

アドバイス・レポート

平成31年3月13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30年12月10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 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6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 ・運営に関する組織規程の中で業務分掌、役割や責任が明確化されています。又管理者は職員への個人面談を年2回実施され、且つ業務改善に関する会議にも参加される事で、現場の状況や意見等を把握されながら事業運営をリードされています。360°評価（上司評価）も過去に実施され、今後も予定されています。</p> <p>(通番26) 感染症の対策及び予防 ・感染症の対策に関するマニュアルが整備され、職員による持ち込みを防ぐために職員用入口にて出勤時に体温測定を行うなど感染予防に取り組んでおられました。感染症に関する研修も年間研修に組み込まれ研修欠席者にはビデオ研修等が実施されています。</p> <p>(通番33) 利用者の決定方法 ・利用者の選定をする際の入所判定委員会メンバー内に京丹後市・社会福祉協議会が参加される等、より公平中立な判断で優先順位の高い利用者が選定されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番12) ストレス管理 ・休憩場所が現場から離れて出来る環境ではなく、間仕切りはされているものの、利用者の声や内線等が聞える等の環境で休憩を取っている状況が見受けられます。又夜勤者も仮眠がとれていない状況が見受けられます。</p> <p>(通番25) 利用者の家族等との情報交換 ・利用者の日常の様子や事業所の現状を定期的（3か月1度）に家族に報告する事が、面会時やサービス担当者会議時となっており、遠方にお住まいのご家族や施設に来所される機会が少ない家族への状況報告が出来ていませんでした。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・苦情が出た段階で、苦情内容やその改善策等が速やかに公開される仕組みが確認できない状況でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番12) ストレス管理 ・現場から完全に離れる環境で休憩の取れる場所を確保して頂く事も必要ですが、職員が“休憩は業務から完全に離れて行く”という意識を持って頂くよう働き掛けも肝心ではないでしょうか。又夜勤時、ユニット間での協力体制を構築して頂き、順番に仮眠等の休憩が取れる体制を作られては如何でしょうか。</p> <p>(通番25) 利用者の家族等との情報交換 ・サービス計画書のモニタリング時（3か月毎）に合わせてなど、ご家族に利用者の近況を報告するなど報告時期を決めて実施されては如何でしょうか。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・苦情が出た段階で、苦情内容やその改善策等を速やかに施設内に掲示する等の手段で公開することをお勧めします。速やかに公開することで、苦情を出した側も施設側の迅速な対応への評価につながると思われれます。</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	2673300204
事業所名	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 居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	2019/2/13
評価機関名	NPO法人カロア

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)		トップダウンではなく職員達の意見も含め理念が作られており、事業計画書や報告書等に明確にご利用者、ご家族に周知されています。又案件別に関連する会議にて検討する体制があり理事会や評議会にて定期的に合議されています。各会議も現場から吸上げられる体系となっており、ボトムアップされています。			
(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)		長期が10年、中期が3年で将来的な目標に基づき事業計画が策定されています。事業計画は上半期、下半期の2度振り返りされて課題として明確化され次年度の事業計画に反映されています。			
(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)		管理者が法令にする研修会や勉強会に参加され、その内容も踏まえ委員会で法令に関する研修会を開催されています。又職員への面談も実施され、且つ業務改善会議にも参加される事で、現場の状況や意見等を把握されながら運営をリードされています。			

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
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)	有資格者等を優先する他、施設とのマッチングを図りつつ、又計画的に実務経験に応じた研修が開催され人材育成が行われていますが、実習生については、受入れされていますが、マニュアル等の体制作りが必要です。			
(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、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。	B	B
		(評価機関コメント)	介護機器の導入や労務管理等は適切化、保育所の設置等により、働き易い環境作りに尽力されています。メンタルヘルスについても整備されていますが、休憩場所の確保や夜勤職員の仮眠できる体制が必要と思われます。			
(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)	施設の情報提供や専門的な技能や知識、場所等を地域住民へ提供する等、地域への還元も積極的に行われています。又地域の情報も積極的に汲み上げ、地域行事等への参加もされています。			

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)	利用者が見やすいホームページやパンフレットの作成がなされており、施設見学についても随時希望に応じて対応されていました。土日も交代担当者が勤務し対応されています。			
(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)	入所時には、契約書・重要事項説明書使用して利用者への説明がなされている事を確認できました。成年後見制度利用者の受け入れ実績もありました。			

(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)		利用者・家族の意向確認が1年毎に実施されており、3か月ごとのモニタリングが実施されていました。また看取り期には担当医からの説明がなされたり、必要に応じて同敷地内の他事業所に勤務する理学療法士に意見を求めたりされています。		
(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)		利用者が退院をする際には、必要に応じて退院カンファレンスに出席し連携室との連絡調整も行っておられます。		
(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、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	B
(評価機関コメント)		各種マニュアルが整備され1年毎に見直しが行われていました。マニュアルの見直し時期が委員会に委ねられていましたので見直し時期を決められてはいかがでしょうか。		
(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)		施設見学時に洗濯物等が目につく場所に返却されていましたので、返却場所の検討やユニット内の物品の整理整頓をされては如何でしょうか。		
(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)		事故や緊急時の対応マニュアルが整備されていました。事故報告書やヒヤリハット報告書が作成され検討会は3名以上が参加する事を定めてが実施されています。		

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
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)		委員会を中心にアンケート等が実施され、且つ虐待防止等の研修や勉強会、職員アンケートで不適切ケアの改善に取り組まれています。プライバシー保護についても研修を通じ教育が行われています。入所検討委員会に社協も参加され公平中立に選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	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	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)		委員会を主に苦情内容の検証・集計され組織的な仕組みでの対応されています。苦情内容をホームページに上げてはありますが、集計結果のみの状況となっています。第三者委員は民生委員等の3名に依頼されつつ、公的な窓口も提示される等、周知がされています。			
(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)		満足度調査や栄養に関する嗜好調査により分析・評価された上で結果の公表、次年度計画へ反映されています。又第三者評価を定期的に受診される等、自施設の状況を振り返り、質の向上を積極的に図られています。			