

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 3 月 26 日

平成 23 年 10 月 31 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与謝の園 ）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

特に良かった点と
その理由(※)

【通番2】組織体制

組織体制や権限の委譲については指揮・命令系統が明記された組織図や職務基準書に明示されています。多くの会議や委員会が組織化され全職員の意見が運営に反映される仕組みとなっています。組織としての意志決定については、部署毎に案件別の起案書を策定し主任を通してユニット会議等の各種会議や各種委員会で検討し施設長決裁のもと実施されています。

【通番9】継続的な研修・OJTの実施

職員の人材育成のために年間の研修計画に沿って経験年数を考慮しながら体系的な研修が適切に実施されています。原則キャリアに応じた研修を全職員が受講する仕組みになっており、それに係る費用についても事業所が負担するなど、研修参加に積極的に取り組み、研修後の伝達研修や勉強会など職員全員の知識や技術を学び合うための機会を設け職員のスキルアップに繋がっています。

【通番30】人権等の尊重

単年度の事業計画の中に尊厳の保持という項目を挙げ半期に一度見直しを行っています。責任者自ら身体拘束や虐待についての説明を行い、身体拘束ゼロ委員会により身体拘束や虐待防止に関する研修会の実施や月に一度各部署で身体拘束抑制点検表に基づき、職員の自己覚知を促すと共に確認や振り返る機会を設けています。また「禁句集」を作成し職員に配布したり、問題点、発生理由、改善策等をまとめグループ毎に事例を発表したり、寸劇を行い問題定義するなど全職員の理解が深まるような取り組みをしています。プライバシーの保護についても事業計画書に挙げユニット会議等で勉強会を行い、人権擁護委員連合会による研修会を実施するなど尊厳の保持に努めています。

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>【通番3】事業計画等の策定 年度初めに各部署・事業所毎に話し合い計画として挙げたものを主任会議において検討し単年度の事業計画を策定していますが、中・長期計画として明文化されたものは確認できませんでした。</p> <p>【通番22】業務マニュアルの作成 各種業務マニュアルを作成し、随時見直しをしています但し定期的な見直しには繋がっておらず、不定期に追加・変更が行われている状況です。またマニュアルは十分に活用されておらず実用的なものになっていません。</p> <p>【通番33】意見・要望・苦情の受付 【通番34】意見・要望・苦情等への対応とサービス 意見箱の設置や満足度調査を実施し利用者や家族の意見・要望・苦情等を収集しており、出てきた要望等はユニット会議やサービス担当者会議等で検討したり、リスクマネジメント委員会や苦情解決第三者委員会において苦情処理や対応について協議をしています。その内容を職員間で共有し意識を持ちながらサービス提供を行い改善に向けて取り組んでいます但し改善状況等の公開はされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>【通番3】事業計画等の策定 中・長期目標は概ね3～5年の複数年の期間で達成目標を明確にした上で策定されていることが望ましいとされています。理念や運営方針等に基づき事業所として目指す方向性やビジョンを明確にし、中・長期計画として明文化されることが望まれます。</p> <p>【通番22】業務マニュアルの作成 マニュアルは問題が生じた際に、その都度必要に応じて見直すだけでなく見直しの基準を定め、その基準に従い、定期的なマニュアルの見直しを行い、現状に即した見やすいマニュアルにすると共に活用されることが望まれます。</p> <p>【通番33】意見・要望・苦情の受付 【通番34】意見・要望・苦情等への対応とサービス 要望・苦情等の改善状況を利用者、家族等に開示することにより事業所に対しての透明性が確保され利用者・家族の安心感に繋がるため、広報誌やインターネット上に掲載するなど継続的に公開されることが望まれます。</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	2672000094
事業所名	社会福祉法人北星会 特別養護老人ホーム 与謝の園
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)、通所介護(介護予防)、訪問介護(介護予防)、訪問入浴介護(介護予防)、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成24年1月27日
評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター

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)		法人の経営理念及び運営方針は事業所内の見やすい場所に掲示しており、利用者、家族にも理解が深まるよう広報誌やホームページ等に掲載しています。職員は半期に一度職員会議にて確認、振り返りを行い理念に基づいたサービスが提供できるよう努めています。また「真心こめた介護サービス」「職場での和を大切に」「一人ひとりが経営努力」という三つの誓いについては朝礼時に唱和を行う等、職員に理念を意識づけるような取り組みをしています。組織体制や権限の委譲については指揮・命令系統が明記された組織図、職務基準書に明示されています。多くの会議や委員会が組織化され全職員の意見が運営に反映される仕組みになっています。意志決定については案件別の起案書を策定しユニット会議等の各種会議や専門委員会等で検討し主任を通して施設長の決裁により実施されています。			
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		年度初めに各部署、各事業所毎に話し合い、計画として挙げたものを主任会議において検討し単年度の事業計画を策定していますが、中・長期計画として明文化されたものではありません。単年度の事業計画を基に各部署ごとの目標を設定しそれに沿った具体的なテーマを決めサービスを実施しています。半期毎に各種委員会、ユニット会議等で達成状況の確認を必要に応じて研修を実施しながら全職員が課題や目標の達成に向けて取り組んでいます。ケアの個別化を図るために利用者満足度調査などを実施しニーズに沿ったサービスが行えるよう努めています。			
(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。	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)		責任者は集団指導や京都府老人福祉協議会の施設長会議等に出席し把握すべき法令を理解し掲示しています。また法令遵守については運営規定や服務規定に記載しています。その他の関係法令についても常時調べることができる体制が整っていますが職員に対して周知する具体的な取り組みは行なわれていません。責任者は各種会議や委員会に参加し、各部署の業務日誌、ケア記録についてもパソコン上で確認をしながら随時、全体の状況把握をしています。また責任者は緊急時等適切な指示を行えるよう携帯電話を所持しています。			

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。	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	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。	C	A
		(評価機関コメント)	人事管理システムを導入し人材確保や人事管理、人材育成を行い職員のモチベーションの向上に繋げています。資格取得のための受験対策講座の実施やそれにかかる特別休暇扱い、契約社員の場合は資格取得後正職扱いになるなど資格取得のための支援体制が整っています。年間の研修計画に沿って経験年数を考慮しながら体系的な研修が適切に実施されており、原則キャリアに応じた研修を全職員が受講する仕組みになっています。またそれにかかる費用についても事業所が負担するなど研修参加に向けて積極的に取り組み、研修後の伝達研修や勉強会など職員全員の知識や技術を学び合うための機会を設け職員のスキルアップに繋げています。実習生の受け入れについてはマニュアルに沿って行っており実習指導者に対する研修も行っています。			
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	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)	職員の時間外労働については業務命令の場合のみ手当を支給し、有給休暇については年休簿に基づき管理をしています。職員の就業状況については人事管理システムにより施設長や各部署長が分析、検討をしており、育児休業法、介護休業法については適切に対応するしくみがあり、現在育児休業中の職員もいます。低床ベッドやリフト浴装置、特殊浴槽等の介護機器を活用し職員の介護業務の軽減を図っています。職員の休憩場所については食堂等の一角に数カ所設けられバーテーションで仕切られている事で、落ち着いて休憩できるスペースを確保しています。また職員のストレス回避のため複数の福利厚生制度を導入し、忘年会やスポーツ大会等を実施しています。			
(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)	法人の機関紙「きらめき」を年2回発行し利用者、家族、見学者に配布すると共にホームページやパンフレットの作成により広く開示しています。地域の情報を収集し玄関の掲示板にて利用者に周知し積極的に参加するよう努めています。また施設での行事については地域や家族、ボランティア等に広く呼び掛け協力を求めています。			

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
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	A	
	(評価機関コメント)		施設の情報は法人のホームページやパンフレット、機関紙「きらめき」等に写真を掲載したり、大きな字で分かりやすくすると共に、家族には3カ月に1回施設の情報や行事等の案内をしています。見学や相談に来られた方に対しては施設の情報を提供し個別に対応しています。			
(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)		契約時に重要事項説明書や契約書を用いて介護サービスの内容や料金等について、分かりやすく説明しています。利用者の判断能力に支障があると判断された場合は権利擁護の仕組みを活用し、保佐人を通じて契約しています。			
(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。	B	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3カ月毎のアセスメントを基に利用者や家族の意向を踏まえ個別援助計画を作成し同意を得ています。随時及び3カ月毎にモニタリングを行い、1年に1回の計画の見直しの際にはサービス担当者会議を開催して評価及び課題について話し合い利用者・家族の意向を踏まえながら、医師や看護師、機能訓練指導員等、関係する専門職の意見を集約して介護計画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)		週1回の医師の定期的な回診があり、利用者の状況に応じて他の関係機関への紹介状を書いてもらったり、救急での受診を受け入れてもらうなど他団体や病院等との連携を図っています。退院時にはカンファレンスに参加し情報交換を行うなど主治医や医療機関と連携をとり情報を共有しています。また退所の場合は地域の関係団体へ情報を提供しています。			
(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)		各種業務マニュアルを作成し随時見直しをしています。定期的な見直しはされていません。利用者一人ひとりの記録についてはパソコン上で管理しており、各職員はネットワークを経由した端末で記録を入力したり確認することが可能です。また、ユニット会議等の各種会議を開催して職員間で必要な情報を確実に共有しています。個人情報に関する基本方針は掲示されており、書類の保管、及び処分についてはマニュアルに記載されています。サービス担当者会議や施設のイベント時に家族の参加があり情報交換を行っています。また通所系の場合は安心手帳を利用して健康面及び食事等連絡事項について記載し、状況を伝えています。			

(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、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。	B	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)		感染症マニュアルを整備すると共に見直しや改訂を行い、予防や対策を講じています。研修会を実施し職員に周知し、二次感染を予防するために隔離個室を設けるなどの対策を講じ、受け入れ体制を整えています。また感染症予防点検表によりチェックを行い整理・整頓、清掃を行い、清潔を意識しながら日々感染症予防に努めています。安全衛生委員会を設置し事業所内の安全や衛生に関する諸計画の検討を行い立案し、実施を促進し衛生管理に努めています。清掃は主に職員が行っており障害者雇用や委託業者で対応している部分もあり事業所内は清潔に保たれています。また臭気対策については施設内の換気を自動的に日に6回実施することで管理されています。		

(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	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	B
(評価機関コメント)		事故や緊急時に関するマニュアルが整備されており事故の発生予防に努めています。また緊急対応フローチャート図により事故や緊急時、災害発生時における指揮命令系統が明らかにされています。消防計画書も随時見直しや変更を行いながら消防署との避難訓練を実施しAEDの使用方法等についての研修会も行っています。また地元消防団より依頼があり放水訓練を行うための場所として敷地の提供をしています。事故が発生した場合は事故報告書に明記し、リスクマネジメント委員会で原因の究明や分析、対応策について話し合うと共に結果を各部署に伝達し家族にも報告し再発防止に努めています。		

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
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	A	
	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)	単年度の事業計画に尊厳の保持という項目を挙げ、半期に一度の見直しをしています。責任者自ら身体拘束や虐待についての説明を行い、身体拘束ゼロ委員会により身体拘束や虐待防止に関する研修会の実施や月に1回各部署で身体拘束抑制点検表に基づき、職員の自己覚知を促すと共に確認や振り返りを行う機会を設けています。また禁句集を作成し職員に配布したり、問題点、発生理由、改善策等をまとめグループ毎に事例を発表をしたり、寸劇を行い問題定義をするなど全職員の理解が深まるような取り組みをしています。プライバシーの保護についても事業計画書に挙げ、ユニット会議等でミニ勉強会を行っています。利用者の入所決定については第三者が参画する入所検討委員会で入所判定基準や入所順位評価基準に基づき、介護者状況も考慮しながら点数制にて公平に決定する仕組みがあります。				
	(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	B	
	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)	意向、要望等の収集のため意見箱の設置や満足度調査を行い利用者や家族の意見・要望・苦情等を吸い上げるようにしています。出てきた要望等はユニット会議やサービス担当者会議で検討したり、リスクマネジメント委員会や苦情解決第三者委員会において苦情処理や対応について話し合いを持っています。その内容を職員間で共有し意識を持ちながらサービス提供を行うよう努めています。また重要事項説明書に事業所や公的機関の苦情相談窓口を明記し契約時に説明を行っています。				
	(3)質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	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。	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)	利用者満足度調査を実施し、アンケート結果の集計を行い利用者満足度の把握に努めると共に、サービス担当者会議等で分析し、検討しています。北部地区他事業所の評価結果や取り組み内容等を提供してもらい比較検討して良いところを取り入れ、サービスの質の向上に向けて取り組んでいます。また第三者評価を受診し課題を明確化しサービスの向上を図っています。				