

# アドバイス・レポート

平成 30 年 3 月 8 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 29 年 12 月 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ 嵐山寮特別養護老人ホーム ひろさわ ）様につきましては、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 (※)	<p><b>1) 地域に密着した事業展開</b></p> <p>地域密着型の特別養護老人ホームとして、併設の小規模多機能型居宅介護、サービス付き高齢者住宅とともに、6 年前に設立されました。開設当初より、「地域とともに、笑顔とともに」の運営理念のもと、ご利用者と地域の方とが交わり集える場所作りをしてこられました。事業所のある建物のオーナーが地域の役員であることも後押しとなり、地域行事への参加や地域貢献の機会を作っておられます。特に施設内に設けている喫茶「そわか」を有効活用し、地域の方と一緒に取り組めることや地域の方の主体性を引き出す取り組みへの支援となることを考えられています。実際に、「そわか」でご利用者と地域の方が集う機会を定期的に作り、地域密着型サービスとして、ご利用者の地域生活支援を実践されています。また、建物があるマンションに入っているテナントに薬局や診療所があり、うまく連携を図り、ご利用者の緊急時の対応や気軽に利用できるような関係作りをされています。</p> <p><b>2) 法人理念の定着化</b></p> <p>組織の理念、事業計画、法令遵守について、職員へ周知、定着するための仕組みとして、「経営計画書」という手帳を作成し、職員全員に配布されています。この手帳はしっかりとした冊子となっており、つねに職員が携帯し、見ることができるようにまとめられています。この手帳は毎年更新され、年度初めには総合施設長より内容について周知が図られています。また、日常的に行われる朝礼で読み上げを行い、職員の意識に定着させる取り組みをされています。この取り組みにより、法人や各事業所が目指す方向性が明確化され、ご利用者への支援にあたる姿勢が平準化されてきます。このことにより、ご利用者へのサービスの質が担保され、安心して生活できる環境作りができるものと思われま。</p>
---------------------	---

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>3) ご利用者本位の視点</b></p> <p>法人理念に沿って、ご利用者一人一人が自らの生活を楽しみながら暮らせることを目指し、ご利用者の自立支援やご利用者本位の支援をするための環境作りに取り組んでおられます。ご利用者の今までの生活を断ち切ることが無いよう、ご利用者の人生のキーポイントを訪れる外出の取り組みや、施設とご自宅での生活を兼ねることが出来る外泊の実施など、地域密着型サービスの理念に沿った取り組みを実践されています。また、ご利用者の生活において食事を楽しみとして頂くために、管理栄養者がユニットを巡回して食事についてのアセスメントを行い、要望、支援内容などを把握するようにされています。このことにより、病気で食事制限がある方にもユニット内で臨機応変な対応を可能にし、食事をご利用者の生活の楽しみとすることができるようになっていきます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) ストレス等への対応</b></p> <p>職員の業務上の悩みやストレスなどについて、苦情や相談ができる仕組みや窓口が明確化されており、様々な環境整備がされています。しかし、ハラスメントに関する相談窓口が男性職員だけとなっており、全ての職員が相談しやすい環境とはなっていませんでした。</p> <p><b>2) アセスメント内容等の個別援助計画への反映</b></p> <p>アセスメントシートは多職種が多角的視点から行き、わかりやすくまとめてありました。また、定期的に更新され、新しいアセスメント表が一冊にわかりやすくまとめてあります。残念なところは本人の希望・家族の希望欄が抜けているところがあり、そこをアセスメントで把握できると個別の具体的プランに展開しやすいのではと感じました。アセスメントはしっかりできていましたが、その内容を個別援助計画に落とし込むことが不十分でした。</p> <p><b>3) 相談機会の確保</b></p> <p>京都市の介護相談員の活用が2年間の定められた期間が過ぎ、終了していません。その後、外部の人材を受け入れたご利用者の相談機会の確保が明確ではありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) ストレス等への対応</b></p> <p>職員の業務上の悩みやストレスを相談できる機会の確保や組織として対応できる環境整備、仕組みづくりができています。しかし、ハラスメントに関しての相談窓口が男性となっており、内容によっては相談しにくいと感じる職員もあると考えます。職員誰もが相談しやすい窓口をつくることで、職員の悩みが解消されやすく、安心してこの組織で働く事ができ、職員の質の向上にも繋がるのではないのでしょうか。</p>

	<p><b>2) アセスメント内容等の個別援助計画への反映</b></p> <p>アセスメントは、多職種で実施され、細やかな内容を含んだものとなっており、充実していました。しかし、それを個別の具体的プランに展開しきれていませんでした。日頃のご利用者との関わりの中で得たご利用者の情報や思いを実現されていることを聞き取り等で確認しており、そのような、今実践されている取り組みをプランに落とし込むことができれば、個別性のあるケアプランに発展し、ご利用者の生活の質の向上に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 相談機会の確保</b></p> <p>ご利用者やご家族が気兼ねなく相談ができる環境を整備することは、事業所のサービスの質の向上に繋がるものと考えます。傾聴ボランティアの受け入れや地域の老人クラブ、老人福祉委員との連携もあることから、そういった方を活用した定期的なご利用者の相談機会の確保を検討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	2690700105
事業所名	嵐山寮特別養護老人ホームひろさわ
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入居者生活介護
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、小規模多機能型居宅介護、居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成29年12月22日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 法人理念や運営方針、各部署の事業計画などを「職員手帳」に掲載し全職員に配布されています。このことにより、職員全員が理念等を共通認識できるツールとなり、日々のケアの実践時にも活かすことができている。また、パソコン上の「情報広場」という職員の情報共有ソフトでも理念や経営計画を閲覧することができるようになっています。2) 嵐山寮全体の会議体系を明確化し、「会議に関する方針」をもとに各会議を定義されています。これにより、組織として、各部門の職員の意見が事業運営に反映され、その意思決定方法や仕組みが明確となっています。		
<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) 法人理念に基づいた中長期計画が策定され、そこから単年度の事業計画、事業所の事業計画を作成するという策定の仕組みができています。その過程には、職員の参加する各種会議やご利用者に対する満足度調査などの結果を反映するようにされています。また、一般職員が法人の将来について考え意見できる機会として、「未来プロジェクト」を組織しておられ、職員の意向が反映できる仕組みがありました。4) 各種会議において、職員の意見集約をする仕組みがあります。調理パートなどの職員との意見交換会を年1回実施するなど、様々な職員の意見を踏まえ、事業所における単年度の事業計画を策定し、それを「職員手帳」に記載されています。事業計画の達成度を各種会議において、内容ごとに定期的に確認が行われています。		
<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) 経営責任者は、京都市老人福祉施設協議会の会議や研修に参加し、常に法令遵守の観点での勉強や情報収集ができています。関係法令の把握については、安全運転講習や衛生面での講習会は実施されていました。6) 経営責任者は「職員手帳」において、全職員に向けて経営ビジョンなどを明示し、自らの役割を明確化されています。また、職務分掌などからも法人として役割の明確化がされていました。総合施設長によるヒアリングが年1回あり、そこで事業所管理者等の信頼性について職員が話す機会を持つことができます。7) 責任者は携帯電話を所持されており、いつでも連絡が取れる体制があります。「緊急時対応マニュアル」が整備されており、各状態別に対応方法が記載されています。		

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
<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)		5) 経営責任者は、京都市老人福祉施設協議会の会議や研修に参加し、常に法令遵守の観点での勉強や情報収集ができています。関係法令の把握については、安全運転講習や衛生面での講習会は実施されていました。6) 経営責任者は「職員手帳」において、全職員に向けて経営ビジョンなどを明示し、自らの役割を明確化されています。また、職務分掌などからも法人として役割の明確化がされていました。総合施設長によるヒアリングが年1回あり、そこで事業所管理者等の信頼性について職員が話す機会を持つことができます。7) 責任者は携帯電話を所持されており、いつでも連絡が取れる体制があります。「緊急時対応マニュアル」が整備されており、各状態別に対応方法が記載されています。		
<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)		5) 経営責任者は、京都市老人福祉施設協議会の会議や研修に参加し、常に法令遵守の観点での勉強や情報収集ができています。関係法令の把握については、安全運転講習や衛生面での講習会は実施されていました。6) 経営責任者は「職員手帳」において、全職員に向けて経営ビジョンなどを明示し、自らの役割を明確化されています。また、職務分掌などからも法人として役割の明確化がされていました。総合施設長によるヒアリングが年1回あり、そこで事業所管理者等の信頼性について職員が話す機会を持つことができます。7) 責任者は携帯電話を所持されており、いつでも連絡が取れる体制があります。「緊急時対応マニュアル」が整備されており、各状態別に対応方法が記載されています。		
<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) 広報誌やホームページで地域に事業所の運営理念を発信されています。また、地域密着型サービスとして運営推進会議を開催しておられ、そこで地域の各種団体等の方に運営状況の報告とそれについての意見交換をする機会があり、地域とともに事業所やその地域について考える機会を持つことができました。14) 地域交流スペースを有効に活用し、そこで定期的に喫茶を兼ねた介護に関する相談会を実施しておられ、ご利用者と地域住民が交流できる機会にもなっています。また、そのスペースを地域に貸し出しをしておられ、様々な形で地域住民が集う機会作りにも貢献されています。		

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
<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)見学者は希望があれば随時受入れをしておられ、見学時にはパンフレットなどを渡すようにされています。見学者に分かりやすく説明するためのハンドブック「入所までの流れ」を作成し、それを基に説明されています。また、見学者は「施設見学票」で把握するようにされています。入居申し込み者の情報をひとまとめにして定期的に状況確認をされています。			
<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)入所契約時に重要事項説明書、覚書で料金など必要事項について説明をされています。また、成年後見制度を活用し、随時後見人に連絡を取り、連携を図られています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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)3ヶ月に1回の頻度でアセスメントを実施されています。看護師を通じて医師の意向を聞くようにしておられ、それを月1回開催のユニット会議で共有されています。アセスメントでは、ご家族より生活歴を聞いてご利用者の思いを予測したり、ご利用者との会話の中で聞いたことを落とし込むようにされています。18)個別援助計画には、個人の要望を尊重した具体的な内容が記載されています。サービス担当者会議には、ご利用者本人やご家族も参加し、更新ごとに実施されています。しかし、アセスメントの内容がケアプランにしっかりと反映されていませんでした。19)サービス担当者会議、ユニット会議にて多職種が関わり計画の立案をされています。ケアプラン表の2表を各ユニットに置くようにし、職員の意見を聞くようにされています。20)3ヶ月に1回、または状況の変化時にプランの見直しを行われています。ケアマネジメントマニュアルがあり、それに基づいてモニタリングチェック表を使用して見直しを定期的実施しておられます。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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)施設医より看護職員を中心に個々に指示を得るようにされています。連携機関の一覧を作成しておられ、連携が取りやすい仕組みを作られています。入院時には施設医からの情報を病院と共有し、退院時には看護サマリーを得るようにしてご利用者の状況を把握するようにされています。			

(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。	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が各ユニットに設置されており、パソコン上で閲覧可能となっています。マニュアルは年1回見直しをされていますが、提供しているサービスが標準的な実施方法に基づいて実施されているか確認する仕組みが確認できませんでした。23) パソコンの介護ケアシステム「ほのぼの」を用いて、ご利用者ごとの記録を管理しておられ、ケース記録、支援経過記録を詳細に記載されています。ご利用者の記録の規定を定めておられ、個人情報保護研修を開催されています。また、「記録作成マニュアル」が整備され、職員に周知されています。24) 法人内ネットワーク「情報広場」、介護ソフト「ほのぼの」ソフトにて情報の共有化を図るようにしておられます。各ユニットに申し送りノートを設置されています。25) サービス担当者会議にご家族も参加して頂き、情報交換を行われています。「そわか通信」を作成し、ご家族に送付し、日ごろの様子を伝えるようにされています。		

(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) 「感染症マニュアル」、「ノロウイルス対応マニュアル」を整備し、法人内ネットワーク「情報広場」にて共有を図られています。保健センターや看護師による感染症対策の研修を年数回実施し、職員が知識を持つように配慮しておられます。また、ノロウイルス流行時には、職員は出勤時に「健康チェック表」に健康状態を申告するシステムを作られています。27) 清掃業者による清掃を定期的の実施されています。オゾン脱臭装置を各ユニットに設置し、居室やリビングの換気扇も24時間稼働させておられます。また、介護材料置き場を整備し、在庫管理もしっかりされています。		

(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	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) 事故や緊急時のマニュアルが作成されており、各ユニットに設置して周知されています。マニュアルは年1回定期的に見直しを実施されています。また、緊急時対応を想定した訓練を実施されています。指揮命令系統は、法人の「事故対応マニュアル」に示されています。29) 「事故対応マニュアル」を整備し、事故が発生した場合に適正な対応に努められています。事故報告書を作成し、事故対策会議を開催し、再発防止に努められています。法人でリスクマネジメント委員会を組織し、事故やヒヤリハットの分析が行われています。30) 「防災マニュアル」が整備され、それに基づく避難訓練、消火訓練を実施されています。また、地域の防災訓練にも参加されています。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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) 利用者の尊厳については、「嵐山寮倫理規定綱領」、「経営理念」に掲載されています。また、「職員手帳」にも記載し、全職員が携帯するようにされています。32) 新任研修時やユニット毎の会議にて尊厳についての研修を実施されています。32) 新任者研修において、個人情報保護とプライバシーについての研修を実施しておられます。また、「ICT委員会」を設置し、そこでSNSに掲載することについてのマニュアルを作成されています。ご利用者には、入居時に写真の肖像権について同意を得るようにされています。33) 入所判定委員会を実施し、様々な職種が参加する中で多方面より検討するようにされています。基本的には入所を受けるようにされていますが、医療的なニーズが高いご利用者などについては、適切な施設の紹介が行われています。			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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) 満足度アンケートを実施されています。特に食事について、季節ごとにご利用者に調査を行い、給食委員会で内容について検討しておられます。運営推進会議にご利用者が参加し、地域の方とともに意見を聞く機会を作られています。35) 利用者の意向に対し、「苦情解決に対する基本規則」が定められており、それに基づき対応を検討されています。苦情受付、対応結果報告書に記録し、保存されています。年に1回、第三者委員会に苦情の状況を報告し、意見交換を行うとともに苦情内容報告をホームページに掲載しておられます。36) 苦情解決の為に第三者委員を設置し、苦情内容を報告し、意見交換が行われています。エレベーター内に外部の相談・苦情の相談受付を表示し、外部の意見を聞く仕組みを作られています。			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	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) 満足度アンケートを年1回実施されています。アンケート結果や意見に対する改善策を記載し、廊下に掲示し、ホームページにも掲載されています。「調整会議」にて、満足度調査結果の振り返りを行い、改善結果の確認が行われています。38) サービスの質の向上に係る検討事項は、各部署からの参加による「運営会議」、「部門長会議」にて検討されています。その内容について、各部署のリーダーより部署内の会議で伝達されており、組織として検討する仕組みができています。39) 第三者評価を定期的に受診されています。「四半期報告」にて自事業所の評価を行い、四半期評価結果を確認するようにしておられます。年度末にはこの評価結果をもとに検討し、次年度の事業計画を作成しておられます。			