

アドバイス・レポート

平成29年5月12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29年1月4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松寿苑 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>○組織体制 必要事項は法人の運営会議等から各事業所、各部署に伝達されています。毎朝、法人連絡会議を行い、法人全体の情報がその日に各部署に伝達される仕組みがあり、職員は、各種委員会に参加することで、意見が反映される体制となっています。また、事業所内でも朝夕のミーティング、グループミーティング、月1回のグループ会議、リーダ会議等で情報共有と連携を密にとる体制が整えられており、組織として意思決定の仕組みが明確に定められています。</p> <p>○事業計画等の策定 事業計画は、法人の事業計画に基づき、グループ会議で職員の意見を聞きとり、リーダー会議で策定しています。グループ会議で3カ月ごとに進捗状況の確認を行っており、職員の意向や前年度の課題を反映した計画となっています。</p> <p>○継続的な研修の実施 育成プログラムを作成し、体系的な研修を計画しています。また、月1回、法人では苑内研修を実施しています。事業所内では施設内研修を実施しており、特に重要な内容については、同じ研修を複数回にわたり行っています。研修の内容は、職員からの要望を聞き取り、必要な研修を計画しています。内容によっては職員が講師となり、互いに学び合える機会としています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○ケアプランの見直し 必要なアセスメントを実施し、利用者のニーズに応じて、ケアプランを作成していますが、モニタリング等計画の見直しを定期的に行う体制とはなっていません。</p> <p>○マニュアルの策定と見直し 各種マニュアルを策定していますが、見直しの基準が定められていません。また、マニュアルに基づくサービスが実施されているかを確認する仕組みがありません。</p> <p>○サービスの質の向上にかかる検討 3年に1回、第三者評価を受診していますが、事業所のサービスに対する自己評価等を行う仕組みが、定められていません。また、利用者のアンケートも実施されていますが、結果の分析や検討が不十分でした。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人松寿苑は、綾部市全域に様々な介護福祉事業を展開し、地域の福祉に貢献しています。特別養護老人ホーム松寿苑のある田野山地区には、広大な敷地に同法人の数ヶ所の事業所が隣接しており、法人で委員会組織を構築するとともに、毎日、運営連絡会議を行うなど、連携を取りながら運営をされています。また、年間を通して地域の祭りやイベントに利用者と共に参加しており、松寿苑で開催する様々なイベントに地域の住民を招くなど、長年にわたり、地域との関わりを深めておられます。特別養護老人ホーム松寿苑は、昭和50年開設された建物で、老朽化が課題とのことです。利用者に家庭的な雰囲気生活していただけるように、飾りつけや設えなどを工夫しておられます。また、利用者や職員の方の様子から、過ごしやすく働きやすい施設運営をされていることがうかがえました。

○アセスメントは、年1回更新し、利用者や家族の意向を聞き取り、ケアプランの策定をしています。また、状態の変化に応じての見直しを実施し、医療機関や関係職員と情報交換を行い、意見を反映されています。しかし、定期的なモニタリングの手順を定めておられず、不定期の見直しとなっています。数か月ごとに定期的なモニタリングを行い、記録を残していくことで、計画通りにサービスが行われているか、また、利用者の状況変化の有無についても把握しやすくなると考えます。

○法人のマニュアル委員会で、各種マニュアルを作成し、事業所でも業務分担マニュアルを策定しておられますが、定期的な見直しが確認できませんでした。見直しの手順を定め、定期的に見直すことで、マニュアルが現状に即しているかを確認することができ、より質の高いサービス提供につながると考えます。事業所内で、定期的にマニュアルを確認する機会を設けられてはいかがでしょうか。

○3年に1回第三者評価を受診し、評価結果に基づき課題の明確化を図っておられますが、定期的な自己評価を行う仕組みはありません。事業所の体制について年1回、自己評価を行い、利用者アンケートの分析を合わせて行うことで、改善する課題が明確になると考えます。その課題を次年度の事業計画に反映させて、更なるサービスの質の向上につなげていただければと考えます。

※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	2671800064
事業所名	特別養護老人ホーム松寿苑
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)	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成29年3月8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。	B	B
	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、運営方針は施設内に掲示し、ホームページにも掲載しています。月1回の定例全体会議や施設長コラムで職員に周知していますが、利用者や家族に理解が深まるような取り組みは行っていないとのこと。 2. 組織及び業務分掌規程を策定し、職員の権限を明確にしています。グループ会議やリーダー会議、各種委員会で職員の意見を収集し、定期的に開催している法人運営会議、法人連絡会議に意見を反映する仕組みがあります。		
(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. 中長期計画、年度計画を策定し、3カ月ごとにグループ会議、リーダー会議で、進捗状況を確認し、見直しを行っています。 4. 事業計画に基づき、グループで年間の目標を立て、グループ会議やミニカンファレンスで年4回、見直しを行っています。		
(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。	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。	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)			5. 各種法令については、施設長研修会等で収集をし、職員にミーティングで伝えていきます。また、総合施設長が遵守すべき法令についてコラムの形で記載したものを掲示し、職員に周知しています。関係法令のリストは作成していますが、職員がいつでも調べるようになっていません。 6. 施設長は職場内研修時に事業計画の説明を通じて、自らの役割について職員に伝えており、総合施設長はコラムに掲載しています。職員の個人面談において、意見を聞く機会を持っていますが、管理者自らを評価する方法はありません 7. 施設長は毎日のミーティングに参加し、業務日誌等でも、日々の状況を確認しています。緊急連絡網で、緊急時に指示を仰ぐ仕組みを明確にしています。		

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	B
		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。	B	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. 法人が職員の採用を行っています。非常勤職員の採用を増やすなど、人員体制については理事会や運営会議で話し合いを行っています。人事管理に関する方針は明確になっていません。 9. 育成プログラムに基づき体系的な研修計画を作成しており、月1回の苑内研修（法人内）、施設内研修（事業所内）を行い、外部研修の伝達研修も実施しています。施設内研修では、職員の意見を取り入れた研修を計画するなど、職員の気づきからの学びを大切にしています。 10. 「実習、研修、交流、体験、ボランティア受け入れ対応マニュアル」を作成し、実習生を受け入れています。実習指導者は実習指導者研修を受講しています。		
(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。	B	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)		11. 有休消化率のデーターを管理し、有給休暇の取得を勧めています。勤務体系や人員体制を見直し、時間外勤務の削減に努めています。法人に介護機器活用検討委員会を設置し、機器の活用を推進しています。 12. 共済会でカウンセラーを利用できるほか、産業医に相談できる体制を整えています。福利厚生で職員の親睦会や年1回は、旅行を計画しています。休憩室を設けていますが、利用していない職員もあり、仮眠室はありません。		
(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	B
		(評価機関コメント)		13. ホームページに事業所の紹介や第三者評価の公表を掲載し、機関誌「あやべ松寿苑」を自治会に回覧して、情報の提供に努めています。地域の情報を施設内に掲示し、地域の夏祭りやコミュニティーセンターの催し等に利用者が参加できるよう取り組んでいます。 14. 法人では「福祉文化講演会」の開催や介護相談等を実施していますが、事業所の職員は講演会等の催しに参画するなどの関わりが来ていません。		

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
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. 法人の機関誌「あやべ松寿苑」やホームページ、パンフレットによって、わかりやすく情報を提供しています。また、見学には随時対応しています。機関誌「あやべ松寿苑」は施設入り口に配架しています。		

(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. 利用料金や利用内容等について重要事項説明書を用いて説明しています。成年後見制度や日常生活自立支援事業を利用している場合は、成年後見人や社会福祉協議会と連携しています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		17. 認定更新時にケアチェック表を用いてアセスメントを行っています。また、入退院等により状況の変化がある時には再アセスメントを行っています。 18. できる限り、サービス担当者会議には本人や家族が出席できるようにしています。家族の出席が難しい時には、事前に電話連絡して希望を聞くなどの対応をしています。 19. 医務室とは書面によって意見照会を行っており、医師や看護師の意見を個別援助計画に反映しています。 20. 基準に基づいて必要に応じた計画の見直しを行っていますが、定期的にモニタリングを実施する体制とはなっていません。		
(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. 介護サマリーや看護サマリー等によって医療機関との情報共有を行っています。必要に応じて、退院時のカンファレンスにも参加しています。		
(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。	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。	B	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. 法人内のマニュアル検討委員会で定期的な会議を行い、マニュアルの作成、見直しを行っていますが、マニュアルに基づいたサービスを実施しているかを確認する方法が定められていません。 23. 利用者ごとにサービスの提供状況等が記録できています。記録の保管や保存の規程については確認できましたが、持ち出しや情報開示の規程は確認できませんでした。 24. 朝昼夕のミーティングを行い、利用者の情報共有に努めています。ミーティングで共有した内容を記載した書面をスタッフルームのホワイトボードに貼っておくことによって、いつでも確認する事が出来ています。夕方のミーティングの記録は回覧しています。 25. 面会時や家族会の機会を利用して、情報交換を行っています。「あやべ松寿苑」や「特養新聞」を家族に送付する際に、利用者の様子を伝える手紙を同封しています。		

(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. 法人内の感染症対応委員会において、マニュアル作成等を行っています。それを基に、施設として「感染症対応マニュアル」を作成しています。対策等については、ミーティングや会議等の機会を用いて伝達しています。 27. 事業所内の清掃は定期的を実施しており、掃除業務日誌に記録しています。臭い対策も行っており、特に臭いが発生しやすい箇所にはマイナスイオン発生器を設置しています。		
(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. 「共通基本マニュアル」として、事故ごとにフローチャートの形式でまとめられており、全職員が対応可能になっています。 29. 事故内容を受診や治療の有無によって、事故報告書、アクシデント、ヒヤリハットに分けて記録しています。法人内の介護事故防止委員会で分析を行い、再発防止策を検討しています。 30. 火災発生時を想定したマニュアルを作成し、それに基づいて施設及び法人内で訓練を行っていますが、地域との連携した訓練とはなっていません。		

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。	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)		31. 利用者本位や尊厳については理念で明確に示しており、施設内の随所に掲示しています。振り返りや検討を毎日行う体制を整備しています。身体拘束禁止や高齢者虐待防止法の研修を実施しています。 32. 入浴や排せつ時、プライバシーに配慮したサービスを提供しています。プライバシー保護マニュアルを作成し意識付けをしていますが、プライバシー保護に関する勉強会等は行っていません。 33. 月1回の入所検討委員会を開催し、外部からの委員も参加することで公平・公正な入所判定を行っています。		

(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。	B	B
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)		34. 意見箱の設置やサービスの質アンケートの実施による意向聴取の仕組みを整備しています。また、家族会とサービスの質検討委員会合同の懇談会や、月1回レストラン職員と利用者との懇談会を開催し、意見・要望の聞き取りをしています。 35. 苦情対応マニュアルを整備し、第三者委員会を年1回開催して苦情の検討を行っています。法人で、改善状況についての情報公開等は実施していますが、本事業所の苦情がほとんどない状況です。苦情・要望の聞き取りの工夫が必要です。 36. 苦情受付担当者の掲示や重要事項説明書に苦情窓口について記載しています。介護相談員による定期的な巡回相談を受け付けています。		

(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		37. サービスの質検討委員会によるアンケート調査を実施し、アンケート結果の集計をしていますが、結果を分析しサービスの改善につなげられていません。 38. 毎日夕方に開催される気づき（ミーティング）には施設長も参加しており、各部署の情報を伝達しています。各事業所から職員が参加し、サービスの質検討委員会等、各種委員会を開催しています。 39. 第三者評価は3年に1度受診していますが、事業所の自己評価は取り組めていません。		