

アドバイス・レポート

2021年2月19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

2020年11月1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神の園」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>○理念の周知と実践 特別養護老人ホームという施設でありながら「施設」ではなく「住居」、「入所」ではなく「入居」をモットーに、これまで通りに地域とのつながりを大切に自宅と変わらない住環境を目指しておられ、地域と共にある施設方針を一貫して行われていました。職員の入職時研修、職員手帳等への明示や会議前の唱和を通じ職員への周知がいきわたっていました。ご家族等に対して、入居前は施設長自らが施設理念、活動方針、ケアの方向性等説明し、施設が目指す方向性の周知や実践が職員一丸となって行われていました。</p> <p>○質の高い人材の確保・育成 利用者1.9名に対し職員1名を配置しておられ、基準を超える非常に手厚い職員配置をしておられました。通常は夜間の看護職員は不在となる事が多いですが、夜間緊急時の対応をスムーズに行う事や夜勤者の負担軽減を図るため夜間の看護宿直を配置する等、非常に手厚い職員体制を取られています。入職時は、まずは施設サービスに配置し、その後のキャリア形成の中で在宅サービスへの人事異動等、職員のキャリアアップを図れる仕組みもできていました。</p> <p>○労働環境への配慮 ユニットごとに床走行リフトを1~2台配備し、介護の安全性や職員の腰痛予防等の環境が整えられていました。インカムや床走行リフトの使用等も定着し、職員全員が使いこなしていました。有給休暇の取得も半期に1回、部署ごとでまとめ人員体制の見直しをしておられました。その結果、離職率の低さにもつながっていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者は、事業計画や会議、職員面談の中で自らが果たすべき役割や方向性を伝え施設が目指す活動方針を明確にし、自らも先頭に立って指揮されていました。但し、管理者が評価を受ける仕組みがありませんでした。</p> <p>○労働環境への配慮 希望する女性職員は、全員育児休暇を取得できています。定年は65歳ですが時間給職員としては、その年齢を超えても働き続けられる環境があり実際に勤務している職員もおられました。しかしながら、男性職員の育児休暇の制度はありますが、活用までには至っていませんでした。</p> <p>○事故の再発生防止等 事故発生時は事故報告書を作成され、家族・行政機関等に報告されています。ヒヤリハットは介護ソフトに記録して毎日確認されていますが、ヒヤリハットの具体的な分析に着手できていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>入所施設であっても、地域や自宅での暮らしを継続し、その人らしく暮らし続けられるように、24時間シートを活用して個別ケアの実践に取り組んでおられます。「働きやすさ」や「やりがい」の取り組みとして、職員配置の充実や全職員がインカムを使用する事で、情報共有・連携・協力が得やすい環境作りや、床走行リフトやモジュラー型車イス等を活用することでのノーリフティングケアを実践しています。また、職員の経験年数に応じた段階的な研修や、外部研修への職員派遣、キャリアアップのための資格取得の支援制度があります。このような取り組みを実践することで、職場の雰囲気の良いことや低い離職率、資格取得の高さに繋がっていると感じました。</p> <p>今回の受診が更なる地域に根ざした施設となることを期待し、以下の通りアドバイスを申し上げます。</p> <p>○管理者は、職員面談を行い利用者入居の際には家族に説明を行う等積極的に施設運営を牽引し、施設の目指す方向性を明確にしておられました。ボトムアップの導入の仕組みとして、例えば、配慮が必要ではありますが、一度360度評価を実施してみることで、それぞれの立場の違いに気づき組織運営における職員の質を高め職員の視点を広げる事になるのではないのでしょうか。</p> <p>○床走行リフト等の導入やICT化が進められており、職場環境の充実に図られています。今後は、男性に対する育児休業制度の充実、介護休暇の取得等を進めることで更に誰もが働きやすい職場になるように思われます。</p> <p>○重大な事故の背景には多くのヒヤリハットがあるとされています。ヒヤリハットの数の集計だけでなく、発生場所や原因を分析することにより、結果として重大な事故の発生確率を低減できると考えます。改めて、定期的なマニュアル等の見直しや集計結果の分析結果の共有をされては如何でしょうか。</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)

※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	2671400311
事業所名	特別養護老人ホーム神の園
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)	介護予防短期入所生活介護、短期入所生活介護
訪問調査実施日	2020年12月22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思決定を行い、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. 組織の理念及び運営方針を明示した職員手帳を職員に配布し、会議前に唱和しています。年1回、職員会議にて組織の理念及び運営方針の説明を行い、周知しています。 2. 「運営施設組織規程」「施設事業部ガイドブック」により、指示命令系統や意思決定できる方法が定められています。また、ユニットリーダーに権限を委譲する仕組みを明確に規定しています。		
(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. 前年度の事業報告を評価・分析し、各部署ごとに単年度事業計画を策定しています。 4. 各部署ごとの単年度事業計画を主任・リーダー会議やユニット会議で、半期ごとに評価、現状分析し、課題設定して全職員が共有しています。		
(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)			5. グループウェアにて、必要な法令についてリスト化し、必要時に確認できる様に整備しています。「運営施設組織規程」に遵守すべき法令等を明文化し、法令改正等があった場合は、職員会議で説明しています。 6. 施設長の役割と目標を宣言し、内容を掲示しています。年に1回職員と面談を行い、要望や意見を聴収する機会を作っていますが、施設長自らを評価する仕組みはありません。 7. 施設長は、記録システムや日誌にて事業の実施状況を把握しています。施設部ガイドブックに、夜間緊急対応連絡順一覧を掲載し、緊急時の対応方法を明確にしています。また、昼夜を問わず事故等があった場合には施設長の携帯電話に連絡し、指示を仰ぐ体制となっています。		

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
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. 毎年、採用計画を策定し配置人数や主任者研修修了者以上など採用要件を明確にしています。施設内で、費用負担なく介護職員実務者研修を受講できる仕組みがあります。 9. 事業計画内に研修計画を具体的に定めています。3年勤務した職員は、次期リーダー養成研修を受ける仕組みがあります。上司による面談を年1回、新任者は年4回実施し、業務内容や目標の確認等を行っています。 10. 実習生受入マニュアル及び手引書を整備し、受入れに関する基本姿勢やオリエンテーションの実施方法を明文化しています。		
(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. 毎月時間外労働時間と半期ごとに有給休暇や育児休暇取得状況及び消化率を総務部がまとめ、運営会議にて報告し、分析や検討を行っています。職員の負担軽減のため、ユニットごとに、インカムの活用や床走行式リフト、スライドボード等を1~2台配備しています。 12. 年に1回、上司による面談を行い要望などを聞く機会を設けています。年に1回ストレスチェックを行い、外部の相談機関を就業規則に明示しています。また、産業医を配置し、相談できる仕組みもあります。		
(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. 年に2回、広報誌「ふれあい」を発行し精華町全戸に配布することで、施設情報や取り組みを広報しています。地域住民と協働して、毎年夏祭りを施設内で開催したり、小学校の音楽祭や運動会にも参加しています。 14. 地域住民を対象とした地域福祉活動として、脳トレ教室、農活クラブ、スマホ・タブレット教室、健康相談、介護職員実務者研修など開催しています。施設スペースを町内会などの会合の場として、開放しています。認知症キャラバンメイト連絡会等の活動に参加しています。		

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. ホームページやパンフレットなどで、サービス選択に必要な情報を適切に提供しています。入所申し込み等の問い合わせがあった場合は、対面で生活相談員が個別の状況に応じて対応し、記録しています。		

(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. 契約書・重要事項説明書・施設パンフレットを用いて、サービス内容や料金を説明しています。権利擁護の取り組みとして、弁護士による成年後見人制度のコラムを神の園通信に掲載しています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		17. 半年に1回以上アセスメントを行い、必要に応じて医師や看護師、専門職から意見照会しています。個別援助計画書以外に24時間シートを作成し、ニーズや課題を明確にしています。 18. 個別援助計画書の作成にあたっては、必ず利用者と家族等から意向を確認しています。状態変化等があり、個別援助計画書の内容に変更がある場合は、必ず家族等にサービス担当者会議に参加してもらっています。 19. 個別援助計画書策定にあたり、サービス担当者会議に専門職も参加し連携を図っています。 20. 定期的な計画書の見直しとして、3ヶ月に1度モニタリングを実施し集約した結果をご家族等に手渡しや郵送しています。		
(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)		21. 嘱託医を2名配置し、配置医師が対応できない怪我や疾患については、予め利用者や家族からヒアリングを行い、協力病院などの医療機関を図っています。		
(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	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. 事業マニュアルを施設ガイドブックにまとめ、グループウェア「サイボウズ」で全職員が確認できる仕組みがあります。事業マニュアルは、年に1回更新しています。 23. ソフト端末に利用者の状況等を入力、閲覧ができる仕組みがあります。記録の保管等の規定があり、マニュアルも整備しています。年に1回、個人情報の取り扱いについての研修を行っています。 24. 半年に1回、サービス担当者会議にて利用者の状況を共有しています。また、ユニット会議や医務会議、相談室会議等においても必要に応じて検討しています。 25. 月1回発行している「アットホーム通信」で日常の様子や事業所の状況を報告したり、家族会や懇談会にて情報交換を行っています。		

(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. 感染症の対策及び予防のマニュアルを作成しています。入居者ごとの個別の感染症対策は、24時間シートに記録し二次感染の予防に努めています。 27. 計画的に清掃するための美化計画を作成しています。ユニット内は職員が清掃し、パブリックスペースは作業所に委託し毎日報告書を提出してもらい確認する仕組みがあります。		
(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	B
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. 事故等発生時の対応等マニュアルを整備し、年1回以上研修を実施しています。 29. 事故発生時は、報告書を作成し家族や行政機関に適切に報告しています。ヒヤリハット報告や集計はされていましたが、分析や解決策についての検討までは実施できていませんでした。 30. 災害対応マニュアルを整備し、備蓄の管理や夜間避難訓練を実施しています。		

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

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. 年2回は外部への研修等に参加しています。また、新入職の職員には必ず身体拘束廃止の研修をしています。 32. 年に2回以上権利擁護に関する研修を行っています。プライバシーの保護において、施設ガイドブックにて、周知しています。 33. 入所判定ガイドラインに沿って、2か月に1回入所判定会議を開催しています。第三者委員も入所判定会議に出席しています。また、利用申し込みが受けられない場合は、他のサービスの説明や施設を紹介する等の対応を行っています。		

(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	公的機関等の窓口で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)		34. 2ヶ月に1回入居者の会を開催しています。入居者からの相談には、生活相談員が中心となり面談を行い話を聞いています。 35. アンケートの内容については、個人情報に配慮しながらアンケートに答える形で記載し、結果とともに利用者と家族等に文書報告しています。 36. 苦情解決第三者委員を設置し、施設内の見える位置に掲示するとともに重要事項説明書にも記載しています。精華町人権委員会が年1回程度来所し、利用者からの相談を受け付ける仕組みがあります。		

(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。	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. 年1回、家族会と共催でアンケート調査を実施しています。アンケート結果については、各部署で検討し、改善策をまとめ郵送でご家族等に報告しています。 38. 主任・リーダー会議にて、サービスの質の向上についての議論を行い、検討された内容は各ユニットを通して全職員が共有できる仕組みがあります。 39. 年2回施設独自の評価指標で評価を実施し、主任・リーダー会議等で確認を行ない各ユニットにて、改善に向けて取り組みを行っています。第三者評価を3年に1回受診しています。		