

アドバイス・レポート

平成26年3月20日

※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

平成25年9月13日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人希望の丘福祉会 特別養護老人ホーム豊の郷 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>○組織体制 各ユニットミーティング・ユニットリーダー会義・特養会議・各種委員会を毎月行っています。そこで出た職員の意見等については、運営会・理事会に上げていく仕組みとなっており、事業所の運営方針や年度計画作成にも反映させています。</p> <p>○利用者の家族等との情報交換 特養ユニット便り「せせらぎ」を毎月発行し、家族に利用者の様子を伝えていきます。また、家族会や家族の面会の時には、利用者の情報を伝え、直接要望や意向を聞き取るようにしています。</p> <p>○質の向上に対する検討体制 各部署内会議においてサービスの向上について話し合いを行い、月1回サービス向上員会を開催し、サービス改善に向けて取り組んでいます。また、全職員対象にサービス向上に関するアンケートを実施し、課題の検討を行っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事業計画等の策定 施設全体の年度計画を作成し、各部署・各ユニットごとに年度目標を立てています。半期ごとに業務年間目標の進捗状況を確認していますが、中長期目標は策定していません。</p> <p>○業務マニュアルの作成 介護技術マニュアル、早遅夜勤マニュアル等各種マニュアルを作成していますが、見直しは行われていません。</p> <p>○意見・要望・苦情の対応 苦情報告書・要望報告書に上がった内容に対して改善を行うなどの対応をしていますが、意見・要望・苦情についての改善についての公開が行われていませんでした。また、利用者への個別面談や利用者懇談会は行っていないという事です。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>住宅地から離れた田園地に位置し、広々とした敷地を活かし、どこからでも日が差し込む形状の建物で、家庭的なしつらえとなっています。開設7年目の施設であり、施設内のホールを地域の敬老会に貸出したり、夏祭りは地域住民に参加を呼びかける等、地域との関わりを大切にしています。より一層の発展を期待し以下のとおり、アドバイス申し上げます。</p> <p>○単年度ごとの事業計画は作成していますので、今後は将来を見据えた事業目標として、職員の意見を聞き取り中長期計画を作成してはいかがでしょうか。中長期計画達成に向けて単年度ごとの計画を立てていくことで、到達目標や年度ごとに達成すべき目標が、より明確になると思います。</p> <p>○介護技術マニュアル等、各種マニュアルを作成していますが、見直しが行われていませんでした。マニュアルは日々の仕事の指針であり、統一した援助を行う手本となる物です。職員間で内容を確認しながら、実情に沿った内容となるように年に1度は見直しの機会を作り、いつどこを見直したかを明確にしておくことをお勧めします。</p> <p>○苦情報告書・要望報告書により内容の改善に取り組んでいます。改善点を利用者や家族に公開していくことで、サービスの向上への取り組みがより明確になると思います。毎月発行しているユニット便りやホームページに掲載する等してはいかがでしょうか。また、利用者と個別面談や懇談会等を実施し、より意見・要望などが出しやすい環境を整えられると良いのではないのでしょうか。</p>
------------------	--

(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	2672600448
事業所名	社会福祉法人希望の丘福祉会 特別養護老人ホーム豊の郷
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、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	平成26年1月29日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 理念及び運営方針をホームページに掲載し、施設内に掲示するとともに、年度初めの全体職員会議で職員に周知しています 2. ユニットミーティング、ユニットリーダー会議をはじめ、各種委員会で職員の意見を聞きとり、運営会議に上げていく仕組みがあります。		
(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。	A	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。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 年度ごとに事業計画やユニットごとの目標を立てていますが、中長期計画を作成していません 4. 部署別に目標を設定し、半期で業務年間目標の進捗状況を確認しています		
(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。	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。	B	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. 京都府老人福祉施設協議会からの介護保険情報を収集し、事務所にファイルで綴り事務所に備え、すぐ調べられる体制にしています。 6. ユニットミーティング、各種委員会等の会議に出席し、職員からの意見を聞いています。職員のアンケートを実施し、管理者の評価実施しました。 7. 管理者は携帯電話で常に連絡出来る状況であり、緊急連絡電話帳や連絡網で指示を仰ぐ体制となっています。		

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	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。	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	A
		(評価機関コメント)		8. 採用については実務経験者等を優先しています。資格取得支援については申請に基づく補助金制度を確立していますが、人員確保や人事管理についての明確な方針などはありません。 9. 新人職員研修や中級研修を研修計画に基づいて実施し、外部研修に関しては研修受講費補助制度により参加費の補助を行っています。 10. 実習基本方針に基づき、実習指導者を配置し、実習生の受け入れ体制を整備しています。		
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有休休暇の取得状況は管理されていますが、就業の意向について分析・検討する部署や担当者は未設置です。 12. 休憩室は整備されていますが、宿直室はユニットから遠いこともあり実際にはあまり利用されておらず、特に特養の職員にとってはリラックスして休める場所としては機能していません。		
(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。	A	B
		(評価機関コメント)		13. ホームページを活用して地域に対して理念公開や情報公表を行っています。 14. 地域の敬老の日のイベント等に施設のイベントルームを開放していますが、施設側からの地域住民のための講演会や研修会開催する等の取り組みは行っていません。		

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)		15. ホームページなどで情報提供を行っています。利用希望者からの見学の対応もしているとの事ですが、記録はありません。掲示物も見にくい位置にありました。		

(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. 重要事項説明者や契約書を用いて説明しています。利用者の権利擁護の為、成年後見制度について家庭裁判所の資料を用いて説明する仕組みがあります。		
(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。	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. アセスメントはADL等状況報告書を使用し、状況把握や見直しを適宜行っています。 18. 利用者や家族には面会時や書面などで希望を確認しています。 19. 主治医の意見書や多職種で構成しているカンファレンスを通して意見交換を行っています。 20. 月1回のケアプラン会議にて見直しや評価を実施しています。3か月に1回ケアプランの見直しを行っています。		
(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. 家族や在宅関係機関と連携し、施設退所した看取りのケースがありました。嘱託医に週2回は来てもらうなど、医療機関との連携も行っていきます。		
(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、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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 介護技術や早遅夜勤業務などのマニュアルは整備していますが、定期的に見直しをする仕組みがありません。 23. 個人のケースファイルを作成したり、介護ソフトの活用によりデータ管理したりしていますが、記録の持ち出しなどの規程が定められていません。 24. 出勤時に介護ソフトのデータや職員連絡ノートを確認するなど情報の共有を図っています。 25. 年1回、豊の郷入居者家族の会を開催したり、特養ユニット便りを毎月発行するなど情報交換を密に行っています。		
(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。	B	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	A
(評価機関コメント)		26. 外部研修に参加し感染症委員会で伝達研修をするなど職員に周知していますが、感染症対策マニュアルが平成19年に作成のままで更新が来ていませんでした。 27. 備品は倉庫にきれいに整理できています。こまめに換気するなど臭気対策もしっかりと行っています。		

(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	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. 事故防止、発生対応マニュアル、緊急時対応のフローチャートを作成しています。年2回の消防訓練や救命講習を実施しています。 29. 事故報告書やヒヤリハット報告書を作成しています。又、リスクマネジメント委員会で分析し、再発防止を検討しています。 30. 災害発生時の指揮命令系統のフローチャートを作成しています。マニュアルについては火災のみであり、その他の自然災害発生時についての対応マニュアルはありません。		

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。	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)		31. 毎月身体拘束委員会を開催し、年1回高齢者の尊厳保持のための施設内研修も実施しています。 32. ユニットケアの施設であり、個別ケアやプライバシー保護のしつらえがされており、プライバシー保護の研修を行っています。 33. 理事長や顧問も含めた多職種による入所判定会議を3ヵ月ごとに開催し、入退所指針に基づき入所者決定しています。		
(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。	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。	B	B
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)		34. 投書箱や相談窓口設置はありますが、利用者との個別面談、懇談会は実施していません。 35. 意見、要望、苦情は苦情報告書に記録し、相談解決を行っていますが、公開はしていません。 36. 重要事項説明に公的相談窓口の紹介があり、苦情対応規定の整備や介護相談員訪問があります。		
(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。	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。	B	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)		37. 利用者アンケートを実施し、サービス向上委員会で結果を分析・検討しています。要望報告書に上げて分析・検討をし、サービス提供の改善を行っています。 38. シーティングや口腔ケアの取り組み等は先駆的施設から情報収集し、自施設サービス改善の取り組みに活かしています。 39. サービス向上委員会、自己チェック表での自己評価で課題を共有しています。第三者評価受診期間が3年を越えています。		