

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 4 月 4 日

平成 25 年 1 月 21 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 修道洛東園様につきましては、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>組織体制</p> <ul style="list-style-type: none"> 組織図を整備し、各職種の役割と責任を明確にした規定を定めて組織としての透明性を確保されていました。 <p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念～目標～課題を一覧表示して、各部門の課題の整合性を図っておられました。 <p>継続的な研修・OJTの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> 経験年数等の段階に応じた研修プログラム（キャリアパス）が行なわれ、職員の希望によって行う研修費助成制度がありました。 <p>利用者の決定方法</p> <ul style="list-style-type: none"> 入所判定基準を作成し、入所判定委員会で公平・公正に利用者を決定しておられました。また重度の認知症や経管栄養の方の受け入れ実績もありました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員個々の有給休暇の消化率は把握されていましたが、事業所全体の消化率が把握されていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>労働環境への配慮</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業所全体の有給休暇の消化率を把握することによって、年度推移、他事業所・全国平均との比較が可能となり、職員の労働環境の整備につながるのではないのでしょうか。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 開設間もない施設ですが、組織的に整備され、利用者ヒアリングやアンケート結果からも入所者の信頼を得られていることがうかがえました。

※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	2670800271
事業所名	特別養護老人ホーム修道洛東園
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
訪問調査実施日	平成25年3月5日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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)			・ホームページ、広報誌、職員の名札裏面に基本理念、運営方針を明記し、施設内に掲示されていました。 ・組織図を作成し、職種別の職務権限等の規定がありました。		
(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)			・サービスの質の向上を目指した中・長期の事業計画があり、4半期ごとに評価しておられました。 ・業務レベルの課題を設定し、年2回の人事面談を通じて課題の達成状況を確認・見直しが行なわれていました。		
(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)			・現場責任者が把握すべき法令等の明文化を行ない、法令遵守に関する研修が行なわれていました。 ・運営管理者が自らの行動について信頼を得ているかどうかを、年2回の人事面談を通じて把握されていました。 ・緊急時対応マニュアルを作成し、緊急連絡網も整備されていました。		

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・資格取得における施設内勉強会の開催や取得後の資格手当支給等が行われていました。 ・経験年数等の段階に応じた研修プログラム(キャリアパス)が行なわれていました。 ・実習受け入れマニュアルを作成し、実習指導者に対する研修も行なわれていました。 		
(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	B
		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環境を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・有給休暇の消化率や労働実態の把握に不足が見られました。 ・メンタルヘルスに関する研修が行なわれ、職員が悩みやストレス解消するための対人援助の外部機関(ライフサポートクラブ)が確保されていました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、法人の機関紙の配布を通じて、事業所についての情報が地域へ公開されていました。 ・施設主催の救命研修の参加を地域の利用者家族に呼びかけるなど、事業所の有する機能の地域への還元が行なわれていました。 		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、広報誌を通じて事業所情報が地域に提供されていました。 ・利用者の問い合わせや見学希望等についての対応状況が「相談記録」に記録されていました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・内容・料金の明示と説明を契約書や重要事項説明書に分かりやすく明記し、同意を得ておられました。また成年後見制度の利用実績もありました。 		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		・所定の様式によりアセスメントを実施されていました。また、プラン作成時には、本人・家族の意向を確認されていました。 ・アセスメントに基づき、利用者・家族の希望を尊重した個別援助計画が策定されていました。 ・利用者本人・家族、多職種の専門家が参加するサービス担当者会議で個別援助計画が策定されていました。 ・個別援助計画の見直し時期や変更基準については、「ケアプラン作成マニュアル」に明記されていました。		

(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)		・医療機関からの入・退院時のカンファレンスに参加し、また地域の事業所連絡会を通じた情報交換をされるなど関係機関との連携を取っておられました。		

(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)		・各種業務マニュアル・手順書を整備し、年1回の見直しも行われていました。 ・利用者の心身の状態を随時記録し、マニュアルに基づいて適切に保管・廃棄等されていました。 ・ミーティング、ケア記録、日誌、経過記録等を活用して職員間の情報共有が行われていました。 ・年2回家族交流会を実施し、また必要に応じて連絡帳を活用し、家族と情報交換されていました。		

(6)衛星管理

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)		・感染症マニュアルを作成し、感染症予防対策研修も実施されていました。 ・清掃の実施状況を「実施記録」に記載し、臭気対策として空気清浄器が設置されていました。		

(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。	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
(評価機関コメント)		・緊急時や災害時対応マニュアルを整備し、実践的な訓練が行われていました。 ・事故発生時には、マニュアルに沿って速やかに事故報告書を作成し、再発防止等に努めておられました。また保険者への報告についての規定（「利用者が受診したら京都市へ報告する」）も作成されていました。		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・「挨拶・会話チェックシート」で日々の業務を振り返るなど利用者本位のサービスの提供に努めておられました。 ・プライバシー保護マニュアルを作成し、研修も行なっておられました。 ・入所判定基準を作成し、入所判定委員会で公平・公正に利用者を決定しておられました。 		
(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。	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	公的機関等の窓口にご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)		<ul style="list-style-type: none"> ・年一回利用者満足度調査を実施し、意見箱を設置して利用者の意向を拾い上げることに努めておられました。 ・意見・要望・苦情をケア記録に記載し、対応状況は匿名性を配慮して広報誌を通じて公開されていました。 ・介護相談員を受け入れ、第三者委員も設置しておられました。 		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度調査を実施・検討し、サービスの質の向上に活かしておられました。 ・ユニットミーティング・フロア会議・特養会議等を通じて、サービスの質の向上に取り組んでおられました。 ・年4回各フロア・部署で、サービスの提供状況についての振り返りを行ない、次年度の事業計画に反映させる仕組みがありました。 		