

アドバイス・レポート

平成27年3月4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26年10月20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 まごころ園 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>お茶で知られている宇治のシンボルである宇治橋を少し北へ向かって、京滋バイパス宇治東インターにほど近い静かな住宅地の中に明るい感じの洒落た3階建てが、特別養護老人ホーム「まごころ園」です。平成24年12月に、社会福祉法人マイクロ福祉会が開設されました。宇治市に本社を置く「マイクロ株式会社」を本拠として、宇治市・城陽市・奈良県に介護部門を手広く展開されています。経営責任者は、基本理念を「心はずむ・やさしさの輪」として、利用者をお客様として「おもてなしの心」で高齢者支援をしたいという熱い思いで、地域密着型事業所から、老人介護福祉施設まで展開され地域に貢献されています。まごころ園には、併設事業所として「短期入所生活介護事業所（予防介護）」と「居宅介護支援事業所」があり、協働で運営されています。ユニット型特養で10ユニット（内2ユニットは短期入所生活介護）があり、源氏物語の街「宇治」にちなんで、「源氏物語・宇治十帖」を各ユニットに名付けておられます。1丁目は「橋姫」～10丁目は「夢浮橋」となっていて、まるで、タイムスリットした感があります。利用者・家族・地域住民・職員が、住み慣れた地域で交流を深め、穏やかな日常生活が営まれる事を願って日々努力されている施設です。</p> <p>(1) 事業計画等の策定 及び 業務レベルにおける課題の設定 事業計画書には、法人としての「基本方針」「事業理念」「行動指針」「事業指針(7つの約束)」「まごころスローガン」「今期スローガン」を明確に表明し、更に、法人の取り組み・施設目標：課題への取り組み方を示した上で、各部門別の課題を確立されています。</p> <p>次いで、法人・事務部門・入居部門（各ユニット別）・在宅部門（短期入所生活介護）別にして、それぞれ全体・各ユニット毎の課題・要因・対策を優先順位で3項目挙げておられます。内容も厳しく自己評価し課題に繋げ改善まで明記されています。達成状況の評価は半期で行い、後半期へ繋いで次年度に反映する体制になっています。組織的に簡潔に明確になっており、全職員が同じ理解の下で介護サービスの向上を目指す事が出来る事業計画になっています。</p> <p>(2) 地域への貢献 パンフレットやホームページを活用して、介護施設の概要や行事内容を優しく公開され地域の人達への案内役を果たしておられます。定期的に「施設見学会」を設けて、施設の持つ機能を地域住民に還元されている事は、近在の自治会・会社等多くの見学者を受け入れておられる事からも理解できます。地域交流ホール・包括ケア連携相談室を設けて、施設と地域の壁を無くす様な体制も出来ています。夏祭には、近在の人達が大量参加され大盛況だったのも「地域と共にささえる介護」を実践されている「証」でしょう。</p> <p>(3) 人権等の尊重 基本理念「心はずむ・やさしさの輪」を実現すべく、「おもてなしの心」を大切に利用者・地域住民・職員とが「共に支え合える」環境作りをされています。「身体拘束廃止」「権利擁護・虐待防止」「接遇マナー」等高齢者を守る上で最も大切な研修を定期的・組織的に行い実践に繋げる様に努めておられます。ゆったり清潔な空間・中庭を配して心いやされる空間を提供されており、入居者の穏やかな明るい表情から一人ひとり大切に支援されている事が伺い知れます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>改善というより提案ですが、</p> <p>(1) 個別援助計画の策定 個別援助計画策定にあたり、担当者会議を開き専門職の参加の下で本人・家族等の意向も反映させて決定されていますが、初回の場合を除き、家族等の参加が少ない様に見受けられました。</p> <p>(2) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 意見・苦情等廊下の掲示板に張り出されているのを拝見しましたが、張り出されている位置が高くて字が小さいので、特に高齢者には読みづらいと思われます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(1) 個別状況に応じた計画策定 個別援助計画の策定にあたり、サービス担当者会議には本人や家族等の意向をふまえ、専門職が十分に話し合われています。ただ、担当者会議に家族等の出席が増える様な工夫は出来ないでしょうか？ 家族等は、色々な事情の下に施設を利用しておられるので厳しい面があるかとは理解していますが、出来るだけ会議に出席して頂き、各専門職と意見交換の場を持って貰えるのも、又、話し合いの中で家族等から思いがけない情報を得る事もあるかと思われます。ご一考を望みます。</p> <p>(2) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 折角貴重な情報を提示しておられるので、誰もが見やすい位置と字の大きさを工夫して頂ける事を提案いたします。 事故につながりそうな「ヒヤリハット」だけではなく、職員が「気づいた良い点」もお互いに出し合って共有して行かれるのは如何でしょうか。「ニヤリハット」として良い支援に繋いでおられる施設があると聞いています。お互いに「褒められる」ことで意欲があがり、サービスの向上になるのではないのでしょうか。</p> <p>理念を大切に経営責任者・運営管理者と共に全職員が一致協力して、入所者・地域の人々に貢献されている事に敬意を表します。益々のご活躍を期待しております。</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	2671200752
事業所名	特別養護老人ホーム まごころ園
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成27年1月20日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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. 基本理念は「心はずむ・やさしさの輪」とし玄関の正面に掲げ、ホームページやパンフレット等に掲載している。更に基本理念に沿った事業理念・行動指針・事業指針(7つの約束)等を定め、朝礼時に全職員が唱和して周知している。理念・行動指針・事業指針に基づき介護サービスの提供を実践している。 2. 組織図・職務権限規程を策定して、職位・職責に応じた的確な運営を行っている。理事会・運営会議・フロア会議・ユニット会議に於いて、経営責任者・運営管理者・職員が双方向で情報・意見交換を行い、組織体制の透明性を確保している。			
(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・4. 事業計画は法人全体の基本方針に沿って各部門、各ユニットで目標を設定し、更に介護保険の改正等社会情勢の変化にも即応できる様に行政とも連携を取りながら、多角的な視野にたつて課題を抽出し計画の策定を行って実行に繋げている。課題の実践・達成状況は、半期で評価し必要に応じて見直して後半期につなげ年度末に総括している。			
(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)	<p>5. 遵守すべき法令等は、行政の行う集団指導やワムネット等から情報収集し、ファイルして必要に応じて職員が閲覧できる体制がある。介護保険制度などの改正があれば全職員に伝達し周知させている。介護保険制度に関わる事務職員を置き制度に基づいた適切な運営が遂行できる様に図っている。</p> <p>6. 施設長は組織図や職務権限規程により職位・職責を明確に表明し、職務の遂行に努めている。各種会議・委員会に出席し、職員と情報・意見交換を行って適切な事業運営を実践している。各職種との連携の基にリーダーシップを発揮している。</p> <p>7. 施設長は、必要に応じて各ユニットからの報告を受け状況を把握している。その他、各種報告書や業務日誌・事故報告書等からも実施状況を把握している。不在時の緊急時には携帯電話で連絡・報告を受け速やかに指示を出せる体制を整えている。</p>
--	--	------------	---

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)		8. 採用に関しては有資格者や実務経験者を優先的に採用している。無資格者でも熱意を持つ人物であれば採用している。入職後、新任職員研修や施設内研修を行い育成に努めている。資格取得に向けての支援体制や育成期間を設けて常勤職員への登用の道も開かれている。事務部によって人員管理・整備が確実にこなされている。 9. 職員の資質向上に向けて、新任職員研修・現任職員研修を内部研修として組織的に実践している。外部研修には、職位・職責に応じた研修に参加している。キャリアパス制度を活用し、段階的に介護知識・技術の研鑽に繋げている。日常的にも、業務の中で研修報告会の機会を通して互いに学び合っている。 10. 実習生の受け入れに関するマニュアルは作成している。ユニットリーダーが実習生指導者研修を受講し、受け入れ体制を整備している。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		11. 事務部で勤怠管理を行い適正な勤務体制を確立している。有給休暇・育児休業等法令に即して行っている。非常勤職員には、労働時間等に配慮して働きやすい環境にしている。職員の身体負担軽減と入所者の安全に配慮した特殊浴槽を設置している。個浴ではバスボード、シャワーキャリー等を用いている。介護職員の業務負担軽減を勘案し夜勤時間数に配慮している。 12. 産業医等による専門職の相談機会は確保されていないが、介護経験の豊富な管理職が、職員の悩みや不安を聞き取り適切なアドバイスを行っている。福利厚生としては、法人全体でボーリング大会を開いたり交流と親睦を図る機会を設けている。		
(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. 理念をパンフレットに記載し、ホームページには事業指針・行動指針・施設概要や情報等を地域に発信している。行事等の様子も公開している。地域住民等の施設見学会を開催し、多くの参加者を受け入れている。地域の納涼祭に参加して交流を図ったり、施設の夏祭りには地域住民120人程の来所があり、施設と地域住民との関わりを深めている。「地域と共に支える介護」と表明して実践に繋げている。 14. 館内に「まごころ大ホール（地域交流ホール）」を設け地域住民にも開放している。地域に向けての「施設見学会」を開催し、介護相談に応じたりして施設が地域住民にとって身近な存在であることを周知して貰える様な取り組みをしている。更に、「介護の日」には、地域住民等を対象に「介護相談・介護技術相談・栄養相談」を行っている。新たに、居宅介護事業所を併設し、介護の「窓口」として「介護保険制度」が円滑に利用出来る様に支援している。		

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. 利用者等には、ホームページやパンフレットで施設の情報を写真を入れて丁寧に提供している。問い合わせや見学等には、すべて対応を心掛け説明と共に相談にも応じている。			
(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. 入所前に、本人・家族等に施設概要説明書・契約書・重要事項説明書を用いて丁寧に説明し、本人・家族等の理解を得た上で同意の署名・捺印を貰っている。料金については別紙「利用料金一覧表」で説明している。利用料金一覧表は詳しく、分かりやすいものになっている。成年後見制度等についてはパンフレット等资料を用いて説明し必要に応じて手続き等支援する仕組みを持っている。			
(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)		17. 入所時、本人や家族等から生活歴や心身の状況・要望・趣味・今後の意向等を相談員が聞き取って、MDS様式を用いてアセスメントを作成している。必要に応じて主治医からの情報も得て記録している。その後は日常生活の様子や意向をくわしく追記して、定期的にあセスメントを更新している。 18. 入所時には暫定個別援助計画を策定し二週間後に見直ししている。定期的に担当者会議を開き個別援助計画の策定やサービスの提供内容を決定している。初回サービス担当者会議は家族が参加しているが、以後出席が困難な家族等には電話で聞き取って計画に反映させている。今後出来るだけ家族等の出席が望める様な工夫を望みたい。 19. 個別援助計画の策定に当り、介護支援専門員・担当介護職・看護職・管理栄養士・機能訓練指導員等の関係専門職が出席して担当者会議を開催している。主治医が欠席の場合は、事前に書面で照会して意見をj得て援助計画に反映させている。 20. 個別援助計画の見直しは、生活支援経過記録から情報を纏めて、三カ月毎にモニタリングを行い、六カ月毎に個別援助計画等の見直しをしている。また状況の変化に応じて評価し見直しをしている。			
(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. 日常的には嘱託医による健康管理体制が確保されている。眼科や耳鼻咽喉科等専門医の受診が必要な場合は、状況に応じて支援している。利用者が入院した場合は、日常生活の情報を提供し、退院時には看護サマリーを提供して貰う等双方向での情報交換を行っている。必要に応じて退院時のカンファレンスに出席し情報・意見交換を行って、退院後の生活が円滑になる様に支援している。			
(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、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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. サービス提供に係る各種業務マニュアルを作成し、職員が何時でも見られる様に各ユニットに設置して日々の業務に活用している。定期的に各種専門委員会で、質の良いサービスに繋がられる様に見直し必要に応じて改正している。 23. 利用者の日々の状況やサービスの提供状況については、「ケアチェック表」「電子カルテ」に記録して確認・管理している。パソコンのLANシステムを活用して全職員が状況把握している。 24. 「ケアチェック表」「電子カルテ」と共に「申し送り帳」を活用して、申し送りや情報の伝達を確実にしない全職員が情報を共有している。サービス担当者会議やユニット会議に於いても、利用者の状況等に関する情報・意見交換を行い共有を図っている。 25. 家族等の来所時に職員が日々の様子を伝えたり、家族等の意向を聞き取って記録している。必要に応じて電話での意見交換も行っている。モニタリングの結果も伝達している。その他、家族等に三カ月に一度担当介護職が、日頃の様子を写真入りで「お便り」として送付している。		

(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、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. 感染症の対策・予防に関するマニュアルを作成し、年度毎や必要に応じて随時見直している。感染症予防に関する研修も定期的、或いは必要に応じて随時実施している。外部研修の参加や京都府ホームページ・ワムネット等からも最新情報を得ている。感染対策委員会を定期的に開催し予防等を検討している。 27. 各ユニット内の清掃は、職員がそれぞれ分担を決めて行き、清掃チェック表を活用して清潔な環境を提供している。居室の換気は朝食時など利用者の不在時に行い、トイレや浴室も清潔で不快な臭いも感じられない。施設全体に清潔感があり過ごしやすい生活空間が出来ている。		

(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. 事故・緊急時の対応マニュアルを策定し一年毎に見直しを行っている。又、事故や緊急時の対応に関する研修も定期的に行い、事故・緊急時に適切な対応が出来る様に行っている。 29. 事故が発生した場合、速やかに適切な対応と共に施設長・管理者等に報告し、指示を受けた後、介護支援専門員が家族等に連絡・報告している。統一書式のヒヤリハットや事故報告書を月一回開く事故対策委員会で分析・集計し振り返りを行い、再発防止を図っている。AEDも設置されており、全職員を対象にして普通救命講習の受講に取り組んでいる。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、年一回見直しを行っている。消防訓練は年二回（昼夜想定）実施し、消防設備確認や消火器訓練を行っている。防災教育の実施時期や実施回数・実施指導者を明確に定め、計画的に実行し入所者・職員の安全確保に努めている。備蓄は浸水危機に備えて二階に食糧品等必要な物品を保管している。		

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. 32. 基本理念を「心はずむ・やさしさの輪」と表明して、入所者一人ひとりをお客様として、「高齢者を敬い」「おもてなしの心」で接する事を、事業理念・事業指針・行動指針で明確にしている。「身体拘束禁止」・「虐待防止」・「接遇マナー」等の研修を定期的の実施し、全職員が日々のサービスに繋げて「やさしい介護」を実践している。排泄・入浴支援の場合にも、プライドを損ねない様に・プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を、常に意識して行っている。 33. 入所決定に関しては、施設長や関係専門職が参加して入所判定会議を開き合議の上で、公平・公正に決定している。常時医療処置が必要な場合は、介護施設である事を説明し理解して頂き、他の医療・介護施設を紹介している。		
(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。	A	A
		第三者への相談機会の確保	36	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。	A	A
		(評価機関コメント)		34. 35. 入所者や家族の意見・要望・苦情等の把握は、サービス改善の取り組みの一環として捉えている。満足度調査を実施し結果を事務所前に掲示・公開している。介護相談員の来所を受けて入所者からの意向を聞き取って貰い必要に応じて善処している。出された苦情等に対しては、苦情対策委員会で検討し改善に繋げて、全職員に周知させている。（満足度調査結果を掲示して公開されているが、字が小さいので高齢者等には読みづらいのでは？） 36. 利用者・家族等の相談や苦情の受け窓口は、重要事項説明書の中に明記している。更に、第三者委員の設置・外部の公的機関等の情報を事務所横に掲示して周知を図っている。		
(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。	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	A
		(評価機関コメント)		37. 年一回、利用者満足度アンケートを実施している。アンケートの結果をそれぞれの部署で話し合い、課題を共通認識しサービスの質の向上に役立っている。「職員の名前と顔が一致しない」の提言に対し、職員の名前と顔写真を見易い大きさに掲示している。 38. ユニット会議・各種会議・各委員会・全職種が参加する特養業務会議等を開催して、サービスの提供状況を確認しながら、運営管理職・全職員が更なるサービスの質の向上に向けて検討を行っている。 39. 各部門毎に事業計画を作成し、課題目標を定めている。半年毎に評価を行い、達成出来なかった要因を分析し、今後の取り組み内容を検討し、課題を明確にしその達成に取り組んでいる。		