

アドバイス・レポート

平成29年1月4日

平成28年10月20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和順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>通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長と各職員とのコミュニケーションがしっかりとれており、良好な関係が保たれています。各職員へのヒアリングにおいても施設長への相談等がしやすい事を確認でき、高く評価できます。</p> <p>通番11 労働環境への配慮 法人として、ワーク・ライフ・バランス推進企業認証を取得しています。職員は育休制度を活用し、それに見合う勤務体系を構築するなど、やりがいのある職場が構築されています。</p> <p>通番24 職員間の情報共有 入所者の情報管理はIT化され、職員がケアの情報をパソコンで入力する他、携帯用の情報端末も駆使して現場でタイムリーに各情報を入力し、迅速な情報管理・共有ができています。個別援助計画見直しの際に定期的または必要時にモニタリング結果を集約する仕組みがありました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番9 継続的な研修・OJTの実施 研修プログラムは、確認できましたが、年間計画通りに実施されておらず、実施できていない研修がありました。</p> <p>通番22 業務マニュアルの作成 通番30 災害発生時の対応 前回の第三者評価において、具体的なアドバイスとしてあがっていたマニュアル作成が未達成であり、その他の業務マニュアルも改訂、見直しが行われていませんでした。</p> <p>通番29 事故の再発防止等 ヒヤリ・ハット、事故報告書は、書式が整えられており、詳細に作成されてはいますが、発生状況、場所、時間などの分析及びその後の改善への取り組みに対するPDCAサイクルの検証が行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>事務長不在の中で施設長が数多くの重要な職務を担い、現場の夜勤もこなすのは、一面ではとても評価できますが、他方では過剰な業務量となっています。早急に事務長を配置し、施設長の適正な業務量の見直しを行い、事務長への権限の移譲を行うことが急務と思われるので改善されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番9 継続的な研修・OJTの実施 立案された年間の研修プログラムの実施状況を把握し、評価、改善できるよう研修委員会で検討する仕組みを構築されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番22 業務マニュアルの作成 通番30 災害発生時の対応 各業務マニュアルや災害発生時の対応マニュアル等は、業務の根幹となるものです。マニュアルの早急な充実が求められますので作成をされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番29 事故の再発防止等 ヒヤリ・ハット、事故においては、発生した原因と再発防止策（P）を立案することは、とても重要ですが、その後、実行した（D）の再発防止対策が有効なものになっているか、再発していないかなどチェック（C）を行い、継続的に改善・見直し（A）がいるかなど検証する場を設けるなど工夫されてはいかがでしょうか。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2670100508
事業所名	特別養護老人ホーム 和順の里
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
訪問調査実施日	平成 28 年 11 月 17 日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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)		玄関横の掲示ボードに理念、重要事項説明書等が掲示されています。 各フロアからの案件ごとに提案を施設長が取りまとめて、事業計画を作成し、理事会で承認を得ています。各会議も定期的開催されています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		法人の現状の組織体制等の課題、問題点が抽出されていません。 事業計画は策定されていますが、達成状況の評価・その見直しが行われていません。		
(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。	B	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。	B	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)		法令のリスト化ができていません。 施設長は重要な会議に参加し、施設内を巡回して業務が滞りなく進行しているかを確認し、職員と意思疎通を図っています。		

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
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。	B	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	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		平成 28 年度事業計画に「職員の安定確保への努力」「人事・労務管理について」が盛り込まれており、方針が確立されています。また、施設長が講師となり介護支援専門員・社会福祉士・介護福祉士の対策講座を実施。職員が受けやすい時間を考慮するなど工夫を行っていた年間の研修プログラムにおいては、立案はされていますが計画的に実施されていません。実習においては、施設長と他 2 名おられます実習指導者向けの研修は実施されていません。		
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		有給休暇や超過勤務について、事務にて管理されており、施設長が把握する仕組みがありました。何かあればいつでも施設長へ相談できる環境が整えられています。ハラスメント規定については定められていません。職員の負担軽減のため、複数の種類の福祉用具が整えられていました。休憩室については、各フロアにそれぞれ設けられており、リラックスできる広さと環境が設けられています。		
(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。	B	C
		(評価機関コメント)		「和順の里だより」が年 1 回発行されています。情報の公表制度は実施しているが事業所自ら公表は行えていません。地域行事の神輿の御旅所や年 2 回、地域の原谷クラブが来られている事をヒアリングにて確認しましたが記録などが残っていません。地域住民を対象とした介護教室や講演会などが実施できていません。		

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)		ホームページの開設、広報誌の発行、パンフレットの常置により、必要な情報の記載が確認できました。ブログについては半年以上更新がなく、季節にそぐわない内容でした。施設見学者や問い合わせへの対応は記録で管理されています。		
(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)		契約書・重要事項説明書に基づき、契約時に丁寧に説明されています。入居者の 7 割が成年後見制度を利用され、外部・親族問わず、後見人との信頼関係が構築されています。		

(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。	B	B
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)		フロア会議・ユニット会議での個々の状態把握や専門職の意見が、定期モニタリングとアセスメントに反映され、計画の見直しに繋がる仕組みはありましたが、サービス担当者会議への本人・家族の参加への工夫が見られませんでした。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		連携病院や居宅介護支援事業所とのスムーズな連携体制が確保できています。		

(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。	B	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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		前回のアドバイスに指摘されていたにも関わらず、マニュアルの見直しがなく実務書として活用されていません。IT化によりPC・端末での情報共有は、伝達内容の正確さやロスタイム削減に効を成しています。記録の管理運用の周知や教育がありません。家族との情報交換については定期的ではなく、対象にムラがあります。		

(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。	B	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)		感染症対策マニュアルが作成・更新され、日々の業務で伝達されていますが、研修等はなく職員全員への周知は確認できませんでした。施設内は臭気も無く衛生管理が行き届いています。外部委託だけでなく、清掃・洗濯専属パートを雇用されています。		

(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	B
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。	B	C
(評価機関コメント)		防災訓練が年2回実施されています。全職員がヒヤリ・ハット報告の重要性を理解し報告数も多く、委員会やフロア会議で検証し再発予防対策を検討されていますが、対策の有効性の確認ができませんでした。災害発生時対応マニュアルが作成されておらず、研修や訓練もされていません。		

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。	B	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。	B	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)		「虐待防止・身体拘束禁止」、「人権擁護・マナー」、「割れ窓理論」研修を全職員対象に複数回開催されています。研修では、職員の日ごろの業務の振り返りなどを行っています。入所を受け入れられない場合は丁寧にその理由を説明し、他の事業所への紹介などをされていることが確認できました。		
(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	B
		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。	B	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)		「ご意見はがき」について、意見・要望・苦情の受入と対応は主任会議にて検討されていますが、ご意見箱が事務所前に設置されており、第三者から見ると入れにくい環境に感じました。苦情対応マニュアルに苦情解決の手順が定められています。生活相談員が相談しやすい立場となっており、面談時やその都度確認されています。現在は、京都市の介護相談員は受け入れておりません。		
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		満足度調査は実施されており、主任会議にて協議されていますが改善されたかどうかを確認する仕組みが見られませんでした。サービス向上を図るための検討はしているとのことですが記録が確認できませんでした。自己評価を行う担当や部署・委員会の設置がありませんでした。また第三者評価の受診について、ほぼ施設長が一人でされており、第三者から見ると組織的に受診されているように感じませんでした。		