

アドバイス・レポート

2020年2月10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

2019年9月11日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人福祉施設にしがも舟山庵」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 (※)	○管理者のリーダーシップ 毎月発行される施設長通信などに見られる施設長の率先垂範の行動に、全職員が連携して、利用者本位の施設運営が行われています。課題解決のため、意見箱の設置等により様々な意見を収集し、独自の業務改善プロジェクトにて検討され、改善を実行されています。トップダウンとボトムアップをうまく活用し、施設の運営を展開されています。 ○快適な施設環境 利用者にとって生活の空間として設計されたこの施設は、広い廊下、明るい採光異臭の無いスペース、プライバシーに配慮された居室、清掃の行き届いたスペース、利用者制作による作品展示など、いたる所に住む人のアメニティ性を追求されています。また、スタッフに対しても作業空間の配慮、十分に休憩できるスペースの確保等、働きやすい環境を実現されています。 ○地域貢献への取り組み 地域の行事への利用者と職員の参加、施設の一部の地域の行事への貸し出し、施設の行事への地域住民に参加、医療・福祉に関する研修会の実施や相談窓口の開設等、様々な取り組みにより地域とのふれあいを深められており、地域とのつながりを大切にしています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○個別支援計画の見直し時期 個別支援計画の一部は3カ月で見直しが行われていますが、施設サービス計画に関しては、6カ月に一度のモニタリング実施となっています。 ○現実に即したマニュアルの作成と活用 現在、マニュアルに関してはほぼ問題なく運用できていると思いますが、業務マニュアルと24時間シートに少し差がありました。また申し送りや引継ぎを行う仕組みが一部、現在作成中です。 ○第三者への相談機会の確保 第三者の相談窓口を設置されたり、苦情に関して第三者委員と連携して改善を図られています。しかし、施設内に外部人材を行き入れ、利用者の相談機会の相談機会の確保において、ボランティア以外の市民オンブズマンや介護相談員などの人材受け入れが十分とは言えません。

具体的なアドバイス	介護老人福祉施設にしがも舟山庵は、社会福祉法人京都社会事業財団の一員として、平成22年（2010年）に開設された特別養護老人ホームです。京都市北区の静かな環境の良い、五山送り火の舟形が点火される船山のふもとに位置しています。施設の構造は、2階建てで居室は80床あり、ユニットケアを行っています。この施設の特徴の一つとして、隣には「にしがも透析クリニック」があり、透析が必要な利用者が安心して入所でき、透析を受けることができます。また、広い廊下、明るい空間、フレッシュな空気へのこだわり等、居住環境への配慮がなされ、利用者が快適な時間を過ごせるようにしています。また、職員の労働環境への取り組み・整備にも尽力されています。 今回の第三者評価においてのアドバイスは下記のとおりです。 ○利用者の状況変化をいち早く知ることができ、時々に応じて適切な対応を行っていくためにも、定期的な個別支援計画のモニタリング・見直し時期をすべて3ヶ月に統一していただくことが望まれます。 ○作成されているマニュアルと実際の仕事の内容が異なることのないよう、できるだけ時間差がない改善に心がけてください。スタッフの業務経験による差や、スタッフの年齢の差によるバリアーを解消し、わかりやすく、誰にでも優しいマニュアルの作成に心がけてください。 ○現在でも施設の透明性や利用者の意見のくみ取りに尽力されていることは分かりますが、直接、外部の人材に話せる機会を作ることで、より利用者本位のサービスを提供につなげることができると考えます。適切な人材の確保は難しいかもしれませんが、外部の人材を確保されることが望まれます。
------------------	---

※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)

※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

評価結果対比シート

事業所番号	2670100813
事業所名	介護老人福祉施設 にしがも舟山庵
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	2019年11月28日
評価機関名	京都社会福祉士会

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. 施設の理念及び運営方針等を名刺の裏側、各スタッフルーム、会議室、玄関、広報誌等に記載しており、職員や家族等にも分かりやすく示しています。 2. 年2回実施されている個人面談のほか、昨年度から始まった全職員参加型の業務改善プロジェクト（ケアと生活を支える土台づくりプロジェクト）で、施設への提案や要望を把握し、全体で改善を図っています。			
(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。	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. 毎月の運営会議で施設の課題を検討しています。全職員参加型の業務改善プロジェクトを2か年計画で実施しています。職員アンケートや家族アンケートにより、質の向上に関するデータ収集をしており、それを各種計画作成に役立てています。 4. 業務改善に必要な課題が職員から出され、また部署ごとに設置している「意見箱」を使い意見を収集しています。集まった意見等は業務改善プロジェクトに上げ、課題の見直し・改善を行っています。			
(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. 遵守すべき法令は分かりやすく分類しています。重要な法制度の変更については、運営会議や研修会で職員に周知しています。集団指導の資料など、職員が閲覧した方が良い資料に関しては、図書コーナーに常設しています。 6. 施設長は職員全員へアンケートを行ったり、施設長ポストなどを使って意見を聞いたりして、職員の想いを把握することに努めています。また、施設長は、施設長通信を発行し意見表明をしています。 7. 施設長は毎日、日誌・各種報告書・諸記録の確認を行い、必要に応じて現場状況の詳細を確認しています。緊急時のフローチャートを作成しており、手順や担当職員を明記し、職員に徹底しています。			

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	
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)		8. 求める人物像を4K（気づく、感じる、考える、語り合う）として整理しており、4Kを意識して採用活動を行っています。運営会議及びユニットリーダー会議にて、人員体制や採用活動について検討しています。また、勤務表に常勤・非常勤、有資格者を記載し、組織図において配置状況を確認しています。 9. キャリアパス制度により、階層別の研修を実施しています。階層別では初級から指導職員やエキスパート職員など本人の状態に合わせたプログラムを構築しています。また、できるだけ多くの職員が外部研修に参加できるよう、配慮しています。 10. 実習受け入れマニュアルを整備しています。また、社会福祉士実習生、インターンシップ、介護体験などの受け入れを行っています。実習担当者は必要な講習に参加しています。			
(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、具体的な取り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)		11. 毎月開催の運営会議等において有給休暇の管理を行っています。育児休業、介護休業は規定に基づき実施しています。職員の腰痛防止や利用者が安全に介護を受けられるよう、各ユニットにスライディングボード・スライディングシート・圧抜きグローブを設置しています。 12. ストレスチェック制度の導入し、外部専門医の配置、相談窓口を設置しています。宿直室にベッドを設置している他、男女別の更衣室にもベッドを設置し、従業員の疲れた時の配慮をしています。職員歓迎会や忘年会、部署別懇親会等において、金銭的な一部補助を行い、ストレス解消と職員の連携を行っています。			
(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)		13. 施設の概要や運営理念を公開しており、施設見学を随時受け入れています。施設の駐車場を地域の地蔵盆に提供したり、施設のお祭り（舟山庵祭り）には地域住民に参加してもらったりしています。ボランティアも受け入れており、楽しいふれあいの場を作っています。 14. 地域に向けての研修会「健康講座とシャボン玉ショー」を開催しています。地域住民から介護保険に関する相談をしてもらうことを目的に、毎月第1日曜日に「ナナイロ喫茶」を開催しています。高齢者施設で働く魅力を発信する「ハートメッセンジャー」活動に、生活相談員や介護職員が参加しています。			

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
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)		15. パンフレットやホームページは、事業所として大切にしていることを分かりやすく記載し、情報提供しています。問い合わせや見学希望に対して随時対応しており、記録を残しています。			
(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)		16. サービス開始にあたり重要事項説明書にて利用料金など説明し、同意の捺印をもらっています。理美容代など保険外サービスについて項目は正しく記載しており、入所途中から成年後見制度を利用し始めた利用者については、成年後見人と契約を交わしています。			
(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。		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。		B	B
	(評価機関コメント)		17. 独自方式のアセスメントを実施し、ケース記録で必要な情報を共有しています。管理栄養士は3カ月に1回、施設ケアマネジャーは、施設サービス計画書を半年に1回モニタリングを行い、カンファレンスを開催しています。 18. 利用者からの要望をケース記録に記載し、利用者の思いを共有しています。また、カンファレンスの案内時には家族の思いも確認し、必要に応じて計画書に反映しています。 19. カンファレンスの際には、主治医の意見をもとに計画を作成しています。また必要に応じて、PTやOTのアドバイスを受けています。 20. 状態の変化時には随時カンファレンスを実施し、計画等の見直しを行っています。定期的な見直しは半年に1回となっており、3カ月の基準は満たせていません。			
(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)		21. 施設の嘱託医だけではなく、入院先との関係者との連携を行い、受け入れ体制を整えています。協力病院から月2回の理学療法士、月1回の言語聴覚士の訪問があり、意見を聴取しています。			

(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	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. 各部署にマニュアルを整備しており、いつでも見られる体制を取っています。事故報告は事故防止委員会で検討し、報告書を作成しています。その中で共有していくべき内容について、各利用者の情報シート（24時間シート）を作成し、職員が業務の手順書として活用しています。ただ、業務マニュアルと24時間シートの内容に少し差がありました。 23. 施設全体で運用している介護福祉分野の支援ソフトウェアがあり、サービス種別により経過を確認できます。個人情報保護について、利用者のプライバシーを守るためのマニュアル（プライバシー保護マニュアル）に基づき運用しており、情報の外部に持ち出し防止のため、持ち出し規定にて運用を行っています。 24. ケース記録等で利用者の状況等を確認し、月1回の会議で話し合いが行われています。カンファレンスには各専門職が参加しています。参加できない職員には会議録を配布して情報共有を行っています。 25. 月1回、舟山庵だよりで施設の様子を伝えています。また、月1回の「ナナイロ喫茶」開催や、年1回の家族懇談会で、利用者の様子や施設の取り組みを説明したり、意見交換をしたりしています。		

(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. 外部研修に参加し感染症に関する情報の収集に努め、マニュアルを整備し、適切に更新も行っています。入職時には感染症等の研修を行い、その後も定期的にノロウイルス等に対する実地研修（実際に感染防止用具を使つての研修）や、感染予防について研修（座学）を行っています。 27. 年4回の害虫防除を実施しています。各ユニットには臭気対策として空気清浄機を設置し、衛生管理に努めています。		

(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. 各種緊急時対応のマニュアルを整備しています。また、事故予防の研修は、入職時と年2回の定期研修を行っています。緊急時の指示系統や連絡網を整備しています。 29. 事故があった場合は、カンファレンスを開催、記録を作成し、本人・家族に説明しています。発生した事故については、速やかに保険者に報告しています。事故やヒヤリハットは事故防止委員会で原因分析、再発防止を行い、施設全体で情報共有を図っています。 30. 災害発生時のマニュアル作成しており、年2回の火災訓練を行っています。指示系統や緊急連絡網は定期的に更新しています。防災担当委員が地域の訓練や、BCPの勉強会にも参加しており、施設内でその情報共有を図っています。		

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
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)	31. 高齢者の尊厳に関する規定、マニュアルを整備しています。権利擁護委員会が中心となり、不適切ケアについてのアンケートを実施する等、組織として日常業務を振り返る機会を作っています。年2回、虐待防止及び権利擁護・身体拘束に関する内部研修を全職員に対して行っています。 32. 利用者のプライバシーに配慮した「プライバシー保護マニュアル」があり、その研修も行っています。具体的な方策として、「利用者の尊厳を支えるための人的ルール」に展開して、日々の実践を行っています。また、職員の自己評価チェックリストを運用し、年2回、実践状況の振り返り確認を行っています。 33. 入所者の決定は入所検討委員会において、公正に判断しています。入所検討委員のメンバー表もあり、第三者委員も参加しています。受け入れられない基準はなく、申し込みを断ったケースはないとのことです。				
	(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	B	
	(評価機関コメント)	34. 施設の基幹システムのケア記録の中に「意向・想い」という分類があり、聞き取った入居者の意向を入力し、情報を共有しています。意見・要望・苦情が出やすい環境を作るため、ポスター掲示をしたり、入居者懇談会「ふれあいの会」を毎月開催したりしています。 35. 利用者からの意見・要望・苦情は、権利擁護委員会や運営会議で報告し、対応を行っています。また、内容を毎月発行の「舟山庵だより」に掲載しています。利用者またはご家族が自由に意見を投稿できる「意見箱」に入れられた意見等については、事務所に掲示し、公開しています。 36. 第三者の相談窓口を設置しポスター等で告知しています。苦情内容については第三者委員に報告し、意見をもらっています。公的機関の相談窓口を重要事項説明書に記載し、説明しています。しかし、市民オンブズマンや介護相談員等の、外部の人材受け入れによる利用者の相談機会の確保については、現在はできていません。				
	(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。	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. 家族アンケートを年1回実施しています。その内容を各部署や運営会議で分析しています。入居者懇談会「ふれあいの会」で入居者の意見を聞き、運営会議等で情報を共有しています。 38. 毎月開催している運営会議で、各委員会の取り組みを報告し検討しています。業務改善プロジェクトを通して、サービスの質の向上を図っています。外部研修、他施設見学などの新しい情報を各種会議で報告し、情報共有を行っています。 39. 運営会議にて、事業計画における事業の進捗を報告し、評価する仕組みを作っています。家族アンケートにより、問題点や改善案等を検討し、次年度の計画に反映させています。第三者評価を3年に一度受診して、業務改善を行っています。				