

アドバイス・レポート

令和元年5月27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31年2月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた地域密着型介護老人福祉施設しゅうざんにつきましては、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>○管理者等によるリーダーシップの発揮 従業員アンケートや職員ヒアリングを行い、組織検討委員会で結果を把握し、働きやすい職場作りを目指し、職員の意見を反映していく仕組みがあります。管理者は施設内を巡回し、利用者や職員の状況把握を行い事業運営の要である主任会議にも参加しリーダーシップを発揮していました。更に主任はユニットリーダーを中心に職員集団をまとめ階層に応じたリーダーシップが発揮されています。</p> <p>○個別の状況に応じた計画策定と実践 利用者一人ひとりについて、スタッフ個々がアセスメントできていることを全員で共有し、ケアについての検討を行い、計画を作成しています。看護師や管理栄養士など多職種協働で、家族も参加し、利用者を知るための努力を惜しまず、ケアに反映しています。</p> <p>○利用者の家族、地域等との情報交換 利用者の日常の様子や施設の取り組み等について、積極的に情報を発信されています。各ユニットでは共有スペースの机に行事や日頃の様子の写真をアルバムにし、誰でもが閲覧できる様に工夫されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○業務レベルにおける課題の設定 部署ごとに目標設定し事業計画を策定されていますが、ユニット毎の目標の設定が明確化されていません。</p> <p>○事業所情報等の提供 機関誌等による広報活動や家族との連絡等熱心に取り組まれています。情報伝達の媒体としてホームページも作成されていますが、更新ができていませんでした。また施設内の掲示物については、掲示位置が若干高く、車いすの方などには読みづらい位置に掲示されています。</p> <p>○災害発生時の対応 災害時対応・緊急時マニュアルを整備され、備蓄なども行われています。運営推進会議で地域関係者等と意見交換が行われていますが、地域と連携する体制等にまで至っていません。避難訓練も年2回開催されていますが、地域の方の参加には至っていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>「高齢者総合福祉施設しゅうざん」は本体施設のサテライト施設として、平成25年8月に京北周山町に開設されました。法人理念である「共に生きる」のもと、地域の社会資源との共生、共有を目指し、地域行事への参加や施設主催の祭り、月2回の施設内での「しゅうざんCafé」を開催し、地域住民との交流機会を持っています。また、独自の「ケアチェック表」を使用し、利用者のニーズを適切に引き出せる様にし、サービスの質の向上に積極的に取り組んでおられます。今後、更に地域との連携やサービスの質の向上に努めていただける様に、以下の点についてアドバイスいたします。</p> <p>○業務レベルにおける課題の設定 各ユニットで目標設定を文書化し、部署毎に作成されている単年度事業計画に加えられるは如何でしょうか。そうすることで、年度の目標が更に明確になると考えます。</p> <p>○事業所情報等の提供 ホームページやパンフレット、機関誌により事業所の概要や利用料金などの情報を表や写真で提供され見やすいものとなっていますが、ホームページの更新は2013年9月のが最終となっています。他から見た時、ホームページが更新していないと事業所の印象が悪くなることもあります。ホームページを更新する仕組みについて、検討しては如何でしょうか。また、ユニット内の掲示位置について、ユニットによっては高めの位置での掲示がありました。発信する情報を見る方の目線を考えながら掲示位置などを考えられてはいかがでしょうか。</p> <p>○災害発生時の対応 災害時や緊急時のマニュアルを整備し、非常食の管理や避難訓練の実施も計画的にできていますが、地域との連携を意識した内容までに至っておりません。日頃からの地域と施設の活動内容から良好な関係があるため、地域の福祉拠点として具体的に取り組みを進められることも十分に可能なことと思われまます。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 中長期計画に3年に1回の第三者評価の受診を盛り込まれては如何でしょうか。</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	2670700170
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設しゅうざん
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
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	地域密着型通所介護
訪問調査実施日	平成31年3月19日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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)		1. 組織の理念をパンフレットや機関誌の巻頭に掲げ、リーダー会議や各ユニット会議にて、組織の理念や運営方針が職員に理解が深まるように取り組んでいます。 2. 法人の理事会やサービス向上委員会、リーダー・主任会議、各ユニット会議で職員の意向を事業運営に反映しています。人事考課での面談、契約更新時等の面談を活用して意見の吸い上げを行っています。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		3. 法人の理念や中・長期事業計画に基づき単年度事業計画を策定し、半期毎に振り返り及び目標設定を行っています。 4. 部署ごとに目標設定し事業計画を策定していますが、ユニット毎の目標の設定が明確化されていません。			
(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。	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. 運営規程で遵守すべき法令を明記し、関係法令の改正があった場合は、全職員に文書配布する仕組みがあります。 6. 主任会議やリーダー会議には責任者や管理職が出席し、業務規程を業務毎に各職種の業務内容を細かく規定しています。職員アンケートを実施し、その結果を管理職会議にかけています。 7. 管理者は緊急時や事故・苦情等の報告を携帯電話で緊急時連絡できる様に連絡網を整備し、報告体制を整えています。			

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。	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. 資格取得の為に勉強会を施設内で実施し、他法人8カ所が加入している社会福祉法人グループの「リガレ暮らしの架け橋研修」を法人が費用を負担し、参加を促進しています。 9. 法人内研修委員会を設置し、全職員を対象とした研修を実施し、全職員が参加できる仕組みがあります。 10. 実習受け入れ実績はありませんが、実習生の受け入れを事業計画に明記し、マニュアルに基づき実習の受け入れ体制があります。		
(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)		11. タイムレコーダーによる時間管理や時間外命令簿を活用し、職員の労働実態を確認、分析、対策を講じる仕組みがあります。 12. 産業医(嘱託医)や外部相談室に相談できる仕組みがあり、年に1回メンタルヘルスチェックを行っています。職員のサークル活動を推奨しており、サークル活動に助成金を付けています。		
(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。	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. 年4回機関誌を関係機関に配布し、情報公開を行っています。施設主催の祭りや月2回の施設内での「しゅうざんCafé」を開催し、地域住民との交流機会を持っています。 14. 地元高校を卒業した職員が、卒業校に授業の一環として、体験談や専門的技術の講義を行うなど施設機能を地域に還元しています。運営推進会議を通じて地域の意見等やニーズの把握に努めています。地域の社会福祉協議会の行事には、車での移動が必須な地域性もあり、車両とドライバーを提供しています。		

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	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	B
		(評価機関コメント)		15. ホームページやパンフレット、機関誌により事業所の概要や利用料金などの情報を提供され見やすいものとなっています。変更があれば随時書面にて個別にご案内されています。問い合わせや見学等は『見学受入簿』にて管理し、希望に沿って随時対応しています。		

(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)		16. 重要事項説明書を活用し契約時に説明しています。家族や身元引受人に対しても説明し同意を得ています。現在、成年後見人との契約締結した事例はないが、必要な方に利用勧奨等できるよう勉強会を開催し、スタッフ全員が共通意識を持てる仕組みがあります。		
(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. PCソフトのアセスメント様式に加え、独自の「ケアチェック表」様式を使用し、利用者のニーズを適切に引き出せるようにしています。緊急時や状況等の変化に応じて随時アセスメントを行い共有しています。 18. サービス担当者会議には利用者及び家族が参加するようにし、意向等を確認しています。家族と連絡をとり相談する機会を積極的に持っています。 19. 介護担当者や介護リーダー、看護師、管理栄養士など多職種が協働で実施しています。主治医が参加できない時は事前に意見を聞き取っています。 20. 『施設ケア・ケアマネジメントマニュアル』を作成しモニタリングは3ヶ月に1回実施し、各ユニットで毎月定例で確認や見直しを行っています。		
(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. 協力病院からの医師等の定期診療をはじめ、精神科や皮膚科の医師にも診療してもらえる体制を整っています。入退院時にはカンファレンスへ参加し病院の意見を得られるようにしています。運営推進会議を2ヶ月ごとに開催し、地域関係機関等と連携しています。		
(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	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. 業務マニュアルは、各ユニットで作成・設置・管理を行っています。身体拘束や感染症、褥瘡予防等委員会を組織しマニュアルを作成しています。各種マニュアルは1年に1回見直すほか、改訂した箇所は周知しています。 23. PCソフトを活用し記録されています。文書管理規程や個人情報保護規程等も整備しています。個人情報保護とプライバシーの侵害に関する勉強会も実施しています。 24. 朝礼時の申し送り、連絡ノートや日誌により利用者の状況等施設全体で把握、共有できるようにしています。 25. 機関誌やユニットで作成している新聞等により定期的に知らせたり、サービス担当者会議や面会時を活用し情報提供、相談を実施しています。来所が困難な家族には、電話にて報告・相談する機会を設けています。		

(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	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. 感染症対策委員会を組織し、マニュアルの作成、研修会を実施しています。マニュアルは施設管理医もチェックする仕組みもあります。個室・ユニットケアの環境面の利点を活かし、二次感染防止対策や受入体制を整えています。 27. オゾン機を各所に設置しています。トイレ内のゴミ箱には新聞紙も活用し臭気対策の工夫をしています。職員により施設内の清掃は行、浴室等も整理されています。うがい薬を洗面所に設置し手洗い励行しています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故・緊急対応マニュアル、対応フローを整備し、指揮命令系統が明確になっています。普通救命講習会を年1回行っています。利用者中心に体操を実施することで、骨折事故の減少につながっています。 29. 事故ヒヤリ委員会や各ユニットで事故を検証し、対策を講じ予防に努めています。保険会社や顧問弁護士による相談体制も整えています。ヒヤリハットについては、現在は特別な様式を設けることより、できるだけ多く報告することを重視しています。 30. 災害時対応・緊急時マニュアルを整備し、避難訓練は年2回定例で行い、そのうち1回は消防署の立ち会いのもとで行っています。運営推進会議で地域関係者等と意見交換を行っていますが、地域と連携する体制等にまで至っていません。		

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。	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. 職員に人権についてのアンケート実施し、分析、振り返りを行う仕組みがあります。2カ月に1回、身体拘束防止委員会を行っています。スピーチロック（言葉での抑制）に重点をおいて取り組んでいます。 32. プライバシーや羞恥心についてのマニュアルが整備されており、各ユニット会議にて、プライバシー研修を行っています。 33. 事例はないが、事業所一覧表を用いて事業所を紹介できる仕組みがあります。		

(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。	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. サービス担当者会議に、利用者、家族が参加し、要望を聞き取り、各ユニット会議にて検討する仕組みがあります。カフェで家族同士が交流することもあり、意見の発信につながっています。 35. 意見・要望・苦情に対して、CS向上委員会で検証し、各ユニット会議で報告及び再検討する仕組みがあります。 36. 苦情解決対応マニュアルが整備されており、月1回市民による「みみずくの会」のほもんにより、利用者の相談に応じる機会があります。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		37. 利用者満足度調査を年1回実施し、各ユニットで調査結果を分析し、検討した結果や改善内容を機関誌に掲載しています。 38. サービス向上委員会で、サービスの質の向上に向けた議論を行い、各ユニット会議で報告する仕組みがあります。 39. 前回の第三者評価受診が2014年度であり、3年に1回の受診できていません。		