

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 6 月 6 日

平成 25 年 1 月 14 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人あしぎぬ福祉会特別養護老人ホーム満寿園につきましては、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>○計画の策定 職員一人ひとりが組織の理念・運営方針を理解し、単年度計画・中長期計画ともに全職員参画で策定されています。半期ごとの見直し・評価、利用者（家族）の満足度調査、職員アンケートによる課題把握・分析を行い、組織の置かれている現状や課題等を計画に反映しています。</p> <p>○人材の確保・育成 「人員確保及び人員体制について」において運営方針（人材の確保・育成・定着率）があり、資格取得支援・女性が働きやすい職場、採用基準等が定められています。職種別、勤続年数ごとに求められるスキル・知識について施設独自の評価表を作成しキャリアパス制度が構築されています。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定 アセスメント様式はセンター方式を参考にして作成をした施設独自のものを使用しています。計画策定は多職種協働で行い、モニタリング・計画見直し時期も計画に明記し実行しており、サービス担当者会議には利用者・家族が参加できるよう積極的に働きかけています。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○利用契約 これまで、成年後見制度の活用事例はないということでしたが、担当者が必要に応じて制度につなぐような体制になっています。ただし、担当者不在時の対応が十分ではありません。</p> <p>○危機管理 危機管理については、「事故」「災害」「緊急時」のマニュアルを作成し、訓練も実施されている等、熱心に取り組まれていることが窺えましたが、事故については統計はとられているものの、分析するまでには到っていません。</p> <p>○第三者への相談機会の確保 相談・苦情の対応方法については、施設玄関やホームページなどで明示していますが、市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れは未実施です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>京都府北部の自然に恵まれた環境にあり、開設して3年の新しい施設ながら、法人全体として培ってこられたノウハウが随所に活かされていると感じました。管理職のリーダーシップが発揮される仕組みとして360度調査や職員のキャリアパスについても独自のものを用意されており、どの評価項目においても全職員で考えられた理念や基本方針が浸透した運営と実務が行われ、必要なことは躊躇なく取り入れていこうという前向きな姿勢が伝わってきました。</p> <p>今後、更なる発展を期待して以下のアドバイスをします。</p> <p>○事故・ヒヤリハットについては、アンケート調査や統計はとられていますので、分析について強化されることで現状把握や課題の明確化ができ次の行動計画につながっていくと思われれます。</p> <p>○介護相談員等の導入については具体的に検討されておりましたので、実現に期待しています。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673300204
事業所名	社会福祉法人あしぎぬ福祉会 特別養護老人ホーム満寿園
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
訪問調査実施日	平成25年3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)	職員への法人理念・運営方針の周知は年度当初の会議や法人理念の実現に向けた内部研修等において行われています。さらに利用者、家族にはサービス利用時に説明し、年3回発行のたよりも常に法人理念を掲載するなど、周知に努めています。				
(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)	中長期計画は毎年見直され、組織の置かれている現状や課題等を反映しています。又、事業計画は職員参画の基で策定しています。さらに事業計画の課題や進捗、達成状況も中間報告書としてまとめ、理事会に報告するなど組織としてサービス向上に向けた体制を構築しています。				
(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)	遵守すべき法令等の研修会の開催、職員倫理綱領規程の整備など、法令遵守に向けた取り組みがあります。また、上司が部下を、部下が上司を、同僚が同僚をお互いを評価する360°調査において自らの行動等を律する姿勢、体制があります。				

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)		「人員確保及び人員体制について」において運営方針(人材の確保・育成・定着率)があり、その中で資格取得支援、女性が働きやすい職場、採用基準等を定めています。又、職種別、勤続年数ごとに求められる職員像・育成の指標として、キャリアパス制度を整備しています。実習生受け入れにおいて、実習担当者には社会福祉士・介護福祉士実習指導者講習修了者が研修を行うことで、実習の充実を図っています。		
(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、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)		年1回、施設長・主任が職員と個別面接を実施し、職員から法人組織、研修等について要望を聞く機会としています。又、月1回外部より招いた講師により、自らの判断と上司の勧めによるカウンセリングを受けられる仕組みがあります。さらに、希望者には府共済会への加入を取り次ぐなどの福利厚生制度があります。		
(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)		年3回利用者、家族、地域関係団体、住民に満寿園たよりを配布(500部)することで法人理念や事業所の催しなどを紹介しています。また利用者には地域でのサロン活動や夏祭り等の地域情報をお知らせし、参加の際には職員等が支援しています。事業所としても地域のサロンに参加し、介護保険説明会、講演会の開催など積極的に事業所のもつ機能を還元しています。		

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
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)		ホームページ・パンフレットで情報提供する仕組みがあります。施設見学にも随時対応しており記録も確認できました。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		重要事項説明書・契約書にて説明されており、同意が得られています。まだ、成年後見人等との契約事例はありませんが、成年後見制度・地域福祉権利擁護事業については担当者は必要な機関につなぐ流れが把握されています。ただし、担当者不在のときの体制ができていません。		

(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)		アセスメント様式は施設オリジナルのものを用意し「本人の思い」「家族の思い」を丁寧に拾い上げるように工夫しています。計画策定・見直しも本人はもとより家族も8割の参加率となっています。見直し時期も明記し実行していることを確認しました。		

(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)		関係機関との連携体制が確保され、実践されていることも確認できました。開設されて3年ということもあり、長期入所部門については地域に退所される事例はまだありません。他の施設や病院等への退所については、連携を取りスムーズな引継ぎができる体制があります。		

(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、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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		毎年事業報告・計画時にマニュアルの見直しが各業務レベルの担当者で行われ、いつでもスタッフが見ることができる場所に置かれています。パソコン上で適切に記録しておりパスワード管理しています。情報の共有については連絡ノートの活用、パソコンの伝言板等を活用しています。		

(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、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)		感染症に関する研修への参加及び伝達研修が行われ、マニュアルの見直しも随時行われています。感染症があることで断った事例はありません。		

(7) 危機管理

事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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	B
(評価機関コメント)		「事故」「災害」「緊急時」の、それぞれマニュアルを作成し訓練を実施しています。防災訓練は日中、夜間それぞれ年1回開催され、災害時を想定した非常召集訓練も年1回開催されています。事故等については報告書とその統計はとっています。分析については不十分でした。		

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	30	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	31	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	32	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)		利用者の尊厳を重んじた取り組みが理念や基本方針運営規程等に明記され、様々な会議を通じて実践しています。身体拘束に関するアンケート調査も実施しています。マニュアル等も整備しています。待機者は160名あり、必要な方から入所判定基準に照らし公平・公正な決定が行われています。		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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	A
		第三者への相談機会の確保	35	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。	B	B
		(評価機関コメント)		利用者の意向に関しては苦情対応委員会を整備しています。また意見箱や、食事アンケート、気づきのノートの活用などによって広く要望等を聞いています。契約時やポスター掲示等により第三者への相談方法を明示しています。市民オンブズマンや介護相談員の受け入れはありませんでした。		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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	38	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)		年1回、利用者満足度調査を実施し、検討・分析した結果を、サービス実施にいかしています。施設独自の取り組みとして自己評価(知識・スキル・育成・教育)の段階別スキルアップや、第三者評価委員会を設け、事業改善の取り組みを積極的に行っています。		