

様式 7

アドバイス・レポート

平成23年2月22日

平成22年10月25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和順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

特に良かった点とその理由(※)	<ul style="list-style-type: none"> 各職員の意見は主任会議を通して検討されるなど、職員の意見を反映する仕組みが作られている事は、職員の意欲の向上につながっています。 施設長が介護支援専門員や介護福祉士の資格取得に向けて研修をされ、質の高い人材の確保への取り組みをされています。 入所判定基準を基本評価・地域性・医療依存度、その他細かく点数化し検討され、公平・公正に決定されています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<ul style="list-style-type: none"> 単年度の事業計画は立てられていますが、その根幹となる中長期計画の作成が出来ていません。 看護師は派遣職員に頼っている現状なので、常勤看護師の早急な確保が望めます。 利用者満足度調査が行えていません。
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> 介護サービスの質の向上及び事業所の理念や目標のため、また法改正や介護報酬改定を意識した取り組みのためにも、中・長期計画を策定し、それに基づいて単年度計画を作成して目標に向けて取り組まれる事が必要と考えます。また、他施設と交流を図る事は、業務内容の質を高めていく上で非常に有意義と考えますので、他施設との勉強会や施設見学をされてはいかがでしょうか。 個人記録は、利用者の声や思い等精神的な関わりから見えてきたことなど、心身の状況を具体的な内容で記入し、全スタッフが情報を共有していかれる事をお勧めします。介護行為の連続性、継続性という事など記録を書くことの目的を再認識していかれる必要があります。 このアドバイス・レポートや第三者評価のコメントを全職員で確認していただき、介護の質の向上に向けて出来ていない部分を明確にする事が必要と考えます。その手段として、自己評価を行う為の事業所独自のチェック項目や基準を作成し、全職員で検討して改善に取り組む事が重要と考えます。「受診応募の動機」にも記されているように第三者評価受診の意義を再確認し、今後もサービスの質の向上に向けて取り組んでいかれる事を期待いたします。

※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	2670100508
事業所名	特別養護老人ホーム 和順の里
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)	短期入所生活介護 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成22年12月15日
評価機関名	社団法人全国老人保健施設協会 京都府支部 京都府老人保健施設協会

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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		1. 「共生(ともいき)思想にもとづく共生社会の実現を目指します。」という理念を定めています。理念はホームページ、パンフレットの他に、玄関左の掲示板にあります。また、運営方針等も掲示していますが、職員全体への伝達方法の確認が不明です。 2. 法人の会議体として、理事会、主任会議、各フロアー会議、各委員会等があり、それぞれが定期的開催され、議事録も整備しています。			
(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。	C	C	
	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	B	
	(評価機関コメント)		3. 入所者のニーズ、各職員の声を受け、フロアー会議に取り上げられ、単年度の事業計画としてとりまとめられ、理事会で承認されますが、その根幹となる中長期計画が作成されていません。 4. 各フロアーごとに事業年度毎の課題を設定し、毎月の定例カンファレンス等で見直し、チェックをかけています。			
(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組みを行っている。	C	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、管理スタッフは最新の法令等をさまざまなルートで情報収集していますが、職員全員への周知徹底の確認ができません。 6. 施設長の職務規程は詳細には作成していません。またおたより等にも施設長の年度ごとの所信表明が見受けられません。スタッフ全員との人事考課を兼ねたヒアリングがなく、職員からの信頼等の評価・見直しの方法が確立されていません。 7. 施設長は勤務時間中、常に施設全体及び職員の動きを把握して、職務をおこなっています。			

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。	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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 単年度の事業計画には職員の採用・育成策がかかげられていますが、人材・人事に関する中長期計画が作成されていません。職員の資格取得に対しては、事業所内で講習会を開いています。 9. 各職員毎、経験年数別、職種別の研修計画表が作成されていません。職員は研修報告書を作成し、事業所内で伝達研修を行っています。 10. 実習受け入れに関して仏教大学との間で取り決め書を作成しています。介護福祉士、社会福祉士の実習指導者研修も受講済です。		
(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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		11. 事業所全体として職員の勤務状況を把握して、適切な労働環境が維持できるように配慮しています。 12. 職員の職務上での悩み事について、産業医、心のカウンセラーの確保が求められます。		
(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。	C	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。	C	C
		(評価機関コメント)		13. 施設内の多目的ホールを近隣の老人会が利用し、原谷弁財天のみこしが施設に立ち寄り、また小学校の訪問等も受け入れていますが、事業所のおたより等で近隣に情報提供ができていません。 14. 施設長は仏教大学に毎土曜日、講義に出かけて、福祉の専門知識を学生に伝授していますが、施設として地域住民に向けての介護、認知症についての講習会、相談等の取り組みができていません。		

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. パンフレットや和順の里便り、ホームページなどを作成し施設見学にも対応をされています。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		16. 料金表は詳しく作成され説明の上同意を得ておられます。成年後見制度の活用もできています。		

(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	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。	B	B	
(評価機関コメント)		17. 本人の状況を捉えたアセスメントを行いニーズや課題がみえます。 18. 本人の希望などは事前に聞きサービス担当者会議でケアマネが代弁をされています。 19. 訪問歯科や口腔ケアへの取り組み、又栄養ケアマネジメントなどで、それぞれの専門家との連携をとり、多職種の意見を聞きながら個別援助計画の作成に当たっています。 20. 個別援助計画の見直しはされていますが、計画を変更する基準を定めていません。			
(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。	B	A	
(評価機関コメント)		21. 入所時はカンファレンスを行い多職種との連携をとっています。入退所に際しては紹介状やサマリーなどで情報を交換しています。			
(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。	B	B	
(評価機関コメント)		22. マニュアルは分かりやすく作成されていますが、接遇マニュアルはありません。また、見直しが不十分であり、見直した時の日付が記入できていません。 23. コンピュータソフトを導入し記録の管理をしています。外部メモリの使用についての取り決めは無く、詰め所のドアは職員不在時でも施錠がされていない状態であるなど管理が不十分です。 24. コンピュータネットワークや連絡ノートなどで情報を伝達し共有しています。 25. 日常の様子は変化があった時に伝えるなど、家族との面接は不定期に行われています。施設の行事案内が出来ていません。			
(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。	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。	A	A	
(評価機関コメント)		26. 感染症のマニュアルは作成されていますが見直しは出来ていません。フロア内はアルコールやハイターなどで清拭し感染症の予防をしています。 27. 施設内の清掃は委託業者と施設の職員で行われ清潔に保たれています。			
(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。	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)		28. マニュアルを作成し防災訓練もされています。食料等の備蓄もありますが量的に余裕がありません。災害発生時に対して地域との連携した訓練が出来ていません。 29. 2ヶ月に1回リスクマネジメント委員会が開かれ事故やヒヤリハットの検討をしています。			

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。		C	C
	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	B
	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. 利用者保護に関して理念・身体拘束禁止・高齢者虐待防止・プライバシー保護等に関する勉強会・研修会の開催や参加が来ていません。 31. 多床室も障子で仕切り、入浴も一人ずつ入る個浴にされるなどプライバシーへの配慮をされています。 32. 入所決定に関しては基準の設定や医療処置の多い方の入所受け入れも公平・公正な取り組みが確認できました。			
(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)		33. 取り組みとして年2回の家族会を開催し、家族の意見を聞く機会を設けています。 34. 意見箱を設置していますが、数年間意見箱に苦情がないとの事。利用者ヒヤリングにて意見を聞かれたこともあるようですが、意見を入れやすい環境作りと職員が利用者の思いをくみ取る、問題意識の向上に向けての研修などをお勧めします。 35. 事業所以外の相談窓口を掲示し、介護相談員の受け入れを依頼されています。			
(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。		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。		C	C
	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	C
	(評価機関コメント)		36. 利用者満足度調査が行えていません。 37. サービスの質の向上への取り組みとして事業計画にも掲げ、委員会の設置や自己評価手順を明確にする等体制の整備ができているにもかかわらず、その活動が不明確でCと自己評価する等その姿勢に疑問が出ます。第三者評価の調査項目をしっかり捉え、取り組みを明確にされることを勧めます。 38. 第三者評価受診後は、評価結果を分析し検討をして頂く必要がありますが、前回受診後の改善点を十分に確認する事が出来ませんでした。			