

様式 7

アドバイス・レポート

平成 21 年 10 月 19 日

平成 22 年 6 月 7 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ゆりのき）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>	<ul style="list-style-type: none"> ・施設長自らが率先して、日々、各ユニットに足を運ばれ、利用者及び職員ひとり一人に笑顔向けられ、声をかけられて、施設全体に笑顔が広がる雰囲気づくりに努めておられ、理念「笑顔と明るい人間関係の構築」を実践されています。施設の全職員が利用者に笑顔が生まれる、利用者主体のサービスの提供に知恵を出し工夫をこらしておられます。 ・「入居者にとって何が喜びか」を自問することを職員に意識づけ、ケアに入居者への細心の気配りを重視されています。ボトムアップのしくみを整え、運営には全職員の主体性が尊重されています。 ・「ゆりのき委員会」の各種委員会や階層別の会議において、「報連・相」の周知と情報の共有化を図り、施設全体で介護サービスの質の向上に取り組まれています。
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・入所前のアセスメントを入所時に繋げた介護計画、または日々の介護記録と介護記録との整合性などが第三者に確認しやすい、判りやすい記録類の整理が求められます。利用者や家族から開示を求められた際にも有効かと考えます。 ・「寝たきりにしない」「日中のオムツはしない」「できるだけ個浴で入浴」など、利用者本位のケア、個別ケアを大切にされています。その分、朝夕の時間帯の業務がハードな状況のようです（職員談）。（施設は指定基準以上の人員配置で介護負担の軽減には努めておられます）
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジメントのサイクル（PDCA）を通して、提供サービスの内容の改善、サービスの品質維持・向上、顧客満足の実現が可能となります。多職種からの情報収集、アセスメント、個別援助計画策定、実施、評価・見直し（モニタリング）の一つひとつは丁寧に行っておられます。故に、PDCAサイクル「計画、行動・

	<p>実践、その実績記録、一定のサイクルで評価、目標や計画との関係で適否を分析、原因分析、計画そのものの見直し、行動や実践内容の変更」を確立させ、記録類や個人ファイルの整備の充実を図られると、職員の業務負担の軽減、ストレス緩和が多少は期待できると考えます。</p> <p>・開設2年経過の中で、施設長のリーダーシップの下、介護保険が掲げる高齢者の「尊厳」「主体性の尊重」「自立支援」を目標に、施設の基盤づくりを始め、ケアの質の向上に取り組んでおられます。 今後は、この間培ってこられた知性や教養を、地域に還元されることを望みます。地域ボランティアの育成、地域の福祉の専門家育成、地域住民への啓蒙活動など、施設の持てる力を発揮していただければと思います。地域を支え、地域に支えられた福祉総合施設に発展されて行くものと期待いたしております。</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	2673500035
事業所名	社会福祉法人京都市山城福祉会 特別養護老人ホームゆりのき
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 通所介護 居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成22年 9月27日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)			法人理念に「笑顔と人間関係の構築」を掲げ、理念に沿った運営方針を策定しています。理念や運営方針に基づく“施設づくり”を目指し、「報告(義務)・連絡(気配り)・相談(問題解決)」を全職員に周知しています。組織図、委員会図、会議図などを整備し、各種専門委員会及び職員全体会議等の活動内容が判る記録を保管しています。各ユニットに、標語“利用者とともに歩む”を掲示し、利用者本位のサービス提供に関心を持ち行動することを啓発しています。パンフレットには「穏やかに和やかな毎日を過ごす…そんな当たり前の生活を応援いたします」と表現されています。		
(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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)			当施設は、居住福祉型老人福祉施設として開設2年目を迎えた全室個室・ユニット型(1ユニット8～9人)の新型の特別養護施設です。「22年度事業計画」には職員の意見を反映させ、利用者本位のサービスを職員の主体性に拠って提供しています。施設長自ら、日常的に介護現場をラウンドされ、利用者及び職員等ひとり一人に声をかけ、現場の様子の把握に努めておられます。22年度事業計画に、各部署、各専門職の役割と理念追求の業務課題を整理と設定しています。朝夕の申し送り、職員全体会議、ユニットリーダー会議、ユニット職員会議、その他の委員会等の活動記録、日報、各種報告書から、課題の達成に向けた取り組みの様子が窺えます。		
(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	A
	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)			施設の運営において遵守すべき法令等の情報を、施設長が口頭で説明し職員に周知しています。高齢者福祉に纏わる幅広い関係法令をリストアップし、関係資料を一元管理されると、職員の法令遵守への理解が一層深まるものと考えます。		

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。	B	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		介護部門では原則、有資格者(介護福祉士)を優先的に採用しています。又、常勤・非常勤の比率を9対1とし、入浴サービスにのみ非常勤を採用しています。採用後、介護福祉士等の資格取得を個人の到達目標の一つに据え、これを奨励しています。職員の育成には、外部研修への積極的参加に加え、内部研修の計画的実施に努めています。職員全てに外部研修の情報を与え、希望者を職命で参加させ、職員の仕事に向かう意欲やスキルの向上に繋げています。1週間の新任研修を充実させています。介護単位が小規模(1ユニット8人～9人)である為、介護現場において、施設長をはじめユニットリーダーから、気づきや学びに繋がる助言を日常的に行っています。実習生の受け入れ要請に対して、来年度より実施が検討されています。			
(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。	B	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		指定基準以上の人員を配置し、業務の負担軽減と効率向上に努めています。入浴において、機械浴、リフト浴、個人浴の3種の浴槽を設置し、利用者のニーズに合わせたサービス提供と職員の介助負担の軽減に繋げています。夜間は、宿直1人＋当直4人の計5人体制とし、職員の安心感と利用者の安全確保に留意しています。福利厚生制度の充実を目指し、法人「互助会」の立ち上げ準備中です。専用の職員休憩室はありませんが、ユニット毎に設置した小上がりの畳スペースで職員は心身を休めることが出来ます。尚、宿直者には仮眠が取れる専用室があります。職員の業務上の悩みやストレスは、施設長や管理職の心配りにより、相談・助言が気軽に為されているため、深刻にならず解消できているとのことです。(職員ヒアリングより)			
(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。	C	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		医聖会グループ”広報誌“石清水”、施設独自発行の広報誌“ゆりのき新聞”で、地域の老人クラブボランティアの協力による夏祭りの様子(バイキング形式の食事や盆踊り等)、季節行事、日頃の施設生活の様子を公開しています。ボランティアの受け入れ施設として、施設を地域の方々に開放し、地域の人々との交流をケアの一環に据えています。高齢者福祉に関心を持つ人々が市町村主催の研修会に参加されたり、施設前のくすのき通りの落ち葉拾いに協力される等の交流があります。11月実施の「情報の公表」や、今回の「第三者評価」の結果も広報誌等で公開されることをお勧めいたします。開設2年目の施設として、これまでは施設運営の基盤づくりや提供サービスの内容の充実に取り組んで来られました。この2年間で培ってこられたものを、今後、社会資源として位置づけ、地域に何かの形で提供されることを期待いたします。例えば、介護教室や認知症サポーター養成講座、地域在住の高齢者の低栄養状態の改善(管理栄養士)、悪徳業者からの高齢者の権利擁護(生活相談員)など等の講座開設が期待できます。			

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。	B	B	
	(評価機関コメント)		ホームページやパンフレット、広報誌を使って、利用者はサービス選択に必要な情報を得ておられます。問い合わせや見学等への対応は丁寧にされています。(利用者アンケート)			
(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られています。	B	B	
	(評価機関コメント)		介護サービスの提供に際しては、ホームページ、パンフレット、重要事項説明書等を使って、内容や料金等の説明を分かりやすく行い、全て利用者の同意を得ています。(利用者アンケート) 介護保険制度と同時にスタートした後見人制度や日常生活自立支援事業の理解を深め、利用者の権利擁護のひとつとして取り組まれることを望みます。			
(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。	B	B	
	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	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。	C	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		独自のアセスメント様式を活用して、本人・家族、専門職等からの情報(意向を含む)を基に、利用者ひとり一人のアセスメントを実施し、個別の援助計画を策定しています。朝夕の申し送り、サービス担当者会議、ケースカンファレンス等で援助内容を検討し、利用者の変化に応じたサービス提供に努めています。検討結果の適切な記録、個別援助計画の定期的な見直し、再アセスメントの実施が不十分の様に見受けられます。ケアマネジメントのプロセス(PDCAサイクル)の確率に向けて、個人ファイルの整備、介護計画に連動した実践記録の充実等、ひとり一人の支援の成果や推移が確認出来る様に努められることを望みます。			
(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)		個別援助計画の策定や見直しにおいて、関係機関から情報を得ている様子は窺えますが、評価や確認に適する書類の記録や整備が不十分であるため、第三者が支援の流れや経過を理解するのに少し時間を要します。記録の書式や個人ファイルの整備に工夫されることを望みます。			
(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。	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)		「業務マニュアル集」を各ユニットに配布し、マニュアルの活用を周知しています。マニュアルの全ては今年4月に策定しています。本年度中に「顧客満足度調査」を行い、利用者の声を反映した改訂版の発行が今年度末に計画されています。朝夕の申し送り、業務連絡ノート、利用者個人ノートへの書き込み、医務室からの医療情報等、日常的に利用者の支援に関する情報交換を職員間で行っています。家族には、利用者ひとり一人の心身の状態や生活の様子を、月初めの「お便り」で届けています。			

(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。	B	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	A
(評価機関コメント)		感染症の対策及び予防に関するマニュアルに基づいて、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスを提供しています。感染予防対策委員会が、感染予防の学習と検討会を開催しています。一足制の施設ですが、居室や廊下にちり1つ無く、掃除が行き届き清潔が保たれています。「美しい環境が入居者には何より大事である」と施設長のコメント。施設の整理整頓、衛生管理、美化が行き届いていました。		
(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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		施設は耐震度8の建物だそうです。スプリンクラーや煙探知機などの防災設備を完備し、消防署との連携で防火訓練を実施しています。事故や緊急時・災害発生時における指揮命令系統を明らかにしています。発生事故やヒヤリハット事例の報告や記録の充実を図り、事故再発の防止に役立っています。現在、報告書のシートの見直しに加え、防止対策会議の見直しを検討しています。自然災害に備えて、地域との連携を意識したマニュアルの策定や避難訓練など、地域を巻き込んだ対応策が国をあげて急がれています。		

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。	B	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。	B	A		
(評価機関コメント)		身体拘束委員会を設置し、“身体拘束しない”を目標に、利用者の人権擁護に取り組んでいます。開設より今日まで、身体拘束ゼロを記録しています。入浴も機械浴に頼らず、「左右両側からの介助可能な個浴で頑張っています」とのことでした。利用者が一番寛いでおられる食卓(リビングの多目的テーブル)は、一人専用や二人、数人用に自由自在に変身可能な上質の材を使っています。排泄はトイレ排泄を基本としています。おしめ排泄による尿臭が全く感じられませんでした。利用者に向けられる職員の“言葉”は静かで丁寧です。(利用者アンケートの接遇項目では、100%の方が満足)				
(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。	B	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。	C	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)		ご意見箱の設置、利用者懇親会の開催で利用者の声を拾っています。利用者の定期的な意向調査「利用者満足度調査」の実施が計画されています。日々の介護サービス提供時に意識的に聞き取りを行い、緊急性・必要度に応じて即時解決に努めています。(利用者アンケートから) この様な日々の意識的な取り組みがサービスの向上、特に個別性のサービス向上に繋がっていると思われます。利用者の意見や相談・苦情、解決に至った内容をメモ⇒記録に残しておかれると、利用者・家族・職員に共通する課題や組織として取り組む内容等が明らかとなり、施設サービス改善への手がかりが得られると考えます。又、利用者の意見や要望、対応の経過などを広報誌に個人感情を配慮した上で公開されることをお勧めいたします。				

(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てている。	C	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。	C	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。	C	B
(評価機関コメント)		今回の第三者評価の受診において、利用者の満足度を把握することが出来ました。(回答率85%) 質問16項目中、14項目において概ね100%の方が、残りの2項目において82%の方が満足していると回答されていました。又、今回の第三者評価の受審では、運営管理者を含む各部門、各ユニットのリーダー等によって各項目に検討を加えられ、評価に臨まれました。今後も引き続き、サービスの質の向上を目指した検討体制を維持されることを望みます。		