

アドバイス・レポート

平成26年4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25年11月25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 ひだまり久世 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9 継続的な研修・OJTの実施 中長期計画に新任職員の育成、職員教育をあげ、体系的に定めた「新任育成研修」「フォローアップ研修」を実施しています。「新任育成研修」では、入社2か月後に全ての介護技術が一人で出来、3か月目には自信を持って夜勤勤務が出来ることを到達目標に掲げています。 集合研修(OFFJT)→実習→テスト→現場研修(OJT)のスタイルを繰り返し、介護に必要な知識と技術を段階を踏んで習得して行きます。研修プログラムは利用者の尊厳・プライバシー保護・自立支援の理念の周知と実践を貫いています。経験を積んだ職員も指導の中で基本に戻ることが出来、フォローアップ研修にもなっています。外部研修へ積極的に派遣しています。 ●通番17・18・19・20 個別状況に応じた計画策定 PCソフト「ほのぼの」を活用し、職員間でケアマネジメント実践記録を共有しています。専門職による栄養や機能訓練の個別援助計画書、各ユニットの排泄・入浴・食事委員による排泄・入浴・口腔ケアの個別援助計画書も作成し、利用者一人ひとりの自立に向けたケアが誰でも提供できる様、サービスの質の均質化を図っています。利用者の92%が認知症を持つ人ですが、全職員が小冊子「接遇マニュアル」を所持し、組織をあげて認知症ケアに取り組んでいます。 ●通番22 業務マニュアルの作成 各種の業務マニュアルをユニット毎に配備し、個別援助計画書、業務マニュアル・手順書を基に、安全第一・利用者の持つ力を活かすケアに努めています。利用者の尊厳・生活の継続性・自立支援の観点から、介護度5の利用者も可能な限り一人浴槽を使っています。(介護者は検定試験の合格者) ●通番35 利用者の意向への対応とサービスの改善 食事に関する嗜好調査を年1～2回行っています。利用者の希望から普段提供できない品を行事のバイキング食で提供したり、副菜のソフト食やゼリー食を素材の味・形・色等を保った状態で提供しています。又、利用者満足度調査を年1回行い、サービスの質の向上に役立てています。嗜好調査も満足度調査も結果を利用者に公表しています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	●通番14 地域への貢献 法人サイドでは、広報誌をはじめ様々な講座を開き、法人が持つ専門的な技術や情報を地域に提供していますが、施設独自では行っていません。 ●通番36 第三者への相談機会の確保 重要事項説明書等に明記されている苦情や意見等の【相談窓口】に、電話番号やファクス番号が記載されていません。 ●通番39 評価の実施と課題の明確化 今回、行政主導の「自主点検」は規定以上に年2～3回実施していますが、質のより一層の向上を図る為の施設が主体的に行う「自己評価」年1回以上行っていない。

具体的なアドバイス	●通番14 地域への貢献 法人の「いきいき講座」等で同様に、施設が持つ専門性を活かした地域向けの活動が展開出来ると思います。介護職がキャラバンメイトとなり、「認知症ケアサポート養成講座」を開いたり、検定に合格した介護職員による入浴介助の方法や管理栄養士の調理の工夫等、施設が持つ専門的な技術や情報を地域に提供されてはいかがでしょう。また、広報誌の発行を望みます。 ●通番36 第三者への相談機会の確保 重要事項説明書等に第三者及び公的機関の窓口を明記していますが、電話番号やファクス番号等の連絡方法の記載が必要と考えます。 ●通番39 評価の実施と課題の明確化 今回の第三者評価受審に向けて、事前に「自己評価」を3か月かけて部署代表の10人で行っています。同じ様に「自己評価」を年に1回以上行うことをお勧めします。質の向上に向けて施設サービスを総合的に振り返ることができ、自施設の強みが解り、弱みを改善する手がかりが得られると考えます。
------------------	---

※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)

※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	72800261
事業所名	ひだまり久世
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成26年3月25日
評価機関名	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。	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思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	A	
	(評価機関コメント)		1. 法人理念・行動指針・施設の基本方針を職員専用通用口や各ユニットフロアに掲示しています。職員に名札の裏、職員会議で唱和、文書説明する等で、利用者・家族、地域にはホームページ・パンフレット等で周知しています。 2. 組織図、委員会図、業務分掌表等を作成し、組織の案件別の意思決定方法を明確にしています。ユニット代表が各種の会議や委員会に参画し、職員の意見が運営に反映させています。様々な会合の議事録から確認できました。			
(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。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3. 4 中長期計画に「特養の1棟増床(80→170)に伴う採用時からの職員育成研修の確立」をあげています。各種の運営委員会が作成した教科書（マニュアル）を使い単年度事業で着実に実行しています。また、単年度事業計画に職員育成を始め、地域との連携・質の向上・利用者満足度調査の実施をあげ、総括（評価）を年度末に行い改善点を明確にしています。各種の運営委員会とユニットリーダーが「教科書＝マニュアル」を運用し、全職員が主体性を持ち、部門を横断して組織全体で課題の達成に取り組んでいます。職員ヒヤリングや各種の議事録から確認できました。年度計画に沿った業務レベル(看護・介護・リハビリ・管理・事務等)の課題設定が書面で明らかになっていませんでした。			
(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組みを行っている。	A	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。	B	A	

		(評価機関コメント) 5. 行動指針に法令遵守を明記し、全ての業務を通して法令を遵守することを会議や研修等で周知しています。自主点検表のチェックを看護・介護・栄養・リハビリ等の部門責任者が行い、内部統制機能の強化を図っています。尚、事業運営において遵守すべき関係法令のリスト化をお勧めします。 6. 施設長は各種の委員会に出席し、良質なサービスを安定的に提供していくための基盤づくりを遂行されています。法人の人事考課制度に基づいて、施設長は年3回、個人面談で職員の意向を把握し、理念の追求と中長期計画の実現に向けて指示や助言を与えています。職員評価は副主任(一次)と施設長(二次)が行っていますが自己評価はありません。ユニットリーダーの評価は「4段階評価表」を使い、自己評価と現場職員からの評価となっています。施設長自らの行動を客観的に評価する仕組みはありませんでした。垣根のない関係づくりを目標にした施設で、職員の意向が上位者に受け入れられています。職員ヒヤリングで確認できました。 7. 施設長と携帯電話で指示等を仰げる体制にしています。業務日誌や各種の報告書を整備しています。
--	--	---

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						

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)		15. ホームページやパンフレットで施設の情報を開示しています。施設見学は毎日曜日に応じていますが、新しい棟の開設で見学希望者が多いとのこと。介護支援専門員と生活相談員が柔軟に対応されています。		
(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)		16. 介護サービスの利用に際して、重要事項説明書や運営規定等で料金や内容等を利用者に説明し、同意(署名・捺印)を得ています。預り金の運用についても説明し同意を得ています。利用者の権利擁護に関する成年後見制度等を意識的に活用しています。		

(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	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)	17. 18. 19. 20. ケアマネジメント実践記録を個人別にファイルしています。週1回、本人・家族等、各専門職の出席の下でケアカンファレンスを行っています。出席が叶わない時は、利用者情報は家族等から聞き取り、専門家から照会文で収集しています。個別の援助計画の見直しは、介護度の更新時や心身の状態の変化等の他に、全ケースを半月毎に行っています。また、介護計画書はケアマネが作成した個別援助計画に加え、利用者本位の個別ケアを目指した栄養計画・機能訓練計画・入浴計画・排泄計画・口腔ケア計画を作成しています。ケアマネジメント実践記録や各種の計画書で確認できました。				
(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. 医務室に嘱託医を2名配置し、不在時もオンコール体制で入居者の健康管理に努めています。医療処置を要する人も嘱託医と主治医から指示を仰ぎ、適切に対応しています。歯科医師の訪問診療(週1回)により歯科衛生・口腔ケアの充実を図っています。訪問マッサージも提供しています。地域向けに行った「健康マッサージ」の取り組みが、ニュースステーション「すこやかスポット」で紹介されたとのことです。(京都府からの要請)				
(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。	B	A	
(評価機関コメント)	22. 介護業務マニュアルは開設時から毎年見直し(更新)を行い、現場で活用できるよう各ユニットに配備しています。介護業務マニュアルに沿った入浴・排泄・食事等の介護技能を研修で研鑽しています。入浴介助において、安心・安全・腰痛予防の観点からマニュアル研修を履修し、入浴・移乗委員が行う検定試験(実技と筆記)に臨みます。合格者のみが介護度の高い人の介助を行う仕組みとなっています。マニュアルが現場で活かされています。 23. 記録類の文章は「個人情報保護規定」や「利用者の記録取扱い」に基づき、PC内で管理しています。個人情報の保護と開示については、利用者・家族に文章で周知し、職員は文章と研修で周知・理解しています。 24. 個々利用者の状況やサービス提供状況の記録をPC介護ソフトで行い、介護・看護・ケアマネ等が内容確認したものを全職員が閲覧しています。また、排泄・入浴・口腔ケア委員会や週1回のケースカンファレンスや申し送りノート等で個々の利用者の情報を職員間で共有しています。 25. 毎日、朝8時～夜8時までの間、平均20数名の家族らが面会に来られています。備え付けの面会簿で確認しました。又、面会時や衣替え依頼時、外出行事・家族参加の行事(バイキング等)、年賀状等で家族との絆を強めています。				
(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。	B	A	

	(評価機関コメント)	26. 感染症の対策及び予防に関するマニュアルや研修等で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。1月に1ユニットで職員を含め10人余りが罹患したが、マニュアルに基づいた行動で他のユニットへの拡大を防ぐことが出来たとのことでした。27. 日常的に「掃除チェック表」を使って清掃・整理整頓に努めています。チェック表はトイレを始め、シンク・テーブル・手すり・ドアノブ・浴槽溝・・等とあり、清掃が丁寧に行われていることが理解できました。			
(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。	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。	B	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. リスク委員会を中心に、事故とヒヤリハットの違いや事故発生時の対応等をテーマにマニュアルに沿った研修を行い、事故の発生と防止に努めています。 29. 事故やヒヤリハット事例の報告を義務付け、事故に関しては現場検証(写真掲載)による原因究明に努めています。ヒヤリハット事例の報告書は、転倒・環境・薬・食事・外出・・等と原因・場所が特定でき、事例が予防に繋がる様に工夫されています。 30. 災害対応マニュアルや自衛消防組織編成表に基づいて、職員研修と実践的な訓練(年2回)を行っています。福祉避難所に指定されていて、地域と合同で年2回避難訓練を行っています。又、プロパンガスの供給やリネン・おむつ類の配給、定期薬の処方等について、地域の業者と協定や約束を交わしています。			

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	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。	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。	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)	31. 法人の理念に「個人の尊厳と人権を尊重します」と明記し、職員には入社当初日から周知しています。「身体拘束禁止」や「高齢者虐待防止法」、「疑似体験」等の研修を行っています。サービス提供の現場(排泄・食事・入浴等)や面談等で利用者・家族の尊厳保持に配慮する様、施設長や組織の上位者が常に注意喚起しています。ケアマネジメント実践記録や職員ヒヤリングで確認できました。 32. 全室個室・個人浴槽である為、ハード面で排泄や入浴時のプライバシーは保護されています。全ての職員がサービス提供時にプライバシー保護に関して問題意識を持つよう、施設長等が現場を巡回し、注意喚起(指導強化)しています。プライバシー保護について、職員は個人情報保護や接遇、排泄・入浴介助等の研修で学んでいますが、さらに利用者のプライバシーや羞恥心に気づき配慮した援助の方法を学ぶ単独の研修を行ってはいかでしょうか。 33 介護の必要性を点数化した入所判定基準を定め、入所判定会議でサービス利用の決定を公平・公正に行っています。				
	(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。	B	B	
	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	A	
	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。	A	B	
	(評価機関コメント)	34. 利用者満足度調査や嗜好調査を行い、意見箱を設置する等、利用者の意向を吸い上げています。ケアカンファレンスを利用者・家族の出席の下で行っています。定期的な利用者個人に対して相談面接や懇談会は、毎日20数名の家族等の訪問がある為、あえて行っていないとのことでした。定期的に、ユニット内で職員が利用者個人に聞き取ったり、敬老会等の行事に集まった家族が意見交換する「懇談の場」を設ける等は如何でしょう。 35. 利用者の意向に迅速に対応しています。苦情処理規定に基づき、受け付けた職員に報告を義務付け、職員会議で開示し、組織全体で迅速な改善に取り組んでいます。受け付けた苦情や意見、改善内容が施設内に掲示・公開されていました。 36. 第三者と公的機関を相談窓口を設置しています。重要事項説明書に相談窓口である公的機関の名前を記載していますが、第三者や公的機関の連絡方法(電話番号やファクス番号)が記載されていませんでした。外部(城陽市)の介護相談員を受け入れ、利用者が施設外の人に相談できる機会を確保しています。				
	(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	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。	B	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。	B	B	

		(評価機関コメント) 37. 利用者満足度調査や食事の嗜好調査を行っています。把握した結果をテーマ毎に各種の委員会で分析・検討し、施設全体でサービスの質の向上に役立てています。 38. 月1回開催の各種委員会において、サービスの質に関する課題を検討しています。検討の結果を全職員が共有し、フロア会議で具体的な取り組みについて話し合っています。又、山城地域で定期的開催される施設長会議(府老協)やショートステイ委員会、ユニットケア推進会議、ケアマネや地域包括ケア会議、地域サービス検討会等に積極的に施設長及び職員が参画し、他の施設・事業所の評価や取り組みに関する情報を4収集し、自施設のサービス改善に役立てています。 39. 年2～3回、施設サービスの評価をサービス向上委員会が行っています。今回の第三者評価の受診に当たって、施設長及び多職種(10名)で構成する「サービス評価委員会」を立ち上げ「共通評価項目チェックシート」を使って施設の「自己評価」に取り組みました。今回同様、今後も1年に1回以上の頻度で「自己評価」に取り組みられることを望みます。
--	--	--