

アドバイス・レポート

平成 28 年 2 月 23 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 28 年 1 月 6 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淀の里）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 (※)	<p>1) 穏やかな環境でのサービス提供 各フロアとも利用者一人あたりの占有面積が適当で、ゆったりとした雰囲気があり、ご利用者に対する従業員の声かけや介助方法にも穏やかに感じました。</p> <p>2) 管理者と職員との意思疎通の良さ 管理者と介護職員との距離が近くなるよう努力され、末端の職員からの意見をくみ取り易い関係を築いておられ、ひいては利用者へのサービス向上へ寄与されていると感じました。</p> <p>3) 地域との良好な関係づくり 施設の一部を地域住民に無償で貸与されるなど施設機能を地域に還元し、地域に積極的に貢献されていることが確認できました。</p> <p>4) 優良な労働環境の提供 有給休暇の積極的な消化促進、多数の産休取得実績等、労働環境の向上に努められていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1) より質の高いサービスの向上に向けての継続的な研修実施・OJTの充実 研修計画は一応策定されてはいましたが、新入職員のフォローアップ研修等、研修計画に基づく継続的な研修実施への取り組みが十分とは見受けられませんでした。</p> <p>2) 利用者・ご家族の意見を基にしたサービス向上を検討する仕組みの充実 ご家族へのアンケートを実施し、集計結果を各部署へ伝達されてはいたしましたが、アンケートの結果を検討し改善する仕組みが確認できませんでした。</p> <p>3) 各種マニュアルの定期的な見直しの実施 各種マニュアルは整備されてはいたしましたが、定期的な見直しが滞っていました。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) より質の高いサービスの向上に向けての継続的な研修実施・OJTの充実 サービスの質の向上とは、介護技術は勿論のこと事故防止、感染予防、プライバシーの保護や虐待の防止、利用者や家族に対する言葉遣い、教養娯楽の提供等、多岐にわたると思います。勤務年数が長くなれば徐々に慢性化し初心を忘れがちになります。今回の受診に際し実施した利用者アンケートのコメントに、一部言葉遣いの不適切な職員が見受けられるとのご指摘がありました。貴施設は採用時研修を採用の都度おこなわれていますが、外部研修に参加した職員による伝達研修を充実される等、継続的に内部・外部研修を行われ、今後管理者・職員の努力で、より質の高いサービスを提供されることを期待致します。</p> <p>2) 利用者・ご家族の意見を基にしたサービス向上を検討する仕組みの充実 家族アンケートを実施し、「結果を回覧している」とのことですが、アンケートの結果について検討する仕組みをつくり、要望に沿って改善した結果を公表することで、施設への信頼も高まると思われれます。サービス向上について議論する仕組みを検討されては如何でしょうか。</p> <p>3) 各種マニュアルの定期的な見直しの実施 介護サービス提供のための情報は、社会の情勢等により変化する場合もあります。業務に関するマニュアル類は一年に一度程度見直す仕組みを作られることが望ましいと考えます。</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	2670900436
事業所名	特別養護老人ホーム淀の里
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)	通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年1月21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
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)		理念等はパンフレットや施設内に掲示され、利用者に周知されるとともに、管理者は、毎月の事業所内会議等に出席して職員に対して理念の周知に努められています。			
(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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		事業計画を策定され、業務レベルにおける課題の設定にも取り組まれていました。中長期計画が策定できていないとのことでした。			
(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。	B	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)		外部研修には積極的に参加されているようでしたが、「管理者が自らを評価する仕組み」はないとのことでした。			

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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		質の高い人材を確保する努力を行われていました。採用時研修は実施されていましたが、年間研修計画に沿ったフォローアップ研修の実施が十分行われていないようでした。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	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	A
		(評価機関コメント)		休憩時間に職員が業務から離れてリラックスできる複数の場所を確保されていました。職員のサークル活動に対する金銭面での助成等を通じてストレスの解消を図られていました。		
(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)		法人役員等の半数近くが地域の方で構成され、隣接する学校等との交流や、施設の自衛消防隊が地域防災活動に参加されるなど、地域と積極的に交流をおこなってられました。施設の一室を地域に開放し、事業所機能の地域への還元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
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)		ホームページでの情報提供やブログの更新、見学の随時受入れなど、一般の方に対して施設に関する情報提供を積極的に行っておられました。		
(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)		わかりやすい重要事項説明書を整備し、身寄りの方のないご利用者には成年後見制度を利用されていました。今回実施の利用者家族アンケートにも「十分丁寧に説明していただけた」とコメントされている方もありました。		

(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)		標準的な介護計画策定の手順の実施を確認致しました。		

(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)		協力医療機関との連携が確認できました。		

(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		各種のマニュアルの見直しが幾分滞っていました。書類の保管等に関して明文化されたルールが確認できませんでした。家族の都合を優先して担当者会議を開催し、約半数のご家族が会議に参加されていました。		

(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。	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)		感染症マニュアルの見直しが滞っていました。チェック表等で、職員に整理整頓を意識づける工夫をされていました。サービス提供の場は概ね衛生的でしたが、スタッフエリアや消耗品保管庫等のバックヤードはもう少し整理整頓の必要があると感じました。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		法令に定められた防災訓練を実施し、ヒヤリハットや事故等に関する記録・検討も行われていました。地域との防災協定も締結されていましたが、マニュアルの作成・訓練が未実施でした。		

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	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。	B	B
		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。	B	B
		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)		身体拘束防止を意識づけるポスターを掲示したり、人権に関する研修会への参加もされていましたが、改めてサービス内容を振り返る仕組みがなく、プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供や援助のための研修が不十分とのことでした。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		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)		苦情受付箱を設置されていましたが、利用者との定期的な懇談会等は行われていませんでした。苦情の記録は確認できましたが、「個人情報に配慮した方法での公表」が行われていませんでした。外部の人材による利用者の相談機会が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っている。	B	B
		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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		家族アンケートを実施し、結果を回覧されていましたが、改めて結果についての検討を行う仕組みが確認できませんでした。他事業所の取り組みを情報収集することはあまり出来ていないとのことでした。自主点検以外の自己評価は行っていないとのことでした。		