

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 23 年 3 月 25 日

平成 22 年 8 月 16 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 おおみや苑）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>○介護サービスの基本方針と組織 法人の運営基本方針、事業所の運営方針が明示されていると同時に、その運営方針に従い、生活支援部門・介護部門等に重点目標が設定されています。さらに6つのユニットがそれぞれ重点目標を実践するため、職員合意のもとでの「ユニット訓」（ユニット毎の目標）を定めることで、現場の職員が責任をもって利用者本位のサービスを提供する体制、姿勢があります。</p> <p>○組織の運営管理（1）人材の確保・育成 「学んだことを伝達する」、「先に資格をとった職員が後に続く人を育てる」という風土があり、委員会活動や自主的な勉強会などが積極的に行われています。そのことが、現場スタッフのモチベーションの維持・向上に繋がっています。</p> <p>○適切な介護サービスの実施 サービスの質の向上に向けた取り組みの一つとして「思いカード」（利用者の思いを担当職員がまとめたカード）作りがあり、利用者の意見等を積極的に取り入れる姿勢があります。さらには職員を対象に年2回法人理念、勤務、内外接遇、介護等に関する100項目を超える評価チェックシートを実施し、日々の業務の点検と振り返りに活用されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○事業計画等の策定（新規） 事業計画は各ユニット、各事業所で作成されボトムアップで策定されていますが中長期計画がありませんでした。</p> <p>○適切な介護サービスの実施 標準マニュアルは整備され、さらには利用者個別のマニュアルも整備されていますが、随時の見直しとなっています。</p> <p>○利用者満足度向上の取り組み 利用者満足度調査が実施され、その結果をユニットリーダー会議に提案することで、各ユニットでの検討・改善に繋がっているとのことですが、どのように改善されたかを確認する会議録等が見当たりませんでした。今後は実践記録としての会議録の整備をお勧めします。</p>

## 具体的なアドバイス

本事業所は平成11年従来型の特別養護老人ホームとして開設され、平成18年からは利用者の方が家庭的な雰囲気の中で安心して生活していただけるよう、心のこもったサービスを提供するというコンセプトのもと、職員で創意工夫しながらハード面も含めたユニットケアへの取り組みがされてきました。その姿勢に、法人並びに事業所、職員が「利用者本位のサービスを提供する」という意識の高さを感じました。

また、法人理念のもと、法人運営基本方針と事業所基本方針が事業所運営において職員の指針となっており、その基本方針に沿って「ユニット訓」を柱とする実践目標が定められています。組織の思い・体制が職員一人ひとりの利用者本位のサービス提供の気づきとなり、利用者への思いやりや優しさになっていることが確認できました。

さらに、利用者の権利の擁護については、身体拘束などの防止はもちろんのこと、利用者満足の上への取組、生活の場に近い心地よい環境作りなど、利用者にとってより過ごしやすい施設づくりへの取り組みがなされており、今後の発展が期待できます。継続して取り組んでいかれることを期待します。

今後、事業所の更なる発展に期待をし、下記の点についてアドバイスします。

●事業計画等の策定

事業計画等はトップダウンでなく、現場の意見を取り入れ各ユニット・各事業所において組織的に策定されています。さらには現状と課題・問題点を分析、検討する仕組みもあります。

しかし、理念・目標の実践に向け、達成期間を明確にした中長期計画が策定されていませんでした。現在、施設・地域福祉等制度が変化するなかでの中長期計画の策定は難しい状況ではありますが、今後の事業所運営と福祉サービスを利用される方、予定されている方にとっても指標となると思いますので、策定されることをお勧めします。

●業務マニュアルの作成

利用者ごと個別のサービス提供方法や、ユニットごとのサービス提供に関する検討がきめ細かく行われ、施設全体の標準マニュアルも整備されています。ただし、見直しは随時となっています。今後は基準を定められ、随時の見直しだけでなく、定期的な見直しをされることもお勧めします。

●意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善

平成21年度の苦情は評議員会に報告されており、積極的な改善への取り組みがなされていることが評価できます。ただし、その意見・苦情・要望等は公開されていませんので、ホームページや広報誌において広く公開されることを望みます。

そうすることで、これまで以上に開かれた風通しのよい事業所になると考えますので、是非取り組んでください。

※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	2672200025
事業所名	特別養護老人ホームおおみや苑
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)	訪問介護・訪問入浴介護・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22年12月10日
評価機関名	社団法人京都社会福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	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)		理念はパンフレット・ホームページ等に記載されると同時に、家族にも年2回の面談において提示され、年2回発行の苑だよりも地域に向け新聞折込で配布されています。、法人並びに事業所の運営基本方針が記載されることでさらに法人・事業所の姿勢が理解されることと思われます。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	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)		月2回の部長会議・月1回の主任会議において事業計画等の達成状況が確認されています。また事業計画に沿い、各ユニットの特性を生かしたユニット目標が定められ実践されています。さらには職員が全員参加できる各種委員会を設置するなど、トップダウンでなく職員の自主性を重んじ、意見を取り入れサービスの向上を目指す体制となっています。ただし、中長期計画がありませんでした。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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。	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)		管理者はサービス向上に向けて、事業所内の各種会議及び研修会等にも積極的に参加されると同時に、人事考課の上において年2回職員との面談を実施しています。また、人事異動調書には自由記述欄が設けられ、職員一人ひとりの思いや意見は会議にフィードバックされています。さらに、デイサービスセンターには職員向けに「業務に関する意見箱」が設置され、積極的に職員の意見を取り入れる仕組みがあり、管理者自らが改善に向けて取り組む姿勢を持っています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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)		介護福祉士・介護支援専門員の資格取得支援としての勉強会が開催されています。非正規職員も資格取得・人事考課等の結果により正規職員に登用されています。介護支援専門員の実務研修対象者については、勤務上の配慮を行うなどの支援をされています。また、委員会活動により、勉強会が積極的に企画され、学びの場が確保されています。それぞれの委員会やユニットでの取り組みをパワーポイントなどを活用しながら発表する機会が確保されており、そのことがスーパービジョン機能につながっています。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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	A
		(評価機関コメント)		有給休暇を取りやすくように労使協定を結び、時間単位で取得できるように配慮されています。福利厚生については、共済会への加入、時節ごとの親睦が企画されています。又、産業医との契約書も確認できました。さらに職員の悩み等解消するために、カウンセラーや対人援助の専門家の確保についても検討課題としています。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)		年2回苑だよりを発行され、地域には新聞折込という形で全戸配布に取り組みられています。キャラバンメイト委員会で認知症サポーター養成講座を企画したり、家族介護者教室が年3回開催されています。毎月第4土曜日にはフロアで喫茶コーナーが開かれ、併設のケアハウス入居者、地域の方が利用されています。さらに「地産地消」ということで地元の野菜を提供されている方々との交流会も企画されています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)		ホームページやパンフレット等を通じて、施設の概要やサービスの内容がわかりやすく公開されています。特にホームページ上ではスタッフブログがあり、施設の雰囲気がよく伝わってきます。施設にある掲示物の字の大きさや掲示位置をさらに工夫されることで、利用者や家族によりわかりやすくなると思われます。		

(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)		介護サービスの利用に関する必要情報は分かりやすく説明されています。また、成年後見制度を利用しているケースもあり、成年後見人とはきめ細かに連絡が取られています。ただし、施設内の掲示においては、重要事項説明書の写しを掲示するだけでは理解しにくいと感じられますので、掲示方法や内容を見やすいものに検討されることを期待します。		
(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	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)		精神的なことを含め、利用者にとって大切なことを支援できるように、アセスメントからサービスの計画・実施に至るまで他職種の関係者と連携し、体系的にサービス提供されています。特に、アセスメントシートには「大切にしていること」が記入欄に設けられ、利用者の個々の思いを大切にしたいサービス提供サイクルが工夫されています。また、利用者の「思いカード」を作り、職員が日々のサービス提供の中で利用者の思いを理解し、計画的なサービス提供にフィードバックしています。		
(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)		嘱託医や地域包括センターとの連携をはじめ、ショートステイなど在宅生活をしながら施設利用される方の生活の連続性が維持できるよう、地域の関係機関や、ボランティア団体などと連携しています。		
(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	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)		標準マニュアルは整備されていますが、定期的ではなく随時の見直しとなっています。また、利用者個別のマニュアルが作成され、個別援助に向けたサービスの提供がされていますが、利用者の記録の保管や取り扱いに関する規定が明文化されていませんので、これらを整備されることが望まれます。 職員間の情報共有については、コンピューターシステムの活用のほか、携帯メールを活用し、情報を円滑に伝える工夫がなされています。また、職員が日々のユニット生活場面で観察した利用者の気持ちや希望を「思いカード」で共有する工夫は、実際のサービスの質の向上に生かされています。家族との連絡はきめ細かに行われており、特にサービス担当者会議には家族のほぼ全員が出席されています。		
(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、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)		感染症の予防や対策について、施設の委員会が独自で研修や啓発を行い、施設各所に意識高揚のための掲示がされています。また、施設内の換気のタイミングが音楽で放送され、定期的な換気が促されるとともに、音楽も心地よくリラックスできる雰囲気づくりに役立てられています。また、近隣の共同作業所に週2回事業所内清掃作業業務を委託し、衛生保持等に努めています。		

(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)		事故や緊急時の対応マニュアルは分かりやすく整備され、防火管理者会議で定期的に見直されています。夜間想定避難訓練は、規定された全体訓練に加えて、ユニットごとにも実施され、いつでも実際に行動できるよう職員への徹底がなされています。また、ヒヤリハット報告や事故報告はきめ細かに提出されています。こうした諸報告の分析と結果は他職種間で共有され、さらなる報告の提出が促進されるとともに、各部署やユニットで実際の業務に活用されています。		

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	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。	B	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)		入所判定委員会の構成委員に法人理事、民生委員が加わることで公正・公平な入所決定が行われていることが確認できました。又、身体拘束廃止に向けた研修会への積極的な参加、2ヶ月に1回の拘束ゼロ委員会による各事業所内への見回り改善チェックシートの活用などを通じて日々の業務の振り返りを行い、利用者尊重に向けた組織をあげての取組みが実践されています。		
(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。	B	B
第三者への相談機会の確保	35	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)		職員が利用者の声を代弁する「思いカード」(良い点・悪い点・問題への対応等)を6ヶ月に1回作成しています。また、家族アンケートを実施し、利用者、家族の意見、思いを積極的に聞き入れ、サービスの改善に向けた取り組みが評価できます。ただし、外部からの相談員の受け入れや要望・苦情の公表はなされていません。		
(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	B
(評価機関コメント)		家族への満足度アンケートは実施されていますが、その結果を受けてどのように改善されたかを確認する仕組みがありません。また、評価結果等を各ユニットで見直しを行い事業計画に反映しているということでしたが、その記録となる会議録がありませんでした。		