

# ア ド バ イ ス ・ レ ポ ー ト

平成 20 年 4 月 11 日

平成 20 年 2 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申しいただいた特別養護老人ホーム 笠取ふれあい福祉センター（介護老人福祉施設）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いたしますので、今後の事業所の運営およびサービスの提供に役立ててください。

評 価 が 高 かつ た 点	<p>I 健全な組織体制 (1) 組織の理念・運営方針 (2) 組織体制 (4) 課題の設定 (5) 人材の確保・育成</p> <p>II 適正なサービス提供体制 (2) 個別援助計画 (3) 利用者等の希望尊重 (4) 衛生管理 (5) 危機管理</p> <p>III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 (2) 情報提供</p> <p>IV サービスの質の向上の取組 (1) 苦情解決 (2) 質の向上に係る取組 (3) 評価の実施</p>
理 由	<p><b>I 健全な組織体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 社会福祉法人宇治病院の理念は「真療 信頼 進歩」が掲げられている。また笠取ふれあい福祉センターは開設にあたり、理念を公募し、「ふれあい——フットワーク、連携、愛、いたわり」を定め、ホームの玄関に掲げるとともに、パンフレットや広報誌に明記し、利用者、家族、地域住民に浸透をはかっている。職員は名札の裏にこれを明記して、毎日の業務がこの理念を核として遂行されている。理念とともに目標や指針も定められており、「利用者に選択される施設になる」ことがうたわれている。</li> <li>・ 施設長はボトムアップを心がけている。毎月のユニット会議⇒リーダー会議⇒役職会議という会議において状況把握するとともに意思決定をはかっており、各会議の課題は明確に定められている。管理者はじめリーダー層はサービスの質の向上に意欲が高く、京都府介護第三者評価モデル事業の際にも受審している。</li> <li>・ 利用者の主治医や医療機関との連携は当事業所、病院、老健、在宅事業所が参加するフログネットワーク（関連施設情報交換会）で連携ははかられている。「フログ」とは「在宅に帰る」意味から命名されている。</li> <li>・ 各部署の職員が課題を検討し、次年度の目標を定めたものをまとめて各年度の事業計画としている。これらの課題は半期に1度振り返りが行われ、軌道修正されている。</li> <li>・ 看・介護職員の人員配置は1：1.95であり、職員は余裕をもって働いており、離職率は低い。有資格と人柄、熱意等を見て採用しており、2日間の実習ののち正式採用としている。働きながらの資格取得にはシフトの調整や模擬試験等で支援しており、資格取得した職員も多い。</li> <li>・ 各年度の職員研修計画が立てられており、レポートの義務づけと伝達研修もおこなわれている。</li> <li>・ 新人職員には指導者を配置しており、1カ月、3カ月、6カ月でヒヤリングをおこない、副施設長がまとめている。</li> </ul> <p><b>II 適正なサービス提供体制</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用申込により入所選考委員会において優先順位が決定され、その後医師も交えて入所判定委員会が開催され入所が決定される。その後相談員と看護師により面接が実施され、アセスメントが行われ、ケアマネジャーと担当職員により介護計画がたてられる。ユニット会議において3カ月ごとにモニタリングがおこなわれ、新たなアセスメント実施ののち、介護計画を更新している。</li> <li>・ アセスメントは生活歴、趣味・嗜好等の情報が収集されており、また日常のケアの過程で収集され</li> </ul>

た情報も追加として記録されている。なかなかニーズを述べない利用者や家族とも根気よく話をし  
て引き出している。また口から食べさせたいという家族の願いにも種々の工夫をしている。

- ・ 介護計画の策定にあたっては専門家の意見を聴取し、スタッフの会議において、生活の楽しみなど  
も入れた豊かなものを策定している。
- ・ 毎日のケアはケア実施表（入浴、整容、面会、アクティビティ、排便、リハビリテーション、受診、  
バイタル、体重、水分、食事他）が記録され、観察と特記事項とのケース記録が記録されている。
- ・ 感染症マニュアル、感染性廃棄物処理規程等があり、施設内の感染症対策も適切であり、ホーム内  
は清潔である。ヒヤリハット報告書は事実と要因分析、対応策等が記録され、集計による検討も行  
なわれている。

### Ⅲ 利用者保護の観点

- ・ 利用者の人権や意思を尊重することは「目標」「指針」にうたわれており、飲み物は自由に選択で  
き、外出も第1希望、第2希望などを聞き、決定するなど、業務において実施されている。
- ・ 個人情報保護方針があり、情報の管理も適切である。介護の場面でのプライバシー保護には十分注  
意している。
- ・ パンフレット、契約書、重要事項説明書、運営規程、事業計画、財務諸表、個人情報保護規定、苦  
情受付責任者名と苦情の内容、第三者評価結果、成年後見制度の説明、消防計画、広報誌等をファ  
イルして、ホームの玄関カウンターにおき、利用者・家族・地域住民に情報提供している。
- ・ 家族には毎月利用料を持参してもらい、その際に情報交換している。春祭り、秋祭り、クリスマス  
会など、家族への行事招待もあり、6割の家族が参加する。
- ・ 地域への社会貢献として医師の講演や簡単な健康診断等を実施している。化粧、民謡、ハーモニカ  
演奏等々のボランティアも大勢くる。また専門学校、大学、中学等からの実習生の受け入れもして  
いる。

### Ⅳ サービスの質の向上の取組

- ・ 苦情対応マニュアルの作成、第三者委員の設置等、苦情への対応の仕組みは適切であり、利用者個々  
の苦情は早急に適切に対応され、記録も残されている。利用申込の優先順位に関する意見があり、  
誠実に対応している。苦情改善状況は広報誌で公開されている。
- ・ 毎年利用者のアンケート調査をおこない、今年度は72%の回収率であり、集計結果を検討してお  
り、改善されている。
- ・ 個々の職員は「援助チェックポイント」により自己点検をおこなっている。
- ・ 今回の第三者評価受審にあたり、サービス評価委員会を3回開催し、自己評価をまとめた。
- ・ 自主点検表は施設長と各部署の部長、主任、副主任などが実施している。その結果感染症対策が弱  
いと判断し、感染症委員会を立ち上げた。
- ・ 職員会議において前年度の自己評価を実施し、次年度の事業計画を部署ごとに策定している。事業  
計画の項目は具体的であり、職員の認識の高さがうかがえる。項目ごとに半期に1度達成状況を検  
討し、見直しをしている。

### 全体として

- ・ 医療の届かない人に医療を届けることを使命として、財団法人宇治病院が昭和21年4月にスター  
トし、60周年以上が経過している。近年は療養型病院、老健、訪問看護、居宅介護支援等の事業  
所を運営してきたが、1987年に宇治市の要請により、笠取ふれあい福祉センターの特養がはじま

	<p>った。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 笠取ふれあい福祉センターは宇治市北部山間部で桜や紅葉など四季折々の花が咲き、鹿や猿が現れるような日本のふるさとともいえるような地域、50 世帯のなかに位置する。しかし、京滋バイパスにより、宇治市の中心街から 10 分という便利さである。</li> <li>・ センター、大型店、J R 黄檗駅、宇治病院をつなぐシャトルバスを 1 日 10 本運行し、地域貢献しており、地域住民がセンターに来訪することが多い。</li> <li>・ 組織体制と職場内の意思決定のプロセスは遺漏なく構築されている。</li> <li>・ ハードは従来型であるが、ユニットケアに取り組んでおり、職員の利用者への思いは強く、「利用者を太秦映画村にお連れしたい」とか、無理かもしれないが、「祇園のひさご寿司を食べに行きたい」などに、なんとか対応したいと考えている。</li> </ul>
改善努力を要する点	<p>I 健全な組織体制 (3) 労働環境①</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②④</p> <p>III 利用者保護の観点 (3) 利用契約①</p>
理由	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福祉機器に関する研修が手薄である。</li> <li>・ サービス提供の記録が介護計画にそって書かれていない。</li> <li>・ カンファレンス記録が不十分である。</li> <li>・ 契約書に利用者・事業所双方の権利が明記されていない。</li> </ul>
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 福祉機器は日進月歩で開発や研究が進んでいるので、情報収集とともに、職員の研修が望まれる。</li> <li>・ ケース記録は介護計画の項目にそって書くことにより、職員間のバラつきをなくし、重要な事項がもれないようにすることが求められる。カンファレンス記録もなるべく詳細に残すことが職員のレベルアップにつながる。</li> <li>・ 契約書に利用者・事業所双方の権利を明記することが望まれる。</li> </ul>

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2671200281
事業所名	社会福祉法人宇治病院笠取ふれあい福祉センター
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
サービス種別 (複数記入可)	介護老人福祉施設、短期入所生活介護(予防含む)通所介護(予防含む)
訪問調査実施日	平成20年3月28日
評価機関名	(社)京都ボランティア協会

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	B
		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	29

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。	A	B
	(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採り入れており、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、気掛かりなこと等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	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	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。	B	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行っている。	A	B
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	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	A
		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	20

【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	29
II 適正なサービス提供体制	30	28
Ⅲ利用者保護の観点	19	19
Ⅳサービスの質の向上の取組	19	20

【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%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	30/30	100%	28/30	93%
Ⅲ利用者保護の観点	19/20	95%	19/20	95%
Ⅳサービスの質の向上の取組	19/20	95%	20/20	100%

