

アドバイス・レポート

平成27年12月25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27年11月8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フジの園]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>1. 家族の意向を良く聞かれています。 「サービス担当者会議」は、家族の参加が得られるように配慮され、大半の家族の方の参加を得て実施されています。また、毎月家族に手紙で利用者の生活状況について伝えるなど、きめ細かな情報交換が行われています。家族へのアンケートも実施されています。</p> <p>2. マニュアルが整備され、業務がきちんと実施されています。 項目ごとに分類されたマニュアルを冊子にして、職員一人ひとりに配布され、それに基づいて業務が行われています。マニュアル改定のシステムも構築され、職員の提案やヒヤリハット分析等も加味して年に一度見直され、2年毎に新しいマニュアル冊子を作成し、全職員に配布しています。</p> <p>3. 事業所を良くしていこうとする機運があります。 事業所として今後も利用者サービスの向上、職員間の連携、人材の育成、ヒヤリハットの分析等々改善への具体的な取り組みと意欲を感じます。今年度は利用者・家族・職員が共に楽しめる「ウキワクプロジェクト」として「ソフトクリームを食べよう」「香を楽しもう」が実施されました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><u>さらに改善が望まれる点について</u></p> <p>1. 法人や事業所の資源の活用 地域に根ざした事業所となるように良くご努力されてきています。さらに、事業所には介護に関する知識、技術が蓄積されており、また立派なホールもあり、それらを地域に活用されては如何かと思います。</p> <p>2. 事業所情報の公開 法人のパンフレット・ホームページ・ディスクロージャー「わたしたちの情報公開誌」は作成され、広く情報公開されています。その中に事業所情報もありますが、より詳しい事業所情報の提供を検討されては如何でしょうか。</p> <p>3. 家族懇談会の開催 家族には月1回の担当者からの利用者状況の報告、サービス担当者会議への出席依頼、来園時での会話、行事への参加招待、アンケート依頼等、と積極的に働きかけ連絡を取り関係を密にしておられます。さらに、家族懇談会のようなご家族同士がつながり、懇談される機会を持たれることを望みます。</p>

具体的なアドバイス

1. 法人や事業所の資源の活用

これからはますます地域社会との協働が望まれる社会になります。前年度福祉避難所の指定を受けられたことや砂川四朗記念ホールの利用、介護のノウハウの提供意思などを住民、地域の団体（自治会、老人クラブ、民生・児童委員会）に周知し、活用されるよう働きかけられては如何かと思います。

2. 事業所情報の公開

事業所から情報が発信されることによって、地域住民により理解と信頼が得られます。ホームページやパンフレットは事業所の日常や事業所の思いが伝わるよう作成し、アンケート結果や要望等については事業所としての対応も併せて掲載されることにより、事業所をより身近に感じられるのではないのでしょうか。

3. 家族懇談会の開催

家族懇談会は家族同士の意見交換や悩みを話し合う機会となります。家族参加行事の一環として開催し、介護保険制度の現状説明や施設の取組み等の報告も行いながら、家族同士・家族と職員の交流を図ら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	2670900246
事業所名	社会福祉法人フジの会 特別養護老人ホームフジの園
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
訪問調査実施日	平成27年11月25日
評価機関名	きょうと介護保険にかかわる会

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)		<p>○法人の基本理念は「愛」「開」「創」とされ、それに基づく「行動基準書」を作成し、具体的に目指す事業者像を描いています。職員には「行動基準書」が配布され、法人理念を毎月の朝礼で読み上げて認識を高めています。法人理念に関することを毎月の職員会議で周知しています。利用者、家族等については年間行事、月1回の事業所会報「フジの園だより」を通じて周知を図っています。</p> <p>○意思決定は各事業所の職員会議、各種委員会、運営会議を通じて意見が集約されており、職務分掌を明確にし、権限移譲を行っています。</p>			
(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)		<p>○法人の事業計画と事業所の事業計画は、各事業所からの意見や利用者・家族のアンケート分析から策定され、計画は項目ごとに具体的に示されています。施設の大規模な修理、改善等も計画されています。職員会議で定期的に進捗状況が話し合われています。</p> <p>○各業務ごとに課題、目標が設定され、年に4回その達成状況について職員会議で評価されています。</p>			

(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)		○集団指導や制度改正に伴う研修には複数で参加して情報を習得し、伝達しています。管理者は、倫理・法令遵守の研修を職員に対し行っています。法令等の新しい情報は常に把握できるようにネットで調べ、必要部署に回覧しています。必要な法令情報は冊子にして事務所に有り、必要に応じ調べられる環境にあります。 ○管理者は各種委員会に出席し、各部署からの文書を確認し、事業の実施状況を把握しており、常に具体的な指示を出しています。管理者は個別面談にて職員の意見を聞く機会を設けています。 ○管理者は常に事務所に在席し、事業の実施状況を把握しており、公休日にも連絡できる体制をとっています。		

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)		○必要な人材の確保のために、法人全体で採用プロジェクト会議を設置し、計画的に取り組んでいます。資格取得についての研修は出勤扱いとしています。 ○年間の内部研修計画一覧表が作成され、どのような研修が誰に実施されているのかが良く分かります。外部研修情報は各部署へ配布し、希望する研修に参加できるよう勤務を調整しています。介護リーダーがスーパーバイザーとして関わっています。 ○実習受け入れマニュアルの中に受け入れの基本指針を定めています。介護福祉士等の養成研修の実習生を毎年受け入れており、マニュアルに沿って実施しています。実習の終了後は習得状況の振り返りの機会を設けています。		

(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)		○有給休暇はとりやすく、希望するときに取得できる環境です。時間外労働は事前に申し出る方法できちんと管理されています。腰痛防止ベルトを介護職に支給しています。入浴時に利用者のためのチェア等の設置等、現場職員の工夫が取り入れられています。昨年度より法人の「法人借上げ社宅制度」がスタートしました。 ○休憩室が完備されており、こたつ等を置きリラックスできる環境に配慮されています。産業医が必要に応じて個別にカウンセリングを実施しています。		

(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)		○事業所内では事業所の概要、運営理念等について掲示され、パンフレット、ホームページも職員のブログ等が投稿されていますが、地域への広報はまだ十分とはいえません。利用者の地域行事への参加に積極的です。 ○事業所は福祉避難施設として京都市から指定を受けています。地域包括支援センターと共同して認知症サポート講習を開催しています。法人として地域への活動をより積極的にすすめられることを期待します。		

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)		○法人のパンフレット・ホームページはありますが事業所独自のものがあればより理解が深まるのではないのでしょうか。重要事項説明書は丁寧に作成されており、利用料金一覧表、その他の費用、希望サービス一覧表、情報公開同意書、終末期の看取りについての意向確認書等も掲載されています。見学、相談は随時受け入れています。施設内には利用者アンケートの結果報告、地域情報等の掲示があります。		

(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)		○重要事項説明書は利用料金、情報公開、希望サービス、終末期の看取り等丁寧に記載されています。第三者評価の利用者アンケートでも理解度は100%でした。成年後見制度を利用されている利用者もおられ、説明書も用意されています。		

(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。	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)		○包括的自立支援プログラムを基本アセスメントツールとして使用しています。アセスメントの見直しは介護支援専門員が本人や家族、専門職の意見を聞いて6か月に1回行っています。 ○個別援助計画には、長期目標・短期目標を設定しています。サービス担当者会議は家族の都合の良い日時を聞いて開催していますが、どうしても参加が無理な場合は事前に電話で希望等の確認をしています。（8割の家族参加があります。） ○サービス担当者会議には看護師、栄養士、介護士、相談員、介護支援専門員が出席し、主治医等の意見照会も行っています。出席の都合がつかない家族には、事前に意見を求めています。また、利用者の生活の場所が変わっても、今までのものに近い生活が維持できるようにと、入所前の施設や事業所と連携し、家族や利用者の希望を反映してプランの継続性も図り、個別援助計画を策定しています。 ○モニタリングは3か月に一度行い、状況の変化により各部署の意見照会を行ったうえ、随時個別援助計画を見直しています。		

(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)		○施設の嘱託医とは24時間電話・FAXで連絡が取れる体制をとっています。入所時には介護支援専門員を通じて主治医より医療情報を入手するよう依頼しています。退院時には医療機関より情報を入手しています。入所時には利用されていた事業所に意見照会を行っています。		
(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)		<p>○マニュアルは毎年、法人の部署ごとに担当を決め見直し更新をしています。共通マニュアル・施設独自の業務別マニュアルを整備し、2年毎に全職員に配布してムラの無い良質なサービス提供につなげています。マニュアルは項目別に作成されてわかりやすく、現場で活用しやすいものとなっています。</p> <p>○日常生活活動記録表は個人のケース記録と連動するソフトが使われており、利用者の日々の状況が見やすくなっています。ファイルは鍵のかかるロッカーに保存されています。個人情報保護については重要事項説明書に情報公開同意書、写真掲載等の意思確認欄を設けています。</p> <p>○情報共有は口頭の申し送り（朝礼、終礼）書面での申し送り簿、パソコン閲覧を活用しています。会議記録等は押印欄が設けられ確認するようにされています。</p> <p>○利用者個人の状況を毎月家族の方に担当職員が手紙で知らせており喜ばれています。家族には来園時やサービス担当者会議時に直接情報交換を行ったり、電話でも意見・希望を聴いています。</p>		
(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)		<p>○昨年は感染症にかかった利用者はおられませんでした。各部屋等には加湿器が置かれ、温度計、湿度計が見やすいところに設置されています。利用者・職員とも手洗い、うがいの励行等こまめに行っています。</p> <p>○事業所内は整理、整頓が行き届いていました。施設内にアロマの香りを取り入れています。トイレは清潔で水回りの消毒は丁寧に行われています。</p>		

(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)		○事故防止対策マニュアルがあり、避難訓練は年に2回実施しています。心肺蘇生等の研修を受講しています。 ○事故防止委員会を月1回開催し、ヒヤリハット・事故を分析し、防止策を検討したうえで職員に伝えていきます。ヒヤリハットは昨年6月から記入しやすい様式に変更したため、報告件数が増えました。事故報告は関係行政、家族へ報告されています。また、委員会において、職員の意見をもとに原因の究明や対策を協議し、その結果を職員に回覧・周知しています。 ○平成26年度に福祉避難事業所の指定を受けています。災害対応マニュアルがあり、消防署員立ち合いのもとに避難訓練を実施しています。		

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)		○身体拘束、虐待防止、人権擁護、プライバシー保護等の研修は、計画的に実施され、人権に配慮したサービスが提供されています。「行動基準書」にNGワード（言葉使い、態度等）の詳細なマニュアルが整備され、実践されています。 ○居室や浴室は、扉やカーテンで仕切られ、利用者のプライバシーに配慮したサービスの提供に努めています。 ○サービス利用者の受け入れは、毎月開催する「入所判定会議」で公正・公平に決定されています。受け付けなかったケースはありません。		

(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)		○「クレームはゲストが全て正しい」という方針の下、ご意見箱や家族アンケート、家族への手紙等やサービス担当者会議への参加を通して、きめ細かく利用者・家族の声を聴く体制が出来ています。 ○利用者の苦情・要望等については、速やかに「対策会議」で改善策を検討のうえ対応するとともに、全職員に周知し改善につなげています。 ○第三者委員や公的機関の窓口は、重要事項説明書に記載され、施設内に掲示されています。京都市の介護相談員の派遣を申し出ています。		

(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てている。	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)		<p>○毎年利用者アンケートを実施し、分析・検討を行ったうえ、業務改善に取り組んでいます。エレベーター内に掲示して公表されていますが他の方法も工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p>○職員は、介護司会議・職員会議・運営会議等でサービス提供の課題を討議し、サービス向上に繋げています。外部研修などで他事業所の取組について情報収集を行っています。</p> <p>○「事業計画」で定められた目標の評価を職員会議で定期的に行っています。「自己点検表」により達成状況の確認と見直し等を実施し、次年度の事業計画に反映されています。3年毎に第三者評価を受診し、更なる「介護の質の向上」を目指しています。</p>		