

## アドバイス・レポート

令和2年2月17日

令和元年10月18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 和順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>通番 7 管理者等による状況把握 本年4月の人事異動で介護現場から抜擢された新施設長は、毎日現場の巡回を行い、職員とのコミュニケーションをとって自身の経験を踏まえた介護・看護ケアの問題点を洗い出しています。また前施設長も相談役として現場を応援し、互いに業務の質の向上に努め、施設の運営にあたっています。</p> <p>通番 9 継続的な研修・OJTの実施 研修について、1つの研修に、より多くの方が参加できるように複数回、複数日開催し、全職員が参加できる仕組みがありました。</p> <p>通番 21 多職種協働 入院されたご利用者の退院前カンファレンスには生活相談員が参加し、電子記録にて情報の共有が図れています。また、嘱託医の回診には、看護師だけでなく介護職員も同行することで、日常の詳細を伝え情報共有、対応ができています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番 4 業務レベルにおける課題の設定 年度ごとの事業計画が策定されており、それに基づき各計画の実行がされていますが、その定期的な達成状況の評価、見直し等の作業が行われていませんでした。</p> <p>通番 22 業務マニュアルの作成 勤務形態毎の業務の流れと役割の手順を作成し、職員教育の時に介護マニュアルを活用しています。また随時変更もしているとのことですが、最新かどうかの履歴がわかりませんでした。</p> <p>通番 30 災害発生時の対応 災害対応マニュアルは作成され、災害訓練を実施しながら内容の確認をされているところでしたが、地域との連携について意識されたマニュアル、訓練にはなっていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>重度の要介護者が入所者の多数を占め、平均年齢が90歳近くの状況で、ケア職の人材難の中、現場での看護、介護ケアの対応は大変と思いますが、その状況においても、職員が頑張られている部分が確認できました。</p> <p>通番 4 業務レベルにおける課題の設定 課題の設定から事業計画の策定までは評価できますが、その定期的な見直しの資料づくりが求められます。また、円滑な運営を行う上で、間接業務の効率化・合理化を図るためにも事務部門の人員配置も再検討ください。</p> <p>通番 22 業務マニュアルの作成 最新版であることを明確にし、変更がなくても定期的に見直しをすることで更に実用的なマニュアルになると思われます。施設内の情報共有ツールに最新のものをアップするなどの工夫をされるのもよいかと思います。</p> <p>通番 30 災害発生時の対応 中山間地域であるという地域性も考慮した地域とのつながりを築くことは今後の災害時のみならず連携を深めるものになると考えます。</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。

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2670100508
事業所名	特別養護老人ホーム 和順の里
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和元年11月21日
評価機関名	(一社)京都府介護老人保健施設協会

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
<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。	B	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)		理念・運営方針は館内玄関などの目立つところに掲示され、名札にも明記されています。広報誌「和順の里だより」に理念を掲載して地域・関係先に配布され、理念・運営方針が周知されています。主な意思決定機関として、評議員会、理事会、代表者会議、委員会、フロア会議があり、定期的開催され意見収集を基にして案件が決められています。		
<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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		法改正、利用者ニーズに基づいた介護サービスの課題、問題点の洗い出しのプロセスが確認できませんでした。設定した課題を受けて、各業務レベルでの具体的な計画策定、その定期的な達成評価及び修正・見直しなどが確認できませんでした。		
<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。	B	B
		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)		法令のリスト化が見当たりませんでした。施設長の自らの責任の文書化については、お便り「和順の里」で確認できました。介護現場から抜擢された施設長は毎日、現場へ行って、職員とのコミュニケーションを図るほか、現場の業務にもあたっています。		

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。	B	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。	B	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)	平成31年度事業計画に人材確保に関する計画が記載されており、様々な手段を用いて人材確保に向け取り組まれています。有資格者や実務経験者を優先的に採用する体制はありますが人材不足と求職者が少ない中、人を選べる状態でないことがヒアリングにて確認できました。事業計画にて年間の研修計画が作成されており、計画に基づき、研修が実施されました。実習は、積極的に受け入れをする仕組みがあり、現在佛教大学の看護実習、社会福祉士の実習の受け入れを行っています。地域の小中学校のチャレンジ体験などの受け入れは行っておられませんでした。			
<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。	B	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る休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)	有給休暇や超過勤務について、事務にて管理されており、施設長が把握する仕組みがありました。また施設長が毎日、現場をラウンドし、何かあればいつでも相談できる環境が整えられています。ヒアリングからも現場に近い施設長で相談しやすい事が確認できました。スライディングボードや個浴にリフトを設置するなど負担軽減の工夫をされていました。ハラスメント防止規程を定めており、「苦情解決制度」を活用し要望・苦情を「苦情解決制度窓口」に相談を申し出る仕組みが確認できませんでした。			
<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。	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)	「和順の里だより」が発行され、地域に配布されています。情報の公表制度は地域住民に広報できていませんでした。地域のお祭りなどは御旅所として活用されており、ご利用者も参加できるようになっていました。バザーを毎年開催し、介護相談所を開設されています。また地域の少年サッカーチームのボランティアや佛教大学のボランティアなどを受け入れています。以前は、地域住民を対象とした介護教室や講演会などが実施されていましたが、現在はできていません。			

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
<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)	施設のホームページ、パンフレット、広報誌等でサービス内容が紹介されています。施設玄関横の掲示板一面を使って、その概要が網羅されています。見学者は気軽に訪れることができます。			

(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)		施設利用契約書、重要事項説明書が整っていて、それに基づいた説明が行われています。権利擁護が必要な場合には、成年後見人制度を利用しています。		
(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。	B	B
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)		電子記録システムの中にあるアセスメント様式を用いて、各担当専門職と計画担当介護支援専門員が連携して丁寧にアセスメントできています。ご家族やご本人にサービス担当者会議へ参加していただくことが難しいようです。栄養、機能訓練計画書も作成され、看取りもされており、こまめな見直しも確認できました。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		この数年長期入所者で家に帰られたご利用者はおられません。入院されたご利用者の退院前カンファレンスには生活相談員が参加し、電子記録にて情報の共有が図れています。また、嘱託医の回診には、看護師だけでなく介護職員も同行することで、日常の詳細を伝え情報共有、対応ができています。		
(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。	B	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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		事業所内の情報共有ツールの中に、リスク・感染対策のマニュアルを掲載しています。介護業務においては勤務形態毎の業務の流れと役割の手順を作成し、職員教育の時に介護マニュアルを活用しています。また随時変更もしているとのことですが、最新かどうかの履歴がわかりません。個人情報の保護に対してはメモにおいても取り扱いに注意した業務をされていましたが、取り扱いに係る決まりや研修の記録が確認できませんでした。職員間のカンファレンスはこまめにされていることが記録より確認できました。ご家族等への連絡は介護支援専門員がモニタリング時や来所されないご家族には近況を記したものを送付されています。		
(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。	B	B
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)		感染症予防の研修は行われており、この季節のインフルエンザ対策もされています。最近は無ウイルスの感染もないとのことですが、以前の経験から大変さを伝え発生時の対策の訓練をされていました。マニュアルは更新が確認できませんでした。施設内は清潔に保たれており、臭気も気になりません。嘱託の清掃職員と外部委託の清掃業者により衛生管理をされています。		

(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。	B	B	
(評価機関コメント)		事故発生時のマニュアルは図式化され、わかりやすいものになっています。緊急対応時の手順も各サービスステーションの見やすいところに掲示されています。災害対応マニュアルは作成され、災害訓練を実施しながら内容の確認をされているところでしたが、地域との連携について意識されたマニュアル、訓練にはなっていませんでした。			

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。	B	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。	B	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。	B	A	
(評価機関コメント)		全研修において、複数回、複数日開催して、全職員が参加できる仕組みがありました。毎月のフロア会議ではプライバシーや個別ケアなど日常の業務について振り返り、検討、対応する仕組みが確認できました。入所を受け入れられない場合は、その都度丁寧にその理由を説明し、他の事業所への紹介などをされる仕組みが確認できました。			

##### (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。	B	B	
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。	B	A	
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口にご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	B	
(評価機関コメント)		元々現場で働いていた施設長が毎日ラウンドし、ご利用者との会話の中から意見・要望・苦情を聞き出す仕組みがありました。また食事委員会では管理栄養士が食事に関する意見・要望を確認し、報告・改善がされていました。「ご意見はがき」について、意見・要望・苦情の受入と対応は代表者会議にて検討されていますが、ご意見箱が前回と違い事務所から見えない場所に設置されていました。苦情解決対応マニュアルに苦情解決の手順が定められています。生活相談員が相談しやすい立場となっており、面談時やその都度確認されています。			

##### (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	B	
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。	B	B	
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)		満足度調査を実施されておりました。担当者は施設長がされており、満足度調査回収後の集計、分析の最中で、流れとして代表者会議にて分析・検討することがヒアリングにて確認できました。毎月の代表者会議にて目標設定はされていますが、実施内容の検証・評価はされていませんでした。第三者評価の受診について、前回同様、第三者から見ると組織的に受診されているように感じませんでした。			