

様式 7

## アドバイス・レポート

平成28年 5月23日

平成28年12月 7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 虹ヶ丘 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

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に良かった点と<br/>その理由(※)</p>         | <p><b>(通番1 理念の周知と実践)</b><br/>法人理念、運営方針が明文化され、虹ヶ丘の運営方針が示されてきました。その理念や運営方針は、年4回発行の広報誌には必ず記載され、利用者、職員のみならず地域に周知されています。また、毎年開催されるコンプライアンス研修会では、理念と運営方針について、職員の振り返りの機会にされていました。</p> <p><b>(通番14 地域への貢献)</b><br/>小学生や高校生を対象とした認知症サポーター養成講座を開催されていました。特に、7年前から小学校3年生をターゲットとして、与謝野町内でキャラバンメイトを持っている事業所と連携して取り組んでいます。当法人の機能のみならず他事業所と連携した取り組みは、地域の福祉教育の推進を展開する取組であります。</p> <p><b>(通番17 アセスメントの実施)</b><br/>「ユニットケアin北京都」の施設ケアマネ部会で検討された、独自のアセスメントシートを活用されていました。そのシートは、利用者を理解するために必要な事項が9枚のシートにまとめられ、「食事」「情緒」「医療健康面」に分かれています。そして、利用者の状況により6ヶ月から1年の範囲で再アセスメントを行い、常に利用者に適した個別援助計画の作成に結び付けていました。</p> |
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p><b>(通番3 事業計画等の策定)</b><br/>単年度事業計画を策定し、重点課題を示されていました。しかしながら、中長期計画については、施設運営委員会で今後の方向性を話し合っておられるとのことでしたが、策定されていませんでした。</p> <p><b>(通番22 業務マニュアルの作成)</b><br/>各ユニットで業務手順書を作成するとともに、各種マニュアルを整備されていました。しかしながら、定期的に評価を行い、見直しができる仕組みがありませんでした。</p> <p><b>(通番39 評価の実施と課題の明確化)</b><br/>第三者評価は、3年に1度実施されていましたが、毎年、自己評価をする仕組みはありませんでした。</p>  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>特別養護老人ホーム虹ヶ丘は、平成11年2月に定員50名の施設として開設されました。当時では珍しく全室個室を実現し、ユニットケアの魁として運営されています。虹ヶ丘の運営方針として「ホームのようなまち、まちのようなホーム」を掲げ、生活スペースをプライベート（居住空間）とパブリック（リビング等）に分け、施設の中に小さな地域を作りながら、利用者の生活スタイルにあわせた支援をされています。京都府では初めての方式であったため、開設当時は試行錯誤を続けながら、少しずつ現在の形になってきたとお聞きしました。ユニットケアが確立されていく中、全国の先駆者として研究会で発表し、また他法人からも学びながら、ユニットケアを普及されています。また、支援の担い手である職員は、内外で実施される研修会や勉強会に積極的に参加しながら、スキルアップをされています。あくまでも主役は利用者であり、そのサポート役として常に研鑽をされる姿勢は、高く評価されます。現在は、施設でも在宅でも「普通のあたり前の暮らし」を支援する施設として、在宅サービスの充実もされています。今後も、丹後地域のみならず京都府のリーダーとして、さらに発展されることを期待いたします。</p> <p>以下、今回の評価で気づいたことを記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・組織の運営では、法人（組織）理念に基づき中長期的なビジョンが必要とされます。10年程度をスパンとする長期的なビジョンを示し、そのビジョンに基づく3～5年間の具体的な目標として中期計画を策定する。そして、その実行計画として単年度事業計画が作成されます。その後は、定期的に計画の進捗状況の評価を行い、必要な場合には計画の見直しや改善を行う、PDCAサイクルによる組織運営が求められています。そのため中長期計画の策定が求められます。</li> <li>・標準的に実施するための業務手順書が作成されるとともに、各種マニュアルが作成され、施設として統一した認識のもと、サービスの提供がされていました。しかしながら、その手順書等を評価し見直す仕組みはありませんでした。業務手順書をはじめ施設サービスを提供するためのマニュアル類は、その施設が求めるサービスを一定の水準に維持するため必要な指標であります。利用者ニーズが複雑多様化する現在では、サービス提供の方法は常に変化することが予想されます。そうした状況下であっても一定の水準を維持し、利用者の満足度を向上させるためには、定期的に業務手順書等の評価・見直しを行い、必要な改善をすることが求められます。早急な改善が望まれます。</li> <li>・第三者評価は、基準である3年ごとに受診され、その中で課題とされた事項の改善がされていました。しかしながら、自ら運営状況やサービスの質を評価する自己評価は実施されていませんでした。施設が基準とする利用者支援の一定の水準を維持向上するために、自らがチェックし必要な改善を行うことは、健全な施設運営をする上で必要事項です。定期的な自己評価の仕組みを構築することが望まれます。</li> </ul> |
|------------------|--|

※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)

# 評価結果対比シート

|                          |  |
|--------------------------|--|
| 事業所番号                    | 2672000029   |
| 事業所名                     | 特別養護老人ホーム 虹ヶ丘  |
| 受診メインサービス<br>(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<br>(複数記入可) | 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、通所介護、介護予防通所介護、居宅介護支援、訪問介護、介護予防訪問介護 |
| 訪問調査実施日                  | 平成29年3月8日  |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>きょうと福祉ネットワーク一期一会                            |

| 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 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>    |                   |     |   |      |      |       |
| <b>(1) 組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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。  | B    | 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    | A    |       |
|                            | (評価機関コメント)        |     | ①法人理念、運営方針が明文化され、虹ヶ丘の運営方針が示されている。年4回発行の広報誌には必ず記載している。毎年開催されるコンプライアンス研修会で、理念と運営方針について振り返りの機会としている。<br>②理事会・施設長会・施設運営委員会（係長主任）ユニット会議など複数の会議が横断的に整備されている。それら会議を通じて、職員の意見を上層会議に反映させている。業務分掌表があり、職員の役割権限が明文化されている。   |      |      |       |
| <b>(2) 計画の策定</b>           |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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。   | A    | 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施設運営委員会で今後の方向性を話し合っているが、具体的な中長期計画は策定されていない。単年度事業計画を策定し、重点課題を示している。<br>④単年度事業計画の重点課題に基づき、各部署で具体的な計画を作成している。各ユニットでは、ユニット目標を定め実行していた。各計画は、職員の意見が反映されている。  |      |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |   |      |      |       |
|                            | 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。  | A    | A    |       |
|                            | 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。  | A    | A    |       |
|                            | 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全職員対象のコンプライアンス研修が実施されるとともに、利用者権利擁護指針に基づき法令遵守に取り組んでいる。また、自然災害法や食品衛生法など、施設運営に関して必要な法令をリスト化している。<br>⑥年1回、全職員が作成する「自己申告書」により、施設に対する意見を求めている。毎年、職員からは意見が上っており、職員との面談を通じて必要な対応がされている。<br>⑦毎朝、日誌により施設の状況を確認している。また、各部署から代表が集まる朝礼で情報共有をしている。8名の役職者が交代で携帯電話を所持し緊急時に備えている。 |      |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>   |     |               |    |   |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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。   | A    | 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重点課題に「施設に必要な人材像」を掲載している。正職員への登用基準を変更し、無資格者でも経験年数により試験を受験できるよう給与制度が改正された。介護職員実務者研修等の受講費補助がある。<br>⑨施設運営委員会で各年度の研修を計画し、体系的に研修が実施されている。キャリアアップ、人事考課に基づき目標管理が実施されている。<br>⑩実習生受け入れに関するマニュアルを作成している。また、実習指導者は、社会福祉士、介護福祉士の実習指導者講習を受講している。 |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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。   | A    | A     |
|                     |     | 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    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | ⑪有給休暇は、毎月取得できるよう促進している。また、時間外勤務に関しては、毎月施設長が評価を行い、必要な改善を図っている。<br>⑫全職員に対して、ストレスチェックを実施している。職員からの希望により休憩室を畳敷きに改修し、足を延ばして休憩できるよう改善された。   |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |   |      |       |
|                     |     | 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。  | A    | 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。  | A    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | ⑬年4回発行する広報誌を地域に回覧し、施設の情報を提供している。地域の敬老会や隔年で実施する「福祉の里まつり」を通じて地域との交流を図っている。<br>⑭小学生や高校生を対象とした認知症サポーター養成講座を開催している。特に、7年前から小学校3年生をターゲットとして、与謝野町内でキャラバンメイトを持っている事業所が連携した講座が開設されている。   |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |   |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |     |             |    |   |      |       |
|                         |     | 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    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | ⑮パンフレットやホームページを通じて必要な情報を提供している。問い合わせには、随時対応している。                  |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |     |             |    |   |      |       |
|                         |     | 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重要事項説明書により同意を得ている。わかりやすい料金表を作成し、利用希望者に説明している。成年後見人を活用したケースを確認した。 |      |       |

| (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)        |    | ⑰～⑳「ユニットケアin北京都」の施設ケアマネ部会で検討された独自のアセスメントシート活用している。そのシートは、利用者を理解するために必要な事項が9枚のシートにまとめられ、「食事」「情緒」「医療健康面」に分かれている。個別援助計画は、そのアセスメントに基づき原案を作成するとともに、職員の「気づき」を記載できるページを設けている。個別援助計画の実施状況は、実践表を作成して日々記録を行い、1カ月単位で集約されている。その実施状況に基づき、月1回、ケア会議（介護、看護、栄養士等）により評価を行い、必要な見直しがされている。また、利用者の状況により、6ヶ月から1年の範囲で再アセスメントを行い、利用者の状況に適した個別援助計画に結び付けていた。こうした一連の流れは、「ケアプラン作成の流れ」という手順書にまとめられ、施設内で統一した見解により取り組まれている。 |   |   |
| (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)        |    | ⑳嘱託医を2名配置して、随時で勤務している。また、口拭等の体口と夜間の緊急時対応もシステム化されている。そのほか必要な関係機関のリストが作成されている。   |   |   |
| (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。   | A | 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。   | A | A |
| 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)        |    | ㉑各ユニットで業務手順書を作成するとともに、各種マニュアルを整備している。手順書やマニュアルは、定期的な評価・見直しがされていない。<br>㉒ケアプラン実践表を作成し、ケアプランに基づく経過記録がされている。日常的な記録は、介護ソフトにより行われている。記録に関する研修が実施されている。<br>㉓毎日の朝礼で利用者に関する情報共有をするとともに、パソコンソフトの掲示板でも必要事項の共有がされている。ユニットでは、ソフト交代時に申し送りを行っている。<br>㉔家族の予定に合わせて担当者会議を設定し、モニタリング状況を説明する中で、情報交換を行っている。   |   |   |
| (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。  | A | 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。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | ㉕感染症対策マニュアルを作成するとともに、感染症に関する研修が実施されている。定期的な見直しのほか、新しい情報をもとにマニュアルが改訂されている。<br>㉖必要部分にオゾン脱臭機を装置するなど、臭気対策をしている。介護補助員として清掃担当の職員を採用し、衛生管理を実施している。  |   |   |

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| (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) |    | ㊸事故発生のための指針を整備している。車両事故をはじめ、緊急時に対応した研修を実施している。また、普通救急講習が定期的実施されていた。緊急時の指揮命令系統がある。<br>㊹事故発生時の事故報告書、パソコンソフトでのヒヤリハット報告を共有している。リスクマネジメント委員会を組織し、年度ごとの事故集計により総括を行い、再発防止に努めている。<br>㊺災害等対応マニュアルを作成している。年1回、地域の消防団と合同火災訓練を実施するなど、岩屋区（自治区）と連携している。 |   |   |

| 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 |
| <b>IV 利用者保護の観点</b>      |                       |     |   |      |      |       |
| <b>(1) 利用者保護</b>        |                       |     |   |      |      |       |
|                         | 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    | A    |       |
|                         | 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。   | A    | 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)            |     | ㊻虹ヶ丘運営方針に利用者本位を掲げて、利用者の尊厳に配慮した支援を心がけている。コンプライアンス研修や不適切ケアをテーマにした研修を実施している。<br>㊼利用者権利擁護指針を作成し、プライバシーに配慮した支援がされている。また、プライバシーに関する研修も実施されていた。<br>㊽入所検討会議は、第三者委員（外部）や行政オブザーバーが出席のもと開催され、国基準に基づき適切に利用者の決定がされている。     |      |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |                       |     |   |      |      |       |
|                         | 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    | A    |       |
|                         | 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。  | A    | A    |       |
|                         | 第三者への相談機会の確保          | 36  | 公的機関等の窓口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。   | A    | A    |       |
|                         | (評価機関コメント)            |     | ㊾～㊿相談・苦情対応のしくみ（4段階の仕組み）を策定している。年1度以上実施される担当者会議を利用して、利用者やその家族から意見や要望を聞いている。また、サービスの満足度アンケートに自由記述欄を設け、そこに記載された様々な意見に対して必要な改善がされ、内容を公開している。<br>㊽公的機関等は、重要事項説明書に記載するとともに掲示されている。第三者委員、介護相談員を受け入れ、利用者の声を聞く仕組みがあった。 |      |      |       |
| <b>(3) 質の向上に係る取組</b>    |                       |     |   |      |      |       |
|                         | 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    | A    |       |
|                         | 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)            |     | ㊽満足度調査を年1回実施している。分析して各担当部署が検討し、管理会議でまとめ改善報告がされている。<br>㊿「ユニットin北京都」で互いに評価をする仕組みがある。ユニット会議や施設運営会議でサービスの質向上について検討を行っている。<br>㊽自己評価の仕組みがなかった。第三者評価を3年に1度実施している。  |      |      |       |