

様式 7

アドバイス・レポート

平成30年11月30日

平成30年9月14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様につきましては、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 (※)	<p>1. 労働環境への配慮</p> <p>有給休暇は取得しやすい状況をヒアリングでも聞き取りました。「自己報告書」により職員個別の就業状況（仕事量・働きやすさ・やりがい等）や意向を聞き取り検討していました。また、育児・介護休業の規程を整備し、リフト浴、スライディングボード・シート(移乗用具)の活用や毎朝の腰痛予防体操により職員の負担軽減や腰痛予防に取り組んでいました。</p> <p>2. 地域への貢献</p> <p>地域の婦人部や民生委員の会合で介護保険制度の説明や車いすの取扱いの勉強会に講師を派遣し、また法人で認知症カフェ（月2回）開催し事業所職員も参画していました。地域住民を招待する文化祭を開催し、その中で介護の相談も受け地域の介護ニーズの把握に努めていました。</p> <p>3. 利用者の家族等との情報交換</p> <p>年2回の家族会や面会時、サービス担当者会議などを活用し直接情報交換を行っていました。また3カ月毎に、利用者の生活状況について詳しく写真を付けて家族へ送付していました。</p> <p>4. その他</p> <p>事業所は福祉避難所になっており、法人全体で水害発生時の避難者受入訓練を実施していました。また、火災発生については夜間想定を含めた避難訓練を毎月実施されていました。さらに、今年度は警察の協力を得て不審者の侵入に対処する防犯訓練も年2回実施することで、職員の防災と防犯意識のさらなる向上や利用者や地域住民の確かな安心につながっていました。</p>
---------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. サービス提供に係る記録と情報の保護 記録等の取扱い規程はありましたが、個人情報保護に関する研修が未実施でした。</p> <p>2. 利用者満足度の向上の取組み 利用者の希望や満足等に関する検討はリーダーや職員会議で検討していましたが、年1回の満足度調査は実施していませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は3年ごとに受診していましたが、定期的なサービスの振り返りのための事業所の自己評価は実施していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. サービス提供に係る記録と情報の保護 事業所の年間研修に個人情報保護の研修を加えることで、さらに職員の個人情報保護の意識が徹底するのではないのでしょうか。また、既存の文書管理規定にパソコンのデータ及び磁気媒体（USB等）の取扱いに関する規定を追加整備されることをお勧めします。</p> <p>2. 利用者満足度の向上の取組み 面会時や担当者会議、家族会の開催などの機会に利用者や家族の意見・要望について積極的に聞き取りをされていましたが、遠方で面会が困難な場合や直接意見を言いにくいと思われる場合もあるのではないのでしょうか。年1回満足度調査を実施することで、より意見や要望を出しやすくなり、利用者や家族の安心につながるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 職員個々が評価し毎月提出している「自己評価表」（接遇やサービス提供時の配慮等）を実施していました。その評価結果を集計したもの活用し、事業所の自己評価を検討されてはいかがでしょうか。自己評価結果を次年度の事業計画に反映させて取り組むことで、さらなるサービスの向上につながるのではないのでしょうか。</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	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
訪問調査実施日	平成30年11月6日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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. 理念を玄関や廊下に掲示し、年度当初の職員会議で施設長が説明することで職員への理解と周知に努めていました。また、利用者や家族には理念を掲載したパンフレットや広報紙（年4回配布）で理解を深めていました。 2. 法人の会議（理事会・施設長会）や事業所の会議（リーダー・ホール会議）に加え、各種委員会の開催により職員の意見を反映させた案件別の意思決定の仕組みがありました。また、「職員分掌規程（職務分掌）」により各職務の業務が明確になっていました。			
(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	B	
	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. 法人の事業計画（施設長会義で検討する）を策定し、法人の運営方針を示すとともに各事業所の取り組み課題を定めていました。中長期計画として平成28年度からの5ヵ年計画を策定していました。 4. 法人の事業計画に沿って、事業所の事業計画（リーダー会議で検討）を策定し、重度者の積極的な受け入れや余暇やレクリエーションを含めたサービスの向上への取り組み内容を定めていました。また、年2回事業計画の進捗状況を確認していました。			
(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. 施設長は法人が実施する法令遵守研修を受け、事業所の会議で伝達していました。また、関係法令のリストを作成した上、インターネットアドレスを記載しすぐに調べることができました。</p> <p>6. 施設長の役割や責任は職員分掌規程で明確にし、事業所の会議で職員と意見交換していました。また、年2回職員による「自己報告書」（就業における意向調査）の中で、施設長も含めた上司に対する評価も実施していました。</p> <p>7. 施設長は事業所を離れる時は携帯電話を所持し、業務日誌や報告書で業務の状況を把握していました。また、緊急時の連絡網を整備し指示を仰ぐ体制がありました。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. 法人で定めた「求められる職員像」により、人員の採用や育成の方針を示し、人事については法人人事部で管理していました。社会福祉士・介護福祉士・介護支援専門員の資格取得支援の補助や介護支援専門員更新研修の費用負担をしていました。</p> <p>9. 法人全体で経験年数に応じた段階的な研修として新採用職員・初級・中堅・指導的職員研修を開催し、職員の研修計画により受講していました。「気づき」については朝のミーティングやフロア会議で検討し、また2ヶ月毎に事業所で感染症・防犯・虐待防止等の研修を実施していました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備し、小中学校や高校生の体験学習の受入をしていましたが、実習指導者に対する研修をしていませんでした。</p>		

(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)		<p>11. 有給休暇は取得しやすい状況をヒアリングでも聞き取りました。「自己報告書」により職員個別の就業状況（仕事量・働きやすさ・やりがい等）や意向を聞き取り検討していました。また、育児・介護休業の規程を整備し、リフト浴、スライディングボード・シート（移乗用具）の活用や毎朝の腰痛予防体操により職員の負担軽減や腰痛予防に取り組んでいました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談は産業医が担当していました。ハラスメントの規程を整備しパワハラ・セクハラ相談窓口も設置し周知していました。また、休憩室も仮眠ができる量の部屋や食堂を兼ねた広い休憩室がありました。</p>		

(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	B
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)		<p>13. ホームページを公開し、広報紙を関係機関に配布していましたが、「情報の公表制度等」の事業所情報は地域へ開示していませんでした。</p> <p>14. 地域の婦人部や民生委員の会合で介護保険制度の説明や車いすの取扱いの勉強会に講師を派遣し、また法人で認知症カフェ（月2回）開催し事業所職員も参画していました。地域住民を招待する文化祭を開催し、介護の相談も受け地域の介護ニーズの把握に努めていました。</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
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. ホームページを公開し、パンフレットで利用者や家族に事業所情報を説明していました。利用の問い合わせや事業所の見学についても対応し、記録をしていました。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書で利用料の加算内容も詳細に記載し、利用者に説明し同意を得ていました。また、成年後見制度の活用については、必要に応じてパンフレットで説明していました。			
(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. 事業所独自のアセスメント様式を用い利用者の生活歴・既往歴等を詳しく聞き取り、個別援助計画に反映させていました。 18. 個別援助計画策定において、サービス担当者会議を開催し、利用者や可能な限り家族も出席して説明し同意を得ていました。家族の出席が困難な場合には、電話若しくは面会時に説明を行っていました。 19. 担当者会議には主治医からの情報提供を受け、事業所内の看護師や栄養士も出席して個別援助計画の策定を行っていました。また、個別機能訓練計画書や栄養計画書の策定においても機能訓練指導員や管理栄養士と連携を図っていました。 20. 毎月モニタリングを実施していました。個別援助計画の見直しの基準を定め、定期的または利用者の状態に変化があった時に主治医や専門家の意見照会をして見直しをしていました。			
(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. 事業所内では主治医と看護・介護職員は常に情報交換を行い、退院時カンファレンスには看護師・介護支援専門員が出席する他、診療情報提供書でも状態の把握に努めていました。さらに、必要に応じて病院の理学療法士の意見を聞いて、個別援助計画を見直していました。また、関係機関や団体のリストを作成し連携をしていました。			
(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	

	(評価機関コメント)	22. 各種マニュアルを整備し、職員室に設置していました。マニュアル刷新委員会で見直しの基準を定め、年に1回見直しを実施していました。 23・24. 介護・看護等の主な記録はパソコンソフトでデータ化し、施設内の各端末より閲覧が可能でした。また、各職員に素早く情報が浸透するための「ホール連絡ノート」も活用し、サイン及び押印で閲覧のチェックをしていました。記録等の取扱い規程はありましたが、個人情報保護に関する研修が未実施でした。 25. 年2回の家族会や面会時、サービス担当者会議などを活用し、直接情報交換を行っていました。また3ヶ月毎に利用者の生活状況について詳しく写真を付けて家族へ送付していました。			
(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. 感染症対策マニュアルを整備し、3ヶ月毎のリスクマネジメント会議で感染症対策の検討をしていました。また、嘔吐物処理を迅速に行えるように必要物品の一式をセットにして施設内の4カ所に設置していました。 27. 事業所内は整理・整頓され、換気や居室の消臭装置で臭気もありませんでした。清掃は専門業者が担当し、点検表で確認していました。		
(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	B
	(評価機関コメント)		28. 緊急時マニュアルを整備し、年1回の見直しや緊急時連絡網を整備していました。さらに、今年度は警察の協力を得て不審者の侵入に対処する防犯訓練を実施していました。 29. 事故報告書により再発防止のための検証・考察を実施し、迅速に各ホールに回覧していました。さらに、全職員に周知するために「朝礼簿」に数日間記載し申し送っていました。事故の状況に応じて行政への報告も実施していました。 30. 防災マニュアルを整備し、水害訓練と夜間想定を含めた防災訓練を毎月実施していましたが、地域との連携を意識したマニュアルの作成や訓練の実施はしていませんでした。		

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	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. 虐待防止委員会で勉強会を年2回開催し、研修内容を事業所内に掲示していました。また、職員会議でも人権について検討していました。 32. プライバシー保護の勉強会を実施し、日々の業務の中でも検討していました。 33. 利用申込について入所検討委員会を開催して公平・公正に受け入れをし、医療的ケアを必要とする利用者も積極的に受け入れていました。			

(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)		<p>34. 35. 意見要望苦情の聞き取りについては、利用者とは日常的に、家族とは面会時、家族会開催時、サービス担当者会議出席の際に努めていました。「苦情解決システム」の仕組みに則って、得られた意見などは「苦情申し立て受付記録簿」に記録し、職員会議で検討していました。また、半年に1回集計し法人本部へ報告を行い、その結果についてはホームページで公開していました。</p> <p>36. 重要事項説明書に第三者、公的機関、事業所の相談窓口を記載していました。月1回介護相談員を受け入れ、活動の都度聞き取りをしていました。</p>		

(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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)		<p>37. 利用者の希望や満足等に関する検討はリーダーや職員会議で検討していましたが、年1回の満足度調査は実施していませんでした。</p> <p>38. サービスの質の向上に関しては、「企画運営会議」（事業所全職種の会議）やホール会議で検討していました。また、福知山民間社会福祉施設連絡協議会や京都府老人福祉施設協議会の会議や研修会に参加し他事業所情報の収集と比較検討をしていました。</p> <p>39. 第三者評価は3年ごとに受診していましたが、定期的なサービスの振返りのための事業所の自己評価は実施していませんでした。</p>		