

# アドバイス・レポート

平成30年3月19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7月27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安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><b>○人材の確保・育成</b> 人員配置実績を基に、正規・非正規職員の比率や有資格者の配置状況等を検証し、適切な人員体制の管理や整備に努めておられます。また、無資格者に向けて、資格講習等の情報提供や資格取得時の祝金の支給等、資格取得に係る啓発活動や支援も積極的に行われており、質の高い人材確保と育成に努めておられます。</p> <p><b>○労働環境の整備</b> 年に2回、上司との面談時に用いられる「do-capシート」にて、自身で設定した目標の達成状況の把握や今後の課題を確認し、それを評価するといった人事考課の仕組みがあります。上司とコミュニケーションが図れるだけでなく、業務へのモチベーションアップにも繋がっていると思われます。排泄や入浴介助時にかかる体への負担軽減の為の福祉機器の導入等が積極的に行われています。</p> <p><b>○感染症の対策及び予防</b> 感染症に関する知識を深めるだけでなく、実際感染症が発生した場合の対応方法、手技の確認・共有等のため、実技を交えた研修が実施されており、職員が一丸となって感染症対策に取り組まれています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○利用者満足及び質の向上に係る取組</b> 現状では、定期的な満足度調査等は実施していません。利用者に提供するサービスの質を向上させる為の試みや仕組みがありません。年に1回、介護サービス情報公表制度による自己評価を実施されていますが、2006年度に第三者評価を受診されて以降、定期的な受診が無く、今回2回目の受診でした。</p> <p><b>○中長期事業計画の策定</b> 単年度の事業計画は各部署において意見集約の上、代表者会議において検討し、策定されていますが、中長期事業計画については策定されていません。</p> <p><b>○個別援助計画等の見直し</b> サービス担当者会議に基づき、個別援助計画書を作成されていますが、見直し時期が期間超過しているケースがあります。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人 安寿会は、平成7年に事業開始した、海の京都、舞鶴市に本拠を置く、複数の高齢者福祉サービス事業所を展開する歴史ある法人です。共に楽しみながら、安じて長寿を全うしていただくための里、「共楽安寿の里」を法人基本理念として運営されています。利用者支援は、ホーム喫茶やチャレンジクッキング等の、楽しみつつ参加・活動できる場の提供や、利用者個々に寄り添いつつ、共にこれからの生活を楽しむといった温かみの感じられる実践がなされていました。今後更なる実践の進展を期待して、以下をアドバイスさせていただきます。</p> <p><b>○満足度調査等の実施</b>  現在、満足度調査の取り組みは実施していないとのことでしたが、利用者の満足度を計り、更に改善に向けて取り組んでいくべき課題を明確化することで、より質の高いサービス提供ができると考えます。アンケート調査等を実施し、幅広く意見を吸い上げる取り組みをされてはいかがでしょうか。</p> <p><b>○中長期事業計画の策定</b>  福祉ニーズが多様化・複雑化する中で、社会福祉法人の役割はますます重要となっています。今後法人としてあるべき姿をより明確にし、それらに基づき組織の活性化や人材育成等を中長期的な戦略のビジョンとして、中長期計画策定を検討頂ければと考えます。</p> <p><b>○質の向上に係る取組</b>  第三者評価の受診は、提供サービス内容を第三者から客観的・専門的な評価を受けることで、現状把握や課題抽出に繋がり、組織全体の質の向上につながります。事業の透明性を図る上でも、今後は定期的な受診を期待します。</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	2672700032
事業所名	特別養護老人ホーム安寿苑
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11月16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
<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. 事業所内掲示やホームページにて、法人理念や運営方針を明示しています。また、4月の代表者会議やフロア会議等で職員に向けて周知と理解を図っています。 2. 「安寿会組織規程」に、組織、職務分掌、職務基準等を明確に記載しています。理事会は年3回開催しています。		
<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)			3. 単年度の事業計画はフロア会議において検討し、法人の代表者会議で決定する仕組みがありますが、中長期計画は策定していません。 4. フロア会議やリーダー会議で部署内の現状把握や課題の抽出を行っています。計画に対する達成状況の報告書を各事業所において作成し、理事会に報告しています。		
<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. 施設長が全国社会福祉法人経営者協議会の施設長研修や行政の集団指導等に参加し、法令に関する情報収集を行っています。また、関連書籍の設置や重要な法令一覧を作成したり、「介護保険さがせるnet」と契約し、法令に関する情報収集が行いやすいよう工夫しています。 6. 管理者の役割と責任については、「安寿会組織規程」で明示しています。施設長は、毎月の代表者会議に出席し、職員の意見を聞き取っています。 7. 施設長、管理者（課長・主任）は携帯電話を所持し、常に連絡がとれる体制をとっています。また、緊急連絡網を整備しており、緊急事態発生時に管理者からの指示を仰げる体制を整えています。		

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)		8. 「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証を取得しています。事務職員が毎月人員配置実績を作成し、常勤、非常勤、有資格者等の配置状況を確認する仕組みがあります。資格取得時の祝い金、資格手当を支給しています。 9. 年間研修計画を作成し、計画を基に研修を実施しています。階層別研修や新任者への研修等を実施しています。 10. 介護福祉士実習指導者講習会を修了した職員が法人の「実習受入れマニュアル」に沿って、実習の内容や実習生のニーズに応じたプログラムを作成し実習を行っています。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 有給取得率の一覧データを作成し、万遍なく有給を取得できるよう工夫しています。半年に一回、「do-capシート」(個人目標、キャリアデザインなどを記載し、目標を立てて行動するツール)を使用し、個人面談で就労状況等を把握する仕組みがあります。 12. ストレスチェックを毎年実施しています。外部の相談先は、職員回覧を通じて周知を図っています。今年度より、ハラスメント防止について規程や指針を設け、全職員に周知できるようマニュアルに記載しています。		
<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)		13. 広報誌を地域に配布し、ホームページにて運営理念を提示しています。毎年開催される市内のイベント「夜の市」に参加しています。 14. 地域や中学校で認知症サポーター養成講座を開催しています。その他、管理者が舞鶴市介護認定審査会や養護老人ホーム入所判定委員会に出席しています。		

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>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)		15. ホームページやパンフレットにより必要な情報を提供し、施設内の掲示も文字の大きさや掲示の位置に配慮しています。見学等には生活相談員が対応し、情報等を「受付簿」に記録しています。		

(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. 重要事項説明書に基づき説明を行い、利用者の同意を得ています。後見人等による契約を実施した事例もあります。権利擁護の制度活用については、生活相談員が担当しており、いつでも説明できるよう資料を準備しています。		
(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	B
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	B
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	B
(評価機関コメント)		17. 所定のアセスメント様式により、利用者の状態把握を行っています。定期的な更新や見直しはできていません。 18. 本人や家族面会時等に希望等の聞き取りを行っていますが、サービス担当者会議は職員のみでの実施となっており、家族参加は看取りにおける会議のみとなっています。 19. サービス担当者会議には、多職種が出席し、意見や情報等を計画に反映しています。 20. モニタリングは毎月1回行い、記録しています。計画の見直し時期については、施設サービス計画やリハビリ計画別に重要事項説明書に記載していますが、期間超過しているケースがありました。		
(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. 緊急受診や入院の際には、市内の医療機関との連携がスムーズに行えています。地域包括支援センターを受託しており、必要な関係機関との連携も図れています。重要事項説明書に「円滑な退所のための援助」の記載もあります。		
(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	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	B
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルは年に1回見直しを行っていますが、利用者満足度調査を実施していない為、調査分析等の具体案が反映される仕組みがありません。 23. 日々の記録は、「フロアノート」（引継ノート）とパソコンソフトで行っています。「個人情報管理規程」に基づき、個人情報保護に関する研修の実施や、記録の取り扱い等を行っています。 24. 利用者の日々の記録は、パソコンソフトに入力し、状態変化等は「フロアノート」にて共有しています。また、月1回フロア会議を開催し、利用者のケアに関する検討を行っています。 25. 3カ月に1回、「安寿だより」を送付して、利用者の日々の生活の様子を伝えています。定期的に利用者の家族と面接する仕組みはありません。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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. 「感染症マニュアル」を作成し、年1回更新しています。内部研修では、実際に嘔吐物処理への対応力向上の為、嘔吐物に見立てたおからを使い、実践的な研修を実施しています。 27. 清掃は業務に組み込み、職員で分担しチェック表で確認しています。口腔ケアの徹底、脱臭剤の使用、換気等により臭気対策を行っています。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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. 「緊急時・事故対応マニュアル」を策定し、指揮命令システムを明示しています。年1回以上、救急対応や事故防止に係る研修を実施しています。 29. 事故は、「ヒヤリハット・アクシデント事故報告書」に記録しています。事故の度合いは、0～5でレベル設定し、レベルに応じた対応方法を定めています。フロア会議にて、前月の事故集計を分析して対応しています。 30. 「消防計画」、「非常災害対応マニュアル」、「原子力災害に係る避難計画」を策定し、訓練を毎年実施しています。また、福祉避難所指定を受けています。		

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)			31. 理念、運営方針に利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供について明記し、掲示しています。毎年、身体拘束禁止、高齢者虐待防止法について研修を実施し、職員に周知しています。 32. プライバシーへの配慮については、「介助マニュアル」に明示しています。また、「倫理規程」に基づく行動指針にて、プライバシー保護に関する「職員倫理規程」の研修を実施しています。 33. 入所希望者は「長期入所申込受付簿」にて管理しています。入所に係る選考評価点が低いと予想される場合は、「舞鶴市利用の手引き」を活用し、利用者・家族へ相談のもと、他施設を紹介する仕組みがあります。		

(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。	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。	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	B
(評価機関コメント)		34. 利用者からの要望等は、「フロアノート」に記載し情報共有を行っています。また、利用者に向けて苦情相談窓口に関する情報を掲示し、案内しています。定期的な個別面談や懇談会等は行っていません。 35. 苦情について、業務マニュアルの「苦情・相談対応」で対応方法を定めており、マニュアルに基づき対応していますが、苦情対応の内容は公開していません。 36. 玄関やフロア等に苦情相談窓口を掲示し、苦情解決第三者委員も確保しています。介護相談員は市からの派遣が確保できておらず、オンブズマン等の外部人材の募集もしていますが応募者がいない状況です。		

(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。	C	C
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	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	B
(評価機関コメント)		37. 定期的な満足度調査は実施していません。利用者満足に関する担当者や部署の設置はありません。 38. 月1回、代表者会議を開催し、サービス内容や問題点等を持ち寄り検討しています。外部研修に参加し、他施設と情報共有や意見交換を行い、得た情報等から支援へ繋げる取り組みを行っていますが、記録は確認できませんでした。 39. 自己評価を行う職員を年度毎に定め、介護サービス情報公表制度による評価を行っています。前回の第三者評価は2006年度に受診し、以降受診していませんでした。		