

様式 7

アドバイス・レポート

令和5年4月14日

令和4年12月26日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた グリーンパーク愛宕 様につきましては、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>1. 利用者の家族等との情報交換 「ご家族へのご連絡」を活用し、担当職員が手書きで利用者の生活状況を記入していました。また、直近の様子を写真にし、併せて家族へ送付されていました。家族からすると近況が良くわかり安心感に繋がる取り組みとして高く評価できます。</p> <p>2. 事業所内の衛生管理等 専任のハウスキーパー（施設職員）が共用部分の清掃をすることで汚れや臭いが全くなり、清潔な空間が維持されていました。また、各フロアに空気清浄機を設置し、換気を定期的に行い感染対策が徹底されていました。</p> <p>3. 人権等の尊重 理念・基本方針にて人権の尊重の旨を記載していました。身体的拘束等検討委員会の属する不適切ケア防止部会で身体拘束廃止及び高齢者虐待防止についての研修を年2回実施していました。また、「虐待の目防止チェックリスト」を用いて人権に配慮したケアが行われているかを確認していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 事業計画等の策定 事業計画は、年1回実施するサービス満足度調査の結果及びワーカー会議内で各職種から出た意見を反映し策定されていましたが、中・長期計画は明確に定められていませんでした。</p> <p>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮 人事制度実施要綱に管理者の役割、責任について文書化し周知していました。また、管理者は月1回開催する主任会議に参加し、職員からの意見を聞く機会を確保していました。年1回組織活性化プログラムを実施し、上司評価を実施していましたが、全職員がイメージする上司＝運営管理者ではなか</p>

	<p>った為、把握・評価・見直しをするための仕組みがありませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>第三者評価は3年に1回受診していました。しかし、自己評価を行う仕組みはありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業計画等の策定</p> <p>事業計画にはサービス満足度調査の結果及びワーカー会議から出た課題を取り組むべき内容として明確に記載されていましたが、単年では達成する事が困難な事があります。例えば、事業を開始され10年経過している建物の修繕や人員の確保を中・長期的にどう考えているのかを示すことで全職員が共有でき、法人全体として取り組んで行けるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>年に2回人事考課面接を実施し、職員の意向や要望を聞く場を設けておられますので、ヒアリング項目の中に管理者に対しての評価項目などを盛り込み、管理者の行動が職員から信頼を得ているかどうか評価するなど検討してはいかがでしょうか。管理者評価は自身の特性や長所・短所を知るため自己認識を広げる事にも繋がります。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>自己評価を行うことで、事業所が提供しているサービスにおいて何が出来ていて何が出来ていないかの課題が明確になります。また、次年度の事業計画へのインプット情報にもなります。例えば、第三者評価の項目を活用しサービス内容の評価に繋げ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	2692700079
事業所名	特別養護老人ホーム グリーンパーク愛宕
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
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・ 地域密着型特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	令和5年3月15日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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. 博愛福祉会基本理念「すべてのひとに博愛のこころを」を掲げ、事業計画の中にも盛り込み明確化していました。毎月1日の朝礼時に基本理念、基本方針を唱和していました。家族には理念を記載した広報紙「博愛通信」を毎月送付し周知していました。 2. 人事制度実施要綱に経営責任者の役割を明記し、毎月、経営戦略会議・主任会議で協議、意思の疎通を図り、現場からの意見を吸い上げる仕組みを構築していました。			
(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。	B	B	
	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. 事業計画は、年1回実施するサービス満足度調査の結果及びワーカ会議内で各職種から出た意見を反映し策定していましたが、中・長期計画は定めていませんでした。 4. ユニットリーダー会議、各種委員会にて事業計画で掲げた目標に対して定期的（年3回）に評価し、達成状況を把握していました。			
(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	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)	<p>5. 管理者はBCP策定研修会に参加し、得た情報は職員に対して伝達していました。法令等の情報収集及び周知は、グループウェア内（ソフト内）に各種法令のリストを作成し、誰でも閲覧できる仕組みを構築していました。</p> <p>6. 人事制度実施要綱に管理者の役割、責任について文書化し周知していました。また、管理者は月1回開催する主任会議に参加し、職員からの意見を聞く機会を確保していました。年1回組織活性化プログラムを実施し、上司評価を実施していましたが、全職員がイメージする上司＝運営管理者ではなかった為、把握・評価・見直しをするための仕組みがありませんでした。</p> <p>7. 管理者は毎日、業務日報にて随時状況確認をしていました。事故が起きた場合は、緊急時対応マニュアルに則り、管理者に連絡し、指示を仰ぐ体制を構築していました。</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)		<p>8. 人事制度実施要綱を作成し、人員体制に関する基本的な考え方や方針を記載していました。資格取得支援として、外部の受験対策講座を活用し、資格が取得できれば資格取得報奨金や資格手当を整えていました。</p> <p>9. 階層別研修、内部研修があり、体系的に年間研修計画を策定していました。外部研修はグループウェアに掲載し、希望する職員が参加できる体制を構築していました。</p> <p>10. 実習受入マニュアルを整備し、基本的な姿勢と受入窓口を明確にしていました。実習指導者に対しては、介護福祉士実習指導者研修を受講させていました。</p>		

(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)		<p>11. 管理者は、時間外勤務管理表、年次有給休暇管理表を作成・管理し状況を把握していました。年1回全職員を対象に職群変更の希望調査を実施し、就業状況や意向を把握していました。職員の負担軽減として、低床ベッド、スライディングボードを導入し環境の工夫をしていました。</p> <p>12. 年1回ストレスチェックを実施し、希望に応じて協力医療機関の産業医に相談できる体制があり、職員通用口にポスターを掲示していました。規程はグループウェアの法令一覧の掲示板で管理し、体制を明記していました。</p>		

(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. 毎月広報紙をご家族・行政・地域病院等に配布及びホームページ上にも掲示し、事業所で実施した季節行事やレクリエーションといった生活状況を分かりやすく伝えていました。情報の公表制度の内容は、誰でも閲覧出来るように印刷して事務所前に整備していました。 14. 地域事情を踏まえた相談ができる身近な認知症あんしんサポート相談窓口を開設していました。		

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
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. 運営規程に事業概要やサービス内容を記載し、事業所の玄関、フロアに掲示することで情報提供していました。また、利用者の問い合わせがあった場合、介護ソフト内の業務日報に内容を記載し、職員間で情報共有していました。			
(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. サービス内容の説明をし、重要事項説明書にて同意を得ていました。成年後見制度の活用については、パンフレットをロビーに設置し、誰でも直ぐに確認できるようにしていました。			
(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。	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. 所定のアセスメント用紙を活用し、利用者の状態変化を捉えていました。更新頻度は新規、認定更新、1年目、区分変更時、退院時に実施するとマニュアルに定めていました。 18. 担当者会議では、本人または家族が参加し、話し合いのもと施設サービス計画書を作成していました。 19. 多職種から得た情報をもとに、個別援助計画を作成していました。また、多職種からの意見は介護ソフト内の記録に残し、情報共有を図っていました。 20. モニタリングは介護職と相談員で毎月実施していました。より詳細に分析を行う為、看護職員は1回/3ヶ月、介護支援専門員は1回/6ヶ月毎に実施していました。個別援助計画の見直しの時期・手順をケアマネジメントマニュアルに定め、規程通り実施していました。			

(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)	21. 嘱託医が毎週回診し、健康状態を記録に残していました。健康状態に不安がある方は回診時に指示を仰ぐ体制を整備していました。また、運営推進会議や入所検討委員会では地域包括支援センターの職員が参加していました。利用者の入院時は看護サマリーを医療機関に提出していました。			
(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. リーダー会議で介護マニュアル、緊急時対応マニュアルを毎年見直し、更新していました。 23. 介護ソフトを活用し、記録していました。また、申し送り事項や注意点があれば、業務日報にも記載していました。記録の持ち出し、保存、保管、廃棄について規定集に記載していました。 24. 月1回のリーダー会議でサービス内容について検討していました。話し合った内容は議事録、申し送りノートを回覧し、伝達していました。 25. 広報紙を作成し、毎月郵送していました。また、利用者の生活状況を写真付きで「ご家族様へのご連絡」で知らせていました。			
(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. 年1回マニュアルを整備していました。内容の検討はリーダー会議で行い、担当者が更新手続きをしていました。また、感染症に対する研修会を年3回実施していました。 27. 事業所内は物品が整理され、清潔感がありました。臭気対策として、各トイレにオゾン脱臭機を設置していました。			
(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。	A	A
(評価機関コメント)	28. 事故、緊急時のマニュアル、緊急連絡網を各フロアに掲示していました。事故対策などの研修は、参加していない職員には参加した職員が周知するシステムがありました。 29. 事故防止対策委員会を月1回開催し、事故内容に対する検討をしていました。また、事故の統計をグラフ化し、分析していました。 30. 「災害対応マニュアル」「地域対応マニュアル（地域との役割分担等）」「火災発生時の職員行動マニュアル」を作成していました。また、防災訓練を年2回実施し、そのうち1回は地域住民も参加する消防総合訓練を実施していました。			

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
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
(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. 理念・基本方針にて人権の尊重の旨を記載していました。身体的拘束等検討委員会の属する不適切ケア防止部会で身体拘束廃止及び高齢者虐待防止についての研修を年2回実施していました。また、「虐待の目防止チェックリスト」を用いて人権に配慮したケアを行っているかを確認していました。 32. 利用者へのプライバシーや羞恥心に配慮したサービスを行うよう業務マニュアルに記載し、サービスを提供していました。プライバシーに関する研修も実施していました。 33. 原則依頼を断ることはありませんでしたが、医療ニーズが高い方は近隣の老人保健施設や病院を紹介する仕組みがありました。			
(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。	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)		34. 各階に苦情受付ボックスを設置し意見を収集していました。また、年1回サービス利用者満足度調査を実施していました。コロナ禍前は年1回懇談会を実施していました。 35. 苦情解決に関する規定に対応方法を記載し対応していました。収集した意見・苦情は報告書に記載し、苦情対応委員会にて対応していました。収集したご意見・苦情は施設内に掲示し公表していました。 36. 第三者委員を設置し、連絡先は重要事項説明書に明記していました。外部人材の相談機会として民生児童委員に来訪をお願いしていました。			
(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。	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	B	
	(評価機関コメント)		37. 年に1回サービス利用者満足度調査を実施していました。その結果は部門責任者会議で調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか分析・検討をしていました。 38. 質の向上の取組として、ユニット会議を月1回開催していました。施設長が舞鶴市特養施設長会議に出席し他事業所の情報収集を行っていました。 39. 第三者評価は3年に1回受診していました。しかし、自己評価を行う仕組みはありませんでした。			