

アドバイス・レポート

平成25年8月1日

平成25年2月18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 梅林園 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</p> <p>とその理由</p>	<p>特別養護老人ホーム梅林園は、城陽市の南東部に位置し自然豊かな広大な敷地の中に、昭和45年6月 社会福祉法人 和光会が開設されました。開設当初は、A棟 定員50名で始まりましたが、社会情勢・介護保険制度の導入などの変化に伴い、順次増設・改築を重ねられました。現在では南欧風のモダンな建物が緑に映えて、A棟からG棟が連なり定員220名になっています。準ユニット型特養として、個室から多床室（2人部屋・4人部屋等）が用意されており、利用者の選択肢が広がっています。利用者・家族等にとっては大変有難いことです。</p> <p>併設事業所としては、短期入所生活介護（介護予防）・認知症対応型共同生活介護（介護予防）・通所介護（介護予防）・居宅介護支援・訪問入浴介護（介護予防）・城陽市在宅介護支援センターを持ち、特筆すべきは、特別養護老人ホーム梅林園診療所・長寿食研究開発センター・介護技術指導研究センターが設置されている事です。「医療」「食事」「介護」を充実させる事で、「高齢利用者を尊重し、安全に守っていく」事を目標とされています。更に乳幼児を持つ職員には「託児所」を設けて、安心して働ける労働環境が確保されています。</p> <p>和光会として、三つの理念を掲げています。</p> <p>「仁愛」＝ 優しい心で愛に満ちて</p> <p>「誠実」＝ 心に深く寄り添って</p> <p>「研鑽」＝ いっそうの磨きをかけて</p> <p>この理念に沿って、日々の介護サービスに努めておられますが、具体的には、館内随所に黄色の「笑顔」を表すスマイルマーク</p>
-----------------------------	--

<p>特に良かった点</p> <p>とその理由</p>	<p>を張り出して、職員の意識を高め、常に経営者・管理者・職員が一体となって「笑顔で利用者の傍に寄り添うサービス」を実践されている事業所です。</p> <p>(1) 人材の確保・育成</p> <p>○ 人材の確保に関しては、採用に際して有資格者・実務経験者を優先していますが、無資格であっても「介護に意欲を持っている」人物は積極的に採用しています。</p> <p>○ 人材の育成に関しては、新任には、入職後1か月間に渡って日々の業務記録や気づき等のレポートを作成し提出させています。介護リーダー・介護部長が確認し、アドバイスをして業務修得の支援を行っています。</p> <p>現任職員（新任含めて）には、年間研修計画（内部）に基づき業務に関わる全般的な知識と介護技術の向上に努めておられます。外部研修にも積極的な参加を支援して、レポートを作成し伝達研修の機会を設けて、全職員が共有できる仕組みが出来ています。更に、資格取得・ステップアップの為の研修等を実施して有資格者が増え効果が挙がっています。</p> <p>上司の推薦によって、年2回（8月・2月）実施される「登用テスト」を受けて昇格する機会もあり、職員の意欲に繋がっています。</p> <p>また、人材育成の手法として、定年を迎えた熟練の職員を再雇用して、「介護技術指導研修センター」に所属させて、毎日「介護現場」に入り業務の中で直接指導しています。</p> <p>(○ J T の実施)</p> <p>(2) サービス提供に係わる記録</p> <p>利用者の状況変化やサービス提供に関する記録方法の工夫が適切にされています。</p> <p>利用者個人に対する「個別援助計画」で立案した援助目標の項目別に、日々実施が「出来たか」「出来なかったか」の確認表（○印）を用いて、介護計画の整合性と確実性を分かり易く記録しておられます。更に、利用者の「心身の情報」を継時的（時間の流れに沿って）に把握する為に、センター方式（私の姿と気持ちシートc-1-2）の手法を活用して、日々・時々様子を記録しておられます。特に変化があった時には、赤字で記入</p>
-----------------------------	--

<p>特に良かった点</p> <p>その理由</p>	<p>し、職員間で共有できる様に工夫されています。これらを「介護支援経過記録」にまとめて、モニタリングに活用し担当者会議・援助計画作成などに繋げられています。</p> <p>(3) 事業所内の衛生管理等</p> <p>事業所内は、広々として清潔感があり、雑多な介護用品・掃除道具等は「物入れ」に収納されて人目につかない様に気配りされています。トイレ・浴室・キッチン等水回りも清潔に保たれています。特にトイレは「オストメイト対応トイレ」が設置されて、障害を持たれている利用者への配慮も出ています。</p> <p>衛生管理ではありませんが、客室が2か所設けられて家族等が利用者と一緒に食事したり宿泊できる体制ができています。</p> <p>利用者・家族への「思いやり」が、ここでも感じとる事ができます</p>
<p>特に改善が望まれる点とその利用</p>	<p>(1) 情報提供</p> <p>事業所の情報は、パンフレットやホームページ・機関紙等で紹介されていますが、利用者の最も関心のある「利用料金」などの記載が見当たりませんでした。(入所時に渡される重要事項説明書には、詳しく記載されていますが)</p> <p>(2) 意見・要望・苦情への対応</p> <p>利用者・家族等の意向の聞き取りに関しては、意向の把握・検討・改善までの流れは出来て職員には共有されていますが、改善結果等を含めての情報公開がされていません。</p> <p>(3) 利用者の満足度の向上の取り組み</p> <p>利用者の満足度に関しては、栄養士が関わる「嗜好調査」等での食事に関わる満足度の調査を実施され、改善に繋げておられます。また、日常的な業務の中で、利用者・家族等の「気持ち」を汲み取る様に努めておられますが、介護サービス全体に関わる満足度の調査を実施されていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(1) 情報提供</p> <p>介護サービスを利用する際、利用者・家族等にとって最も不安なのが「利用料金」です。介護保険制度では、利用者すべて一律ではなく介護度等によって異なるので、介護度別の料金や自己負担額・食事代・居室料金などを「一日では、一月では幾らかかるのか」を明示しては如何でしょうか？事業所を選択する場合の資料にもなるでしょう。ホームページを活用される事をお勧めいたします</p>

<p>具体的な アドバイス</p>	<p>ます。</p> <p>(2) 意見・要望・苦情への対応 利用者や家族等の意向を聞き取り、改善した結果を地域に公表することで、利用者・家族等や地域の方達の安心感・信頼感に繋がっていくのではないのでしょうか？ ご検討を期待します。公表はホームページや機関紙を活用されたら如何でしょう。</p> <p>(3) 利用者の満足度の向上の取り組み 利用者全員の調査を行い、収集・分析・検討・改善・実施・結果報告となると、大変な作業になると推察されます。A棟からG棟の利用者の内30%～50%程度無作為で抽出して、年一度調査を実施されたら如何でしょうか？ その結果をサービス向上の資料にされて事業計画に反映され、地域へ公表されると事業所の信頼に拍車がかかるでしょう。</p> <p>全体として、園長・介護部長・介護アドバイザーの指導のもと、利用者一人ひとりに寄り添い「利用者本位」のサービスを提供するよう努力されている姿勢が伺えました。</p> <p>ただ、自己評価では、厳しく評価されていましたが、職員の「意欲向上」を鑑み、「自信を持って」評価に当たられては如何でしょう。今後、更なる「介護の質向上に向けて」努力して頂ける事を期待しております。</p>
-----------------------	---

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2672800071
事業所名	特別養護老人ホーム 梅林園
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)	居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成25年6月22日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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。	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)		<p>1 三つの基本理念「仁愛」「誠実」「研鑽」を掲げ、ホームページやパンフレットに記載して地域に公表している。職員には、理念に基づいた運営方針と共に、年度初め・朝礼時・各委員会等で周知徹底させている。更に、理念・運営方針を基に、各部署で年度目標をたて、定期的に進捗状況を確認し、サービス提供を実践している。</p> <p>2 組織体制は「梅林園運営組織」としてきめ細かに体制化され、透明性が確保されている。理事会＝部課長会＝各種委員会等での意見は双方向で共有できる仕組みになっている。朝礼には、経営責任者・管理職・職員が出席して、情報を共有し意見交換を行ってサービス提供に繋げている。</p>		
		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)		<p>3 毎年度末に、各部署でのサービス提供の見直しを総括し、その結果を踏まえて理事会に於いて新年度の事業計画を策定している。全職員には、年度初めに所属長より説明し、介護サービス向上を目指して実行に努めている。</p> <p>4 各部署ごとに課題を確認し、目標を設定してサービス提供を図っている。6か月で所属長が進捗状況を把握し園長に報告している。12か月で反省と見直しを行い、新たな課題を抽出している。</p>		
(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)		<p>5 事業に関わる法令等は、行政やワムネット等を通して収集している。収集した情報は、各部署へ回覧して周知を図っている。又、全体会議に於いても伝達を行っている。文書はファイルして、いつでも職員が確認できる様になっている。</p> <p>6・7 朝礼時に経営責任者・管理職が出席し、職員より状況報告を聞き、情報収集と共に適切なアドバイスを行っている。職員は、其々職場に持ち帰り伝達を行い共有する仕組みが確保されている。</p>		

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。	B	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	A
		(評価機関コメント)	<p>8 採用に当たっては、有資格者・実務経験者を優先している。無資格者であっても意欲的な人物は採用し、資格取得・ステップアップに対する支援(研修・勉強会等)を行って、職員の質向上に努めている。人材や人員体制に関しては、総務部(人事課)で一括管理している。</p> <p>9 年間研修計画(外部・内部)を確実に実施して、職員の介護知識・技術の向上に努めている。不参加の職員には、朝礼時に発表し全職員が共有できる様になっている。日常的には、介護技術指導研究センター所属の介護アドバイザーが毎日現場に入り、業務の中で学ばせている。</p> <p>10 毎年、介護実習生を受け入れている。実習指導者は「実習指導者講習」を受講し体制を整備している。</p>			
(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。	A	A
		(評価機関コメント)	<p>11 有給休暇以外に、特別休暇(夏・冬其々5日)が付与され優先して利用できる様な配慮がされている。特に、園内に「託児所」を持ち、乳幼児を持つ職員は安心して働ける労働環境を作っている。</p> <p>12 職員の心身に関する健康管理は「産業医」を配置し担当している。日常的な職場での悩み等は「介護アドバイザー」が対応しており、職員食堂・休憩場所も確保されている。</p>			
(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。	A	A
		(評価機関コメント)	<p>13 パンフレット・ホームページ等で基本理念を開示している。利用者・地域関係機関等へは月一回発行の機関紙「こもごも」を配布して、事業所の行事等活動状況を広報している。また、地域の「高齢者との交流会」や近隣の保育園児・幼稚園児との「幼老のふれ合い会」を持っている。</p> <p>14 城陽市在宅支援センター梅林園が、他の在宅支援センターと協働して地域の高齢者への相談支援を行ったり、介護教室等を開催して事業所の持つ専門的知識・技術を地域に提供している。</p>			

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。	B	B
		(評価機関コメント)	<p>15 事業所の情報は、パンフレットやホームページで開示し、機関紙「こもごも」を配布して情報提供されているが、介護サービス選択に必要な情報(利用料金等)が幅広く提供されていない。(重要事項説明書等には明記されている)今後、ホームページ等を利用して必要な情報を提供される事を望みたい。</p>			
(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)	<p>16 介護サービスの開始にあたり、サービス提供内容や利用料金等必要な事項に関して「重要事項説明書」等を基にくわしく説明し、理解を得た上で同意の署名・捺印をもらっている。</p>			

(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。	B	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	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		17 利用開始前に、生活相談員が本人・家族・居宅介護支援専門員・医療関係者等から多角的に情報を収集し、梅林園で統一したアセスメントシートを用いてアセスメントを行っている。特に再アセスメントの期間は定期的に定めてはいるが、利用者の状況に応じて確実にしている。 18 アセスメント表から、利用者本人・家族等の希望をくみ取り個別援助計画等の策定に反映させている。 19 個別援助計画等を策定するに当たり、担当介護支援専門員は必要に応じて介護職・看護職・栄養士・機能訓練指導員・生活相談員等の出席を求めて、担当者会議を開催し意見交換を行っている。欠席の場合は、事前に文書で意見照会を行っている。 20 個別援助計画等の見直しは、日々の介護支援経過記録からモニタリングを行い、必要に応じて随時(1か月～3か月毎)実施している。		

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)		21 梅林園診療所の医師が、週数回訪れ状態を把握している。緊急の場合は看護職から医師に連絡し指示を受けている。必要に応じて関係医療機関への搬送体制(受診・入院等)が確保されている。		

(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	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。	B	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。	B	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	A
(評価機関コメント)		22 業務マニュアルは、各種委員会(感染症対策・事故防止・身体拘束廃止等)で作成し、見直しを行っている。変更改正があれば、朝礼等で全職員に伝達し周知を図って活用している。 23 日々の介護支援経過記録が作成され、其々各部署で管理保管されている。個人情報の守秘義務については、入職時のオリエンテーションで説明し理解の上「誓約書」をとっている。 24 利用者の心身の状況等については、午前・午後の申し送り時に情報を確認し共有している。必要に応じて、朝礼時にも報告し全職員に周知を図っている。「申し送りノート」等も利用している。 25 家族等への利用者の情報交換は、主に面会時或いは電話で行っている。又、利用者の状況変化や個別援助計画時に情報提供し意見交換を行っている。結果は「家族面接通信録」に記録している。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		26 感染予防対策委員会を3か月に一度開催し、感染症に関するマニュアル作成・見直しを行っている。健康管理部が、全職員に向けて「感染予防」についての研修を行っている。今後、フムネット等で新情報を速やかに収集して現場への伝達を検討される事を望みたい。 27 日々の清掃は職員が行っている。館内全体に渡って清潔感があり、物品なども整理整頓されている。各所に物入れが作られていて、介護用品・掃除道具等人目につかない様に配慮している。トイレ・洗面所・浴室等も広く清潔に保たれている。トイレにはオストメイト設備を設置している。清掃の記録表も作成されている。		

(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	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)	<p>28 事故・緊急時・災害発生時等の対応マニュアルは作成されている。年3回以上昼・夜想定で消防訓練が実施されており、AEDも設置されて研修も行われている。城陽市と提携して、災害時地域住民の避難場所となっている。4日分の備蓄があり、炊き出しも可能となっている。</p> <p>29 事故・ヒヤリハットが発生した場合、速やかに対応すると共に報告書をまとめ、各部署に回覧し状況を共有している。更に、事故防止対策委員会を開催し、原因究明と改善策等を検討している。家族等には、状況と改善策を説明し、場合によっては、行政に文書で報告している。職員には、全体会議等で事故防止対策委員会での結果を報告し、事故再発予防に繋げている。</p>
--	--	------------	---

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)		<p>30 管理者は、常時介護現場に入り「利用者の気持ち」をくみ取って、職員と共に「利用者本位」のサービス提供を心がけている。利用者の尊厳に対しても、接遇マナー・身体拘束に関わる研修(内部・外部)等を行い、全職員に意識付けしてサービス提供に努めている。</p> <p>31 プライバシー保護・羞恥心への配慮に関して、言葉使い・排泄時の介助・入浴時の介助等、利用者の気持ちを損なわない様に配慮している。又、接遇マナー等の研修を行うと共に、年一回全職員に対して自己採点表を用いて「自己評価」を実施して、自分のサービスについて「振り返り」の機会を設けている。</p> <p>32 入所に関しては、入所判定規定に基づき「入所準備委員会」で決定する仕組みになっている。基本的に、常時医療的な治療を必要とする場合を除いて受け入れている。</p>		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>33 利用者の意向の聞き取りに関しては、城陽市から派遣される介護相談員(二人一組)が定期的に訪れ、利用者の悩みや意見を聞いて職員に伝えている。又、管理者・生活相談員・介護アドバイザーが日常的に利用者の中に入って、生の声を聞き取っている。家族等や外部からの苦情等の対応として「要望箱」を設置している。</p> <p>34 利用者の意向の対応としては、「苦情相談解決委員会」において検討し、改善策を講じてサービス向上に繋げている。委員会で検討した結果は、全職員に文書での回覧や朝礼等でも伝達し周知させている。今後、利用者・家族等の意向や検討結果を公開される事を望みたい。</p> <p>35 第三者への相談窓口に対しては、館内に掲示して案内している。又、「重要事項説明書」に具体的に記載し、入所前にくわしく説明して理解してもらっている。</p>		
(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。	B	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。	B	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)		<p>36 利用者の満足度に関しては、食事に対して定期的に嗜好調査等で満足度を把握し、献立や行事食等に反映させている。他のサービスに関しても、職員が日常的に利用者に接する中で「気持ち」をくみ取る様に努めているが、年一度の満足度調査としては実施していないので、今後検討を望みたい。</p> <p>37 部課長会議(全併設事業所)・各種委員会等に全職種の職員が参加して、サービス向上に向けての意見交換を行っている。</p> <p>38 毎年第三者評価を受診する事によって、自己評価を行い更に第三者の評価を基に総務部で分析・検討して、課題を明確にして次年度の事業計画に反映させている。</p>		