

アドバイス・レポート

令和 4 年 5 月 1 8 日

令和 3 年 10 月 12 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 岩滝あじさい苑 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><b>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</b>                  施設内においては、各種委員会が中心となって計画的に研修会を開催しており、外部研修に関しても積極的に参加を促しています。各種委員会の運営は基本的に現場職員に委ねられていますが、主任・係長もオブザーバーとして参加し、必要に応じて適宜意見を述べることにより、支持的・教育的スーパービジョン機能を担っています。部署単位でも会議等を通じて知識や技術の共有を行っており、重層的な教育体制が取られています。</p> <p><b>(通番 17) アセスメントの実施</b>                  所定のアセスメントシート様式は、課題を抽出し、それに沿った目標が記入できるようになっており、アセスメント項目からケアプランの目標設定へと展開する流れがわかりやすいものになっています。その様式を用いて、少なくとも 6 ヶ月ごとにアセスメントを見直し、更新をされています。抽出された課題は、「ビールを飲ませてあげたい」や「毛染めパーマをあてたい」といった具体的なもので、実際にそれを実現するための計画に繋がっており、本人の望みをかなえる良いプランになっていました。</p> <p><b>(通番 26) 感染症の対策及び予防</b>                  インフルエンザ、食中毒、MRSA 等について、予防対策マニュアル・業務マニュアルを作成されています。マニュアルは、全職員に配布するとともに、模擬訓練も含めた施設内研修を実施することで周知に努められています。また、内容についても国等の情報収集に努め、適宜改定されています。施設内は清掃が行き届いており、換気の徹底、オゾン発生器・大型空気清浄機の導入など、様々な取り組みを行っていました。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>(通番 23) サービス提供に係る記録と情報の保護</b>                  全職員にパスワードと ID を付与し、介護ソフトを用いて、サービス計画に基づいた記録が細やかに記載されていました。一方で、記録の保管・保存による規定はあるものの、持ち出し・廃棄に関する規定については確認できませんでした。</p> <p><b>(通番 30) 災害発生時の対応</b>                  災害用備蓄食糧を活用して、年 1 回の災害の日に非常食作り・試食を行うなど、利用者も含めた体験を行っています。地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練は行われていませんでした。</p> <p><b>(通番 39) 評価の実施と課題の明確化</b>                  法人の取り組みとして、外部監査人や他施設職員によるチェックの仕組みはあるものの、施設内で自己評価を行うための基準が設けられておらず、自己評価が行われていませんでした。そのため、評価結果を分析し、課題を明らかにすることによって、次年度の事業計画に反映するという PDCA サイクルが十分に機能しているとは言えないと認識されていました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人与謝郡福祉会が運営する特別養護老人ホーム岩滝あじさい苑は、平成13年開設に開設した定員50名の施設で、ショートステイ、ケアハウス、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所を併設しています。天橋立を望む高台にあることから風光明媚な環境に加え、廊下幅が広く開放的な雰囲気と、窓を大きくとった日当たりの良い構造が相まって、居心地の良い空間となっています。</p> <p>法人理念「いのちを支え いのちに支えられ いのちを育む」のもとに、本人の思いに寄り添ったサービスを実践されており、たとえば「外食がしたい」「ビールを飲ませてあげたい」といった本人や家族の要望を聞き取り、具体的な計画を立案したり、毛染めやパーマの要望があれば移動散髪業者に依頼するなどのきめ細やかな対応を実施されています。</p> <p>今年度、開設20周年を迎えられましたが、整理整頓、清掃が行き届いていることもあって、綺麗な状態で維持されています。また、普段から感染症対策への意識は高く、勉強会や実地訓練の実施、換気の徹底、オゾン発生器・大型空気清浄機の導入、掃除の回数を頻回にするといった取り組みを継続的に実施されており、結果としてこのコロナ禍にあっても、一人の感染者も出していないとのことでした。</p> <p>一方、大幅な人事異動により、前回の第三者評価受診時に在籍されていた職員の多くが他施設へ異動された事情もあってか、前回の指摘事項に改善がみられなかったことは、残念でした。前回の指摘事項を改善し、さらに高いレベルの課題を設定することで、さらなる改善に取り組むことができ、PDCAサイクルの意義だと考えますので、今回あえて前回と同じ項目を「特に改善が望まれる点」として挙げました。</p> <p>今後とも“笑顔届けます”を合言葉に、さらに地域に根差し、利用者本位のサービスを提供し続けられることを期待しています。</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)

# 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 岩滝あじさい苑
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)	通所介護、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26日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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。	B	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) 法人理念は施設内に掲示するとともに、ホームページや広報誌を通じて地域や家族への周知にも努めている。新人研修時に理念や運営方針を伝えるほか、事業計画や各種資料の配布・回覧、職員面談時などを通じ、折につけ職員が意識する取り組みを行っている。 2) 理事会・評議員会のほか、月1回の施設長会、管理会議、運営会議等で情報共有や組織的な意思決定を行っている。各種委員会を開催し、正職員は全員何らかの委員会に所属している。委員会での決定事項は尊重され、実務に活かされる。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3) 法人で定めた中長期計画に基づき、施設の単年度計画を策定している。利用者満足度アンケート等の内容を踏まえ、各部署での月間目標を設定し、毎月のミーティングや業務改善会議において、進捗状況を確認している。 4) 各部門で毎月会議を実施し、振り返りを行っている。しかし、そもそもの目標設定が抽象的であるため、達成未達成の基準が明らかになっておらず、主観的な評価にとどまっている。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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。	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)		5) 施設長は府社協や府老協の研修に参加し、法令順守の視点を継続的に学習している。事務所に法令集を配備し、誰でも閲覧できるようにしている。コロナ禍ということもあり、人権研修や法令遵守に係る研修は実施できていなかった。 6) 事業計画や業務分掌において組織図を示し、施設長の役割と責任を明らかにしている。管理会議、運営会議をはじめ、各種委員会にも出席し、意見交換を行っている。半年に1回職員面談を実施し、意見や要望を聞き取っている。いつでも誰でも話しに来られるように施設長室を開放している。 7) 施設長は携帯電話を所持しており、緊急時の指揮命令系統は各種マニュアルや勤務表に明示されている。毎日介護ソフト「ケアカルテ」に目を通し、日誌を確認の上、押印している。			

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
<b>Ⅱ 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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
		(評価機関コメント)		8) キャリアパスに基づき求める人材像を明確化している。現在、正職員化に取り組んでおり、資格のない職員でも正職員になれる体制を取っている。資格取得支援として合格祝い金や資格手当の制度がある。 9) 法人及び施設で新人研修を実施している。各種委員会を中心に施設内研修を計画的に企画・実施している。外部研修については報告書を供覧し、部署単位で共有している。 10) ケア基準書に実習に関する記載があり、それに沿って受け入れを行っている。ジョブパークの福祉即戦力人材養成科や看護学校、次世代担い手事業、介護等体験など様々な実習生を積極的に受け入れている。実習担当者は必要な研修を受講している。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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、スタッフが充分に休むことができ、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)		11) 有休取得率や時間外労働のデータを管理会議で分析し、適宜促しなどを行っている。有給休暇とは別にリフレッシュ休暇の制度があり、3連休を取ることができる。スライディングボードや腰痛ベルトの貸出等を行っている。月1回、理学療法士による生活リハビリの指導を行っている。 12) ストレスチェックを実施し、産業医に繋ぐ仕組みがある。法人独自の職員互助会があり、ほぼ全員が加入している。年1回職員面談があり、直属の上司には言いにくいことを施設長が聞き取っている。そのほか、職員向けの意見箱を設置し、意見要望を汲み取っている。ハラスメントに関する規定が整備されている。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		13) 年2回、広報誌「岩滝あじさい苑通信」を発行し、行政、地域、家族、関係団体等に配布している。法人のブログにも掲載している。町の広報誌を閲覧できるようにしている。地域行事に参加の際は、職員が支援する体制が整っている。 14) 「介護者のつどい」を実施している。小中学校に出向き認知症サポーター養成講座を実施している。町の介護保険や認知症の委員会に参画し、地域の情勢を把握している。配食サービス事業を実施しており、地域の独居高齢世帯の見守り活動を兼ねている。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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) ホームページで取り組みや行事予定等を定期的に報告している。パンフレットは写真を多用し、見取り図・理念・運営方針等が高齢者でもわかりやすいように記載されている。デイサービス利用中の「今後のために短期入所や長期入所の施設を見学したい」との希望にも対応している。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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) 重要事項説明書にて、介護保険の利用者負担の金額や介護保険外の料金について説明し、同意を得ている。本人が書字できない場合等は家族や身元引受人が署名捺印を行っている。入居契約時の身元引受人が亡くなられた時は町のサポートがあり、代わりの引受人に引き継ぐことができています。また、権利擁護事業や成年後見制度の活用の仕組みはあるが、現在は該当者はいない。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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。	B	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。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17) アセスメントシートのすべての項目に記入ができていない利用者が一部存在するが、6カ月毎に見直し・更新を行い、利用者の心身の状況を把握している。アセスメントの様式は課題を抽出し、それに沿った目標が記入できるようになっており、流れがわかりやすいものとなっている。 18) 個別援助計画には本人・家族の希望を聞き取り、アセスメントシートで明らかになった課題についての目標が記載されている。また、栄養士が3カ月毎に栄養計画を作成し、同意を得る際に「外食がしたい」「ビールを飲ませてあげたい」等の本人や家族の希望を聞き取り、行事計画等に活かしている。 19) デイサービスはマスタープランに沿った個別援助計画を策定している。事業所内のケアマネジャーが入力した専門家への意見照会を他部署でも確認できる仕組みになっている。他事業所のケアマネジャーには電話等で情報を得、記録している。 20) 個別援助計画は3カ月毎にモニタリングを行い、見直しが必要かを検討している。一覧表で管理し、6カ月毎に計画を更新しているが、利用者の状況の変化等必要に応じて見直しを行う際の手順が定められていない。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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) 2名の嘱託医がおり、必要に応じ他の地域医療機関と連携を図っている。利用者や家族からの毛染めやパーマの希望があれば移動散髪業者へ依頼したり、訪問歯科診療の依頼等、関係機関の一覧表を作成し活用している。居宅ケアマネジャーが保険者や京都府主催の研修等に出席し、連携を図っている。			

(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、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	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) 各種マニュアルは全職員に配布し、いつでも確認できるようにしている。ケア基準書は部署毎に保管し、新採用の職員には説明を行っている。毎年見直しを行い、3年に1回は改訂に向けた検討会議がある。また、避難訓練での実際の動きや服薬管理時の現場の動きを参考にしてマニュアルの見直しや業務改善を行っている。 23) 全職員にパスワードとIDがあり、介護ソフトを用いて、サービス計画に基づいた記録が細やかに記載されている。記録の保管・保存による規定はあるが、持ち出し・廃棄に関しては確認できなかった。 24) 毎日のカンファレンスの時に、業務メモや業務日誌、口頭により申し送りを行い、情報共有している。ケース記録にも記載し、休みの職員も出勤時に確認できる仕組みになっている。個別援助計画の変更時は全職員に回覧している。月に1回はフロア会議が開催され、情報の共有が行えている。 25) コロナ禍、状況に応じてオンライン面会や時間制限等を設けた面会ができるようにしている。2カ月に1回は日常の様子が見える写真と文書を家族宛に郵送している。		

(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) 感染症の対策及び予防については、インフルエンザ、食中毒、MRSA等について予防対策マニュアル・業務マニュアルを作成されており、マニュアルを全職員に配布するとともに、施設内研修を実施している。また、内容についても国等の情報収集に努め、適宜改定をされている。 27) 施設内は物品、書類等整理整頓されており、清掃も行き届いている。清掃は施設職員に加え、外部業者に委託されているが、業者の実施内容は点検票に記入され、内容は毎日担当部署で点検され、施設長が確認・保管されている。		

(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。	B	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) 緊急時マニュアルが作成されており、全職員に配布されている。救命救急講座については、本年度更新の時期に当たるため、3日間に分けて全職員が受講済み。消防訓練（2回、日中想定・夜間想定）に加え、毎月通報訓練、誘導訓練もされている。施設が福祉避難所となっており、町主催の防災訓練では通報訓練を実施した。避難訓練として、住民が施設に避難に来られている。 29) 事故発生時はリスクマネジメントマニュアルに従って対応されている。また、ご家族への報告や必要に応じて行政に報告がされている。事故報告書は発見者が作成し、ケアカルテシステムを活用することで様式も統一されており、今後の対応についての検証まで記載されている。また、事故報告書は全職員に回覧され再発防止に努めている。 30) 施設は高台にあり、水害や津波の危険はないが、土砂災害警戒地域であるため土砂災害時マニュアルを作成されている。災害用備蓄食糧を活用して年1回の災害の日に非常食作り・試食を行うなど、利用者も含めた体験を行っている。しかしながら、地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練は行われていない。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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。	B	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) 人権尊重等については、法人の理念、運営規程に明示されている。利用者アンケートの実施、全職員を対象とした身体拘束廃止研修や認知症ケアに関する研修を毎年実施している。</p> <p>32) プライバシー保護についてはケア基準書や身体拘束廃止マニュアルに記載し、新規採用職員には新人研修時に徹底されている。相談・面談時は面接室を利用する、体重や排せつなど他の利用者に聞かれたくない事を言うときは聞こえないよう配慮する等を日々のケアの中で配慮されている。居室は多床室もあるが、カーテンでの目隠しの利用による配慮を行い、浴室では利用の際の異性との区分等も気を付けられている。</p> <p>33) 施設の入所基準については、法人で定められている。入所退所の決定は検討会議で決定されており、利用決定の委員会には町行政の担当者や第三者委員も参加し公正を期す仕組みになっている。入所申込者の緊急度に変化があった場合は組織的に検討され、優先順位の変更が行われている。必要に応じて、生活相談員が法人内他施設や他の施設の紹介を行っている。</p>			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	B	B	
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>34) 満足度アンケートを実施し、その結果は利用者やご家族に施設内の掲示や郵送で示している。利用者の意向は話しやすい環境に心がけながら相談員（職員）が聞き取っている。また、町の介護相談員や人権擁護委員による聞き取りが出来る仕組みも活用されている。家族懇談会は通所事業については実施されているが、特養や短期入所については実施されていない。</p> <p>35) 利用者の意向についてはケア基準書の苦情対応マニュアルに沿って対応されている。利用者満足度アンケート等で把握した要望については、施設長他職員で共有し、その都度改善対応されている。</p> <p>36) 第三者委員は2名設置されており、契約書、重要事項説明書、ポスター、広報紙等に記載され周知が図られている。介護相談員や人権擁護委員など、外部の方に相談できる仕組みもあり、必要があればつなぐようにしている。</p>			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37) 満足度アンケートを実施し、その結果・対応をご利用者・ご家族にフィードバックされている。調査結果を管理会議で確認し、即改善できる内容だったため速やかに対応されている（職員の態度、食事内容、お風呂の順番等）。</p> <p>38) 管理会議や各部暑会議などを定期的に開催し、サービス向上について検討されている。会議の内容についての復命書を取りまとめ、全職員に回覧し、情報共有されている。施設長は法人内施設の施設長会議で得た他施設の情報等を管理会議で自施設の幹部職員に共有されている。</p> <p>39) 第三者評価を定期的に受診されており、今年度が7回目となる。法人の取り組みとして外部監査人や他施設職員によるチェックの仕組みはあるが、施設内で自己評価を行う体制が作られておらず、自己評価が行われていない。そのため、評価結果を分析し、課題を明らかにし、次年度の事業計画に反映するPDCAサイクルが十分に機能していると言えない。</p>			