

アドバイス・レポート

平成 24 年 4 月 30 日

平成 23 年 10 月 21 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 ひだまり平川 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14 地域への貢献 併設の在宅介護支援事務所において、「生き生き講座」や「楽々げんき家庭教室」に施設の管理栄養士や機能訓練士(理学療法士)が講師を受け持っています。又、東部コミュニティで行う「認知症についての講座」に施設長が講師を担当されていて、施設が有する専門知識や技術等を地域に還元しています。</p> <p>通番18 利用者家族の希望尊重 個別援助計画に利用者ひとり一人の援助目標が設定されています。介護支援専門員と共に全職員が利用者・家族の要望や希望を聴取する体制となっています。ケア体制は固定チーム受け持ち制で、介護職員は日々の援助過程で利用者に深くかかわるよう努めています。面会に来られた家族は受け持ちの介護職と直接出会う要件を伝える等、両者の有効な関係が築かれています。介護支援専門員はサービス担当者会議に利用者・家族の出席を依頼し、出席できない方の希望や意見等を聴取することで、援助計画の上で本人・家族の意思を尊重しています。 利用者・家族の希望や要望、専門家の意見、担当介護職員の意見、介護記録から利用者・家族のニーズを総合的に把握し、個別援助計画の策定・見直しを行っています。</p> <p>通番25 利用者の家族等との情報交換 援助計画の策定・見直しにおいて、モニタリングによるアセスメントを実施する際、本人家族の要望や希望を丁寧に聴取しています。3ヶ月毎に「家族会たより」や「利用者様の最近のご様子」を家族に送付し、入所系サービスでは疎遠になりがちな家族と利用者とのつながりを大切にされています。また、家族会「ひだまり平川・ミレー京都家族会」に、利用者の受け持ち担当の介護職員が参加し、家族との良好な関係作りに努めています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番22 業務マニュアルの作成 業務について、業務マニュアルや手順書等(標準的な実施方法)を策定していますが、見直しの基準が定められていません。行うべきことを確認する実務書として、常に新しく、分かり易いもの、現場で誰もが手軽に活用できるものに見直すことが必要と考えます。また、見直しに苦情や顧客満足度調査の分析、ヒヤリハット事例や事故防止策等が反映させることが必要と考えます。</p> <p>通番34 意見・要望・苦情への対応とサービス改善 利用者から寄せられた意見・要望・苦情等に対する解決策は、個人にフィードバックしていますが、個人情報に配慮しながら業務改善を目的に公開されることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイ ス</p>	<p>今回で2度、第三者評価を受診されました。自己評価・第三者評価・利用者アンケート(評価)へ取り組まれたことで、施設の強みと弱み(改善課題)が明確になったと伺いました。全職員が一丸となって取り組まれた自己評価・第三者評価・利用者・家族満足度調査によって、自己満足に陥りやすい介護現場のあり方に、客観的な角度からの見直しを図ることが出来たかと思われます。</p> <p>今後、定期的に自己評価や利用者満足度調査を実施されることをお勧めいたします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672800063
事業所名	特別養護老人ホーム ひだまり平川
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・介護予防短期入所生活介護・通所介護・ 介護予防通所介護・訪問介護・介護予防訪問介護・居宅支援
訪問調査実施日	平成24年3月23日
評価機関名	京都ボランティア協会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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思決定を行い、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、組織の理念と運営方針を定め施設内各所に掲示し、月1回（18時～20時）、全体職員会議において確認合っています。利用者や家族には家族の会「ひだまりミレー京都」や重要事項説明書で口頭説明しています。 2、理事会・評議会・運営管理会議で意思決定された組織の重要案件は、各部署の責任者と専門職者が参加する1/Wの運営委員会議で示しています。意思決定のプロセスを組織規定に定め、会議の内容が各会議議事録に記載しています。		
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		3、単年度計画を策定し、その年に取り組む課題を明確にしています。事業計画に家族の会、城陽市介護相談員等から把握した利用者のニーズを反映させています。中長期計画が明文化されていませんでした。 4、介護、看護、栄養、リハビリ等の専門職会議で各業務の課題を定めていますが、見直しを定期的に行なっていませんでした。		

(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	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。	B	B
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、いつでもスタッフ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、施設長は事業運営に必須の法令等の情報を老人福祉施設協会や施設長会議、ワムネット・ホームページ等から収集し、朝礼や閲覧ファイルを活用して職員に伝達しています。尚、介護保険法以外の関係法令についても明文化するとともに職員への周知が必要と考えます。</p> <p>6、法人組織図と組織規定に運営責任者の権限と役割を明示しています。理事会・運営委員会で決定される組織の運営方針には、全体職員会議で集約された現場職員の意見を反映させています。施設長のトップリーダーとしての資質を客観的に評価する仕組みがありませんでした。</p> <p>7、全体会議(8時20分～朝礼)、専門職会議(9時～9時20分)を毎朝開催し、管理者を含む全職員が情報を共有しています。日誌、事故報告書や携帯で常時及び緊急時の連絡体制が確立しています。</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。	B	B
		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、採用の基本的考えに介護職に熱意がある人としていますが、面接時の共通評価シートがありません。受験料の法人負担、取得後のライセンス手当の支給等でケアマネ・介護福祉士の資格取得を支援し、人材育成にホームヘルパー養成講座を運営しています。</p> <p>9、研修管理システムを導入し、内外の研修に職員を参加させています。履修者には報告書提出を義務付け、職員会議で伝達研修を行う等、研修成果の共有に努めています。事故について、多職種ひとり一人から意見を聴取し予防強化に努めています。</p> <p>10、法人運営のホームヘルパー2級養成校生の現場実習を受け入れています。今年は大学や教職員関係からの受け入れ要請がなかったとのことです。マニュアルは整備していますが、実習指導者研修が未修でした。</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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		ストレス管理	12	スタッフ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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>11、人事担当者が、時間外勤務や有給消化率等のデータ分析を行い、勤務状態の把握に努めています。介護職員の介護負担軽減の為に、特浴昇降機や電動ベット等を設置しています。</p> <p>12、産業医によって職員の健康維持向上が図られています。メンタルヘルス・カウンセリングを実施するまでには至っていないとのことです。共済会に加盟し、職員懇親会等を設ける等、福利厚生に努めています。職員がリラックスできる専用の休憩室があります。</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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>13、事業所の理念や運営方針をホームページに記載していますが、パンフレットには記載していません。地域の敬老会へ参加したり、外出に付き添ったりして、地域との関わりを大切にされています。</p> <p>14、同一法人のケアマネ事業所が行う「楽々げんき家庭教室」と「生き生き講座」で施設長や管理栄養士・機能訓練指導員等が講師の役割を担っています。また、東部コミュニティで行う認知症についての講座では施設長が講師を担っています。</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、法人の事業の概要はホームページやパンフレットで理解できます。さらに、事業の姿勢を示す法人理念を追記するとより理解が深まると考えます。掲示物は、事業所玄関フロアに訪問者が見やすいよう拡大したものを掲示しています。見学者には介護支援専門員が対応し、入所相談受付票に詳細を記録しています。			
(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)		16、利用契約時に、契約書と重要事項説明書を口頭説明し、利用者・代理人名の同意の押印を受けています。成年後見人制度活用の意義を理解し、必要な人には説明されています。利用者の中に活用してケースがあります。			
(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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		17、3団体方式の書式を活用してアセスメンを1回/6か月行っています。利用前にケアマネが利用者宅を訪問し利用者のニーズを事前に把握しています。看護師も同行することがあり、提供サービスが利用者の希望に叶えるよう努めています。 18、モニタリングは利用者・家族の参加のもとで、1回/3か月行っています。援助計画は、閲覧できる様各居室に配備しています。援助計画表には、達成度評価を記載していませんが、目標は利用者毎に設定・記載しています。年4回、家族に「利用者の最近の様子」を手紙で知らせています。 19、サービス担当者会議には看護師と管理栄養士が必ず参加しています。嘱託医や不参加の利用者本人・家族からも事前に書面で意見や要望を聴取しています。援助計画は日々の介護記録からの情報も反映しています。 20、モニタリングを3か月毎に行い、介護過程に沿って見直しを行っています。			
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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、協力病院や療養型病院等の情報をファイルしています。必要時は主治医と情報交換を行っています。入・退院時サマリーを活用し医療機関の情報を共有しています。利用者の状態から、やむおえず、他の施設や退所等が適していると判断された場合は、利用者・家族と相談の上、支援体制の確保に努めています。			

(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、スタッフに活用されている。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。	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、各種のマニュアルを整備し、利用頻度の高いものは職員に配布しています。マニュアルの見直しは行っていますが不定期でした。</p> <p>23、サービス提供時の援助内容をケース記録に記載し、利用者ひとり一人ケースファイルに整備していますが、サービス実施計画の妥当性を意識した内容には至っていませんでした。記録の管理体制は、保管・保存・持ち出し・廃棄に至る規定がなく不十分でした。</p> <p>24、最新の援助計画を冊子にまとめ、各階で閲覧・活用できる様にしています。他は全てパソコン内に記録・保管されていました。6ヶ月定期でカンファレンスを、申し送り・引き継ぎ時にショートカンファレンスを行い、パソコン内に記録を残しています。記録類は全て自由に閲覧できます。</p> <p>25、家族会を定期(1回/3ヶ月)開催し、家族等にモニタリング情報・「家族会たより」「利用者様の最近のご様子」等を送封しています。</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、スタッフ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)		<p>26、「感染症マニュアル」を整備し、必要に応じて研修を行っています。罹患者が二人部屋の人は即個室に移動する等、二次感染予防に努めています。感染症情報は「伝達ファイル」で職員に周知しています。</p> <p>27、居室・廊下・フロアはいずれも広いスペースです。職員が毎日行う他に、月の1日と15日は職員総出で清掃・美化に努めています。また、施設管理担当票を用いて、法人の他の施設相互で、清掃チェックを2回/月行っています。汚物室の一部に蓋のない容器を見かけました。</p>		

(7)危機管理

事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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
(評価機関コメント)		<p>28、近隣の消防団や自治体等と協定を結んでいませんが、職員による自営消防隊を組織し、「自衛消防隊員火災発生時対応マニュアル」に基づいて、昼間と夜間想定訓練を行っています。訓練に住民の参加はないが、近隣の法人の他の施設との協力体制が整っています。施設は耐震性造物で、災害時に城陽市民を受け入れることが出来る様、備蓄品を備えています。</p> <p>29、「事故・ヒヤリハット報告書」に事故発生の原因分析・改善策を書き留め、再発予防に役立てています。経過を家族にも報告し、必要時は保険者に文書報告しています。</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
IV利用者保護の観点						
(1)利用者保護						
		人権等の尊重	30	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	31	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	B
		利用者の決定方法	32	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>30、人権に関する法人の考えは理念や運営方針に明記しています。プライバシー保護や身体拘束廃止に関する学習会を行い、職員の人権意識向上に努めています。接遇マナーチェック表を使って、法人グループ間で相互評価を行い、評価結果を接遇改善に活かしています。利用者ひとり一人の食札に嗜好食を明記し、選択メニューの参考にしています。</p> <p>31、朝礼時にプライバシー保護について周知しています。浴室前にパーテーションを設置したり、各居室のドアとカーテンの開閉等に留意していますが、トイレのドアの開閉時の配慮が不十分の様に伺えました。</p> <p>32、入所決定は制度に準じ、第三者を含む関係者の合議で公平・中立に行っています。</p>		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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。	B	B
		第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口にご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>33・34、家族会「ひだまり平川・ミレー京都家族会」の推進、城陽市介護相談員の受け入れ等により利用者・家族等の意見や要望・苦情を広く拾い上げ、サービス改善に役立っています。検討内容は議事録に記載していますが公表はしていません。</p> <p>35、第三者や公的機関にダイレクトに苦情相談や要望が出せるように、重要事項説明書に相談や苦情を訴える為の方法を明記し、施設内に掲示しています。</p>		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	36	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。	C	B
		質の向上に対する検討体制	37	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スタッフが積極的に参加している。	B	A
		評価の実施と課題の明確化	38	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>36、管理栄養士が中心となって利用者の嗜好調査を行い、食の楽しみに繋げています。23年度は顧客満足度調査を行っていませんが、今回の第三者評価において利用者アンケートを実施しています。</p> <p>37、運営管理会議・衛生委員会・接遇委員会等の各種委員会と朝礼・申し送り・伝達ファイル等に全職員が積極的に参加しています。議事録に活動内容が記載されていました。</p> <p>38、平成20年1月の第三者評価受診に向けて設置した「サービス改善委員会」が、これまでに十分に機能してこなかったとのことでした。</p>		