

アドバイス・レポート

平成25年8月25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4月18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向陽苑）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

特に良かった点とその理由(※)	<p>1 サービスの質の改善への取り組み 第三者評価を3年に1度受診され、介護サービス提供の現状を第三者といっしょに振り返っておられます。サービスの質の向上を目的に、改善に取り組む意欲の表れと評価いたします。今回、気づきの箇所が増えてきていますが、改善課題の明確化に繋がっていると思われます。</p> <p>2、利用者やその家族等との情報交換及び意向の吸い上げ 平素は家族等の意向を把握することが困難な状況ですが、年に一度の敬老の日の祝賀会には家族全員が参加されています。会食で懇親を深める中、家族等の意向を聴き取っておられます。又、ホームページの活用(メール)や投書箱の設置等で家族等の意向の収集に努めておられます。また、月一回、ケアマネジャーが利用者と個人面談し、結果を職員の接遇改善に繋げています。</p> <p>3、労働環境への配慮 職員の専用休憩室は休憩時間に職員がゆっくりと寛げる環境となっています。有給休暇の消化や時間外勤務ゼロに向けた取り組みが行われています。大変働きやすい職場であることが、複数の職員からの聞き取りで確認できました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1、各種の記録について 全般にわたって記録が不整備でした。日ごろ提供されている支援の実際や内容の確認が曖昧となり、第三者等から理解を得ることが難しいと考えます。</p> <p>2、業務レベルの課題の明確化と進捗状況の点検・見直しについて 看護・介護・リハビリ・栄養等の専門部門において、それぞれの業務レベルに於ける課題を明確に為されていませんでした。</p> <p>3、継続的な職員研修の計画的実施 新人研修は系統立てて行われていましたが、中間職員の研修が実施されていませんでした。全職員が段階的に必要な知識や技術を身につけることが出来る仕組みがありませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1、各種の記録について 全般にわたって記録が不整備な為、日ごろ提供されている支援の実際や内容の確認が曖昧となり、第三者から理解を得ることも難しいと考えます。職員間の情報の共有化を図る為、サービス内容を定期的に見直し改善への足がかりとする為、家族・第三者等からの理解を得る為等々、記録の役割・大切さを再考・再認識されることを望みます。</p> <p>2、業務レベルの課題の明確化と進捗状況の点検・見直しについて 看護・介護・リハビリ・栄養等の専門部門が、それぞれの役割に応じた業務課題を経営理念に基づく事業計画、職員の行動規範である「苑訓」や「職員の心得」職務倫理規定、遵守すべき法令等に照らしあわせ設定することが望まれます。そうすれば、取り組んでいる課題の進捗状況の点検や見直しも正確に行えると思います。また、業務の専門性と内容の充実が図られると思います。</p> <p>3、継続的な職員研修の計画的実施 中間職の教育の充実は業務課題の設定や記録の充実につながり、新任職員のフォローアップ、スーパービジョン、QJTの確立等に確実に繋がると考えます。年間職員計画の策定を望みます。</p> <p>4、地域への還元 包括支援センターや地域密着型サービス事業の開設を機会に、施設が持つ専門性を地域に提供されることを期待いたします。さまざまな専門職の知識や技術が、地域の多くのニーズに応えることができ、地域福祉に貢献できると思います。</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)

※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	2673100018
事業所名	社会福祉法人向陽福祉 特別養護老人ホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設「向陽苑」
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	2013年 7月24日
評価機関名	非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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。	B	B
	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。	B	B
	(評価機関コメント)			1、「公共的使命の自覚を持って、利用者本位のサービスに努める」を経営理念に掲げ、職員の行動指針として「苑訓」「職員心得」を作成しています。これらを施設に掲示することで利用者・家族、職員、来館者等に周知しています。広く地域からも理解を得るには、ホームページや広報誌「向陽苑ニュース」にも掲載されることが望まれます。 2、組織図や各種委員会図を基に職務職権を明確にし、組織の意思決定方法を明確にしています。定例の各種会議の議事録が不整備でしたが、職員からの聞き取りから、意思決定は適切なプロセスで行われていると判断いたしました。		
	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。	C	C
	(評価機関コメント)			3、単年度事業計画はサービス向上を目標に策定されています。身体拘束廃止・感染症予防・介護事故予防対策・給食改善等々の委員会が目標達成に向けて会合を開いてます。が、議事録が不整備である為、利用者のニーズ等に基づき、職員の総意により、事業運営の現状分析→課題の設定→問題点の明確化の取り組みが曖昧でした。 4、看護・介護・リハビリ・栄養等の各部門の役割に応じた業務課題が明確に設定されていませんでした。従って、課題の進捗状況の点検や見直しも不十分でした。		
(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。	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)	<p>5、管理者等は外部研修等に参加し法令順守を理解し職員に周知しています。尚、介護保険法以外の事業運営に必要な法令が数多くあり、それらをリスト化し職員研修等で周知することが必要と考えます。</p> <p>6、施設長は自らの役割と責任を口頭で表明しています。施設長自らを客観的に評価する方法・しくみがありませんでした。</p> <p>7、施設長は各種会議に参加し、施設の運営状況を把握しています。携帯電話を活用し、適宜指示・指導を行っています。</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

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。	B	B
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	C
(評価機関コメント)		<p>8、職員採用には有資格者や実務経験者を優先し、3ヶ月の試用期間を設けるなどを基準にしています。が、最近では必要な人材を確保することに苦慮されています。介護福祉士等の資格取得に対して、受験料を法人負担する等で支援しています。外部研修には職員を積極的に参加させています。</p> <p>9、新任職員には定めた計画に基づき研修を行っていましたが、中間職員の研修がなく、職員が段階的に必要な知識や技術を身につける為の仕組みや現場のスーパービジョンを行う体制が不備でした。</p> <p>10、看護学生やホームヘルパー要請の実習を受け入れていますが、受け入れマニュアルの作成や実習指導者配置等が行われていませんでした。</p>		

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	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)		<p>11、有給休暇の取得率は高く、残業ゼロを維持しています。労働関係法を遵守し、労働環境に配慮していることが、職員からの聞き取りで窺われました。</p> <p>12、外部の専門家による職員の業務上の悩みやストレスに対するサポート体制はありませんでしたが、上司や仲間同志でサポートしている様です。職員は、各部署に設置された職員専用休憩室でゆっくりと休息できています。バレーボール部や年5日間のリフレッシュ休暇等を設け、腰痛検診を実施し、夜勤を月2日程度にする等、職員の心身の健康維持・増進に努めておられます。ハラスメントに関する規定は定められていませんでした。</p>		

(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、利用者や地域との関わりを大切にしている。	B	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。	C	C
(評価機関コメント)		<p>13、ホームページや年4回発行の機関誌「向陽苑だより」を通して、広く住民に事業所の活動等を紹介し、情報の公表制度の調査確認情報等を施設で公開しています。</p> <p>14、施設は、看護・介護・リハビリ・栄養・社会福祉・ケアマネジャー等の医療・福祉・介護の多様な専門家を有しています。専門職を活かした地域向けの講座を開催するなど、施設が持つ専門的な技術や情報を地域に提供されることを望みます。利用者・家族からの問い合わせには、丁寧に対応されています。利用者アンケートから理解できました。</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
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、利用希望者等に施設の情報を運営規定・重要事項説明書・料金表等で説明しています。施設見学希望者には積極的に対応しています。利用者アンケートの結果から窺えました。			
(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、利用の開始時には、利用者等に施設の内容や料金を分かりやすく説明し、同意を得ています。利用者アンケートの結果から伺えました。 成年後見制度のしくみを説明し、活用を促しています。			
(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	B	
	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	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		17、アセスメント用式には、全社協「包括的支援システム」を活用しています。利用者のニーズや課題をより明確にするには、情報量が少ないように思います。全ケアマネジメントシステムをPC「ほのぼの」で管理しています。職員ひとり一人にパスワードを持たせ、利用者情報の共有化を図っているとのこと。アセスメントは定期的に見直しを行うことを望みます。 18、サービス担当者会議に本人・家族の参加が無いとのこと。個別援助計画には、地域で活用している「療養手帳」から得た情報(本人・家族等の意向)を反映させていました。 19、個別援助計画には、関係者から得た情報を反映させているとのことですが、記録が不整備でした。また、担当者会議に出席した看護師が医師の意向を聴取しているとのことですが、記録が不整備でした。 20、介護記録の内容が援助計画に即したものがどうかを、定期及び必要に応じて見直しを行っているとのことですが、見直しの時期・手順等を定め、定期的にモニタリングを実施していることが記録が不整備である為、確認できませんでした。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		21、かかりつけ医をはじめ、利用者の支援に携わる関係機関と連携を図りながら支援されています。職員ヒヤリングで理解できましたが、病棟カンファレンス、包括支援センター・関係機関等との会合の様子等の記録がありませんでした。			
(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。	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、業務マニュアルや手順書を策定し、マニュアルは年1回見直すことを明記しています。身体拘束廃止と感染予防は今年2月に更新されていました。見直しに顧客満足度調査結果等を反映させることを望みます。 23、利用者一人ひとりの状況やサービス提供状況は、Pc“ほのぼの”に記録整備されています。個人情報保護に基づく記録の管理規定は作成されていませんでした。また、個人情報は保護と開示の両面から理解する必要があり、職員教育の実施が望まれます。 24、リーダー会議（1ヶ月に一回）と職員会議（月末一回）を定期的に開催し、職員間で利用者の情報を共有しています。記録から確認できました。 25、恒例の敬老の日のイベントに家族全員が参加されているとのこと。イベントメニューには、米寿祝式典・会食・アトラクション・懇談会等があり、家族等と親睦を交わす中で、情報のやりとりができる唯一の機会となっている様です。			
(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。	B	B
(評価機関コメント)		26、感染症対策・予防に関するマニュアルは新しい情報を基に更新しています。感染症を持つ利用者に対する個別のマニュアル作成や研修を行う等はしていません。感染症予防の取り組みを強化した結果、インフルエンザやノロウイルスの感染者を発生させていません。 27、施設内の整理・整頓及び衛生管理は意識的に行われていました。尿臭等の不快な臭いもありません。清掃業者による館内清掃チェック表等が作成されていませんでした。		
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。	B	B
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
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。	C	C
(評価機関コメント)		28、事故や緊急時における対応マニュアルを作成しています。しかし、マニュアルに基づく職員研修や実践的な訓練が実施されていませんでした。 29、最近、洪水を想定した避難訓練を実施されました。職員に事故報告書やヒヤリハット事例報告を義務つけていますが、事故報告書がヒヤリハットの報告書より多く、事故の発生に関する職員意識の弱さが伺えるとのコメントがありました。事故報告書には、内容と対応までの記録はありますが、予防対策に関する記載がありませんでした。 30、施設は災害時の地域福祉避難所に指定されました。現在、運用に向けた取り組みに着手されたところ です。		

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。	B	B
	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	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。	B	A
	(評価機関コメント)			31、利用者の人権や意思の尊重を経営理念に掲げ、サービス提供の基本原則に据えています。日常的に人権や意思尊重の観点から業務を振り返る仕組みがありませんでした。 32、トイレやおむつ交換時にプライバシー保護に努めておられる様子ですが、プライバシー保護に関する職員研修は行っていません。施設環境の一部に改善への取り組みを望みます。 33、他職種のメンバーで構成する入所判定会議で、利用者の決定は公平・公正に行っています。在宅酸素や気管切開、IVH等の医療依存度の高いケースは、夜間の看護師配置がない為、責任上からお断りしていますとのことでした。		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>34、「苦情受付書」を活用し、利用者や家族から希望を引き出せる様に工夫されています。意見・要望を2つの投書箱とホームページ(メール)で受け付け対応されています。接遇に関する苦情には、ビデオで接遇マナーの学習を行い、改善に努めています。月一回利用者懇談を行い、ケアマネジャーが個別に利用者の意向や満足の様子を伺っています。</p> <p>35、把握した意見や苦情は迅速に管理者に報告され、サービス改善に役立っていますが、受付から対応、改善に至った状況等を公開(匿名等配慮)するまでには至っていません。</p> <p>36、第三者を相談窓口置き、公的機関等とともに重要事項説明書などに連絡方法を明記しています。利用者の本音を聴き取る方法に介護相談員派遣事業を活用しています。</p>		

(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	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。	B	B
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)		<p>37、年一回、利用者満足度調査を実施し、結果をサービスの質の向上に役立っています。が、結果を分析・検討する部署(チーム)は特設していません。また、分析・検討結果に基づいて、調査の前後を比較し、改善内容を明文化するまでには至っていません。</p> <p>38、月一回、リーダー会議や職員会議で質の向上について話し合っています。また、長岡京市や大山崎町の特養の相談員等が集まる会合で、事業所間で情報交換と共有化を図っています。</p> <p>39、第三者評価を3年に一回受診しています。今年は3回目です。自己評価を年1回定期的に行うことを望みます。サービス提供状況の向上に第三者の声を役立てる取り組みが、今後一層、望まれます。</p>		