

# 老人保健施設ひまわり

様式第1号

## 兵庫県福祉サービス第三者評価の結果

### 評価機関

名称	株式会社 H.R.コーポレーション
所在地	西宮市甲陽園本庄町6-25-224
評価実施期間	2015年 9 月 1 日 ~ 2016年 3 月 15 日 ( 実施 (訪問) 調査日 2015年 10 月 6 日 ) 2015年 10 月 14 日 )
評価調査者	K-0401004 HF06-1-0010 HF06-1-0011 HF12-1-021

### 福祉サービス事業者情報

#### (1) 事業者概要

事業所名称: (施設名) 介護老人保健施設ひまわり	種別: 老人保健施設
代表者氏名: (管理者) 施設長 : 森岡 伸一	開設(指定)年月日 平成 11 年 8 月 1 日
設置主体: 経営主体: 社会福祉法人淡路島福祉会	定員: 65 名 (利用人数) 名
所在地: 〒 656 - 0446 兵庫県南あわじ市八木寺内347-4	
電話番号: 0799 - 42 - 7801	FAX番号: 0799 - 42 - 7802
E-mail: sunf@blue.sansan-net.jp	ホームページアドレス: <a href="http://awaji-yasuragi.jp/">http://awaji-yasuragi.jp/</a>

#### (2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p>&lt;理念&gt; 地域に親しまれ 信頼される 福祉事業所に 1、利用者の視点に立ち、人権を尊重したサービスを提供する。 2、常にサービスの向上を目指し、自己研鑽を怠らず創意工夫に努める。 3、事業者としての義務を果たし、責任を持った経営を行う。</p> <p>&lt;基本方針&gt; 1) 老人福祉処遇の質の確保と向上に努める。 2) 医療と福祉の機能を十分に備えた施設の位置づけにおける処遇を行う。医療面の偏重(過剰医療、過小医療)を避け、生活援助の場としての施設を原則にバランスのとれた処遇に努める。</p>
---

## 老人保健施設ひまわり

力を入れて取り組んでいる点

介護老人保健施設として医療・リハビリ・介護が連携してサービスの提供を行い、在宅復帰へと繋げていけるように取り組んでいる。また在宅復帰が難しい場合も、中間施設としての役割を果たせるよう他施設や事業者とも協力しながら、継続した在宅復帰と在宅療養を支援している。また、パソコンでのネットワークを構築し、今まで以上に情報共有を行うよう努めている。

職員配置	職種	人数	職種	人数	職種	人数
※()内は 非常勤	施設長	1 ( 0 )	医師	1 ( 0 )	支援相談員	2 ( 0 )
	介護職員	16 ( 2 )	看護師	8 ( 1 )	栄養師	0 ( 0 )
	PT・OT・ST	3 ( 2 )	事務員	1 ( 0 )	薬剤師	1 ( 1 )
	清掃員	1 ( 1 )	介護支援専門員	1 ( 0 )	介助員	1 ( 1 )

施設の状況

医療やリハビリや介護が連携して中間施設としての役割を遂行し、職員全体でサービスの提供に取り組み、在宅復帰へと繋げている。また、在宅復帰が難しい方には、次の施設へ繋げていけるよう支援している。

評価結果

### ○ 総評

◇ 特に評価の高い点

- ・事業所の運営について  
法人の運営管理体制が確立しており、各部門について規程・マニュアルが整備され、職種別・階層別に会議や委員会が設置され機能している。
- ・快適な環境づくり  
共用スペースにはウッドデッキが設けられ、明るく開放感がある。日常にお茶や食事・外気浴を楽しんだり、園芸療法・季節の行事等に活用し、利用者の生活に潤いをもたらしている。
- ・地域の交流と連携  
各種連絡会・協議会に参加し、地域とのネットワーク作りに努めている。学生相撲大会・公民館での文化展・地域行事の神輿の見学等の支援を行っている。施設周辺の清掃活動参加や事業所での夏祭りに地域住民を招待し、地域交流に努めている。また、ボランティアの来訪もあり、玉ねぎの皮を使った絞り染め等の活動も継続している。

◇ 特に改善を求められる点

- ・事業計画の評価について  
各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われていますが、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性が明確になっていない部分があります。計画の実施状況の把握・評価を、会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれます。また、評価を行う際には、利用者や家族等の意見を評価材料にできるような工夫を期待します。
- ・サービス内容についての定期的な評価体制について  
自己評価は行われています。行った自己評価について、結果の分析・課題抽出・改善計画の策定、及び、実施された改善の進捗・見直し等を職員参画の下に行い、記録に残すことが望まれます。
- ・計画的な職員の育成について  
個別研修・DVD研修等、方法を工夫して研修が実施されていますが、計画的で系統だった研修体制が必要です。必要な研修項目については、年間研修計画を策定し、計画的・継続的に実施することが望まれます。

## 老人保健施設ひまわり

### ○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

今回で三回目の第三者評価受審となりました。これまで以上に深く見ていただき、まだまだ出来ていない部分がたくさんある事を教えていただきました。パソコンのネットワークに関しては、このたび導入となりました。これから情報共有や様々な活用方法を模索し、よりよいサービス提供に繋げていきたいと思っております。

### ○ 各評価項目に係る第三者評価結果 (別紙1)

### ○ 各評価項目に係る評価結果グラフ (別紙2)

## 評価細目の第三者評価結果

### 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

		第三者評価結果
I-1-(1) 事業所が目指すことの実現に向けて取り組んでいる。		
I-1-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を明確にしている。	Ⓐ・b・c
I-1-(1)-②	事業所が目指していること(理念・基本方針等)を利用者やその家族等に周知している。	Ⓐ・b・c

#### 特記事項

<p>事業所が目指すことを「理念」「基本方針」に明文化している。  「理念」「基本方針」を事業所内に掲示し、毎朝施設全体で行われる朝礼でも唱和を行い周知を図っている。年度初めの朝礼では、施設長が理念について話を行い理念の理解と浸透を図っている。事業計画作成の際も理念に基づいた検討を行っている。  「理念」「基本方針」を、玄関・廊下等、利用者や来訪した家族が見やすい位置に掲示している。広報誌「まごころ5月号」にも掲載して配布し、また、契約時には説明を行い理解に努めている。ホームページにも掲載し、誰でも知ることができるように取り組んでいる。</p>
---

#### I-2 計画の策定

		第三者評価結果
I-2-(1) 中・長期的なビジョンと計画を明確にしている。		
I-2-(1)-①	事業所が目指していること(理念・基本方針等)に向けた計画的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c
I-2-(1)-②	各計画を職員や利用者等に周知している。	Ⓐ・b・c

#### 特記事項

<p>施設の中長期計画を平成27年度に策定している。社会福祉事業全体の動向も配慮しながら理念・基本方針の実現に向けた課題を明記し、課題克服のための目標を項目別に、明文化している。  中長期計画の内容を基に、平成27年度事業計画を策定している。  各年度の事業計画の評価については、年度末に「振り返り」として総括的に行われているが、達成度や次年度の事業計画への見直しとの整合性を明確に確認するに至らない。</p> <p>計画の実施状況の把握・評価を職員の参画の下、会議等の機会に計画的・定期的に行い、年度末には総括し、次年度の計画策定につなげることが望まれる。また、PDCAサイクルに基づいた経過について記録に残すことが望まれる。</p> <p>事業計画は、責任者会議で各部署の責任者層に説明を行い、責任者層から各部署に説明を行っている。また、年度初めの朝礼では施設長が説明し、全職員に回覧し周知するようにしている。  事業計画書は、「組織図」「施設概要」「基本理念」等7項目に分け、項目ごとに詳細に明文化されている。また、施設長を初め各職種部門の方針・重点施策を明文化し、会議・行事・研修などは表にしてわかりやすく説明されている。  事業計画を玄関に設置し、利用者・家族がいつでも閲覧できるようにしているが、説明には至っていない。</p> <p>事業計画は、利用者・家族が理解しやすい方法を工夫し、説明・周知に取り組むことが望まれる。  年度内に計画的・定期的な各計画の実践状況・達成度を振り返ることにより、各計画の周知に継続的に取り組まることが望まれる。</p>
--

老人保健施設ひまわり

I-3 経営層(管理者等)の責任とリーダーシップ

		第三者評価結果
I-3-(1) 経営層(管理者等)の責任を明確にし、リーダーシップを発揮している。		
I-3-(1)-①	経営層(管理者等)自らの役割と責任を職員に対して表明している。	Ⓐ・b・c
I-3-(1)-②	経営層(管理者等)は、質の向上に向けて職員が意欲的に取り組めるような指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c
I-3-(1)-③	経営層(管理者等)は、経営や業務の効率化と改善に向けた取組に指導力を発揮している。	Ⓐ・b・c

特記事項

<p>人事考課制度を導入し、経営層は管理職人事考課のシートを用いて、自らの役割と責任について自己評価を行っている。</p> <p>職務権限規程で経営層の役割・責任が明文化されているが、職員に理解される積極的な取り組みが望まれる。</p> <p>アンケート調査や人事考課制度の上位者評価等を活用し、経営層が職員・利用者等からの信頼度を把握・評価・見直しできる仕組み作りが望まれる。</p> <p>法人全体で「サービスの質向上委員会」を設置し、施設長・各部署主任が出席している。会議ではサービスの質の現状・課題について把握し、改善にむけての取り組みを明示している。</p> <p>委員会で検討された取り組みについては、各部署主任から部署会議で報告され、担当する部署や委員会で職員が意見を出し合い検討する仕組みがある。</p> <p>アウトソーシングで3ヶ月に1回「経営開発センター」の会計士の来訪を受け、施設の稼働率や経営状況の分析を行っている。分析結果は法人の幹部運営委員会で報告され、改善すべき課題があれば、各施設の連絡会で報告され具体的な取り組みを行う仕組みがある。</p> <p>職員の日課表見直しによる業務改善や、水光熱費等の経費削減への取り組みは、事務長を中心に責任者会議で検討し、各部署会議で伝達し職員の周知と意欲形成を図っている。</p> <p>幹部運営委員会には各施設の管理者層が参加し、経営や業務の効率化・改善に積極的に参画している。</p>
---

評価対象Ⅱ 組織の運営管理

Ⅱ-1 人材の確保・養成

		第三者評価結果
Ⅱ-1-(1) 必要な人材確保の仕組みを整備している。		
Ⅱ-1-(1)-①	必要な人材に関する具体的なプランを確立している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(1)-③	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を構築している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(2) 職員の質の向上に向けた体制を確立している。		
Ⅱ-1-(2)-①	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(2)-②	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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(3) 実習生の受入れを適切に行っている。		
Ⅱ-1-(3)-①	実習生の受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。	Ⓐ・b・c
Ⅱ-1-(3)-②	実習生の育成について積極的な取組を行っている。	Ⓐ・b・c

特記事項

人員管理は法人が一括して行っている。  
組織図・職務権限規程・職群基準表・種別配置状況表等で、人員管理に関する方針を明示している。  
種別配置状況表で、職種別に定数と現員を明示し、人員体制についてのプランに基づいた人事管理を確認している。  
退職等で欠員が予測されれば、法人の幹部運営委員会に報告し法人一括で職員募集を行う仕組みがある。

人事考課制度を継続し、年2回の個人面談と自己評価・上位者評価を通して、職員の育成・評価・報酬が連動した仕組みを確保している。  
人事考課制度については、新入職時・個人面談時等に説明すると共に、閲覧できるように事務所に人事考課制度についての規定を設置し、公平性・納得性・透明性の確保を図っている。  
健康診断・退職金制度への加入・職員旅行・勤続年数に応じての報奨金・キャリア段位制度導入・クラブ活動支援・誕生日のプレゼント等、福利厚生に努めている。旅行の行き先等については、職員アンケートを実施し職員の意向確認を行っている。

職員一人ひとりについて、「個人別休暇・年次有給休暇記録簿」・「時間外勤務延長勤務命令簿」が作成されている。勤務状況・時間外勤務状況・休暇取得状況等について、事業所で毎月一覧表を作成し、法人に報告している。  
就業状況についてのチェックは、施設内では事務長が、法人では幹部運営委員会が担当している。  
報告されたデータを基に法人の幹部運営会議で検討し、職員募集や人材・人員体制に関する具体的なプランに反映させる仕組みがある。施設内では、施設長・事務長が中心になって検討し、内容に応じて責任者会議でも話し合っている。  
人事考課制度で、年に2回定期的な個人面談を行っている。それ以外にも、施設長が個別に面談する機会を設けている。  
嘱託医が産業医であり、いつでも相談できる体制がある。また、法人内に精神衛生保健福祉士の資格取得者等があり、相互に相談できる体制が整備されている。

事業計画にキャリア支援として内部・外部研修の受講支援を明記している。職員一人ひとりの「資格一覧表」を作成し、職群基準表で勤務年数、資格等に応じて必要な知識・専門資格等を明確にしている。職員が公平に研修に参加できるよう配慮し、職員研修実績として一覧を作成している。  
キャリアパス制度の業務管理評価シートで職員個別の資格取得目標を明確にしている。取得目標に沿って研修を受講し、受講後報告書の提出を行っている。  
事業所が必要とする資格取得のための研修参加は、旅費規定で受講費用負担等、研修参加の支援を明文化している。法人として事業所毎に、法令上の種別配置基準を定めており、法人で介護職員初任者研修を実施し、資格取得の支援を行っている。  
法人内で、役割資格等級基準、昇格基準が明確にされており、人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。

研修受講後は研修命令簿並びに復命書を提出し、内容によっては会議等で報告している。  
外部研修について施設長が研修成果に関する評価を行い次年度の研修受講に反映させている。内部研修については年間研修計画は作成されているが、現時点では視聴覚研修として計画されていた研修の実施にとどまっており、未実施分について年度内での実施を予定している。視聴覚研修について、視聴した職員は視聴覚教育感想を提出している。

施設内研修について、視聴覚研修のみでなく、年間研修計画として立案した研修を年度内に実施し、評価・分析した結果に基づいて、次年度必要とされる研修の継続や新たに必要となる研修の採り入れに活かすことが望まれる。

事業計画に地域社会との連携として、実習生・ボランティアの積極的な受け入れ謳い、実習生を積極的に受け入れることで地域社会への貢献、福祉人材の育成等、受け入れの目的を明文化している。  
実習生受け入れマニュアルで受け入れ担当窓口を職種別に決め、理学療法士の実習は理学療法部門としている。総括的な受け入れ責任者は施設長としている。  
実習生受け入れマニュアルにオリエンテーション実施方法の流れが明示されている。過去1年では理学療法士と介護職員初任者研修の実習生の受け入れを行っている。  
養成校からの実習受け入れ依頼書により受け入れを承諾し、受諾書によりそれぞれの責任体制を明確にしている。

## 老人保健施設ひまわり

実習指導者に対する研修の実施が望まれる。

理学療法士養成校の「臨床実習の手引き」のカリキュラムに沿って実習が行われるよう取り組んでいる。養成校所定の様式に沿って、実習到達度の確認を行っている。  
 実習開始前に、実習打合せ会議を養成校で行い、実習中には実習指導教員による施設巡回時に実習プログラムに対する進捗や今後の進め方等について話し合い連携を図っている。

今後、社会福祉士、介護福祉士等の実習要請があれば、実習生の種別に配慮した実習内容を計画的に学べるようなプログラム作成の検討が望まれる。

### II-2 安全管理

		第三者評価結果
II-2-(1) 利用者の安全を確保するための取組を行っている。		
II-2-(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を整備している。		○a・b・c
II-2-(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・b・c

#### 特記事項

利用者の日常的な安全確保に関する担当部署を安全対策委員会として設置している。  
 安全対策委員会を定期的開催し、インシデント・アクシデントの区分をレベル判定で実施し、レベル判定区分ごとにデータを集積している。

リスクの種類別に、感染症対策・嚥下障害・褥瘡・防災対策等の委員会を設置し、管理体制を整備している。

緊急時(対応)マニュアル・食中毒マニュアル・感染症マニュアル等を作成している。インシデントアクシデントレポートや安全対策委員会議事録は全職員に回覧させている(捺印あり)。今年度の研修計画は立案されているが、現時点では、視聴覚研修以外は未実施であり、マニュアル等を職員に周知する取り組みは確認出来なかった。

隣接の介護老人福祉施設が市と福祉避難所として協定を交わしているため、当事業所に支援の要請があれば隣接特養と連携して協力を図る意向である。AEDの設置は行っていないが、隣接する特養に設置されており、消防署の協力を得て今年2月にAEDを使用して心肺蘇生法の研修を実施している。

研修会などの実施により、マニュアルの内容の周知を図る取り組みが望まれる。

インシデント・アクシデントレポート事例は、年間200例程度提出されている。インシデント・アクシデントのレベル判定基準を広げることにより、安全を脅かす事例を多く収集できるよう取り組んでいる。

事例をレベル判定区分ごとに分類集計し、安全対策委員会で集計された結果について評価分析し対応策を検討していることが記録から確認できる。現時点では、年間研修計画に採り入れられた安全確保・事故防止を目的とした研修は未実施であり、職員に周知するには至っていない。

安全確保策の取り組み状況や効果について定期的に評価・見直しを行い、次の安全確保策につなげているかは確認出来なかった。

事故防止を目的とした研修を実施することが望まれる。また、利用者の安全を脅かす事項としての、感染症・食中毒についても研修を実施することが望まれる。また、安全確保策の実施状況や効果について定期的に評価見直しを行い、次の安全確保策等の検討に活かすことが望まれる。

老人保健施設ひまわり

II-3 地域社会との交流と連携

	第三者評価結果
II-3-(1) 地域・事業環境を把握・分析し、取組を行っている。	
II-3-(1)-① 事業経営をとりまく環境を的確に把握している。	○a・b・c
II-3-(1)-② 地域の福祉ニーズを把握し、事業・活動を行っている。	○a・b・c
II-3-(2) 地域との関係を適切に確保している。	
II-3-(2)-① 利用者と地域の関わりを大切にしている。	○a・b・c
II-3-(2)-② 事業所が有する機能を地域に還元している。	○a・b・c
II-3-(2)-③ ボランティア受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・b・c
II-3-(3) 関係機関との連携を確保している。	
II-3-(3)-① 必要な社会資源を明確にしている。	○a・b・c
II-3-(3)-② 関係機関等との連携を適切に行っている。	○a・b・c

特記事項

WAMネット・厚労省・兵庫県や南あわじ市・全国社会福祉法人経営者協会等のホームページから社会福祉事業の外的動向を把握している。

南あわじ市老人福祉計画及び第6期介護保険事業計画等を参考に地域の変化・特徴を把握している。事業所に併設されている、居宅介護支援事業所を通じて福祉サービスのニーズ等の把握収集に努めている。把握した情報を基に、在宅復帰支援を事業計画に反映させて取り組んでいる。

在宅介護支援センター等を通じて地域の福祉ニーズの把握に努めている。地域住民が相談に来訪し、パンフレットにも「気軽に相談にのる」ことを記載しており、相談を通じて具体的な福祉ニーズの把握に努めている。

年1回家族を対象に家族介護者教室を開催しており、地域住民も希望があれば参加できる。法人としても別途開催している。

把握したニーズを事業計画に反映させ、介護者教室等の活動を行っている。

基本理念に「地域に親しまれ、信頼される福祉事業所に」と、地域とのかかわり方についての基本的姿勢を明文化している。

法人全体で「介護職員初任者研修」を実施しており、地域住民も参加が可能である。地域住民が来訪して、また、電話での介護相談にも相談員が窓口となり対応している。家族介護者教室を開催しており、地域住民にも開放している。

ボランティア受け入れマニュアルを作成し、受け入れに関する姿勢や目的を明文化している。事業計画にも地域とのつながりを目的に、ボランティアの積極的な受け入れを行うことを明記している。

マニュアルに、受け入れ手順・オリエンテーション・個人情報管理等の項目を記載している。ボランティアの受け入れに当たっては、ボランティア受け入れ簿を作成している。

オリエンテーション時に、活動を行う際の注意事項や個人情報保護等の必要な研修を実施している。

南あわじ市テレフォンガイド・南あわじ市役所各課問い合わせ先・市民交流センター一覧・ケアマネタイム等関係機関のリストを設置している。医療機関・タクシー会社・介護タクシー事業所等目的別リストを作成している。

地域の店舗等利用した社会資源や、把握した社会資源に関する情報を職員会議で説明し共有している。

年2回開催される老人福祉事業者協会の会議や、定期的に行われる播磨・淡路等でのブロック会議・研修等に参加している。また、施設長が介護認定審査会の委員を委嘱されており地域社会における役割を担っている。

市で開催される、ケアマネ会議等の地域の職種別連絡会や淡路ブロック給食会議等に参加している。

淡路ブロック給食施設協議会が行う、災害時における食事対応の「給食施設総合支援実地訓練」に栄養士等が参加し、ネットワークを有効に活用し、共通の課題解決に取り組んでいることが記録から確認できる。



老人保健施設ひまわり

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

	第三者評価結果
Ⅲ-1-(1) 利用者を尊重する姿勢を明示している。	
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組を行っている。	○a・b・c
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・b・c
Ⅲ-1-(2) 利用者満足の向上に努めている。	
Ⅲ-1-(2)-① 利用者やその家族等の意向の把握と満足の向上への活用に取り組んでいる。	○a・b・c
Ⅲ-1-(3) 利用者が意見等を述べやすい体制を確保している。	
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・b・c
Ⅲ-1-(3)-② 苦情解決の仕組みを確立し、十分に周知・機能している。	○a・b・c
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・b・c

特記事項

理念の中に利用者の尊重を謳い、朝礼でも唱和している。個々のサービスの標準的な実施方法を示した、法人の「介護マニュアル」の「介護の心得」の中に、「利用書の意向に沿って」「利用者の生活歴を大切に」等、利用者尊重の姿勢が明示されている。

年間研修計画を作成しているが、計画に基づいた研修は現在できていない。今年度は、施設長が倫理・人権について個別に研修している。また、DVD・CDでの視聴覚研修で自主研修を実施して感想文を提出している。法人内の新人研修で学ぶ機会もある。

身体拘束・虐待の研修については外部研修を受講している。受講後の感想文や復命書を回覧する他、資料配布をして周知を図っている。年度内に実施される老健協会の虐待研修に出席し、伝達研修を行う予定である。

利用者のプライバシー保護については、法人共通の規定とマニュアルを整備し、法人全体でプライバシー保護に努めている。「プライバシーマニュアル」に、個人情報保護と共に、利用者の自尊心保護についても言及され、利用者の尊厳やプライバシー保護への姿勢を明示している。多床室はカーテン・建具で間仕切りする等、設備面でもプライバシー保護に配慮している。

マニュアルに沿っての研修を計画しているが実施に至っていない。

「介護マニュアル」の個々のサービスの標準的な実施方法にも、利用者への尊厳やプライバシー保護への姿勢が明示され、日々の支援に活かしている。

作成したマニュアルを基にした職員研修を実施しプライバシー保護について、理解と浸透を深める取り組みが望まれる。

昨年度、「サービスの質向上委員会」で計画して、接遇・食事・生活面・行事等項目に分けて利用者満足度調査を行い、今年度も実施を計画している。

アンケート結果を集計しているが、課題分析・検討・改善に努めているが、計画的に改善に取り組み記録に残すには至っていない。

各種アンケート・調査結果の集計・分析から抽出された課題について、改善計画を立て、進捗を確認しながら、計画的に取り組む仕組み作りが望まれる。

相談方法・窓口については、重要事項説明書に窓口担当者・行政窓口・第三者委員を、相談相手が選べるように明記している。重要事項説明書を契約時に説明・配布すると共に、抜粋したものを館内掲示板に掲示している。また、職種ごとに職員の顔写真を掲示して相談相手が選べるように配慮している。

談話室や家族談室等プライバシーが確保できる場所を相談スペースとして提供している。

## 老人保健施設ひまわり

苦情解決責任者・苦情受付担当者・第三者委員を設置し、苦情解決の体制を整備している。  
 苦情解決の仕組みを重要事項説明書の中に明記し、契約時に説明・配布するとともに、抜粋を掲示している。  
 受け付け苦情については、「苦情受付対応票」に受付から結果・フィードバックまで記録し、再発防止に努めている。  
 苦情の検討結果については、申し出た方に個々に報告しており、公表はしていない。

利用者からの意見・提案についても、「苦情対応マニュアル」とフローチャートを用いて対応している。  
 「苦情・要望受付対応票」に、意見・提案についても記録し、サービスの改善に反映させる仕組みがあるが、記録として確認できなかった。  
 施設内の手順書は随時に見直しているが、定期的なマニュアル全体の見直しは、苦情マニュアルを含め、今年度末に法人のケア業務委員会で見直す予定である。

利用者からの意見・提案についても、苦情と同様に迅速に対応し、対応経過と結果を記録に残し、サービスの改善に反映させることが望まれる。  
 マニュアルの見直しについては、年1回以上あらかじめ定められた時期に行い、記録に残すことが望まれる。

### Ⅲ-2 サービスの質の確保

	第三者評価結果
Ⅲ-2-(1) 質の向上に向けた取組を組織的に行っている。	
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・b・c
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・b・c
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・b・c
Ⅲ-2-(2) 個々のサービスの標準的な実施方法を確立している。	
Ⅲ-2-(2)-① 個々のサービスについて標準的な実施方法を文書化し、サービスを提供している。	○a・b・c
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を確立している。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3) サービス実施の記録を適切に行っている。	
Ⅲ-2-(3)-① 利用者に関するサービス実施状況の記録を適切に行っている。	○a・b・c
Ⅲ-2-(3)-② 利用者に関する記録の管理体制を確立している。	○a・b・c
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・b・c

#### 特記事項

第三者評価の受審に合わせて、自己評価を年に1回実施している。内容に応じて各部署担当が自己評価を実施している。  
 第三者評価を3年間連続で定期的に受審し、サービスの質向上に取り組んでいる。  
 評価に関しての統括的な担当者は支援相談員と定めている。  
 各施設ごとに評価結果書を作成し、法人の「サービスの質の検討委員会」において分析・検討を行っている。

法人の「サービスの質の検討委員会」に、施設からも参加して分析・検討を行った。  
 分析した結果や課題抽出・課題の共有については、職員の参画のもとに行われた取り組みが記録で確認できなかった。

職員参画の基に、評価結果の分析から課題抽出を行い、職員間で共有しその過程を記録に残すことが望まれる。

法人の各委員会で立案した改善計画に基づいて取り組んでいるが、改善計画の策定や実施状況の評価・見直しについて、施設として職員が参画している記録が確認できなかった。

## 老人保健施設ひまわり

評価結果に基づいた改善計画の策定、及び、実施された改善の進捗・見直し等がわかるような記録の作成が望まれる。

法人の「介護マニュアル」の中に、個々のサービスについて、標準的な実施方法を明文化している。「介護マニュアル」の、主に「介護の心得」の中に、プライバシー保護の姿勢が明示されている。マニュアル周知についての、新人研修及びOJTでの指導を実施してサービスの内容の浸透を図っているが、指導記録が確認できない。

マニュアルに基づいた標準的な実施方法について、職員に周知徹底を図ることが望まれる。標準的な実施方法に基づいて実施されていることを組織として確認するための仕組みの整備が望まれる。

マニュアル・手順書を26年度末までに作成し、27年度末に見直しを予定している。

マニュアルの見直しは、実際に使用している職員からの意見や提案を集約し、あらかじめ定められた時期に定期的に行い、経過を記録に残すことが望まれる。

利用者ごとに看護・介護の状況を統一された書式に記録している。施設サービス計画書の課題に応じて「介護記録実施表」に実践・援助できているか否かを○×で記載して計画に基づいたサービスが提供できたか否かを記録している。記録内容のばらつきをなくすために「記録の書き方マニュアル」の作成に現在取り組んでいる。

職員個々の記録は統一した方法で記録されることが望ましく、さらにサービス実施計画に沿って実施した内容・利用者の状態等を、具体的に記録されることが望まれる。

施設の職務分掌に「利用者記録の管理に関すること」の担当者を介護主任として明記している。法人の「文書管理規定」の中に記録の種類別に文書の保管・保存・廃棄に関する規定が定められている。記録などの情報開示については、「文書管理規定」内の「個人情報保護規定」の中に明示されている。重要事項説明書にも明示し、契約時に利用者・家族に説明を行っている。記録の管理を含む個人情報保護・情報開示については、年度内に研修を予定している。

必要な研修項目については、年間研修計画に基づいて、計画的・継続的に実施することが望まれる。

各部署の責任者・当日出勤者は朝礼に参加し、看護・介護・事務の情報を伝達して共有している。朝礼の伝達事項は議事録に記載している。朝礼に参加した職員が部署に持ち帰り朝礼での内容を伝達している。施設全体で必要な事項は書面で配布し共有を図っている。確認者はサインしている。3か月ごとに担当者会議を開き、各部門の担当者が出席し、ケアカンファレンスで情報共有を図っている。サービス担当者会議議事録は回覧している。施設内での情報共有を図るためにネットワークシステムの導入を検討している。

### Ⅲ-3 サービスの開始・継続

Ⅲ-3-(1) サービス提供の開始を適切に行っている。	第三者評価結果
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。	Ⓐ・b・c
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。	Ⓐ・b・c
Ⅲ-3-(2) サービスの継続性に配慮した対応を行っている。	
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。	Ⓐ・b・c

## 老人保健施設ひまわり

### 特記事項

パンフレット・ホームページ・広報誌「まごころ」等の中で、施設情報やサービス内容をわかりやすく掲載している。パンフレット・広報誌には、施設の設備やサービスの内容が、写真入りでわかりやすく明示されている。

パンフレット・広報誌は他の施設、医療機関に設置してもらっている。また、居宅介護支援事業所にも配布し、ケアマネジャーを通して、紹介してもらえるようにも務めている。利用希望者には、施設内の見学で対応している。

利用開始時には、契約書・重要事項説明書とともに、パンフレット・入所のしおり・利用料金表等、わかりやすい資料を併用して説明している。

重要事項説明書は、サービス内容の詳細や利用料金等を、表や箇条書きを用いてわかりやすく記載するように工夫している。また、より詳細な料金表やパンフレット等も活用して説明を行っている。理解と同意を確認した上で、書面で契約を取り交わしている。

施設退所・在宅復帰については重要事項説明書の「退所のための援助」の項目を設け、引き継ぎの手順を明らかにしている。医療機関への移行時は「診療情報提供書」「看護連絡表」、また、在宅ケアマネージャには要請された文書を引継ぎ文書として、情報提供を行っている。

サービス終了後の相談窓口は、生活相談員と定め、サービス終了時に口頭のみで説明している。サービス終了後の相談方法や担当者について説明した文書を作成し、必要時に手渡せる体制作りが望まれる。

### 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を行っている。	第三者評価結果
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・b・c
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・b・c
Ⅲ-4(2) 利用者に対するサービス実施計画を策定している。	
Ⅲ-4(2)-① サービス実施計画を適切に策定している。	○a・b・c
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・b・c

### 特記事項

利用開始時の利用者の身体状況・生活状況等は、「インテークシート」で把握し、記録している。再アセスメントには「ADL評価票」を使用して身体状況を記録している。

「ケアマネジャーマニュアル」の「施設ケアマネ業務の流れ」でケアプラン作成から見直しの手順を明文化し、定期的な見直し時期は6か月とし、見直し時には再アセスメントを行っている。

「ケアマネジャーマニュアル」に、利用者・家族の情報収集と希望の聴取から、アセスメントを行い、ニーズと課題を明確にする手順が明示されている。

「インテークシート」で把握した情報から課題分析を行い、施設サービス計画に、具体的なニーズや課題が明示されている。

施設サービス計画の責任者は支援相談員として、職務分掌に明記されている。

施設サービス計画作成の手順は、「ケアマネジャーマニュアル」の中の「施設ケアマネ業務の流れ」で定められている。計画の策定の際は、部門横断でサービス担当者会議を開催し、利用者・家族の意向を取り入れた計画を作成する手順が明記されている。

計画に基づいたサービスの実施状況は、「介護計画実施表」で実施状況のチェックを行い確認している。

サービス計画の見直しに関する手順については、「ケアマネジャーマニュアル」の「ケアマネ業務の流れ」の中に明示され、また、ケアプラン見直しの手順をフローチャートでも明らかにしている。

変更されたサービス計画書は関係職員へ回覧して変更の周知を行っている。

利用者の状態の変化で見直しの必要性が生じた場合には計画の見直しを行っているが、見直しの仕組みが確認できない。

利用者の急な状況・状態の変化で見直しの必要性が生じた場合の見直しの手順を明確にし、職員・家族に周知することが望まれる。

老人保健施設ひまわり

評価対象Ⅳ 実施する福祉サービスの内容

Ⅳ-1 利用者の尊重・保護

	第三者評価結果
Ⅳ-1-(1) 利用者の尊重・保護	
Ⅳ-1-(1)-① 行事やクラブ活動などへの参加や内容の決定に利用者の意向を尊重している。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-② 余暇活動や生きがいづくりへの支援を行っている。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-③ 家族や友人等とのつながりを維持するための支援を行っている。	○a・b・c
Ⅳ-1-(1)-④ コミュニケーション手段を確保するための支援や工夫をしている。	○a・b・c

特記事項

事業計画の中に、「年間行事」を明示し、行事はレク委員会が中心になり計画・実施している。行事開催については掲示し、利用者の参加を呼び掛けている。開催時は利用者個別に参加の意向を確認し、移動困難な利用者も誘導して参加を勧めている。

利用者の様子や表情を写真・ビデオに録り、行事实施後にはそれらを参考に行事内容の評価を行い「行事实施表」に記載し、次回の実施に活かしている。

利用開始時の「インタビューシート」の「生活歴」で趣味について家族から情報を収集して、趣味活動への参加を支援している。

音楽療法・料理クラブ・カラオケ・園芸等に、利用者個々の意向に沿って参加できるように働きかけ、参加を勧めている。

現在、利用者からの自発的なグループ活動の意向はない。

玉ねぎの皮を使った絞りに染め等、ボランティアの協力を得て行う活動も継続している。

利用者の興味や意欲を引き出し、自発的な余暇活動や生きがい作りにつなげる取り組みを期待する。

面会時間はあらかじめ定めているが、希望があれば自由に面会できるように支援している。

面会は、居室・玄関横のロビー・デイルーム・談話室等、希望の場所で面会でき、内容に応じてプライバシーにも配慮もして選択してもらっている。

利用者に外出・外泊の希望があれば、家族に意向を伝えている。外出時には、外出の準備や車いす・歩行器の貸し出し等の支援を行っている。

「基本情報」「インタビューシート」に個別のコミュニケーション能力を記載し、施設サービス計画書に支援方法を明記して、職員全体で適切な支援に努めている。

意思疎通に支障のある利用者に対しては、ジェスチャーや筆談等、個別のコミュニケーション方法を用いている。

週1回、関連医療機関から言語聴覚療士の訪問があり、専門職の助言や指導を受ける機会がある。

代弁者・手話通訳者等を受け入れた事例はないが、利用者の家族の協力を得て、コミュニケーションが図れるように取り組んでいる。

判断能力に低下が見受けられる利用者には、権利擁護事業などの制度利用に向け担当窓口につなげている。

老人保健施設ひまわり

IV-2 快適な環境づくり

	第三者評価結果
IV-2-(1) 居室	
IV-2-(1)-① 快適な生活空間(居室)の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(2) 食事	
IV-2-(2)-① 快適な食事環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(3) 入浴	
IV-2-(3)-① 快適な入浴環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(4) 排泄	
IV-2-(4)-① 快適な排泄環境の整備に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(5) 衣服	
IV-2-(5)-① 利用者の個性や好みを尊重し、衣服の選択などについて支援している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(6) 理容・美容	
IV-2-(6)-① 利用者の個性や好みを尊重し、理容・美容への支援を行っている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(7) 睡眠	
IV-2-(7)-① 安眠できるように配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(8) 健康管理	
IV-2-(8)-① 利用者の健康保持に配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(9) 服薬管理	
IV-2-(9)-① 内服薬・外用薬等の扱いを確実にしている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(10) 外出	
IV-2-(10)-① 外出は利用者の希望に応じて行っている。	Ⓐ・b・c
IV-2-(11) 通信	
IV-2-(11)-① 郵便や電話などの通信機会を確保している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(12) 情報媒体	
IV-2-(12)-① 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よう配慮している。	Ⓐ・b・c
IV-2-(13) 嗜好品	
IV-2-(13)-① 嗜好品(酒、たばこ等)については、健康上の影響等に留意した上で、利用者の意思や希望を尊重している。	Ⓐ・b・c

特記事項

基本的には、スペースの許す限り希望の物を持ち込み、意向に沿った暮らしができるように支援している。カーテン・消灯台を使用して、生活空間のプライバシーに配慮している。

日々の喫食状況については、個人別に食事チェック表で把握している。年に1回、利用者・職員に嗜好調査を行い、行事食の毎にも満足度調査を行っている。給食サービス検討委員会で、利用者の喫食状況や嗜好・希望を伝え、献立に反映させるようにしている。「介護マニュアル」の「食事マニュアル」の中の「食事の楽しみ方」の項目を設け、配席への配慮など食事を楽しむという視点を持って支援している。月初めの日には毎月赤飯と鯛を献立に取り入れ、季節感のある敷き紙を敷いている。また、ウッドデッキやロビーで、お茶やおやつを楽しめる機会も設けている。

「入浴マニュアル」を整備し、項目別の支援方法・設備の使い方・留意点等について、詳細に記載している。プライバシー保護については、「介護の心得」の項目、手順の「留意事項」欄に具体的な内容を明示している。「入浴マニュアル」に基づいて、個別・具体的方法を施設サービス計画書に明記し、統一した支援に活かしている。週2回の入浴を基本としているが、希望に応じて回数の調整や発汗・汚染時の入浴、それ以外でも陰部洗浄等、臨機応変に対応するようにしている。

排泄介助についての個別・具体的方法は、施設サービス計画書に明記し、統一した支援に活かしている。「排泄マニュアル」を整備し、排泄に使用する器具別の介助方法や排泄チェック表の記載方法に至るまで、詳細に具体的に明示している。マニュアルには環境整備について項目を明示して、トイレ清掃チェック表で点検している。更に清掃担当職員を配置し環境整備が確実にできるように取り組んでいる。保温便座・ウォッシュレット・消臭装置を整備して排泄時の快適性に配慮している。

利用者の状態に応じて、本人が選べる場合は意向を尊重し、困難な場合は職員が支援し衣類の選択を行っている。衣類の購入は、基本的には家族に依頼するが、必要があれば個別の外出の機会に購入できるように支援している。季節に応じた衣類の交換や洗濯は家族に依頼している。家族での対応が困難な場合は、衣類のレンタル・洗濯業者の紹介も可能である。

起床時・入浴時に、可能な場合は職員が利用者の意向を確認しながら、整容を支援している。毎月定期的に理美容業者の来訪がある。理美容サービスの利用については重要事項説明書にも記載して契約時に説明し、案内を玄関に掲示して情報提供している。「理美容申込表」には「ご要望欄」があり、希望内容の他に、個別の配慮も伝えられるようになっている。利用者・家族が希望する理美容店に家族が同行する場合もあり、必要に応じて外出準備や車椅子の貸出等を支援している。

個々に枕もとのライトが設置され、個人のテレビは21時以降はイヤホンを使用する等、光や音について配慮している。「睡眠マニュアル」を整備し、「光・音」「体位交換」等についても明示されている。寝具はリース対応であるが、希望があれば枕や毛布等寝具の持ち込みも可能である。不眠で同室者に影響を及ぼす可能性のある利用者に対しては、別室を使用して同室者の睡眠を妨げないように支援している。

「個別経過記録」の中に、利用者個々のバイタル・健康状態・体調の変化等を詳細に記載している。体調や健康状態に変化がある場合は、看護師から主治医に伝えている。「健康管理マニュアル」を作成し、サインの基準・観察マニュアル・緊急時マニュアル等異常時対応についても明文化し、日常の管理体制が整っている。週1回、定期的に主治医の回診があり、希望があれば健康状態・病状について、利用者・家族からの健康相談や質問に対応する体制がある。集団的には、口腔体操、健康体操を日々フロアで行っている。個別には機能訓練計画書を作成し、機能低下予防を行っている。定期的には月に2回、必要時には随時、歯科衛生士の訪問があり、口腔衛生について指導を受けている。

利用者個々の薬については、「薬の説明書」を個人カルテにファイルして薬について適切な情報を得ている。服薬マニュアルが作成されており薬物の取り違え・服用拒否や服用忘れ・重複服用等、薬物使用に誤りがあった場合の対応について明示され介護職員と共有している。薬物管理については、「服薬手順フローチャート」を作成している。

分包した薬を看護師がセットし、看護師が服薬介助を行っている。カルテの所定の欄に利用者の内服薬・外用薬の処方状況を記載し、服薬チェック表で確実に服薬ができていること確認している。

利用者に外出希望がある場合は、家族に本人の意向を伝達し、家族に付き添い・同行をしてもらうように働きかけている。外出に際しては、準備や車椅子の貸し出しなどの支援を行っている。南あわじ市の広報誌や地域のガイドマップ・イベント情報をユニットに掲示し情報提供を行っている。カード等の準備は行っていない。

公衆電話を、プライバシーに配慮してナースステーション内に設置し、希望があればいつでも利用できるように支援している。携帯電話の持ち込み・使用も可能である。

郵便物については事務所が対応し、定時の集配を利用している。届いた郵便物は、直接本人に手渡し開封してもらっている。

新聞・雑誌の個人購買に対応している。

テレビ・ラジオの持ち込みも自由である。

共有スペースに、数種類の新聞と雑誌を設置し、また、テレビも共用スペース・廊下等数か所に設置して、利用者間のトラブルなく共同利用できるようにしている。

現在、喫煙・飲酒を希望される方はいない。原則喫煙は禁止としている。医師の所見を基に、家族の意向も確認し、入居者の疾患や健康状態に応じて嗜好品を楽しむように支援する方針である。



I～IV 達成度

	判断基準		達成率(%)
	基準数	達成数	
I-1 理念・基本方針	4	4	100.0
I-2 計画の策定	9	5	55.6
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	8	80.0
II-1 人材の確保・養成	28	25	89.3
II-2 安全管理	9	6	66.7
II-3 地域との交流と連携	23	23	100.0
III-1 利用者本位の福祉サービス	20	13	65.0
III-2 サービスの質の確保	25	14	56.0
III-3 サービスの開始・継続	11	10	90.9
III-4 サービスの実施計画の策定	10	9	90.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	13	92.9
IV-2 快適な環境作り	44	43	97.7

