

様式 7

アドバイス・レポート

平成 19 年 3 月 1 日

平成 18 年 12 月 5 日付で、第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人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

評価が高かった点	I 健全な組織体制 (1)②運営方針の周知と実践 (2)①責任者等の協働 (4)②業務レベルにおける課題の設定 (5)③OJTの実践 II 適切なサービス提供体制 (1)①業務マニュアル作成 (2)④スタッフの意見の集約
理由	I (1)②および(2)① 毎週、管理会議を開催して園長・副園長・3部長・4課長が組織的に運営・管理体制をとっておられて、各セクションが一つの法人の指揮下に有機的に機能して事業展開をしておられることがよくうかがわれました。事業計画書や決算書も各部署に配付して、書類整備も整然とされています。 (4)②および(5)③ 個々のスタッフの役割分担と人事考課システムとを連動させて取り入れ、担当課長・部長との定期的な個人面談により、業務課題の設定と個々のスタッフのモチベーションの高揚とスキルアップを促しておられます。ヒヤリングの場でスタッフが、「人事考課の個人面談は上司と話が出来る良い機会であり、自己の振り返りが出来る」と積極的に受止めておられました。 II (1)①および(2)④ 各種のマニュアルがきっちりと整備されており、その見直し担当者も定められている またケアプランのモニタリングを毎月実施して、居室担当者が「ケアプラン評価表」(モニタリング表)を毎月 1 回記入して記録化しておられる。

改善努力を要する点	<p>全体的にどの共通項目も熟知されて、基本的な課題は達成しておられます BUT、環境整備の面でもう少し努力が望まれます。</p> <p>I (3)③休憩場所の確保 II (4)②事業所内の衛生管理</p>
理由	<p>I (3)③</p> <p>施設の各部署の職員休憩室および更衣室はやや狭く、休憩や昼食をゆっくり摂るには配置上およびスペース面で落着きにくいと見られました。</p> <p>また、介護職員室前の入居者の共有スペースについても、従来型の施設の空間をユニット化する試みをされていますが、なお、ゆったりとした空間を感じさせるしつらえや、落ち着きやひろがりを感じる色彩の使い方を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>介護職員室のカウンター内に利用者のおかわり用の鍋がありたり、廊下の食事用テーブルが分散していたりして、職員の導線の合理化や利用者の居心地のよさの面で工夫がもう少しあるとよいと思われます。</p> <p>II (4)②</p> <p>汚物処理室内の清潔不潔の区別、手洗いのシンクの位置が不便、などが見られました。また、トイレの清掃回数がやや少ないようにお聞きしました。介護職員室内とその周辺も整理整頓の視点で見直しが必要と思われます。</p>
具体的なアドバイス	<p>I (3)②</p> <p>施設のハード面は容易に変更・改修できるものではなく、まして歴史的な建造物(東福寺内の塔頭)である施設と、新しく増設された部分のつながり等の配置上、苦心しておられます BUT、まず施設への訪問者の目に付きやすいメインの玄関・案内所と事務室の表示(看板)があれば訪問者が戸惑われることが少ないと思います。</p> <p>また各階の生活空間の組立については、ユニットケアの導入を意図した食事のテーブル配置等の工夫もしておられます BUT、さらに落着いた空間を演出するために、色使いの統一性や、家具の配置を研究されるとよいでしょう。</p> <p>51年の歴史ある施設として、そこに住む入居者の思い、ご家族の理解、ボランティアの導入等を重視していこうとされておられるので、さらに現在の方針を推進され、法人としても、東山区に唯一の特別養護老人ホームとして、その役割を認識しておられるので今後の地域展開に期待致します。</p> <p>II (4)②</p> <p>衛生管理面では、すでにマニュアルに定められている事柄であると思われますので、マニュアルの具体的実践を進めるリーダーをメインにして、個々の場面で徹底されることが望されます。</p>

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670800032
事業所名	社会福祉法人 洛東園
サービス種別 (複数記入可)	介護老人福祉施設・短期入所生活介護・通所介護・認知症通所介護・訪問介護・居宅介護支援事業所
評価機関名	特定非営利法人京都市老人福祉施設協議会事業センター

調査日 平成19年1月25日

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
I 健全な組織体制	(1)組織の理念・運営方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A
		② 管理者による状況把握	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
		③ 透明性の確保	責任者等は、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。	A	A
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	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	B
		② ストレス管理	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。	A	A
		③ 休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	B	B
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	B	A
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A
		② 繙続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	A	A
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	A	A
小計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				27	28

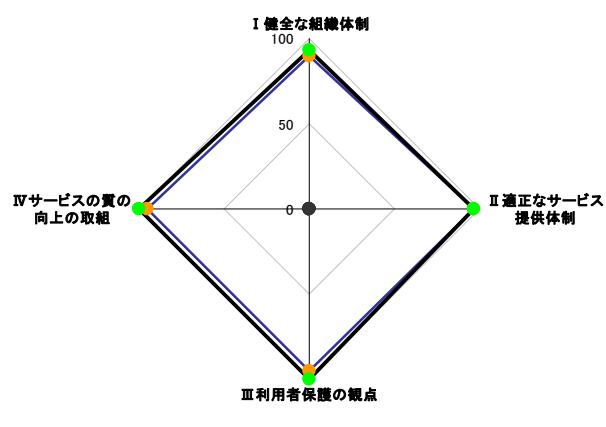
大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A
		② サービス提供に係る記録	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	A
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	A	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	A
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	A	A
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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	A
		② 事業所内の衛生管理等	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	B
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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
		② 事故の再発防止等	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
小計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				29	29

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
III 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、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
		② プライバシー等の保護	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
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	B	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				19	20

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
IV サービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	公的機関等の窓口に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
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	B	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	A	A
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	A	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	A	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	A	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	A	A
小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				19	20

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価 結果
I 健全な組織体制	27	28
II 適正なサービス提供体制	29	29
III 利用者保護の観点	19	20
IV サービスの質の向上の取組	19	20



【達成率換算表】

大項目	達 成 率			
	自己評価	第三者評価		
I 健全な組織体制	27/30	90%	28/30	93%
II 適正なサービス提供体制	29/30	97%	29/30	97%
III 利用者保護の観点	19/20	95%	20/20	100%
IV サービスの質の向上の取組	19/20	95%	20/20	100%