です ～

調査した利用者数 5名

### 利用者の状況、特性

利用者へのヒアリングは、食堂や居室で実施した。男性1名、女性4名の利用者は、70代の方が2名、80代の方が1名、90代の方が2名だった。利用年数は、1年の方が1名、3年の方が3名、7年の方が1名だった。

### 調査結果の概要

以下の意見が寄せられた。

- 職員は皆いい人で親切。やさしい。
- ここの職員は皆、忍耐強い。若いによくやってくれる。
- 食事はおいしく、3時のおやつが楽しみ。
- お粥が嫌いなので、職員に伝えと、すぐに対応して、ご飯に代えてくれた。
- お風呂は週2回、職員付き添いで普通浴に入っている。
- お風呂が好きなので、入浴が楽しみ。
- お風呂は、ちょっとせわしない。
- ここでの生活は拘束されることがないし、満足している。
- ここでは困ることがなく、車いすを使って自由に動き、トイレにも行っている。
- 家で一人だと不安だった。ここでは誰かがいてくれるので、こんなに嬉しいことはない。
- 花壇の手入れを、好きなようにやっている。
- カラオケが楽しみ。

### 利用者調査担当調査員の所感

利用者が安心して、落ち着いて生活している様子がうかがえた。また、職員の対応についても満足していると話していた。ヒアリングに協力してくれた利用者からは、改善点や要望は特にあがらなかった。

### 3. 発展的サービス評価

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

|      |             |        |          |
|------|-------------|--------|----------|
| 取り組み | 3食経口移行の取り組み | 取り組み期間 | 24年5月～8月 |
|------|-------------|--------|----------|

| PDCA                        | 取り組みの概略  |
|-----------------------------|--|
| 「P」<br>目標と<br>実践計画          | 入院をきっかけに、胃ろうを造設した利用者の3食経口摂取の取り組みを、今回のテーマとした。退院後、おやつプリンやゼリーの摂取から始め、現在、2食まで経口摂取しているが、本人の「すべて食べたい」という希望を受け、取り組みのテーマとした。長期目標は誤嚥なく3食とも経口摂取ができて、安定して必要栄養量を摂ることができること、短期目標は誤嚥をせず、3食とも経口摂取ができることとした。看護師、管理栄養士を中心に、安全対策会議で取り上げ、今回のテーマとして設定した。「経口移行計画書」や「栄養ケア計画」に具体的な内容をまとめた。                    |
| 「D」<br>計画の実践                | 看護師や管理栄養士で、食形態や栄養量、水分量を検討した。検討結果を、施設内の会議にて、主任やリーダーに説明し、全職員に周知を図った。取り組みの内容は、「ケア記録」にまとめ、申し送り等で徹底し、実行した。3食経口摂取の取り組みは、無理せず、8割くらいの摂取ができることを目指して、実行した。毎食の状況を確認し、さらに1ヶ月毎に状況を確認し、誤嚥の危険性に配慮しながら進めていった。  |
| 「C」<br>実践の評価<br>結果          | 3ヶ月の実行期間の中で、むせ込み、誤嚥なく、3食経口摂取ができ、短期目標を達成できた。また、3ヶ月間、毎食8割くらい摂取できており、大きな体重の減少もなく、長期目標も達成できた。また、食事時の姿勢を保つことで、以前は難しかった前傾姿勢がとれるようになり、誤嚥の危険性も減少した。また、毎月の評価を繰り返していくことで、計画の修正も視野に入れて実践することができた。   |
| 「A」<br>結果をふま<br>えての改定<br>計画 | 多職種連携により、実行に移す適切な時期を見極めることができた。また、変更点に素早く対応することができた。今回の取り組みを通じ、期限を決めて実行することは、とても有効な方法だと痛感した。今後は、振り返りも十分に行い、大小に関わらず、問題が発生したときには、PDCAのサイクルを意識して検討していきたいと思う。また、問題が解決しなくても、途中でいろいろな気づきが生まれることも大事だと思った。多職種が連携したことにより、スムーズに実行に移せたことから、今後も連携を深めて、他の問題に対しても、PDCAのサイクルを意識した取り組みにつなげていきたいと思っている。 |

#### <第三者評価コメント>

胃ろうを造設している本人の「3食を口から自分で食べたい」という希望を重視し、テーマとして取り上げている。多職種が連携し、全職員に内容を周知して、施設全体の取り組みとしている。今回の3食経口移行への取り組みで終わりとするのではなく、PDCAマネジメントサイクルを意識して、あらたな様々な取り組みにつなげていくことを期待する。