

介護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	2014年 8 月 1 日 ~ 2015年 3 月 31 日 (実施 (訪問) 調査日 2014年 9 月 9 日) 2014年 9 月 22 日)
評価調査者	K-0401004 K-0401008 HF12-1-022

※契約日から評価

結果の確定日まで

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: http://awaji-yasuragi.jp/

(2) 基本情報

<p>理念・方針</p> <p><理念> 常にあかるく・やさしく・はっきりと 1.利用者の視点に立ち、人格を尊重したケア計画に基づくサービスを提供する。 2.常に利用者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.地域に親しまれ信頼される施設であること。 4.事業者としての自覚と責任を持った経営を行う。 5.公的介護保険制度以後も社会福祉の原点であるノーマライゼーションが基本であること。</p> <p><基本方針> 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> <p>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。</p>

介護老人保健施設ひまわり

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 (0)	栄養師	1 (0)
	PT・OT・ST	1 (3)	事務員	3 (0)	薬剤師	0 (1)
	清掃員	0 (1)	介護支援専門員	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。

評価結果

○ 総評

◇ 特に評価の高い点

毎年法人基本方針から事業所の事業計画書を策定し、理念の具体的な実現に向けて取り組み、浸透を図っている。プライバシーポリシーとして法人全体で人権・個人情報保護、データ管理など広く詳細に規定を行い、個人情報に関する方針(プライバシーポリシー)が作成され、マニュアル化されている。契約時に利用者・家族には契約書・重要事項説明書の説明時にプライバシーや人権に対する法人全体の方針について説明し相談できる窓口についても明示し説明を行っている。玄関に配置職員の配置状況を明示し、さらに、担当の部屋の前には職員の顔写真入りで掲示し利用者・家族が選択して相談相談し易い様に配慮している。利用者の入れやすい位置にポストを設置し、利用者・家族の希望や要望を出してもらいやすいようにもしている。嗜好調査を年1回定期的に行い、。また、行事食を提供した後は行事食に関しての満足度調査を実施して、給食センター職員と共にアンケート結果を踏まえて検討を行っている。毎月食事委員会を持ち、委託業者も参加し食事に関して検討を行い、食事をおいしく食べることができるようにしている。

◇ 特に改善を求められる点

中・長期計画を明確にしているが、今後は各部門で立てた事業所目標を現場の職員がより理解しやすく、実践しやすい具体的な目標として明確にすることが望まれる。また具体的に表見された計画の実践状況を、職員も参画して評価することが望まれる。事故防止に関する研修は、事故発生に対する対応のためだけではなく、利用者の安全を脅かす事項として感染症・中毒についても研修が必要である。作成したマニュアルを全職員に周知し、統一して支援に活かしていく取り組み及び研修実施を記録として残していくことが望まれる。また、研修に参加できなかった職員へのより深い理解と浸透を図る取り組みが望まれる。

○ 第三者評価結果に対する事業者のコメント

第三者評価受審が二回目となり、前回よりも改善されている部分が増えたと思います。しかし、まだまだ出来ていない部分も多いので努力が必要です。今回は、前回よりも深く見ていただいた結果、出来ていると思われていた部分が逆にまだまだ出来ていなかったと分かる項目もありました。今回の評価内容を踏まえ、より選ばれる施設となるべく、努力してまいりたいと思います。

○ 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

ホームページに法人の基本理念の明示を行い、職員だけでなく、利用を予定する方もいつでも見て確認することができる。理念はミーティングや朝礼の機会に唱和することで理念基本方針の共有を図るように取り組んでいる。名札の裏に理念・基本方針を明記し職員への浸透を図っているが、さらに、事業者として理念の具体的な取り組みを検討している。会議やミーティングなどで理念を唱和し浸透をはかっているが、今後より一層の理念の浸透を図り、理念を活かしたケアを意識して取り組むことができるように工夫することが望まれる。契約時に理念や方針について説明を行い、利用者・家族に理解を促している。廊下や玄関に理念・運営方針を掲示して周知を図っている。家族会へ出席している方には理念・運営方針について浸透を図ることができている。ホームページにも理念が明示されており、誰でもいつでも見て確認することができる。

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。	a・Ⓑ・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

法人理念を基に施設で施設方針を立て、施設の中の各部門で部門方針を立て実践につなげている。実践状況を半期で部署の長が参加する会議で評価見直しを実践している。今後は各部門で立てた事業所目標を現場の職員がより理解しやすく、実践しやすい具体的な目標として明確にすることが望まれる。また具体的に表見された計画の実践状況を、職員も参画して評価することが望まれる。管理者会、職員連絡会等各委員会や部署会議で事業計画を文書で説明し理解と浸透を図っている。家族会は設立されていないが、広報誌「まごころ」で法人の事業方針を明示し、利用者家族に配布している。また、玄関に、施設の事業方針を掲示し家族が見ることができるようにしている。

介護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。	a・(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。	(a)・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。	(a)・b・c

特記事項

管理職人事考課で管理者としての役割・責任が明確にされている。法人の職務権限規程や決裁規程(役割資格等等級制度の資料の中に記載されている。昨年度確認したもので変更はない。)入職時のオリエンテーション時の法人体制を説明する際に職務内容・役割・責任を説明している。規程は事務所で職員がいつでも手に取り見ることができるよう配置している。人事考課制度の中で経営層・管理者は自らの責任と役割について自己評価する仕組みがある。経営層・管理者は自らの行動や役割を職員から評価される仕組みはない。法人全体で「サービスの質向上委員会」を立ち上げ施設でのサービスの質の向上について取り組んでいる。委員会には各事業所から代表者が参加し、職員の意見集約や利用者の意向調査等サービスの質を向上させるための具体的な取り組み等、各担当が中心となり職員からの意見を集約して具体的な取り組みを始めたことである。今後は進捗状況の確認を行い評価を行う予定である。委員会には管理者がオブザーバーとして参加し、職員と共に計画的に実践に向け取り組むよう努めている。3ヶ月に1回の振り返り際には、課題を抽出し改善に向けての取り組み計画を職員に周知し意欲的に取り組むよう努めている。「幹部運営委員会」「職種別委員会(ケア業務・看護業務・ケアマネジメント)」「サービスの質向上委員会」等で課題の検討を行っている。委員会で作られた課題や実践方法は、各事業所の責任者会議→リーダー会議→グループ会議など全職員へ課題・活動内容・状況が組織的に周知され共有されていることが記録から確認できる。

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。	(a)・b・c
II-1-(1)-②	職員の意欲向上に取り組んでいる。	(a)・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。	(a)・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。	(a)・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。	a・(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。	(a)・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。	a・(b)・c

特記事項

本部一括で組織を機能させるために必要な人材の確保を行っている。高齢者雇用や有償ボランティアの採り入れ推進に努めている。人材を紹介した職員には金一封を行っている。県の高齢者就労支援の制度の活用を検討している。必要な人材確保の為、移動・移乗時の機械使用による腰痛予防に取り、介護職員の負担を軽減するよう取り組んでいる。障害者雇用にも積極的に法人全体で取り組み、短時間雇用から就労支援を行い、雇用につなげるよう努めている。プランに基づいた雇用を計画的に行っている。人事考課制度の導入を継続して行い、職員の能力・意欲・行動力を評価し職員の意欲向上に取り組んでいる。パート職員を正規雇用につなげている。福利厚生制度で職員旅行を行っているが、今年度は法人全体で増加している。誕生日のプレゼントも継続している。県の互助会から勤続年数に応じて報奨金がもらえる仕組みも導入している。キャリア段位制度導入を図っており、介護職員の資質・技術の向上に取り組み始め意欲向上に努めている。法定通りに健康診断を受けてるようにしている。県と県社協で退職金制度に加入している。人事考課制度の面接も「業務管理評価シート」に沿って年2回実施している。職員一人ひとりの有給の消化率や時間外労働の状況は、データ管理をしている。消化率・時間外労働についてのデータは本部に報告されている。就業状況は、勤務表で管理、確認している。職員「個人別台帳」が手書きで作成されており、有給の使用状況が明確にされている。施設長、各部署の管理者にいつでも相談を行い助言や指導を受けることができる環境がある。さらに、社会労務士からの助言を得たり、嘱託医は産業医である等、法人内で組織的にサポートできる体制が確立されている。メンタルストレスの研修を実施している。復命で研修を受講し、研修報告書が出され、会議で報告されている。職員一人ひとりの「資格一覧表」を作成し、水準・知識、専門資格を明確にしている。法人内で役割資格等級を、職群基準表で勤務年数や資格に応じて明確にしている。事業計画で、キャリア支援として施設内研修・外部研修の受講を明確にしている。外部研修は職種専門分野に応じて受講を決めている。職員が外部研修に参加する場合は、法人の旅費規定で研修参加時の受講費用、交通費、出張旅費等に関して規定している。決裁規定で事業所で決済し支援を受けることが明確にされている。人事考課(業務管理評価シート)の中で職員が個別に資格取得へ向けての目標を明確にしている。職種や勤務年数に応じて、資格取得に向けた支援を行っている。出張命令簿並びに出張復命書を作成し外部の研修に参加したことが確認できる。事業計画で職員キャリア支援について段階や職種に応じて計画的に学ぶ機会を持てることが明確にされている。施設職員の研修状況等で全国で開催される研修が計画的に受講・支援を受けることができるようにしている。研修案内は全職員が回覧・閲覧できるように法人全体で取り組んでおり、職員が職能研修を受け資質向上ができるように努めている。職員が自発的・意欲的に申し出る研修受講については法人全体で積極的に支援するように努めている。「出張復命書」「出張命令書」に基づき、外部研修に参加した職員は、ユニット会議等で研修内容を報告していることが記録から確認できる。報告書の「行ってよかった」欄で研修成果に関する評価・分析を行っていることが確認できるが、評価・分析した結果が次の年間研修計画や研修内容の見直しに反映されているかは確認できなかった。評価・分析された結果が、次の研修計画や研修内容の見直しに反映されるような報告書の書式の工夫に取り組むことが望まれる。関西総合リハビリテーション専門学校から理学療法士の実習生を毎年受け入れている。介護職員初任者研修の受け入れを行っている。栄養士の実習も受け入れている。法人で「実習生受け入れマニュアル」を作成している。マニュアルの中で受け入れのポイント・目的・オリエンテーションなど受け入れが円滑に行えるようにマニュアル検討委員会で詳細に検討し、追加・修正を加え作成している。実習生へのオリエンテーションの資料も作成され、資料に沿って標準化された指導が行われ、効果的な実習ができるように取り組んでいる。相談員・理学療養部門賞が受け入れ窓口となり、オリエンテーションを行っている。マニュアルに沿って実習指導者に対する研修を実施している。養成校からの実習カリキュラム・プログラムに沿って実習が行えるように取り組んでいる。実習校の実習指導教員による施設巡回時に実習指導者と実習プログラムに対する進捗や今後の実習の進め方等について話し合い、継続的な連携が維持できるよう取り組んでいる。職種種別ごとのプログラムは実習校のプログラムに沿って実施している。実習生の実施状況に関する学校側との連携を強めるための取り組みや実習生の種別等に考慮した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

福祉避難場所の協定はむすんでいない。安全対策委員会等を設置している。マニュアルで委員会ごとの役割や目的が明確にされている。4月より変更した「インシデントアクシデントレポート表(法人共通様式)」からデータ集積している。データ集積したものは、サービスの質向上委員会にも出され、時間・場所等詳細にデータ分析し対応策を検討し安全確保につなげている。センター会議の中で事故の増減の詳細について把握し対応を速やかに行えるようにしている。担当部署として安全対策委員会を設置している。看護部門・介護部門が中心となって管理している。事故対応マニュアルを整備して職員に周知するように促している。事故防止委員会では、事故報告書・ヒヤリハット報告を「インシデントアクシデントレポート表」の項目で区別し、さらに、レベル判定を行えるようにしデータ集積している。緊急時に備え市と福祉避難場所の協定を結んでいる。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。事業所内各部署で原分類したインシデント・アクシデントレポートを安全対策委員会で集計・分析し「職場内研修計画」をたて、事故防止・予防についての研修を実施している。集計結果に基づいて転倒の支援方法の検討を行っている。安全対策委員会で評価見直しを行い事故予防に努めているが会議録は確認できなかった。事故防止に関する研修は、事故発生に対する対応のためだけではなく、利用者の安全を脅かす事項として感染症・中毒についても研修が必要である。

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・厚労省・全国社会福祉法人経営者協議会のホームページからの動向の情報収集を行っている。アクションプラン24の分析結果から動向を把握し、速やかに事業計画に反映させて事業所の取り組みに活かしている。南あわじ市の福祉に関する今後の方針や取り組みの情報を把握する等、多方面からの情報の収集・把握に努めている。また、第6期高齢者福祉計画を参考にしている。老人福祉協会の淡路ブロックからも情報把握するよう努め事業計画に反映させるよう取り組んでいる。在宅介護支援センター・介護支援センターからの情報把握も行っている。介護技術教室も南あわじ市老人福祉協会の意向を受け開催している。居宅介護支援センターを通じて福祉ニーズの把握に努めている。地域のニーズを基に「介護技術講習会」や「認知症を支える会」を開催している。南あわじ市の福祉ニーズを事業計画に反映させている。基本理念に「地域に親しまれ、信頼される施設に」を謳い、地域とのかかわりを大切にしている。南あわじ市発行の広報誌やケーブルテレビを、利用者が閲覧できるように設置し、利用者が地域の情報を得たり、地域とのつながりを持つよう取り組んでいる。地域の文化展の開催・参加案内を掲示すると共に、希望者はボランティアを活用して参加できるよう支援している。介護者研修・介護予防教室・技術講習会の開催等を検討している。さらに、今後の展開として地域へ向けて解放スペースを作り、地域住民が寄り会えるサロンなどの事業展開を検討中である。今後法人が運営する養護施設との連携を図り、地域との交流の機会を設けるよう検討している。地域の学校行事への参加案内があり、希望者が参加できるように支援している。車を活用し、ブドウ狩りやミカン狩りなどの外出行事の実施により、個々の利用者のニーズに沿った地域の社会資源の活用に取り組んでいる。介護職員初任者研修を実施している。また、家族介護者研修を年一回定期的に開いている。地域住民が来訪して、また、電話での問い合わせ・相談には、相談員が窓口となり対応している。ボランティア受け入れマニュアルを作成している。マニュアルに基本姿勢を明示している。

介護老人保健施設ひまわり

ボランティア受け入れ簿を作成しており、受け入れ簿に実施内容や感想が記載されている。受け入れ簿で誓約書も取っている。マニュアルには、オリエンテーション資料が添付されており、資料に沿って研修が実施されている。南あわじ市の「テレホンガイド」を活用し公民館、公共施設の連絡先の一覧表が作成されている。各部署に配置するとともに、職員は一覧表が事務所に設置してあることを認識しており、利用者に必要な情報を提供できる。淡路ブロックの老人福祉事業協会の年1回定期的な連絡会等には参加している。また、2ヶ月に1回開催される研修会にも参加している。職種別に開催される集まりや研修にも参加している。給食施設協議会や市の開催している防災訓練にも参加し、地域の公共団体や関係機関との連携を図りネットワーク化に取り組んでいる。南淡路市ケアマネ会議、地域ケア会議に定期的に参加し、共通の課題を研修に採り入れ解決に向け取り組んでいる。

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

マニュアル検討委員会を法人全体で持ちマニュアルを法人全体で見直しを行っている。事業所でもケア会議、ナース会議で見直し、作成したマニュアルの浸透を図るために説明を口頭でおこなっているが記録では確認できない。作成したマニュアルを事業所の現状に即したものとなるようにケア業務を委員会・看護業務見直し委員会で見直し・修正を行っていく予定である。身体拘束廃止・虐待防止について外部研修の受講予定で、受講後事業所内で全職員へ外部研修の復講を行う予定である。計画的な研修計画に身体拘束や虐待防止について学ぶ機会を持ち全職員が支援する際に活かせるように取り組んでいる。事業所内研修を計画に沿って実施しているが、会議記録や研修記録で確認することができない。ケア会議の中で実施された研修(ブラッシング・歯科衛生士を講師について)に参加できなかった職員には、会議録と研修資料を配布し浸透を図るように取り組んでいる。見直し、修正、作成したマニュアルを全職員に周知し、統一して支援に活かしていく取り組み及び研修実施を記録として残していくことが望まれる。また、研修に参加できなかった職員へのより深い理解と浸透を図る取り組みが望まれる。法人マニュアル検討委員会で見直しを行い、生活を支援する各ケアの項目の中で利用者のプライバシー保護や羞恥心に関しての内容を明文化している。見直したマニュアルの周知を行うために口頭での説明のみとなっている。利用者の個室に入る際にはノックをする、排泄支援を行う際には羞恥心に配慮して言葉かけを行うなど日々の支援の中で配慮をするようにしている。見直したマニュアルや作成したマニュアルを口頭だけでなく、職員へのより理解と浸透を深める取り組みが望まれる。法人全体で実施している、サービスの質向上委員会が職員が聴き取りで利用者満足度調査今年3月に実施している。今後は、毎年定期的に実施していく予定である。アンケートの集計結果を出し、利用者の意向確認も行っているが、話し合いを行った記録を残すに至っていない。満足度調査の集計、確認できた意向を踏まえて、サービスの質の向上に役立てるために具体的な取り組みを検討し、改善を行う過程を記録として残すことが望まれる。玄関に配置職員の配置状況を明示し、利用者・家族が選択して相談出きるようにしている。

部屋の担当職員を決めており、担当の部屋前には職員の顔写真入りで掲示し利用者が相談しやすいようにも配慮している。利用者の入れやすい位置にポストを設置し、利用者・家族の希望や要望を出してもらいやすいように配慮している。相談室や談話室がある。苦情受付マニュアルを作成している。マニュアルでは、苦情解決フローチャートも作成しており解決までの流れを明確にしている。重要事項説明書にも苦情の受付に関して、マニュアルの内容の抜粋を明示し説明を行っている。出された苦情に対しては、どのようにフィードバックしたかを苦情受付対応票に記載している。出された苦情や意見は、個々に対応方法・結果を報告しており、対応・解決策を公開することは行わない方針である。苦情受付マニュアルで利用者も含めた意見や提案の受付対応への方法を明記している。「苦情になる前の意見・利用者要望等」として書面化しており、意見や要望を全職員で細かく聴き取り、引き出すように取り組んでいる。聴き取り、引き出した内容は全職員で情報共有し、苦情につながらないように対応策まで検討・記載し支援に活かすように取り組んでいる。「苦情になる前の意見・利用者要望等」として出されたものを主任会議で検討し具体的な対応策を明確にしている。

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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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 ・ Ⓑ ・ 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。	Ⓐ ・ 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。	Ⓐ ・ b ・ c

特記事項

昨年に引き続き福祉サービス第三者評価を受審しており、自己評価を行っている。受審については法人全体で取り組む方針を立て、事業所内で支援相談員が主となり評価受審へ取り組んでいる。サービスの質向上委員会で法人全体で受審結果を分析・改善・サービスの質の向上に向けた具体的な取り組みを検討し、実践につなげている。法人全体だけでなく、事業所独自の評価結果の内容についても分析・検討を行い、サービスの質の向上に取り組むことが望まれる。法人全体でサービスの質の向上委員会で集計・分析結果・検討内容を明記した会議録・集計結果を職員で回覧し内容を周知していることが確認表で回覧印を押している。事業所としてのサービスの特色を踏まえた事業所独自の課題分析に取り組むことが望まれる。事業所としてのサービスの特色を踏まえた事業所独自の課題分析に取り組むことが望まれる。幹部運営委員会から法人全体で実施されている各委員会に課題をだし、課題解決に向けた対応策や計画を立て実践につなげている。また、定期的に委員会を開催し委員会で実践状況の報告を行い、計画の見直しを行い、職員で課題解決に向け取り組んでいる。法人全体でマニュアル検討委員会で個々のサービスのマニュアルの整備を行っている。見直し、修正、作成したマニュアルは、会議の席で口頭で説明を行っている。個々のサービス提供のマニュアルの中で利用者のプライバシー保護や尊厳を大切にされた支援を行う具体的な方法を明示している。施設内研修の実施を計画的に行い、更なる職員への周知徹底を図ることが望まれる。また、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を整備が望まれる。昨年度の評価結果を踏まえて法人全体のマニュアル検討委員会でマニュアルを見直し、修正、を行っている。現在、見直したマニュアルについてケア業務検討委員会(旧マニュアル検討委員会)実践状況を確認し、確認する中で職員からの意見や提案を聴取し反映させるように取り組み始めている。ケア会議の席で業務内容についての見直しを行っているが、マニュアルについては、意見・提案を聴取するに至っていない。見直し、修正、したマニュアルを研修を通して職員へ周知徹底を図る取り組みが望まれる。また、周知したマニュアルに沿って実践・支援した結果、定期的に見直しの機会を持つことと、見直し前に職員から見直し修正に対しての意見や気づきを聴取し、現状を踏まえたマニュアルとなるように取り組むことが望ましい。看護・介護共に同じ書式の中に記録されて、所定の書式で利用者一人一人の記録を手書きで残している。

介護老人保健施設ひまわり

本年9月より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記載しているが、実践状況の内容は記録として残すに至っていない。ケア会議の中で介護記録を書くに当たってのポイントとして書面を作成し、職員へ説明周知を図り、ばらつきが生じないように取り組んでいる。サービス実施計画に沿ってどのようなサービスが実施されたのか、その結果として利用者の状態はどのように推移したか、について具体的に記録されることが望まれる。職務分掌の中の職務分掌表で利用者にかかる記録の責任者を明確にしている。法人規定に保管・保存・廃棄までを明確にしている。

これまでに情報の開示の要望・申請があったことはない。利用者・家族から情報の開示の申し出があれば、開示の規定・手順を定めている。

入職時に秘密保持については、説明を行い同意を得るようにしている。施設長との個人面談の機会を活かして倫理勉強会を計画的に実施し職員へ周知を図るように取り組んでいる。通達文については、回覧で確認した職員は日付と捺印を行い、確認したことを明確にしている。利用者の状態の変化や業務上の変更は、ケアノートに記載し介護職員は確認を行い情報共有を図っている。

合同カンファレンス(10月より担当者会議と名称変更の予定)を3ヶ月に1回程度開催し、各部門より意見を出してあって情報共有を図っている。また、全職員が必ず確認するボックスを設置し、ボックス内に情報の共有が必要な内容の書面を置き個々で確認を行い情報共有を図っている。パソコンネットワークシステムの整備を予定している。

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。	○a · 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。	○a · 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。	○a · b · c

特記事項

理念やサービス内容を明示したパンフレットを作成し、説明を行っている。法人広報誌「まごころ」にも事業所のサービス内容や活動・行事の様子を写真を用いて明示している。関連の医療機関へのパンフレットの設置や社会福祉協議会などに配布しいつでも利用希望者が手に取り見ることがしやすいようにしている。見学は随時受け付けており、体験入所も希望があれば対応できる。0サービス利用開始時に契約書・重要事項説明書に利用料金表・入所のしおりなどで具体的な内容を含めて明示している。また、理解しやすいようにパンフレットを用いて説明を加えている。

利用者・家族からの質問が多い、利用中止や解約についての項目は具体的な内容で説明を加えている。誤解を生みやすい項目は具体的に説明して契約書を取り交わしている。

契約書の誤解を生みやすい内容の記載箇所にはペンで色を付ける等、目につきやすいようにしている。0在宅復帰30%を目指しており、事業所のサービスから在宅復帰できるように継続的なサービス提供が行えるように、退所時に「退所時指導書」を作成し説明を行うと共に、在宅のケアマネジャーへ施設支援相談員またはケアマネジャーから連絡・連携を図り情報提供を行いサービスの継続が行われている。施設看護師が「看護連絡表」を作成し在宅ケアマネジャーに情報提供も行われている。退所前に在宅のケアマネジャーと共にカンファレンスを開催し情報提供・連携を図り、在宅への移行をスムーズに行えるよう取り組み、カンファレンスの内容等は退所時支援として書面を作成している。0

介護老人保健施設ひまわり

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

インテークシートで利用者の身体状況や生活状況などを事業所の所定の書式で作成し、課題分析を行い、ケアカンファレンスを職員が集まりプランの見直しを行い、新プラン作成し、家族参加する担当者会議で意見や要望を最終確認しプラン見直しが行われている。6ヶ月に1回の見直し毎にアセスメントを実施している。把握した情報を書面化している。6ヶ月に1回ADL評価表で利用者の身体状況を確認し再アセスメントを行っている。担当利用者の状態チェックリストを介護・看護から出してもらい課題・問題点を明確にしている。明確にした課題や問題点に応じて職員からの気づきや利用者・家族の意見や要望を取り入れた施設サービス計画書を介護支援専門員が作成している。施設サービス計画書のサービス内容には現場でのサービス支援内容が詳細に記載されている。明らかにした課題やニーズを介護職員も参画し、サービス内容の計画を作成することが望ましい。サービス実施計画の責任者を職務分掌表で定めていることが確認できる。サービス実施計画書策定するための部門を横断しての関係職員の意見を聴取し、プランに反映させていることが合同カンファレンス記録で確認できる。介護記録実施表で計画の課題に応じた計画の実施状況を確認、明確にしている。担当介護職員、看護職員に介護支援専門員が課題・ニーズに応じたサービス内容の実施状況や利用者の状態を聴取し、6ヶ月に1回モニタリングを実施している。モニタリングの書式で職員間情報共有を図り、見直し内容を情報共有し、見直した計画に利用者・家族に同意を得て、同意を得た計画のコピーを個別のファイルに挟み新しい計画の把握ができるようになっている。急な計画の変化が必要な場合には、ケアマネジャーが速やかに見直しを行い介護職員に計画の変更が伝達され、計画の変更・変更内容がケアノートに明記され情報共有を行っている。

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の行事計画を策定している。喫茶・料理・園芸・茶道などのクラブ活動音楽療法、理美容の予定も計画にあげ、利用者が選択して参加できるように説明、声かけをお行い、一人ひとりの利用者に意向を確認し希望があれば参加できるように支援している。自らがしたいことを積極的に訴える方が少ないため、利用者が好みそうな行事やクラブ活動を提示し選択できるように意向確認を行い参加支援している。契約時に家族から得た情報や日々コミュニケーションを図る中で利用者個別の意向や要望を聴取し、余暇活動や生きがいづくりを行っている。公民館活動への参加やボランティアの来訪による行事、近隣の寺への初詣など地域の社会資源を利用者の希望に応じて利用できるようにしている。

介護老人保健施設ひまわり

また、利用者自身の意向に沿って活動ができるように支援している。ほぼ毎月施設長が中心となり「ひまわり通信」を作成し、事業所内での活動状況を広報している。玄関横にテーブルや観葉植物を設置しプライバシーに配慮された落ち着いた過ごせる空間を設けて面会ができるようになっている。利用者の希望があれば外出や外泊ができるように家族に理解と協力を得て支援できるように取り組んでいる。支援の必要な利用者には施設サービス計画書に支援内容明示している。日常的なコミュニケーションの確保には、利用者のコミュニケーション能力に応じて、言葉で自らの訴えや意向を言うことができない方には、身振り手振りで表現できるように話しかけ方を工夫したり、ホワイトボードを使用してコミュニケーションをとるようにしている。判断能力に低下が見受けられる方が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。全盲の方には、位置や場所がわかるように手で触れながら説明を行い、自らの意向で動くことができるように支援している。

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。	a・Ⓑ・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に配慮している。	Ⓐ・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

花を飾ったり、刃物や健康上障害になるような物の持ちこみは遠慮してもらっているが、利用者の使い慣れた物や希望の持ち物の持ち込みはできるように支援している。カーテンで仕切りプライバシーへの配慮が行われている。年1回嗜好調査を定期的には行っている。また、行事食を提供した後は行事食に関しての満足度調査を行い、給食センター職員と共にアンケート結果を踏まえて検討を行っている。毎月食事委員会を持ち、委託業者も参加し食事に関して検討を行い、食事をおいしく食べることができるようにしている。時々、ロビーで家族と共に食事をとることができるようにしたり、ウッドデッキで食事が楽しめるようにしたり工夫している。センターで調理された行事食の提供を受けている。が、盛り付けを工夫したり、喫茶やお抹茶を飲む際におやつを作ったりすることもある。脱衣から浴室に移動する際には、タオルやバスタオルで羞恥心に配慮するようにしている。入浴マニュアルをマニュアル検討委員会で見直しを行い、プライバシーや尊厳に関しての具体的な支援方法を明示している。入浴の回数や時間帯などインテークの書式に従って確認し、できる限り利用者・家族の意向に沿った入浴支援を行うように取り組んでいる。発汗や失禁などで汚染した場合には臨機応変に清拭などで清潔が保てるように支援している。排泄マニュアルのマニュアル検討委員会で見直しを行い、具体的な方法を明示している。排泄マニュアルの環境整備の中に防臭に関して配慮の具体的な取り組みを明示している。清掃の職員の配置をしており、トイレの清掃を行ってもらっている。消臭についても業者より定期的に消臭剤を取り換えてもらい消臭・防臭を行っている。昼間・夜間と利用者が好みの衣服を持ちこんでもらい更衣を支援している。希望があればレンタルの衣類を使用する方もある。家族の方に衣類を持ちこんでもらう際には、持ちこんだ新しいものを保管する衣類の下側に入れてもらうように働きかけ同じ衣類の着用が続かないように配慮している。季節に応じた衣類を持ちこんでもらえるように家族に働きかけている。原則家族に衣類の洗濯をしてもらっているが、難しい方には、洗濯の業者を紹介し清潔な衣類の着用ができるように支援している。毎月1回訪問理美容が来訪し、自らの希望や好みを聞きとり、伝えるようにしている。利用者・家族の希望に応じて理美容を受けるように予定を入れるほか、職員も利用者の理美容に対する意向を確認し、理美容利用を勧めるようにもしている。利用者・家族が希望する理美容店の利用も薦めている。枕やタオルケット・毛布など持ちこみの希望があれば持ちこんでもらっているが、事業所で提供する寝具の利用をしている人が多い。睡眠に関するマニュアルを作成している。不眠時の対応は別室を利用し同室者の睡眠を妨げないように配慮している。介護と同じ経過記録用紙に利用者の状態の変化や健康状態について記載している。体温は毎日、血圧は週1回で必要であれば回数を増やしている。法人全体のマニュアル検討委員会(法人看護業務検討委員会)で看護マニュアルを作成しており、観察マニュアルの中で健康管理に関する内容含めて整備している。また、事業所独自で健康管理マニュアル・服薬マニュアル・睡眠などマニュアルを作成している。カンファレンスの中で看護師が出席し、健康面についての説明を行っている。梅干し体操、嚥下体操などDVDで映像を使用して体操を行い機能低下予防に努めている。歯科衛生士の来訪もある。分包された薬を服用できるように看護師がセットし、介護職員が服薬介助を行っている。個別のファイルの中に薬の説明書をファイルしており、薬の服用方法や効果・副作用などがわかるようにしてある。服薬管理マニュアルに従って管理・服薬支援が行われるようにしている。誤薬や服薬忘れなどがあればマニュアルに対応方法が明確にされている。服薬シートで服薬を担当した職員が署名又は捺印を行い確実に服薬が行われたことを明確にしている。利用者より外出の希望が出された時には、基本的には家族に職員が意向がある旨は報告し原則家族に付き添い・同行をしてもらうように働きかけている。南あわじ市の広報誌やJAの広報誌など設置し地域のイベント情報を提供している。現在、離設者はなくカードなどの準備はない。携帯を持ちこんでいる方もある。手紙を書く方や現在おられないが、希望があれば支援するようにしている。家族が面会に来訪された時に喫煙する方もあるが、喫煙は原則禁止している。飲酒もされる方がいない。飲酒の希望があれば、家族・医師と相談し健康状態、疾患の状態に応じて対応している。

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	7	77.8
I-3 管理者の責任とリーダーシップ	10	9	90.0
II-1 人材の確保・養成	28	24	85.7
II-2 安全管理	9	7	77.8
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	21	84.0
III-3 サービスの開始・継続	11	11	100.0
III-4 サービスの実施計画の策定	10	10	100.0
IV-1 利用者の尊重・保護	14	14	100.0
IV-2 快適な環境作り	44	43	97.7

