

様式 7

アドバイス・レポート

平成 20 年 1 月 8 日

平成 19 年 11 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
京都市本能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

評価が高かった点	<p>I (2) ①責任者の協働 (4) ①重点課題の設定 (5) ③OJTの実施</p> <p>II (1) ②サービス提供に係る記録 ③確実な情報伝達 (2) ②個別援助計画の作成 (3) ②希望等を引き出す働きかけ</p> <p>III (1) ①人権等の尊重</p>
理由	<p>I (2) ①責任者は毎年度の重点課題を設定され、開設年度と その後の1年は介護技術の向上、3年目からは生活支援を 課題に積極的にサービスの向上に取り組まれていました。また、 ユニット単位の会議やユニットリーダーと役職者の会議を きめ細かく実施したり、今年度より責任者によるユニット ごとのヒアリングを計画するなど運営方針の徹底が図 られていました。</p> <p>I (4) ①事業計画で事業所全体の重点課題を設定し、さらに 今年度からは各ユニットごとに重点目標を設定し、6ヶ月経 過ごとに見直しをする予定になっていました。また重点目標 をホームページ上で公開することにより、実践に責任を持 とうとする姿勢がうかがえました。</p> <p>I (5) ③年間の研修テーマを決めて、同じ内容で複数回実施 することで職員全員が受講できるよう配慮されていま した。開設当初より、職員の合議で作成したケアチェックリ ストを活用し、OJTに役立てておられました。新規採用 職員には、マンツーマンでケアチェックリストに基づく点 検と評価表が整備され育成体制が整っていました。また、 今後ケアチェックリストの内容を中心に、指導的職員を育 成するための研修も企画され、今後のスキルアップも期待 されます。</p>

	<p>II (1) ②専用ソフトにより全ての情報を一元管理され、記録等もパソコンを使用して、情報の共有が図りやすいシステムになっていました。</p> <p>II (1) ③必要な情報は全てパソコンで管理され、スタッフはいつでもどこでも見ることができる体制になっています。各自がパスワードを持ち、連絡事項等、メールでのやり取りができる仕組みもありました。内容に応じて全職員に連絡事項を配信したり、個別の職員とメールで情報共有するシステムが構築されていました。</p> <p>II (2) ②ユニット型特養で、家族の面会も多く、日常的に入居者や家族の意向等を拾いやすい環境が整っていました。そしてそれが、個別援助計画の中にも反映され、生活全体を支援しているプランになっていました。</p> <p>II (3) ②意見箱の設置場所を工夫されたことにより、毎月数枚の意見書が入っており、投函しやすい環境が整っていました。その内容を掲示することで、意見・要望の数が増えているとのヒアリング内容からも、事業所が積極的に情報を公開し希望を引き出そうとする姿勢がうかがえました。</p> <p>III (1) ①開設当初より、言葉遣いをはじめ人権尊重の視点を大切に運営されています。玄関やエレベーターの施錠をすべて廃止するなど、自由な生活の保障と全室個室の特徴を活かし、プライバシーに配慮した対応を心がけておられました。言葉遣いについては実習生からアンケートをとるなど、客観的な視点で職員の言動を振り返る姿勢も見られました。</p> <p>III (2) ④地元の自治連合会や高校との複合施設の中にある高齢者施設として、敬老会や夏祭り、餅つきなど多彩な行事を地域と共に開催しておられました。入居者一人一人が町内会に加入し、地域の一員として暮らす視点を大切にしたり、職員が「本能まちづくり委員会」に参画するなど、日常的に地域に開かれた施設運営を心がけておられました。</p>
改善努力を要する点	IV (2) ①利用者満足度の把握
理 由	IV (2) ①入居者の定期的な利用者満足度調査が実施されていませんでした。
具体的なアドバイス	IV (2) ①デイサービスでは利用者の満足度調査を実施されていましたが、今後入居利用者やその家族の満足度調査も合わせて計画的に実施され、サービスの改善に取り組まれると良いでしょう。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 全体を通して、開設後2年半とは思えない充実した組織運営で、毎年の重点課題も明確・着実に実施されていました。 ・ 事故報告書は随時作成され、事故対策委員会等において、事故分析もしっかり行われ再発防止に努められていました。さらに、今後は事故報告に含まれるヒヤリ・ハットのケースについて取り上げ、検討されてはいかがでしょうか。 ・ 施設が自治会の一つの組となり、職員が組長をされ、積極的に地域の行事に参加をしたり、地域に施設を開放されたりして、とても良い関係を築かれつつありました。

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">・ 苦情やトラブルの改善状況の公開では、掲示板に掲示をされて公開されていましたが、ホームページや広報紙等で公開されれば、さらに地域の方々への信頼度も向上するでしょう。・ 今後予定されているサブリーダークラスの研修体制の確立を含め、順次段階的な研修体制を整備され計画的に実施していければ、さらにサービスの向上につながります。・ センター方式を使用することで、入居者の生活歴や、意向を尊重しようとする姿勢が伺え、サービス計画書にも利用者本位の記述が多く見受けられました。更に、アセスメント項目を整理されることで、サービス計画により反映しやすい課題分析になると思われます。例えば、フェースシートと、毎回のアセスメントの様式を分けられることも一つの方法かと思います。また、ご本人・ご家族にカンファレンスへの参加を意識的に働きかけられてはいかがでしょうか。日常的に要望を聞いておられるということでしたがケアプランを中心に話し合われることで、ご本人・ご家族の思いをスタッフと共有しやすくなると思われます。 |
|--|--|

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670300553
事業所名	京都市本能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(予防含む)・通所介護(予防含む)・居宅介護支援・介護予防支援
訪問調査実施日	平成19年12月12日
評価機関名	社団法人日本介護福祉会 京都府支部 京都府介護福祉士会

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。	A	A	
		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。	A	A	
	(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。	A	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 継続的な研修の実施	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)				30	30

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、気掛かりなど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。	A	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	A	
	(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)				30	30

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。	A	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)				20	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。	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。	A	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。	B	B
		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。	B	B
	(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。	B	B
		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)				17	17

【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	30	30
II 適正なサービス提供体制	30	30
Ⅲ利用者保護の観点	20	20
Ⅳサービスの質の向上の取組	17	17

【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	30/30	100%	30/30	100%
II 適正なサービス提供体制	30/30	100%	30/30	100%
Ⅲ利用者保護の観点	20/20	100%	20/20	100%
Ⅳサービスの質の向上の取組	17/20	85%	17/20	85%

