

アドバイス・レポート

平成29年10月30日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成29年7月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた特別養護老人ホーム豊の郷につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

特に良かった点とその理由 (※)	<p>○労働環境への配慮 姿勢ケア委員会を中心に専門家の指導を受けながら利用者個々の姿勢ケアに取り組むとともに、ノーリフト介護を目指し、ノーリフトケアアイテム(ボード、シート、グローブ等)を各ユニットに配置されています。また、研修も実施しており、介護負担軽減の取り組みを積極的に行っておられます。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定 所定のフォーマットに基づき、アセスメントを実施され、定期的なモニタリングの実施と利用者、家族も参加したサービス担当者会議の開催等、一連のケアマネジメントのプロセスを丁寧に行われています。</p> <p>○事故の再発防止等 事故報告書を基に、リスクマネジメント委員会が毎月分析を行い、その結果をユニット会議にフィードバックしています。事故の分析項目や内容については毎年見直しを行い、再発防止のためにマニュアルや事故防止策等の評価・見直しに活用されています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>○事業計画の策定 中・長期計画は3年毎の期間で策定しています。計画の策定にあたり職員の意向を反映する仕組みについては、現状では各部署での会議に施設長が出席して意見を聴き取り、理事会に反映していますが、今後は各部署の代表者が参加する会議等を開催されることが望まれます。</p> <p>○現場業務マニュアルの作成 現場業務に関するマニュアルは作成されています。実際のサービス提供の見直しは必要に応じ実施し、研修も実施されていますが、それがマニュアルの見直しや改訂に反映されていません。また、改訂されたものでも、改訂日や決裁等について記載が確認できませんでした。</p> <p>○第三者への相談機会の確保 公的機関等の窓口の連絡先は重要事項説明書に記載し、契約時に説明が行われていますが、苦情解決第三者委員等の相談窓口がありませんでした。また、掲示方法については、掲示物全般的に表示が小さく目につきにくくなっています。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>市街地からも近く、自然環境に恵まれた田園地に位置し、地域のお米を取り入れたり施設内の交流スペースを地域の行事に開放したり、地域のとの関わりを大切にしています。平成28年8月に、入居待機者が増えたため特別養護老人ホーム30床、ショートステイ10床を増床整備しました。より一層の発展を期待し、以下の通りアドバイスさせていただきます。</p> <p>○事業計画等の策定や課題の明確化については、組織的に行う仕組みとして各部署の代表職員が集まってそれぞれの部署の職員から出た意見や課題等を出し合い、情報共有し意見交換・検討協議することで横のつながりや連携も取れていけると考えます。ユニットケアの特性として現場では自ら所属するユニットのことしか見えなくなる傾向がありますので、施設全体を考える仕組みの構築について検討されることをお勧めします。</p> <p>○現場では、委員会を中心に最新の情報を基にした業務内容や介護方法等の見直しがなされており、研修等を通して共有できる仕組みがありますが、それがマニュアルの見直しや改訂に反映されておらずギャップが生じています。実情に合ったマニュアル整備に向けて、マニュアルの継続的な見直し、改訂を行う仕組み作りが求められます。</p> <p>○福知山市介護相談員の受け入れにより定期的な外部の相談窓口を確保されていますが、普段から、利用者、家族等が相談できるよう苦情解決第三者委員の設置や公的機関の相談窓口の掲示(担当者名等)による明示等、更なる環境整備をされることをお勧めします。</p>
------------------	--

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2672600448
事業所名	特別養護老人ホーム豊の郷
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護、短期入所生活介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年8月31日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	理念の周知と実践	1		組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
	組織体制	2		経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	B
	(評価機関コメント)			1. 理念および運営方針を玄関に掲示し、年に1回の全体職員会議を2回に分けて実施することで、職員全員に周知し、ホームページにも掲載しています。 2. 理事会は毎年4回は開催しており、各部署会議や委員会は定期的で開催しています。その全てに施設長が出席し意見集約していますが、部署を横断した施設全体の会議等はありません。		
(2) 計画の策定						
	事業計画等の策定	3		組織として介護サービスの向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	B	B
	業務レベルにおける課題の設定	4		各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 中・長期計画は3年毎に策定しています。職員全員の意向を反映する仕組みはありません。 4. 年度初めに設定した課題を月1回のユニット会議で確認し、半期で見直しを行っています。		
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	法令遵守の取り組み	5		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	B
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6		経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードしている。	B	B
	管理者等による状況把握	7		経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A
	(評価機関コメント)			5. 研修に参加して、各種関係法令書を事務所に備えています。法令の周知については、現場職員への周知の仕組みが確認できませんでした。 6. 施設長が各種会議、委員会に出席して意見交換を行っています。職員の個別面談も階層別に計画的に実施しています。しかし、施設長自らを評価する仕組みはありません。 7. 朝のミーティングにて、事業の実施状況の報告を受けています。有事の際は、『緊急時対応マニュアル』に沿って対応しています。管理者は常に携帯電話で連絡できる状況となっています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		質の高い人材の確保	8	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		継続的な研修・OJTの実施	9	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	B	A
		実習生の受け入れ	10	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	A
		(評価機関コメント)		8. 資格取得の受験料補助制度を設ける等、採用後の資格取得について環境が整っています。事業所やユニット毎に有資格者をバランスよく配置しています。 9. 職員個々の能力に応じた研修状況を組織として把握し、計画的に受講できるよう事業計画に生かしています。職員が希望する研修に対し、参加費、交通費等の補助制度があります。また、日々の会議や事故報告の検証等に基づき、利用者毎の指示書を作成して職員の気付きに繋げています。 10. 内部での実習担当者への指導体制を整備しており、福祉体験学習等に活かしています。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮	11	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	B	B
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り組みを行い業務の効率を高めている。また、スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 新採用職員を中心にきめ細やかな職員面談を実施して、職員の声が拾いやすい環境づくりに配慮していますが、就業状況や意向を把握する明確な仕組みはありません。職員の介護負担軽減のために委員会に予算を割り当て、介護機器等の導入を積極的に行っています。 12. 外部機関を利用したストレスチェックの仕組みを構築しており、産業医や保健師等との連携体制も作っています。組織や上司に対する要望等をくみ上げる仕組みについては構築していません。		
(3) 地域との交流						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	B	A
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	B	B
		(評価機関コメント)		13. 施設の広報誌やパンフレット等、利用者を中心に配布が行っています。地域の祭りや福祉大会への参加は、ポスター掲示による案内や職員の同行介助等、参加しやすい体制が整っています。 14. 地域への施設が持つ専門的な研修等の開催はありません。オレンジロードつなげ隊への派遣や福知山民間社会福祉施設連絡協議会事業への参加等、組織として取り組んでいます。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
	事業所情報等の提供	15	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	B	B	
	(評価機関コメント)		15. ホームページやパンフレットなど、分かりやすい内容で情報提供しています。しかし、問い合わせや見学等への対応はしているものの記録等を整備していません。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	16	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. 成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の活用等について、資料を用いて説明する体制があります。サービス開始にあたり契約書や重要事項説明書で説明し、同意を得ています。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	17	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A	
	利用者・家族の希望尊重	18	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A	
	専門家等に対する意見照会	19	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A	
	個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		17. 所定のフォーマットに基づき、アセスメントを実施しています。定期のモニタリング等により利用者の状態を把握した上で、再アセスメントも実施しています。 18. サービス担当者会議等に利用者、家族も参加して、サービスに対する希望の確認を実施し、個別援助計画書に反映しています。また、家族の参加が難しい場合には事前に聞き取る等しています。 19. 個別援助計画等の策定に当たり、カンファレンスに全職種が参加しています。また、事前に主治医や専門職にも意見照会を行い、個別援助計画に反映しています。 20. ケアプラン会議（月1回）、モニタリング（3ヶ月に1回）など定期的に評価を実施して、必要に応じて個別援助計画の見直しを実施しています。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(評価機関コメント)		21. 看取り介護等手厚く医療が必要な利用者に対応していく中で、受診同行やFAX等、様々な手段により囑託医や医療機関との連携を密に取っています。利用者の望む支援体制が行えるよう関係機関との連携を図っています。			
(5) サービスの提供						
	業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	B	B	
	サービス提供に係る記録と情報の保護	23	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	B	B	
	職員間の情報共有	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A	
	利用者の家族等との情報交換	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		22. ユニット毎に業務マニュアルを整備しており、基本介護チェック表を活用して業務点検が行っていますが、対象は新入職員が中心となっています。また、マニュアル見直しや調査分析の結果を見直しに反映させる仕組みがありません。 23. 介護ソフトをパソコンやタブレット端末等を用いて、個別のプランや記録等を管理しています。記録の保存や廃棄についてはマニュアル作成中であり、規定もありません。 24. 介護ソフトを各職員が業務前に把握することを徹底しており、申し送りノートもユニット毎に工夫して使用しています。またユニット会議にてケアカンファレンスを実施しています。 25. 家族会の実施により利用時の様子について意見交換したり、家族来所時に声を掛け合い、随時要望や意見を交換できるよう工夫しています。			

(6) 衛生管理

感染症の対策及び予防	26	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	B	A
事業所内の衛生管理等	27	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	B	B
(評価機関コメント)		26. 感染症の規定マニュアルを整備し、感染症委員会を隔月開催しています。また、医療職により現場に提供される最新の情報をまとめています。 27. 用務職員により施設内の清掃を定期的に行い、衛生管理も徹底しています。こまめに窓を開けること等で換気を実施していますが、時間やチェックなどの仕組みは確認できませんでした。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	29	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	30	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
(評価機関コメント)		28. 『事故防止・発生対応マニュアル』を整備しています。損害保険の対応もあります。夜間想定も含め年2回の消防訓練の実施や普通救命講習への派遣も行っています。 29. 事故報告書を作成し、必要に応じて家族への説明をしています。リスクマネジメント委員会にて事故等の分析や再発防止策を検討しています。 30. 事故防止・発生対応マニュアルの中に災害発生時の対応についても記載しています。夜勤帯を含めた避難訓練も半年毎に行っています。また、福知山民間社会福祉施設連絡協議会を通じて地域の福祉避難所の指定を受けています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
		人権等の尊重	31	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	B
		プライバシー等の保護	32	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	B	A
		利用者の決定方法	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		31. 身体拘束廃止委員会による研修を行っていますが、明確に高齢者虐待防止法についての研修は平成23年以降、実施していません。また、組織として日常業務を振り返り、検討や対応する仕組みが明確になっていません。 32. プライバシーに関する研修を開催しており、必要に応じて居室入り口に暖簾をかける等してプライバシーに配慮しています。 33. 入退所に関する指針を整備し、適切な利用者決定を行っています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	34	利用者の意向(意見・要望・苦情)を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備されている。	B	B
		意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	利用者の意向(意見・要望・苦情)に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	B	B
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	B	B
		(評価機関コメント)		34. 家族会の実施や面会時の声掛けにより意向や要望の確認をしています。投書箱も設置していますが、目につきにくい場所でした。 35. 苦情受付対応書を作成し、要望や相談に対応する体制を整備しています。ただ改善状況の公表については実施していません。 36. 苦情解決第三者委員は設置していません。公的機関等の所在や連絡先についての情報は重要事項説明書に示しています。福知山市より介護相談員が定期的に訪問しています。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている。	B	B
		質の向上に対する検討体制	38	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	B	A
		評価の実施と課題の明確化	39	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている。	B	B
		(評価機関コメント)		37. 利用者アンケートを行い、サービス向上委員会による結果分析を実施していました。しかし、サービス改善を確認する仕組みがありません。 38. サービスの向上について、サービス向上委員会を始め、ユニット会議等でも随時検討をしています。 39. サービス向上委員会にて随時分析や検討を実施しています。検討結果の事業計画への反映はできていません。		