

アドバイス・レポート

令和2年3月26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

令和元年11月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「岩戸ホーム」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 法人全職員に対して配布される冊子「和顔愛語」に理念、経営方針、求める人材像が記されており、常に職員は携帯されています。またそれを活用し朝礼時に唱和、読み合わせを行う、当番職員がそれについて3分スピーチを行うなど、理念浸透とそれを具体化するための職員意識の徹底を図っておられます。</p> <p>○質の高い人材確保 資格取得支援についてチームを構成し勉強会を実施するなど積極的な支援を実施されています。特に、在日外国人職員に対しては介護福祉士試験合格にむけて「つぼみの会」という勉強会を実施し、国際化する介護現場の状況に対応されています。</p> <p>○地域への貢献 施設にある喫茶コーナーを地域に向けて開放し、食事や交流を持つ機会と場所を提供されています。また、近隣地域と夏祭りを共催するなどして地域とともにある施設として積極的に地域貢献活動を実践されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○継続的な研修・OJTの実施 人材育成チャートで研修体系が定められており、計画的・継続的な研修が実施されていますが、各職員の研修受講履歴などを管理する様式はありませんでした。</p> <p>○事故緊急時の対応 アクシデントスタンダードマニュアルで緊急時の迅速対応が明示されていますが、連絡先はフローチャート内の記載ではなく別紙に記載されていました。</p> <p>○意見・要望・苦情等への対応 意見・要望・苦情に対して苦情対応規定を定めて誠実、迅速に対応されています。また、対応状況については所定の様式に記録され施設内で情報共有されていますが、苦情内容や改善取り組みについて公開はされていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>岩戸ホームは京都府北部に3施設、また大阪府にもサービスを展開する社会福祉法人成光苑に所属し、福知山市において積極的に福祉サービスを展開されています。また、京都福祉人材育成上位認証、ISO9001認証を受け、人材育成及びサービス品質管理の徹底を図っておられます。今後も地域の中核施設として役割を担っていかれる中でサービスの更なる向上のヒントにしていただけるよう、以下のアドバイスをさせていただきます。</p> <p>○体系的で継続的な研修プログラムが構成され計画的に研修が実施されていましたが、各職員がどの研修を修了しているか、そしてそれによりどのような資格を取得しているかを確認することができる様式の整備を提案させていただきます。外部研修では個人に対して受講修了により与えられる資格がありますが、スタッフ各自が取得資格、研修修了の状況を自ら管理することでさらに研修派遣の効果が上がると考えます。</p> <p>○マニュアルにて厳密に緊急時の対応が定められており、フローチャートで一覧化されているので対応について戸惑うことはないと思われませんが、加えてフローチャート自体に連絡先を記載することで対応の迅速化が図れるのではないかと考えました。担当者が変更になる都度更新する必要がありますが、連絡体制の迅速化という視点で提案させていただきます。</p> <p>○規定に基づき意見・要望・苦情対応を行っており、誠実、迅速な対応が記録などで確認できました。また、内部での情報共有も確実に実施されています。その対応状況を広報紙やホームページを活用し公開されることで、さらに地域の信頼が高まると考えられます。既存で運用されている媒体を活用し、対応状況を公開されることを提案させていただきます。</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	2672600083
事業所名	岩戸ホーム
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)	居宅介護支援、短期入所生活介護（予防）、 通所介護、訪問介護、訪問看護ステーション （予防）、小規模多機能居宅介護（予防）、 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
訪問調査実施日	令和2年2月26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. 理念経営方針、求める職員像等を記した冊子「和顔愛語」を全職員に配布し、朝礼で項目ごとに読み上げ、当番職員が3分間スピーチを行うなどの取り組みを継続し理念等の浸透を図っています。 2. 成光苑人事システムガイドにおいて職種別、職員等級別に職務内容、責任権限を定めています。			
(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. 「サービス目標」「教育目標」「契約目標」の3項目の品質目標を定め事業進捗状況を管理しています。中長期ビジョンについては経営デザイン認証で「これからの経営設計図」を作成し、周知しています。 4. 事業目標に沿った個人目標をチャレンジシートを使用して設定し管理しています。達成状況は数値化して表し自己評価と上司評価を行い目標管理をしています。			
(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。	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. 法人内部監査において法令順守を点検しています。関連法令については品質マニュアルの中で一覧化されています。 6. 共通職員意識調査を年1回実施して、上司による組織管理に対する評価の機会を設けています。職員の個別の意見は自己申告書により上司に伝える機会があります。 7. アクシデントスタンダードマニュアルで、連絡すべき事案連絡先を詳細に定めて、事例に応じて迅速に連絡対応できるようにしています。			

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
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. 求める人材像については法人冊子「和顔愛語」に定めています。また、人材確保については「成光苑品質マニュアル」に定めています。 9. 人材育成チャートに研修体系を示しています。職員が自主的に参加を希望する外部研修の場合、申告し審査を経て法人から経費、受講費の助成を受けることができます。 10. 生活相談員手順書に実習受け入れに関する窓口や手順が規定されています。外国人技能実習を受け入れています。		
(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. マッスルスーツ、見守りセンサー、スライドボードなどを介護負担軽減のための機器を積極的に導入し労働環境への配慮を行っています。 12. 職員親睦会があり、ランチ会、旅行、サークル活動への助成を行いリフレッシュや職員交流の機会を確保しています。		
(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. 施設・法人の広報誌、ホームページを活用し事業所の情報を開示しています。また、近隣地域と夏祭りを共催するなど地域住民との積極的な交流の機会を持っています。 14. 施設にある喫茶コーナーは常に地域に対して開放されており、地域住民はいつでも利用できるようになっています。		

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
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.パンフレットやホームページで、利用者や見学希望者に事業所の情報を伝えています。見学や相談の希望があった際には個別に対応し、「相談カード」や「入所申込者リスト」にその内容を記入しています。			
(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.利用者や家族、成年後見人等に対して、重要事項説明書や料金表、サービス利用料金合意書を用いて、サービス内容や利用料の説明をしています。利用者の状態から必要に応じて、社会福祉協議会に相談して、地域福祉権利擁護事業につないでいます。			
(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.利用者の状態や課題を把握するためのアセスメントを行うための手順を、「生活相談員手順書」に明記しています。管理医の回診時に看護師が同行し、管理医の意見を聞き取っています。 18.アセスメントによって明らかになった課題に対する目標を設定しています。ケアプランに利用者や家族の希望を記載しています。サービス担当者会議には、利用者だけでなく、家族や成年後見人等の参加を求めています。 19.サービス担当者会議には介護士、看護師、管理栄養士、介護支援専門員などの多職種が参加し、ケアプランに意見を反映しています。看護師は管理医の意見を聞き取り、その意見を伝えています。 20.ケアプランの見直しを行う時期や手順については、「生活相談員手順書」に明記しています。「ケアプラン評価 モニタリング記録」を用いて、月2回介護士がモニタリングしています。			
(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.近隣の開業医が管理医をしており、利用者の病状などについて把握し、情報を共有しています。利用者が入院する際には「看護サマリー」などで医療機関に情報を伝え、退院時には退院カンファレンスに参加して情報を収集しています。			

(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. 「介護老人福祉施設手順書」「ケアワーカー手順書」を整備しています。法人が作成した「基本マニュアル～はじめの一步～」を入職時に全員に配布し、入浴、排泄などの方法を理解できるようにしています。 23. 日々の利用者の様子を「ケース記録」や「引き継ぎ記録」に記入しています。記録の保管、保存などについては、「文書管理規定」で定めています。 24. 朝、夕の申し送りや「連絡ノート」を活用し、利用者の情報を職員間で共有しています。ケアプラン変更時に、サービス担当者会議を行い、多職種の意見を集約しています。 25. 毎年6月に「家族懇談会」を行い、利用者の様子を家族に伝えていきます。サービス担当者会議にも家族が参加しています。利用者の状態変化の際には、介護士や看護師から電話連絡しています。		
(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. 「感染症予防対応マニュアル」を整備しています。「安全衛生・感染症予防部会」で、ノロウイルスの実地研修を行っています。新たに対応が必要となりうる感染症について、職員に対応方法を文書で周知しています。 27. 空間除菌システムにより、臭気対策をしています。事業所内の清掃は、外部業者に委託し、点検表で確認しています。「施設設備管理規定」を整備し、環境整備確認表を用いて、ベッドやナースコールなどの異常がないか、毎日確認しています。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時の対応について、「緊急対応規定」を整備しています。対応については、新人プログラムにて職員研修を行っています。指揮命令系統もフローチャートで明記しています。 29. 事故が発生した際には、「緊急対応・不適合報告書」を作成し、発生した原因や対応方法、改善策などを記入しています。発生した事故などに関しては、改善策まで検討したうえで、家族などにすべて連絡しています。 30. 「非常災害対策計画」を整備し、災害発生時の対応について定めています。事業所内には近隣住民の避難を受け入れることを想定したホールがあります。土砂災害の警戒区域に入っており、土砂災害を想定した訓練を行っています。		

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
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. 利用者等の人権尊重については、職員が携帯する「和顔愛語」にも記載し、事業所としての姿勢を明確にするとともに、マニュアルの作成、研修の開催、自己他者チェックの実施などにより、職員の意識を高めています。 32. 利用者のプライバシーについては、新人職員研修の他、マニュアルの作成、自己他者チェックの実施等により、介助や支援等の場で十分な配慮ができるようにしています。 33. サービス利用者の決定については、施設長や第三者委員が参加する入所判定委員会にて決定しています。			
(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	B	
	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. 日常的に利用者からの相談等に応じるとともに、意見箱の設置、満足度アンケートの実施等により、意見・要望等を広く拾い上げることができるよう努めています。また、ホームページに苦情解決の方法について明記しています。 35. 利用者等から出てきた意見や苦情等については、速やかに対応し、サービスの改善等に努めています。満足度調査結果やそれに基づく改善は家族懇談会等で報告していますが、広く公開するまでには至っていません。 36. 第三者委員を設置し、掲示等で周知を図っています。また、市の介護相談員を受け入れ、利用者からの相談を受ける体制を作っています。			
(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回利用者満足度調査を実施し、データ化をし、細かな分析を行っています。満足度調査の結果は利用者、家族等に知らせるとともに、サービスの質の向上に努めています。 38. ユニット会議、ユニット調整会議、リーダー会議等、各種会議でサービス内容に関する検討を継続的に行っています。 39. ISO9001認証を取得し、外部からの審査を受けるとともに、法人による内部監査も実施しています。また、第三者評価も定期的に受診しています。			