

アドバイス・レポート

平成 23 年 4 月 26 日

平成 22 年 6 月 30 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ビハーラ十条）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>1) 組織体制 施設長、主任、リーダー、一般職員という、施設長から一般職員までの距離が近く機動的な組織体制を採られ、職員から施設長まで大変風通しのいい組織で、各職位の間のコミュニケーションがよく取られている施設であることが、職員ヒアリングからも確認することが出来ました。また、広報・採用担当、研修担当に専任の主任を置き、人材確保、職員育成に特化した業務を担当させる等、新鮮な発想で新しいことを取り入れていく組織運営が行われています。</p> <p>2) 職員育成 研修専任の主任を置かれる他、職員育成を施設だけで完結させるのではないとの考え方から、外部の各種研修会等で職員に積極的に実践発表させたり、利用者家族や福祉士の育成校の先生を招いてリーダーに取り組みを発表させる「私たちの参観日」を企画される等、内外に職員の取組みの発表の機会を多く持たれていることは、職員自身の気付きを促し、自発性や自信を導くのに大変有効であると思いました。</p> <p>3) 職員組織 MBO（目標による管理）によりユニットごとのチームで目標を立て、目標に対する実践の結果を評価・考課につなげるという取り組みを行われ、また同期に入職した職員ごとに同期会があり、職員同士で様々な取り組みをしたり情報交換や相談しあえる環境があって、チームでケアサービスを提供していくという施設の考え方が示されているとともに、職員間でも職員同士の横のつながりが出来ていて、チームでケアを実践しやすい環境を整えられていると思いました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1) 組織的な課題設定と施設全体での取り組み 施設として理念に基づき課題設定を行い、創意工夫の下で様々な新しい取り組みを行われ、また施設内でもユニットなどチームごとに具体的な目標を立てて実践に取り組みされていて組織全体に活気を感じましたが、施設・組織の課題設定とチームの目標設定は別々に行われ、職員ヒアリングからも組織の課題設定が一般職員に意識されてないことが窺われました。施設と職員チームを一貫するような、施設全体の組織的な課題設定と目標達成に向けた取り組みを検討されてはいかがでしょうか。</p>

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>2) チームケアに向けての更なる工夫 MBO（目標による管理）でチーム目標を立てて実践し、その評価を賞与の考課に反映させる形で組織的にバックアップする仕組みを取り入れられ、チームの目的意識の高揚と組織の活性化に大変有効と思われましたが、成果の評価基準が客観的には必ずしも明確でなく、目標の設定の仕方によっても、またチームのレベルや成熟度によっても結果に差が出やすく、むしろモチベーションを下げることにもつながりかねない脆弱性を感じました。</p> <p>3) 苦情対応 組織的に業務分担が徹底されていて、苦情対応は苦情受付担当者として施設の介護支援専門員に集約される形を取られていましたが、苦情内容によっては即時に対応が必要なものであったり、現場担当者の対応により苦情につながらないものもあることを考えれば、苦情対応についてよりきめ細かな配慮を出来る仕組みも整えておかれる方がいいのではないかと思われました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 組織的な課題設定と施設全体での取り組み 例えば理念に基づいて組織としての重点課題の設定を行い、全体の課題に基づいてチーム目標を設定し、施設の課題の中でのチーム毎の目標の位置づけや、課題や目標達成の進捗状況等を一般職員も意識できるような様々な会議の持ち方や、各組織レベルでの目標の達成状況の評価確認の仕組みを整理されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) チームケアに向けた更なる工夫 チーム毎の経験度の違いや、目標の設定の仕方でも、目標によって結果が出しやすいものとそうでないものもあるのではないのでしょうか。結果（アウトカム）だけでなく取り組み（プロセス）も評価出来るようなきめ細かな評価基準を整備したり、併せてチームの中の個々の職員も評価できるような方法も検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 苦情対応 例えば、謝罪や苦情解決責任者、第三者委員への報告、改善状況の報告等個々の苦情に対する組織的な対応を必要とする事柄について苦情受付担当者に集約することとし、受付窓口として当面の対応と説明責任等現場担当者に権限委譲し敏速な対応を図れる体制を採るなどの方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>【その他】 各ユニットのカウンターにパソコンが画面を利用者側に向ける形で設置されていて、個人情報や面会者や外来者の目に触れやすいとともに、記録入力や情報確認時にスタッフが完全にご利用者へ背を向ける形になっていて、見守り等安全管理上も問題があると思われました。個人情報保護や、危機管理の観点からもパソコンの置き場所を検討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	2670500350
事業所名	特別養護老人ホーム ビハーラ十条
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、予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	2011年1月24日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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)職員会議や入職時の研修、家族会の勉強会等の機会を通じて、職員や利用者家族に対して理念の周知を図られています。 2)法人の理事会組織の他、施設長、主任、リーダー、職員という施設の職員体制で、機動的に組織の意思決定を行われています。			
(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	A
	(評価機関コメント)		3)事業計画は広く職員から意見を聴取して策定され、また年度ごとに職員からスローガンを公募するなど、職員の声を反映した事業運営を図られています。 4)事業計画で明らかにされた重点課題に各部署で取り組まれています。また、施設の重点課題とは別に、ユニットごとにチームで目標を立て、達成度の評価を考課に反映されています。チーム目標を施設の重点課題と連動させ実施、評価・総括する形にすると尚いいのではないのでしょうか。			
(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。		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)職員に対する研修機会の確保等、法令遵守の周知に向けた取り組みは未実施でした。 6)事業計画で、責任者の役割等を明示し周知されています。施設長のメールアドレスを職員に公開し意見を聴き取っておられます。 7)職員関係は介護主任、入居者・家族に関することは介護支援専門員に集約し責任者へ報告するという体制を取られています。			

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
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)職員採用専任の職員を配置し、広報活動等人員確保に取り組まれ、また研修専任担当者を置き勉強会の開催や情報提供など職員育成に取り組まれています。9)月2回外部アドバイザーが入り、メンタル面も含めてアドバイスを得る機会を設けられています。10)実習担当者と指導職員により、目標や課題を共有して実習指導に当たられています。			
(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	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)有給休暇や時間外労働の管理、介護機器の設置など労働環境への配慮がなされています。12)外部の臨床心理士やスーパーバイザーを導入し、職員へのメンタル面に配慮した取組みを行われています。また、職員の満足度調査を行い意見を聴取されています。			
(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。	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)	13)地域への広報誌の配布、地域に向けた施設見学会の実施、地域交流センターの開放など、地域に向けた情報発信が行われています。14)地域住民参加の研修会や勉強会を開催したり、地域交流センターを地域に開放するなど地域社会の中の施設として貢献されています。			

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
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)パンフレットや広報誌、ホームページやブログにより幅広く施設情報を提供されています。施設見学について、希望があれば食事の試食も可能とのことでした。			
(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)契約書、重要事項説明書によりサービス内容を説明し、同意を得られています。			

(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	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)		17)ケアチェック表により半年毎にアセスメントを実施されています。18)家族の来所時にあわせて担当者会議を実施したり、意見の言える利用者は会議に参加されるなど、利用者・家族の希望・意見を援助計画へ反映させる工夫をされています。19)各職種が参加して担当者会議を実施されています。20)3カ月毎にモニタリング、6カ月毎に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。	B	A
(評価機関コメント)		21)入所前の主治医からの情報提供、入所後の提携病院との連携など、関係医療機関との連携を適切に行われています。入院中の入居者に対しても、職員の気持が切れないようにとの配慮からケース担当者が週に一回病院に様子確認に行く取り組みをされています。		
(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。	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えられ、パソコン画面上でも確認できるようにされていますが、明確な見直しの基準は定められていませんでした。また、マニュアルをより活用するために、パソコン画面でも検索しやすい工夫が必要と思われました。23)利用者に関する記録はパソコン等で管理されています。24)ユニットごとの連絡ノートを活用し、会議録等はパソコンで管理されています。25)月一回ケース担当者から家族に面談や電話連絡の機会を持たれています。		
(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)感染症委員会でマニュアルの検討・更新が行われてい、全職員に対し感染防止研修が行われています。27)介護用品等必要物品は整理し所定の場所に収められ、トイレ等にオゾン脱臭装置が設置され、施設内は清潔に保たれていました。		
(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	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)隣接した団地、施設と防災協定を結び合同訓練を実施されています。介護場面の事故については夜間の緊急対応の勉強会や普通救命講習の受講等対策の機会を持たれています。29)事故発生時には緊急カンファレンスで原因分析・予防策の検討が行われています。		

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)身体拘束廃止や人権の尊重について研修を実施されています。31)年間を通じて各種の研修の中でプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供を検討されています。32)入所基準に基づいて公平に利用者の決定を行い、新型特養を利用できない場合は入所申し込み時点で説明されています。			
(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。	A	A
		(評価機関コメント)	33)年4回満足度調査を行いニーズ把握に努められています。サービス提供上の苦情は介護支援専門員、施設関係は介護主任と役割を分担しそれぞれ主体的に対応する体制を取られています。34)意見・苦情に対して介護支援専門員が受付窓口として集約して対応されています。35)月2回のアドバイザーの訪問により、外部への相談機会を確保されています。			
(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	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)	36)満足度調査を年4回実施し、分析・検討されています。調査結果は広報誌で公開されています。37)各主任が出席する職場会議で質の向上の検討が行われています。38)定期的な自己評価は実施されていませんでしたが、今年度は内部監査委員会による自己評価の実施を予定されていました。			