介護サービス第三者評価事業

様式７

アドバイス・レポート

平成２２年３月２９日

平成２２年１２月２８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　天橋園）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

特に良かった点とその理由(※)	【通番1】理念の周知と実践 社会福祉法人北星会としての理念の基、当該事業所の理念及び運営方針を掲げられています。毎年度の事業計画を立てる際には、理念に沿ったものになるよう管理者は「事業計画作成にあたって願うこと」を書面で職員にわかりやすく方向性を示し、話し合いのもと作成されています。毎朝理念を唱和し、意識を持ってサービスを提供できるよう取り組んでいます。 【通番21】多職種協働 当該事業所は、地元で開業していた医師(法人理事長)が立ち上げた社会福祉法人で、現在も理事長が施設内の診療所の嘱託医を兼務しており、関係機関との連携は取れているとともに、各事業所間の連絡体制が構築されています。また、地域密着型特別養護老人ホームということもあり、運営推進会議が定期的に開催され地域包括支援センターや市との連携ができています。

	【通番24】職員間の情報共有 パソコンのシステムでの記録を行っており、必要事項のみピックアップして見ることができたり、職員間での情報共有や記録の管理を適切に行えています。記録は時間を追ってどのように過ごされていたかを細かな記録として残されています。ケアカンファレンスや業務上の連絡は紙媒体で回覧するなど、情報を共有するためにより良い方法をとっています。
特に改善が望まれる点とその理由(※)	【通番3】事業計画等の策定 事業計画は毎年全職員で話し合い作成されていますが、市から情報を得て地域のニーズを踏まえた施設としての課題やビジョンを持っていますが、複数年の中・長期計画として文書化したものがありません。 【通番9】継続的な研修・OJTの実施 年に一度個人に希望する研修についてアンケートを取り、できる限り希望に沿って研修に参加できるように配慮していますが、年間計画や職員の段階に応じた研修についての計画はなく、必要に応じた勉強会となっています。

	【通番25、36】利用者の家族等との情報交換、利用者満足度の向上の取組み 家族会総会を年に1回開催し、利用者の暮らしぶりや運営上の説明等を行い、面会があった時に日常の様子やサービス提供時の様子を伝えていますが、来訪できない家族にまでは伝えられていません。また、利用者の満足度について把握する為の仕組みがない状況です。
具体的なアドバイス	【通番3】事業計画等の策定 地域のニーズを踏まえた施設としての課題やビジョンを経営状況と合わせて勘案し、中・長期計画を策定し文書化されてはいかがでしょうか。 【通番9】継続的な研修・OJTの実施 個人の希望に沿ったテーマの受講により意欲的な研修体制を残しながらも、事業所として年に1度は必要な緊急時の対応や感染症などの項目を事業所内の年間研修計画や、職員の段階に応じた研修についての計画を立て取り組まれることを期待します。 【通番25、36】利用者の家族等との情報交換、利用者満足度の向上の取組み 家族会総会や面会時に事業所の情報や利用者の様子を伝えるだけにとどまらず、広報誌や便りなど来訪できない家族に伝える方法を検討されてはいかがでしょうか。また、利用者満足度の把握のための更なる取り組みを期待します。

※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	2672100027
事業所名	特別養護老人ホーム　天橋園
受診メインサービス（1種類のみ）	地域密着型介護老人福祉施設
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 通所介護･介護予防通所介護･訪問介護 介護予防訪問介護･居宅介護支援
訪問調査実施日	平成22年2月15日
評価機関名	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。	b	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。	b	b
		（評価機関コメント）		社会福祉法人北星会としての理念の基、当該事業所の理念及び運営方針を掲げられています。毎年度の事業計画を立てる際には、理念に沿ったものになるよう職員にわかりやすく方向性を示し、話し合いのもと作成され、毎朝理念を唱和し意識を持ってサービスを提供できるよう取り組んでいます。組織を明確にし、職員会議や業務運営会議、安全衛生委員会など様々な会議や委員会について構成メンバーや決定権等が書面で定められています。各委員会の検討時に個々の職員の意見が十分に反映できていないと考え、その仕組みを作ることを課題としています。また、現在職務基準を明確にするために基準書を作成中です。		
	(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。	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	a
		（評価機関コメント）		事業計画は管理者が方向性を示したうえで、毎年全職員で話し合い作成されています。また、市から情報を得て地域のニーズを踏まえて事業所としての課題やビジョンを持っていますが、複数年の中･長期計画として文書化したものがありません。毎年度立てられた事業計画は、年に一度評価を行い次年度の計画に活かされています。年度の途中でも中間評価を行い計画の修正も行っていきたいと考えられています。		
	(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。	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）		毎年度の集団指導への参加やインターネットでワムネット京都府センターから情報を得て資料を各部署に配布･回覧したり、会議で説明するなど法令遵守に関する情報を共有できるように取り組んでいます。管理者は毎朝日誌の確認や各部署を廻り現状を把握し適切な報告を受け必要時指示ができる体制が作られています。また、管理者が全ての会議に出席することで、職員の意見を直接聞く機会となっています。職務基準を作成し職員に対して管理者の役割や責任についても表明していきたいと考えています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果 自己評価	評価結果 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	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。	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。	c	b
		（評価機関コメント）		運営規程に必要な職員の人員体制について明記しています。入職の際には資格の有無を確認し処遇を違え、入職後に資格取得のため勉強会などの支援を行っています。年に一度個人に希望する研修についてアンケートを取り、できる限り希望に沿って研修に参加できるように配慮しています。研修に参加した職員が会議で伝達研修を行ったり、資料を回覧し職員全員がその内容を周知できるように取り組んでいます。年間研修計画や職員の段階に応じた研修についての計画はなく、必要に応じた勉強会となっています。また、看護学生の実習を受け入れ、基準等を整備されましたが指導に当たる職員の教育まではまだ十分ではありません。		
	(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）		職員の労働状況は月々に集計し把握しています。また、福利厚生センターや共済会に加入したり、半年に一度主任が直接面接を行いストレス管理に努め、働き続けていきやすい環境に配慮しています。カウンセラーなどの専門家を確保したり、十分な休憩場所を確保することはできていません。		
	(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。	b	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。	b	a
		（評価機関コメント）		年に2回事業所全体の事業計画や行事などの様子を載せた広報誌を自治会に配布しています。運営推進会議にも自治会長が出席しているため、地域との交流のための取り組みについても一緒に検討することができています。インフルエンザの流行でできなくなっていた保育所との交流も再開していきたいと考えています。また、市が行っている食生活改善委員会の中で講師を派遣したり介護者の会に援助活動を行い、事業所のスキルを地域貢献に活かされています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果 自己評価	評価結果 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。	b	a
		（評価機関コメント）		ホームページを開設し写真を多く掲載したり、利用料金についてのページも作成し事業所の情報をわかりやすく提供しています。利用者の問い合わせや見学にも対応し、運営規程や重要事項説明書等を掲示し情報の提供に努めています。		
	(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）		利用契約時には重要事項説明書や料金表を用いてわかりやすく説明し、同意の署名をもらっています。その内容に変更が生じた場合には、その内容によっては説明会を開催したり個々に説明し納得が得られるように取り組んでいます。		

(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	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）		アセスメントはパソコンでシステム化された統一のものがあり、利用者の心身の状況に加え希望を記入できる様式を使用しています。受診時の情報や日々の支援記録などをもとに、各利用者の担当者と介護支援専門員がそれぞれアセスメントを行い、合わせてカンファレンスで話し合われています。サービス担当者会議では介護職をはじめ、栄養士、看護師、相談員、時には本人の参加を得て様々な意見を出し合い介護計画が作成されています。3か月ごとにモニタリングと評価を行い、アセスメントを見直し介護計画を更新しています。面会に来られる家族には作成された介護計画を説明し同意を得られていますが、面会に来られなければ書面で同意を得ることができておらず、郵送にて同意を得るための取り組みを検討しています。		
(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）		当該事業所は、地元で開業していた医師(法人理事長)が立ち上げた社会福祉法人で、現在も理事長が施設内の診療所の嘱託医を兼務しており、関係機関との連携は取れているとともに、各事業所間の連絡体制が構築されています。また、地域密着型特別養護老人ホームということもあり、運営推進会議が定期的に開催され地域包括支援センターや市との連携ができています。		
(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）		各種サービスに係るマニュアルを整備し、各フロアに置かれていますが、実際の活用や見直しの機会がないのが現状です。パソコンのシステムでの記録を行っており、必要事項のみピックアップして見ることができたり、職員間での情報共有や記録の管理を適切に行えています。記録は介護計画には沿っておらず、時間を追ってどのように過ごされていたかを細かな記録として残されています。ケアカンファレンスや業務上の連絡は紙媒体で回覧しています。家族会総会を年に1回行っており利用者の暮らしぶりや運営上の説明等を行い、面会があった時に日常の様子やサービス提供時の様子を伝えますが、来訪できない家族にまでは伝えられていません。		
(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。	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）		感染症の対策及び予防に関するマニュアルを整備し、流行や対応の基準の変更について情報を取得し、速やかに対応できるように職員間でも連携を密にして取り組んでいます。毎朝全職員で清掃の時間を設け清潔に保つことを徹底されています。各居室に空気清浄機や加湿器を置いたり、清掃のためのボランティアにも来てもらい衛生管理に取り組んでいます。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	自己評価	第三者評価
	(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）		緊急時の対応及び事故防止マニュアルを整備し、事故が発生した場合にもその対応手順を定めています。自治会が自衛消防隊を立ち上げ、助け合いネットワークに加入し協定書も交わしていますが、事業所としての災害対策マニュアルが十分に整備されていません。また、事故報告書やヒヤリハット報告書を記載し毎月集計し、生活向上委員会や業務運営委員会でその内容を検討したり個別のサービスに反映されていますが、マニュアルの見直しや評価には至っていません。		

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
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。	b	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）		経営理念や運営規程に事業所の方針として利用者の尊厳の保持やプライバシーの保護について明記されています。また職員への研修を行い全員へ周知し人権やプライバシーに配慮したサービスが提供されています。利用希望者には入居基準を説明し、申し込みを受けられない場合は相談に応じ他の事業所を紹介するなど支援しています。		
	(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。	b	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てている。	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）		重要事項説明書に事業所の相談苦情窓口をはじめ公的機関等を明記し、事業所の入り口にも掲示しています。また、意見箱を設置したり介護相談員を受け入れ利用者の意見を聞く機会を作っています。利用者の意見や要望、苦情は報告書を作成し適切な対応を検討し、サービスに活かせるよう取り組んでいます。業務運営会議や苦情解決第三者委員会で客観的に検討したり、地域の方や家族が参加する運営推進会議でその報告を行っています。意見や要望などの内容及び経過は公開されている状況ではありません。		
	(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てている。	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。	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）		利用者の満足度について把握するための仕組みがなく、利用者の望まれている生活について知るためにセンター方式等を用いて取り組んでいきたいと考えられています。1つ1つのサービスについて生活向上委員会や業務運営委員会で検討する仕組みがあります。第三者評価を3年に1度受診していますが、毎年の評価の見直しは行っていませんが、今回の自己評価の結果を活かしてできることから取り組み始めています。		