

アドバイス・レポート

令和元年 7 月 1 日

平成 30 年 6 月 29 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 真愛の家寿荘 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 14) 地域への貢献 1 階地域交流ホールを地域に開放して、「しんあい元気塾」(健康体操等)を開催し地域住民と交流を図るだけでなく、近隣小学校への車イス講習へ出向いたり、幼稚園との交流や中学生福祉体験学習受入れの実施する等、様々な活動を通して地域との交流を図りつつ事業の機能を地域に還元しておられました。また、広報誌(年 2 回)を近隣地域に配布したり、夏祭りなどには 800 人以上の来場者があるなど地域に根付いておられました。地域への貢献についても、法人所有の民家で「まちの保健室」を開催したり、公民館の介護者教室や小学校に職員を派遣しています。</p> <p>(通番 31) 人権等の尊重 リスクマネジメント委員会を設置し、身体拘束について施設内で研修を開くほか、独自のガイドラインとして身体拘束廃止に関する指針を策定されています。一方でご本人の切迫した状況等やご家族からの要望等でやむなく拘束せざるを得ない状況が起こった場合には、まず家族を含めて多職種が話し合いを尽くします。さらに仕方がないからと恒常的に拘束を継続するのではなく、経過を記録しつつ一定期間ごとに皆で検討を繰り返し、改善に努めておられます。こうした「身体拘束」に対する確固たる問題意識の持続と改善を目指し続ける姿勢は、真の意味での利用者の尊厳保持を目指す取り組みとして高く評価できます。</p> <p>(通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 相談苦情対応マニュアルを整備しています。また、利用者、家族へのアンケート結果を行うとともに分析、検討し、改善すべき項目については班会議、職員会議にて協議してサービスの質向上に有効活用しています。 また、利用者の声を花の形に掲示された「花咲きプロジェクト」や家族アンケートの結果を施設内に掲示しています。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 介護ソフトを用いて、利用者一人ひとりの記録が具体的かつきめ細やかに記載され、検索できるようになっていました。しかし、記録の破棄については規定が定められていたが、「保管・保存・持ち出し・情報開示」についての規定が定められていませんでした。 法人のリスク真似自慢との一環として策定されることを望みます。また、USB等の電子媒体の管理や持ち出しについての規定も併せて定められては如何でしょうか。</p> <p>(通番29) 事故の再発防止等 事故発生時には関係者に速やかに報告すると共に事故報告書を作成しています。また、報告を分析して事故を未然に防ぐ取り組みをしていました。しかし、ヒヤリハットにかかる取り組みができていませんでした。事前に気づく目を持つことは重要なことと思われまます。取り組まれることを期待します。</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回受診しておられますが、自主点検を除く自己評価を1年に1回以上実施することはできていませんでした。第三者評価で求められる自己評価は、施設が基準とする利用者支援の一定水準を維持向上するために、施設自らがチェックし、必要な改善を行うことを目的としています。利用者支援のさらなる向上のためにも是非実施されることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人真愛の家は、カトリックの精神を基盤とした法人で、特別養護老人ホームのほかにデイサービスセンター、ホームヘルパー、グループホーム、小規模多機能、地域包括支援センターなどの介護保険事業を運営し、舞鶴市における高齢者福祉の拠点として役割を果たしてこられました。 特別養護老人ホーム真愛の家寿荘は昭和43年に京都府下で最初に設立された特別養護老人ホームであり、開設当初のカトリック福祉事業として始まった「温かい介護、一人一人を大切にする介護」が今も受け継がれてきています。 平成13年には、全面増改築を行い、定員110名、短期入所定員15名の現在に至っています。 ハード面については従来型特養ですが、ユニットケアを取り入れ、『私たちが大切にする五つの方針』を職員の行動基準として個別ケアの実践に努めておられました。 入所者の状態や希望に合わせ、パーティーションやテーブル、ソファの段差など工夫された職員手作りの家具や道具が置かれていて、落ち着いた環境が作られています。 また、エレベータ前に「幸せの花を咲かせるお手伝い」と題して、ご利用者の想いを形にする取り組みが見える化されており、ご利用者の楽しみにつながるだけでなく職員のやり甲斐にもつながっていると感じました。 当日の訪問調査においては、「看取りを当たり前に行っている」、「特浴をしない方針」などのこだわりについて聞かせていただく中で、支援の質の高さに対するプライドを感じました。また、職員の手帳を兼ねた「SBook」が全職員に配布されており、理念・キャリアパス・マニュアル等職員が知りたい情報が一冊にまとめられており、有用な一冊として活用されていました。 地域との関係も良好で、施設の入り口にある地域交流ホール</p>

	<p>は、日常的に地域活動の場として開放されていました。夏祭りなどには800人以上の来場者があるなど地域に根付いておられました。</p> <p>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、この地で暮らし続けたい人のために、地域福祉の推進役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。</p> <p>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。</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+

評価結果対比シート

事業所番号	2672000045
事業所名	特別養護老人ホーム真愛の家寿荘
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、通所介護、訪問介護、居 宅介護支援
訪問調査実施日	2019/2/20
評価機関名	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)法人理念や基本方針を明確に定め、ホームページ、施設パンフレット、内の掲示等で周知している。職員に「Sbook」を配布し月1回、週1回唱和している。利用者・家族には、入所時に重要事項説明書、事業所内の掲示、家族会(年2回)、演芸会、周知している。 2)毎月の職員会議や班会議、主任会議、管理職者会議、各種委員会6つ等で職員の意味が反映されると共に、案件別の話し合いや方針の決定が行われている。組織のシステムについては組織図、管理組織規程が整備されている。			
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質の向上に向けた計画を策定すると共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)職員会議での職員の意見を反映させながら、事業計画を策定している。利用者のニーズ等を反映した事業計画及び中・長期計画が策定されていない。 4)各部門(施設介護部、施設支援部ごと)ごとに目標を設定して、行動計画に基づき取り組んでいる。また、進捗状況を確認し、必要に応じて見直しを行っている。			
	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。	B	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。	B	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)管理者は集団指導や外部研修に参加し、施設内研修を実施している。委員会中心に研修は行っている。職員行動規範を整備している。創立記念日等年2回理事長訓示があり不参加の人には配布している。関係法令のリスト化がされていない。 6)組織図、管理者規程があり、各職員の役割や責任が明記されている。定期的に面談(年2回)を行っている。キャリアアップシート 常勤職員(フルタイム含む)と面談して職員の意味を聞く機会をつくっている。2年に1回、組織活性化プログラムを行っている。 7)パソコンソフト内の記録、業務日誌を確認し必要に応じて指示をしている。緊急時には携帯電話で連絡が取れるようになっている。緊急時対応マニュアルに緊急時連絡網を定めている。			

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。	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。	A	A	
			8) 人員配置基準に基づいて各班ごとに調整している。資格取得支援については勤務上の配慮、資格取得奨励制度がある。キャリアパスに基づき、各職種の等級ごとに目指す職員像を明記している。 9) 階層別の施設内研修計画を作成して、研修を毎年実施している。キャリアアップシートで職員の希望やレベルに応じて、職場が費用負担して外部研修に参加させている。新人職員については新人職員育成プログラムを作成している。 10) 介護福祉士 看護師の実習生を受け入れている。在宅福祉部において施設実習の手引きを作成している			
(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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		11) 有給休暇の取得率をデータ化し、勤怠管理システムを導入して各職員が取得できるように配慮している。ノー残業、リフレッシュ休暇を定めて実施している。育児休業の取得事例もあり、育児・介護休業規程を定め、適切に対応している。スライディングボード・スライディングシート等の活用をしている。労働安全衛生委員会(月1回)を実施するとともにリハビリ巡回相談指導支援事業を活用している。 12) ストレスチェックの実施及び産業医(月1回)を設置している。民間社会福祉施設共済会に加入するとともに親睦会がある(法人補助あり)。ハラスメントにかかる規定が整備されている。日々の要望をくみ取る仕組みがある。			
(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) ホームページで施設の取組みや行事予定等を掲載している。広報誌(年2回)を市役所や関係機関に配布している。1階の地域交流ホールの開放(集会所がわり)、施設の夏祭り(一般開放)や地域の保育園、幼稚園との交流がある。地域の行事に利用者が参加できるよう支援している。ボランティアも積極的に受け入れをしている。 14) 1階地域交流ホールにて「しんあい元気塾」を3ヶ月に1回開催し、地域住民向けに健康体操を実施している。また、小学校へ職員を派遣し車いす指導なども行っている。法人所有の民家で「まちの保健室」を開催し、地域住民の健康チェックや健康相談を毎月1回開催している。			

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)		ホームページやブログ、パンフレットで取り組みや行事などの情報を定期的に更新をして発信している。事業所内に施設情報等を掲示している。見学者には誓約書を記入してもらい個人情報保護に努めている。			
	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、利用者にわ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)		重要事項説明書および別表の利用料金表を用いて、サービス内容や料金、保険外サービスについて説明し、同意をとっている。成年後見制度を利用実績がある。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		17)介護ソフトに基づくアセスメントシートを用いて、利用者の心身の状況を把握している。また、看護師や栄養士、理学療法士など多職種で連携し、アセスメントを実施している。定期的にサービス担当者会議を開催し、利用者本人や家族の意見も聞きながら、アセスメントの見直しをしている。 18)アセスメントに基づいて、利用者や家族の希望も聞き取った上で、個別援助計画を策定している。本人の意向を聞く機会を設けるとともに、家族には「情報提供用紙」を用いて聞き取りを行うだけでなく、担当者会議への同席を求める連絡をし積極的な参加の呼びかけを行っている。 19)個別援助計画策定の際にはサービス担当者会議を開催し、医師・看護師・管理栄養士・理学療法士・生活相談員・介護支援専門員等の専門職種への意見照会を適宜行い、計画に反映している。 20)介護認定更新時期や状態に変化が見られた際に個別援助計画の見直しを行っている。毎月モニタリングを実施し、見直しにあたっては関係職員、家族等の意見を基に見直しをしている。			

(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)看護師が施設の医師と24時間連携がとれる体制が整えられている。入所時には元の治療情報提供書等を受け取り、医師や看護師と情報共有を図っている。また、地域ケア会議や認知症患者医療連携会議に参加し、対応が難しいケースの対応相談などを行っている。		
(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	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。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		22)あらゆる業務において手順書(ケア基準書、各種マニュアル)が定められており、各ユニットの取り出しやすい場所に置かれている。定期的なマニュアルの見直しについては毎年4月に実施しており、「総合マニュアル」において見直しの基準が定められていた。感染症などその具体案が反映されるような仕組みとなっている。 23)介護ソフトを用いて、利用者一人ひとりの記録が具体的かつきめ細やかに記載され、検索できるようになっている。記録の破棄については規定が定められていたが、「保管・保存・持ち出し・情報開示」についての規定がなかった。 24)支援内容については各班に設置しているパソコンシステムにて管理し、各職員が出勤時に確認している。また、職員の入替時(3回)に送りを行うことも情報共有を図っている。月1回の班会議にてカンファレンスを行い、参加出来なかった職員には会議録を回覧することで共有を図っている。 25)サービス担当者会議等を活用して家族との面談の機会を設けている。行事やイベントの案内を家族に出す際に利用者の様子の記した手紙を送っている。事業所内に普段の活動の様子をまとめた写真アルバムが設置されており、面会に来た家族が自由に見られるように工夫されている。家族会(総会やクリーニング活動)を通して家族と情報共有を行っている。		
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等の作成により、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)感染症対策マニュアルを整備しているとともに、全職員に配布されている「SBook」にも掲載し周知を図っている。感染症委員が主体となって年1回研修会を実施している。流行の情報を定期的に入手している。二次感染予防対策として感染の疑いのある利用者の受入れについては、普段とは別の入り口からの受入れを行っている。 27)事務所内は各所整理整頓されている。居室、汚物室、浴室清掃は外部に委託、館内の床、手すり、職員用トイレは施設内清掃担当職員が実施しており、いずれも点検票にて確認管理している。室内は常に喚起を心がけ、オゾン脱臭機を完備している。		
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	B
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策定し、心肺停止時の対応フローチャート及び事故緊急時の指揮命令系統、緊急時連絡網を整備している。行方不明者捜索マニュアルも策定している。消防署に来てもらいAED訓練や上級救命研修、各種搬送演習を職員が受講している。 29)事故発生時には関係者に速やかに報告すると共に事故報告書を作成している。報告を分析して事故を未然に防ぐ取り組みをしている。しかし、ヒヤリハットが取り組まれていない。 30)自然災害対策マニュアルを作成するとともに「SBOOK」に明記し各職員が所持している。消防訓練を夜間想定を含めて年2回実施すると共に各部署でも毎月行っている。福祉避難所の指定に加えて、地域住民にとって安全な場所となりうる可能性を想定して備蓄を余分に行っている。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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	
	、		31)利用者の意思尊重や尊厳保持を理念、運営方針に明確にして「SBOOK」に記載している。リスクマネジメント委員会による「身体拘束」内部研修や接遇研修を年に1回必ず実施している。また、身体拘束禁止に関する指針として法人独自のガイドラインを策定し意識付けを行っている。身体拘束に関する研修をして周知を図っている。 32)個人情報保護管理規程、個人情報取り扱いマニュアル、プライバシー保護ルールを定めている。 新人職員には、新人職員育成プログラムにおいて周知徹底を図っている。 33)入所基準を設け入所検討委員会において入退所を検討、メンバーとして行政及び第三者委員を加え、公平公正を図っている。その内容は議事録に記載されている。			
	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。	A	A	
	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	
			34)年1回、利用者、家族を対象にアンケートを実施している。苦情・ご意見箱及び相談室を設置している。家族の面会時や担当者会議を利用者の意見をくみ取る大切な機会ととらえ積極的に声掛けをしている「寿自治会」(年2回)の利用者懇談会(年1回)の家族会総会を開催している。 35)相談苦情対応マニュアルを整備している。利用者、家族へのアンケート結果を分析、検討し、改善すべき項目については班会議、職員会議にて協議してサービスの質向上に有効活用している。利用者の声を花の形に掲示された「花咲きプロジェクト」や家族アンケートの結果を施設内に掲示している。 36)事業所関係者以外の第三者委員を2名設置し、公的機関の相談窓口とともに重要事項説明書、契約書に記載するほか、事業所内玄関にも掲示している。介護相談員の受け入れは、諸事情から現在中断しているが、受け入れ体制は整っている。			
	利用者満足度の向上の取り組み	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	
			37)年一回利用者満足度アンケートを実施し、結果に対して班会議、職員会議で評価、対応を行っている。例えば、職員の言葉遣いや臭気対策などについて迅速に改善を図っている。 38)リスクマネジメント委員会をはじめ各種委員会を設け、サービス改善に取り組んでいる。各委員会の議事録を職員に回覧し周知徹底を図っている。外部の介護アドバイザーによる介護入浴セミナーを開催する際、他施設にも参加を呼びかけ、学び合いと共に情報交換をしている。 39)第三者評価は定期的には受診しているが、事業所が提供するサービスに対する自己評価は実施されていない。			