

アドバイス・レポート

令和 4 年 4 月 2 8 日

令和 3 年 1 2 月 3 0 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 東旺苑）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 →キャリアパス、新人育成計画、OJTマニュアルにより、研修計画及び方法が体系的に定められています。 内部講師や外部講師による研修が行われており、感染症対策として研修を複数回に分けて少人数の参加になるよう工夫されています。サービスの質の向上のために研修に力を注いでおられることがうかがえました。</p> <p>(通番31) 人権等の尊重 →利用者の人権の尊重や高齢者虐待防止については、運営規程や理念にも挙げられており、全部署の職員が参加する委員会も定期的で開催されています。施設内研修も実施されており、施設全体で意識を高められていると感じました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番22) 業務マニュアルの作成 →各種マニュアルが整備されていましたが、パソコン内に全て保存されており、全職員に閲覧しやすい環境ではありませんでした。</p> <p>(通番32) プライバシー等の保護 →排泄記録表が第三者の目に触れる場所に置かれている、トイレ入口がカーテンでの対応となっているなど、プライバシー等の保護について、施設としても課題は把握されていますが、改善には至っていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番22) 業務マニュアルの作成 →すべての職員にとって実務書としてマニュアルが活用できるように、普段使用頻度の高いマニュアルや災害時、パソコン内のデータが閲覧できない可能性もあるので災害時対応マニュアルは冊子されては如何でしょうか。</p> <p>(通番32) プライバシー等の保護 →トイレについては建物の構造上や予算の都合などもあり、すぐに改善できるものではないと思いますが、プライバシー保護の観点から、今後も課題についての意識は持ち続け、排泄記録表の置き場所の変更など、改善できる部分から取り組まれてはいかがでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2674100132
事業所名	特別養護老人ホーム 東旺苑
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)	
訪問調査実施日	令和4年4月18日
評価機関名	NPO法人 KROA

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）及び事業所のスタッフ全員が、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)		年に一度、4月に役職者向けの施設内研修を実施し、事業計画を周知しています。階層別会議（介護全体会議、リーダー会議、運営会議）があり、組織としての意志決定に職員の意見が反映されるようになっています。			
(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)		年に一度、利用者アンケートを行い、ニーズの把握を行っています。改善点については運営会議で検討するようになっています。課題をもとに事業計画をたて、4月と10月に事業報告を行っています。			
(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、いつでもスタッフ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)		組織図作成、運営会議開催によって責任者の役割を表明しています。毎年6月と12月に人事考課として役職者が個別面談を実施し、事業所の運営方針に反映させています。責任者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する仕組みはありませんでした。。			

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		資格取得支援の規程に基づいて資格取得の費用負担を行っています。資格手当も支給されています。実習生受け入れマニュアルを作成し、実習生を受け入れしている体制を整備していますが、実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。		
(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、スタッフ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。	B	B
		(評価機関コメント)		フレックスタイム制を取り入れられたり、リフレッシュ休暇としてまとめて休暇をとれる仕組みがありました。センサーマット、センサーベッドを活用し職員の負担軽減と事故防止に取り組んでおられます。カウンセラーなどの専門職の相談体制は確保されていませんでした。		
(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。	C	B
		(評価機関コメント)		町内会、自治連合会に参加し、地域の介護・医療・福祉ニーズの把握に努めています。新型コロナウイルス感染症の拡大により、現在は地域貢献活動はできていませんが、以前は「山科区地域貢献プロジェクト」という活動を行っておられ、コロナ禍終息後の再開に期待致します。		

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)		facebookを使用して情報発信をされたり、見学希望者にはコロナ禍で施設内に入ってもらう事は出来ませんが、施設外から居室等の雰囲気を確認して頂く等の工夫をされています。		
(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)		・入所時に重要事項説明書を使用し適切に料金説明がなされている事が確認できました。最近では成年後見人をたてて入所される事も多くなっているとの事でしたが、入所後に後見人制度の説明や手続きをされている事も確認できました。		

(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	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)		専任のケアマネジャーを配置され、定期的に決まった様式を使用して利用者のアセスメントがなされています。各職員が利用者3~4名を担当しケアマネジャーと情報共有されています。個別援助計画策定時には、介護士の他、医師、管理栄養士、看護師の意見を照会しその内容を反映されていることが確認出来ました。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		行政・医療機関一覧表を作成されています。退院カンファレンス等に積極的に参加されています。		
(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。	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)		記録は、記録ソフトを使用して適切に記録がなされていました。記録物の取り扱いも個人情報規程や研修で周知を図られています。職員間の情報共有は連絡ノートを活用して適切に行われていました。家族への情報提供はFacebookの活用されたり担当介護士から電話での様子報告。毎月相談員が手書きのお便りを作成し家族への情報発信をされています。		
(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。	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)		感染症対策マニュアルの整備されていました。また毎月感染対策委員会が開催され施設内研修や掲示物にて注意喚起に取り組まれていました。施設全体で一日2回「クリンタイム」が設けられ、定期的な換気や消臭剤の設置で臭気対策に取り組まれていました。		
(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、緊急時の対応についてマニュアルが整備され、事故報告書は事故発生後速やかに作成、回覧され研修も行われていました。ヒヤリハットは「気づきの記録」として、事故の防止に役立っていることが伺えました。施設の立地から災害時等、地域を助ける役割は難しいかもしれませんが、地域の支援を得られる連携の仕組みの作りに期待致します。		

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。	B	B
		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)		利用者の人権の尊重や高齢者虐待については、全部署の職員が参加する委員会を定期的に関催し、また研修も実施し、施設全体として意識を高められています。プライバシー保護について、排泄記録表が第三者の目に触れる位置に置かれている。トイレ入口がカーテンでの対応となっているなど、施設としても課題は把握されていますが、改善には至っていませんでした。入所判定については入所判定会議を月1回開催し、申込者全員について検討されていることが確認できました。		
(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。	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)		利用者の意向収集については、相談員が随時フロアに行き利用者から話を聞く機会を設けておられますが、話を聞く回数やタイミング、時間などを事前に計画的に決めて訪問することで、利用者からさらにより良い意見を得ることができるのではと感じました。苦情については、もともと少ないとの事でしたが、意見があった際には検討や対応する組織作りはされていました。また第三者委員の連絡先等も利用者や面会者にも目の届くところに掲示されていました。		
(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	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スタッフ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	A
		(評価機関コメント)		満足度調査は年1回実施されており、調査結果を集計し会議にて内容を検討されているとのことでした。コロナ禍により直近のものについては調査項目の変更し実施していましたが、これまでもなかなか改善点を求める意見が得られないこともあり、調査項目や体制も含め、今後も改善の必要性を感じました。また、半年ごとに事業内容の確認や見直しを図り、次期事業計画にも反映されていました。第三者評価は3年に1回受審されています。		