

アドバイス・レポート

平成 28 年 4 月 11 日

平成 27 年 10 月 22 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 三愛荘 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>通番 9) 継続的な研修・OJT の実施 法人で福祉人材認証を取得してキャリアパスの仕組みを構築しています。特にターミナルや看取り、認知症ケアについて力を入れています。新卒者には毎日の振り返りや独り立ちするまで同行支援があります。</p> <p>通番 13) 地域への情報公開 広報紙「さんあいの和」を地域に配布しています。自治会のお祭りに参加したり、施設の敷地内で開催している文化祭のお知らせをして、利用者と地域の方の交流の機会を作っています。また、利用者の方の個別対応としてミカン狩りや外出の機会を多く持ち、地域を意識した事業所となるよう、地域の人々と良好な関係を持つように支援しています。</p> <p>通番 30) 災害発生時の対応 災害発生時における対応マニュアルが整備され、「防火管理規則」により、災害発生時の責任者、指揮命令系統を明確にしています。毎月、避難訓練を実施しており、夜間時に発生した際の通報訓練も合わせて実施しています。また、「総合防災訓練」を施設と地域が合同で行っています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番 22) 業務マニュアルの作成 サービス提供にかかる業務マニュアルは整備され、全職員に周知されていますが、見直しの基準が定められていませんでした。</p> <p>通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情解決第三者委員会を開催して、寄せられた苦情・要望・意見に対して適切に対応されていますが、これらの内容や対応のプロセス等は公開されていませんでした。</p> <p>通番 39) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を 3 年に 1 回必ず受診されており、法人内で年に 1 回「事業監査」の実施もされています。サービスの評価・課題の明確化を図っていることは確認できましたが、自己評価の取組は確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人みつみ福祉会は、「共に生きる」という理念を掲げ、障がい・保育・高齢者にかかる事業を兵庫県丹波市及び福知山市にわたって包括的に経営し、地域福祉の中心的な役割を担って来られました。その拠点の一つとして平成14年4月に開設された特別養護老人ホーム三愛荘は、市街地を一望できる高台にあり、自然に囲まれた環境にあります。

法人として人材育成に力を入れており、みつみ福祉会が求める職員像を明確にするとともに職員の研修に対する年間計画が体系化されています。また、職員のための「総合センターゆう」という総合相談事業所を設置し、メンタルヘルスケア等の体制についても整備されています。

三愛荘においては、ターミナルケアに力を入れているほか、新人職員に対するOJTの仕組みや各ホールにおける報告会、職員会議での研修発表などを様々な取組が実施されています。

利用者支援については、ケアプラン作成時に個別機能訓練計画書や栄養計画書と連動したものになるように理学療法士や栄養士など多職種で検討されています。それをもとにして、一人ひとりに合わせた生活リハビリ等きめ細かな支援が日々の中で行われています。

地域との交流も盛んに行われており、自治会のお祭りに参加したり、地域の行事にもなっている文化祭などを通じ、地域との交流を行っています。また、水害などの多い地域でもあり、福祉避難所として指定を受けるとともに地域と合同で「総合防災訓練」を行っています。

今後ますます、利用者が笑顔でいられるように質の向上に取り組むとともに、地域の拠点としてさらに事業展開されていかれることを期待いたします。

改善が望まれる点のアドバイスとして以下に記載致します。

・通番 22) 業務マニュアルの作成

サービス提供にかかる業務マニュアルは整備され、全職員に周知されていますが、見直しの基準が定められていませんでした。見直しの基準を定めるとともに、苦情や顧客満足度分析、事故防止策など現場の課題をマニュアルに織り込み、実践的に活用できるものを目指していかれることをされてはいかがでしょうか。

・通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善

苦情解決第三者委員会を開催して、寄せられた苦情・要望・意見に対して適切に対応されていますが、これらの内容や対応のプロセス等は公開されていません。

法人の苦情委員会において、ホームページにて公開していくことを検討されているということをおうかがいしましたので、今後の取り組みに期待しています。

・通番 39) 評価の実施と課題の明確化

第三者評価を3年に一度受診されており、法人内で年に1回「事業監査」の実施もされています。また、サービスの評価・課題の明確化を図っていることは確認できましたが、自主点検を除く自己評価の取組は確認できませんでした。

自己評価については施設長も含めた全職員で共通認識の深め、組織的に取り組まれることをお勧めいたします。

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672600109
事業所名	特別養護老人ホーム 三愛荘
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)	短期入所生活介護事業
訪問調査実施日	2016年2月24日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)理念である「共に生きる」は、パンフレットやホームページに掲載されているとともに施設内に掲示されている。理念及び方針は年度当初の全体職員会議で周知及び配布をしている。利用者、家族には広報紙「さんあいの和」や「ライフ」を配布し周知している。 2)毎月、ホール会議、職員会議、リーダー会議、企画会議が開催され、現場職員からの意見が反映される仕組みがある。また、法人全体で施設長・管理者会議のほか4つの委員会が設置されている。		
(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)法人の中期計画(平成23年～27年)があり、それをふまえ事業所において事業計画が策定されている。策定にあたっては、課題の明確化などが組織的に行われ、年度途中の進捗状況の確認も行っている。 4)事業計画における課題を設定するとともに、チーム目標を設定し、毎月のホール会議やリーダー会議等を開催し確認を行っている。		
(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)福知山市施設連絡協議会等の研修等に積極的に参加し、情報収集を行っている。関係法令については閲覧ができるようにしている。また、虐待防止にかかるアンケートも実施をしている。 6)管理者は広報紙などで役割と責任を表明している。毎月の職員会議にも参加をし、課題等について協議している。すべての職員が記入する自己報告書をもとに年1回、面談を行っている。その中で職員が管理者を評価する。 7)管理者が不在時であっても携帯で連絡が付くようにしている。緊急時の対応についてはマニュアルによる体制が整備されており、看護師による24時間オンコール体制もある。		

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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		8)必要な人材については倫理綱領に示されている。人材確保について難しい状況であるが、入職後の資格取得支援に力を入れている。資格取得支援については費用の一部負担や勤務上の配慮、事業所内での勉強会を行っている。 9)法人内において職員の研修に対する年間計画がある。各ホールにおける2ヶ月に1回の報告会や年1回の職員会議での研修発表を実施している。新人に対するOJTの仕組みがある。 10)実習生に対する基本姿勢、受け入れマニュアルがある。実習指導者に対する研修も実施している。		
(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)有給休暇の取得状況について把握し、常に取りやすいよう配慮している。特殊浴槽やリフト等の福祉機器を導入している。 12)法人に職員のための「総合センターゆう」という総合相談事業所を設置し、メンタルヘルスケア等の体制を整備している。京都市民間社会福祉施設共済会に加入するとともに職員互助会を組織化し、福利厚生を行っている。業務を離れて休憩が取れるように休憩室が完備されている。ハラスメントの規定を策定している。		
(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、利用者や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)事業所情報はパンフレットやホームページ等で公開をしている。広報紙「さんあいの和」を地域に配布している。自治会のお祭りに参加したり、地域の行事にもなっている文化祭を通じ地域との交流を行っている。 14)三愛荘全体で定期的に地域のごみひろいなどのクリーンキャンペーンを行っている。また、地域に出向き介護教室を行っている。		

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)事業所の情報は、ホームページに掲載され、またパンフレットも写真入りで内容が分かりやすく作成されている。問い合わせや見学対応の記録も残っている。		
(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)契約時に重要事項説明書で、内容や料金、介護保険外のサービスについて説明し同意を得ている。成年後見制度及び日常生活自立支援事業の活用の推進をしている。		

(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)		<p>17)「ほのぼの介護システム」を活用し、事前アセスメント及び定期的見直しによる利用者の心身状態や生活状態が記録されている。状態・状況変化時には栄養士や看護師など多職種と連携してアセスメントを行っている。</p> <p>18)利用者の意向や家族には担当者会議に出席してもらい、または参加できない家族には事前に電話確認をし、希望や課題を踏まえて個別援助計画を策定している。</p> <p>19)ケアプラン作成にあたり、理学療法士や栄養士など多職種で検討している。またケアプランに沿って個別機能訓練計画書や栄養計画書に繋がるように連携している。</p> <p>20)モニタリングを6ヶ月ごとに実施し、ケアプランの見直しを行っている。また利用者の身体的・精神的な状態変化が生じた場合には、その都度計画書を変更している。</p>		
(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)		<p>21)週2回の往診以外にも情報交換や連絡体制を密に取り、健康管理体制を確保している。入退院時は、ケアマネ・課長・嘱託医・看護師と受け入れ先病院との連絡調整会議を実施している。</p>		
(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。	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)		<p>22)必要なマニュアルは整備され、全職員に周知されているが、見直しの基準が定められていない。</p> <p>23)日々の記録はパソコン上で管理している。一人ひとりの記録については24時間シートなどを活用して記載している。個人情報の保管や廃棄等の管理は法人規則に定めてある。</p> <p>24)サービス内容や日々の記録は「朝礼日誌」「看護日誌」等に記載され、全職員が情報共有できるようにしている。カンファレンス議事録はパソコンで管理し、欠席者には回覧している。</p> <p>25)家族にはサービス提供内容を面会時に報告すると共に、個人の様子がわかる家族向けの便りを定期的に送付している。懇談会も実施している。</p>		
(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)		<p>26)感染症マニュアルは一年に一回見直し、更新している。リスクマネジメント会議を定期的に行い、感染症の研修を行っている。</p> <p>27)レクリエーション等に使用する物品を整理整頓するために「鍵付き材料室」を新たに設置した。事業所内部の清掃に加え、水回りは外部業者に委託し、衛生管理の強化を図っている。臭気対策にはオゾン脱臭機を設置している。</p>		

(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)介護事故防止や緊急時(夜間対応を含む)の対応を明記したマニュアルを整備している。また、その中には指示命令系統を明確にしているフローチャートも含まれており、職員が適切に対応できる仕組みづくりに努めている。事故発生や緊急時の対応についての研修を毎年、4月に実施している。 29)事故等の報告書が作成され、毎月のホール会議にて事故の振り返りを行い、適切な支援の内容について検討している。また、その報告書をもとに事故内容ごとに統計を取り、グラフ化し、事故防止対策の検討に活用している。 30)災害発生時における対応マニュアルが整備されており、「防火管理規則」により、災害発生時の責任者、指揮命令系統を明確にしている。毎月、避難訓練を実施しており、夜間時に発生した際の通報訓練も合わせて実施している。また、「総合防災訓練」を施設と地域が合同で行っている。			

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)「虐待防止委員会」を設置し、職員に対し利用者本位のサービスについてアンケートを実施しており、毎月、振り返る機会を作っている。また、身体拘束についてマニュアルを整備し、身体拘束のフローチャートを作成している。 32)プライバシー保護に関する研修を年に1回実施している。また、「ホール会議」にて日常的な支援の際に配慮することについて確認する機会を作っている。 33)「入所指針」に則って入所判定を行っている。これまで受け入れを拒否したケースは無い。			
(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	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)「家族懇談会」を開催し、家族の思いを聞く機会を作っている。ケース会議に利用者とその家族が参加し、意見の聞き取りを行っている。また利用者意向調査を実施している。 35)法人として、苦情解決システムを構築しており、「苦情委員会」を立ち上げるなど、苦情解決のための仕組みを作っている。利用者からの意見・苦情等の公開については、事業計画に示されているが実施されていない。 36)法人本部や第三者機関に「総合相談センター」を設けており、相談窓口を整備している。			
(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。	B	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)利用者に対し、年1回の「嗜好調査」を実施している。また、年2回の家族会、ケース会議への利用者とその家族が参加し、その中で意見を聞いている。 38)月1回「企画運営会議」を施設で設置・開催しており、そこで検討した結果を職員会議・ホール会議で報告し、実際の取組に活かす仕組みを作っている。他の事業所の取組についての情報収集は、施設長が市連協の会議に出席し情報を得ているが、自事業所との比較検討にまでは至っていなかった。 39)第三者評価を3年に1回受診している。法人内で年に1回「事業監査」を実施しており、サービスの評価・課題の明確化を図っていることは確認できたが、自己点検を除く自己評価の取組は確認できなかった。			

アドバイス・レポート

平成 年 月 日

平成 年 月 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（事業所名）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 style="text-align: center;">特に良かった点と その理由(※)</p>	
<p style="text-align: center;">特に改善が望まれる点と その理由 (※)</p>	
<p style="text-align: center;">具体的なアドバイス</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。