

アドバイス・レポート

平成 28 年 1 月 18 日

平成 27 年 8 月 1 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長寿苑 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

特に良かった点とその理由(※)	(通番 9) 継続的な研修・OJT の実施 研修体系や計画が明確化され、スキルアップ委員会の設置があります。全職員に対して自分の伸び代がわかるように施設独自の「見える化評価」を実施されています。 外部研修では職員の希望と共に施設としての階層別、個々の総合的視点を見た相応しい研修を選択し、研修に対して積極的な体制が組まれています。また内部研修では伝達研修やスーパービジョンも含めた体制で実施されています。 (通番 21) 多職種協働 伊根町・社会福祉協議会・診療所等で構成された保健福祉ネットワーク会議を通して、常に地域福祉・医療について情報交換できる体制が確保されています。また、ネットワーク会議の部会（ケアマネジャー・認知症・災害等）では、各テーマに沿った研鑽が積み多職種協働により専門性を高める場となっています。 (通番 30) 災害発生時の対応 自然災害には地域環境とその枠割の重要性を深く受け止めた環境設備となっています。土砂崩れ対策の工事もされているところでしたが、特に H26 年度原子力災害対策施設整備費補助事業により施設整備を行い、放射能汚染にも対処できる施設となっています。地域の皆様の避難所として、万全を尽くした施設整備をされ、高齢者のみならず、地域になくってはならない施設となっています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	(通番 5) 法令順守の取組み 順守すべき法令として個人情報保護法については、運営規定等に明文化されていましたが、他の関係法令のリスト化されていませんでした。 (通番 22) 業務マニュアルの作成 業務について、各種マニュアルや手順書等が整備され、利用者アンケートの結果や事故防止の視点が反映された実践的な内容になっています。事業所を横断して組織されている法人の各専門委員会で、マニュアルを見直す仕組みは構築されていますが、見直しの基準が明確には設定されていませんでした。 (通番 39) 評価の実施と課題の明確化 2 年前にも第三者評価を受診されています。評価を行う担当者や担当部署・委員会の設置もあります。その評価結果の分析・検討は行われていますが、年に一回以上の自己評価（自主点検を除く）の実施が確認できませんでした。

具体的なアドバイス	特別養護老人ホーム長寿苑は、ケアハウス・デイサービスセンター・在宅介護支援センターが併設されており、伊根町における唯一の基幹的役割を持つ施設です。高齢化率の高い地域において、他の関係機関との連携を密にとり、この地域で暮らし続けたい思いを大切に受けとめた高齢者支援の拠点となっています。その役割意識も非常に高く、災害対策等においても積極的に施設整備に向けて取り組まれ、福祉避難所としても地域の皆様を含め、安心安全な施設となっています。今後はこれまで積み上げてこられた活動を大切にしつつ、地域住民とともに歩みながらさらに発展していけることを期待します。 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 5) いざという時に職員がすぐに調べられるように法令のリスト化は必要です。管理者が各部署にメール発信され、全職員が連絡等について確認できるしくみが構築されていますので、そのしくみを活用して、共有フォルダを作成されてはいかがでしょうか。 (通番 22) 標準的なサービスを統一したツールとして、マニュアルや基準の整備は必要で、実態に伴って見直すことはサービスの質を上げることになります。体系的な会議やそれぞれの委員会を有効活用して、年度末の会議にてマニュアルや基準を見直す機会として設けられてはいかがでしょうか。実質的な内容から見直しの過程で、日々の介護サービスの実践における課題も明確になると考えます。そこで全職員の意見を反映させることができ、さらに各会議録と口頭伝達によって情報共有して、検討内容の周知徹底が図られます。こうしたきめ細かい検討体制は実質的なサービスの質の向上につながるものと期待できます。 (通番 39) 様々の取り組みを積極的に取り入れて実行していく中で、事業所自体がその経過や結果を振り返って客観的に評価し、課題を明確にすることは大切です。具体的には、今回受診されている第三者評価のチェック項目の中から適宜抜粋した項目を利用したり、今年実施されたアンケートから挙がってきた課題を項目にされてはいかがでしょうか。
------------------	---

※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	2672000011
事業所名	特別養護老人ホーム長寿苑
受診メインサービス (1種類のみ)	特別養護老人ホーム
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・通所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成27年11月10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）及び事業所のスタッフ全員が、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) 理念及び運営方針は、ホームページやパンフレット、また施設内にも明示されている。それに則った研修を毎年開催し、様々な行事やサービス提供に活かしている。 2) 理事会は年6～7回、評議員会は年3回開催している。管理会議・運営会議・職員会議等体系化されていた。			
(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) 中期・単年度計画が策定されていた。課題等は管理会議で討議されている。 4) 単年度計画は2つのグループ分け(A・B)により実行され、役職を含めた会議において評価・見直しを行っている。			
(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。		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、いつでもスタッフ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) 遵守すべき法令等は、全職員がPCのネット検索できる環境であった。しかしリスト化されておらず、法令を意識する環境は整備されていない。 6) 職務分掌表が作成され、権限移譲が明記されている。また職員アンケートが実施され、施設長は職員の率直な意見を吸い上げて事業運営に活かしている。 7) 施設長は日常的に状況把握をしている。また具体的な指示は、メールで一斉配信している。			

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
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	B
		(評価機関コメント)		8) 毎年、受験対策講座を実施し、職員のキャリアアップを支援している。 9) 職員の適性や希望に応じて研修が実施されている。伝達研修により全職員に周知している。 10) 実習受入指導者は配置されているが、マニュアルが確認できなかった。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	スタッフ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) 有給休暇・育児休暇・介護休暇等、法律で定められた内容に適切に対応している。その他にも就業期間に応じてリフレッシュ休暇が取得できる。 12) 法人内で互助会が組織され実施されている。職員の業務上のストレス等に関しては、産業医や面接で対応している。		
(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) 認知症カフェや文化祭を開催し、地域の方々と入所者が交流している。住民向け研修会では「エンディングノート」を活用して行った。 14) 認知症サポーター養成講座において、地域に職員を派遣している。		

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) ホームページは昨年度リニューアルされ、分かりやすく情報提供されている。またパンフレットは、事業所ごとに概要が掲載されている。		
(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) 重要事項説明書によりサービス内容や費用負担を説明し同意を得ている。地域包括支援センター等とのネットワークを利用して、成年後見制度・日常生活自立支援事業が活用できる体制があった。		

(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	定期的又は必要に応じて、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) 介護職員が記入しやすい独自のアセスメント様式を活用し、現場での気づきを大切にして利用者の状況把握に努めている。 18) サービス担当者会議には本人・家族が出席して、各々の希望を明確にしたうえで個別援助計画が策定されている。 19) 理学療法士の指示に基づき介護用具を検討するなど、多職種の意見を個別援助計画に反映させている。 20) 職員会議やグループ会議で重層的にケース検討し、必要に応じてモニタリングを行っているが、計画を変更する明確な基準が設定されていない。			
(4)関係者との連携					
多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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) 伊根町・社会福祉協議会・診療所等で構成された保健福祉ネットワーク会議で、日常的に地域福祉・医療について情報交換できる体制が確保されている。また、ケアマネジャーや病院の地域連携室との連携調整を密に図っている。			
(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、スタッフに活用されている。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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A	
(評価機関コメント)		22) 実践的な各種業務マニュアルが整備されている。各専門委員会でマニュアルを見直されているが、見直しの基準が明確になっていない。 23) 利用者の介護記録は、介護記録ソフトの様式を活用して記録されている。文書保存基準により記録についての規程が定められている。 24) 利用者について職員が共有すべき事項は、パソコンの介護記録を活用して周知を図っている。 25) サービス担当者会議では家族と面接して、家族の思いを大切にしよう努めている。毎月の請求書郵送時に利用者の状況報告を同封する他、ホームページ・ブログは随時アップして、施設での生活の様子を家族に情報発信している。			
(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、スタッフ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) 感染症対策委員会においてマニュアルの作成・見直しや研修が実施されている。また、保健所主催の外部研修に毎年参加して、最新の情報を得ている。 27) 居室・廊下・共有スペースの床は年2回ワックスがけを行い、清掃専属の職員が毎日清掃を行い衛生面に配慮されている。			

(7)危機管理					
事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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・緊急時対応マニュアルを整備し、責任者・指揮命令系統が明示されている。ヒヤリハット事例を毎月データ集約し、事故対策委員会で検討、予防に努めている。 29) 事故報告書を作成し、事故発生時から本人・家族への説明の経緯までを含めた対応の経過を記載し、全部署に配布し周知している。受診を要したケースは保険者に報告している。 30) 災害発生時マニュアルを整備し、北部広域消防団の協同のもと防災訓練を夜間、昼間共に実施している。災害発生時利用者等の安否確認、避難誘導が確実に実行されるよう、各居室扉に「確認済み」のマグネットを設置している。地域の福祉避難所となり、90名7日分の備蓄を確保している。				

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) 利用者の尊厳保持を理念、運営方針において明確にし、日常業務の中で定期的に注意喚起している。身体拘束廃止委員会にて身体拘束防止マニュアルを作成。定期的に身体拘束防止、虐待防止をテーマに研修を実施している。 32) サービス提供時の利用者のプライバシー、羞恥心への配慮は当然という意識を持つと共に、研修等で確認している。 33) すべての利用申し込みに対応し、公平公正に判定会議を開催している。受け入れ困難なケース(常時医療行為が必要等)ではその旨説明し、他機関へ紹介を行っている。				
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) 利用者満足度アンケートを実施し、施設内には苦情受付の案内を掲示している。日常業務の中では、利用者それぞれに担当職員を決め、常と違うサインを見逃さないように気をつけると共に、定期的に利用者の意向を汲み取っている。 35) 苦情解決マニュアルを整備している。しかし公開するには至っていない。 36) 第三者委員を設置し、重要事項説明書に記載するとともに施設内の利用者の見やすい位置に掲示している。				
(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スタッフ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	B	
(評価機関コメント)	37) 利用者満足度アンケートを毎年実施し、施設長から運営会議へと結果を集約、検討して改善策を出している。 38) 月一回の運営会議や職員会議において質の向上について検討している。またその内容は会議録、口頭伝達によって共有されている。 39) 自主点検以外の自己評価を年一回以上実施することについては未だ検討、準備中である。				