



	<p>決定し、モチベーションアップに配慮していました。また、グループ内の年間研修計画に基づいた研修にも参加し、年1回行われている研究発表会にも参加し、日ごろの成果などを発表する場があり、自己研鑽する機会を多数配慮されていました。</p> <p>Ⅱ－（４）－① 感染予防の観点から、褥瘡予防についての委員会が設置され、ブレデンスケールを用いて多角的にアセスメントを行い、より詳細な利用者の状況把握に努め、それがケア計画にも活かされていました。</p> <p>Ⅱ－（４）－② 事業所スタッフが清掃を行い、事業所が非常に清潔に保たれていました。物品等も丁寧に扱われており、見た目にも美しい空間となっていました。</p> <p>Ⅲ－（１）－①、② フロア、浴室のトイレのカーテンでの仕切りをドアやパーテーションの取り付けに変更されるなどの努力をされていました。 各多床室もパーテーションで仕切られていながらも、障子様の窓の取り付けやカーテンによってどの部屋も明るく清潔感があり、開放感も感じられました。 浴室・脱衣場は広く、男女が顔を合わせたりすることもないように時間制をとられていました。</p> <p>Ⅳ－（１）－④ 事業所独自の広報誌を年に４回発行されており、その中でも苦情件数や内容を掲載されていました。</p> <p>Ⅳ－（２）－② サービスの質の向上にかかる検討会としてのフロア会議への出席率が高く、又現場の意見や思いが反映されやすい環境づくりがなされているとの声がスタッフから聞かれました。</p>
<p><b>改善努力を要する点</b></p>	<p>Ⅱ 適正なサービス提供体制  (１) サービスの品質の確保      ② サービス提供に係る記録  (２) 個別援助計画                      ⑤ 個別援助計画の見直し</p> <p>Ⅲ 利用者保護の観点  (１) 利用者保護                              ③ 個人情報保護</p> <p>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  (２) 質の向上に係る取組                  ① 利用者満足度の把握</p>
<p><b>理 由</b></p>	<p>Ⅱ－（１）－② パソコンについてはパスワード管理により個人情報の漏洩について配慮されていましたが、紙媒体の個人情報について、施錠された部屋、書棚にて保管されていませんでした。</p> <p>Ⅱ－（２）－⑤ 個別援助計画の見直しやモニタリングが行われていましたが、6ヶ月に1回を基本とされていました。計画見直しの際に専門家（特に医師）の意見の照会、記録も不十分でした。</p> <p>Ⅲ－（１）－③ 契約書を含む利用者の個人情報の全てをまとめたファイルを施錠できない寮母室で保管されているという点で、個人情報保護の観点から適切とは言い難いと思われれます。</p> <p>Ⅳ－（１）－① 玄関のわかりやすい場所に苦情担当者等が掲示されていましたが、ご意見箱が事務所窓口の1箇所のみでの設置でした。</p>

	<p>IV－（２）－① アンケートの実施や、分析、結果報告はされていますが、アンケート自体の字が小さく、少し読みにくい印象を受けました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>II－（１）－② 紙媒体の個人情報を職員室に保管されていましたが、小規模グループケアに取り組まれていることもあり、職員室に職員が居る時間が少なくなると思われます。職員室の施錠、また施錠できる書棚での保管を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>II－（２）－⑤ 利用者の状況に変化はなくとも、適切にサービスが提供されているか利用者やその家族への聞き取りを行うことは大切かと思われまます。小規模グループケアの利点を生かし、そのグループ担当職員を介して３ヶ月に１回をめぐりにモニタリングを行うよう検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>また、医師の意見の照会については、看護師を介してされているケースもあるようですので、パソコンソフトを活用し、記録に残されてはいかがでしょうか。</p> <p>III－（１）－③ 利用者の個人情報を各フロアの寮母室で管理されること自体は勤務上、緊急時の対応に備えること等を考慮されているなら適切かもしれませんが、スタッフ以外の誰もがいつでも知り得てしまうことには問題があるとされておりますので、管理方法の改善や、又積極的に実習生やボランティアを受け入れられていますので、その研修生に対しても介護サービス事業所における個人情報の保護及び、守秘義務についてなどをオリエンテーションに含まれることなどを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>IV－（１）－① ご意見箱が玄関の事務所窓口というわかりやすい位置に設置されていますが、わかりやすい場所だけに利用者心理としては匿名で書いて投函しにくい場所でもありますので、ご意見箱の設置場所、個数などを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>IV－（２）－① 利用者満足度のアンケート実施や、分析、結果公表まで行われていますが、利用者を対象にされる場合はわかりやすい内容と、文字の大きさなどに配慮されることで、より良いサービスへの改善につながる「利用者やその関係者の声」というきっかけを入手しやすくなるのではないかと思います。また家族会のあり方を再考され、施設側ではなく家族側からより充実したものにしようと今まさに試行されているとのことでしたので今後が期待されます。</p>

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2070900113
事業所名	特別養護老人ホームせせい苑
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)、通所介護(予防)、居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成19年11月20日
評価機関名	特定非営利活動法人関西ヒューマンライツオンプラスアソシエーション

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熟意を持ち、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	B	
		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。	B	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。	B	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。	B	B	
	(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。	B	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)				26	28

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	B
		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	19

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。	A	A
	(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。	A	A
		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)				19	19

【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	26	28
Ⅲ利用者保護の観点	20	19
Ⅳサービスの質の向上の取組	19	19

【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	26/30	87%	28/30	93%
Ⅲ利用者保護の観点	20/20	100%	19/20	95%
Ⅳサービスの質の向上の取組	19/20	95%	19/20	95%

