

# アドバイス・レポート

平成26年12月20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**

平成26年11月19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あらしやま」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) 法人理念「生涯地域居住」の実現に全職員で取り組んでいます。 「ご利用者の希望を叶えること」を最優先目標に位置付け、地域で生活している時と同様に、「その方が望まれるその方らしい暮らし方」を送っていただく一助として「外出支援」に力を入れています。毎日、どこかのユニットで外出し、小グループでの一泊旅行や遠方への里帰りも実現しました。これからも利用者・家族、地域の皆さん、そして職員が「わくわく、ドキドキ」するような取り組みにチャレンジされることを期待しています。</p> <p>(2) 利用者の自立支援に向けた積極的な取り組みが行われています。 利用者の自立支援を促す取り組みを進めるために、各居室内にトイレを、またユニット毎に「青森ひば」製の浴槽を設置するとともに、独自のアセスメントシート「介護者の視点」を導入し、入浴・食事・排泄等の介護の改革に現場スタッフ主体で取り組んでいます。その成果がリフト浴や機械浴を使わない〈ひとり浴〉の実現や身体拘束ゼロの取り組み、在宅復帰の実現に繋がっています。</p> <p>(3) 地域に開かれた「高齢者福祉総合施設」づくりが進んでいます。 4階に地域交流スペース「あの音(ね)」を設け、地域住民と利用者・家族の皆さんがごく自然に交流できる〈場〉を提供しています。また、カフェ「ジョイント・ほっと」は、障がいを抱える人たちに運営を委託し、自立するための〈空間〉を提供しています。その他、「ボランティアの会」の結成や地域防災会議への参加などを通して、地域に開かれた「高齢者福祉総合施設」を目指しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(1) 全職員の情報共有に向けた取り組みが不十分でした。 ユニット単位の業務体制のため、日常の業務やマニュアルの見直し等の際、役職者レベルでは改善につなげるための情報共有が出来ていますが、全職員への周知が不十分です。</p> <p>(2) 管理者を評価する仕組みが出来ていません。 施設長による職員面談は年1回実施されてますが、役職者が職員から信頼を得ているかどうかを把握する仕組みがありませんでした。</p> <p>(3) 職員のストレス解消に向けた取り組みが不十分です。 法人が持っているメンタルヘルスの相談窓口が職員に周知されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(1) 全職員が情報共有できる「仕組みづくり」を進めてください。 「利用者の主体性を尊重すること」を基本に据え、施設全体で質の高い介護の実現を目指しておられます。その実現のためにも、職務権限や会議の位置付け・役割の明文化を行うとともに、情報共有のツールであるパソコンソフト「ほのぼの」をベースに、きめ細かな「仕組みづくり」の構築が必要です。そのスタートとして、全職員に意識改革・統一に向けた〈提案〉をだしてもらったことも一つの方法ではないでしょうか。ご検討ください。</p> <p>(2) 管理者を評価する仕組みの導入をお勧めします。 公平で開かれた人事評価システムは、管理者の自己変革を促すだけでなく、職員のモチベーションの向上や信頼関係の醸成に繋がります。法人全体の人事評価システム改革の一助として、多面評価システム(上司だけではなく同僚や部下からも評価を実施する制度)の導入をご検討ください。</p> <p>(3) ストレス解消に向けた体制の整備を進めてください。 職員の勤務体制がユニット単位という制約もありますが、職員がくつろいでリラックスできる空間の確保やメンタルヘルスを維持するために、気軽に相談できる体制の整備を進めてください。</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	2660790052
事業所名	特別養護老人ホーム健光園あらしやま
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)	訪問介護、訪問看護、通所介護、短期入所生活介護、介護予防訪問介護、介護予防訪問看護、介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年11月25日(火)
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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)		○法人理念「生涯地域居住」の下、全職員で利用者の望みを叶える取り組みが行われています。 ○理事会・マネジャー会議・運営会議・ユニット会議等を定期的に行い、職員の意見や提言を受け入れる体制が出来ています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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)		○法人として策定された中・長期計画に基づき、前年度の総括を踏まえて、事業計画が策定されています。現在、課題の改善に向けた取り組みが不十分と考えて、職員の意識の統一に取り組んでいます。 ○半年に一度、事業計画の進捗状況の確認と見直しを行い、目標達成に向けた取り組みが行われています。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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)		○「全体研修会」等で法令遵守等の研修を行うとともに、必要な情報を全職員に提供できるシステムが構築されています。 ○施設長等管理者は、諸会議に参画し、討議できる体制が確立しています。但し、施設長は、職員個人面談を実施していますが、管理者自らを評価する仕組みが未整備です。 ○施設長は、現場の見聞、職員ヒアリングの他、パソコンソフト「ほのぼの」により、事業の実施状況を把握しています。ユニットリーダー以上の職員は携帯電話を保持し、緊急時に対応できる体制が確立しています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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>○法人全体の人材育成策に基づき、新卒者研修から始まる研修計画が確立しています。</p> <p>○資格取得を促進するため、試験対策研修を行うなどの支援策を講じています。</p> <p>○実習生を積極的に受け入れるため「人財育成委員会」を設置し、小・中学生、高校生、大学生、社会人を受け入れています。</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>○有給休暇の取得や時間外勤務についても、職員に配慮した体制づくりが進められています。</p> <p>○「ストレスケアに関する研修会」を年1回実施し、全員にリフレッシュ休暇（年3日）を設けるなど職員に配慮して体制づくりを進めていますが、メンタルヘルスに関する法人内の相談体制の仕組みは、十分周知されていませんでした。</p>		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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)		<p>○4階に地域交流スペース「あの音（ね）」を設け、地域住民にも開放して毎日多様な行事が行われています。カフェ「ジョイント・ほっと」は、障がいを抱える人たちに運営を委託し、自立の〈空間〉を提供しています。</p> <p>○家族や地域住民で「ボランティアの会」を結成し、職員が地域住民と共同して開催するイベント（いきいきサロン、いきいき祭り）の開催をしています。また、地元学区の防災会議に参加しています。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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)		○ホームページ・パンフレット等で法人や施設が取り組んでいる事業やサービス内容が分かりやすく広報されています。見学や問い合わせにも丁寧に対応しています。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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)		○パンフレットや重要事項説明書を活用して、説明・同意を得ています。利用者の権利擁護のために、パンフレットを用意しています。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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)		○独自のアセスメントシートに食事や機能訓練のケアプランを加えるなど、利用者毎に詳細に記録されています。 ○「個別援助計画」は、3か月毎に見直しを行い、「サービス担当者会議」の事前に、家族に書面による照会を行い、利用者・家族の希望が反映されるよう取り組んでいます。 ○施設内診療所の常勤医師や管理栄養士、機能訓練士とも連携が取れています。 ○モニタリング（評価・見直し）は栄養、機能訓練を含め、3か月に1回行い、必要に応じ「個別援助計画」の見直しを行っています。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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)		○施設内に診療所があり、医師との連携は図られています。入退院、退所時の関係者や地域との連携も図られています。			

(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。	B	B
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)		○各種マニュアルは、いつでも閲覧できるように整備され、年1回の見直しも行われています。ただし、マニュアルの改善に向けた取り組み（各ユニット間の業務内容のばらつきをなくすための取組みなど）が、未だ不十分との認識です。 ○パソコンソフト「ほのぼの」により、サービス提供の記録、職員間の情報共有に努めています。個人情報保護に関する研修会は、年1回実施しています。 ○1日4回の申し送り、月1回開催されるユニット会議・カンファレンス等で情報共有に努めています。現在の課題は、異なるフロア間の情報共有です。 ○3か月に1度のケアプラン同意書で家族の意見・要望等を聴取しています。「家族の会」を年1回開催し、家族間交流を図っています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		○毎月「衛生委員会」を開催し、感染症に関する研修、学習に努めています。感染症マニュアルも整備され、必要な見直しも行われています。 ○清掃は業者委託で行い、施設内の整理、衛生管理は職員で行っています。現在、各ユニット内の細部のチェック体制づくりに取り組んでいます。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		○最近発生した桂川の氾濫の経験を踏まえ、防災意識を高めるために、開設以来2年余の間に防災訓練を繰り返し実施しています。 ○「事故防止検討委員会」（毎月開催）で分析、評価を行い、改善策を講じています。 ○地元学区の防災会議に参画し、地域の防災訓練にも参加しています。福祉避難所の登録を行っています。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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>○「利用者の主体性を尊重すること」を基本とし、センサーマットの使用やドアの施錠を行わないなど、利用者の生活を制限することなく安全に導くことを徹底し、人権に配慮したサービスの提供や尊厳の保持に努めています。</p> <p>○プライバシー保護に関する研修会を実施し、利用者のプライバシーに配慮したサービスの提供に努めています。入浴時の介助についても利用者の意向に配慮した取り組みを行っています。</p> <p>○サービス利用者等の決定は、毎月開催する「入居判定委員会」において、公正・公平に行われています。</p>			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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	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>○利用者の意向の把握は、「日常業務の中できめ細かく受け止め、記録して介護支援計画に反映させること」を最重点目標に掲げています。それに加えて、担当外の全職員が全ての利用者のことを理解して業務に従事するという高い目標の達成に取り組んでいます。</p> <p>○利用者の意見・要望・苦情等に対しては、迅速に対処するとともに、改善策等を公表し、施設内に掲示しています。</p> <p>○第三者委員や公的機関の窓口は、重要事項説明書に記載され、施設内に掲示されています。</p>			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	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>○利用者には、日々の生活の中で要望等をきめ細かく聞き取ることに努めるとともに、年1回実施する「家族の集い」や利用者アンケートの結果を分析・検討し、改善策を講じています。</p> <p>○管理者は、ユニット会議、フロア会議、運営会議等でサービス提供状況を確認し、職員とともに会議内容の共有に努めています。</p> <p>○半年ごとに中間振り返りを行い、サービス提供状況の確認と見直し等を実施し、次年度事業計画に反映させています。開設から3年に満たない段階で第三者評価を受診し、その自己評価を通して、より高い利用者支援を目指す取り組みを行っています。</p>			