

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 2 月 13 日

平成 23 年 8 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加茂の里）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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番 8) 質の高い人材の確保 (通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>組織図に基づき常勤、非常勤、資格保有者の比率を検証しています。本部において人員配置の管理を行い職員採用要領書に基づき、資格や意欲、積極性等を勘案して採用しています。入職後は介護支援専門員などの資格取得にむけた研修会の開催や、テキストの準備やシフトを考慮する等支援をしています。また教育訓練計画や研修計画に基づき多くの研修が行われ体系的な教育が成されています。研修報告書を提出し伝達研修を行い職員のスキルアップに繋がっています。</p> <p>(通番 22) 業務マニュアルの作成 (通番 23) サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>介護職員手順書、医務室業務手順書等の各種マニュアルが整備され、それに基づき日々の業務を行っています。年 1 回マニュアルの見直しを行う他、年 2 回内部監査を実施しサービスが標準的なものであるか監査是正処置要求表に基づき業務の見直しをしています。個人記録は健康状態や排便、食事量等日々の状況の記録と介護計画に沿った記録を分けるなど記録方法に工夫をし計画の実施状況の確認をしやすくしています。記録の保管については記録管理規定に保管の仕方と期間について明示しており、個人情報の使用目的、重要事項説明書、個人情報取り扱い規則等について研修や教育を行うなど職員の理解を深めるための取り組みを行っています。</p> <p>(通番 33) 意見・要望・苦情の受付 (通番 34) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>年 2 回の家族会や日々の面会時に直接意見や要望を聞いたり、年 1 回の満足度調査の結果から把握するようにしています。また家族に往復ハガキを送付し要望や意見を記入してもらうよ</p>
------------------------	---

	<p>うな働きかけを行っています。出された要望や苦情の対応方法については意見受付手順書に基づき記録に残しサービス向上委員会で話し合い、改善策を講じ職員に周知しています。さらに年1回の機関紙にも掲載し公表したり、コールバック連絡書に記入し第三者委員に報告し助言を受けるなど出てきた意見や要望、苦情をサービスの改善に繋げています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番3) 事業計画の策定</p> <p>キャリアパスの充実、事業運営の安定化、研修の充実等の重点目標をあげ中・長期計画として位置付けており、単年度の事業計画は中・長期計画を基に策定されていますが、中・長期計画の明文化されたものではありません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番3) 事業計画の策定</p> <p>中・長期についてのビジョンは持たれていますので達成時期等を定め明文化し、職員に対しての意識付けや達成感に繋げていくような取り組み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)

評価結果対比シート

事業所番号	2671400048
事業所名	社会福祉法人青谷福祉会 特別養護老人ホーム加茂の里
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)	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、通所介護、介護予防通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年11月22日
評価機関名	特定非営利活動法人 市民生活総合サポートセンター

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)			法人の母体である武田病院グループの経営理念「思いやりのこころ」を基本方針が掲げられ、その達成のために品質方針が設定されています。品質方針は各フロアに掲げられており、職員は品質方針の明示されたカードを携帯して周知徹底し所属長が集まる拡大会議においても浸透するようにしています。利用者・家族に向けてはパンフレットや機関紙に掲載し、周知を図っています。ケアの実践においても事業計画に基づき目標を数値化し各部署毎に毎月達成状況を確認しながら達成に向けて取り組んでいます。拡大会議、運営会議等で職員の意見を出し合う機会があり、出された提案等は職務権限規定に基づき決定されています。		
(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。	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)			年度当初に事業計画についての研修が実施され各部署の運営会議で話し合い計画案を提出しています。決定された事業計画は施設長より説明があり、実践に向けて方針展開表を作成し活動目標を立て実施し、活動報告書を基に上半期、下半期に分けて評価し検討しています。キャリアパス(キャリアアップの道筋や基準・条件を明確化した人材育成制度)の充実、事業運営の安定化、研修の充実等の重点項目をあげ中長期計画として位置付けており、単年度の事業計画は中長期計画を基に策定されていますが中長期計画が明文化されたものは備わっていません。拡大運営会議や運営会議等で活発な意見交換の機会があり、サービスの向上に努めています。		
(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	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)			管理者は施設長研修会や介護保険サービス事業者研修会等に参加し、法令の改定、遵守について情報を得ており、コンプライアンス管理規定に明文化しています。施設長は拡大会議等に参加し職員の意見を聞き取りまとめながら運営されています。管理者は日々の業務管理日誌や報告等で施設内の状況を把握し、緊急時にも携帯電話を所持し、いつでも連絡をとれるようにしています。また職員は緊急時対応要領書における判断基準により支持を仰ぎ対応するようにしています。		

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
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)	組織図に基づき常勤、非常勤、資格者の比率を検証し本部において人員配置の管理を行い、職員採用要領書に基づき資格、やる気、積極性等を勘案して採用しています。入職後は介護支援専門員などの資格取得に向けて研修会を開催したり、テキストの準備やシフトを考慮する等、体制を整えています。また教育訓練計画や内部の研修計画に基づき多くの研修が行われ体系的な教育がなされています。研修報告書の提出により伝達研修を行うなど職員のスキルアップに繋がっています。実習の受け入れに関しては積極的に取り組んでおり、介護実習マニュアルを作成しています。実習体験中の留意点や実習生としての態度等、介護実習受け入れに関する事項が明記されています。また担当者は指導者研修に参加し、他の指導担当者に伝達をしたり、介護実習報告書を閲覧できる場所に置きそれぞれが学習できるようにしており、適切に指導できるような体制が築かれています。			
(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	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。	B	A
		(評価機関コメント)	職員の時間外勤務については超過した時間や支給手当等、超過勤務管理表にて、有給休暇については有給取得率をデータ化しパソコンにて管理をしています。職員の健康状態や就業状況などは安全衛生委員会にて把握するようにしています。ストレス管理に関しては武田病院グループが産業医と契約を交わしており、いつでも相談できる体制が整えられています。また職員及び職員の家族の医療費免除還付制度などの福利厚生制度が設けられています。職員休憩室として宿直室と女子更衣室の2か所が使用されており、畳が敷かれゆっくり休憩できる環境が整備されています。			
(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)	毎月発行する施設の機関誌やホームページに運営理念や基本方針等を掲載し、いつでも見ることができるよう公開しています。事業所の夏祭りにはボランティアの参加があり、地域の行事には職員付き添いのもと利用者が参加するなど地域との関わりを大切にしています。また地域包括支援センターの職員やキャラバンメイト、社会福祉協議会の人達が参加し介護者交流会を開催し地域住民との話し合いの場を設けニーズの把握に努めています。			

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						
(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)	パンフレットに写真や大きな字でわかりやすく施設の情報を掲載しています。見学や相談に来られた方に対しては生活相談員が対応し、施設の情報を提供し記録に残しています。			

(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)	重要事項説明書にサービスの内容や料金等を詳しく記入し、それをもとにわかりやすく説明を行っています。利用者の判断能力に支障があると判断された場合は、権利擁護のための仕組みを利用して後見人との契約を行っています。			
(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。	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。	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)	介護支援専門員手順書にもとづいて介護計画を作成しています。3か月毎にモニタリング総括表にチェックを入れ、看護師、介護職員、相談員、管理栄養士、機能訓練士等がモニタリングをしています。得られた情報をアセスメント用紙に記載し本人や家族の希望も踏まえて課題を明らかにし次のプランに反映させています。年に1回の見直し前に相談員、介護職員、機能訓練士、管理栄養士、介護支援専門員等参加のもとサービス担当者会議を開催し評価、及び課題について話し合いをしています。医師や看護師、家族等参加できない場合は事前に意見を聞き集約しています。状況に応じて随時見直して計画の変更もしています。			
(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)	母体が医療法人であるため嘱託医の往診が週2回と看護職員も常駐しており何かあれば随時対応をしています。法人グループの施設等パンフレットに掲載し紹介しており医療や関係機関、地域包括支援センター等との連携体制が整えられています。			
(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)	介護職員手順書や医務室業務手順書等の各種マニュアルが整備されており、それに基づいて日々の業務を行っています。年に1回マニュアルの見直しを行う他、年2回の内部監査を実施しサービスが標準的なものであるか監査是正処置要求表にもとづき業務の見直しをしています。個人記録は計画の実施状況がわかりやすいように健康状態や排便、食事量等、日々の状況の記録と介護計画に沿った記録を分けるなど記録の仕方を工夫しています。月2回のフロア会議があり参加していない職員は議事録に目を通すなど職員全体で情報が共有できるよう努めています。年2回の家族交流会や面会時、電話等で家族との情報交換も行っています。記録の保管等については記録管理規定に保管と期間について明示しており、個人情報使用に関する事、重要事項説明書、個人情報取り扱い規則等について研修や教育を行っています。			
(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、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)	感染症対策マニュアルを整備し、研修を行い職員に周知しています。参加していない職員に対しては伝達を行っています。マニュアルの見直しは感染症対策委員会にて討議し更新を行っています。ショートステイ、デイサービスの利用者は受け入れ基準に基づいて受け入れをしています。施設内の清掃は外部委託で行っており、業者から作業日誌の提出や点検チェック表を提出させるなど衛生状態を保つとともに、芳香剤や臭い消しのスプレーを置くなど臭気対策を行っています。また毎食後うがいをしたり、義歯の洗浄をするなど利用者の衛生面にも配慮しています。			

(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)		救急時の対応や事故予防についての新人研修を行い緊急時対応マニュアルや事故発生時対応マニュアルを作成し、緊急時の連絡網作成や研修、避難訓練を行っています。事故があった場合はコールバック連絡書に記入し定期的に安全対策委員会でコールバックとヒヤリハットの集計、分析をし原因、対応経過を話し合い事故防止に繋げています。				
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	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)		パンフレットや職員の名札の裏面に書かれている品質方針の中に利用者の人権の尊重について謳っており、フロア会議やカンファレンスで日常業務での問題点や改善策等について話し合っています。プライバシーに関する配慮についても介護業務手順書に明記されており研修会や勉強会を持ち職員一人ひとりが理解できるよう取り組んでいます。入所にあたっては京都府の入所者選考要領に基づき入所者の決定を行っており、今まで入所できなかった例は殆どなく、入所できない場合はその理由を説明し介護老人保健施設等、他の事業所の紹介をする仕組みになっています。				
(2)意見・要望・苦情への対応							
	意見・要望・苦情の受付	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)		年2回の家族会や日々の面会時に直接意見や要望を聞いたり、年1回の満足度調査等の結果からも意見や意向を把握するようにしています。また、家族に往復はがきを送付し要望や意見を書いてもらうような働きかけも行っています。出された意見や苦情、対応方法等については意見受付手順書に基づいて記録に残し、サービス向上委員会で話し合い改善策を講じ職員に周知しています。さらに年1回発行の機関誌にも掲載し公表をすることもあります。またコールバック連絡書に記入をし第三者委員に報告し助言を受けることもあります。第三者の苦情連絡先は重要事項説明書に明記し入居時に家族等に説明をしています。				
(3)質の向上に係る取組							
	利用者満足度の向上の取組み	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)		満足度調査結果の集計を行いその結果を運営会議にて検討しています。調査前と調査後の比較については年度方針展開表を利用し改善に向けて取り組んでいます。臭気に対しての意見があり臭気対策として消臭スプレーや芳香剤を置くなど、実際にサービスの改善に反映しています。また同法人の事業所単位で職員一人ひとりが高い意識を持ち、モチベーションを上げていくために比較検討会が設けられています。ISOの認証を取得しており職員は年度活動目標を掲げ半年、1年毎に振り返り、品質マネジメントシステム委員会で定期的に活動、分析、評価を行う仕組みがあり次年度の方針に繋げています。また内部監査や第三者評価などを受診し課題を明確化しサービスの向上を図っています。				