

## アドバイス・レポート

平成 29 年 3 月 8 日

平成 28 年 12 月 9 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 綾部はなみずき 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>(通番5 法令遵守の取り組み)</b> 管理者は法令順守等の研修に参加して、職員に対し随時研修等を実施しています。参加できない職員に対しては動画で見られるようにしています。法令等についてはファイリングし、事業所内の介護図書室に設置され、いつでも閲覧できるようになっています。</p> <p><b>(通番12 ストレス管理)</b> 協力医療機関の産業医によるカウンセリング等が行える体制を整えていました。また、互助会を組織して、職員のストレス解消への取り組みがされてきました。休憩室・宿直室や食堂が確保されており、休息が取れる環境となっています。</p> <p><b>(通番17～20 個別状況に応じた計画策定)</b> 入所前面接では独自のアセスメント用紙を使用して情報収集しており、暫定プランを作成後入所1カ月で作成していました。また、各専門職（看護師・介護支援専門員・機能訓練指導員・生活相談員・介護職）が参加する担当者会議を経て、本プランを立て、利用者、家族の同意を得ていました。また、入院時には退院前カンファレンスに参加し、退院時には新プランで担当者会議を行い、利用者・家族の同意を得ていました。毎月ADL、日常行動モニタリング表にてモニタリングを行っており、6か月でケアプランの見直しを行っていました。</p> <p><b>(通番34 意見・要望・苦情の受付)</b> 利用者の意見要望などを聞くため利用者満足度アンケートや月1回の利用者懇談会を行い、その内容について組織運営力向上会議で検討されていました。また、その結果は事業所内に掲示して公開されていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>特にありませんでした。</p>

## 具体的なアドバイス

特別養護老人ホーム綾部はなみずきは、綾部市と福知山市をつなぐ幹線道路に面し、三方を桜並木と「はなみずき」の街路樹に囲まれた、自然に恵まれた環境にあります。

平成24年4月、社会福祉法人京都眞生福祉会の拠点の一つとして開設されて以降、事業所理念として”人と人との「絆」を大切にし、心ある豊かな暮らしの実現を目指します”を理念に綾部市における高齢者福祉の一端を担ってこられました。

平成26年には新館を増築し、ユニット型の特別養護老人ホームとして定員180名、ショートステイ20名の受け入れを行っています。

事業所の組織運営については、意思決定の方法が明確に定められるとともに、利用者満足度調査や職員の意見について各種会議・委員会を通じて反映される仕組みが構築されていました。人材育成に力を入れておられ、階層別研修のほかにOJT研修、事例検討会、実践研究などきめ細かいプログラムが実施されていました。また、研修に参加できなかった職員のために動画で見られるようにしたり、介護図書室が設置されていました。

職員が働きやすい環境づくりにも積極的に取り組んでおられ、職員用の食堂や子育て支援として事業所内に保育所を設置されていました。利用者にとっても子どもとの交流は非常に楽しみにされていてよい効果があるとのことでした。

個別支援計画の策定にあたっては、独自のアセスメント様式を活用して、各専門職が参加して多職種（介護支援専門員、機能訓練指導員、看護師、介護職員など）で検討され、一人ひとりに合わせたきめ細かな支援が日々の中で行われています。

今後ますます、利用者が笑顔でいられるようにさらに質の向上に取り組むとともに、地域の拠点として事業展開されていかれることを期待いたします。

今回の評価においてすべてA評価とさせていただきましたが、あえて今後に向けてアドバイスとして以下に記載します。

- ・地域交流について、交流スペースにて地域の方々が参加できる行事（文化祭など）を開催したり、自治会とのつながりを作っておられますが、行事以外にも日常的にパンフレットや広報紙を活用して全戸配布を行うなどさらに交流を深める取り組みをされてはいかがでしょうか。

- ・各種マニュアルの見直しについてそれぞれのマニュアルに記載されていましたが、一覧表を作成して管理されてはいかがでしょうか。

- ・サービスの質の向上のため、定期的に第三者評価を受診するとともに接遇力などの自己評価を行っていますが、サービスの内容を項目に含んだ自己評価基準を作成されてはいかがでしょうか。

※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	2671800221
事業所名	特別養護老人ホーム 綾部はなみずき
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
訪問調査実施日	2016年12月22日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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。	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)法人理念及び事業所理念を定め、全職員が参加する年度初めの職員会議や、家族会で周知している。広報紙、ホームページに記載され、施設内にも掲示されていた。また、朝礼、夕礼、各会議において唱和を行っている。 2)職務権限について管理規程に明記されていた。理事会・評議員会、運営中枢会議、組織運営力向上会議、ユニット会議等の階層別の会議を実施し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。		
<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。	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)中長期計画が策定されており、利用者満足度調査や職員からの意見を集約して事業所の事業計画が策定されている。 4)各部署、委員会単位で課題を設定するとともに年度途中の見直しを行っている。		
<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。	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)管理者は法令順守等の研修に参加し、職員に対して随時研修等を実施している。参加できない職員に対して動画で見られるようにしている。法令等についてはファイリングし、事業所内の介護図書室に設置され、いつでも閲覧できるようになっている。 6)就業規則において施設長の役割と責任について明文化されている。賞与支給時にあわせ面談を行っている。施設運営中枢会議に参加して意見を述べている。職場活性化アンケートを行い管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認している。 7)日々の状況については日誌や報告書などにより把握している。施設長は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあり、必要に応じて適切な指示を出せるようになっている。夜勤時の緊急時マニュアル等が整備されている。		

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。	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)		8) 中期計画や求める人材像に必要な人材に関する基本的な考え方が明文化されている。また、入職後に介護福祉士等資格取得を推奨しており、費用の負担や手当、内部講習会など支援体制を整えていた。非常勤から正規職員への登用の道もある。 9) 体系的に年間研修計画が策定されている。新人教育プログラムや役職に応じた階層別研修と合わせ、OJT研修、事例検討会、実践研究などきめ細かいプログラムが実施されている。研修会の内容は動画に収めネットワークを通じて閲覧できるようにしている。外部の研修案内は職員通用口に都度掲示し、参加を促している。 10) 実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れ窓口を設置していた。実習指導者に対する研修も実施されている。		
<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) 有給取得や時間外労働のデータ把握を行い、給与明細に残日数を記載するなど取得を促している。育児休業・介護休業法に基づく規程が整備されるとともに法人内に保育所も設置されている。職員の負担軽減についてはエアマットや移乗用ボードの活用や制服のクリーニングの無償サービスを行っている。 12) 協力医療機関の産業医によるカウンセリング等が行える体制を整えていた。また、互助会を組織して、職員のストレス解消への取り組みがされていた。休憩室・宿直室や食堂が確保されており、休息が取れる環境となっている。		
<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、利用者や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) 地元の自治会から社会資源マップをもらい、事業所内に掲示している。文化祭を開催し、地域に広報するとともに地域の方々との交流を行っている。踊りなどのボランティア受け入れも行っている。 14) 綾部市地域包括主催の地域向け家族教室の講師として、おむつの当て方や食事作りの講師として地域に貢献している。また、地域交流スペースを地域のクラブ活動に無料で貸し出している。		

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) パンフレットを居宅支援事業所などに置いている。ホームページには、見学、問い合わせについて記載しており、分かりやすく情報を提供している。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		16) 入所前契約において、重要事項説明書にて料金等の説明を行っている。成年後見制度利用者は数名確認できた。		

(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)～20)入所前面接では独自のアセスメント用紙を使用して情報収集しており、暫定プランを作成後入所1カ月で、各専門職(看護師・介護支援専門員・機能訓練指導員・生活相談員・介護職)が参加する担当者会議を経て、本プランを立て、利用者、家族の同意を得ている。また、入院時には退院前カンファレンスに参加し、退院時には新プランで担当者会議を行い、利用者・家族の同意を得ている。毎月ADL、日常行動モニタリング表にてモニタリングを行っており、6か月でケアプランの見直しを行っている。		
(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)施設医の回診時に都度、状態の変化を報告し医師からの指示は専用ファイルで行っている。退院時にも必ず3～4日前には各専門職による退院前カンファレンスに出席する等の連携が図られている。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)「介護業務マニュアル」「認知症対応マニュアル」等が整備され見直し表により、年1回以上見直しがされている。図解やフローチャートを多用し活用しやすい工夫している。 23)介護記録は日勤帯、夜勤帯それぞれ1記録以上を徹底されており、「施設介護経過」にてプランに基づくケアがされているか毎月モニタリングを行っている。「文書等管理規程」「個人情報保護のためのマニュアル」にて記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程が定められていた。 24)多職種による朝夕礼を毎日行っており、その内容はユニットノートにて伝達が行われている。また、利用者のケアカンファレンスもユニットごとに定期的に行っている。 25)2か月に1回以上日常の様子等を電話もしくは手紙で報告している。3か月に1回広報紙を送付している。面会に来られた際には受付で介護支援専門員と会い、要望などを聞く機会を設けている。		
(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	A
(評価機関コメント)		26)「感染対策のためのマニュアル」の他二次感染の予防のための「隔離マニュアル」まで整備している。マニュアルの見直し、研修は感染対策衛生管理委員会が中心になって行っている。 27)施設は広くて、物品整理のための倉庫が各所に配置され、ゆとりある倉庫内はきちんと整理整頓されていた。ゴミや汚物処理のための設備も完備され衛生的かつ効率的である。		

(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) 事故防止や緊急時マニュアルが整備されている。緊急時対応やリフト車両の取り扱いなどの研修をしている。 29) 事故報告書を作成し、1か月をめぐりに事故後の対策を書面にて評価している。事故やヒヤリハット事例はリスクマネジメント委員会で検討がなされ、必要に応じてマニュアルを見直している。 30) 災害発生時の対応マニュアルが策定されている。避難訓練については夜間想定訓練は月1回程度、大規模訓練は年4回行われている。また、自衛消防隊もある、地元自治会と協力体制にあり書面にて協力体制を確認している。		

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)		31) 人権尊重は新人研修プログラムに位置付けられるとともに、経験年数に応じたチェックリストがある。虐待が起こっていないか確認する書式も活用している。 32) プライバシー保護については年間研修計画で行われ、グループワークで職員間意見交換している。「利用者の気持ちになって」をモットーに支援を行っている。 33) 入所判定委員会を設置して多角的に判断して決定している。		
(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) 利用者の意見・要望などを聞くため、利用者満足度アンケートや月1回の利用者懇談会を行い、内容について組織運営力向上会議で検討されている。また、その結果は掲示して公開されている。 35) 「苦情はサービスの宝」という精神で相談苦情報告書に記録し、処理プロセスも明記して活用されている。 36) 相談窓口については契約書に記載され、契約時に説明している。介護相談員を定期的に受け入れ相談機会の確保に努めている。		
(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) 利用者満足度調査が行われ、結果を集計、掲示して公表、改善策については家族あてに送付したり、施設内に掲示している。意見箱の内容や対応についても掲示している。 38) 全部門から参加の代表者によって組織運営力向上会議が開催され、その内容が運営中枢会議にあげられ検討されるシステムになっている。同一法人の事業所見学・交流を定期的に行っている。 39) 第三者評価は3年ごとに受診している。独自に定めた自己評価を行い改善をする仕組みが構築されている。		