

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 2 月 18 日

平成 21 年 11 月 30 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 にれの木園）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3番、4番】事業計画等の策定、業務レベルにおける課題の策定</p> <p>ISO9001認証取得しており、品質マネジメントシステムを継続していくためにも、法人として複数年の中・長期計画があり、それをもとに単年度の目標と計画が立てられています。</p> <p>6か月に1度、目標に対する進捗状況を確認し見直すための会議を開催し、施設長に報告し指示を仰いだうえで目標や計画の修正を行っています。</p> <p>月に1度の理事会を始め、ISO推進委員会、人材育成委員会、衛生管理委員会、感染/褥瘡対策委員会など様々な委員会があり、会議の場で職員の意見を聞き、各委員会でその意見が反映されたり情報が共有できる場にもなっています。各委員会の他にも介護部門では2つのグループがあり、グループごとの目標を立てたり、職種別にも目標を立てて取り組んでいます。</p>
-----------------------------	---

組織が明確であるとともに、業務に携わる現場の職員の意見が施設の目標や計画に反映され、現状にそったものになっており大変評価されます。

【通番8番、9番】質の高い人材の確保、継続的な研修・OJTの実施

法人全体での人材確保のための仕組みがあり、資格等の採用基準や余裕をもった人員の配置等が定められています。人材育成委員会を設置し様々な研修を1カ月に1回以上行うとともにSDSシステム（自己啓発援助制度）を導入し、自主的な研修の参加を評価し個々の職員の意欲が高まる取り組みとなっています。新人職員はOJT担当の職員を決め、コミュニケーションノートを作成し新人と担当者との信頼関係を築きながら1か月ごとの評価を行っています。

【通番22番】業務マニュアルの作成

各業務のマニュアルや作業手順書を整備し、各部署に配置しています。少なくとも年に1回の見直しを行ない、内容が現場の状況に沿って作られており、新人の教育時やわからなくなった時に調べる事ができ、大変実用的なものとなっています。マニュアルや手順書は年に1度の顧客満足度調査や事故の分析などを基に随時見直されることもあります。

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>【通番18番】利用者・家族の希望尊重</p> <p>面会時や日々のコミュニケーションから希望や思いを聞いていますが、サービス担当者会議には本人や家族の参加がなく、十分な記録として残されていない状況です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>【通番18番】利用者・家族の希望尊重</p> <p>サービス担当者会議に家族や本人の参加を勧め日程調整をしたり、参加できない場合はコミュニケーションの中から聞かれた希望や思いを記録に残されると、それを踏まえた検討であることが明確になるのではないのでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672600117
事業所名	特別養護老人ホームにれの木園
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22年1月14日
評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター

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)		ISO承認取得しており、品質マニュアルでは事業所の理念及び福祉サービス方針、基本方針、年度重点取り組み課題を明文化し、法人のパンフレットにも組織の理念等を明記し誰もが見ることができ明確です。理念及び基本方針をもとに各部で年間目標を立て、その達成のために月間目標を決めて毎月の会議で評価しています。組織体制や責任の所在が明確に定められており、また各部署との連携が図られることで一つの組織としてまとめられています。月に1度の理事会を始め、ISO推進委員会、人材育成委員会、衛生管理委員会、感染/褥瘡対策委員会など様々な委員会があり、会議の場で職員の意見を聞き、各委員会での意見が反映されたり情報が共有できる場にもなっています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		法人として複数年の中・長期計画があり、それをもとに単年度の目標と計画が立てられています。6か月に1度目標に対する進捗状況を確認し見直すための会議を開催しています。目標実績経過報告書を記載し施設長に報告、指示を仰いだうえで目標や計画の修正を行っています。各委員会の他にも介護部門では2つのグループがあり、グループごとの目標を立てたり、職種別にも目標を立てて取り組んでいます。			
(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。	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)		年に1度法令が遵守された運営となっているか自主点検を行い、人材育成委員会による法令遵守についての研修を行っています。また、新たに通知のあった法令等は外文書の登録としてファイリングし、誰もが見ることができ状況となっています。施設長は頻りに現場に足を運び現状の把握に努めるとともに、年に1度の面接において職員の思いを伝えることのできるアンケートの実施などを行い職員の意思の確認を行っています。			

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
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)		法人全体での人材確保のための仕組みがあり、資格等の採用基準や余裕をもった人員の配置等が定められています。人材育成委員会を設置し様々な研修を1カ月に1回以上行うとともにSDSシステム(自己啓発援助制度)を導入し、自主的な研修の参加を評価し個々の職員の意欲が高まる取り組みとなっています。新人の教育はOJT担当の職員を決め、コミュニケーションノートを作成し新人と担当者との信頼関係を築きながら1か月ごとの評価を行っています。また、主に介護福祉士の実習生の受け入れを行い、担当者を決めて計画的に実習を進めているが、現在では十分なマニュアルにはなっていないためマニュアルの整備を進めています。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		衛生管理委員会を設置し、職場環境のチェックを行っています。管理者やリーダーが残業量や有給休暇の状況を把握し、残業が少なくなるよう業務改善を検討したり、業務量や休暇の調整を行っています。ストレス解消法の研修を行ったり、施設の産業医によるカウンセリング、外部の相談員に相談できる仕組みもあり、法人としてストレス管理に積極的に取り組んでいます。施設と隣接する建物に職員の休憩室が確保されていたり、福利厚生制度も導入されています。		
(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	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	A
		(評価機関コメント)		パンフレットに事業所の概要や理念を載せたりホームページや広報誌の発行で地域に広報し、事業所の納涼祭に地域の方々に来てもらったり、市の行事に参加するなどの交流を持っています。また、今年度よりショートステイの家族等が参加する介護講習会を開催し、事業所の持つ専門的な技術を地域の方々の生活に活かしていけるよう取り組み始めています。		

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
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)		パンフレットには法人の概要や理念を始め事業所の特徴を解りやすく記載しています。ホームページには事業所の概要だけでなく、行事の様子や暮らしぶりが載せられたり、事業所見学に来てもらい利用者がサービスを選ぶために十分な情報を提供しています。		
(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)		重要事項説明書や料金表に記載され、利用開始前に具体的に納得が得られるまで説明を行い同意を得ています。成年後見制度を利用している利用者はいませんが、必要時には利用できるだけの資料を備え権利擁護に対する取り組みも行っていきます。		

(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。	B	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	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)		家族や本人から心身や生活環境等の情報を得てアセスメントを行い、介護職員や相談員、看護職員、栄養士などが参加するサービス担当者会議を開催し、様々な視点から意見を出し合い利用者の思いにそった介護計画が作られています。毎月介護計画の課題(ニーズ)ごとに評価を行い、状況の変化があった時には随時アセスメント及び介護計画の見直しを行っています。また、状況の変わらない利用者も少なくとも6ヶ月に1度は、アセスメントや介護計画の見直しを行っています。サービス担当者会議には本人や家族の参加がなく、面会時や日々のコミュニケーションから希望や思いを聞いていますが、十分な記録として残されていない状況です。担当者会議に家族や本人の参加を勧めたり、参加できない場合の希望や思いを記録に残されてははいかがでしょうか。介護計画やアセスメント等の記録は法人のシステムが導入されており、職員の誰もがパソコンを通じて見る事ができ情報を共有できています。		
(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)		施設の協力医が毎週1度往診し、薬の処方の見直し等を行い指示をもらっています。毎日のように施設に来所されるため、相談しやすい関係が築かれています。連携体制を確実なものにするために、施設は協力医療機関と繰り返し話し合いを持ち進められ整えられました。		
(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、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)		各業務のマニュアルや作業手順書を整備し、各部署に配置しています。少なくとも年に1回の見直しを行ない、内容が現場の状況に沿って作られており、新人の教育時やわからなくなった時に調べる事ができ、大変実用的なものとなっています。マニュアルや手順書は年に1度の顧客満足度調査や事故の分析などを基に随時見直されることもあります。提供されたサービスは、食事や水分量、排泄など必要な項目をチェックシートに残し、何かあった時には介護記録として具体的な記録を残しています。今後は更に介護計画に沿ったサービスの提供時の利用者の様子を少しでも多く記録に残していきたいと考えられています。カンファレンスの記録や申し送りノートでは回覧時には必ず確認のサインを行い、日報などは法人のシステムでパソコン上で誰もが見る事ができ、様々な情報を共有するよう取り組んでいます。また、年に1度の家族会では、サービスの提供状況について報告したり、面会時に個々の様子を伝えるように努めています。今後、個々の介護職の伝えるコミュニケーション技術を向上していきたいと考えられています。		
(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/褥瘡対策委員会を設置し看護師がマニュアルを作成し勉強会などを開催し職員に伝えています。毎朝職員は居室の環境整備を行い、共用部分の床や食堂、ホールも毎日塩素系の消毒剤を用いて清掃しています。冬季にはインフルエンザ予防のために加湿器を設置したり、換気や手洗いの励行などを行い感染予防に取り組んでいます。		

(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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		緊急時対応マニュアルを整備しており、併設する施設と合同で消防署立会いのもと昼間と夜間の想定を変えて年2回防災訓練を行っています。3つの自治会の間に位置し、地域との連携が取りにくい状況ではありますが、話し合いをもちながら徐々に進めていきたいと考えられています。事故事例に関しては、事故報告書を記入し発生の原因の分析を行い、改善対策を検討しています。また、危機管理委員会を設置し、委員会内で事例検討をし各部署に啓発活動も行っています。		

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

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)		法人の理念、サービス方針にも謳われ、高齢者の安心感や満足感を得られるようサービスの提供を心がけてます。身体拘束についての研修は年に2~3回行っており、職員全員で廃止に取り組んでいます。プライバシーに関しては手順書に記載し、実際に配慮したケアが出来ているかのチェックを行っています。また、入居判定委員会を設け、入居判定の基準を明確にし、入居の申込の際には、法的な観点からもわかりやすく入居の順位や基準のルールを説明しています。				
(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。	A	A		
第三者への相談機会の確保	35	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。	A	A		
(評価機関コメント)		年に1度の満足度調査の結果やつきに1度「みんなの広場」の交流会を持ち直接意見をもらえる機会を作っています。得られた意見や要望は報告書に記録し速やかに対応を行い、広報誌やホームページに公表しています。また、月に1度の介護相談員の受け入れや第三者委員の設置、法人以外の苦情窓口を重要事項説明書に記載し、様々な意見や要望を伝える事が出来るようにしています。				
(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	A		
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。	A	A		
(評価機関コメント)		年に1度の満足度調査を行い、ISO推進委員会が集計・分析し、職員にフィードバックしています。各種委員会においてはサービスの向上について検討し、職員会議で更に話し合ったり情報を共有し取り組んでいます。3年に1度の第三者評価の受診や毎年のISOの審査などで事業所のサービスの質を評価し、課題を明確にする事で次のステップアップに活かされています。				