

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 1 月 1 2 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

令和 3 年 9 月 1 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた高齢者複合福祉施設にれの木園につきましては、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>○管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長が年始に施設職員全員との面談の機会を確保し、職員の意見を聞く機会を持っているとのこと。また、部長も年間のスケジュールを立て担当部門の職員の声を聞く機会を作っているとのこと、積極的且つ誠実に職員に向き合い、組織運営に反映する姿勢を確認することができました。</p> <p>○労働環境への配慮 「ノーリフティングプロジェクト」を継続的に取り組み、移乗介助に対する職員の負担軽減の取り組みを実施されています。法人独自の認定基準を満たした職員にはスライディングシートを付与し、付与を受けた職員は、ノーリフトの移乗介助の浸透を図る役割を担うといった組織的な負担軽減の取り組みが継続されています。</p> <p>○利用者の家族等との情報交換 2か月に1回発行する「にれ通信」を各利用者個別に写真入りの編集を施し、家族に送付されています。面会が制限される中、手間を惜しまず工夫を行い、利用者家族とのつながりや連携を大切にされていることを感じました。</p>
-----------------------------	---

特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>○法令遵守の取組み</p> <p>介護保険法に関する法令関係の書籍を配置し、職員がそれについて調べることができる体制を構築しています。しかし、他業務に関連する法令等のリスト化については確認ができませんでした。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>個人情報の保護に関する研修については新任職員研修で実施されていることを確認しましたが、現職員の研修については新任職員研修時に任意で参加する形式での実施であるとのことでした。</p> <p>○災害発生時の対応</p> <p>災害発生への対応について地域と連携を意識したマニュアルについて確認ができませんでした。</p>
--------------------	---

具体的なアドバイス	<p>高齢者複合福祉施設にれの木園は、「かたよらない心 こだわらない心 とらわれない心」という法人理念の下、地域の高齢者福祉の先駆的存在として地域住民からの厚い信頼の下事業を展開されています。また、法人内部でも高齢福祉のニーズの変化に対応するため様々なプロジェクトに取り組み人材確保、育成、外国人技能実習生等の採用など積極的に事業展開を実施されています。今後も福知山市の高齢者福祉の中心として活動されることを期待して下記アドバイスをさせていただきます</p> <p>○法令遵守の取組み</p> <p>業務遂行においては各種法令が関係することを職員に意識付けするために、また、必要時には迅速に調べることができる体制が必要と思われれます。リスト化についてはPCのデスクトップにフォルダを作成する、文書媒体などでスタッフルームに配備するなど職員が業務に関連する各種法令を意識できる環境およびすぐに調べることができる体制が必要と思われれます。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>個人情報保護に関しては、定期的に繰り返し研修をすることで、意識の浸透と徹底が必要と考えます。新任職員研修時以降は、任意での参加という形式になっていますので、今後は定期的に研修を実施していかれることを期待します。また、研修体制については法人で計画的に実施されていることを確認していますので、事業計画等で研修開催を明確にした上で、職員全員が受講できる体制をお作りください。</p> <p>○災害発生時の対応</p> <p>災害発生時の対応について地域と連携を意識したマニュアルについて確認ができませんでした。ヒアリングの中で周辺自治会との連携体制構築を調整されていることでしたので、災害発生時の支援を受ける体制と合わせて、福祉避難所として地域への支援の体制両面でのマニュアル作成および運用を提案いたします。</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)

※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	2672600117
事業所名	高齢者総合福祉施設 にれの木園
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)	短期入所生活介護、通所介護
訪問調査実施日	令和3年11月29日
評価機関名	一般社団法人 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. 4月に実施する法人総会で全職員に理念・運営方針を周知徹底するとともに、部署ごとの会議で進捗状況を確認し法人担当部門に報告し全体共有する仕組みがあります。 2. 理事会、経営企画会議、各施設代表者会議、各部署会議において事業活動について検討し意思決定しています。		
(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. 2月に実施する各部署での会議で次年度事業に関する意向を確認し、事業計画に反映しています。事業計画は各部署の会議で進捗状況を確認しています。また、中長期計画については「未来VISION」という名称で策定し、周知を図っています。 4. 部署会議を2か月に1回実施し、次回実施までの期間目標を定めて課題の達成に取り組んでいます。		
(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	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。	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. 経営企画会議で法令に関する随時の情報把握、共有が行われ、各現場への指示、情報提供を実施しています。しかし、スタッフが把握すべき法令のリスト化については確認できませんでした。 6. 施設長が毎年始めに、事業所の職員全員と個人面談する機会を持つことにより、職員の意見を聞く機会を確保し、その意見を運営に反映する取り組みを実施しています。 7. 緊急時連絡フローにより連絡体制を構築しています。また、施設長不在時には業務日報をメールで送信し、状況を把握する仕組みがあります。		

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. 資格取得に向けた対策講座を行い資格取得支援を実施しています。また、「次世代育成計画」を策定し、職員のワークライフバランスの実現を図る取り組みも行っていきます。 9. 教育訓練管理規定により研修内容が定められており、人材育成委員会により研修が計画し実施しています。 10. 実習受け入れマニュアルを整備するとともに、実習者オリエンテーション用に「実習のしおり」を用意し受け入れを行っています。		
(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. 「ノーリフティングプロジェクト」の取り組みを実施し、スライディングシートやスライディングボードを用いた移乗介助に対する負担軽減の取り組みを行っています。同プロジェクトで法人独自の審査基準に到達した職員には、スライディングシートの付与も行っています。 12. ハラスメント防止に関する規定に「パタニティハラスメント（男性職員の育休、育休時短に対する嫌がらせ）」を防止する規定を定めるなど、働きやすい職場環境に配慮しています。		
(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. 担当者によりSNSを通し事業所の広報が実施しています。また、使用するSNS媒体の種類ごとに提供する情報・更新頻度を定めて効率的な運用を実施しています。 14. コミュニティーホールの貸し出しや、機械浴、リフト浴の貸し出しを行い、有する機能の還元を行っています。		

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
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、ホームページを分かりやすく作成しています。また、SNSも活用し、法人・施設の情報発信をしています。施設見学、入所相談などは、法人の地域連携支援部が窓口となって対応しています。			
(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.利用に際しては、重要事項説明書、料金表などを用いて説明をし、利用者、家族、後見人等から署名、捺印が行われていることが確認できました。入所契約や重要事項説明書などの説明は施設長が実施しています。			
(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.身体状況を把握するアセスメントシートに加え、独自に利用者の性格や考え、気持ちなどを把握する「私の姿と気持ちシート」、1日の暮らしを把握する「24時間シート」を作成され、定期的に更新しています。 18.サービス担当者会議は、利用者、家族が出席の下で実施しています。アセスメントの内容に加え、会議で出た意見も踏まえ、計画の作成しています。 19.サービス担当者会議には各専門職が参加し、出された意見を計画書に反映しています。 20.計画書がケース記録のファイルに挟まれており、計画内容についてのモニタリング記録は、数日に1回ケアワーカー等が記録しています。この記録をケアマネジャーが集約し、計画書の見直しが実施されています。毎日の申し送り（ミーティング）や2か月に1回のケアワーカー会議においても、ケアマネジャーが各職員に計画の実施状況について確認をしています。			
(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.嘱託医とは24時間体制で連絡が取れる体制になっています。また、入退院支援も相談員を中心に病院相談員と連携を図っています。			

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		22. 各種マニュアル、手順書が整備され、毎年度末に内容の確認を実施しています。見直しに際して、事前に介護職員に業務マニュアルを配布し、内容について意見を求める機会も持っています。 23. 利用者個別に記録ファイルが作成され、日常の記録、モニタリング記録は手書きで記入されています。個人情報保護について規程は確認できましたが、教育や研修は、新入職員には行われているものの、在職の職員については十分に実施できているとは言えません。 24. 毎日、朝と夕方に各職種が集まって申し送りを行っています。その他、法人内ネットワークにより、各部署のパソコンにて業務日誌や介護記録が確認できる状況となっています。 25. ご家族の面会時や必要に応じて電話にて普段の様子を伝えていきます。その他、2か月に1回特養の広報誌「にれ通信」を利用者個々に写真入りで作成し、送付しています。		

(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. 感染症のマニュアルも整備され、毎年度末に見直しを行っています。また感染症に関する研修も実施しています。 27. 物品等については、適切に整理整頓を実施しています。臭気対策については、建物構造上換気が効率的に実施しにくい部分があるため、定期的な換気に加え、消臭スプレー等も使用し対策を実施しています。		

(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)		28. 事故など緊急時対応マニュアル、救急時現場対応マニュアルを策定し、計画的に研修や利用者も参加しての消火訓練、年2回の災害訓練を実施しています。なお、緊急時、直ぐに連絡をできる体制として部長、ケアマネジャーを配置し、処理の判断ができるようにしています。 29. 事故やヒヤリハットについては、その都度報告書を作成し、家族や関係者に連絡・説明しています。これらの経過は記録し、職員ミーティングで防止対策等を検討しています。 30. 災害マニュアルを策定し救命、救急研修も行っています。また、広域災害に対応する非常食備蓄を行っており、福祉避難所としての指定も受けています。ただし、地域との連携については、十分な調整が必要なため実施できていません。		

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
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. 法人として法令遵守や、プライバシーの保護に関する研修を職員に年1回行っています。また事業所としてのマニュアルの点検も含めた研修も実施しています。</p> <p>32. 「PrivacyPolicy」を策定しそれらを利用者、家族に配布し、個人情報の使用などについて理解を含めてもらうように努めています。業務マニュアルにはプライバシーに関する記載もされており、サービス提供時の責任も明確にしています。また、業務手順書は半年に1回、見直し検討を行い現状に即した対応を行っています。家族等の来所時には、個人情報に配慮した場所を確保して対しています。</p> <p>33. 入所申し込みについての対応は、法人地域連携支援部が行い、そこで申込者の家庭訪問などを行って現状を把握し、必要性が高いなどの順位表を作成し入居選考会議で検討を行うなど公平な選考をしています。</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	公的機関等の窓口に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. 年1回利用者満足度調査を行い、利用者や家族の希望、意見を収集し今後のサービス提供の参考、サービス向上につなげています。また、「みんなの広場」（利用者全体会議）を月に1回実施し、丁寧に利用者からの声を聞き取っています。これらを職員会議で検討しています。</p> <p>35. 満足度調査、みんなの広場、サービス担当者会議で利用者の意見要望収集し、「法人危機管理委員会」で苦情処理システムを策定して対応しています。苦情、希望、要望があった場合にはそれらについて分類、内容によっては法人代表者会議、経営企画会議で協議しています。</p> <p>36. 重要事項説明書に苦情、相談窓口を記載し、契約時にこれらを紹介しています。第三者委員を設置し連絡先を明示しています。他、市に登録した介護サービス相談員を年に10回程度受け入れています。</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. 年1回満足度調査を行っています。これらを法人本部で分析、検討して次年度のサービス提供の基礎的な資料としています。</p> <p>38. 毎朝のミーティング、申し送りの中で利用者に関する情報共有を行っています。また、ケアワーカー会議や部署内会議で情報の共有を行っています。法人内部相互監査を実施し法人本部で質の向上についての検討を行っています。</p> <p>39. 年1回の満足度調査や法人内部監査などから法人本部で自己評価を行っています。第三者評価を3年に1回受診しています。</p>			