

アドバイス・レポート

令和 2 年 7 月 1 5 日

令和元年年 1 1 月 2 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 綾部はなみずき 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>(通番9 継続的な研修・OJTの実施) 教育委員会を設置してキャリアパス、年間研修計画をが策定しています。また、全職員に内部でテスト新人教育プログラムや役職に応じた階層別研修と合わせ、OJT研修、事例検討会、全体場で発表する実践研究などきめ細かいプログラムが実施されています。研修会の内容は動画に収めネットワークを通じて職員がいつでも閲覧できるようにしています。外部の研修案内は職員通用口に都度掲示し、参加を促しています。こうした研修の仕組みやすべての職員が学ぶことができる環境づくりは評価できます。</p> <p>(通番17～20 個別状況に応じた計画策定) 家族・利用者全ての方に入所前面接を行い、独自のアセスメント用紙(入所前面接用紙)を基に暫定プランを作成しています。入所1カ月後に多職種による担当者会議(看護師・介護支援専門員・機能訓練指導員・生活相談員・介護職員等)を経て、本プランを立て、利用者、家族の同意を得ています。 ケアプラン作成マニュアル(ケアマネ業務マニュアル)に基づいて、毎月ADL、日常行動モニタリング表にてモニタリングを行っており、6か月ごとにケアプランの見直しを行っています。</p> <p>(通番29 事故の再発防止等) リスクマネジメント委員会を月1回開催し、統計分析され検討がなされています。事故発生時には事故報告書を作成して対応しています。1か月をめどに事故後の対策を書面にて評価しています。事故やヒヤリハット事例は月200件を超える報告となっています。気づきを高めるための研修を行い、意識の向上を図っています。日々の中で言いやすい雰囲気など風土づくりは高く評価できます。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>特にありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>特別養護老人ホーム綾部はなみずきは社会福祉法人京都眞生福祉会の運営する拠点の一つとして、平成24年4月に三方を桜並木とはなみずきの街路樹に囲まれた立地に開設されました。平成26年には新館を増築し、ユニット型の特別養護老人ホームとして現在は、定員180名、ショートステイ20名の受け入れを行っています。また、同一敷地内にグループホーム、事業所内保育所も併設しています。</p> <p>事業所理念として”人と人との「絆」を大切にし、心ある豊かな暮らしの実現を目指します”を掲げ、その具体化に向けた実践をされています。</p> <p>第三者評価当日は、職員のあいさつが徹底されていて職員同士のチームワークの良さも見受けられました。管理者からは、前回の第三者評価受診後の3年間は主に人材育成に力を入れてきたとお伺いしました。具体的には、階層別研修のほかにOJT研修、事例検討会、実践研究などきめ細かいプログラムが実施されていました。研修に参加できなかった職員のために動画で見られるようにしたり、介護図書室が設置されていました。</p> <p>事業所の組織運営については、意思決定の方法が明確に定められており、利用者満足度調査や職員の意見等について各種会議・委員会を通じて反映される仕組みが構築されていました。</p> <p>また、ラウンド（管理者等による施設内の実地チェックの仕組み）の定期的な実施や、気づきを共有する部門横断的な事故防止の取り組みの中でヒヤリハットの収集が月に200件以上あがってくるなど風通しのよい職場づくりにも努めておられました。</p> <p>職員の働きやすい環境づくりにも積極的に取り組んでおられ、職員用の食堂や子育て支援として事業所内に保育所を設置されていました。利用者にとっても子どもとの交流は非常に楽しみにされていてよい効果があるとのことでした。</p> <p>支援面においては、食事提供への思いが強く、適温でおいしく食べることができるように保温保冷付機能付き配膳者に乗せて提供されていました。また、地元から米や野菜を直接仕入れ、「たんとおあがり京都府産」施設として認定を受けています。</p> <p>個別支援計画の策定にあたっては、独自のアセスメント様式を活用して、暫定プラン策定後、本プランを策定するなどきめ細かくされていました。また、各専門職が参加して多職種（介護支援専門員、機能訓練指導員、看護師、介護職員など）で検討され、一人ひとりに合わせたきめ細かな支援が日々の中で行われています。</p> <p>今後ますます、利用者が笑顔でいられるようにさらに質の向</p>

	<p>上に取り組むとともに、地域の拠点として事業展開されていけることを期待いたします。</p> <p>今回の評価においてすべてA評価とさせていただきましたが、今後に向けてアドバイスとして以下に記載します。</p> <ul style="list-style-type: none">・中長期計画については策定されていましたが、単年度計画との連動性を意識することや具体性（数値、行動計画）をより明確化されてはいかがでしょうか。・サービスの質の向上のため、定期的に第三者評価を受診するとともに接遇力などの支援に対する自己評価を行っていますが、サービスの内容を項目に含んだ自己評価基準を作成されてはいかがでしょうか。
--	--

※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。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2671800221
事業所名	特別養護老人ホーム 綾部はなみずき
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
訪問調査実施日	2020年3月6日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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>1) 法人理念及び事業所理念を定め、運営方針とともに全ユニットに掲示している。事業所の理念は名札の裏に記載され、朝礼や夕礼、各会議において唱和を行っている。全職員が参加する年度初めの職員会議や、家族会で周知し、年4回発行される広報紙やホームページに記載され、周知をしている。</p> <p>2) 職務権限について管理規程、組織図(毎年更新)に明記されている。理事会、評議委員運営中枢会議、ケア連携会議、全ユニット、部門会議を毎月開催し、各層ごとに意見を反映する仕組みがある。</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>3) 中長期計画をふまえ単年度事業計画が策定されている。利用者満足度調査や職員からの意見を集約して事業所の事業計画に反映している。年度当初の連携会議で説明している。</p> <p>4) 目標設定シートを各部署(5つ)、委員会(8つ)単位で設定するとともに年度途中の見直しを行っている。</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) 管理者は法令順守等の外部研修会に参加し、職員に対して随時職場内研修等を実施している。参加できない職員に対して動画で見られるようにしている。法令等についてはファイリングし、事業所内の介護図書スペースに設置するとともに、また各所に配置されているPCでWAMネットですべて閲覧できるようになっている。</p> <p>6) 就業規則、管理規程において施設長の役割と責任について明文化されている。施設運営中枢会議に参加して意見を述べている。施設長(役職者、委員会)が各ユニットを定期的に回って職員への聞き取りを行っている。賞与支給(対象者のみ)時(年2回)にあわせ面談を行い、要望を直接聞き取っている。面談記録を作成している。職場活性化アンケート(PC上)を行い管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認している。職員の意見箱を置いている。</p> <p>7) 日々の状況については日誌(ユニット、業務)、や報告書などにより把握している。施設長は携帯電話を保持し、日常的にも非常時にも連絡が取れる状況にあり、必要に応じて適切な指示を出せるようになっている。夜勤時の緊急時マニュアル等が整備されている。フロー図が作成され、不在時であっても全体周知がなされている。</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)		8) 人員管理規程が策定され採用方針、求める人材の基準などが明記されている。中期計画や求める人材像に必要な人材に関する基本的な考え方が明文化されている。また、入職後に介護福祉士等資格取得を推奨しており、通用口への掲示をするとともに費用の負担や手当(資格取得者)、内部講習会など支援体制を整えている。非常勤から正規職員への登用の道もある。 9) 教育委員会を設置してキャリアパス、年間研修計画を策定している。全職員に内部でテスト新人教育プログラムや役職に応じた階層別研修と合わせ、OJT研修、事例検討会、全体場で発表する実践研究などきめ細かいプログラムが実施されている。研修会の内容は動画に収めネットワークを通じて閲覧できるようにしている。外部の研修案内は職員通用口に都度掲示し、参加を促している。 10) 実習受け入れ方針・マニュアルを整備するとともに受け入れ窓口を設置している。実習指導者講習会を実施している。		
(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)		11) 有給取得や時間外労働のデータを把握し、給与明細に残日数を記載するなど取得を促している。育児休業・産休・介護休暇など法に基づく規程が整備されるとともに法人内に保育所も設置されている。職員の負担軽減についてはエアマットや移乗用ボードのほかマッスルスーツの活用や制服のクリーニングの無償サービスを行っている。 12) ストレスチェックを行い、協力医療機関の産業医によるカウンセリング等が行える体制を整えている。また、互助会(はなみずき会)を組織して、職員のストレス解消への取り組みがされている。職員の意見箱が設置されている。休憩室・宿直室や食堂が確保されており、リラックスできる環境が整えられている。		
(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) ホームページ、広報誌(年4回)で地域や家族に周知情報の開示をしている。地元の自治会から社会資源マップをもらい、事業所内に掲示している。文化祭、「涼やかスポット」を通じて地域の方との交流を図るとともに保育所の子どもや地域の保育園、神輿の来訪がある。ユニットのイベント時に踊りなどのボランティアを受け入れている。 14) 「涼やかスポット」を設置して相談に応じたり、地域交流スペースの貸出をして定期的な利用がある。民生委員からの依頼で施設の説明や職員が介護認定委員会への出席認知症セミナーで講師をするなど貢献している。		

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) パンフレットには利用までの手続きや利用料金の詳細が明記されている。ホームページを開設し、見学、問い合わせについて記載するなど分かりやすく情報を提供している。		
(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) 利用にあたっては契約書と重要事項説明書に基づいてサービスや料金等について説明を行い同意を得ている。介護保険給付サービス外についても説明している。成年後見制度、権利擁護については、蓄積したノウハウを活用して相談に応じている。		

(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)		17)～20)家族・利用者全ての方に入所前面接を行い、独自のアセスメント用紙(入所前面接用紙)を基に暫定プランを作成し、入所後1か月に多職種による担当者会議を経て、本プランを立て、利用者、家族の同意を得ている。サービス担当者会議には基本的には家族が同席してもらっている。アセスメント、モニタリングには専門職が参加するとともに参加できない者にも共有している。ケアプラン作成マニュアル(ケアマネ業務マニュアル)に基づいて、毎月ADL、日常行動モニタリング表にてモニタリングを行っており、6か月でケアプランの見直しを行っている。		
(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)退院前カンファレンス等を通じて医療機関と連携している。関係機関のリストや資料を整備している。専門職が地域ケア会議との会議に参加している。		
(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)		22)「介護業務マニュアル」は整備されている。教育委員会が中心となり、担当に割り振って年に一回見直し改訂され、確認されている。見直しにあたって事故防止策などの具体案が反映される仕組みとなっている。 23)介護記録(経過観察記録)に日勤帯、夜勤帯それぞれ1記録以上を徹底されており、「施設介護計画」にてプランに基づくケアがされているか毎月モニタリングを行っている。「文書等管理規程」「個人情報保護のためのマニュアル」にて記録の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規程が定められている。情報開示請求についてもマニュアルを整備している。書き方研修を行い統一されている。 24)多職種による全体の朝夕礼を毎日行っており、その内容はユニットノートにて伝達が行われている。ユニット会議を月に定期的に行っている。また、ケアカンファレンスもユニットごとに定期的に行っている。役職者は一部PCを活用して掲示板で共有されている。ケアプランはいつでも見られる。 25)2か月に1回以上、日常の様子等を電話もしくは手紙で報告している。3か月に1回広報紙を送付している。面会時、希望時など相談に応じている。短期入所に関しては、「ご利用連絡表」を活用して利用中の様子を伝えている。		
(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)「感染対策のためのマニュアル」の他、二次感染の予防のための「隔離マニュアル」を整備し、全部門に配布している。マニュアルの見直しは最低年1回とし、研修は感染対策衛生管理委員会が中心になって行っている。保健所の研修に参加し、施設内研修を行っている。 27)施設内は整理整頓されている。臭気対策については、加湿器と空気清浄機が設置されている。ゴミや汚物処理のための設備も完備され効率的である。環境推進課で障害者雇用での清掃や外部の業者に委託して行われ、作業日報で管理されている。		

(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)		<p>28) 事故・緊急時対応マニュアルが整備されている。緊急時対応やリフト車両の取り扱いについて研修会を実施している。「事故防止・事故発生発生対応マニュアル」を作成して、緊急連絡網を記載している。年2回実施訓練を行っている。</p> <p>29) リスクマネジメント委員会が月1回開催され、統計分析され検討がなされている。事故発生時には事故報告書を作成して対応している。1か月をめぐりに事故後の対策を書面にて評価している。事故やヒヤリハット事例は月200件を超える報告となっている。気づきを高めるための研修を行っている。</p> <p>30) 「非常災害時対応マニュアル」が策定されている。避難訓練については夜間想定訓練は年1回程度、大規模訓練も行われている。地域との連携はマニュアルに明記されている。また、福祉避難所の指定を受けている。</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

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>31) 尊重・尊厳については重要事項説明書に明記されている。職員へはユニット会議で共有されている。また、新人研修プログラムに位置付けられるとに、経験年数に応じたチェックリストを活用して確認している。研修は身体拘束と高齢者虐待防止に関する研修を年一回委員会で開催している。スピーチロックについても合わせて行っている。</p> <p>32) 介護業務マニュアル、プライバシー保護に記載されている。プライバシー保護については施設内の年間研修計画で行われている。</p> <p>33) 申込時に全員に面接を行い、入所判定委員会を設置して月に2回開催している。状況に応じて第三者など多角的に判断して決定している。他のサービスを案内することもある。</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>34) 相談苦情対応マニュアルが作成され、相談苦情報告書が作成され対応できるようにしている。利用者の意見・要望などを聞くため、年一回顧客満足度調査を行うとともに、月1回の利用者懇談会を開催している。</p> <p>35) 苦情内容については、相談苦情報告書に記録し、処理プロセスを書面に明記して対応している。その結果は施設内に掲示して公開されている。</p> <p>36) 相談窓口等については契約書に記載され、契約時に説明している。介護相談員を定期的に受け入れ施設内に掲示して相談機会の確保に努めている。</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)		<p>37) 利用者満足度調査が行われ、ケア連携会議にて検討を行っている。調査結果を集計し、事業所内に掲示して公表している。改善策については家族に送付するとともに、施設内に掲示している。意見箱の内容や対応についても掲示している。</p> <p>38) 全部門から参加の代表者によって組織運営力向上会議が開催され、その内容が運営中枢会議にあげる検討されるシステムになっている。同一法人の事業所見学・交流を定期的に行っている。施設長が京都府老人福祉施設協議会の会議に出席している。他事業所の第三者評価の結果を回覧して参考としている。</p> <p>39) 第三者評価は3年ごとに受診している。自己評価のしくみはできていて、目標チェックシートの活用により取り組んでいる。</p>		