

アドバイス・レポート

平成 25 年 12 月 26 日

平成 25 年 8 月 1 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山城ぬくもりの里 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>(通番2) 組織体制 全体会議・班長会議・ユニット会議などの会議が開催され、案件別の意思決定方法が明確に定められていました。ケア向上・生活向上・食事サービス・事故対策・ターミナルケア・感染褥瘡などの各種委員会が開催され、職員の意見が反映されてきました。</p> <p>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施 毎年、内部研修計画書を作成し、パート・新人・中堅・リーダー・管理者などの階層別研修や、2ヶ月に1度の法人全体研修が実施されてきました。また、施設内研究発表会の開催や、外部の全国大会での研究発表参加など、職員のレベルアップに力を注いでおられました。</p> <p>(通番14) 地域への貢献 山城町の介護予防事業を委託され、要支援・要介護認定を受けていない元気な高齢者を対象にした講座が、施設内の地域交流ホールで開催されてきました。小学校での講演会開催やバリアフリー体験に講師を派遣していました。</p> <p>(通番33) 利用者の決定方法 入所指針が決められており、入所判定委員会が3か月に1回開催されてきました。入所判定委員会の委員には、施設職員だけではなく、木津川市の職員や市内のケアマネジャー、地域包括支援センター職員などで構成され、申込み者にとって公平中立な判定が実施されてきました。</p>
<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) 各種会議や各種委員会で課題を明確にし、その課題を反映した単年度の事業計画書が作成・総括されてきました。しかし、中・長期計画は作成されていませんでした。</p> <p>(通番35 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善) 利用者向けと家族向けの満足度調査を毎年実施して、その結果を職員間で共有していました。しかし、意見や要望などの内容及びその改善状況を公開することはされていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

特別養護老人ホーム山城ぬくもりの里は、山城町にも老人ホームが必要であるという町民の願いのもとに、JR上狛駅から見える場所に平成13年4月に誕生しました。「山城町民から預かっている施設」「山城町民が町で幸せに暮らし続けるお手伝いをする施設」との思いで運営をされています。特別養護老人ホーム50名と、ショートステイ20名の多床室中心の従来型の施設ですが、平成15年からは、個別ケアを充実させることを目的にユニットケアを導入され、「その方の幸せを大事にする」「望む暮らしを支える」という信念の下、一人ひとりを大切にケアを実践されています。また、法人全体で職員教育や労働環境整備にも取り組まれており、「きょうと福祉人材育成認証」や「京の子育て応援企業認証」を取得されています。入居者のためには、絵手紙・書道・生け花・陶芸・短歌や俳句など様々なサークル活動の開催、週3回の喫茶・週1回の売店・毎月1回の居酒屋の開店など、利用者にとって楽しみな活動を実施されていました。施設内の壁には作業療法やサークル活動での作品と共に法人理念や介護理念が掲示されていました。また、法人の母体である京都南病院からの往診医療協力のもと、毎年、施設で最後を迎えたいという方々のターミナルケアを実践されていました。これらの取り組みや活動は大変すばらしいと感じました。

しかし、従来型の施設をユニット化されていることから、利用者のリビングスペースの配置や介護職員の個別対応という点には課題が感じられました。今後も職員間で意見交換・試行錯誤しながら、利用者にとってのより良い環境整備や介護サービスの提供を追及して頂きたいと思います。

具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ ここ数年新規事業も展開されていることから、法人の中長期計画を作成し、計画に基づく人材育成、事業展開をされては如何でしょうか。法人や施設の課題や木津川市の介護保険事業計画も参考にしながら中長期計画を作成することで、より良い発展につながると考えます。
- ・ 現場責任者は年2回の自主点検の実施はされていましたが、把握すべき法令のリスト化は不十分でした。経営者や管理者が関係法令を常に確認し、職員に法令を教授できる体制を構築することが職員のレベルアップにもつながると考えます。
- ・ 避難訓練は実施され、地域住民の福祉避難所の指定は受けていましたが、地震・水害などの災害発生時に地域との連携を意識した災害時対応マニュアルが整備されていませんでした。災害時にどのように地域住民を受け入れるかなども検討しながら、マニュアル作成をされては如何でしょうか。
- ・ 満足度調査や日々の聞き取りの中で吸い上げた意見・要望・苦情の内容とその改善状況を、施設内の壁に掲示したり広報誌に掲載されることをお勧めします。それにより、施設の真摯な姿勢が伝わり、利用者の本音をより引き出せると考えます。

※ 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	2671400196
事業所名	特別養護老人ホーム 山城ぬくもりの里
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)	訪問介護、通所介護、 短期入所生活介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年11月20日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)		1)法人理念や介護理念が施設内の壁に掲示されている。全職員に対しては全体会議にて、家族に対しては家族会にて、今年度の目標や取り組み内容を毎年周知している。 2)組織図があり、各職務の役割や権限が明確に定められている。理事会、全体会議・班長会議・ユニット会議などの会議が開催され、職責に応じた案件別の意思決定方法が明確に定められている。施設全体や部署ごとに、ケア向上・生活向上・食事サービス・ターミナルケアなどの各種委員会が開催され、職員の意見が反映されている。			
(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。	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)		3)各種会議で課題を明確にし、その課題を反映した単年度の事業計画書が作成・総括されている。中・長期計画は作成されていなかった。 4)各種委員会や各ユニットの課題が反映された事業計画について、中間期(10月)と年度末にユニット会議などで振り返り、課題の達成に取り組んでいる。			
(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)		5)現場責任者は、外部研修に参加したり、年2回自主点検を行って法令遵守に努めている。把握すべき関係法令をリスト化するなどは出来ていなかった。 6)現場責任者は各種会議や各種委員会に出席している。組織として年2回の人事考課及び面談を実施し、職員と意見交換している。 7)管理者や現場責任者は、事務所内に常駐し、現場職員からの報告を聞いたり指示できる体制にある。ケア日誌や状態報告書、事故報告書などで把握し、必要な指示を行っている。			

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)		8) 有資格者や実務経験者を優先的に採用している。資格取得時に報奨金を支給している。人事考課制度を導入し、人事管理に関する方針が確立している。 9) 毎年、内部研修計画書を作成し、パート・新人・中堅・リーダー・管理者などの階層別研修や、2ヶ月に1度の法人全体研修を実施している。施設内研究発表会の開催や、外部の全国大会での研究発表参加などの取組みを行っている。 10) 社会福祉士や介護福祉士養成校などから実習生を受け入れている。実習生受入れのマニュアルが整備され、実習指導者に対する研修を受講させている。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		11) 就業規則には育児休業や介護休業法に定められた内容が明記され、実際に育児休暇取得の事例がある。職員の負担軽減のため、機械浴や移動用のリフターなどの福祉機器を設置している。 12) 職員に対しての意見箱を設置している。組織として、産業医や共済会の外部カウンセラーによる相談体制を整備している。年2回の親睦会や2年に1回の職員旅行などを実施している。		
(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。	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)		13) 事業の運営理念や情報をホームページ、パンフレットに明記し、地域に広く開示している。スカイフェスティバルや夏祭りなど、地域行事に参加している。 14) 山城町の介護予防事業を委託され、要支援・要介護認定を受けていない元気な高齢者を対象にした講座を、施設内の地域交流ホールで開催している。市内の小学校での講演会開催やバリアフリー体験に講師を派遣している。		

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)ホームページやパンフレット・広報誌などで情報提供している。見学者や問い合わせには、個別の状況に応じて対応している。			
(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)重要事項説明書にサービス内容や料金を明示している。成年後見制度を利用している利用者との契約事例がある。			
(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)		17)ADL・IADL・認知症などに分類した所定の様式を用いて、適切にアセスメントを実施している。介護度に変更になった時など、適切にアセスメントを見直している。 18)アセスメントの中で「わたしの思い」を聞き取っている。サービス計画書の中に、利用者・家族の意向が記載され、同意を得ている。 19)主治医や作業療法士、管理栄養士などの専門家からの意見を収集し、援助計画に反映している。 20)毎月の行動実施表で各利用者の援助実施状況を確認し、評価している。基本的に一人ひとりの利用者のカンファレンスを6か月に1回開催し、個別援助計画を見直している。			
(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)		21)施設内に医師や作業療法士、管理栄養士などの専門家があり、常に意見交換できる体制にある。入院者に対しては、病院の地域連携室と調整している。			
(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。	A	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。	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)		22)業務マニュアルが作成され、ケア向上や事故対策・身体拘束・感染褥瘡などの各委員会等で年1回の見直しが実施されている。介護中の事故後に移乗方法を見直した事例を確認した。 23)個人ごとに生活記録され、一月ごとに行動実施表でサービスの実施状況を確認・評価している。記録の保管・保存・廃棄などに関する規程が定められている。 24)申し送りノートや、看護師が毎日記載する状況報告書などで、利用者の状況変化等の情報を共有している。ユニット会議やカンファレンスを毎月実施している。 25)担当職員が毎月利用者の1か月の様子を記載した文書を家族に送付している。6か月に1度のカンファレンス前に、家族の意向を再確認している。			

(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	A
(評価機関コメント)		26) 感染症に関するマニュアルを作成し、職員に周知している。感染対策についての指針を作成し、施設全体で2か月に1回感染対策委員会を開催している。 27) 事業所内は整理・整頓され、衛生的に保たれている。施設の清掃も定期的に行われ、トイレや浴室内も清潔に保たれていた。		
(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
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	B
(評価機関コメント)		28) 事故・緊急対応のマニュアルが作成され、職員に周知されている。事故対策委員会による年1回の全体研修を実施している。事故対策委員会による施設内の環境パトロールを定期的 に実施している。 29) 軽微な事故でも事故報告書に記録している。事故対策委員会を毎月開催して事故の原因 や解決策を話し合っている。 30) 避難訓練を年2回実施し、夜間想定 の訓練も実施している。木津川市から地域住民の福祉避難所としての指定を受けている。地震・水害などの災害発生時に地域との連携を意識したマニュアルは整備されていない。		

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)		<p>31) 身体拘束ゼロ推進委員会で拘束や虐待防止について検討している。身体拘束だけではなく、言葉による拘束にも注意を払っており、気になる言葉遣いがあった場合は管理者自ら注意している。</p> <p>32) プライバシーの保護や羞恥心への配慮について業務マニュアルにも記載され、新人研修時に周知している。</p> <p>33) 入所指針が決められており、入所判定委員会が3か月に1回開催されている。入所判定委員会の委員は、施設職員だけではなく、木津川市の職員や市内のケアマネジャー、地域包括支援センター職員などで構成されている。</p>			
(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)		<p>34) 毎年家族会を開催している。利用者担当の職員を配置し、利用者や家族からの意見を個別に聴取している。利用者・家族からの意見をユニット会議などで共有し、日々の介護に反映させている。</p> <p>35) 利用者向けと家族向けの満足度調査を毎年実施して、その結果を職員間で共有している。意見や要望などの内容及びその改善状況を公開できていない。</p> <p>36) 公的機関相談窓口を重要事項説明書に明記している。地域の民生委員を第三者委員として設置している。介護相談員などの外部相談員を受入れ、利用者の相談機会の確保を図る取り組みは実施されていない。</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	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)		<p>37) 利用者・家族への満足度調査を毎年実施している。満足度調査実施後にサービス内容が改善されたかを確認する仕組みはなかった。</p> <p>38) ケア向上委員会を毎月開催して、サービスの質の向上について話し合っている。スタッフ向けのケアチェックシートを作成して、自分の仕事ぶりについて自己評価を促している。リーダー会議にて他事業所の取組みを情報収集し、共有している。</p> <p>39) 自分たちの介護サービス内容についての自己評価シートを作成し、各自に自己評価させている。その評価を会議などで話し合い、課題を次年度の事業計画に反映させている。</p>			