

様式 7

アドバイス・レポート

令和 2 年 1 2 月 2 8 日

令和 2 年 11 月 24 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松寿苑 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 理念の周知と実践</p> <p>法人の理念・方針は、事業所内に掲示するとともに、週 1 回以上発行する「総合施設長コラム」や「ウィクリー」に掲載することで全職員に周知していました。また年 2 回の家族会イベントでは、家族に対して日常ケアの実践を発表することで、理念等に基づいた事業運営の理解をさらに深められるよう取り組んでいました。</p> <p>2. 業務レベルにおける課題の設定</p> <p>特養事業計画については、年 4 回全職員に進捗状況報告書の提出を義務付け、集約した結果を各種会議で検討して、現状分析や課題設定に活用していました。事業計画の遂行は、前述の通り全職員が参加して実行する仕組みがあり、新たな課題設定を行い、サービスの質向上に取り組んでいました。</p> <p>3. 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>「施設長評価 (27 項目)」として、施設長が職員から評価を受け、その結果を職員に公開していました。当該評価は無記名で行われ、職員の施設長に対する思い及び評価が調査されていました。施設長は結果から課題を設定して行動変容しようとしていることで、より職員との信頼関係が強固なものとなっていくと考えられます。</p> <p>4. 事故・緊急時の対応</p> <p>緊急時対応マニュアルを整備し、緊急時等の事象別に図式化したものを職員室前に設置して有効に活用できるようにしていました。誰が見ても分かりやすく、症状別や状況に合わせた対応が迅速に落ち着いて実施出来るようになっていました。また事象別に図式化したものは職員室前に掲示してあり、常時確認できる環境のため緊急時以外でも学べる体制となっていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. アセスメントの実施・専門家等に対する意見照会</p> <p>ケアプラン作成マニュアルに則り、定期的にアセスメントを実施していましたが、課題抽出からケアプラン立案の連動性に関して記録が不十分でした。</p> <p>また、専門家から意見を聴取した上でサービス担当者会議を実施していましたが、記録が不十分でした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>各種マニュアルや手引書を整備して年1回見直すことと規定していましたが、見直しは規定通りではなく不十分でした。さらに苦情対応結果や顧客満足度調査分析結果、事故防止策の具体策などを反映する仕組みがありませんでした。</p> <p>3. 事故の再発防止等</p> <p>事故発生時には報告書を作成し、施設長等へ報告していましたが、また事故防止委員会（2ヵ月に1回）で全部署の事故やヒヤリハット報告を共有し再発防止に取り組んでいましたが、原因や対応方法についての分析が不十分でした。またマニュアル等に反映させる仕組みが確認出来ませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. アセスメントの実施・専門家等に対する意見照会</p> <p>施設として利用者一人ひとりに即した個別ケアに取り組んでおられる事が分かりましたが、書面上で不十分でした。サービス提供はケアプランを基として提供されるものであることから、ケアプラン作成マニュアルと実務の分離した事項を洗い出し、各記録書式を精査して根拠を記録していかれてはいかがでしょうか。例えば、アセスメント書式の活用方法や課題抽出手順、サービス提供後の状況把握から新たな課題抽出に至るケアプランマネジメントを、効率かつ適切な運用となるように手順や記録方法を検討してはいかがでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>マニュアルを見直しする時期を設定し、苦情内容や満足度調査結果、事故防止策などの分析結果を用いて検討するなど、反映できる仕組みを構築してはいかがでしょうか。例えば、施設の年間計画予定に見直しの時期を明記し、リーダー会議で出席者による見直しを行うなど取り決めて実施されれば、確実に見直しが実行でき、よりサービス提供に即した実用的なマニュアルとなるのではないのでしょうか？</p> <p>3. 事故の再発防止等</p> <p>事故報告書等は迅速に検討して報告書を作成しています。さらなる再発防</p>

	<p>止策として、報告書を集約した結果から「事故発生の場所や時間、介護者要因か否か」なども併せて検討されてはいかがでしょうか。検討結果から環境面や人員体制などの対策に繋げることが可能となります。またマニュアルへの反映も検討されれば、より有効な再発防止策とな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	2671800064
事業所名	特別養護老人ホーム松寿苑
受診メインサービス (1種類のみ)	施設入所生活介護
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	令和2年12月11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. 法人の理念・方針は、事業所内に掲示するとともに、週1回以上発行する「総合施設長コラム」や「ウィクリー」に掲載することで全職員に周知していました。また、「特養通信（毎月）」と「家族会報（年3回）」に理念を掲載することで利用者及び家族の理解を深めていました。さらに年2回の家族会イベントでは、家族に対して日常ケアの実践を発表することで、理念等に基づいた事業運営の理解をさらに深められるよう取り組んでいました。 2. 担当リーダーが参加する「グループ会議（月1回）」で検討したことは、施設長や統括リーダー等が参加する「リーダー会議（月1回）」に報告し、各部門の責任者が参加する「法人連絡会（月2回）」で集約することで職員の意見を反映していました。さらに各種会議結果と合わせて各種委員会の内容を含めて検討する「法人運営会議（月1回）」を実施していました。各職務の役割や責任等については、「業務分掌規程」で明確にっていました。			
(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	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. 「財務の視点、人材の視点、ご利用者の視点、業務プロセスの視点」の4つの視点に基づいた中長期計画と単年度計画を策定していました。また、作成時には「サービスの質検討委員会」で抽出した課題を反映していました。 4. 特養事業計画については、年4回全職員に進捗状況報告書の提出を義務付けていました。集約した報告書は施設長が参加する「リーダー会議」で検討して、現状分析や課題設定に活用していました。			

(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. 施設長等は法令遵守に関する研修に参加し、関係法令に関する資料リストを整備していました。また総合施設長が発信する「総合施設長コラム」や「ウィクリー」、苑内研修、特養内のミーティングで法令遵守に関する情報を発信していました。</p> <p>6. 「業務分掌規程」で施設長及び現場責任者の役割を明確にし、施設長等が各種会議に出席することで職員と意見交換していました。また「施設長評価（27項目）」として、施設長が職員から評価を受け、その結果を職員に公開していました。</p> <p>7. 緊急連絡網を整備し、施設長及び現場責任者は、緊急時に携帯電話ですぐに連絡が取れ指示を受ける体制となっていました。また日々の日誌を確認することで事業運営の管理をしていました。</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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>8. 資格の有無を問わず法人理念に沿った採用に取り組み、「法人運営会議」で有資格者や人員配置状況などを確認して検討していました。また資格取得に係る研修に参加しやすいように勤務調整し、資格取得を奨励するために、資格手当制度を設けていました。</p> <p>9. 経験年数、階層、テーマ別に分類された体系的な研修体制を構築して人材の育成に取り組んでいました。また経験年数に応じた外部研修の情報を職員に提供し、希望して承認された場合は職務として受講できる仕組みとしていました。そのほか、法人の「苑内研修」、「特養勉強会」を年間計画に位置付け、口腔ケア勉強会から事業計画の理解と多岐に渡る研修を計画・実施していました。</p> <p>10. 実習に関する基本姿勢を明記した「実習受け入れマニュアル」を整備し、中学生・高校生の職場体験を受け入れていましたが、実習指導者に対する研修は実施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. 有給休暇消化率や時間外労働を把握・管理し、「ワークライフバランス委員会」で検討して対応していました。また職員の意欲を高める為の方策として、「リフレッシュ休暇（3日）」や「誕生日休暇（1日）」制度を設けていました。さらに「介護機器活用委員会」で検討し、介助時の負担を軽減する機械浴、スライディングボードなど福祉機器を導入していました。</p> <p>12. ストレスチェックを実施（年1回）した際に、メンタルヘルス相談窓口として産業医の連絡先を全職員に配布して周知するほか、産業医によるメンタルヘルス講習会（年1回）を実施することで悩みやストレスを解消する仕組みとなっていました。また福利厚生制度として「京都府民間社会福祉施設職員共済会」に加入するとともに、歓送迎会や忘年会、ポーリング大会の開催、「海の家」の保養施設の利用により、職員のストレス解消に取り組んでいました。</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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)	<p>13. ホームページやパンフレット、事業所が発刊する「松寿苑新聞（毎月）」で地域に向けた情報を発信するほか、掲示板に地域行事のポスター等を掲示して情報発信していました。また「綾部水無月祭り」や「丹の国祭り」などの地域イベントには、家族会や職員によるボランティアを募って参加を援助していました。しかし、介護サービス情報の公表制度の事業所情報は自ら開示していませんでした。</p> <p>14. 地域住民が参加する「松寿苑夏祭り」や「松寿苑まつり」、地域住民向けの法人後援会と共催の「福祉文化講演会」開催など、地域の福祉の要となるよう取り組んでいました。しかし、法人単位で実施する地域住民に対する相談事業などには、事業所として参加ができていませんでした。</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. ホームページやパンフレットで事業所情報を提供していました。事業所内に掲示している「松寿苑新聞」は、車いす利用者にも配慮した高さに設定して掲示していました。			
(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. 契約時には重要事項説明書を用いて、サービス内容の説明や料金について同意を得ていました。実際に後見人と締結した契約書や重要事項説明書を確認しました。また後見制度などのパンフレットを事業所入り口に設置し活用していました。			
(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	B	
	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。	B	B	
	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	B	
	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	B	

	(評価機関コメント)	<p>17. ケアプラン作成マニュアルに則り、12ヶ月毎にアセスメントを実施していましたが、課題抽出からケアプラン立案の連動性に関して記録が不十分でした。</p> <p>18. 面会時に合わせてサービス担当者会議を実施して意向等を聴取し、ケアプランに反映していました。会議出席が困難な場合は、事前に電話などで利用者及び家族の意向を聴取していましたが、利用者及び家族を含めた会議調整や記録が不十分でした。</p> <p>19. 各専門職とは「情報交換用紙」で事前に意見照会を行い、サービス担当者会議後にサービス変更になった場合は共有ノートで職員に情報伝達していました。しかし、サービス担当者会議の記録が不十分でした。</p> <p>20. ケアプラン作成マニュアルに則り、アセスメント、ケアプラン作成、モニタリング、評価の一連の計画見直しに係る業務を実施していましたが、見直しの時期は3ヶ月毎ではなく、6ヶ月毎となっていました。</p>		
(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. 関係機関をリスト化して連携できる体制を整え、入退院時には病院カンファレンスに出席して連携を取っていました。また医師2名が交代で月曜日から金曜日まで勤務していることで、利用者に関する情報交換や連携が取れる体制となっていました。関係機関・団体とは地域ケア会議に参加することで連携を取っていました。		
(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。	B	B
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)	<p>22. 各種マニュアルや手引書を整備して年1回見直すことと規定していましたが、見直しは規定通りではありませんでした。さらに苦情対応結果や顧客満足度調査分析結果、事故防止策の具体策などを反映する仕組みがありませんでした。</p> <p>23. 利用者の記録は書庫で保管し、個人情報保護マニュアルや文書管理規程に則って適切に情報管理していました。また、記録についての勉強会を年間研修計画に位置付けて実施し、記録の適正な管理について職員に周知徹底していました。</p> <p>24. 朝・夕のミーティング（必要時に昼ミーティング有り）、「連絡ノート」を活用して利用者情報を共有していました。「グループ会議」で利用者カンファレンスを実施し、参加者以外は記録を確認してサインをすることで確実な共有に取り組んでいました。</p> <p>25. 面会時に情報共有するほか、「家族会」のイベント時に家族等と交流・情報交換していました。また、「家族への手紙（年4回）」や「特養新聞（毎月）」を発送して近況報告していました。</p>		
(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随時見直ししていました。また感染予防・対策に関する研修を年2回実施し、インフルエンザやノロウイルス発生時の対応、手洗いや吐物処理方法、新型コロナウイルス対策について周知していました。 27. 日々の施設内清掃は環境整備職員、利用者居室清掃は介護職員が行い、清潔な環境となっていました。また、トイレや汚物処理室など臭気は一切なく、廊下や居室のいたるところに空気清浄機やオゾン発生器を設置することで、清潔な環境となっていました。		
(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	B
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。	B	B
	(評価機関コメント)	28. 緊急時対応マニュアルを整備し、緊急時等の事象別に図式化したものを職員室前に設置して有効に活用できるようにしていました。また施設内研修ではAED（自動体外式除細動器）対応方法に関する研修を実施していました。 29. 事故発生時には報告書を作成し施設長等へ報告していました。また事故防止委員会（2ヶ月に1回）で全部署の事故やヒヤリハット報告を共有し再発防止に取り組まれていましたが、原因や対応方法についての分析が不十分でした。またマニュアル等に反映させる仕組みがありませんでした。 30. 災害時対応マニュアルを作成して防災訓練を実施していましたが、地域と連携する内容が含まれておらず、地域との訓練もありませんでした。		

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. 理念や運営方針等で利用者本位の姿勢を明示し、身体拘束禁止や高齢者虐待防止、尊厳についての研修を実施していました。また、サービス提供上で職員が気付いたこと、気になった事を記す「気づきシート」を活用し、各会議やミーティングで検討することで利用者の尊厳に配慮したサービス提供に取り組んでいました。 32. 「プライバシー保護マニュアル」を整備し、プライバシー保護に関する研修（年1回）を実施する事で職員に意識付けしていました。また、同性介助を希望される場合には業務時間を調整するなど、意向に添えるように積極的に対応していました。 33. 専門職や事業所外部の委員で実施する入所検討委員会（月1回）で公正に検討していました。また医療ニーズが高い場合など希望に沿えない場合は、介護支援専門員と連携を図り、近隣の事業所を紹介していました。			
(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てている。	B	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)	<p>34. 「メール便（意見箱）」の設置や利用者満足度アンケート（年1回）を実施し、利用者及び家族から意向を聞き取り集約していました。また、「あじわいの会（食事について検討する会）」では、栄養士が利用者一人ひとりから嗜好を聞き取り、その要望に応じていました。さらに利用者及び家族が参加する「座談会」を開催し、意見等を聴取できるように取り組んでいました。</p> <p>35. 「苦情対応マニュアル」を整備し、利用者及び家族からの意見・要望・苦情は「苦情報告書」で情報を共有して対応していました。しかし、利用者及び家族からの意見・要望・苦情について改善状況を公開していませんでした。</p> <p>36. 公的機関の苦情相談窓口や事業所関係者以外で構成する苦情解決第三者委員制度を設けて相談機会の確保や適切な解決に取り組んでいました。苦情相談窓口の連絡先は玄関や特養棟掲示板に掲示して周知していました。また「綾部市介護相談員事業」の介護相談を受け入れ、利用者や家族が外部の第三者に相談できる仕組みがありました。</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てている。	A	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	A
(評価機関コメント)		<p>37. 利用者満足度アンケートを実施（年1回）し、結果を集約していましたが、分析・評価には至っていませんでした。</p> <p>38. 「グループ会議」や「リーダー会議」、「あじわいの会」において、利用者の意向や課題を明確化して質の向上に取り組んでいました。また、各部署の委員で構成する「サービスの質検討委員会（年4回）」を開催することで、法人全体のサービスの質向上を目指す体制がありました。</p> <p>39. 全職員が記入して提出する「事業計画進捗状況シート（運営指針の人材、業務プロセス、ご利用者、財務の4つの視点）」から、事業運営やサービスの内容について評価・分析・課題の抽出を行い、その結果を次年度の事業計画に反映していました。介護サービス第三者評価は3年毎に受診していました。</p>		