

アドバイス・レポート

平成 27年12月24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27年11月20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 パプテスト・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>継続的な研修・OJTの実施 ・研修計画が明確にされていました。また、日々の業務内における課題や事故等から検証した研修も企画され、事故予防・介護技術や知識の向上に努めておられました。</p> <p>労働環境への配慮 ・育児休業復帰後の勤務時間短縮・夏季冬季休暇・週1回ノ一残業デーを実施され、ワークライフバランス(仕事と生活)を考えた体制がありました。職員の負担軽減として、3段階リクライニング式の特殊浴槽の導入をされていました。</p> <p>アセスメントの実施 ・3ヶ月毎にアセスメントを定期的実施され、利用者の状態把握に努めておられました。利用者の状態の変化の有無を問わず、確実なアセスメントにより個別援助計画の策定を行うことで、計画に基づく適切な支援につながるよう努めておられました。</p> <p>人権等の尊重 ・虐待防止について、マニュアルの作成や研修の開催とともに、見守り実行委員会(身体拘束検討委員会)でより具体的にケアの内容を検討し、週1回評価を行われていました。棟会議で報告検討をされ、必要に応じて介護支援専門員への報告もされていました。「何故、それが必要なのか」という視点で、個別の対応を検討され関係機関への連絡相談などの連携も図られていました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>業務マニュアルの作成 ・業務マニュアルを整備し、実践的内容で活用されケア統一に繋がっていましたが、見直しが一部できていないものもありました。</p> <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・利用者や家族からの意見・苦情については、運営適正委員会がとりまとめ改善に向け取り組んでおられましたが、改善状況の公開方法については検討中でした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>業務マニュアルの作成 ・マニュアルの見直し基準は定められていますので、確実に全ての内容を見直せるようにチェック表などを備え、各種会議を活用し計画的に実施されてはいかがでしょうか。少しずつでもマニュアルに基づいてサービスが実践されているかを確認されることで、サービスの標準化が可能となり、質の向上を意識することにつながるのではないのでしょうか。</p> <p>意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 ・意見・苦情については、運営適正委員会がとりまとめ改善に向け取り組んでおられますので、その先の対応として個人情報に配慮し苦情とその対応について、ホームページ、広報紙等や施設内掲示で公開されることで利用者の安心と事業所の信頼が高まるのではないのでしょうか。</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 | 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 |
| 訪問調査実施日 | 平成27年12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（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、運営方針は各階に掲示され、またホームページやパンフレットにも掲載し周知に取り組まれていました。また、理念を朝礼で唱和し、職員の名札に掲載することで日常的な意識付けが行われていました。 2. 組織図や会議名、各種委員会の一覧が作成され、全体職員会議や理事長への意見箱の設置等、職員の意見が反映される取り組みをされていました。各職種の職務権限が職務規定に明記されていました。 | | | |
| (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. 理念に基づいた事業計画をたてられ職員全体会議、毎月の連絡会議で達成状況の確認が行われていました。「利用者・家族満足度調査」のアンケートや家族会も実施され利用者ニーズの把握に努めておられました。 4. 事業計画に基づいた各部署の目標が設定され、半年に1度見直しと修正が行われていました。また、職種別標準業務項目一覧を作成し、周知されていました。 | | | |
| (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 | 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. 年1回法令遵守の研修が行われていました。 6. 給与手渡しの際に施設長からの面談がもたれていました。理事長への意見箱が設置されていましたが、定期的に管理者自らを評価する仕組みはありませんでした。 7. 昼夜別の緊急対応手順「即時報告の基準について」のフローチャートが作成され活用がなされていました。 | | | |

| 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。 | 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 8. 採用時から資格取得にあわせて段階的なキャリアアップ表があり、資格取得の為に施設内で研修会を開催し積極的に支援されていました。 9. 採用時研修や年間計画に沿った研修の他に多職種協働を意識した研修など実施され、将来を見据えた人材育成に取り組んでおられました。事故等を検証し「ケアを振り返る研修」を随時行い、日々の業務に反映されていました。 10. 実習マニュアルが整備され、小中学生のチャレンジ体験や教員免許取得コースの大学生の介護等体験も受け入れられていました。 | | |
| け | | | | | | |
| | | 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) | | 11. 育児休業復帰後の勤務時間短縮・夏季冬季休暇・週1回ノー残業デーを実施され、ワークライフバランス(仕事と生活)を考えた体制がありました。職員の負担軽減として、3段階リクライニング式の特設浴槽の導入をされていました。 12. 健康診断の際、問診票にストレスについて記入する欄を設け、週2回来園される産業医との相談ができるように周知されていました。職員共済会のメンタルヘルス(カウンセリングサービス)について会議録で回覧されていました。 | | |
| (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) | | 13. ホームページや法人機関紙「いしずえ」の配布を通じて、地域に情報を公開されていました。「あじさい祭り」や「大根炊き」の地域の行事に参加されていました。 14. 左京区事業者連絡会議に参加されていましたが、認知症サポーター研修への講師の派遣は検討段階でした。 | | |

| 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 15. ホームページや情報の公表、パンフレットを活用され、事業所について分かり易く丁寧に情報提供をされていました。また問い合わせや施設見学を希望される方、入所の上位の方々にも繰り返し見学を勧められ細やかに対応されていました。 | | |
| (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. 重要事項説明書を通じて具体的な料金や施設概要を説明されていました。また実際に成年後見制度の手続きをされ、必要に応じて権利擁護の取り組みもされていました。 | | |

(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. 3ヶ月毎にアセスメントを定期的に実施され、利用者の状態把握に努めておられました。 18. 利用者との面談や家族との面会時やサービス担当者会議にて希望を確認され、計画に反映されていました。 19. サービス担当者会議や事前のカンファレンスの実施、照会による意見聴取で各専門職と連携を図り、包括的な視点での個別援助計画が策定されていました。 20. 新規入所や退院時は、一ヶ月後に担当介護支援専門員と介護職で面談しモニタリングを行い見直しされていました。 | | |

| | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 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. 近隣医療機関と密な連携を図られていました。例えば夜間帯の対応に於いても事前に情報交換され、緊急時や医療行為等の必要時にも医療機関関係者が支援に加わり、十分な支援体制が確保されていました。 | | |

(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。 | 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。 | A | A |
| 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 22. 業務マニュアルを整備し、実践的内容で活用されケア統一に繋がっていましたが、見直しが一部できていないものもありました。 23. パソコン主体の記録管理がされていました。 24. 申し送りや連絡ノート、都度のコミュニケーションによりパソコン主体でありながらも密な情報共有が図られていました。 25. サービス担当者会議には9割の方の家族参加があり、その場を利用し情報交換を行っておられました。家族へのお便りの発行について一部スタートされ今後の取組課題とのことでした。 | | |

(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 | 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. マニュアルの整備だけでなく、出勤している職員が1日3回検温されている事や、換気を小まめに行い室温を保持され、細やかな対応をされていました。 27. 環境衛生委員会を立ち上げ、物品の整理整頓などチェック表にて管理されていました。また水道水の水質検査は定期的実施されていました。 | | |

| (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 | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 28. 緊急時の対応マニュアルを整備し、毎年普通救命講習や夜間対応の研修を実施されました。 29. ヒヤリハットを全職員が積極的に取り上げ予防につなげておられました。事故発生時は報告書を作成し、速やかに事故分析・対応策を検討され利用者の安全を第一にされていました。 30. 災害時や緊急時のマニュアルがあり、消防署と連携し研修なども行われていましたが、地域との連携を意識した訓練については検討中でした。 | | |

| 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) | | 31. 法人理念に明文化され、利用者の尊厳については、毎月の棟会議で個別に検討されていました。 32. 全体研修として年1回実施され、さらに具体的なケアの内容の改善点について、各棟会議で検討し実施されていました。 33. 入所指針に基づき入所判定会議で公平公正に決定されていました。 | | | | |
| (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 | 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。 | 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 | B | | |
| (評価機関コメント) | | 34. サービス担当者会議や面会時などで希望や意向の確認をされていました。 35. 利用者や家族からの意見・苦情については、運営適正委員会がとりまとめ改善に向け取り組んでおられましたが、改善状況の公開方法については検討中でした。 36. 第三者の設置がされ連絡先も明記されていました。傾聴ボランティアとして大学生の受け入れはありましたが、介護相談員など外部の相談体制はありませんでした。 | | | | |
| (3) 質の向上に係る取組 | | | | | | |
| 利用者満足度の向上の取組み | 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。 | A | A | | |
| (評価機関コメント) | | 37. 満足度調査を実施し、ホーム運営会議やリスク委員会などで改善について検討する仕組みがありました。また、棟会議でも満足度について検討する機会を設けておられました。 38. ホーム運営会議や委員会で報告検討を行い、その内容は部署会議や棟会議で報告検討をされ、サービスの向上に取り組んでおられました。 39. 部署会議や各棟会議で自己評価を実施し、結果を次年度の計画に反映しておられました。 | | | | |