

アドバイス・レポート

平成 24 年 4 月 10 日

平成 23 年 11 月 11 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 有智の郷 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>平成 16 年 11 月に社会福祉法人秀考会 特別養護老人ホーム有智の郷として、京都府八幡市に開設され、施設介護のみを目的とするのではなく、地域社会との交流や高齢者の日常生活を支援する為に「温もりと信頼のコミュニティ」として位置づけた総合老人福祉施設です。現在、同法人の中にある「ひまわり園」と協働して京都府南部の総合老人福祉施設の中核として活動されています。</p> <p>基本理念として、“照千一隅”（一隅を照らす）～輝きをもち必要とされる人になろう～を掲げておられます。</p> <p>(1) 理念の周知と実践 全職員は、基本理念が記載された「理念カード」を名札の裏に入れ、更に、個人の年間目標を記載したカードも入れて、常に理念に沿った介護サービスが提供出来る様に努めておられます。 理事長・施設長からも、基本理念・運営方針等について、職員に明確に表明されています。</p> <p>(2) 人材の確保・育成 ① 質の高い人材の確保 職員の採用時には、有資格者か否かというより介護に対する熱意・向上心を重視した人物本位の採用を基本方針として採用を決めておられます。入職後、個人の能力に応じた研修（内部研修・外部研修）に参加する機会を与え、介護技術力のアップ・資格取得への協力をされて人材育成に力を入れておられます。</p> <p>② 継続的な研修・OJTの実施 3年前から、一職員の発案で「ええとこ発見カード」方式を実行しておられます。各職員が業務中に、他の職員が「良いことを」行った事をカードに記載して一月に一度公表しています。お互いに「ミス」を挙げるのではなく、「良かったこと」を気づき褒める事が職員のモチベーションを上げることに役立っている様です。勉強会や研修も大切ですが、日頃の業務の中で<u>何気ない行為に気づき、共有していく事が利用者にとって大変有難い</u>と思います。</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|---|---|
| | <p>(3) 質の向上に係る取り組み 利用者の満足度調査など体制的に今後検討努力をお願いしたい所ですが、今回第三者評価を受診されるに当たり、評価項目チェックシートによる自己評価をされ、大変シビアに謙虚に評価されていました。施設長・職員からのヒアリングで、まだまだ「<u>介護の質を上げていこう</u>」という向上心を感じとりました。今に満足するのではなく、常に一步上を目指しておられる姿勢に敬意を表します。</p> |
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(1) 事故の再発防止など 事故発生時には、事故報告書の作成や事故検討委員会において事故分析は行っておられますが、ヒアリハットを含めた事故内容等の分析を定期的実施されて事故防止対策に活用されたら如何でしょう。</p> <p>(2) 意見・要望・苦情の対応 ユニットケアで担当職員が決まっています、利用者や家族はなじみの職員とのコミュニケーションはとれていると思いますが、「施設に世話になっている」という思いから、なかなか本音が出ないものです。ちょっとした言葉や表情から本音を引き出せる様に努めて頂き、その内容（個人のプライバシーを考慮の上）を公開されたら如何でしょうか。</p> |
| <p>具体的なアドバイ ス</p> | <p>(1) 事故の再発防止など 施設において、転倒・転落など身体的な事故をさける事は残念ながら不可能に近い事と思われます。しかし、出来る限り予防に留意していく必要があります。その為に、ヒアリハットを含め事故の分析を定期的（6か月程度）にされる事をお勧めします。 事故内容・発生時間帯・原因・改善方法・改善した結果など統計をとり分析し、記録する事によって事故が見えてくると思います。そこから予防策がとれマニュアルの見直しにも繋げられるのではないのでしょうか。</p> <p>(2) 意見・要望・苦情の対応 利用者や家族にとって、施設（職員）が自分達の思いをどの様にとっているか？大変気になるものだと思います。そこで、利用者本人や家族の意向をしっかりと受け止め、その内容を分析して、どの様な意見や要望が多いのか？どの様な苦情があるのか？を まとめて定期的（6か月程度）に公表されて改善につなげていかれたら、利用者・家族共に施設への信頼が一層増すことでしょう。公表方法としては、機関誌や施設内の掲示板を利用されるのも良いと思われます。</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 | 2672900327 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム 有智の郷 |
| 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 通所介護 居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 平成24年3月6日 |
| 評価機関名 | 京都ボランティア協会 |

| 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 職員一人ひとりが名札カードの裏に理念カードを入れ、いつも見られるようにしている。また、その中に個人の年間目標を記載するようになっており、理念に沿ったサービスの提供が行える様に努めている。 2 運営システムはきちんと明確化され各部署からの声も反映されている。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 3・4 単年度の事業計画は策定出来ているが、中・長期の事業計画は策定出来ていない。事業計画策定には各部署からの課題や問題点を挙げ、目標設定に組み込み、課題などの達成に努めている。しかし、課題達成の状況を定期的に見直しが出来ていない。改善される事を期待する。 | | | |
| (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。 | A | A | |
| | 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 施設長は、集団指導・ワムネットなどで情報収集し、勉強会で職員に周知徹底している。 6 理事長・施設長は法人の運営方針を明確にし、職員にしっかり表明できている。 7 施設長は常に携帯電話などで現場と連絡が取れる体制になっており、速やかに適切な指示が出せる様になっている。 | | | |

| 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。 | 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。 | 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) | 8 職員の採用時には、有資格者というより如何に業務に意欲を持っているか等人物本位で決定する事を基本方針として確立している。有資格者を優先的に採用していない。9 府老協ネット・ワムネット等から情報収集し必要な研修に施設負担で職員を参加させている。職員間では、3年前から「ええとこ発見カード」方式で「気づき」を互いに出し合いケアのサービス向上に役立っている。10 組織として実習受け入れに関わる基本方針が確立されていなかった。マニュアルは策定され、実習指導者研修には参加している。 | | | | |
| (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。 | B | B | |
| | | (評価機関コメント) | 11 職員に対する労働環境はしっかり整えられている。有給・産休なども総務で実態を把握し確認体制をとっている。介護補助具も用意されていた。12 カウンセラー等の配置はなく、施設長が常時職員の様子をみて、場合によってはヒアリングを行っているが、ほとんど職員間で話し合っ解決できている。職員の休憩室は完備されている。 | | | | |
| (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、利用者と地域との関わりを大切にしている。 | A | 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。 | A | B | |
| | | (評価機関コメント) | 13 ホームページや機関誌などを媒体として広く地域に貢献している。社会資源などの情報の公開も掲示板を利用して行っており、地域の行事にも積極的に参加している。14 認知症研修や介護技術講習等の講師を地域に出している。また、地域への貢献として「車椅子の洗浄機」を法人で購入した。 | | | | |

| 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) | 15 パンフレットには提供サービスのイメージがつかみやすい説明が書かれており、ホームページも提供している。また、掲示物は文字を大きく引き伸ばし、見やすいように工夫されている。 | | | | |
| (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 契約時に重要事項説明書にて説明されている。また、必要に応じて成年後見制度の活用をすすめている。 | | | | |

| (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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 17 入所時のアセスメントとセンター方式を一部採用した聞き取り表によって、その人にあったケアプランを作成している。また1か月に一度モニタリング、アセスメントという手続きを行っている。18 カンファレンスにはできるだけ本人に参加してもらい、本人の希望にあった目標を設定している。19 関係医療機関から情報を収集し個別援助計画を作成している。20 1か月に一度モニタリングを行い、必要ならプランの見直しをしている。状況変化のない場合も本人の新たなニーズや目的を幅広くひろいあげ、3か月に一度はプランの見直しをされることをお願いしたい。 | | |
| (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 医師や関係機関とは密に連携がとれている。虐待事例では市役所等と連絡をとり、緊急ショートステイ連絡会議、地域ケア会議にも出席している。 | | |
| (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。 | 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 | B |
| 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 22 各種マニュアルは整備されている。ただ見直しができていないので、1年に一度は見直し、更新日を記入されることを望む。23 記録は個人のバイタルや特変事項を記入するだけでなく、ケアプランにそったサービスが提供されているか、その結果も記入されるともって有意義なものになるのではないのでしょうか。24 申し送りはユニットノート、業務ノートできちんと確認されている。各部署での情報もパソコンにより共有できている。よりよいケアを提供するために、ユニットミーティングやスタッフ会議などでユニットのみならず、他部署とも連絡を取り合っている。25 家族会はないが、行事に家族が参加されるよう声掛けし、話し合いの場に活用している。また状態変化があった場合随時電話で利用者の様子を知らせている。このような取り組みの結果が面会者の多さに表れている。 | | |
| (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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 26 オゾン消臭機を使用され、施設に臭気は感じられなかった。27 生活の場として、物品の整理と使い勝手の良さが両立するようユニットスタッフで考えていかれることを希望する。 | | |

| | | | | |
|------------|--|---|---|---|
| (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。 | 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 |
| (評価機関コメント) | 28 事故・緊急時対応のマニュアルは策定され、夜間想定をした訓練も行われているが、今後地域の消防団等との協力協定書を取り交わされておかれる事を望む。29 事故報告書の作成・事故検討委員会において事故分析は行っているが、ヒアリハットも含めて、事故内容・時間帯・原因等を分析し、改善方法。実施した結果までを記録して行かれる事を望む。 | | | |

| 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) | 30・31 利用者への尊厳として「身体拘束廃止」「プライバシーへの配慮」を、法人全体で取り組み施設内部での勉強会・外部研修会に参加してより質の高いサービスの提供に努めている。32 入所検討委員会で検討し、公平・公正に努めている。 | | | |
| (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 | 公的機関等の窓口にご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) | 33・34 ユニットで担当職員が決まっており、家族の面会時に随時聞き取りをおこなっている。また、給食懇談会を実施して家族の意向を聞き取ろうと努めている。その結果どの様にサービスに反映されているかを公開される事を望みたい。35 家族には、重要事項説明書に記載したり、施設内掲示板に張り出して誰でもいつでも見られる様になっている。 | | | |
| (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 | C |
| 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。 | B | B |
| 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) | 36 給食懇談会や嗜好調査等で利用者・家族の食事に関する希望・意向を聞き取っているが、満足度調査は行っていない。今後アンケートを実施する予定。37 サービス向上委員会・感染対策(委員会等各種の委員会)で検討している。検討された事項は申し送り時を利用して職員全体に伝達されている。しかし、具体的に改善されるには、今の所充分とはいえない。38 自主点検は行っているが、施設独自の自己評価は行われていない。サービス向上委員会を設置されているので、施設独自の評価項目を検討される事を期待する。例えば、第三者評価のチェックシートを利用されるのも一方法ではないでしょうか。平成20年に第三者評価を受診されている。 | | | |