

アドバイス・レポート

平成27年10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27年8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東旺苑につきましては、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>Iー（通番6）管理者等によるリーダーシップの発揮 施設長が年1回全職員対象に面接を実施されています。面接でのヒアリング項目の中には運営管理者に対する要望、意見が含まれており、それに基づいて管理者自らの評価をされています。また面接項目には職員の健康や家族状況が含まれ、働きやすい環境作りに取り組まれています。ヒアリングからも施設長と他職員との良好な関係が構築され、職員の意見が運営に反映されている様子がうかがえました。</p> <p>IIIー（通番24）職員間の情報共有 月1回全職員（非常勤職員含む）で会議を開催し、職員間で情報を共有されています。それを基に全職員が同じケアを提供する体制が整えられています。</p> <p>IVー（通番34）意見・要望・苦情の受付 利用者の担当職員が、利用者とその家族から広く意見、要望を聞き取られています。また、年1回、職員の対応についてや利用者の意向は反映されているかなどアンケート調査を実施され、その内容に基づき、サービス改善に施設職員全体が積極的に取り組まれました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>IIIー（通番23）サービス提供に係る記録と情報の保護 利用者の状態やサービス提供の結果を3カ月に一度は見直しを行いサービス実施計画に基づくケアが実施されており、同意書の署名押印も確認出来ました。個人ファイルが現在紙ベースでの記録が主なので、直ぐに記録できる状態で置かれている様ですが、廊下から見える状態で置かれていました。</p> <p>IVー（通番32）プライバシー等の保護 廊下にあるトイレには、カーテンが設置されていますが、利用者のプライバシーが十分に保護された環境ではありませんでした。また、第三者の目に触れる場所に利用者の氏名等の情報が記載された排泄表などが置かれていました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>IIIー（通番23）サービス提供に係る記録と情報の保護 個人情報保護に関するマニュアルを基に管理体制を徹底され、個人ファイルを人目につかない、施錠できる書庫で保管されてはいかがでしょうか。</p> <p>IVー（通番32）プライバシー等の保護 利用者の方がプライバシーに十分配慮された環境で排泄が行えるよう、カーテン、その他の設備のあり方を見直されてはいかがでしょうか。また、排泄表などの個人の情報が記載された書類に関する取り扱い方法について、プライバシーの保護の観点からのサービス改善の取り組みを実施されてはいかがでしょうか。</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	2674100132
事業所名	特別養護老人ホーム東旺苑
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)	なし
訪問調査実施日	平成27年9月25日
評価機関名	NPO法人カロア

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)		法人理事が月1回訪れ、研修会を通じて理念や運営方針について周知されていました。「やりがいと生きがいのある職場環境の実現」を方針に掲げ、ボトムアップ、そして職員が元気になるように日々取り組まれていました。			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		ユニット会議、運営会議、法人管理者会議が月1回開催され、事業計画の策定は組織的に行い、職員の意向が反映されていました。また、法律改正に伴う整備、顧客満足度調査を行い、サービスの質の向上に取り組まれていました。			
(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。	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)		施設長が年1回全職員の面接を行い、運営管理者に対する要望、意見を汲み取り、事業運営に役立てておられました。法令遵守に取り組まれていますが、事業を実施するうえで把握すべき法令についてリスト化するなど明確にさ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
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	B
		(評価機関コメント)	有資格者の採用を優先されていますが、無資格者には採用後資格取得の費用負担を行い、支援されています。また年間研修計画を策定し、研修が実施されています。現在実習生受け入れはなく、実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。			
(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、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)	年1回施設長面接が行われ、働きやすい環境作りに取り組まれています。また年10日の特別休暇が付与されています。メンタルヘルス維持のためのカウンセラーなどの専門職による相談体制、負担軽減のための介護機器の活用はありませんでした。			
(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。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)	ボランティアの援助を得ながら地域行事に参加されています。介護サービス情報の公表制度による情報開示はありませんでした。同法人事業所が地域住民向けの研修会を開催されていますが、当該事業所では現在地域貢献の取り組みはありませんでした。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)	契約時に相談員より丁寧に説明し、見学者等も随時対応されている事が、ヒアリングより確認できました。パンフレット、料金表等玄関に設置されていましたが、誰もが、手を伸ばせば見る事の出来る位置に置く方が良いと思われます。			
(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)	入所時に相談員より、家族に重要事項説明書のサービス内容、料金の説明がなされ、同意書には、家族等の署名捺印を確認できました。			

(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)		3か月毎にモニタリングを元にサービス担当国会議が多職種の出席にて開催されており、また、不参加の家族には、希望、意見を聞く仕組みがあり、個別援助計画の見直しが行われていました。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		近隣の医療機関との連携が図られており、受け入れ先との調整が出来る仕組みがあり、利用者の支援体制が築かれていました。		
(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	A
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)		業務マニュアル、手順等の確認は出来ました。連絡ノート等を活用し職員間の共有体制も確認出来ました。個人ファイル等の施錠できる場所での保管が必要かと思われま		
		す。		
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)		感染症の対策及び予防に関するマニュアルや啓発ポスター等の確認が出来ました。施設内委員会も設置されており、必要時に会議を開催していました。感染対応グッズを、必要時に直ぐに使えるよう整理整頓、職員間への周知が必要かと思われま		
		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。	B	B
(評価機関コメント)		事故や緊急時における対応マニュアルが確認できました。災害時の施設内研修や訓練での報告書は確認できましたが、出席者名簿は確認できませんでした。災害発生時の地域との連携マニュアルの作成を検討された方が良いと思われま		
		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	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	B
		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)		身体拘束禁止、高齢者虐待防止についての研修、委員会が実施されていました。プライバシーに配慮したサービスについてのマニュアルが整備され、研修が行われていました。入所選考規定に基づき入所検討委員会が公平、公正に実施されていました。		
(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。	A	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)		利用者の担当職員による聞き取りや利用者満足度調査を実施するなどし、利用者の意向の把握に努めておられました。苦情についての検討、改善が行われていましたが、改善状況の公開、介護相談員等の受け入れは実施されていませんでした。		
(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。	C	B
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		年1回、入居者満足度調査を実施され、運営会議等で分析、検討が行われていました。職員全体でサービスの質の向上に向け、積極的に取り組まれていました。第三者評価の受診については、前回から3年以上経過していました。		