

様式 7

アドバイス・レポート

平成 28 年 9 月 9 日

平成 28 年 4 月 15 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（社会福祉法人成光苑 岩戸ホーム）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><管理者等によるリーダーシップの発揮></p> <p>人事考課システムに基づき全職員の自己申告書を施設長が一元管理し、必要に応じて個人面談等を実施されています。また、職員の離職率等を指標とした施設長の職務内容を法人として評価する仕組みが確立されています。</p> <p><地域一体型の事業展開></p> <p>運営方針として“地域に愛される施設”“地域福祉”“施設並みのサービスを在宅に届ける”と掲げており、職員全員で地域と一体となって地域ネットワーク会議の開催、夏祭りや合同防災訓練など積極的な活動が行われています。施設内のレストランも地域の方が利用することもでき、地域に開かれた施設運営をされました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><業務マニュアル等の見直しの記録></p> <p>マニュアル・手順・規程等（以下マニュアル等という）、個々に見直しの基準が定められており、常にISO9001のシステムにより、マニュアル等の妥当性も含め検証されており、見直しが定期的に行われていることはヒアリングにより確認できましたが、見直した日付の記録がありませんでした。</p> <p><家族への働きかけ></p> <p>サービス担当者会議に本人の参加は多くありましたが、心身の状態等で家族への説明が必要等、特別な状況にある人以外、サービス担当者会議への参加の促しが行われていませんでした。</p>

<p>具体的な アドバイス</p>	<p><業務マニュアル等の見直しの記録></p> <p>マニュアル等の見直しの時期が到来した際、見直しを行い、改訂が必要でない場合、見直した日付を記載するよう、部署ごとまたはマニュアルごとに責任者を決めて記録できるよう工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p><家族への働きかけ></p> <p>サービス担当者会議の実施時期も年間で計画されていますので、全入所者の家族に対し、サービス担当者会議への参加を促されてはいかがでしょうか。家族の出席が増え、ケアプランに意向が反映しやすくなるばかりでなく、面会の少ない家族への働きかけにも有効だと思われまます。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672600083
事業所名	社会福祉法人 成光苑 岩戸ホーム
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)	居宅介護支援、短期入所生活介護(予防)、通所介護(予防)、訪問介護(予防)、訪問看護(予防)、小規模多機能型居宅介護(予防)、定期巡回・随時対応型訪問介護看護
訪問調査実施日	平成28年7月11日
評価機関名	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。	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)		「和顔愛語」という組織の理念や運営方針が記された冊子を全職員が常に携帯するとともに、朝礼では、その内容を唱和することにより、実際のサービス提供に活かされるよう意識付けがされています。 各種の会議が階層別・プロジェクト別に開催され、意思決定されています。			
(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)		単年度の事業計画に加えて、ユニット化を目指す中長期計画(3ヶ年)が策定されていることを確認しました。 職員個人、部署、プロジェクト、委員会毎に課題と目標が設定され、「リーダー会議」等にて進捗管理が行われています。			
(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。	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)		法令遵守規程に基づいて、内部監査が実施されています。 全職員が人事考課システムに基づいて自己申告書を上司に提出・フィードバックを受ける仕組みとともに、施設長も、法人本部より評価を受ける仕組みがあります。 「品質マニュアル」に基づいて、リーダーや施設長まで各種報告が滞りなく行われています。			

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)		採用後、資格取得のための勉強会や情報提供が行われています。階層別の研修が計画的に実施されているとともに、新人職員には「チューター(指導者)」によるOJTが実施されています。実習マニュアルにおいて手順等を明確化した上で、積極的に実習を受入れておられます。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		総務部において、各職種の時間外労働時間等を一括して把握・分析されています。労働時間は適正であり、休憩も適切に確保されています。		
(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)		事業所の有する機能の地域還元として、「介護の日」のイベント等に留まらず、地域と共催する夏祭りでの花火や「カモナリエ(イルミネーションイベント)」への協力等、地域と一体となり多様な取り組みが実施されています。		

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)		サービスや事業所の概要につきましては、ホームページやパンフレットにて情報が提供されています。見学や問い合わせには、担当者が「相談カード」を作成し対応されています。		
(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)		入所前には、重要事項説明書、サービス利用料金合意書にて説明を行い同意を得ておられます。判断能力に支障のある利用者には、リーフレットを活用したり社会福祉協議会の担当者と連携を図って説明をおこなっておられます。		

(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	定期的又は必要に応じて、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)		アセスメントは包括的自立支援プログラムを使用し、6ヶ月に1回定期的に実施されています。サービス担当者会議では、本人参加を促し利用者の希望を取り入れたケアプランの作成が行われています。サービス担当者会議には多職種が参加できるように調整を行い、専門家の意見が反映できる仕組みになっています。相談員がサービス担当者会議予定表にてスケジュール管理を行い、月2回のモニタリングが実施されています。		
(4)関係者との連携				
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)		看取りに力を入れておられることもあり、主治医や看護師との連携体制が整っています。医療機関より退院してこられる利用者のカンファレンスに参加され連携を図っておられます。		
(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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		業務マニュアルは、配布先を決めて事務所など要所に保管されています。見直しにつきましては定期的に行っているとのことでしたが、記録で確認することができませんでした。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄については、記録管理規定にて管理されています。全部署が集まる朝礼や、朝夕の申し送りにて職員間で利用者の情報共有が行われています。家族とは年1回の家族懇談会に加え、毎月家族に近況報告をされています。		
(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、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。	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)		感染予防については2ヶ月に1回テーマを決めて、全職員を対象に研修会が行われています。清掃については外部委託業者が実施し事業所が点検表にて確認されています。空間除菌システムを採用し、臭気対策を行っておられます。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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)		緊急時の指揮命令系統が明らかになっておりマニュアル化されています。事故報告書にて、必要な事案について事故防止策、評価を行っておられます。地域と一体的に防災訓練を行うことで緊急時には地域との連携を図った対応ができる体制を作っておられます。		

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	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)		「成光苑抑制廃止宣言」を施設内に掲示し、「高齢者虐待防止法」に関する研修会を全職員が参加できるよう5回に分けて開催されています。利用者の人権に配慮して、食事や入浴方法など可能な限り利用者を選択してもらい援助方法を決定しています。また、人権に加えプライバシーや羞恥心に配慮した援助が実践できているか、「接遇マナーチェック表」を活用し、介護職員は毎月自己評価をしています。入所判定委員会は、同法人の「サンヒルズ紫豊館」と併せて申し込まれることが多いため、両施設間で情報共有され、第三者委員も参加し公平に判定を行い、これまでに入所を断ることなく受け入れておられます。			
(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)		利用者の意見を拾い上げるため、第三者委員が2ヶ月に1回と介護相談員が毎月来所され入所者の相談に乗っておられます。ご意見箱は、施設の入り口に設置され、意見が寄せられたことは利用者を特定せず、書かれていた内容について改善されています。家族懇談会は年1回と個別に随時行われています。苦情に関しては、「苦情解決規定」を定め手順に沿って対応し、速やかに施設長に報告し、関係者をその日のうちに招集してスピーディーな対応を行っておられます。苦情の内容については、個人が特定されないよう配慮して「岩戸だより」（広報誌）で改善策を含め公表されています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		年1回顧客満足度調査を実施されています。前年と比較できるよう同じ内容のもので数年間行っておられます。その結果を分析・検討し、部門別にまとめ丁寧に対応策を立て実施されています。サービスの質向上については、各種委員会と主にリーダー会議で検討されています。他事業所の取組も第三者評価で公表されている取組を検索するなど、積極的に情報収集されています。ISO9001の認証取得され、品質管理の目的で独自の項目で年2回部門ごとに自己評価を実施されています。第三者評価は3年ごとに受診され、真摯な姿勢でサービス資質向上に努められています。			