

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 4 月 10 日

平成 23 年 11 月 11 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
 京都ひまわり園 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>当事業所は社会福祉法人秀孝会開設と同時に、その傘下に特別養護老人ホームひまわり園として平成5年4月に設立された。法人理念として“照千一隅”（一隅を照らす）～輝きをもち必要とされる人になろう～を掲げている。施設方針では、利用者が有する能力に応じ自立した日常生活を営む支援等2項目を挙げ、職員は「家族としての接し方で利用者の介護を行いたい」との思いをもち、日々の介護を行っている。また、昨今では社会問題となっている高齢者への虐待・睡眠薬の大量摂取などの一時避難施設としても対応されている。</p> <p>（人材の確保・育成） 職員の採用には意欲や人格を重視し、無資格者に対しては法人勉強会や模試の開催、各種講座の情報提供を行っている。法人では研修委員会が設置され、職員のレベルに応じた研修が組み立てられている。面接に応じた職員たちは介護福祉士やケアマネージャー資格を習得し日々の仕事に励んでいる。職員からは「転職を繰り返したが、この職場に来て初めて尊敬する先輩に出会えた。相談しやすく一人一人のスタッフがやさしいし介護ケアの充実を感じている。」「私はパートで働いているが、パートでも職場で意見を素直に言える。ユニット会議は出席している。常に利用者は何をしてほしいか？何が必要なのか？考えるようにしている。」等の言葉があった。スーパービジョンを行う体制が整っており、質の高い介護提供を志す職員が育っている。</p> <p>（入浴回数の増加） 風呂場は特浴・一般浴槽共に広いスペースを確保し清潔感があり、脱衣所は床暖房になっている。一般浴槽湯は還流式で毎日水質検査を行っている。入浴日は月曜日～土曜日の午後を当てている。連日入浴できる体制を整えたことで一日の入浴介助者の数が軽減でき、2回／週の利用者には入浴時間のゆとりができた。また見守りのみで入浴できる利用者は連日入浴を楽しまれている。職員からの提案で実施したとの事、利用者の満足度は高い。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>個別介護計画・記録 介護計画の介護援助内容に、実際行っていることが記載されていない不十分さがみられる。転倒のリスクの高い利用者には、リスク回避の計画を立案し介護する必要がある。</p>
<p>具体的なアドバイ ス</p>	<p>個別介護計画・記録 計画の援助内容には、目標達成に向けての実践内容・日常生活を支援する上での留意点等具体的に記載する。記録は一つ一つの問題に対し、介護を実践していく過程で利用者の反応や計画は有効か？不都合はないか？等を記載し、利用者の状態がどのように推移しているのかが見える記録を期待する。利用者の中には、いろいろなリスク因子の高い方がおられるが、事故回避の計画立案も必要。 利用者の潜在能力を引き出すべく、きめ細かな介護に取り組まれていることは、職員ヒアリング・気づきノート・介護記録・介護現場の見学等で見取れる。より一層のレベルアップを期待する。</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	2672900046
事業所名	京都ひまわり園
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 通所介護 訪問介護
訪問調査実施日	平成24年3月12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)		1 全職員が「理念カード」を持ち、法人理念に沿ったサービスを提供できるように努めている。また、年2回理事長より理念について全職員に話されて周知徹底されている。2 運営システムはきちんと明確化され、各部署からの声も反映されている。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		3・4 単年度の事業計画は出来ているが、中・長期の事業計画は策定出来ていない。事業計画にはスタッフ会議で前年度の課題や改善点を挙げて目標設定に組み入れ、課題等の達成に努めている。ただ、課題達成の状況を定期的には見直しできていない。		
(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。	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)		5 施設長は、集団指導・ワムネットなどで情報収集し、勉強会で職員に周知徹底している。6 理事長・施設長は法人の運営方針を明確にし、職員にしっかり表明できている。7 施設長は常時携帯電話等で現場と連絡がとれる体制になっており、速やかに適切な指示が出せる様になっている。		

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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		8 職員の採用時には、有資格者というより如何に業務に意欲を持っているか等人物本位で決定する事を基本方針として、採用後研修やOJTで育成している。有資格者を優先的に採用していない。9 府老協ネット・ワムネットなどで情報収集し、職員レベルに応じて研修に参加させている。ユニットノート・気づきノート等を活用して施設長から指導されている。10 組織として実習受け入れに関わる基本方針が確立されていない。しかし、マニュアルは策定されて、実習指導者研修には参加している。		
(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	B
		(評価機関コメント)		11 職員に対する労働環境は整えられている。有給・産休なども総務で把握し管理体制が取られている。介護補助具も整えられている。今回車いす洗浄機を法人で購入されている。12 カウンセラー等の配置はないが、施設長やユニットリーダーが相談に応じている。職員の休憩室は確保されている。		
(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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		13 ホームページや機関誌などを媒体として開示し、広く地域に貢献している。社会資源等の情報も掲示板を利用して公開している。地域の行事にも積極的に参加し、自施設の敷地内で地域のお祭り「太鼓祭り」を再現したりしている。14 認知症や介護技術講習に職員を講師として派遣している。また、地域への貢献として「車いすの洗浄機」を法人で購入している。		

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)		15 法人のホームページやパンフレット、機関誌ひまわりで情報提供している。パンフレット・機関誌ひまわりには、利用者の日々の生活状況写真が多く載せられ生活実態を見ることができる。見学希望者に対しては適宜対応し、各種案内書を希望される方へは郵送し記録に残している。		
(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 利用契約時に契約書・重要事項説明書・料金表に基づき口頭で説明を行い、代理人と契約者の署名・捺印を受けている。必要に応じて権利擁護の説明をし利用している。		

(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。	B	B
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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		17包括的自立支援プログラムを使用して利用者のアセスメントを行い、6か月毎にサービス担当者会議で見直しを行っている。今後利用者の参加を検討中である。 18アセスメント時には個々にニーズの聞き取りケアプランにつなげている。現場では車椅子で座位保持の出来ない利用者に座布団・タオルを利用し安楽な体位の保持がされていたが、介護計画の実施には上がっていない。介護体制は3チームに分け固定チーム制とし、個別ケアを目指している。 19サービス担当者会議に栄養士が常に出席しているのは意義深い。介護士の参加数は増加必要。 20退院時には看護サマリー・退院前面談を基に計画見直しを行っている。介護計画見直しは3か月毎が望ましい。		
(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)		利用者のかかりつけ医療機関は個人ファイルに記載されており、緊急搬送時の病院一覧表が作成されている。入院サマリーの提供を行い、退院前の医師面談は必ず職員が出席している。		
(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。	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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		22各業務マニュアルは作成され、挿絵により理解しやすい工夫がされている。マニュアルの見直しが不定期の為、年度事業計画と同時期に行うことを検討中である。 23日々の生活記録は詳しく記録されているが介護計画に沿っておこなった介護時の利用者の反応・計画の妥当性の記録が不十分である。記録の管理は徹底できている。 242回/日の申し送り・各種連絡ノート(ユニット・業務・気づき)・ユニット会議等で利用者の理解共有を行っている。介護計画は各ユニットで1つのファイルにまとめ活用しやすくなっている。 25家族面会時・年末の大掃除や一泊旅行に参加された家族に機会をとらえ状況報告を行うと共に、2回/年郵送で近況報告を行っている。緊急時は電話で連絡を取り合っている。		
(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)		26感染症マニュアルは作成されている。法人で研修を行い感染症防止委員会が設置され、最新情報の提供等、職員の感染症に対する知識の向上を図っている。27施設内の清掃が外部業者に委託され清潔に管理されている。臭気対策としては、オゾン消臭器を利用されていた。		

(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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)	28 事故・緊急時対応のマニュアルは策定され、避難訓練も実施されている。今後、地域の消防署等と協力し協定書をとりかわされる事を望む。 29 事故報告書の作成や事故防止についての話し合いも行われて記録もされているが、ヒアリングも含めて、事故内容・時間帯・原因などを分析し、改善方法・実施した結果までを記録される事を望みたい。			

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。	B	B	
	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)	30・31 利用者に対する尊厳として「身体拘束廃止」「プライバシーへの配慮」を、法人全体で取り組み施設内部での勉強会・外部研修に参加してより質の高いサービスを目指している。ただ、プライバシーの保護に関して、トイレ内にカーテンを取り付ける等工夫しておられるが一部不十分な所があったので検討して頂ければ有難い。 32 入所選考委員会で検討し、公平・公正に努めている。				
(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。	B	B	
	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)	33・34 ユニットケアとして、担当職員を決め家族ともに「なじみの関係」を作り、利用者・家族からの意向を聞き取れる様に努めている。その他、フロア懇談会を開いて利用者の希望を聞き取って記録に残しサービス改善に努めようとしているが、聞き取った意向・実施した改善策等を公開する方策を検討される事を望みたい。 35 家族には、入所時に重要事項説明書を用いて説明。施設内にも掲示している。				
(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。	B	C	
	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)	36 給食懇談会・フロア会議・嗜好調査等実施して利用者の声を聞き取る努力はされているが、満足度の把握は実施されていない。今後の検討を期待する。 37 身体拘束廃止委員会・ユニット介護等各種の委員会にそれぞれの職員が参加し検討を行っている。その結果を法人自主勉強会で報告している。 38 自主点検は実施されているが、施設独自の自己評価は行われていない。サービス向上委員会を設置されているので、今後、施設独自の評価項目を検討される事を望みたい。例えば、第三者評価のチェックシートを利用されるのも一方法ではないでしょうか。平成21年に第三者評価を受けておられる。				