

アドバイス・レポート

平成 25 年 3 月 21 日

平成 25 年 2 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 バプテスト・ホーム様につきましては、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>理念の周知と実践</p> <ul style="list-style-type: none"> 組織図を作成し、就業規則にすべての職種の役割・権限等が明記して組織の透明性を高かめておられました。 <p>アセスメントの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 包括的自立支援プログラムやセンター方式を活用し、利用者に応じたアセスメント方式を取り入れておられました。また、アセスメントの変更時期や作成方法などが施設ケアマニュアルに明記されていました。 <p>多職種協働</p> <ul style="list-style-type: none"> 隣接する医療機関からの退院時にカンファレンスを開催し、介護職員・相談員・看護師・管理栄養士等多職種が協働し情報共有されていました。また、週5日各専門科の医師の往診があり、利用者の体調管理・健康管理が行なわれていました。
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>法令遵守の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 現場責任者は把握すべき法令等の明文化が行なわれておらず、周知する仕組みが不十分でした <p>ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員が悩みやストレス解消するための対人援助の専門職が確保されていませんでした。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> マニュアルの見直し時期を明確化されていませんでした。 <p>通番38 評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> 自己評価が行われていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>法令遵守の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 現場責任者は把握すべき法令等の明文化を行い、職員に周知する方法として法令集の整備や厚生労働省等のホームページで法令検索ができるようにされてはいかがでしょうか

	<p>うか。</p> <p>ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none">・ 職員が相談できるように産業医の活用や京都産業保健推進センター等の連絡先等を周知されてはいかがでしょうか。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none">・ すべてのマニュアルの見直し時期を明確にし、一覧できるように、表にまとめられてはいかがでしょうか。 <p>評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none">・ 作成中の自己評価表により、評価を実施して結果の分析・検討を行うことによりサービスの内容についての課題が明確になります。それらを次年度の事業計画に反映されてはいかがでしょうか。
--	---

※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	2670600101
事業所名	特別養護老人ホーム バプテスト・ホーム
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、訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年2月28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)			・パンフレット、ホームページに基本理念、運営方針を明記し、施設内に掲示されていました。 ・組織図を作成し、就業規則に職種別の職務権限等の規定がありました。		
(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。	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	A
	(評価機関コメント)			・サービスの質の向上を目指した中・長期の事業計画がありませんでした。 ・業務レベルの課題を設定し、個人目標管理シートで達成状況を確認・見直しを行なう仕組みがありました。		
(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。	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)			・現場責任者が把握すべき法令等の明文化が行なわれていませんでした。 ・運営管理者が自らの行動について信頼を得ているかどうかを把握する仕組みがありませんでした。 ・緊急時対応マニュアルを作成し、緊急連絡網も整備されていました。		

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
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	B
		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	A
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・職員採用時の基準を定めたものがありませんでした。 ・職員が互いに学びあうための勉強会などが行なわれていませんでした。 ・実習受け入れマニュアルが作成され、実習指導者に対する研修が行なわれていました。 			
(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	A
		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環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・有給休暇の消化率の把握等、労働実態の把握に努めておられました。 ・職員が悩みやストレス解消するための対人援助の専門職が確保されていませんでした。 			
(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。	B	B
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、法人の機関紙「いしずえ」の配布を通じて、事業所についての情報が地域へ公開されていました。 ・事業所の有する機能の地域への還元が行なわれていませんでした。 			

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、パンフレット、広報誌「いしずえ」を通じて情報提供されていました。 ・利用者の問い合わせや見学希望等についての対応状況が記録されていませんでした。 			
(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・内容・料金の明示と説明を契約書や重要事項説明書に分かりやすく明記し、同意を得ておられました。 			

(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	定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	B	A
(評価機関コメント)		・包括的自立支援プログラムやセンター方式を活用し、アセスメントを実施されていました。また施設ケアマニュアルでアセスメントを見直す基準についても明記されていました。 ・アセスメントに基づき、利用者・家族の希望を尊重した個別援助計画が策定されていました。 ・提携病院の主治医へ照会を行い回答書を参考にして個別援助計画が策定されていました。 ・個別援助計画の見直し時期や変更基準については、施設ケアマニュアルに明記し実施されていました。		

(4)関係者との連携

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)		・医療機関からの退院時カンファレンスシートや看護サマリーで、多職種との連携を取っておられました。		

(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、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。	B	A
(評価機関コメント)		・各種業務マニュアル・手順書を整備し、年1回の見直しも行われていましたが、職員への周知方法が不十分でした。 ・利用者の利用状況や状態は随時記録し、個人情報保護管理規程により管理体制が確立されていましたが、研修については入職時のみで、継続的な研修は行われていませんでした。 ・職員間の情報共有については、朝夕のミーティングや月1回の職員会議等の記録を活用して行われていました。 ・家族との情報交換は、年一回の家族会の開催、連絡ノートの活用や電話連絡等で行われていました。		

(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、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)		・感染症に関するマニュアルを整備され、年1回の見直しや研修も行われていました。 ・防臭剤や消臭スプレーを使用し、臭気対策に取り組んでおられました。		

(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。	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
(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・緊急時や災害時対応マニュアルを整備し、避難訓練等が行われていましたが、地域と連携した訓練ではありませんでした。 ・事故発生時には、マニュアルに沿って速やかに事故報告書を作成し、再発防止等に努めておられました。 			

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	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。	B	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)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎月開催の棟会議で、人権等の尊重について日常業務を振り返り、検討や対応をする仕組みがありました。 ・プライバシーや羞恥心について、カーテンや声掛けにより、配慮したサービスを行うための勉強会が行われていませんでした。 ・入所指針に基づき、入所判定会議において、利用者の決定を行っておられました。 			
(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。	B	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)	<ul style="list-style-type: none"> ・年一回家族会を開催し、利用者や家族からの希望等を引き出す仕組みがありました。 ・利用者からの意見・要望・苦情についての改善状況が公開されていませんでした。 ・介護相談員を受け入れ、第三者への相談機会を確保されていました。 			
(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。	B	A
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。	A	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)	<ul style="list-style-type: none"> ・毎年利用者満足度調査を行い、サービスの質の向上に取り組んでおられました。 ・毎月サービス会議、リーダー会議、棟会議を開催し、サービスの質の向上に取り組んでおられました。 ・自己評価を行なうための「自己評価表」を作成中でしたが、まだ実施の段階ではありませんでした。 			