

様式 7

アドバイス・レポート

平成27年12月21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27年10月21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 加茂きはだ園）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><継続的な研修・OJTの実施> 施設独自のキャリアパスが整備され、全職員に対して策定された階層別の研修計画とも関連付けて運用されていました。</p> <p><職員間での情報共有> 利用者の状況は、朝・夕礼での申し送りにて丁寧に引き継ぎがされています。当日勤務していない職員にも周知するため、その記録を全職員が閲覧の上でサインをするなど、情報共有の仕組みが徹底されていました。</p> <p><食事など質の向上に対する取り組み> 外部委託ではなく、栄養士・調理師を常勤雇用している強みを生かし、「選択食」や「お楽しみメニュー」の導入等に意欲的に取り組まれています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><中長期事業計画等の策定> 単年度の事業計画は策定され、各部門の個別計画とも連動していましたが、中長期事業計画は確認ができませんでした。</p> <p><利用者・家族の担当者会議への出席> 利用者や家族のサービスに関する意向は聴取されていますが、家族のサービス担当者会議への参加率を向上させるための工夫については、取り組みが不十分でした。</p> <p><災害発生時に向けた訓練> 夜間想定避難訓練を実施されていますが地域との連携を意識した訓練の企画や実施は確認ができませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><中長期事業計画の策定> 開設から30年が経過し、今後は施設の大幅改修等も検討が必要とのことでした。今後の施設運営に向けた具体的な中長期の事業計画を策定されてはいかがでしょうか。</p> <p><家族のサービス担当者会議への出席> 来園のタイミングを事前相談する等の工夫により、サービス担当者会議への家族の参加率を向上させることができるのではないのでしょうか。</p> <p><災害発生時に向けた訓練> 周囲に民家が少なく集落とは距離があるため、地域との合同訓練が困難であったことは理解できますが、実際の災害発生時には、施設だけでは対応できないことも多いと思います。行政や地域の消防団等と、まずは災害発生時の避難計画を相談することから始めてみてはどうでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2671400063
事業所名	社会福祉法人三福福祉会
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)	
訪問調査実施日	平成27年11月6日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		組織の理念及び運営方針は倫理規定に明記されていましたが、スタッフへの周知は入職時オリエンテーションに限られており、継続的には行われていませんでした。また、各職務に応じた権限に関する規定が確認できませんでした。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		単年度事業計画は策定されていましたが、中長期計画は確認ができませんでした。設定した課題をもとに、各部門の事業計画が作成されていますが、進捗状況把握のための定期的な評価や、それに基づく計画の見直しは行われていませんでした。			
(3)管理者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、いつでもスタッフ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)		各種法令は、事務所にて管理され閲覧可能な状態になっていますが、リスト化するなど明確にするための仕組みがありませんでした。施設長(運営管理者)は、毎月開催される全職員が参加する全体会議等にも必ず参加し直接職員の意見を聞く機会を設けておられます。また、緊急事態発生時の指示・報告が適切に行われていることを、事故報告書及び職員ヒアリングにて確認をしました。			

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	B
		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)		施設独自のキャリアパスを策定し、階層・個人別の研修計画とも関連付けて運用されています。介護課長及び主任と職員による三者面談を実施されており、相談・指導が受けられる体制が整えられています。今後運用開始予定である人事評価基準はありましたが、採用基準としては使用されていませんでした。また、離職状況の把握・分析は実施できていませんでした。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		ストレス管理	12	スタッフ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)		育児・介護休業ともに就業規則に明記し、育児休業は実際に取得されています。職員の有給消化率や時間外労働は、各部署別には把握されていますが、組織としての管理や分析は確認ができませんでした。休憩室は新しく増築した独立スペースにあり、明るく清潔でしたが、職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のための相談体制は確保されていませんでした。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		活用できる社会資源や地域の情報を収集し、利用者の誰もが閲覧できるように拡大してファイリングするなど工夫がされていました。施設を地域に開放する「介護オープンデー」の毎年開催や、市への委員派遣など地域貢献も行っていますが、地域の具体的なニーズ把握には至っていませんでした。		

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)		事業所情報は、ホームページやパンフレットで分かりやすく説明がされています。提供するサービス内容も施設内に掲示したり、拡大されたものがファイリングされていました。問い合わせや見学には随時対応し、記録を取って職員間で情報共有されている事を確認しました。			
(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)		利用者ヒアリングにて、サービス内容や料金について、分かりやすく説明し同意を得ている事を確認しました。利用開始時やサービス利用中にも、判断能力に支障があると判断した場合は、直ちに成年後見制度等の活用を勧めておられることを記録にて確認しました。			
(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。	B	B	
	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。	B	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		アセスメントは全国社会福祉協議会方式を使用し、最低でも6か月毎に介護支援専門員だけでなく多職種による再アセスメントを基に施設サービス計画が作成されています。それに加えて、介護の個別援助計画も適正に作成されていました。利用者や家族の意向確認はされていますが、サービス担当者会議への家族の参加率を向上させるための工夫については不十分でした。施設サービス計画の変更基準を定めて、その基準に基づき計画が変更されています。			
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)		主治医との連携、入退院時連携、カンファレンス等への参加について、具体的事例のヒアリングと記録で確認をしました。施設から退所する場合には、地域の受け入れがスムーズに進むよう福祉事務所等地域の関係機関との関係が構築できています。			
(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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。	B	B	
	(評価機関コメント)		マニュアルは、整備と年1回定期的に見直しがされており、職員がいつでも閲覧できるようになっています。プライバシー保護の研修は年1回実施しています。利用者の状態把握は、会議、朝夕の申し送りの記録等を全職員が閲覧することで、職員間での情報共有が密になっています。必要に応じて利用者の状況を家族に報告していますが、定期的・計画的ではありませんでした。			

(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、スタッフ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。	A	A
(評価機関コメント)		感染症の対策及び予防マニュアルを作成し、スタッフ全員が研修を受けています。感染症毎のマニュアルがあり、受け入れを拒否した事ありません。居室等の清掃は外部業者に委託し、作業報告を毎月受け取り確認をしています。施設内に臭気はなく、各居室には空気清浄機が設置されています。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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)		事故・緊急時対応マニュアルが作成され、火災予防の研修や夜間想定避難訓練が実施されています。また、個別の事故対応や原因分析を多職種で協議する「リスクマネジメント会議」も毎月開催されています。災害に備えた備蓄は3日分準備されていますが、地域との連携を意識した訓練は実施していません。		

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)		入職時オリエンテーションをはじめ、身体拘束禁止や高齢者虐待、プライバシー保護に関する研修会等を毎年開催されています。施設利用の申込に関して、これまで断った事はありません。		
(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。	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)		意見箱の設置や年1回利用者懇親会を実施しておられます。意見を吸い上げる仕組みがあり、分析・検討はしておられますが、改善に向けた具体的な取り組みには至っていません。		
(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スタッフ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)		年1回利用者・家族に対する満足度調査を実施した上で、検討会で分析等実施しておられますが、改善すべき事項についての計画は策定されていませんでした。また、サービスの質を定期的に評価する仕組みがありませんでした。特に、食事に関しては、利用者への嗜好調査や摂取状況記録を毎月検討しておられます。		