

アドバイス・レポート

平成30年3月23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10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神の園につきましては、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>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>○組織体制 理念や活動方針などが職員に浸透していることに加え、現場の職員に権限を委譲していることから、利用者個々の生活にあわせたサービス提供がユニットごとで実践されています。ユニット職員同士でサービスの提供について考え、ユニットごとに特色のある運営をされています。</p> <p>○利用者・家族の希望尊重 利用者や家族の意向を尊重した施設での生活が送れるように、入居前と入居後の生活の連続性を大切にサービス提供を行っています。生活リズムを反映した「24Hシート」や「フェイスシート」を活用し、利用者の心身状況を把握しています。24時間シートを導入するだけでうまく活用できていない施設もある中で、ソフトを改良するなどし、有効に活用されていました。</p> <p>○事故の再発防止等 事故などが発生した場合は、「事故報告書」や「ヒヤリハットチェックシート」を速やかに作成し対応しています。月1回のリスクマネジメント委員会で事故統計やデータの蓄積を基に分析・検討しています。服薬に関して看護職と介護職とのダブルチェックにしていくなど、実際の事故に対する改善策をマニュアルに反映させています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 年1回職員の面談を行い、職員の意見や要望を聞く機会をつくっていますが、施設長を評価するための目的とした面談ではありません。</p> <p>○災害発生時の対応 「防災マニュアル」や「施設事業部ガイドブック」で災害発生時の対応について明文化していますが、地域との連携を意識したマニュアルとなっていません。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 「ユニットケア実地研修施設調査票」に基づき自己評価を行っています。第三者評価を3年に1回受診していません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>当施設では、各種委員会活動の推進、ケアについては24時間シートの採用によって入居者個人のこれまでの暮らしを継続できるサポート体制を構築しています。また、ユニットケア実地指導研修施設の認定を受け、ユニットリーダー研修講師を派遣しています。小学校や中学校などで行われている認知症サポーター養成講座を、精華町キャラバンメイト連絡会と連携し、地域向けの活動を行うなど、事業所の持つ機能を地域に還元されています。また、施設の方向性を明文化することで、職員のケアに対する考え方が統一されていると感じました。その事が働きやすさや職場の雰囲気の良いを生み出し、低い離職率に繋がっているのだと思います。</p> <p>今回の受診を機にさらなる地域に根ざした施設となることを期待し、以下のとおりアドバイス申し上げます。</p> <p>○施設長は年1回全職員と面談を実施し、職員それぞれの意向などを確認する機会があります。また、施設長自ら職員に対して積極的に声をかけたり、「私の宣言」で自らの行動指針を明らかにしています。今後、職員から信頼を得ているかを把握するための面談やアンケートを実施するなど、施設長自身が評価を受ける仕組みを作られては如何でしょうか。</p> <p>○「防災マニュアル」などの災害時の対応方法は明文化されていますが、地域との連携を意識したマニュアルとなっていません。福祉避難所に指定されていますが、具体的なことについて市町村との取り決めができていません。福祉避難所の開設訓練を精華町と共同で開催するように働きかけてみては如何でしょうか。町を巻き込むことで地域との連携促進につながるものと思います。</p> <p>○ユニットケア実地研修施設の指定を受けていることから、年1回は「ユニットケア実地研修施設調査票」に基づく自己評価をされていますし、同法人内のサービス事業所も定期的に第三者評価を受診されています。今回の受診を機に、第三者評価を3年に1回定期的に受診することをお勧めします。事業所として取り組まれていることへの振り返りの機会や、運営に関する透明性を担保することにもつながるのではないのでしょうか。</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	2671400311
事業所名	特別養護老人ホーム神の園
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)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成30年2月17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思決定を行い、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. 組織の理念等を記載した職員手帳の配布や年1回の職員会議で周知するとともに、理念を基にケアの基本方針を定めてサービスを提供しています。 2. 「運営施設組織規程」や「施設事業部ガイドブック」により、案件別の意思決定方法が明確に定められています。役職者で構成した会議や現場職員で構成した会議が階層別にあり、職員の意見を反映させる仕組みがあります。			
(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。	A	A	
	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. 「高齢者総合福祉施設神の園事業計画概要」を作成し、活動方針を明らかにした上で、中期計画や単年度計画等を立て、さらに部署ごとに目標の設定を行い運営しています。 4. ユニット会議などで現状把握や課題の設定を行う等、全職員が計画策定に参画しています。また、各部署ごとの事業計画や目標は半期ごとに評価・分析し、必要に応じて修正しています。			
(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。	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。	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. 「運営施設組織規程」に役職者が把握すべき法令と取得することが望ましい資格を明文化しています。 6. 施設長は「私の宣言」というマニフェストを職員に表明して役割や責任、行動目標などを明らかにしています。また、年1回職員との面談を行い、職員の意見や要望を聞く機会を作っていますが、施設長を評価する事を目的とした面談ではありません。 7. 「施設事業部ガイドブック」に夜間緊急対応連絡順一覧を定め、緊急時の対応方法等を明らかにしています。また、事業の実施状況について日報などにより状況を把握をしています。			

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。	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. 「平成29年度職員採用計画」で人事管理に関する方針を確立しています。また、事業所内で年1回、介護職員実務者研修を実施し、資格取得の支援を行っています。 9. 階層ごとに研修計画を立て、「神の園が求める期別の目標設定と進捗チェック表」を活用し研修実施状況を確認しています。職員が互いに学びあうために、施設内で「外部研修報告会」を年3回実施する仕組みがあります。 10. 「実習の手引き」を整備し、実習の受け入れに関する基本姿勢などを明文化しています。また、実習指導者に対して「リーダー塾」などの研修会を年3回実施しています。		
(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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 職員の負担を軽減するために移乗用リフトを各ユニットに導入しています。また、職員の有給休暇の消化率などを総務部が把握し、「役職会議」で分析や検討をしています。 12. 定期的上司やリーダーによる面談を実施し、要望や不満をくみとる体制があります。また、休憩場所として喫茶コーナーや休憩室など、休憩できる空間が多くあり、リラックスできる環境があります。		
(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。	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. 広報誌「ふれあい」を町全域に年2回配布し、事業所の取り組みなどを広報しています。ホームページから情報の公表制度などが閲覧できるようにリンクを貼っています。 14. 地域包括支援センターなどと連携し、事業所の圏域にある小学校や中学校に出向き、認知症サポーター養成講座を開催しています。事業所のスペースを町内会の会合などで活用してもらうなど地域に開放しています。		

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		15. 利用者の問い合わせなどは「入居についてのご案内」を活用し説明しています。また、問い合わせの対応については「入居相談受付票」で記録しています。		

(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. 介護サービスの利用に際しては、重要事項説明書を用いて利用者や家族などに説明しています。成年後見制度の利用が必要な場合には、パンフレットを用いて説明したり、地域包括支援センターと連携しています。		
(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. 利用者の1日の生活リズムを把握、記録できる「24Hシート」や「フェイスシート」を活用し、利用者の心身状況を把握しています。初回面談時や介護保険の更新時、状況が変化した際など、アセスメントを実施しています。 18. 「24Hシート」を用いて利用者個々の生活状況を把握し、入居前と入居後の生活リズムが変わらないように個別援助計画を策定しています。サービス提供の内容などの決定については、サービス担当者会議で利用者や家族の同意を得ています。 19. 計画の策定にあたっては、サービス担当者会議や照会状で各専門職の意見を聞くなど、計画の内容などについて確認しています。 20. 定期的にモニタリングを行い、ケアプランに変更が必要な場合は、速やかに「24Hシート活用マニュアル」に沿ってケアプランの見直しを行っています。また、「家族へのお便り」で2ヶ月ごとに家族等に情報提供しています。		
(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. 事業所内の医務室を通じて医師と連携をとる体制となっています。また、医療機関などについてはカンファレンスに参加するなどして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。	A	A
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)		22. 各種業務マニュアルを集約した「施設事業部ガイドブック」を整備しています。リスクマネジメント委員会などの各種委員会で定期的にマニュアルを見直す仕組みがあります。 23. 利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関して「個人情報保護規程」で記録の取扱いを明文化しています。また、年1回は個人情報保護にかかわる研修会を実施しています。 24. 利用者の支援に関する情報については、「ユニット会議」やサービス担当者会議を活用し、職員間で共有を図っています。利用者に変化があった場合は、職員間で確実に共有ができるよう「記録作成の手引き」に、情報の共有範囲等を明文化しています。 25. 利用者の家族などには、毎月発行している「あっとほ一む通信」や2ヶ月に1回「家族へのお便り」で事業所の現況や利用者の日常の様子を定期的に報告しています。		

(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。	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)		26. 感染症をテーマとした研修会を年3回実施しています。毎月「感染対策委員会」を開催し感染症の最新情報を入手する仕組みがあります。「24Hシート」を活用し、二次感染を防ぐ対策を講じています。 27. 事業所内の書類や備品などを整理整頓しています。清掃は外部業者に委託し、「業者の点検表」で確認しています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 「施設事業部ガイドブック」に事故発生時や緊急時のマニュアルを整備しています。事故などが発生した場合には、「緊急事故会議」を開催し、対応方法を検討し対応しています。また、実践的な訓練として入居者が行方不明になったことを想定した「離園訓練」を実施しています。 29. 事故等が発生した場合は、「事故報告書」や「ヒヤリハットチェックシート」を速やかに作成し対応しています。月1回のリスクマネジメント委員会で、事故の統計やデータを蓄積し、分析・検討の上マニュアルに反映させています。 30. 「防災マニュアル」や「施設事業部ガイドブック」で災害発生時の対応について明文化していますが、地域との連携を意識したマニュアルとなっていません。		

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	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)			31. 尊厳保持、虐待防止の研修会を年1回開催しています。「入居時の意向確認票」を用いて確認した利用者の意向に沿ったサービス提供を行っています。 32. 「排泄の手引き」などに沿って利用者のプライバシーや、羞恥心に配慮するサービスを提供しています。 33. 利用申込者に対して「入居指針」を用いて分かりやすく説明しています。また、入居相談時に利用申込を受けられない場合は、他の介護保険施設などに適切に紹介しています。		

(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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		34. 利用者家族などに対して、年3回開催する家族会や「家族・当事者アンケート」を年1回実施し、意見や苦情を聞きとる仕組みがあります。また、利用者には職員とのヒアリングにより意見や要望などを聞きとるよう努めています。 35. 苦情などの対応は、苦情マニュアルの手順に基づき迅速に対応し、「苦情報告書」に記録しています。また、「あっとほーむ通信」を活用し、改善状況などを公開しています。 36. 重要事項説明書に公的機関などの苦情相談窓口を明記し、面談時に説明をしています。「精華町人権擁護委員会」の委員が行う人権相談を年2回受け入れるなど相談機会を確保しています。		

(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。	A	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。	A	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. 年1回、2月に「家族・当事者アンケート」を行っています。施設の相談員と利用者家族の会でアンケートの分析を行い、年1回の利用者家族の会の総会でアンケートの結果報告をしています。 38. 「ユニット会議」や「主任リーダー会議」で質の向上に関する取り組みについて情報を集約しています。ユニットリーダー研修の受け入れ施設となっていることから、全国でユニットケアを取り組まれている施設の職員と交流する機会があります。その機会を活用し、他施設の情報収集に努めています。 39. 「ユニットケア実地研修施設調査票」に基づき自己評価を行っていますが、第三者評価を3年に1回受診していません。		