

様式 7

アドバイス・レポート

平成30年5月25日

平成30年3月7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山城ぬくもりの里 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>(通番8) 質の高い人材確保 有資格者の採用を基本とし、より質の高い介護サービスを提供しています。職員に対するキャリアアップの仕組みも確立しています。地域との絆を深めるため、施設の職員だけでなく、シルバー人材センターの活用により地域貢献を希望される方の活動の創出や活動支援に結び付けていることは、すばらしい取組と思います。</p> <p>(通番14) 地域への貢献 次世代への福祉体験受入れの取り組みをはじめ、地域住民の認知症の理解を深める認知症サポーター養成講座の実施や、法人において5ヶ所の認知症カフェの運営は、認知症の方とその家族を支える拠点となる活動であり、まさに“認知症の方にやさしいまちづくり”に向けた取り組みを実践しています。</p> <p>(通番38) 質の向上に対する検討体制 「家庭的な暮らしと笑顔のケア」という思いをもって、入所者・家族が安心できる施設として、丁寧な介助が実施できるよう、ケア向上委員会(食事・入浴・排泄)を月1回開催し、多職種が協働して質の向上に取り組んでおられました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 人材確保の難しさや制度改正がある中で中・長期計画については作成しづらい等の理由で、年度ごとに計画を策定しています。</p> <p>(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長が入所者に寄り添い、現場に足を運ぶことを実践しています。それにより職員とのコミュニケーションの機会が多く、意見の言いやすい風通しの良い組織体制、働きやすい職場となっています。なお、定期的に職員が施設長を評価する仕組みがありませんでした。</p> <p>(通番27) 事業所内の衛生管理等 清掃は業務委託により実施しており、毎日清掃終了後に口頭で状況報告を受けているとのことでしたが、その内容が記録として確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス

- ・法人理念である「支えあって ほほえみあって 安心して住める町 きづがわ」を不変のものとするべく、木津川市高齢者福祉計画・介護保険事業計画等を参考とし、さらにこれからの要介護等認定率並びに認知症の方の増加や、団塊の世代が後期高齢者となる2025年以降の木津川市の状況を見据えた中・長期計画を作成することで、さらに地域に根ざした施設になっていくと思われれます。
- ・職員が施設長を評価する仕組みとして、例えば、職員に対して匿名でアンケート等を実施し、施設長以外の役員等がその結果を確認し、施設長本人に伝えてもらう等の取組を行うことを検討されてはいかがでしょうか。職員は施設長の評価を実施するにあたり、参考として他の職員の仕事ぶり等をよく観察するようになり、他の職員や施設長の良いところにより気付くことができ、更には自らの業務にも活かせるようになること等が期待できます。
- ・清掃後の状況について口頭で報告を受けておられるとのことでしたので、チェックリスト等を施設で作成し、記録に残されてはいかがでしょうか。記録の中にコメント等を記載する備考欄も盛り込むと、清掃中に発見された不具合等も記録として残すことができると考えます。

※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。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2671400196
事業所名	特別養護老人ホーム山城めぐもりの里
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、通所介護、訪問介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成30年3月23日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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)		法人の理念が職員一人ひとりに浸透しています。入所者等にはホームページへの掲載や家族会で周知しています。職員は運営方針に沿ってサービスを提供しています。ユニット会議→リーダー会議→管理者会議→理事会と体系的に会議が開催され、現場の声が吸い上げられる仕組みとなっています。			
(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。	B	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)		各種会議で検討した課題や目標を軸に単年度ごとに事業計画を立案し、目標の達成に向けて取り組んでいます。中・長期計画は作成せず、年度ごとの地域のニーズや課題を重視しています。各業務レベルにおいて半期ごとに振り返りを行い、課題の達成状況の確認や評価を行っています。			
(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。	B	B	
	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)		同一の事務所に運営責任者と現場責任者がおられ、必要な情報を共有できる体制となっています。ユニットや事業所単位で自主点検を実施したのち、全員で意見交換を行い法令の理解に努めています。半期ごとに上司が人事考課表を用いて職員の意見を聞く機会がありますが、職員が施設長を評価する仕組みがありませんでした。施設長は日々の業務日誌を確認するだけでなく、自らが入所者に寄り添うとともに職員とのコミュニケーションも図っておられます。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)		有資格者の採用を基本としています。無資格者に対しては初任者研修の受講をサポートする体制を整備しています。採用後は、介護福祉士・介護支援専門員・社会福祉士等の資格取得支援の仕組みがあります。法人全体で新人研修(一般)・リーダー研修(中堅)・管理者研修(上級)と段階的に知識・技術を身につけることのできる仕組みがあります。社会福祉士や介護福祉士等の実習生を受け入れています。また、地域の小学校(2校)において福祉体験学習の受け入れや、認知症サポーター養成講座の講師を担当しています。ただ、実習指導者に対する研修が実施されていませんでした。		
(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)		有給休暇の取得やノー残業を推進する等、労働環境の整備に努めておられます。職員の身体的な負担軽減を図るための委員会を設置し、腰痛体操を奨励したり福祉機器(移動用リフターやスライドシート等)を導入する等の取組を行っています。就業規則にハラスメントに関する記載がありました。ストレスチェックを実施し産業医につなぐ仕組みがありました。プライバシーが保たれ、かつ十分に休むことのできる休憩場所(たたみの部屋)が確保されています。		
(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)		地域に開かれた施設となるよう、夏祭りの会場として交流スペースを開放するなどの取組を積極的に行っておられます。地域のボランティアの受け入れ体制を整備し有機的に機能していました。毎月広報誌を発行し地域に広報しています。入所者と地域とのつながりを意識しておられます。		

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	A
		(評価機関コメント)		入所申し込み相談表の記録から丁寧な情報収集や情報提供を行っている様子がうかがえました。また、メールでも相談を受けており、時代に即した対応をされています。		
(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、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)		重要事項説明書を用いてサービスの利用料金等について丁寧に説明を行っています。保険外の費用については1項目ごとに同意書を準備し、同意を得られていました。		

(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)		目標設定は長期→短期→対応するケア項目、介護内容、留意事項ときめ細やかに設定しています。モニタリングもユニットの担当職員がきめ細やかに実施し、24時間シートや生活記録など記録も充実していました。職員が一人の利用者に対してしっかりとかかわっています。		

(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)		入所時や退院後の帰所時には関係機関から診療情報や看護サマリー等を入手し、入院の際にも関係機関へ必要書類を交付していました。医療面においても安心できる体制が整備されています。		

(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。	A	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	B
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。	B	B
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)		記録がきめ細やかに整備されており、利用者一人ひとりをしっかり見ておられます。情報共有もしっかり行っており、利用者本位のサービス提供がなされていることがうかがえました。なお、マニュアルや規程等をより整備することが課題と思われます。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		施設内の臭気はありませんでした。感染症に関しては、流行する前に研修を行い、入所者が罹患した場合は適切に対応しています。今後も継続して取り組んでいただきたいと思えます。清掃に関しては、委託業者から日々の状況報告を口頭で受けていますが、その内容が記録として確認できませんでした。		

(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)		避難訓練をしっかり実施していました。事故報告書には、事故の概要や家族への対応、検討内容等がわかりやすく記載されています。		

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
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)	介護方針に入所者の人権や意思を尊重したサービス提供のことが明示されています。「高齢者虐待防止・身体拘束ゼロ推進委員会」で全体研修や職員アンケートを実施しています。他部署の点検パトロールを行い、各部署同士による報告を行ったり、自部署に持ち帰り振り返るシステムがありました。プライバシーの保護や羞恥心への配慮に関する業務マニュアルがありました。多床室内はカーテンで仕切る等プライベートな環境になっています。新人研修や全体会議でプライバシーをテーマにした研修が実施されていました。入所申込面談表に申込には、対応したすべてのケースが記録に残されており、やむを得ず入所して頂けない場合は入所指針に基づきその理由を丁寧に説明し、必要に応じて他の医療機関等を案内していること等が確認できました。				
(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	B
	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。		B	A
	(評価機関コメント)	入所者ごとに担当の介護職員を配置し、年1回の家族会やサービス担当者会議の開催時、面会時等に家族等と話をする機会を設け、入所者に関する家族からの問い合わせは担当職員に寄せられる仕組みがあります。意見箱に投函された意見・要望・苦情や直接家族から寄せられた苦情の内容を各会議で報告し、すべての職員に周知し、改善報告書を作成されていますので、改善した内容を広報誌等に公開することを検討されてはいかがでしょうか。公的機関等の相談窓口を重要事項説明書に明記するとともに地域の民生委員を第三者の相談窓口として設置しています。介護相談員は受け入れていませんが、週3日シルバー人材センターからボランティア（入所者の見守りや傾聴等）を受け入れ、入所者の声を職員に伝えて頂いています。				
(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っている。		B	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	B
	(評価機関コメント)	利用者の満足度調査を年1回実施し、管理者会議において調査結果に対する改善策等を検討しています。苦情に関しては記録に残し、ユニット会議で職員に周知し改善報告書を作成するというPDCAサイクルが確立しています。調査結果を広報誌に掲載しています。ケア向上委員会（食事・入浴・排泄）を毎月開催し、サービスの質の向上に向けた検討を行う体制があります。なお、施設独自で自らの提供するサービスの内容や質等を評価する体制を整備されると、より質の向上につながると思われます。				