

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 12 月 10 日

平成 24 年 10 月 25 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 吉祥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
 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</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 会議一覧表で各種会議の開催目的・予定日・参加者等を明確にし、組織図、権限規程で責任と権限を明記して、組織の透明性の向上に努めておられました。 <p>質の高い人材の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入職時の適性検査の実施、また採用後の資格取得支援を費用負担するなど人材の確保・育成に努めておられました。 <p>事故・緊急時等の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 消防計画により年 2 回の避難訓練、年 1 回の自主防災訓練、地域の火の用心巡回活動に参加するなど地域との連携も意識した取り組みをされていました。 <p>質の向上に対する検討体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 年 1 回、法人内各部門からの職員で構成する内部監査を行い、法人内の他事業所の取組みと比較検討して、サービスの質の向上に取り組む体制となっていました。
<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"> ・ 各規程にその根拠法は明記されていましたが、関係法令を明文化し、調べられる体制について不十分な点がありました。 <p>利用者・家族の希望尊重</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者の意向やニーズに合わせたサービスの提供に努め、家族の意向も電話や文書等で確認するなど工夫されていましたが、サービス担当者会議に本人や家族が参加されていませんでした。 <p>利用者満足度の向上の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 昨年度は利用者に対する満足度調査を実施されていましたが、今年度は実施さ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">・ 関係法令を明記した文書の作成、及び各部署において関係法令を把握できるよう、法令集の配備あるいはパソコンでそれらが把握できる仕組みを構築されてはいかがでしょうか。 <p>利用者・家族の希望尊重</p> <ul style="list-style-type: none">・ サービス担当者会議に利用者や家族が参加されることで、利用者・家族の意向がより尊重され、目標に理解や協力が得られることで自立支援や生活の質の維持・向上にも繋がっていくのではないのでしょうか。 <p>利用者満足度の向上の取組</p> <ul style="list-style-type: none">・ 毎年度継続して満足度調査を実施されることで、さらなるサービス向上に繋がると思われます。また、調査結果と改善計画について公表されることで、利用者・家族の理解も深まると思われます。
------------------	---

※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	2670500020
事業所名	特別養護老人ホーム吉祥ホーム
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
訪問調査実施日	平成24年11月15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)		<ul style="list-style-type: none"> ・年2回の全体会議を通じて職員へ、年1回の家族懇談会を通じて理念の周知を図っておられました。 ・会議一覧表を備え、経営会議・部署会議・フロア会議等を通じて意思決定する仕組みが明確でした。 			
(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	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業計画は策定されていましたが、中・長期計画が策定されていませんでした。 ・課題が設定され、業務改善委員会で4半期ごとに見直しされていました。 			
(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	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・遵守すべき法令の把握・調べられる体制・周知が不十分でした。 ・運営管理者の役割・責任について就業規則に明記され、年2回の職員面談を通じて把握する仕組みがありました。 ・組織図、緊急連絡網を整備され、管理者が事業の運営状況を把握する体制になっていました。 			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 採用時の適性検査(SCOAプロフィール)を実施され、適正な人事体制を構築されていました。 スーパーバイズ体制(エルダー制度)でOJTを通じて職員の研修を行なう体制がありました。 実習受け入れマニュアルを整備され、実習指導者研修も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。	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	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 育児・介護休業規程が改正に合わせて整備され、実施されていました。 休憩室を整備され、ストレスを解消できる労働環境でした。 		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 季刊誌(Re:17)を発行され、地域への情報公開が行なわれていました。 介護予防教室や地域での介護相談など開催され、地域に専門的な技術や情報を提供しておられました。 		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ホームページやパンフレット等で情報提供に取り組んでおられました。 見学は随時対応され、問い合わせや見学内容を記録されていました。 		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 利用契約時には内容や料金が解りやすいように大文字で作成された重要事項説明書を基に説明を行い、本人・代理人から同意を得ておられました。また成年後見制度の利用実績もありました。 		

(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	B
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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>・6ヵ月毎にアセスメントを実施し、3ヵ月毎のモニタリングと介護職員を含めた多職種の担当者会議で検討しケアプランの見直しをされていました。</p> <p>・利用者の意向やニーズに合わせたサービス提供に努め、家族の意向は、文書と電話による聞き取りを行いケアプランにも反映されていましたが、担当者会議への本人または家族の参加はありませんでした。</p>		
(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)		<p>・内科、精神科、歯科の嘱託医の往診時、看護師やスタッフが情報や意見交換を行っておられました。また協力病院への入退院時の連携も図られていました。</p>		
(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。	C	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>・各種マニュアルが整備され、特にケアマニュアルは現場職員が作成し実用的なものでした。年1回見直しをされていましたが、見直しの基準は明記されていませんでした。</p> <p>・利用者の心身の状況は、パソコンソフト、送りノート、介護日誌を活用して職員間で共有し、利用者のカルテやケース記録に適切に記録・管理されていました。</p> <p>・家族との情報交換は、文書や電話でのやり取りと、敬老会等の行事参加を通じて行なっておられました。ケアプランと3ヵ月毎に行われるモニタリング結果には、家族の同意を得ておられました。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>・感染症予防対策委員会を定期的に開催し、マニュアルの整備や二次感染予防に努めておられました。</p> <p>・脱臭装置が設置され、委託会社による清掃と消毒等により、臭気はなく衛生管理に努めておられました。事業所と委託業者との確認について清掃日誌では不明確でした。</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。	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
(評価機関コメント)		<p>・事故・緊急時の対応は、マニュアルの整備、職員への研修が行われていました。また消防計画により年2回の避難訓練、年1回の自主防災訓練、地域の火の用心巡回活動に参加するなど地域との連携も意識した取り組みをされていました。</p> <p>・事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成し、それらの事例から月1回開催される介護事故防止対策委員会にて再発防止のための評価、見直しをされていました。</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。	A	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束禁止や権利擁護に関する委員会を毎月開催され、利用者の人権や尊厳についての内部研修が行われていました。 ・居室内はカーテンで仕切りがされ、排泄介助や医療処置の際にはカーテンを閉めるなど、プライバシーに配慮したマニュアルが整備されていました。 ・サービス利用者等の決定は、入所判定基準に基づき、公平公正に入所判定委員会で行われていました。 		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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。	A	A
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・意見箱を各階に配置しておられました。 ・苦情解決委員会を毎月開催され、寄せられた意見・要望への対応結果を、事業所内に掲示されていました。 ・第三者相談窓口や苦情連絡先について重要事項説明書に記載され、事業所内にも掲示されていましたが、市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れ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	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。	A	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	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・昨年度は満足度調査の結果を公表されていますが、今年度は実施予定がありませんでした。 ・排泄・入浴・給食等の委員会を毎月開催され、サービスの質の向上に取り組んでおられました。 ・毎年1回、法人内の各部署から担当者が集まり、相互評価に取り組んでおられました。また、第三者評価を毎年受診しておられました。 		