

アドバイス・レポート

平成31年1月28日

平成30年9月11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大原ホームにつきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	通番 8 質の高い人材の確保 職員の採用と育成について「キャリアデザイン制度」を導入し、全ての職員が最初は介護職として現場の経験を積み、将来スペシャリストとジェネラリストのコースに分かれるなど育成の方向性が明確に示されています。 通番 26 感染症の対策及び予防 法人グループ共通のマニュアルが作成されており、法人グループの病院と連携することで、常に最新の情報を入手しています。年に1度はマニュアルの更新が行われています。法人グループ内に病院があるということもあり、感染症の対策及び予防の知識や体制については、質の高さが感じられました。 通番 28 事故・緊急時の対応 事業所の立地が市内中心部から離れていることもあり、大規模災害時での訓練では関係機関との連絡を日頃から密にされています。また2017年度には警察のヘリコプターも参加するなど訓練は大規模かつ現実感のある想定でされています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	通番 18 利用者・家族の希望尊重 ご家族に電話してカンファレンスの日程調整をされていますが、ご利用者及びご家族の参加ができていません。 通番 22 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは整備されています。日々必要に応じて見直しをされているというのですが、見直しの基準が確認できませんでした。 通番 32 プライバシー等の保護 施設見学をした時にステーション内のカルテや白板などのご利用者の氏名が廊下から見えていました。また、お風呂の位置がデイルームの横で常時人の目がある場所です。三重にはなっているのですが、仕切りの活用が不十分で中のご利用者がデイルームから見えました。 通番 37 利用者満足度の向上の取り組み 満足度調査は毎年度末に実施していますが、分析が不十分でどのように改善されたか確認する仕組みが確認できませんでした。
具体的なアドバイス	通番 18 利用者・家族の希望尊重 入所時またご家族の面会時などにニーズを抽出し、多職種協働による看取りケアに力を入れておられることは高く評価できます。看取りケアは、ご本人の意志の確認と同意（本人による意思表示が難しい場合はキーパーソンによる本人の意思の推定及び同意）、モニタリングによる意思確認の繰り返し及び支援などの一連のプロセスを大切にしなければなりません。ご利用者及びご家族のカンファレンス参加によるケアプラン作成が望まれます。 通番 22 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは必要に応じて見直しされているので、何月に見直しをするのか決めておけば、改訂が必要でないマニュアルもすべて見直すことができ、合理的ではないでしょうか。 通番 32 プライバシー等の保護 カルテを鍵のかかる書類棚に保管することとご利用者名を記載する白板等を職員のみが見える場所に移す若しくは廊下の反対側にするなどの工夫をしては如何でしょうか。お風呂は何のために三重の仕切りをしているのかを職員に学習会などで徹底しては如何でしょうか。 通番 37 利用者満足度の向上の取り組み 分析結果を議事録に残し、改善に向けた職員参加の取り組みと改善結果がご利用者や職員に分かるようにされては如何でしょうか。

※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。

評価結果対比シート

事業所番号	2670600051
事業所名	特別養護老人ホーム大原ホーム
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・介護予防短期入 所生活介護・通所介護
訪問調査実施日	平成 30 年 11 月 22 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)		グループの理念や事業所の理念が廊下等に掲示され広報誌にも掲載されています。年に 1 回の事業計画発表会での事業計画（BSC）作成には職員の関わりが意識されています。管理マニュアルが作成され、管理ミーティングで検討・決定がされるなど組織運営が明確になっています。			
(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。	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)		中長期計画は策定されていますが、職員への周知は管理者に留まっています。各種委員会が整備され、事業計画（BSC）作成に反映されています。			
(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	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)		遵守すべき法令はリスト化され研修もなされています。事業計画（BSC）作成時にSWOT分析※の手法で上司への意見などを汲み取っています。各種マニュアルも整備されています。			

※SWOT分析とは目標を達成するために意思決定を必要としている組織のプロジェクトにおいて、外部環境や内部環境を強み(Strengths)、弱み(Weaknesses)、機会(Opportunities)、脅威(Threats)の4つのカテゴリーで要因分析し、事業環境変化に対応した経営資源の最適活用を図る経営戦略策定方法の一つです。(Wikipedia より)

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)		現場を知りご利用者を知るという考えから、まず介護職を経験し、その後キャリアデザイン制度の中でそれぞれの職員が希望する職種へと進むための支援をされています。面談シートや介護サービスチェックシートを使用して業務を振り返り、改善につなげています。実習生等の受け入れについては実践マニュアルに明記し、歯科衛生士の実習、インターンシップ、中学生のチャレンジ体験等の受け入れをされています。		
(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)		業務改善プロジェクトで日常業務の見直し等を行い、働きやすい職場づくりに取り組まれています。職員の腰痛予防対策として、入浴ではシャワーバスを取り入れています。メンタルヘルスチェックを年に1回実施し、産業医や精神科医に相談ができる体制があります。職員面談は年に2回の定期面談以外に適宜面談の機会があります。		
(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、ご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)		広報誌を病院や居宅介護支援事業所等に配布し事業所の情報を伝えています。年に2回大原地域の清掃活動や大原・久多地域のすこやか学級にも参加するなど地域との交流があります。地域ケア会議への参加や大原地域包括支援センターとも連携を取り、地域と情報交換をされています。認知症サポーター養成講座を開催し、地域の方にも参加をしていただけるように案内をされています。		

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
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	ご利用者（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)		法人グループのホームページが作成されており、事業所概要などの情報提供をされています。運営規定は、事務所横に掲示されています。見学、問い合わせについては、一人ひとりの対応記録が作成されており、入所された場合、その方の記録として、そのまま使用されています。		
(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、ご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)		重要事項説明書については、大きな字で読みやすく作成されています。サービス開始前に2時間程度の時間をかけて説明をされており、署名捺印をいただいています。成年後見人と契約を結んでおられる契約書もありました。同施設内の地域包括支援センターに常備してある、成年後見制度等のパンフレットを用いて、必要な場合には支援相談員から成年後見制度の説明をされています。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	17	ご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
ご利用者・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、ご利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	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、必要に応じてご利用者の主治医・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)		包括的自立支援プログラムをベースとしたチェック表を用いてアセスメントが行われており、入所時のカンファレンスでは、医師、看護師、栄養士やケアマネジャー等の参加で個別援助計画が策定されています。病院受診された方では、皮膚科等の医師の指示も計画に反映されています。ご利用者及びご家族の希望は、入所時と年に1回の更新カンファレンス時、また、日常の面会時に聞き取るようにされており、個別援助計画の同意は面会時に得られています。モニタリングは1か月に1回実施、評価カンファレンスは3か月に1回（状態が落ち着いておられる方は6か月に1回）実施されています。カンファレンスへの家族の参加については、今年度はありませんでした。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	ご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)		治療が必要となった場合は、法人グループの協力病院で対応されています。入院になった場合、入院計画の説明のカンファレンス及び退院前カンファレンスに参加されています。また、入退院支援室と連携し退院受け入れの準備をされています。在宅への退所はありませんが、平成30年6月に「在宅で看取りたい」という希望があり、法人グループの居宅介護支援事業所が在宅での看取りの準備の調整をされたことはありました。		

(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	ご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	ご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
ご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、ご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)		業務マニュアルは日々必要に応じて見直しをされているということですが、見直しの基準の確認ができませんでした。サービスの提供状況については、毎日、行動計画表で確認をされていました。モニタリングの結果は3か月に1回、ケアマネジャーよりご家族に電話で伝え、その結果はケアプランに反映されています。担当職員の電話によるご利用者のお誕生日での面会の確認や年に1回の交流会イベントへの参加のお誘いで面会の機会を設けておられます。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		感染症予防については、法人グループ共通のマニュアルがあり、更新は年に1回行われています。年に2回、感染症予防についての研修が実施されており、欠席者には資料を配布してポイントを伝達されています。法人グループの病院内の院内感染委員会から感染症予防に関する新しい情報を得ておられます。		

(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。	A	A	
(評価機関コメント)		マニュアルが整備され、研修等も実施されていますが、事故の分析が不十分で、定期的な見直しができていません。災害対策に関してはグループ全体でも高い意識を持っています。			

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

IV ご利用者保護の観点

(1) ご利用者保護					
人権等の尊重	31	ご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	ご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	B	
ご利用者の決定方法	33	サービスご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)		職員全員に配布されている手帳に創業者の理念である「HIRO・IZUM」が明記され、ご利用者の人権を尊重することの大切さが示されています。申し込みのお断り事例がこの数年で 1 件のみで申し込みを断らない姿勢が伺えます。施設見学時にお風呂場の中がフロアから見えました。			
(2) 意見・要望・苦情への対応					
意見・要望・苦情の受付	34	ご利用者の意向（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	ご利用者の意向（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、ご利用者及びその家族に周知している。	A	B	
(評価機関コメント)		外部人材を活用しての相談機会は記録の確認ができませんでした。			
(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	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。	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)		満足度調査の分析結果は管理ミーティングで検討して必要であればマニュアルに加えるということですが、確認ができませんでした。前回の第三者評価受診は 4 年前でした。管理ミーティングの下にフロアリーダーミーティングがあり、重層的に質の向上に取り組まれています。			