

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 21 年 4 月 23 日

平成 21 年 11 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（い  
ちがお園）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>Ⅱ－(1)(通番9) 現任研修は計画的で外部講師を招聘しての研修を行い人材育成に努めておられます。 Ⅱ－(3)(通番14) 法人設立趣旨からも地域との密着を目指す施設として積極的であり、職員研修も地域に開放するなど介護・福祉の情報発信の中心を担っています。 Ⅲ－(3)(通番17) 入所前面接の際から他職種が関わり、在宅での情報を収集し自宅訪問を行なうなど切れ目のない介護ができるように配慮されています。アセスメントは各専門職からの補強もあり、タイムリーに更新されています。 Ⅳ－(3)(通番37) 京都北部のユニットの施設間で定期的集まっており、施設間で評価し合うなど他施設と協同してユニットケアの質の向上を図っている取り組みをされていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>Ⅰ－(2)(通番3・4) 計画の策定や質の向上への取り組みは積極的に行なわれていますが目標達成への意識は現場職員には根付いていない様子が窺えました。 Ⅲ－(7)(通番29) ひやりハット報告は作成されておりますが、定義が広域であり、家族への連絡に至ることが少ない状況が確認されました。 Ⅳ－(3)(通番36) 2年前にアンケートを実施しており、そこで挙げた声を生かすクラブ活動の立ち上げをしていますが、それ以降、アンケート調査が実施されていませんでした。また、利用者自治会で利用者が要望等を言える機会もありますが、自治会に参加されている方みの意見であり、それ以外の利用者の意見が吸い上げられていませんでした。</p>

<b>具体的なアドバイス</b>	<p>I - (2) (通番3・4) 計画の策定はできていますが、PDCAサイクル過程の記録があれば評価が容易となります。</p> <p>III - (7) (通番29) 定期的に行なっているリスクマネジメント委員会を活用し、定義の見直しやマニュアルの更新などを行なってはいかがでしょうか。連絡体制の強化を位置づけることで大きなリスク回避につながると思われます。又、同じ事故の繰り返し防止の為、個別援助計画への連動の仕組みを整備することをおすすめいたします。</p> <p>IV - (3) (通番36) 日々変わっていく利用者の要望等を把握していくためにも利用者アンケートを定期的実施されてはいかがでしょうか。また、自治会役員にあたっている利用者だけでなく、それ以外の利用者の要望も吸い上げることができるような工夫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	2672300015
事業所名	特別養護老人ホームいちがお園
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)	
訪問調査実施日	平成21年3月11日
評価機関名	カロア

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	
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>							
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>							
	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。		B	B	
	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。		B	B	
	(評価機関コメント)	地域の大きな期待の中で立ち上がった施設でもあり、地域に果たす役割を前面に出した理念を下に高齢者サービスに真摯に努力されています。理念や運営方針は研修や会議を通じて職員に広報し、また利用者家族には家族会を通じて発信されておりますが、浸透していない状況が窺えました。					
<b>(2)計画の策定</b>							
	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	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)	各種委員会などで検討されたものが、各々の部門で取り組まれています、実際上は評価されていないように見受けられました。					
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>							
	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。		B	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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができる。		A	B	
	(評価機関コメント)	職員とのコミュニケーション方法として個々にPC上でメールのやり取りができ、意見具申のための茶色封筒交換など種々の取り組みがなされていますが、その有効性は伝わらず、各現場と管理部門の温度差が感じられました。					

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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。	B	B
		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)		具体的な採用計画などの立案はなく、特養現場が法人内の職員育成現場としての機能を持っていました。そのために資格取得希望者への優遇措置や勉強会の実施などの取り組み姿勢も積極的でした。職員の現任研修では外部講師を積極的に招聘し力を入れています。実習生の受け入れは積極的に行なっていますが、実習生受け入れマニュアルなどは確認できませんでした。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		職員の労働環境は産業医の積極的な関わりや時間外労働の適切管理など働きやすい職場環境の構築を目指しておられました。福利厚生制度にも手厚く、職員旅行(3年に1回は海外へ)や飲み会・スポーツ競技など職員が楽しめる企画が設定されています。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		法人の設立趣旨からも地域との密着を目指す施設として機関誌やボランティアの受け入れなど積極的に行なっています。職員研修も地域に開放しており介護・福祉の情報発信の場の中心としての役割を大きく担っています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)		ホームページは作成中でありパンフレットも平成17年以降見直しはされておきませんが、独自に更に見やすくした手作りパンフレットで補っています。年に3~4回は施設発行の通信を地域200世帯に配布。各部門別にも施設紹介のチラシを作成し、家族に郵送や施設に掲示しています。		
<b>(2)利用契約</b>						
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書にて同意をとり、料金改定の際は総会を開き説明を行なっています。権利擁護の事例は今までにないとのことですがいつでも説明ができるように資料を揃えて準備しています。		

(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。	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)		アセスメント→計画立案→実行→モニタリングという流れは確立され見直しも十分にされています。ただサービス担当者会議に本人や家族の参加がなく、十分に希望を尊重しているとは言えません。アセスメントや計画には各専門職からの補強もあり、タイムリーに更新されています。			
(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)		地域の診療所の医師が週2回と随時24時間体制で往診があり、ターミナルケアも可能です。退院時には病院に出向きカンファレンスを行ったり、地域の関係機関の会議にも積極的に参加しています。地域の社会資源のリストも作成されています。			
(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。	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。	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)		マニュアルの作成は確認できましたが、見直し基準もなく更新されていないマニュアルもありました。マニュアルによっては日常的に閲覧できる状況になく、その存在を知らない職員もいました。利用者の変化にはショートカンファレンスを行い対応。3ヶ月に1回は写真入り新聞を作成し近、況報告と共に家族に郵送しています。			
(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。	B	B	
(評価機関コメント)		感染委員会は看護師が主導となり、マニュアルの更新や指導を行なっています。予防の為に手すり清掃や処理セットの準備など意識の高さが窺えました。清掃は職員が行い清潔な環境にありましたが、収納しきれない道具が多く廊下にあり、ケガの原因となったこともありました。			
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。	A	B	
(評価機関コメント)		夜間を含めた避難訓練を年に2回行い、対象ユニット全員が参加しています。事故報告書やひやりはっと報告をされていますが定義が広域であり、家族への連絡に至っていない状況が見受けられます。RM委員会で連絡体制の強化や個別援助計画との連動の確立などをご検討されてはいかがでしょうか。			

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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)		虐待等職場内で上長に報告しにくいことがあれば、直接施設長の自宅に手紙を送るしくみが作られていました。また、利用者の受け入れに関して、判定会議に外部の第三者委員等に参加してもらい、法人内のグループホームとも連携しながら受け入れを進めていました。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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)		利用者自治会を設けており、自治会で利用者の意見や要望等も聞き取る場がありますが、その場に参加するのが数名の利用者だけであり、その他の利用者の意見や要望等を拾い上げることができていない面が見られます。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	C	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。	B	B
		(評価機関コメント)		2年前に利用者全体に対するアンケートを実施し、アンケートの意見からクラブ活動を立ち上げるという経過がありました。しかし、その時のみとなっており、定期的にアンケートを行うことができていませんでした。また、近隣施設と協同してユニットケアにおけるサービスの質の向上に努めていると感じられました。		