

# アドバイス・レポート

平成 30 年 11 月 26 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 30 年 9 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（サテライト特養 ユニティ長谷）様につきましては、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><b>1) 人材育成への取組み</b></p> <p>施設の人材育成への取組みとして、施設独自の 6 項目にわたる介護場面についての「技能検定」を実施されています。検定の方法として、実際の介護の場面で、特に介護の難しい方の介護場面を実際に確認する仕方での評価するという、実践度の高い検定方法となっていました。検定の結果を給与にも反映されており、介護福祉士の資格取得率も高いとのこと、職員の介護技術の向上意欲を高めるとともに、施設全体のケアの質を高める上でも有効な取り組みと思われました。今後更に技術検定の項目の増加や評価の視点を深められ、一層質の高いケアサービスの提供に努められることを期待致します。</p> <p><b>2) 労働環境への配慮</b></p> <p>ショートステイを含めて全部で 4 つのユニットに対し、基準では 2 名の配置で足りる所を、職員の介護負担への配慮から、施設開設当初より 2 労働夜勤者 2 名に加えて 1 労働夜勤者 1 名を配置し、夜勤者が確実に 2 時間の仮眠を取れる体制を採られています。このことにより、夜間の職員への負担が軽減されるだけでなく、看取りの時期や、救急搬送時も余裕をもって対応できるとのこと、施設として職員の労働環境に手厚く配慮されているとともに、夜間帯の施設業務の正常な運営を確保する点で安全管理面の意味も大きく、施設の利用者だけではなく、実際に夜勤業務に携わる職員にとっても大きな安心に繋がっているのではないかと思います。</p> <p><b>3) 地域連携への取組み</b></p> <p>施設は 8 年前に地域密着型の特養として開設されましたが、設立当初は地域的に独居率も低く地域からの受入れが厳しかった所、地域密着型サービスの運営推進会議等を通じて地域との関係性を築き、次第に地域からの入所も増えてきたとのことでした。近年では地域住民や女性会のボランティアの方も参加される秋まつりを開催したり、岩倉の地域包括支援センターが主体となって運営される岩倉資源部会に参加して、広報誌の作成に携わられたり、認知症サポーター養成講座に講師を派遣する等、様々に地域との連携を深められています。近隣の事業所とも様々な連携の機会を持たれ、施設開設後時間をかけて地域の中で特養の果たす役割を確立されてきていることを確認致しました。職員ヒアリングでも、地域との関わりをもっと進めたいとの意向をもたれており、今後地域の介護サービスの拠点としての役割を一層深めていかれることを期待致します。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1) マニュアル類の取扱い</b></p> <p>マニュアル類は各委員会など担当によって作成・管理され、事務所や各ステーションに配置して閲覧可能な状態にされています。マニュアル類の見直しは毎年4月時点で発信して必要があれば見直しをされているとのことでしたが、いくつかのマニュアルで見直しの履歴が確認できませんでした。マニュアル類に変更があった際には、その事実だけでなく、変更箇所や変更理由等も職員間で共有する必要があると考えられます。また、各種マニュアルは、マニュアル毎にクリアファイルのポケットに入れてファイリングされていましたが、日常的にケアの現場で適時に標準手順を確認する形でマニュアルを活用するには、ファイリングの仕方を工夫する必要があると思われました。</p> <p><b>2) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>利用者の第三者への相談機会として、公的機関や法人の第三者委員の氏名や連絡先は大きく掲示されていますが、介護相談員等はまだ導入された実績が無いとのことで、利用者が施設や法人外の第三者に要望等を相談できる機会の確保は今後の課題となっていました。利用者が施設で生活される中で、施設の関係者には直接伝えるにくい様々な苦情や要望を施設の関係者を介さずに聴き取り、客観的な立場で施設に対する意見を頂くことができる第三者を確保することは、施設のサービスの質を向上させ、利用者の生活の質を高める上でも重要と考えられます。</p> <p><b>3) 自己評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>法人の事業計画の策定、及び各部署の年間目標を設定し、年度末に振り返りを行われていますが、一定の評価基準を用いた年一回以上の事業自体の自己評価は実施されていませんでした。また、第三者評価も前回受診から5年経過しての受診となっていました。事業者が実施する事業を定期的に振り返り、サービスの質の向上に繋げるためには、年度単位で事業所が課題設定して策定する事業計画等とは別に、一定の客観的な評価基準を用いて定期的に自己評価を繰り返して実施することが必要と考えられます。また、第三者評価等、第三者の客観的な視点からの評価を、一定期間を置いて継続して受けることも、自己評価とは違った視点や展望を得る上で重要な機会であると考えられます。</p>
---------------------------	--

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) マニュアル類の取扱い</b></p> <p>毎年マニュアルの見直しを行われた際には、変更の有無にかかわらず、見直しの日付を履歴として残しておかれるといいのではないのでしょうか。その上で、内容的に変更があった場合には変更部分と変更理由等を一覧にして、会議や勉強会等で確認する等、職員で変更内容を共有できる機会を持たれてはいかがでしょうか。そうすることによって、職員が新しい情報や、ケアの手順をよりの確に理解することができ、生きたマニュアルとして活用することが期待できると思われまます。また、実際にケアの現場でマニュアル類が活用されるためには、マニュアル毎に、見開きで閲覧できる形でのファイリングの仕方に変更されることが望まれます。</p> <p><b>2) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>施設又は法人で、定期的に施設を訪問して利用者と顔なじみの関係を築いた上で、利用者の生の声を聴き取って頂ける第三者の確保を検討されてはいかがでしょうか。これまで、京都市の介護相談員を導入された実績が無いとのことでしたので、まず介護相談員の導入に応募されてはいかがでしょうか。あるいは、公的な介護相談員の導入が困難であれば、地域の代表者や、学識経験者、職能団体からの紹介など、特別養護老人ホームに理解のある方等に依頼して、個人情報保護等基本的な約束を取り交わした上で、施設や法人で独自に直接利用者の声を聴き取って頂ける第三者を確保することも検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 自己評価と課題の明確化</b></p> <p>運営管理面では、京都府の第三者評価の共通評価項目や第三者評価の全国共通版の評価基準、事業別のサービス内容の評価では第三者評価の内容評価の評価基準として公開されている全国版の基準、その他何らかの事業自体を評価する評価基準を用いて、年一回程度、同じ基準を用いて事業自体の自己評価を繰り返して行かれれば、年を追って事業所の課題の達成状況や事業としての到達点を確認することができ、段階的にサービスの質の向上に繋げていく事が期待できるのではないのでしょうか。加えて、第三者の客観的な立場からの意見を得て事業を振り返る機会を定期的にする意味で、3年に一回程度の第三者評価の受診が推奨されています。</p> <p><b>【その他のアドバイス】</b></p> <p>今回の第三者評価で頂いた利用者・家族のアンケート結果では、施設サービスに対する満足度が高く、サービスの質の向上に取り組まれてきた施設の努力が窺えました。その一方で、一部の職員の利用者、特に認知症の方への言葉かけが厳しい、職員の笑顔が少ない、等の意見も頂きました。職員確保が難しい現状の中ですが、ご家族からの率直な意見として受け止めて頂き、今後一層職員処遇の充実と、質の高いサービスの提供に繋げて頂ければと思います。</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	2690600073
事業所名	サテライト特養 ユニティ長谷
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
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、介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	2018年10月17日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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。	B	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1)「共に暮らし 共に生きる」という施設理念に基づき、できるだけ利用者の意向を確認し、利用者の立場に立ったサービスの提供に努められています。2)職位に応じた職務分掌を定め、施設内ではユニット会議、リーダー会議、運営会議により、組織的な意思決定を行われています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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)家族アンケートを実施し、事業計画にも反映されていますが、明確な中長期計画は策定されていませんでした。4)年度当初に各部署より課題と年間目標を提出し、年度末に運営会議で評価を行なわれています。半期毎の中間評価にも取り組まれていますか。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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)事業運営上必要な法令等は、事務所内に資料を閲覧可能な形で整備し、関連法令等の改正時には全体会議で説明されています。6)管理者の役割や責任は運営規程等に文書化されています。年一回個人目標に基づく個人面談を実施し、業務や施設に対する意見等を聴き取られています。7)緊急時及び災害時の連絡網を整備し、緊急時には携帯電話で施設長に連絡を取れる体制を整えられています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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。	C	B
		(評価機関コメント)		8) 介護技術の向上のため独自の技能検定を実施されています。資格取得支援として試験日等は勤務調整し休みを優先して取ることができるよう配慮されていました。今後は更に受験日等への独自休暇の導入や資格取得の費用補助等を検討されてはいかがでしょうか。9) 年度末に次年度の研修計画を作成し、各種研修に取り組み、リーダーを中心に新人育成のOJTも行われていました。10) 介護福祉士の実習指導者講習修了の職員は配置されていましたが、実習生の受け入れ実績がないとのことでマニュアル等は作成されていませんでした。将来的な実習受け入れに備えて、受け入れの基本姿勢や受け入れ窓口や手順を明記したマニュアル等を作成されてはいかがでしょうか。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		11) 夜勤職員の負担軽減のために、夜勤職員を一名加配し、確実に休憩を取れる体制を整えられ、看取りや救急搬送の際にも余裕のある体制を取られています。12) 地域密着型施設の限られた施設空間の中で、簡易ベッドの活用など、休憩の取れる設備・空間を工夫されていましたが、実際の夜勤ではフロアのソファ等共有スペースも仮眠に使用されているとのことで、業務を離れて休息できる環境の確保という点で今後の課題となっていました。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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) 毎年地域住民や女性会のボランティアが参加される秋祭りを開催して地域交流を図り、また岩倉地域の地域資源部会に参加し、地域包括支援センターの取組み等に職員が参加されています。14) 認知症サポーター養成講座に講師を派遣したり、認知症カフェ等にも職員が参加されています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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で事業所の情報を提供し、分かりやすいものとなるよう見直しをされています。ホームページのトップにはお知らせが表示される仕組みとし、イベント情報など施設の情報を提供しやすい工夫をされています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		16) 契約時に重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金、保険外サービスについて説明し、同意を得られています。また成年後見制度や権利擁護事業については実績がないとのことでしたが、パンフレットを施設玄関に常備して必要時に適切に関係機関へ繋ぐことができる体制を取られています。		

(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)ケアプラン作成手順に則り、6カ月毎にアセスメントを実施し、ケアプランに反映されています。また全利用者に一日の生活状況を把握する「24時間シート」を作成してきめ細やかなケアを実践されています。18)個別援助計画作成時には利用者・家族の意向を確認して同意を得られています。サービス担当者会議への家族の参加の確認が行われていますが、参加率がまだ低いとのことで、家族の都合に合わせて会議の開催日時を調整するなど工夫が必要と思われました。19)6カ月毎に開催される担当者会議には各専門職が出席し、意見を集約してケアプランに反映されています。20)ケアプラン作成手順に則り、心身状態変化時や介護認定の更新・区分変更時の他は、原則6カ月毎に計画を見直しをし、また3カ月ごとにモニタリング実施・記録し状況を把握して対応されています。		

(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)医師、看護師、理学療法士等の専門職とはカンファレンスや日常の情報共有により連携を図られています。また地域の相談員連絡会や事業所連絡会、地域ケア会議に参加し、関係機関等との連携強化に取り組み、さらに地域資源を発信する役割を担う「岩倉資源部会」に参画して地域住民への資源の周知に取り組まれています。		

(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	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	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)各種マニュアルを整備し、委員会など担当分野ごとに年1回見直し・更新しておられるとのことでしたが、見直した記録が確認できませんでした。また、各マニュアル毎に一枚のクリアポケットに入れてファイルされていましたが、現場で活用するためにはマニュアル毎に見開きで見ることができているファイリングが望まれます。23)利用者に関わる情報はパソコンシステムにより、スタッフ個人のIDで適切に記録・管理されています。個人情報保護など記録に関する研修を計画的に実施されています。記録の持ち出しについて明記された規程等は整備されていませんでした。24)出退勤時の引き継ぎ、及び利用者情報と業務連絡用の2種類の申し送り簿を活用して情報共有されています。また6カ月毎のカンファレンスや毎月のユニット会議で利用者情報を共有されています。家族には入所時に月1回以上の面会を依頼し、カンファレンスへの参加も促されています。		

(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、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	B
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)感染予防委員会主導で感染流行時期に合わせて研修の実施や感染症に関する最新情報を発信されています。感染防止マニュアルを整備し年1回の見直しを実施されているとの事でしたが、見直した記録が確認できませんでした。27)3S活動（整理・整頓・清潔）を掲げて清潔で安全な環境の維持に努められ、またトイレ内にオゾン脱臭機を整備する等臭気対策も徹底されていました。清掃は居室、共有部分とも外部業者に委託し点検表で確認されています。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		28) 事故対応時マニュアルを整備し、事故や急変時対応等、個別の具体的な事故を想定した実践的な訓練を実施されています。29) 事故・ヒヤリハット報告書を作成・報告し、対応策を検討されています。また毎月の事故防止管理委員会で、一定期間の状況を定量化して原因分析し業務やケアに反映されています。30) 防災マニュアルを整備し年2回防災・災害訓練を実施されています。防災訓練には必ず地域の消防団が立会いされたり、地域の防災訓練に参加されるなど、地域との連携を意識した取り組みをされていましたが、マニュアルに地域との連携に関する項目は盛り込まれていませんでした。		

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

#### 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。	B	A		
(評価機関コメント)		31) 虐待などに繋がる要因となる怒りの感情をコントロールするアンガーマネジメントの研修や人権・尊厳を含めた接遇マナー研修を年間研修計画に位置付けて実施し、高齢者の尊厳保持に取り組まれています。32) プライバシー保護も年間研修計画に位置付けて実施し、排泄介助等個室内のケアを徹底されています。33) 医師も参加される多職種による入所判定会議により公正に入所者を決定し、受入れ困難な利用申込には担当ケアマネジャーを通じて対応されています。				
(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。	B	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。	B	B		
(評価機関コメント)		34) 苦情等の受付に加え、苦情に至るまでに対処するための「苦情ヒヤリハット報告」の仕組みを活用してサービス改善に取り組まれています。ユニットで随時利用者の意向を聴き取り、記録に残して対応されています。35) 意見・要望・苦情等を苦情処理委員会で検討し、内容や改善状況については、運営推進会議で報告・協議し、議事録を含めて掲示板に貼りだし公開されています。36) 第三者の相談窓口は、公的機関や第三者委員の連絡先・氏名は掲示されていますが、利用者が外部の介護相談員等に相談できる機会は確保されていませんでした。				
(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。	B	B		
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。	C	C		
(評価機関コメント)		37) 年1回利用者アンケートを実施し、結果を苦情処理委員会やリーダー会議、運営会議で検討して掲示板で公開されています。38) 各種委員会、会議でサービスの質の向上に向けた具体的な検討を行いサービスに反映されています。また、相談員連絡会や事業所連絡会、地域ケア会議等参加して様々な情報を収集されましたが、特に介護サービスの面で他事業所の取り組みとの比較等不十分とのことでした。39) 第三者評価事業の前回受診は平成25年で、定期的な評価の受診が望まれます。また、定期的なサービスの自己評価の実施も課題と考えられます。				