

様式 7

アドバイス・レポート

令和3年12月10日

令和3年9月1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ほろば 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. 事業計画等の策定</p> <p>単年度の事業計画に加え、中・長期計画（5年・10年）も期間を定め作成していました。フロア毎に「事業計画兼評価シート」を用いて半期で見直し次年度の事業計画立案につなげていました。</p> <p>2. 職員間の情報共有</p> <p>毎日フロアミーティングを行い、会議の決定事項や利用者の状況を職員間で共有し、利用者に状態の変化がある場合には随時カンファレンスを行っていました。欠席者はミーティングノートや委員会の議事録を確認しサインするなど確実に伝達する仕組みがありました。介護職、看護師、相談員など多職種が参加する機会を設けていることで、施設サービス計画の周知や利用者への臨時の対応を決め速やかに実施できていました。またフロアミーティングが職員の意見や気づきの集約の場になっており、サービス提供に反映されていました。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>年に1回、利用者満足度調査（利用者アンケート）を実施し、集計や分析、検討についてはリーダー会議で行っていました。結果については現場のフロアミーティングで共有し、結果に基づいて変更した業務については、リーダー会議で対応後の改善状況の確認を行っていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. 業務マニュアルの整備</p> <p>日々の業務においては会議で実施方法を見直し、職員間で伝達・共有していましたが、業務マニュアルの更新はできていませんでした。また標準的な見直しの基準を定めていませんでした。</p>

	<p>2. 事業所内の衛生管理</p> <p>定期的に換気を行っており、居室、共有スペースともに臭気はありませんでしたが、入浴介助後の備品については、利用者が通る浴室付近の通路や手すりに干されている状態で安全とはいえない状況でした。また、浴室の備品は経年劣化により、カビが発生しやすい状態でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務マニュアルの整備</p> <p>フロアミーティング、委員会、リーダー会議等で、サービスの質の向上や個別ケアを意識し、状況に応じて実施方法を改善されていました。また、施設サービス計画の作成手順や事故の再発防止につながるように、事故報告書の書式を工夫し運用されていました。職員が変わっても同様にサービス提供や取り組みを実施できるよう、既存の委員会等を活用し、年に1回マニュアルの見直しをする時期や担当者を定めて取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 事業所内の衛生管理</p> <p>物品の整理整頓は事故防止につながりますので、事故防止対策委員会で安全な環境であるか定期的に点検されてはいかがでしょうか。</p> <p>入浴環境を清潔に保つことは健康面の配慮や快適な入浴の実施のために必要ではないでしょうか。浴室の備品は経年とともに痛みもあり、汚れが落ちにくい状態でありましたので、他職種や委員会などによる定期的な点検をお勧めします。</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 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	2674000027
事業所名	特別養護老人ホームまほろば
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)	(介護予防) 通所介護、 (介護予防) 短期入所生活介護、 居宅介護支援
訪問調査実施日	令和3年11月4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（施設長含む）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（施設長含む）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. 理念を玄関及び各フロアに掲示しているほか、ホームページの法人概要に掲載していました。年度初めの施設内研修時に職員へ理念の周知を行っていました。 2. 理事会は定期的（年4回）に開催していました。フロア会議で出た意見はリーダー会議で取り上げることで、職員の意見が反映する仕組みとなっていました。各職種の職務権限については、職務分担表・組織規程・管理規程に明記していました。			
(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. 単年度の事業計画に加え、中・長期計画（5年・10年）も期間を定め作成していました。フロア毎に「事業計画兼評価シート」を用いて半期で見直し次年度の事業計画立案につなげていました。 4. フロア毎に作成した「事業計画兼評価シート」には職種毎の計画も設定しており、半期に1度見直しを行っていました。			
(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	経営責任者又は施設長は、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	B	
	管理者等による状況把握	7	経営責任者又は施設長は、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、法令遵守に関する研修に参加していました。把握すべき法令についてはパソコン内で管理・リスト化し、調べる体制も整っていました。また、施設内で法令遵守研修を実施していました。</p> <p>6. 施設長の役割と責任は、組織管理規程で明文化していました。各会議には副施設長が参加し、その内容を施設長に報告していました。しかし施設長自らの評価・見直しをする為の方法はありませんでした。</p> <p>7. 施設長は携帯電話を所持し、常に連絡のつく体制をとり緊急時にも対応していました。日常の状況については業務日誌も確認していました。</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。	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)		<p>8. 人員体制に関する考えや人事管理に関する方針を明確にし、リーダー会議にて現状の人員体制を議論し人材確保に取り組んでいました。資格取得支援は資格を取得する職員に休みが取りやすいよう勤務調整をしていました。</p> <p>9. 令和3年度研修予定表を作成しており、計画に基づいて実施していました。必要な研修は勤務調整や参加費の負担をしていました。また、職員が必要としている研修を年間計画以外で実施しており、今年度は「個浴に入れる方法」でした。</p> <p>10. 実習生受入れマニュアルを整備していましたが、実習指導者に対しての研修が実施出来ていませんでした。</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. 有給休暇の消化率や時間外労働の分析、検討をリーダー会議で行っていました。また、個浴に入浴機器を設置し職員の負担軽減を図っていました。</p> <p>12. 施設長は年1回の職員面談を活用し、ストレスや不安を聞き取るように努めていました。また、産業医に相談が出来るよう産業医の連絡先を掲示していました。ハラスメントの規定も明記していました。職員の休憩場所も十分な広さを整えていました。</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。	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	B
(評価機関コメント)		<p>13. 広報紙を地域の民生児童委員や居宅介護支援事業所に周知していました。しかし、情報の公表制度は自ら開示していませんでした。</p> <p>14. 地域からの依頼を受け、管理栄養士が地域住民対象に、栄養についての講演会を実施していますが、地域の福祉ニーズを共有する仕組みがありませんでした。</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にサービスの内容や基本方針を大きめの字で掲載していました。問い合わせや見学については相談員が随時対応している記録がありました。			
(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. 重要事項説明書にサービス内容や料金、保険外サービスの料金等の掲載があり、契約書と重要事項説明書を説明し同意を得ていました。判断能力に支障のある利用者とは後見人と契約を結んでいました。サービス利用中に相談があった場合には相談員が後見人制度や権利擁護事業について説明していました。			
(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. 所定のアセスメント様式を使用し、入所時、状態変化時、状態の変化がない場合には3か月毎のモニタリング時と計画変更前に見直し作成していました。 18. 本人や家族の意向を確認し計画を作成していました。サービス担当者会議には本人や家族が出席していました。 19. サービス担当者会議に医師、看護師、管理栄養士等の各専門職種が出席していました。 20. 計画変更時はフロアミーティングやミーティングノートで周知し、実施状況をケース記録に記載していました。6か月ごとにモニタリングのカンファレンスを行い看護師、管理栄養士等が参加していました。また計画見直しの基準を入所時、入所後1か月半経過後、状態変化時、状態変化がなくても1年に1回更新することを手順書に定め、実施していました。			
(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. 嘱託医の定期的な往診やオンコール体制があるほか、提携病院を定めていました。入院時、退院時は病院の地域連携室と連携し、カンファレンスの開催や看護サマリーによる情報共有をしていました。また、医療施設への入所を選択した利用者について、入所先と連携した事例がありました。			
(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	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	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. 業務マニュアルを作成し各フロアに設置していましたが、更新日については1年以上前となっており、見直しの基準を定めていませんでした。 23. 利用者一人ひとりに対してケース記録を作成し、施設サービス計画の実施状況を記録していました。個人情報保護の研修は年に1回行っていました。記録の保管、保存、破棄に関して文書保存規程を定めていましたが、持ち出しに関する規程はありませんでした。 24. 1日1回フロアミーティングを行い、施設サービス計画の内容や利用者の支援に関する情報共有、ケアカンファレンスを行っていました。欠席者はミーティングノートを確認し押印することで情報の伝達を確認していました。 25. 施設サービス計画更新時やモニタリングの際、家族の意向をうかがっていました。また、居室担当が月1回は電話や手紙で近況を報告していました。		
(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	B
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	B
(評価機関コメント)		26. 全員対象の感染症の研修を年2回行っていました。また感染症発生時はフロアミーティング等で個別の対応方法を申し送り、二次感染を防止していました。研修や申し送り時には看護師が最新の情報を提供していましたが、マニュアルの定期的な見直しの記録がありませんでした。 27. 定期的に換気を行っており、居室、共有スペースともに臭気はありませんでした。清掃は施設の担当職員が毎日行っていました。利用者が通る浴室付近の通路にマットレスなどの備品がたてかけられていたり、手すりにエプロンやタオルを干していませんでした。		
(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	B
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. 事故や緊急時の対応を定めたマニュアルを作成していましたが、定期的な見直しが出来ていませんでした。全職員対象の事故防止の研修を年2回行い、スタッフルームに緊急時の指揮命令系統を掲示し緊急連絡網を設置していました。 29. 事故報告書を作成し、事故の発生状況や発生原因の分析と改善策の検討結果、1週間後、1か月後に評価を記載していました。毎月、事故防止委員会でヒヤリハット、事故の分析を行っていました。 30. 年2回、災害訓練を行っていました。デイサービスが福祉避難所に指定されていましたが、地域との連携を記載したマニュアルはありませんでした。		

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)		<p>31. 「利用者様の尊厳を守り、安心と笑顔のある暮らしを支援する。」を法人理念として掲げていました。毎年「虐待の芽チェックリスト」を職員間で実施し、結果を共有して日々の支援で意識できるよう工夫を行うことで、支援時にお互い気になる点を職員がそれぞれ声を掛け合える風土作りに取り組んでいました。また、「介護の専門性・職業倫理」「利用者主体」「尊厳の保持」「高齢者虐待防止」をテーマにした施設内研修を毎年定期的開催していました。</p> <p>32. 施設内にユニット型と多床室の2種類の生活環境があり、ユニット型ではトイレや居室、浴室が完全に個室でプライバシーに配慮されていて、介助も職員がマンツーマンの支援を徹底していました。多床室側も建物の条件により難しいところがありますが、カーテンをしっかりと閉めるなど、職員の対応により利用者の羞恥心に配慮するよう取り組んでいました。また、毎年「プライバシー保護」をテーマに研修を実施していました。</p> <p>33. 利用申込みがあればすべて受け付け、入所検討委員会で検討していました。委員会では「入所指針」「入所選考規定」に基づいてサービス利用者等の決定を公平・公正に実施していました。</p>		
------------	--	--	--	--

(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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>34. 施設玄関に「意見箱」を設置し、職員が利用者や家族から聴き取りした意向等をケース記録や毎日のフロアミーティングで共有し、支援の検討や対応を行っていました。コロナ禍で一時中断していますが、以前は家族を招待して年に2回「茶話会」を開催し、利用者・家族が気軽な雰囲気の中で職員に意見を直接伝えられる機会を設けていました。</p> <p>35. 苦情があった時は「福祉サービスに関する苦情解決規定」「まほろばクレーム・苦情処理マニュアル」に沿って「相談・苦情内容記録票」を作成して、施設として迅速に対応していました。また重要事項説明書の中で「苦情解決の方法」を記載し、入所時に説明を行っていました。受け付けた意見・要望・苦情の内容や改善状況については個人情報に配慮しつつ、広報紙で公開していました。</p> <p>36. 第三者委員2名を相談窓口として設置し、その他の外部相談窓口の連絡先等も併せて施設玄関に掲示しているほか、重要事項説明書にも記載して周知していました。コロナ禍以前は、傾聴ボランティアが月2回来訪し、利用者の相談機会の確保に努めていました。</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。	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、施設長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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>37. 年に1回、利用者満足度調査（利用者アンケート）を実施し、集計や分析、検討についてはリーダー会議で行っていました。結果については現場のフロアミーティングで共有し、結果に基づいて変更した業務については、リーダー会議で対応後の改善状況の確認を行っていました。</p> <p>38. 多職種、全フロアリーダーが参加するリーダー会議を毎月開催し、利用者への支援やサービスの質向上に繋がる各取り組みを検討していました。加盟している「京都市老人福祉施設協議会」の各部会のオンライン会議が開催される際は職員が参加し、他施設の取組み等を情報収集していました。</p> <p>39. 「介護老人福祉施設サービス自己評価」のチェックリストを用いて、副施設長・生活相談員・フロアリーダーが中心となって自己評価を年に1回行い、サービスや施設の課題を取り上げて各事業計画に反映する取り組みを施設独自に行っていました。第三者評価について今回4年目の受診となりましたが、コロナ禍の影響により昨年度は実施できませんでした。</p>		