

様式 7

アドバイス・レポート

平成30年9月28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30年8月9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」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>1. 毎日の食生活を大切にされています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは、利用者本人のニーズを出来るだけ丁寧に聴き取るよう努力されています。特に、食事に関しては好みを聴き、必ず栄養士がアセスメントシート作成に加わり、利用者一人ひとりの心身の状況に応じた食事が提供されています。 ・どの利用者も美味しく召し上がれるよう、陶器の器を使ったり、嚥下状態の良くない利用者には原形を保ったソフト食にするなど調理方法にも工夫し、食欲が進むよう配慮されています。 ・新鮮な材料で、調査者の我々も頷ける味付けでバランス良く見た目も美しく、尚且つコストを抑えた食事内容に利用者の満足が伝わって参りました。さらに家族や見学の方・地域の方にもご試食いただける企画を設け、是非アピールされては如何でしょうか。 ・職員は接遇マナーが行き届いており、温かな言葉かけや笑顔で利用者に接しておられ、落ち着いた雰囲気の中で食事が提供されていました。 <p>2. 職員間のコミュニケーションがよく取れています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員は意見を言いやすく、管理職も現場の声を聞くように意識されています。職員間の雰囲気も良く、楽しく働かれています。利用者・職員の笑顔が多く見られる施設です。労働環境の整備にも配慮され、職員間のコミュニケーションがよく取れています。 ・利用者を尊重する対応を職員の誰もが出来るようにと、「NGワードゼロに向けて」(利用者とのコミュニケーションの際、ふさわしくないとと思われる言葉を集め、それを各職員がチェックする)を全職員で取り組んでいます。お互いに切磋琢磨しながら利用者本位のサービス提供に向け、職員一丸となって努力されている姿が有りました。
-----------------------------	--

	<p>3. 地域交流を積極的に行う環境が整備されています</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設ホールを活用し、地域で活動されている歌やダンス同好会等の参加を得てフェスティバルを開催、落語演芸会等、毎年恒例となり、地域の方々の多くの参加が得られ、利用者・家族・職員とも交流されています。 ・福祉避難所として災害時における地域との連携に努められ、地域消防会議や地域との連携を意識した避難訓練実施等により、日頃から地域との連携が取れています。 ・広い中庭を活用し、利用者と隣接の保育園の園児と「柿狩り」を楽しむ等利用者が子供たちと共に過ごすことが出来る企画を取り入れておられます。また利用者家族も招待して「ガーデンパーティ」を開催するなど、自然に囲まれた中庭で多くの交流が可能な施設環境です。
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 法人・事業所の中・長期計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての中・長期的なプランを口頭で職員に伝えられているようですが、達成期間を明確にした計画は文書化されていませんでした。 <p>2. ホームページの充実</p> <ul style="list-style-type: none"> ・様々な取り組みをされているにも関わらず、ホームページやブログからはその情報が十分に伝わってきません。法人の1施設として埋没してしまっている感もあるため、フジの園としての取り組みをより分かりやすくする必要性があると感じます。 <p>3. 業務マニュアルの活用</p> <ul style="list-style-type: none"> ・マニュアルは各業務にわたり、整備・充実されており、素晴らしいのですが、それが、職員に十分に浸透するところまでには至っていないように感じられました。マニュアルの読み合わせ等を行われていますが、活用してこそ有効なものであるため、定期的にマニュアルに沿った行動が出来ているか見直す機会があるとより良くなるのではないかと思います。

具体的なアドバイス	<p>1. 中・長期計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none">・理念の実現に向け、35年の実績を重ねてこられ、今、見直しの時期に入られ、次へのステップに向けての取り組み検討を始めようとしていることと思います。・過去を振り返りながら改善点を明確にし、今後の制度の動向等も見据え、更なる高みを目指す多角的な視点を持った計画が必要と思われます。・達成期間を明確にした中・長期計画を策定し、公表することにより、利用者・家族の信頼もより深まり、職員の意欲向上にも役立つものと思われます。 <p>2. ホームページの充実</p> <ul style="list-style-type: none">・ホームページでは取り組みの一部しか伝わってきません。ブログの頻度や内容を見直されると、より利用者や家族に（利用を希望される方にも）施設の活動内容や雰囲気を理解してもらいやすくなるのではないかと思います。・さらに、アンケートの結果をホームページでも公開し、より広く発信されると、取り組みをさらに多くの方に知って頂けるのではないかと思います。 <p>3. マニュアルについて</p> <ul style="list-style-type: none">・マニュアルを全職員に配布しているのは大変良い取り組みですが、いつでも見られると思うからこそ見なかったり、また量が多すぎて読めていないという職員もおられるようです。必要最小限の縮刷版を配布し、特に重要なポイントを強調する等、読みやすい工夫をするとさらに良いと思います。
-----------	---

※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30年8月23日
評価機関名	特定非営利活動法人 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)		① 運営方針、理念は入口すぐの廊下に掲示するとともに、全職員に配布して朝礼や会議にて読み合わせ、認識を深めています。職員自身も互いに切磋琢磨しながら理念、運営方針に沿ったサービスの提供を心がけています。また理念や運営方針が利用者や家族に浸透する様、年間の家族参加行事などを通して取り組んでいます。 ② 職務分掌表が制定され、各々の責任と権限が分かりやすくまとめられています。各種会議には職場の意見が反映される仕組みがあり、委員会のメンバーも明確にされています。ただ各種委員会に参加していない職員も居られるようで、全職員が何らかの委員会に所属して、改善提案など参画意識を持たせる仕組みが必要ではないでしょうか。		
(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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		③ 法人計画を基に、単年度事業計画を策定しています。計画策定には、利用者アンケート等から新たな課題を抽出し、職員会議で意見をまとめ、改善に努めています。しかし理念の実現に向け、達成期間を明確にした法人及び事業所の中・長期計画を策定されることが望まれます。 ④ 各業務レベルにおける課題の達成状況については、毎月の職員会議、運営会議で確認し、必要に応じてフォローされています。進捗状況は数値化するとより分かりやすくなるのではないのでしょうか。		

(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)		<p>⑤ 法令に関する外部研修には管理職等複数で参加し情報を得ています。施設長自ら法令管理者として事業実施に必要な法令をリスト化し、変化する法令をインターネットで把握できる環境を整えています。法令遵守の研修は毎年行い、集団指導の内容等も管理職会議はもちろん、職員会議や朝礼等でも共有されています。</p> <p>⑥ 職員には施設長自ら積極的に声掛けし、気になる職員は個別に話を聞くなどの対応がされています。職員の意見は職員会議等各種会議や委員会にて聴取し、管理職は改善方法について検討されています。</p> <p>⑦ 管理者は同一建物に常駐し、巡回等で状況を確認しています。他の用務等で事業所を離れる場合や公休等においても緊急連絡等が取れる体制になっています。</p>		

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)		<p>⑧ 人材採用規定に沿って採用プロジェクト会議を開催し、通年採用を行っています。採用後必要な資格取得に対しては、費用を全額支給しています。福祉系学校からの採用者の出身学校へは、卒業者を伴って訪問活動を行い人材の確保に努めています。</p> <p>⑨ 職員の職責に応じた研修プログラムがあり、各種研修は年間計画に沿って実施されています。自己評価基準表（チェック表）を活用し、自らを客観的に見直すことが出来るシステムを整えています。管理者は全職員に年2回面談を実施して自らの業務振り返りの機会を設け、特に新職員にはOJTマニュアルに基づき1年を通じて面談を行っています。外部研修については、職員に情報提供すると共に希望を募り、勤務調整等の配慮をしています。</p> <p>⑩ 実習受け入れマニュアルで基本方針を定め、実習指導者は外部の指導者研修に参加しています。介護実習生を積極的に受け入れ、実習終了時にはミニカンファレンスを行って習得状況の振り返りもされています。また、高校のインターンシップ体験事業や中学生のチャレンジ体験等も積極的に受け入れています。</p>		

(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、スタッフが充分に休むことができ、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)		<p>⑪ 職員の時間外勤務は必要最小限に留め、手当を支給しています。年次有給休暇は取得しやすい環境となっています。育児休業法・介護休業法等は就業規則に明記され、常勤・非常勤職員共に、育児休業・時短業務取得実績があります。職員の負担軽減に繋がるよう、直接、看護・介護職員から希望を聞き福祉用具等を購入し、活用しています。</p> <p>⑫ 職員には毎年ストレスチェックを実施しています。ストレス解消やメンタルヘルス維持のためのカウンセリング等は産業医に相談、必要に応じ社会保険労務士にも相談できる体制がありますが、今一度全職員への周知が望まれます。福利厚生制度が有り、ポーリング大会やピヤガーデン等での親睦会を実施しています。休憩室は整備され、ゆったり休める環境が整っています。</p>		
(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)		<p>⑬ パンフレット・ホームページ・機関誌等で事業所情報を開示しています。ホールを活用して地域の方も参加してもらえらるイベント等を企画し、ホームページや施設のエレベーター内に案内掲示したり、地域に呼びかけ多くの参加を募っています。地域のボランティアを受け入れ、利用者との交流を図っています。</p> <p>⑭ ホールを活用し、専門的な技術や情報を地域住民に提供する場になっています。施設には近隣の保育園児や小学生の見学も有り、高齢者とのコミュニケーション、福祉車両の説明等を行っています。災害時の福祉避難施設として指定も受け、地域防災・防火・地域ニーズの把握等、機能できるよう体制を強化しています。また積極的に地域の連絡協議会や運営会議に参加し、地域の情報収集を行っています。</p>		

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)		<p>⑮ 事業所情報は、各種書類にも詳しく記載され、パンフレットも法人バージョン、施設単体バージョンを玄関に準備されています。施設受付には職員が常時在席し、見学・相談の受付等に随時対応しています。ホームページはリニューアルされて大変綺麗ですが、利用者や家族に対してサービス選択に必要な情報提供の充実が望まれます。</p>			
(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)

⑩ 契約時に重要事項説明書を用いてサービス内容を説明し、料金や加算について理解を頂いた上で同意を得ています。理解力や判断能力に支障がある利用者には、後見人や補佐人等に説明をされています。利用者アンケートでは分かりにくいという意見もあったため、説明方法等については今一度確認されるとさらに良くなると思います。

(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)		<p>⑰ アセスメントは初回面接で心身状況や生活状況、望む生活像やサービス内容等を利用者及び家族から丁寧に聞き取り、所定のアセスメント様式に記録しています。特に利用者本人から出来るだけニーズを聞き出すように努力しています。看護師、栄養士、介護士等複数でアセスメントが行われています。アセスメントの見直しは、認定更新時、区分変更時に行われています。</p> <p>⑱ 個別援助計画の策定は、利用者及び家族の意向を反映し、短期・長期目標を設定し同意を得ています。原則家族参加で6ヵ月毎にカンファレンスを開催し、利用者本人及び家族の意向に沿ったサービスの提供に努めています。</p> <p>⑲ 個別援助計画の策定にあたってはFAX等も活用して必ず看護サマリーを取り寄せるなど、情報共有に努めています。近隣の総合病院とも連携し、緊急時にもガイドラインに沿って対応できるように準備されています。</p> <p>⑳ 個別援助計画は3ヵ月毎に見直しを行うとともに、朝礼等を利用し、職員全員から日常の様子を聞いたり、情報共有をするように努めています。</p>		

(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)		<p>㉑ 嘱託医と24時間連絡が出来るようにしている他、協力医療機関とも迅速な受診が出来るように連携されています。入退院時のカンファレンス等には可能な限り出席するように努めています。</p>		

(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>㉒ 各種マニュアルを整備し、職員にも配布され、全職員が周知できるよう読み合わせをしています。見直しは、見直し基準に基づき毎年実施されています。さらに、全職員が日常の業務に徹底して活用されることが望まれます。</p> <p>㉓ 利用者の状況や支援内容は、個別ファイルに適切に記録されています。職員は個人情報の取り扱いに関する研修を受け、入職時には誓約書を取り交わしています。書類は鍵付きの書庫で保管し、パソコンにもパスワードを設定する等、個人情報の取り扱いには細心の注意を払っています。</p> <p>㉔ 利用者の状況等に関する情報は朝礼や定例会議で情報共有され、ファイルに集約し記録しています。そのファイルは休みの職員も情報が分かりやすいよう工夫して作成され、職員全員が共有出来ています。</p> <p>㉕ 利用者の家族等にはサービス担当者会議・来園時等に情報交換を行っています。また、居宅担当の職員は、毎月、利用者の状況を家族等に写真や手紙で知らせています。</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)		②6 感染症予防マニュアルを整備し、職員に配布するとともに研修計画に基づき、食中毒と感染症に関する研修を実施し、予防や対応を徹底しています。感染症流行時期には面会者にも体温の測定・マスクの着用・消毒等をお願いし、日々室温や湿度調整を定期的に確認しています。毎月感染症対策委員会を開催しています。 ②7 施設内は清潔に保たれ、整理整頓が行き届いています。緊急時等動線になりうる場所には印をして物を置かないようにするなど工夫もされています。トイレは使用後毎回消毒を行い、浴室及び排水溝等は日々洗浄するなど、隅々まで清潔が保たれています。調理室は衛生管理が徹底され、毎月点検を実施しています。また害虫駆除は毎年専門業者に委託しています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		②8 事故の定義は「事故防止対策マニュアル」等で定め、具体的な事故対策もマニュアル化し活用しています。可能な限り毎月避難訓練を実施し、心肺蘇生等の職員研修を行っています。 ②9 事故が発生した場合はマニュアルに従って適切に対処した上で、利用者本人や家族、行政等に連絡・説明しています。事故やヒヤリハットは毎月集計し、原因の究明、再発予防のための取り組み等について会議を開き検討されています。 ③0 各種災害のマニュアルが整備され、地域連携を意識した防火避難訓練を法人敷地内施設合同で実施しています。また、施設ごとにも自主的に避難訓練等を実施し、特にリスクの高い夜間想定を重点的に実施しています。福祉避難所として登録され、備蓄品も整備されています。今、非常災害時の帰宅困難職員に対する対応マニュアルの整備を進めています。		

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)		<p>㉑ 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行うことが、運営方針に明確にされています。「法令遵守」「身体拘束」「プライバシー保護」「職業倫理」「人権擁護」「高齢者虐待防止法」等の研修を計画的に実施、利用者の尊重に努められています。また、利用者とのコミュニケーションの際、ふさわしくないとされる言葉「禁止ワードゼロへ向けて」のアンケートを職員に行い、利用者の尊厳の保持に役立っています。</p> <p>㉒ 毎年プライバシー保護についての内部研修を行っています。具体的な方策として、浴室にはカーテンやスクリーン、トイレには扉を設置しプライバシー保護に努めています。</p> <p>㉓ 毎月の入所判定会議では、京都市の入所指針をベースにした施設の入所指針に則り公平に行われています。医療的ケアが必要等やむを得ない理由で入居できない場合には、その旨利用者家族に説明しています。近隣の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターとも密に連絡を取って対処しています。</p>			
(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	公的機関等の窓口に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)		<p>㉔ 利用者の意向については、担当者会議やモニタリング時、利用者アンケート等で収集しています。また、玄関先にアンケートボックスを設置し、意見を伝えられるようにしていますが、もう少し人目に付きにくい場所に設置されると尚良いのではないのでしょうか。</p> <p>㉕ 全職員が「クレームは利用者からのラブコール」と受け止め、即座に対策会議を行い、施設長を始め各部署を交えた組織的対応を心がけるなど利用者の意向には可能な限り迅速に対応しています。また、その意向はファイルにまとめ、匿名性を確保した上で玄関入り口に誰でも、いつでも閲覧できるようにしています。さらにお便りやホームページでの公開が望まれます。</p> <p>㉖ 相談・苦情窓口は玄関やエレベーター内にも掲示し、分かりやすくしています。定期的に第三者委員には受け付けた苦情や対応方法を報告しています。</p>			

(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)		⑳ 利用者の満足度を調査するため、毎年アンケートを実施し、結果は施設内に掲示しています。アンケート集計と共に利用者から聴き取ったこと等を職員会議で諮り対策を立てています。 ㉑ 毎月の職員会議で、サービスの質の向上に向け検討しています。会議に参加できない職員についてはあらかじめ議事内容についての意見を求め、全職員の意見を尊重する体制を取っています。他事業所との情報共有や意見交換を行い、サービスの質の向上に努めています。 ㉒ 事業計画で定めた目標の進捗状況を運営会議等で確認し、必要に応じて軌道修正するとともに、次年度の計画策定に生かしています。第三者評価を3年ごとに受診し、継続的に業務改善に取り組んでいます。		