

# アドバイス・レポート

平成 27 年 3 月 25 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成 27 年 1 月 9 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紫野）様につきましては、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><b>1) 地域との交流や地域への情報公開</b></p> <p>日常的に地域の多様な年代のボランティアを受け入れられ、利用者と様々な交流が行われているため、施設の雰囲気は明るく、開放感を感じさせられます。交流の状況を広報誌やホームページに記載するだけでなく、ボランティアの活動をニュースレターにして個別に配布するなど、活動を目に見える形にして、やりがいを伝えるように工夫されています。</p> <p><b>2) 利用者の家族等との情報交換</b></p> <p>施設が掲げる 5 つの心得の一つ「ご家族や地域社会との連携を強めます」のもと、家族の来訪時には詳細に状況を伝えられています。また年 2 回、担当職員から手作りの利用者の写真入り手紙を家族に送るなど、きめ細やかな取り組みをされています。第三者評価受診に伴うご家族へのアンケート調査でも「来訪して伝えた連絡が職員間に行き届く」、「問い合わせに関しても必ず誠実に対応していただける」等、高い評価を得られています。</p> <p><b>3) 質の向上に対する検討体制</b></p> <p>ケア向上委員会が設置され、具体的なケア場面の事例を用いての検討や日常的な記録の見直し、サービスステーションの整理整頓、利用者の外出の機会を増やす等、業務の改善やサービスの検討を行うことで常に介護サービスの質の向上を目指しておられます。また、法人内の他施設をお互いに評価する相互チェックの仕組みがあり、指摘を踏まえリーダー会議で改善策を検討するなど、施設の枠を超え、法人組織全体で介護サービスの質の向上への取り組みを進められています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) アセスメントの実施から個別援助計画の策定</b></p> <p>アセスメントシートは法人共通の独自書式を利用されていました。シートへの記入はなされていましたが、課題分析の記録が無く、アセスメントの過程を確認する事が出来ませんでした。また、モニタリング、アセスメント、サービス担当者会議が各ひと月の期間設定で実施され、モニタリングから担当者会議までの期間が 3 ヶ月に渡っており、その間に利用者の状況が変わる場合も考えられ、状態変化があれば適宜対応されていましたが、モニタリング等の趣旨から考えれば、効率的にモニタリングやアセスメントをプランに反映させる配慮が必要と思われました。個別援助計画においては、ニーズ欄に利用者・家族の意向がそのままの言葉で記入されており、要望から専門的に把握した利用者のニーズの形で記入されていないなど、アセスメントからプランニングに至るケアマネジメントの展開過程の考え方や記載方法に整理が必要と感じました。</p>

様式 7

	<p><b>2) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>法人で共通の苦情対応マニュアル、フローチャートが整備され、受付担当から部長会議や法人全体の施設長会議に報告が行われ組織的に対応が行き、また利用者の意向には個別に対応はされていましたが、苦情・要望等の内容や対応状況の、広報誌や掲示などでの外部への公開はされていませんでした。地域社会との積極的な交流を図っておられる施設だからこそ、情報公開に関しても推進されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>法人で第三者委員を定め、重要事項説明書に記載や館内に掲示され周知が図られていましたが、直接利用者や家族との相談の機会は確保されていませんでした。利用者自身から第三者委員に問い合わせる環境は整えられていますが、第三者委員が施設へ訪問する機会を設け、利用者にアプローチする環境も検討されてはいかがでしょうか。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) アセスメントの実施から個別援助計画の策定</b></p> <p>アセスメントシートへの課題分析の記録を具体的に行い、モニタリングからサービス担当者会議の期間を短縮される事で、より細やかなアセスメントが行われ、現状に即したサービス提供ができるのではないのでしょうか。また、アセスメントから計画書の記入を整理される事で、より利用者本位の計画書として活用できるのではないのでしょうか。</p> <p><b>2) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>意見・要望・苦情等への対応結果を個人が特定されない工夫を行い、広報誌や掲示で公開されてはいかがでしょうか。公開することによる事業所の姿勢を示すことで、事業所への信頼感がより一層深まるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>今までの地域への関わりや法人のスケールメリットを活かして、例えば近隣の大学の先生や民生児童委員、老人福祉員等、施設関係者以外の第三者の定期的な施設訪問や、年 2 回行われている家族会への参加の検討をされてはいかがでしょうか。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

事業所番号	2670100433
事業所名	特別養護老人ホーム紫野
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)	
訪問調査実施日	平成27年1月26日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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）及び事業所の職員全員が、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) 法人内の研修や事業所独自の研修、年度初めの事業所全体会議で理念や運営方針が周知されていました。2) 施設の組織図において指揮命令系統の確認を行いました。また、年1回は施設長、部長による面談が行われ、職員の声がケアに反映されていることが職員ヒアリングで確認できました。			
<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。	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)		3) ユニット会議や社内メールを活用して、各部署からの意見を事業計画に反映されています。また、年度初めの事業所全体会議で周知されています。4) 年度初めに課題や目標を設定し、各部署や各委員会ですべて達成状況の把握と評価が行われています。			
<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、いつでも職員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) 全体研修で法令順守に関する研修が行われています。把握すべき情報は社内メールを通じて全職員に到達されています。6) 運営管理者は毎月の幹部会議に参加し、各部署の意見を聞く機会を持っています。また、年1回は施設長、部長による面談が行われ、意見や要望を運営方針に反映されていました。話しやすい環境であることが職員ヒアリングで確認できました。7) 運営管理者は報告書、業務日誌で状況把握と具体的な指示を行ってられました。非常時には緊急連絡網ですぐに指示を仰ぐことができる体制となっていました。			

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
<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)		8) 法人内で介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得の勉強会があり、お祝い金の制度等が整えられています。9) 事業所内に研修担当を配置し、研修計画は各階層に応じたものが策定されています。また、全体研修では事例検討や各部署からの取り組みを発表する機会が設けられ大学教授からの助言を受けておられます。10) 実習受け入れマニュアルを整備されています。実習受け入れの質を高めるため、法人内で実習担当者の部会を持っています。		
<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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員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)		11) 有給休暇の取得状況を年休簿で毎月把握できる体制となっていました。移乗補助具(スライディングボード)等の福祉機器も現場の意見で導入されていました。法人内4施設で外部研修機関と連携し、負担の少ない介護技術研修を企画して、事業所内でも伝達研修が行われています。12) 日中の休憩室の確保に加えて、産業医によるメンタルヘルスサポートの仕組みがあり、電話や職員個々に与えられた社内メールのアドレスから外部に設けられたハラスメント窓口に直接相談できる体制となっていました。		
<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)		13) 年1回の広報誌やホームページに利用者と地域の関わりや活動状況が掲載されています。ボランティア専任担当者を設置し、多様な年代のボランティアが様々な活動をされています。活動状況を周知するためにニュースレターにして館内掲示や関係者に送付されていました。14) 併設する高齢サポート(地域包括支援センター)の勉強会に職員派遣を行い、また、要介護高齢者等の地域での生活を支える新たな取組みとして、空き家等を活用し、「住まい」と「見守り」等のサービスを一体的に提供する京都市の「高齢者すまい・生活支援モデル事業」のモデル事業所としての積極的な地域貢献の取り組みがされていました。		

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
<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)		15) ホームページやパンフレットは見やすく、必要な事項も記載されていました。サービス内容なども玄関に掲示されています。また、見学や相談については、相談員2名が中心になりその都度対応され、見学等に対応した記録も記載されていました。		

(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) サービス内容や料金等については重要事項説明書や料金表等で説明を行い、本人または代理人からのサインがありました。また、成年後見制度を積極的に活用され、家族がおられない方は後見人をつける等、対応をされていました。		
(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	B
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。	A	A
(評価機関コメント)		17) アセスメントシートは法人共通の独自書式を利用し、シートの記入はなされていましたが、課題分析の記録が無く、アセスメントの課程を確認する事が出来ませんでした。また、モニタリング、アセスメント、サービス担当者会議のプロセスが3ヶ月に渡っており、モニタリング等の趣旨からより効率的な運用が望まれます。18) 計画作成には、半年毎に家族に直接聞き取りを行い、利用者・家族の希望を計画に反映するようなシステムを作られていました。計画作成後も、利用者・家族へ直接説明し、確認を取られていましたが、サービス計画書のニーズ欄に利用者・家族の意向がそのままの言葉で記入されており、専門的に把握した利用者のニーズの形で記入されていませんでした。19) サービス担当者会議において、看護師・栄養士・ケアワーカー・相談員等の意見を聞き、計画書を作成されていました。必要に応じて、事前に医師の意見も確認されていました。口腔委員会で、歯科衛生士から個別にアドバイスを受けておられました。PT・OTはおられませんでした。必要に応じ訪問マッサージ師から意見を聞き取られていました。20) 3ヶ月に1回モニタリングを実施されています。独自のチェック様式を定められ、漏れがないように確認されていました。また、モニタリング後必要に応じて、ケアマネジャーが他部署に聞き取りを行われていました。利用者の状態に変化があった場合は、随時計画の見直しを行われていました。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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) 相談員専用の、医療機関の連絡先をまとめたファイルを作成されていました。入院時は、必要に応じて退院時カンファレンスに出席するなど、病院の相談員と施設相談員が連絡を取り合い、退院に向けた調整を行われていました。		
(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、職員に活用されている。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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) 各種マニュアルを整備し、いつでも確認できるようにサービスステーションに設置されていました。必要に応じて、委員会でマニュアルの作成・見直し・更新を行われていました。法人内共通の手引きも活用されていました。23) 利用者の状況や支援経過等は個別に記録して鍵付書庫で管理され、個人情報保護についての意識向上のため法人内研修も行われていました。24) ケース記録はパソコン管理をし、パソコン内で確認をされていました。申し送り事項については、連絡ノートや社内メールで職員が共有できるようにされていました。また、定期的に開催される運営会議等で情報共有や意見集約が行われていました。25) 年2回家族会を開催され、情報交換や講演・おやつ作りなどの参加型イベントを企画運営されていました。施設内行事へも、家族の参加を呼びかけ、利用者と共に過ごしていただく機会を設けられていました。家族へ、担当職員から手作りの利用者の写真入り手紙を年2回送られており、きめ細やかな取り組みをされていました。		

(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、職員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) 施設内の全体研修で、感染症予防の研修を行っておられました。感染症委員会が、嘔吐処理の模擬訓練等、実践的な研修を企画・運営されており、施設全体での取り組みが行われていました。27) 施設内（トイレ・フロア）の掃除や床ワックス、エアコンフィルター掃除、害虫駆除は外部業者に委託され、洗面所などはボランティアの方が掃除を行われていました。施設全体に、匂いもなく、清潔な環境が保たれていました。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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
災害発生時の対応	30	災害発生時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
(評価機関コメント)		28) 事故や緊急時のマニュアルが整備され、指揮命令等の役割や流れが写真を用い、分かりやすく記載されています。具体的な事故や緊急時の事例を用いた年2回の勉強会が行われています。29) 月1回の委員会で事故の検討して再発防止に努め、事故後1週間は、利用者個人の経過記録で、事故に関する事は色分けして記入されていました。また、1週間後に経過を振り返り、実施した対策が適切かどうかの振り返りが行われていました。30) 年2回の防災避難訓練が地元自衛消防組織が参加して行われていました。地域と防災協定を締結するなど災害時の連携が図られていました。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		人権等の尊重	31	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	32	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	33	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)		31) 法人内で毎年人権の尊重についての研修が行われ、事業所の全体研修では日頃のケア内容を振り返る事例をグループワークに取り入れて学ばれています。32) 法人内で毎年プライバシー保護についての研修が行われ、事業所の全体研修ではプライバシーに関する事例をグループワークに取り入れて学ばれています。33) 入所検討には第三者委員も入られて入所判定会議が開催されていました。面接時に得た詳細な情報をもとに優先順位を決められていました。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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	36	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)		34) 担当ケアワーカーが窓口となり利用者の希望を聞かれていました。また、年2回満足度調査（アンケート）が実施され、集計結果は家族へ郵送されていました。35) 法人で共通の苦情対応マニュアル、フローチャートが整備され、受付担当から部長会議や法人全体の施設長会議に報告が行われ組織的に対応されていました。利用者の意向は個別に対応はされていましたが、広報誌や掲示などでの外部への公開はされていませんでした。36) 第三者委員を定め重要事項説明書に記載や館内に掲示され周知が図られていましたが、直接利用者や家族との相談の機会は確保されていませんでした。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	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。	A	A
質の向上に対する検討体制	38	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職員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	39	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)		37) 年2回、ケアの満足度に関して、毎回同じ内容でアンケートを実施し、前回の結果と比較し、リーダー会議で分析して対応策を検討されています。また、集計結果は家族へ郵送されていました。38) 各部門の管理者が集まる幹部会議と各職種代表が集まる運営会議が月1回開催され、運営等の進捗状況や課題の報告・検討が行われていました。ケア向上委員会が設置され、記録の見直しや整理整頓、外出の機会を増やす等、業務の改善やサービスの検討が行われていました。また法人内の他施設をお互いに評価する相互チェックの仕組みがあり、指摘を踏まえリーダー会議で改善策を検討されていました。39) 年間計画を半期で振り返りを行い、年度末にまとめを行われ、次年度の目標や事業計画が立案されていました。		