

様式 7

アドバイス・レポート

平成 21 年 12 月 15 日

平成 21 年 11 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（特別養護老人ホーム加茂きはだ園）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

<p>特に良かった点と その理由(※)</p>	<p>理念の周知と実践 理事長は数ある理念の中の「きはだファミリーのところで介護をする」を特に意識し、家庭的介護ができるよう家族や職員に周知されていました。</p> <p>事業所情報等の提供 サービスや施設の概要について、ホームページやパンフレット、きはだ園だより等で分かりやすく提供されていました。</p> <p>アセスメントの実施 「修正シート」という独自のアセスメントとモニタリングを兼ねたシートを毎月作成され、利用者の状況を把握されていました。</p> <p>利用者の家族等との情報交換 年 6 回の家族会や年 2 回の家族への手紙にて利用者の家族との情報交換と信頼形成ができていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>実習生の受け入れ 実習生の受け入れについては、オリエンテーションにかかる書類のみでマニュアルはなく、基本姿勢や研修もありませんでした。</p> <p>事故・緊急時等の対応 土砂災害の危険区域に立地していますが、災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルが作成されていませんでした。</p> <p>質の向上に対する検討体制 他事業所の評価や取り組みについて積極的に情報収集し自施設との比較検討がなされていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>実習生の受け入れ 実習生の受け入れは、人材育成のため施設の社会的責務の一つであるため、今後の人材確保や実習指導をとおしての職員育成も含め、受け入れ体制を整備されることをおすすめします。</p> <p>事故・緊急時等の対応 自然災害や火災時の対応について、消防署や地域の方と連携し、マニュアルを整備されると共に発生時の想定訓練をおすすめします。また、要介護度の高い利用者も安全に避難できるように検討し、毎月の避難訓練をさらに充実されてはいかがでしょうか。</p> <p>質の向上に対する検討体制 栄養士だけでなく、介護職等も積極的に他事業所と連携をとり、情報収集することで、現在行っているサービスと比較検討できる機会をつくり、質の向上の取り組みの幅を広げられることをおすすめします。</p>
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> 管内の栄養士と連携し検討されたソフト食の工夫が、利用者の食べることの楽しさに繋がり栄養面の改善となりました。また、QCサークルにより、その食事がさらに利用者の楽しみとなるようにメニューやディスプレイを工夫されていました。

※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	2671400063
事業所名	特別養護老人ホーム加茂きはだ園
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12月1日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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。	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・組織の理念及び運営方針が職員全員に浸透する取り組みがありませんでした。 ・組織として案件別の意思決定方法が確認できませんでした。 			
(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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・事業計画については、単年度の計画は策定されていますが、中・長期計画は策定されていませんでした。 ・各業務レベルにおいては、重点課題を設定しQCCサークル(職場内で品質管理を行う職員のグループ)や評価会議で達成に向けて取り組まれていました。 			
(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。	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	A	
	(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・把握すべき法令等について、介護保険関連以外の法令の明文化がありませんでした。 ・管理者を評価する方法がありませんでした。 			

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
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	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。	B	C
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・人事管理に関する方針として、人材を選べるだけの応募はないが、「家庭的に介護する人材を求める」ことを基本としておられました。 ・勉強会は毎月実施し、OJTにおいても、チェックシートや自己評価などにより、継続的に必要な知識や技術が身につけられるよう取り組んでおられました。また、学びに対する支援として国家資格受験費用を援助する仕組みがありました。 ・実習受け入れについては、オリエンテーションにかかる書類のみでマニュアルはなく、基本姿勢や研修もありませんでした。 		
(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、具体的な取り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)		<ul style="list-style-type: none"> ・個人面談は年1回実施されていますが、職員が相談できるカウンセラー等は確保されていませんでした。 		
(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。	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・機関誌は発行されていますが、地域へは配布されていませんでした。 ・年1回のふれあいの集い(地域自治会公民館活動)に参加するボランティアを対象に車いすの使用方法についての講習会を実施されていました。 		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・きはだ園だよりやホームページにより情報の提供が行われていました。 		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・重要事項のほか、成年後見制度等、権利擁護のパンフレットがファイリングされ、いつでも見られるようになっていました。 		

(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	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)	・個別援助計画は、月1回の修正シートを作成し見直しを行っておられました。			
(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)	・主治医との連携体制もできており、また、入退院時の情報の交換も行われていました。			
(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	A
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	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)	・個人情報保護規程により記録の保管、保存、持ち出し、廃棄が規定されていました。 ・職員間の意見集約は朝夕のミーティングで行い、月2回のカンファレンスに反映されていました ・家族への手紙を年2回と年6回の家族会において利用者の情報を伝えておられました。			
(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)	・コップや歯ブラシ等、定期的に塩素消毒が行われ、衛生面に配慮されていました。			
(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。	A	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	A
(評価機関コメント)	・地域との連携を意識したマニュアルにはなっていませんでした。 ・合同避難訓練(夜間想定)の他、毎月避難訓練が行われていました。 ・リスクマネジメント会議を毎月開催し、対応方法の評価・見直しをされていました。			

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
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)	・QCサークルをととして、それぞれの職員の気づきをサービス向上に反映されていました。			
(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・各職員が利用者の意向に沿えるよう努力されていることが介護日誌から確認しました。 ・意見・要望・苦情の改善について公開される仕組みがありませんでした。 ・施設内に市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れる意思はあるが実績がありませんでした。 			
(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	B
		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)	<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査結果から分析・検討には至っていませんでした。 ・他の事業所の取り組みなどについて情報収集し自施設と比較検討をされていませんでした。 ・自己評価がありませんでした。 			