

## アドバイス・レポート

平成29年 2月23日

平成28年 6月19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 丹の国荘 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9) 継続的な研修・OJTの実施</b> 職員階層別（A級は主任・B級はリーダー・C級は介護職員）の「階層別人材育成計画」が策定され、それに基づく研修が体系的に定められていました。積極的に外部研修に行き、研修後は全職員に回覧・伝達するしくみとなっています。また法人内で職員が企画する「レベルアップ研修」を毎月1回は実施されており、職員の能力に合わせて1対1で指導し、職員育成に力を注いでいる施設として高く評価できます。</p> <p><b>通番20) 個別援助計画の見直し</b> アセスメントから個別援助計画策定において、サービス担当者会議にも利用者や家族になるべく出席してもらい意見を尊重し、担当医や看護師・栄養士等の出席や意見照会等により、定期的また必要に応じてのケアマネジメントサイクルが的確に実施されています。また自主点検表の基準をもとに3か月毎にモニタリングも実施されています。</p> <p><b>通番30) 災害発生時の対応</b> 年3回（昼間の火災、夜間の火災、地震の想定）の避難訓練が実施されています。地震を想定した炊き出しの訓練も実施されています。職員の中には消防団員も数人いることもあり、地域の避難援助活動にも積極的に参加されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>通番1) 理念の周知と実践</b> ホームページには「倫理綱領」を掲載されていますが、施設内には、その「倫理綱領」が法人の理念として掲示してありました。全体職員会議で倫理綱領や運営方針について理事長より話もされ、利用者や家族については運営規定、重要事項説明書にて契約時に伝えられています。事業計画書にも「倫理綱領」が記載されています。但し「倫理綱領」と「理念」の明示と扱いについて、第三者からすれば不明確で解りづらいものになっています。</p> <p><b>通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 利用者個々の記録については紙ベースでファイルにて整理され保存されていました。「特定個人情報等取扱い規定」がありましたが、その中には文書管理における「廃棄」等、規定として策定されていませんでした。</p> <p><b>通番39) 評価の実施と課題の明確化</b> 各委員会が計画に基づく実施の評価を行い、3年に一度、第三者評価を受審されています。評価を組織的に行う仕組みはあるのですが、明確になった課題については、次年度の事業計画に反映させるしくみにはなっていませんでした。</p>

## 具体的なアドバイス

特別養護老人ホーム 丹の国荘は、綾部市の中でも北部に位置し、田園風景や山林広がる緑に包まれた施設です。広々とした土地の中で平屋建ての施設であり、施設内も天井には明かり窓や大きな窓のあるゆったりした明るい造りになっています。

施設内は整理整頓されて無駄なものが目に映らず、中庭もあって、気持ちよく過ごせる暮らしの場となっています。職員も利用者も地域で暮らす方々であり、地域の中の施設を大事にされ、郷土愛に満ちた施設と言えます。

今回の第三者評価における具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・「倫理綱領」は、法人としての職員に倫理的法令の遵守の方針を与えるための綱領で行動指針に近い表現になっております。「理念」とする場合には、法人の「倫理綱領」とは別に、施設独自で「理念」を明確化されると、職員や利用者・家族、また第三者にも施設が目指す目標を具現化できてわかりやすくなるのではないのでしょうか。

- ・前回の第三者評価と比較すると、施設長が若い職員を育成しつつ、それぞれのポジションに責任を持たせて、評価内容の改善が図られてきた状況が伺えます。

研修でも階層別研修の他に職員が自ら企画した「レベルアップ研修」を毎月1回は実施されるなどは、高く評価できます。

傍ら、改善ができていない部分では、施設の工夫ではなく法人としてどうするかを考える点もあります。例えば、「特定個人情報等取扱い規定」は改定されておらず、持ち出しや廃棄の規定が記載されていませんでした。法人で見直すのが難しい場合は、施設としての簡易版の規定を策定されてはどうでしょうか。今後ますますデータ管理が増えることも想定されますので、時代や状況の変化に合わせて、直ぐに見直しができる体制が望ましいです。

- ・意見・要望・苦情への対応とサービス改善では、意見箱から収集した要望等を施設内に個人情報配慮しながら公開されてきました。しかし新しいのは1枚でした。

毎月「嗜好調査」をされているのはこの施設の大きな特徴と言えます。栄養課会議で検討し、選択メニューでの食事内容は入所されている皆さまも喜んでおられました。食事風景も皆が画一化された雰囲気ではなく自由に食事され、会話を楽しみながら自ずと食欲も増し、与えられた食事というより積極的に味わっておられるのが印象的でした。

さらに嗜好調査以外の支援内容についての利用者・家族の満足度調査を行われてはいかがでしょうか。

- ・第三者評価を受診され、改善されていることもあるのですが、次年度の事業計画には反映されていませんでした。

サービスの内容について、食事以外においても委員会で課題を明確化し、その課題に対して定期的な評価を実施されるPDCAサイクルの体制を取られることが望まれます。

職員の前向きな姿勢を今後を活かし、一層のサービスの質の向上に取り組まれることを期待致します。

※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	2671800072
事業所名	特別養護老人ホーム 丹の国荘
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(介護予防) 訪問介護(介護予防)
訪問調査実施日	2017/1/11
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	B	
	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.) 人の倫理綱領を理念として、施設内に掲示している。ホームページには倫理綱領を載せている。全体職員会議で倫理綱領や運営方針について、理事長より話をしている。利用者や家族については運営規定、重要事項説明書にて契約時に伝えている。但し、倫理綱領と理念の明示と扱いについて不明確である。 2) 組織上の意思決定と権限については組織図と「事業方針決定体制表」にて明記している。			
<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	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策定されているが、達成時期を明確にした中長期計画は策定されていない。 4) 事業計画内に各課に設置した各委員会の計画を策定している。半期に一度、各委員会のまとめを行ない、達成状況の振り返しをしている。			
<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	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)		5) 事業計画に法令遵守についての方針を策定している。京都府老人福祉協会に加入し情報を得ている。法令のリスト化がされていない。 6) 組織図と事業方針決定体制表にて職員の役割と責任を明確にしている。管理者が自らの行動について職員から信頼を得ているかどうかを評価する仕組みはない。 7) 緊急時には管理者が連絡取れるよう携帯電話を所持している。組織図によって緊急連絡網が作られている。			

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)無資格者の採用も行っているが、資格取得の支援として資格手当を支給している。研修受講に関する勤務配慮を行っている。 9)職員階層別の「階層別人材育成計画」を策定し、それに基づく研修を受講させている。復命書を義務付け回覧している。法人内で職員企画の「レベルアップ研修」を実施している。 10)マニュアルが整備され、実習受け入れの目的も明記されている。介護福祉士養成実習施設指導者特別研修会に職員が参加している。		
<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	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)		11)有給取得と時間外労働については事務にて管理している。介護休暇、育児休暇は適切に取得している。リフト浴を整備している。 12)ストレス管理については、産業医に相談できるようになっており、互助会も設置されている。スタッフが横になって休息できる場所を設置している。		
<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)広報誌を地域で回覧したり、近隣地域に配布している。週に一度、傾聴や音楽のボランティアを受け入れている。 14)施設としては介護教室の開催や法人としては地域交流会の開催を実施している。		

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)ホームページを開設している。内容については写真を多用し、わかりやすくしている。施設見学は柔軟に対応している。		
<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、利用者にわ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)重要事項説明書に明記している。成年後見人制度を活用した実績がある。		

(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)		17)所定の様式に基づきアセスメントを行っている。利用者が望む生活を聞き取り、医療情報提供書を取り寄せて半年毎にアセスメントを行っている。 18)アセスメントを元に利用者の希望を尊重した個別援助計画を作成している。サービス担当者会議に原則本人、家族に参加して頂き、同意を得て署名捺印してもらっている。 19)サービス担当者会議は、介護支援専門員の他、看護師、栄養士等の専門職も参加の上、実施されている。 20)3か月毎にモニタリングを実施している。自主点検表の基準に基づき随時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)		21)利用者の退院時に医療情報提供書により利用者個々の医療情報を把握している。入院時や他施設入所時にも情報提供書や療養・看護サマリーにより情報提供し、逆の場合には同様の書面を提供してもらえるよう協力を求めている。		
(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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)標準的な業務マニュアルは策定されている。他に感染症や職員の個々の勤務に合わせた手順が示されたマニュアルも作成されている。 23)利用者個々の記録については紙ベースでファイルにて保存されている。文書の廃棄等に関する文書管理等が策定されていない。 24)サービス担当者会議録や利用前状況調査は職員がいつでも確認できるようにしている。療養記録と全体申し送りノートを活用して利用者情報の共有と業務情報交換を行っている。 25)毎月の利用料支払時に半数の家族が来所し、その際に普段の様子などを伝えている。その他に利用者の受診後や面会時に担当から情報を伝えている。		
(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、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、効率の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)感染症のマニュアルが整備され、見直しもしている。職員研修が実施されており、参加できなかった職員はDVDにて受講している。 27)個室の換気、空気清浄機、オゾン脱臭機を随所に設置している。強酸性水を使用し、感染症予防を行っている。清掃は職員が毎日行っており、施設内は整理整頓されている。		

(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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) 緊急時の対応マニュアルが具体的に図式化されて策定され、指揮命令系統表も作成されている。AEDの訓練を消防にて実施している。 29) レベルに合わせた3種類(白・黄色・赤)の「事故等報告書」を作成し、朝礼にて報告をしている。事故の状況、対応、経過等記載している。レベル3(赤)の事故発生時は家族や京都府へ迅速に報告している。事故防止委員会にて内容の分析を行い、月一度の研修発表会にて分析結果を報告している。 30) 年3回(昼間の火災、夜間の火災、地震の想定)の避難訓練を実施している。地震を想定した炊き出しの訓練を実施している。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
(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) 高齢者の人権や虐待に特化した研修に職員を参加させている。倫理綱領に人権について明文化されており、委員会内にて尊厳の保持について職員各自が自覚を持って介護にあたっているかの再確認を行っている。 32) 業務マニュアルにプライバシー保護に関する項目を具体的に記載している。OJTを中心に職員の意識の向上を目指している。 33) 入所判定委員会を設置して公平公正に行っている。			
(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) ご意見箱を設置し、無記名で要望や希望をうかがっている。綾部市より年に一度介護相談員の派遣があり、その話の内容を支援に反映している。モニタリング時に相談員が聞き取りをしている。 35) 利用者、家族からの意見・要望・苦情については迅速に対応している。個人情報に配慮しながら苦情内容を施設内に掲示して公開している。 36) 利用者や家族には第三者または公的機関等の相談窓口の詳細を契約時に重要事項説明書に記載したうえで説明している。事業所内の見やすい所にも掲示している。綾部市の介護相談員を受け入れている。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		37) 年に一度嗜好調査等を実施し、利用者の満足度の把握に努めている。 38) 月一回運営会議を開催し、介護支援の検討やサービスの質の向上について話し合いを行っている。同法人内の他事業の比較と他法人の情報を収集している。 39) 各委員会が計画に基づく実施の評価を行い、3年に一度、第三者評価を受審している。しかし明確になった課題について、次年度の事業計画に反映させるしくみになっていない。			