

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 4 月 3 日

平成 23 年 9 月 22 日付け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京都社会事業財団京都市桂川特別養護老人ホームにつきましては、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>○継続的な研修・OJTの実施 職種や経験等により計画的に研修が行われています。職員は日々の業務の中で気付いたことをノートにまとめ、ミーティングや会議で一人ひとりの職員の気づきを共有しています。</p> <p>○ストレス管理 産業医とは別に、職員の中から経験の長い社会福祉士をメンタルヘルス担当者として配置し、業務上の悩みや上司への苦情等を相談できる仕組みを作っています。</p> <p>○事業所内の衛生管理 独自の環境チェックシートを用いて施設内の衛生管理を行っています。施設内は掃除や整理整頓、臭気対策が行き届いています。</p> <p>○人権等の尊重 高齢者虐待防止法、身体拘束等の研修を行うとともに、施設内で虐待を発見した際の対応をマニュアル化し、職員に周知しています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>○業務レベルにおける課題の設定 職員個々の個人的な目標設定は行われていますが、各部門・職種ごとの課題は設定は十分とは言えません。</p> <p>○専門家等に対する意見の照会 主治医等がサービス担当者会議に出席できない際の意見の照会について、主治医等への照会内容が記録で確認できませんでした。</p> |

具体的なアドバイス

今回施設を訪問させていただき、利用者や職員の笑顔と利用者への対応の心地さ、職員間のチームワークの良さが大変印象に残りました。

また、「利用者の人権を尊重し主体性と自立性を守る」を理念として、利用者や家族への理解を深め、職員一人ひとりの気付きを大切にしながら、施設を挙げてケアの質の向上に取り組まれている様子を伺い知ることができました。

今回第三者評価を受診するにあたって、職員全員が自己評価に関与し、今一度施設の課題について考えられてことも大変素晴らしいことだと思います。

今回の調査をふまえ、今後も職員全員の力を結集し、更によりよい施設運営、サービスの提供につなげていただきますよう、以下の点についてアドバイスを致します。

○業務レベルにおける課題の設定

それぞれの専門職について個人的な目標設定は行われていますが、事業所全体の課題をふまえた、各部門・専門職集団としての目標の設定は十分とは言えませんでした。各部門・専門職集団が具体的な目標を挙げることで、目標達成にむけて、それぞれの専門職の役割が明確になり、職種間の連携も図れ、事業所全体の目標達成につながるのではないのでしょうか。

○労働環境への配慮

有給休暇や超過勤務の状況をデータとしてまとめ、積極的に活用することをお勧めします。

有給休暇であれば、部署や職種ごとにまとめる、超過勤務であれば、部署別、会議・研修・ルーティン業務等の内容別にまとめる等、有給休暇や超過勤務の状況をデータとしてまとめることで、管理者等がより労働実態を把握でき、有効な対策を取ることが可能になります。また、データを公表することで、部署間の変動等の労働実態を全職員が公平に把握・評価できます。超過勤務の実態を公表することは、人員配置の増減の根拠を示すことにつながり、加えて職員一人ひとりが仕事の進め方を見直すきっかけにもつながるのではないのでしょうか。

○専門家に対する意見紹介

サービス担当者会議に出席できない主治医等の意見の照会については、サービス担当者会議開催前に、それぞれの専門職が意見を述べられるよう、意見照会のための用紙を準備し、照会するようにしてはいかがでしょうか。

これにより、介護支援専門員がケアプランを立案・更新する際の参考にもなり、サービス担当者会議に出席できない職員がいた場合でも、照会した意見を参考に議論することができます。

○質の向上に対する検討体制

検討委員会は利用者満足度調査のために12月頃より集中的に3回程度開催しています。更なるサービスの向上と職員の啓発のため一年間を通して定期的（3ヶ月に1回程度）に開催することをお勧めします。

また、施設の方針に基づき、検討委員会等で独自のチェックシートを作成し定期的に自己評価を行うなどの取り組みも有効です。

※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)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 事業所番号 | 2674000050 |
| 事業所名 | 社会福祉法人京都社会事業財団 京都市桂川特別養護老人ホーム |
| 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23年12月13日 |
| 評価機関名 | 社団法人京都社会福祉士会 |

| 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. 理念を施設内に掲示するとともに、職員は理念を明記した名札を携帯しています。また、理念周知のため年一回研修が行われています。 2. 部長会議、各部署での会議、各委員会などにより組織的に意思決定が行われ議事録等により内容が開示されています。 | | | |
| (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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | 3. 利用者への満足度調査や各機関会議で事業計画における目標の達成度を評価するなどして課題の把握に努めています。 4. 施設全体の課題は設定されていますが、各部門・職種ごとで課題の位置づけが不明確です。 | | | |
| (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。 | 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) | | 5. 業務遂行に必要な法令は法令集として供覧できます。 6. 管理者が定期的に面談を行い職員の気持ちを把握できるよう努めています。また、メンタルヘルス担当者を窓口として上司に対する苦情を受け付けるしくみがあります。 7. 施設長は現場の巡回や介護日誌の確認、各機関会議への参加等により状況の把握を行っています。 | | | |

| 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) | | 8. 人事経営会議により方針を明確にしています。 9. 経験・能力等により段階的に必要な知識・技術を身につけることができるよう計画に基づき研修が行われています。 10. 実習受け入れマニュアルに基づき基本姿勢や体制が整備されています。 | | |
| (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 | B |
| | | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 11. 職員ごとに有給休暇や時間外の記録はありましたが、データ化するなどして具体的に活用できる状況ではありませんでした。 12. メンタルヘルス担当者を配置し業務上の悩みを相談できる仕組みがあります。ゆっくり休憩できる環境が整えられています。 | | |
| (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) | | 13. 機関紙「虹色の風」を発行し、運営理念や事業所の広報活動に努めています。 14. 定期的に地域住民に対する研修会を開催しています。 | | |

| 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 | | | | | | |
| (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. パンフレット等により情報提供を行なっています。記録により見学者への対応を確認することができました。 | | |
| (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) | | 16. ホームページやパンフレットにより情報を提供するとともに、他事業所等のパンフレットを準備するなど、サービスの選択に必要な情報の提供に努めています。必要な方には、地域福祉権利擁護事業や成年後見制度の利用を勧めています。 | | |

| (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 | B |
| 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. 入所面接で全体像を把握してケアチェック表や独自のアセスメントシートを活用してアセスメントを行っています。 18. 利用者、家族の希望を聞き取り、課題やニーズを明らかにして介護計画を策定しています。 19. 主治医がサービス担当者会議に出席できない際の意見の照会について、記録が確認できませんでした。 20. 3ヶ月に1回モニタリングを行い、適切に個別援助計画の見直しが行われています。 | | |
| (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) | | 21. 入院中の利用者が退院する際は事前に相談員や看護師が入院機関と相談、協議して退院の迎え入れ準備をしています。 | | |
| (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 | 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。 | 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) | | 22. 業務マニュアルは整備されていますが、年1回の見直しを実施されているか確認できませんでした。 23. 記録の保存・保管・持出しについてマニュアルを作成しています。 24. 記録ソフトを使用し一元化して管理し、関わるスタッフ、専門家が共有できるシステムとなっています。 25. 面会時や状態に変化があった時、モニタリング時に家族に状況を伝えています。 | | |
| (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) | | 26. 感染予防マニュアルが整備され、適切に運用されています。 27. 職員や委託業者により定期的に清掃が行われ清潔に保たれています。 | | |
| (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) | | 28. 緊急時等関連マニュアルが整備され、定期的に訓練が行われています。 29. 事故・ヒヤリ報告書が作成され、必要に応じて再発防止のための会議が行われています。 | | |

| 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) | | 30・31. 高齢者虐待や身体拘束、プライバシーの保護等について年1回研修を行うとともに、会議の際に施設長が理念の周知に努めています。 32. 入所選考規程に基づき、入所選考委員会で選考を行っています。入所選考委員には第三者の委員が含まれています。 | | |
| (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) | | 33. 年1回利用者アンケートを実施し意見・要望・苦情等の把握に努めています。 34. マニュアルにより苦情への対応方法が定められ、苦情の内容を3ヶ月間施設内に掲示しています。 35. 市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れは今年度は行われていません。 | | |
| (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 | 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。 | A | B |
| | | (評価機関コメント) | | 36. 年一回満足度調査を実施してその内容を協議、職員で共有し、業務の改善に役立っています。 37. 検討委員会は開催されていますが、年度末に偏っており、定期的(3ヶ月に1回)は行われていません。 38. 重点課題のモニタリングはできていますが、自己評価については課題があります。 | | |