

アドバイス・レポート

平成28年1月8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9月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（高齢者複合福祉施設にれの木園）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>○理念、方針の周知徹底と実践 法人と施設の理念、方針を職員全員に周知され毎日唱和しています。特に今年度は「ノーリフト」への取り組み強化する点として、職員一丸となって研修の実施や移乗用具等の導入、移乗の際のひと手間かけること等により、利用者と職員の負担軽減を実践されています。</p> <p>○サービスの質の向上に向けた利用者意見の活用 毎年実施している満足度調査に加え、毎月開催している利用者と家族、職員との懇談会「みんなの広場」で要望や意見を積極的に聴取し、サービスの改善に結びつけるよう努めています。</p> <p>○積極的・地域貢献 施設のコミュニティホールや入浴施設、喫茶コーナーを地域に開放したり、人権に関する地域公開講座を開催しています。運営管理者が福知山市内で10法人に呼びかけ、協同で地域での人材育成、人材確保のために介護福祉士養成講座を開催しています。</p> <p>○終の棲家として説明 ターミナルケアについて、入所時にすべての利用者から同意を得ています。終の住処としての安心感をもってもらうという利用者や家族への配慮がなされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○記録の整備 個人情報保護についての研修実施記録が確認できませんでした。ケース記録では評価表がなく、経過記録の中に様々な職種のスタッフが評価を書き込んでいました。また、モニタリング表もありませんでした。</p> <p>○身体拘束の定義化 虐待の防止や身体拘束の防止への取り組みとして、積極的に身体拘束防止の研修等に取り組まれています。何が身体拘束に該当するのかという定義がマニュアルにありませんでした。</p> <p>○情報の公開 ISO(9001)承認取得し、苦情処理運用システムで苦情対応していますが、情報公表制度の結果や苦情内容とその対応について、地域に向けた開示や広報が確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>空心福祉会は法人理念に「かたよらない心 こだわらない心 とらわれな い心」を掲げ、にれの木園独自の施設理念として「おかげ様と互いに心が つたわる暮らし」を掲げています。専門職だけでなく、全職員が協同して 「みんなの広場」やサービス担当者会議、『にれ通信』など、様々な機会 や手段を通じて利用者、家族の方々の声に耳を傾けて事業計画策定やサー ビス提供に取り組まれています。また、施設機能を地域に開放したり、入 所判定の際も断らない方針を持ち、地域貢献を実践されています。 更なる利用者の満足度やサービス向上にむけて、今回の調査におけるアド バイスを以下にお示しします。</p> <p>○記録の整備 組織的、且つ体系的な研修計画を立て研修実施も進捗管理されていま すが、実施した一部の施記録が見当たりませんでした。研修内容含め実施記 録を残すことは、質の向上、経験の蓄積になりますので研修実施記録管理 をしていくことをお勧めします。また、ケース記録では評価表がなく、経 過記録に評価を記入されていました。評価期間の総合的評価や新たな方針 検討など可能になりますので、評価表を作られることをお勧めします。</p> <p>○身体拘束の定義化 積極的に身体拘束防止の研修実施等に取り組まれています。何が身体拘 束に当たるのかという定義を明確にすることが望まれます。そのことが、 全職員の身体拘束防止に向けた認識の共有や具体的な取り組みにつながっ ていくと考えます。</p> <p>○地域への情報公開 ISOの苦情処理の運用システムに基づいて苦情対応されていますが、苦情 対応や情報公表制度が地域に向けて公開されていませんでした。地域に根 ざした事業所として、情報公表制度の結果や苦情対応内容をホームページ や年4回発行されている広報誌などに公開されては如何でしょうか。</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	2672600117
事業所名	高齢者複合福祉施設にれの木園
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、通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成27年10月22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. 毎年4月の全職員参加の総会開催時はもちろん、毎朝の朝礼で法人理念・施設理念を唱和し周知しています。ホームページ、広報誌にも明記しています。 2. 意思決定のプロセスについては、組織図や職務規定、各部署会議、法人の各部長以上で構成するサミット会議等の記録から確認できました。			
(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。	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・4. 各部署・委員会において事業計画を策定し、最終的にサミット会議で年2回評価しています。中長期にわたる計画も整備しています。毎月の月間目標も設定し、月ごとに進捗状況を評価しています。ISO推進委員会が中心となって顧客満足度調査を行い、課題を把握し、計画に反映する取り組みがなされています。			
(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. 各種規定や法令等については各部署毎に設置しており、職員はいつでも確認することができます。外部文書の登録や管理規程も作成しています。 6. 運営管理者は年度初めの総会で、所信表明を行い、年に2回ISOの管理者により評価を受けています。 7. 運営管理者はインターネットで毎日の報告を受け、PHS、携帯電話により常時連絡取れる体制です。			

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	B
		(評価機関コメント)		8. 職員採用時基準を整備し、年単位に採用人数等の目標値を設定しています。介護支援専門員資格取得等のキャリアアップ研修を実施しています。 9. 教育訓練管理規程に基づき人材育成委員会による新人スタッフ研修、職責別研修、階層別研修等プログラムを計画し、進捗管理を行っています。研修実施記録を確認しました。 10. 実習受け入れマニュアルの中に個人情報保護に関する記述がありませんでした。市内高校や短期大学などから積極的に実習生の受け入れを行っています。		
(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. 衛生管理委員会で職場環境チェックを定期的に行っています。育児休業、介護休業の規定を整備し、実際に取得した記録がありました。「ノーリフト宣言」を掲げて施設一丸で取り組み、研修実施や移乗用具等を積極的に導入しています。 12. 外部産業医を配置しています。また、食事会、サークルなど設けて職員の親睦を図っています。現場から離れた場所に休憩室を確保してあります。		
(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。	B	B
		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. 情報公表制度の広報を地域住民に行っていません。納涼盆踊り大会に利用者が参加したり、保育園との交流が行われています。年4回、広報誌『Apple's Dream』を利用者家族、地域や団体、行政向けに発行しています。 14. 地域公開講座の開催、入浴設備の開放、毎月1回喫茶の日を設けて地域に開放する等、地域への貢献に努めています。		

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. パンフレットやホームページはイラストや写真を用いており、分かりやすく作成されています。高齢者本人や家族が見やすい配慮をしています。		
(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. 重要事項説明書及び料金表を見やすく整理していることが確認できました。ターミナルケアについて、入所時にすべての利用者から同意を得ています。

(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	B
(評価機関コメント)		17. 独自のアセスメントシートを作成し、随時更新を行い、社内ネットワーク環境でも常時確認できるようにしています。 18. 自立支援に配慮し、利用者の希望や意向に配慮したケアプランを作成しています。 19. 多職種協同でカンファレンスやサービス担当者会議に参加しています。 20. モニタリングは10日に1回以上の頻度にて実施していますが、モニタリング記録や評価表の様式はありません。また、経過記録はありますが、短期目標の評価がありませんでした。		
(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. 施設内に診療所を設置し、週4日は嘱託医師が滞在し、急変時には連携が取れる体制が確保されています。退所の際には関係機関と連携を取っています。		
(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	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	B
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. マニュアルを整備し、ISOのQMS（品質マネジメントシステム）を運用して見直しを行っています。満足度調査の分析をマニュアルに反映しています。 23. 文書管理規程を策定し、利用者記録の廃棄規定等もあります。個人情報についての教育や研修の資料が確認できませんでした。 24. ケースワーカー会議を月1回開催しており、職員間の情報共有や意見交換を行っています。会議の欠席者等への情報共有については欠席者全員に伝わっているかどうかの確認ができませんでした。 25. 2ヵ月に1回発行の「にれ通信」で利用者個別の近況報告添えて、年間を通じて家族面会の機会を設けています。		
(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	B
(評価機関コメント)		26. 年2回の感染症に関する研修会を実施しています。また、「感染症キット」を常備しています。 27. ハウスキーパーにより毎日の清掃を実施しています。臭気については、施設としても認識している課題とのことで、活性水で清掃、臭気除去の電気型空気清浄機を用いて臭気除去を行っています。手洗い場の排水口の流れが悪く、衛生面への配慮が十分行き届いているとは言えません。		

(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. 緊急時及び災害発生時のマニュアルを整備しています。各部署で、緊急時対応に関する研修を実施しています。 29. 危機管理委員会によるリスクマネジメントを実施しています。年2回のサミット会議で報告、マニュアルの見直しに反映しています。 30. エマージェンシーメールを緊急時に全職員へ送信できる状況にしています。月1回テスト送信をしています。		

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

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。	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. 危機管理委員会が虐待防止や身体拘束廃止、人権に関する学習会を行っています。ただし、身体拘束が何であるのかという定義が明示できていません。 32. プライバシー保護や羞恥心への配慮のマニュアルとともに、具体的な業務手順書があり、研修も実施しています。 33. 断らないことを基本としています。選考基準を設け、入所選考会議に第三者委員もメンバーに加え公平・公正に行なわれていることが確認できました。		
(2+A95:J109) 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	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。	A	A
(評価機関コメント)		34. 毎年満足度調査を実施するとともに、毎月利用者が参加する「みんなの広場」を開催し、利用者からの意見聴取を行っています。「ご意見箱」を設置しています。 35. 要望や苦情に対して適切な改善を図っていますが、公開はしていません。 36. 重要事項説明書に第三者委員の連絡先を明記しています。毎月、介護相談員を受け入れています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		37. 毎年、満足度調査を実施し、ISO委員会で分析や検討を行い業務改善につなげています。 38. 毎月、運営管理者含む代表者会議や各委員会を開催し、各部署へのネットワーク(空心ネット)を利用して職員がサミットや代表者会議、各委員会の報告等を確認していました。また、毎月の各部会で職員の意見が反映できるような仕組みを作っています。 39. ISOの内部監査を年2回実施し分析しています。年1回のISO定期審査、および3年ごとの更新受審をしていました。第三者評価も3年ごとに受診し、課題の明確化と改善につなげています。		