

アドバイス・レポート

平成28年3月31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13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ぬくもりの里）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 各種の検討会議と委員会が定期的開催され、職員の意見交換・意見集約が活発に行われ、利用者の思いと現場職員の思いが組織運営の中心に据えられています。案件別の意志決定に現場の声を反映させる仕組みがあります。</p> <p>○質の高い人材の確保 介護職員は有資格者を採用し、全てを常勤勤務にしています。組織体制が非常にシンプルで、権限移譲された現場の専門職者(看護・介護・リハビリ・栄養・事務)が互いに情報を共有しながら複数のユニットの利用者を支援されています。法人内・外の職員研修に全職員を積極的に参加させ、研修履修者に報告書の提出を義務付け、伝達研修を行う等、研修の成果を職員全員で共有されています。</p> <p>○地域への貢献 事業所が有する機能を地域に還元されています。小学生の福祉体験、中学校での社会人講話、認知症サポート講座の講師派遣等で、職員が専門的な技術や情報を地域に提供されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○管理者の等によるリーダーシップの発揮 施設長自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握し、評価・見直しを行うために、職員に直接聴き取ったり、自由記述欄に記入してもらう等の方法が採られていますが、これらの方法ではマイナス評価につながるようなことは伝えにくいのではないかと考えます。</p> <p>○法令順守の取り組み 介護保険事業を実施する上で関係する分野の法令をリスト化等の方法で整理されていませんでした。</p> <p>○事業所内の衛生管理等 清掃は外部に委託されていますが、清掃の実績を確認できる仕組みがありませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>本事業所は入居者50人の従来型の福祉施設で、胃ろう・喀痰吸引等の医療処置のニーズが高い利用者（平均介護度が4.5）が多く入所されています。開設趣旨・理念・介護方針に基づいて、地域に根差した施設運営と「住み慣れた地域で暮らし続けたい」、「人として極く当たり前の暮らしがしたい」という利用者一人ひとりの思いを大切にしたユニットケアに取り組まれています。また、職員一人ひとりが対人援助に必要な知識・技能を段階的に身につけることができる研修体系と、働きやすい労働環境が整備されており、日常の入浴・排泄・食事の三大介護が利用者の人権擁護・生活の質の向上の視点をもって取り組まれています。訪問調査時に事業所内の様子を見ていますと、どの職員もすれ違う人に笑顔で挨拶されており、職員の明るい声かけとやさしい眼差しが印象に残りました。今後も、設立趣旨や法人理念・介護方針に基づいて、地域福祉の向上に向けた活動に、より一層に取り組まれることを期待しております。</p> <p>今回の評価におけるアドバイスは下記の通りです。</p> <p>○職員が管理者を評価する仕組みとして「人事考課制度」を活用し、管理者の上司が現場職員から直接聴き取る方法等が考えられます。組織で方法を検討し、管理者の評価を実施されることを望みます。</p> <p>○法令順守の取り組みにおいては、関連する法令の範囲は広い為、これらの制度をリスト化（法規名・規制の内容・関係条項・該当箇所・部署・対蹠方針）されると、職員が正確に理解でき、マニュアル・手順書の整備にも役立つものと考えます。</p> <p>○施設内の衛生管理を正しくするために、清掃業者から点検表をもらい、日々チェックされることが望まれます。</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)

※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	2671400196
事業所名	特別養護老人ホーム山城ぬくもりの里
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、訪問介護、 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年2月19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. 組織の理念・運営方針(介護方針)をホームページ及びパンフレットに掲載し、掲示板で利用者・家族等・地域に公開しています。また、理事長や施設長が各種会議に出席し、職員全員が理念及び介護方針に沿ったサービス提供を実践しているかどうかを評価しています。 2. 意志決定は、理事会を最終決定機関とし、法人の管理者会議・事業所の班長会議(ユニット正副リーダー・管理栄養士・看護師・PT/OT)で協議しています。施設長が理事として出席する理事会に現場の意見や要望を反映しています。		
(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。	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。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画は介護方針に沿って、全体会議とユニット会議で策定しています。進捗状況や到達度等を各種の検討会議や委員会組織で確認し、半期ごとに見直しを行っています。中・長期計画に関しては、文書で確認することが出来ませんでした。 4. 毎月の班長会議やユニット会議で課題の進捗状況や到達度を確認し、年6回の全体会議で評価しています。利用者の生活単位を小規模化し、職員の配置を固定化することでユニットケアの充実を図っています。		

(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組みを行っている。	A	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。	A	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)		<p>5. 施設長は集団指導に出席し、福祉関連法や介護保険関連法の理解に努めています。また、安全管理や就労関連等の介護保険以外の遵守すべき法令等についてもマニュアル・手順書を整備し、職員への周知に努めていますが、これらの法規がリスト化されていませんでした。</p> <p>6. 年2回(7月・12月)、施設長によって「人事考課表」を基に職員一人ひとりの行動を評価していますが、施設長自らの行動が、職員や利用者から信頼を得ているかどうかを把握・評価・見直しを行う仕組みはありません。</p> <p>7. 施設長は事故・ヒヤリハット報告書・苦情報告書等の報告書、各種の検討会議や委員会等の記録、日誌等で事業の日々の実施状況を把握しています。緊急時は「緊急時対応マニュアル」「緊急時連絡網」に沿って迅速な対応に努めています。なお、緊急事態に備え「緊急時連絡網」を使った訓練を実施された方が良いでしょう。</p>		

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)		<p>8. 人事採用は有資格者を基本に全て常勤採用しています。採用後は、法人全体で介護福祉士・ケアマネジャー、社会福祉士等の資格取得を制度化しています。</p> <p>9. 法人全体で初任者研修、リーダー研修、管理者研修等の階層別研修を行っています。施設内の隔月開催の内部研修は各種の委員会が主体的にテーマを定め、OJTを行っています。外部研修は研修修了者の報告書を基に伝達研修を行い、研修の成果を職員間で共有しています。</p> <p>10. 社会福祉士及び介護福祉士合わせて毎年約10名の実習生を受け入れています。受け入れマニュアルを整備し、指導者研修を修了した職員2名を配置しています。地域の小学生の福祉体験学習も受け入れています。</p>		
(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)		<p>11. 産業医でもある理事長が職員の腰痛・心の健康等も含めた健康管理を行っています。職員の介護負担の軽減の為に機械浴槽やリフト浴槽を設置し、就業前に腰痛体操を行っています。</p> <p>12. 産業医と提携し“ストレスチェック”を実施し、共済会のカウンセリングサービスを紹介しています。また、就労規則にハラスメントに関する規定を定め、職員専用の“ご意見箱”を設置し、施設長自らが職員からの要望・不満をくみ取り、私的な相談にも応じています。職員が施設長に私的な悩みも安心して相談でき、苦情も気楽に言える職場環境であることが、職員ヒヤリングで理解できました。職員が職員専用の休憩室で職場から離れて休むことができ、社員旅行や食事会等でリラックスできています。</p>		

(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. 理念・介護方針に基づいて、地域との交流に積極的に取り組んでいます。法人のホームページや施設のパンフレットなどに理念を掲載するとともに、設立の趣旨を尊重し、入所判定会議に地域住民が参画しています。年4回、法人広報誌「山城ぬくもりの里だより」を発行し、地元木津川市民とともに住民役のまちづくりを推進しています。 14. 施設内で毎週開催している“喫茶”で利用者や家族等がくつろがれています。中学校で開催の社会人講話で職員が講師となり「介護とは」をテーマに講演したり、地域のキャラバンメイト会議「認知症サポート講座」に講師を派遣しています。また、地域の数か所で隔月開催の「認知症カフェ」の運営を担い、地域の福祉避難所にもなっています。さらに地域の小学生の福祉体験も受け入れています。		

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)		15. ホームページやパンフレット・広報誌等で詳しく情報を提供しています。見学や問い合わせには、できる限り希望に応じた対応を行い、詳細な記録を残しています。		

(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. 重要事項説明書を基に、利用者には丁寧な説明を心掛けています。成年後見制度を利用している利用者との契約事例がありました。		

(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。	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. 統一したアセスメント様式を使用し、定期的、または必要に応じてアセスメントを実施しています。 18. 利用者や家族等の希望をアセスメントで聞き取り、サービス計画書に反映しています。また、サービス計画書は利用者及び家族等の同意を得ています。 19. 随時、各専門職から聴取した意見をサービス計画書に反映しています。カンファレンスに介護・看護・管理栄養士・機能訓練指導員(PT/OT)介護支援専門員が参加しています。 20. 1か月毎に「行動実施表」で利用者一人ひとりの評価を行い、カンファレンスは6ヶ月に1度の実施を基本とし、利用者の状態変化によっては随時開催し、サービス計画書の見直しを行っています。		

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. 施設内の各専門職と常に意見交換を行っています。近隣の医療機関の地域連携室と連携を図り、入退院調整等を行っています。協力病院の事例発表会や退院前カンファレンス等に参加し、医療機関との情報共有に努めています。		
(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	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. 各種の業務マニュアルを整備し、ケア向上や事故対策・身体拘束・感染褥瘡などの委員会で共通理解を深め、必要に応じて勉強会や実施研修を行っています。 23. 利用者毎に個人記録があり、毎月「行動実施表」でサービスの実施状況を確認しています。個人情報保護の観点から、記録の保管・保存・廃棄などに関する規程を定めていますが、職員に対する教育や研修は行っていません。 24. 各部署毎に申し送りノートを活用し、情報共有を行っています。カンファレンスで話し合い、内容を各ユニット会議で意見を検討しています。 25. 毎月、担当職員が利用者の様子を手紙で家族に知らせています。家族等の意向はカンファレンス当日か面会に来られた時に確認しています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		26. 各種のマニュアルはパソコン内に整備し、見直しも毎年行っています。ノロウイルス発生時の対応については、過去の経験を生かしたシュミレーションで、予防策を講じています。 27. 清掃は外部に委託されていますが、点検表を提出させる等、施設内の衛生管理についての記録が整備されていませんでした。		
(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. マニュアルの作成と定期的な見直しを行っています。月に1回、事故対策委員会で事故報告書やヒヤリハット事例報告の分析・評価を行い、事故対策委員会主催の研修を法人全体で実施しています。 29. 職員が軽微なミスをもヒヤリハット事例として認識し、「事故・ヒヤリ・ハット」報告書に記載し、事故の発生予防に繋げていました。報告が必要と思われる事故については、行政に報告しています。 30. 自然災害も含む「災害マニュアル」を作成しています。年2回、日中・夜間の火災発生を想定した避難訓練を実施し、市が実施する自然災害訓練に参加しています。施設は福祉避難所の指定を受け、3日分を目安にした備蓄物資を同敷地内のグループホームで管理しています。		

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	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)		<p>31. 身体拘束ゼロ推進委員会が「身体拘束ゼロ推進アンケート」を実施し、実態把握と推進の観点から法人内の全事業所の点検パトロールを行っています。</p> <p>32. 「プライバシー保護マニュアル」を策定し、新任研修で利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供を行うことを意識づけています。</p> <p>33. 入所申請時は入所指針に沿って説明しています。1回/3カ月の入所判定会議には、行政・理事長・ケアマネージャー・介護職・医療職等が集まり、利用者の決定を公平・公正に行っています。医療的ケアやターミナルケア、夜間の喀痰吸引等を必要とする人が優先的に利用されています。</p>			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 入所時の面接やカンファレンスで本人・家族の希望や思いを聴き取っています。日常的に利用者や家族が担当職員等に気兼ねせず話して貰えるような雰囲気づくりに努めています。年1回、利用者家族会を開催しています。</p> <p>35. 1年に1回、満足度調査を実施し「山城やすらぎの里だより」で結果を公表しています。調査で明らかになった内容や利用者・家族等の意向を各種の検討会議で分析・評価し、サービス改善に取り組んでいます。</p> <p>36. 当該地域にオンブズマンや介護相談員の派遣等の仕組みはありませんが、施設独自で外部の人材(シルバー人材)4名/週3日を受け入れ、利用者や家族等からの意見や要望を受け止めサービスの改善に取り組んでいます。相談窓口事業所関係者及びそれ以外の第三者及び複数の公的機関を設置し、相談や訴える為の方法を文書で利用者と家族等に周知しています。</p>			
(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)		<p>37. 班長会議で満足度調査の結果を分析・評価し、職員間で共有しています。また、広報誌「山城めぐもりの里だより」で利用者・家族等、地域に理解しやすい様にQ&Aで公開しています。</p> <p>38. サービスの向上を目指した委員会(生活・食事向上委員会)を設置し、班長会議で検討会を持ち、組織の全職員が情報を共有する仕組みになっています。</p> <p>39. 各ユニット会議で理念と介護方針に基づいて、当年度の振り返りと次年度の事業計画について検討を行い、施設内の各部署が発表する場を設けています。定期的に自己評価と第三者評価の受診を行っています。</p>			