

A-1 個別サービスの提供

特別養護老人ホーム1

(1) 利用者に対する食事の提供	評価結果	判断理由等
① 食事が楽しめるような工夫を行っている	a <input checked="" type="radio"/> b · c	食事は法人が運営する給食センターで調理され、施設では食事が冷めないように保温庫や保温食器を使用している。また、主食についてはご飯以外にパンや麺などの利用者の希望に対応している。しかし、家庭的な雰囲気や食事を楽しむということについては、食堂のスペースの問題等も含め課題があるため継続的に検討してほしい。
② 定期的に食事の環境を見直すシステムができていて、機能している	a <input checked="" type="radio"/> b · c	栄養マネジメントを実施し、利用者個人の嗜好調査が定期的に行なわれている。また毎食時食事摂取量が記録され、適宜ケアマネジメントや献立、食事形態に反映させている。毎月開催される給食委員会には利用者が参加し、意見や要望を聞いて献立等に反映している。
③ 利用者の状態に応じた食事の提供を行っている	a <input checked="" type="radio"/> b · c	身体状況や摂取能力に応じた食事の提供を行うため、自助具や食器を工夫し自分で食べる楽しみが持てるよう支援している。介助の必要な方には、朝・夕に食事介助のためのパート職員を採用し、自分のペースで食事ができるよう、安全面にも配慮している。
④ 食事について利用者の要望、希望を取り入れるようにしている	a <input checked="" type="radio"/> b · c	職員に要望や希望が伝えられる利用者については、管理栄養士が個別栄養マネジメントにおいて献立に反映させている。しかし、食堂のスペースの関係上、利用者自身が一緒に食べる人や場所を自由に選ぶことは難しく、身体状況や介助の必要性等を考慮して職員が判断せざるを得ない。健康上の理由から外食や飲酒は制限されている方が多いが、飲み物については午前と午後で提供する内容や品種を変え、栄養アセスメントから選択して提供している。
(2) 利用者に対する入浴の提供	評価結果	判断理由等
① 入浴や清拭は、安全かつ適切に行っている	a <input checked="" type="radio"/> b · c	入浴・清拭介護マニュアルにより適正で安全な入浴の実施に努めている。健康状態を入浴前に看護職員が確認し、身体状況や体力等に応じて入浴方法に配慮している。入浴が困難な場合は清拭を実施し、清潔保持に努めている。入浴介助時間帯は看護職員と一緒に支援している。
② 入浴に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている	a <input checked="" type="radio"/> b · c	利用者の重度化や、築37年以上経過した建物の限られた空間の中での利用者支援に課題がある中、利用者の羞恥心配慮のためにカーテンを複数枚取り付けたり、男性と女性の入れ替わりの際の対応など、職員間で検討し工夫を重ねている。設備上の課題については、中・長期計画に盛り込み検討を継続してほしい。
(3) 利用者の適切な排泄管理	評価結果	判断理由等
① 排泄の自立への配慮を個別の状態に合わせて考慮している	a <input checked="" type="radio"/> b · c	排泄に関する介護マニュアルにより、利用者の状態に応じた介助を実施している。トイレで排泄したいという方の思いを尊重し、排尿・排便チェック表やしぐさの確認等を含め定時に声かけをするなど自立支援を心がけている。夜間のポータブルトイレ使用については、本人に確認を行ない安全性を重視した支援となっている。
② 排泄に関して、利用者の自尊心、羞恥心やプライバシーに配慮した介護を行っている	a <input checked="" type="radio"/> b · c	排泄介助は、カーテンを閉めるなどの人格やプライバシーに十分配慮して実施している。ベッド上でのおむつ交換は、消臭剤を使用するなど臭気の配慮に極力努めている。同性介助を希望者する利用者についての対応も行なっている。

③ トイレは清潔で快適である	a (b)・c	トイレは毎日清掃、消毒を行い、清潔が保持されている。しかし、時間帯により利用者が集中する時には、便器の数や介助スペースが十分でない等の課題があり、利用者聞き取りにおいてもトイレの改善に対する要望が聞かれた。建物の全体的な構造の問題ではあるが、中・長期的な処遇向上のための改善計画を法人本部とともに協議し、より快適な支援空間の提供が望まれる。
(4) 利用者の自立した生活への支援	評価結果	
① 利用者の状況に応じて計画的にリハビリテーションを行っている	(a) b・c	医師のリハビリテーション指示箋により機能訓練指導員が、個々の身体状態に合った計画を策定し実施している。実施計画は3ヶ月ごとに見直しが行なわれ、ケアチェック表にリハビリテーションの項目を設け、問題点や解決すべき課題、実施の有無等整理された内容が記載されている。
② 利用者の意思に基づいた活動の支援を行っている	a (b)・c	利用者の意思と日々の健康状態を把握し、個別計画に基づいた支援を行っており、身体状況が重度化している方や経管栄養による栄養摂取の方についても、離床を促進する努力を継続している。しかし、居室スペースや福祉用具(車椅子等)の課題があるため、より利用者の意志に基づいた自由な活動ができる工夫を検討してほしい。
③ 利用者の身体状況に応じて福祉用具などを適切に提供している	a (b)・c	エアマットについては複数年にわたり購入することが計画化され、可能な限り歩行補助器や車椅子による支援を行っている。また、福祉用具のメンテナンスを定期的に行い、安全に配慮している。しかし、福祉用具の保管場所等の課題があり、利用者の身体状況に応じて複数種類を準備するまでに至っていない。

特別養護老人ホーム2

(5) 利用者の整容の確保	評価結果	判断理由等
① 利用者の状態や意思を反映した清潔な整容等の支援を行っている	a (b)・c	口腔ケアは毎日実施されており、清潔にすごしていただけることを第一に支援が行われている。月1回の訪問整容により、その人らしい髪型について利用者の意向を確認しているが、まずは清潔の確保を優先している。身体状況が重度化している方については、なかなか日中普段着に着替えをすることができない。身体状況が重度な利用者の方が多いため、清潔を優先するだけではなく、個人の意志やその人らしさを大切にケアについても検討してほしい。
(6) 利用者の健康管理	評価結果	判断理由等
① 日常の健康状態の把握を適切に行っている	(a) b・c	利用者の健康管理は、看護職員による定時の全身状態観察(バイタルチェック)や夜勤者の巡回で状態の確認が行われている。状態に変化が見られたときは即時看護職員が確認し、適切な処置等が行われている。看護記録は個別のケースファイルが作成され、文書管理規定に準じて保管されている。必要に応じて本人や家族への説明が行われている。
② 必要な時、迅速かつ適切な医療が受けられる	(a) b・c	緊急時対応マニュアルにより、状態変化時、夜間休日でも迅速に対応できる協力医療機関と連携した体制が整備されている。また、必要に応じて入院加療も実施される。日々の状況については看護職員より、本人や家族へ必要な情報が提供されている。
③ 服薬の誤りがないよう対策を講じている	(a) b・c	薬の保管や服薬の準備、服薬時・服薬後の手順についてマニュアルが整備され、周知徹底を図っている。また、リスクマネジメントの徹底を図り、誤薬時の対応マニュアルも整備している。ヒヤリハット事例が発生した場合は全職員でロールプレイを実施し、リスクマネジメント委員会において再発予防に向けての検討が行なわれている。
④ 感染症及び食中毒対策を適切に行っている	(a) b・c	マニュアルが整備され、毎月委員会を実施して、内容が職員へ周知されている。特に食中毒は毎月の給食委員会の冒頭で注意喚起と予防措置が繰り返し行われ、季節性感染症については内部研修により職員への周知を図っている。玄関、廊下へポスターを掲示し、面会者等への注意喚起も行っている。

(7) 利用者の希望、要望の尊重	評価結果	判断理由等
① 余暇・レクリエーションは、利用者の希望に沿って行われている	a・ b ・c	レクリエーション委員会が立案した年間行事計画により実施し、参加は利用者の自由意志を尊重している。音楽療法やボランティアによる押し花教室を定期的に開催する他、敷地内の畑で野菜を作り収穫祭を楽しんだり、カラオケやビデオ上映も実施している。施設としては、意思表示が困難な方への対応が十分でないと感じ止め検討を行なっている。利用者の身体状況の重度化を考慮し、利用者の希望に沿った企画の実施をさらに継続的に検討してほしい。
② 外出は利用者の希望に応じて行われている	a・ b ・c	年4回は外出の行事を設け、リフト付マイクロバスで遠出をしている。参加は一人1回に制限され、全て意向に沿った支援であるとは言えないが、買い物ツアーや個別の外出希望には可能な限り対応している。外出支援については、年間10回程度の支援が行われている。
③ 新聞・雑誌の購読やテレビ等は利用者の意思や希望に沿って利用できる	a・ b ・c	新聞や雑誌は個人でも購読することができ、希望者に対応している。また、利用者の要望に沿った雑誌を購入し、自由に閲覧できるようにもなっている。また居室には小型テレビを設置し、自分の好きな番組を楽しめるように対応している。
④ 利用者の意思や希望を尊重した生活が送れるよう配慮している	a・ b ・c	酒や煙草は健康状態から医師の許可が必要な方が多く、利用者と協議して嗜好を認めていくような状況にはなっていない。起床や就寝時間は目安を定めている程度で一律強制はしていない。建物の構造上余暇を楽しめるスペースの確保が難しく、倉庫室を整理してくつろぎのスペースを確保するなど精一杯の工夫はしているが課題がある。今後利用者の意志や希望を尊重するための空間作りについて中・長期計画の策定とその実現に期待したい。
⑤ 預かり金は、利用者の希望に沿って適切に管理している	a・ b ・c	預かり金の管理については法人の定める「お客様預かり金管理要領」に基づき、複数の担当者により適切に管理され、金銭出納簿の記録管理も行なっている。3ヶ月に1回残高が確認できる書類を家族に送付をしているが、さらに出納状況についても併せて家族へ送付し、より信頼関係を深めていくことが望ましい。
⑥ 生活の継続性がある、なじみのある暮らしができるよう配慮している	a・ b ・c	入所前や入所する際のアセスメントにおいて、利用者の趣味や嗜好を確認し、写真や思い出のある小物を持ち込めるように配慮している。しかし、居室における個人の占有空間が狭く、なじみの備品や生活の継続性に必要な家具などの持ち込みが限られてしまう。職員は家族に頻回な面会をお願いしたり、思い出に寄り添う支援に努めているが、さらに家庭的な雰囲気を持たせる取り組みについて検討を行なってほしい。

特別養護老人ホーム3

(1) 利用者と家族との交流、家族との連携確保	評価結果	判断理由等
① 利用者と家族との交流の機会について配慮している	a・ b ・c	家族懇談会(交流会)を春に、盆踊り大会を夏に、敬老会を秋にと家族が参加できる行事を年間を通じて開催し、また定期的カンファレンスなど施設へ来ていただく機会を設けている。面会時間に制限はなく、外泊についても利用者や家族の希望を受け入れている。しかし、建物の構造上、落ち着いて面会できるスペースが十分でない。
② 利用者の家族との連携を積極的に図っている	a・ b ・c	定期的に発行する施設広報紙以外に、利用者一人ひとりの「家族通信」を毎月発行し、家族へ近況の報告を行っている。面会頻度や行事等への参加状況は家族により差があるが、連携を積極的に図る方法について市町村行政へ相談したり、家族間交流の機会を持つような気運の盛り上げに努めている。

(1) 利用者に対する不当な取り扱いの防止	評価結果	判断理由等
① 身体拘束の廃止について明確な対応策を講じている	a b・c	身体拘束廃止マニュアルの配布及び周知に努めており、定期の研修を実施し、外部研修への参加にも意識高揚を図っている。緊急時等については「身体拘束ゼロへの手引き」により対応が行なわれている。
② 利用者を傷つけるような職員の言動、介護放棄等の虐待が行われないための具体策を講じている	a b・c	法人の規程による権利擁護推進委員、虐待防止委員等を配置し、虐待が発生しない、させないための取り組みが行なわれている。「虐待防止に関する指針」や「職員倫理綱領」が整備されており、年2回の自己チェックや内部研修、管理者との個別面談などで虐待防止の理解と徹底を図っている。
③ 必要な利用者には成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の利用情報の提供など支援を行っている	a b・c	成年後見制度や日常生活自立支援事業については、ポスター掲示や、施設内にパンフレットを置くなどして、利用者やその家族に情報提供を行っている。入所後に相談があった家族等に対しては申請にかかる相談に応じている。
(2) 生きがいのある生活	評価結果	判断理由等
① 孤立、退屈、無気力にならない配慮をしている	a b・c	寝たきりの方、認知症の方、意思表示の困難な方が多い中で生活歴、習慣、趣味からアセスメントを行なうよう努めており、声かけや意思確認においては表情や個別の反応の仕方に注意を払い、わずかなサインを見逃さないように配慮している。
(3) その他	評価結果	判断理由等
① 自己評価を実施している	a b・c	毎年、全国老人福祉施設協議会の「施設運営チェックリスト」を使用し、全職員が自己評価を実施している。その結果を課題分析し、改善計画書の作成や報告に役立てている。平成22年度は、福祉サービス第三者評価基準による自己評価を実施したが、自己評価の結果について公開は行なっていない。今後は自己評価の結果についても公開することが望まれる。
② 入退所の判定を適切に行っている	a b・c	3ヵ月ごとに入所検討委員会が開催され、入所順位を決定している。順位決定については福島県の指針に基づき審査しており、透明性や妥当性を判断するため職員以外の第三者(外部の方)を委員(平成22年度1名、平成23年度から2名に増員予定)に委嘱している。順位の決定から手続き、記録については全て指針に基づき適切に行われている。