

アドバイス・レポート

平成 19 年 11 月 15 日

平成 19 年 8 月 28 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた老人保健施設アールそせい様につきましては、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

| | |
|----------|---|
| 評価が高かった点 | <ol style="list-style-type: none"> 1) I (2)③ 組織内で会議がきめ細かく実施され、また職種を超えた委員会活動を通じて職員間の横の連携がとられていて、意思決定できる場を数多く充実させておられます。 2) I (2)④ 併設の病院とよく連携をとり、緊急時等にも安心できるシステムを整備されています。 3) I (3)① 休憩時間を交替でとるなど確実に休憩できる配慮や、記録等も含めて時間内に業務が終了できるように徹底されています。 4) I (4)① 介護職に導入されたプリセプター制が、よく定着、機能していて、職員の育成に大変有効に活用されています。 5) II (5)① 緊急連絡先など、緊急時の対応について名札の裏に入れて緊急時にすぐに対応できる方法をとっておられます。 6) III (2)② 機関紙の一部分をブランクにして、担当者が個別に手書きでご利用者の様子・近況などを記入してご家族に送るといった方法が採られ、ご利用者・ご家族とのコミュニケーションに工夫しておられます。 |
| 理 由 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 各種会議や委員会を充実させておられるだけでなく、それぞれの会議や委員会での検討事項が、管理者にも届くようボトムアップの組織づくりをしておられ、スタッフと管理者の意思疎通がよく図られていることが感じられました。 2) グループ内での協力関係により充実したケアを実現し多面的に在宅のご利用者を支援できる体制を確立されていると思います。 3) 同時に介護サービスの質の充実も図っておられ、業務内容の見直し、業務の効率化を充実させておられることが窺えました。 4) スタッフとの面談の中でも、プリセプターとプリセプティにお互いに学び合おうとする姿勢が窺え、新人教育にとどまらず施設全体の質の向上につながる形で定着させておられると感じました。 5) ちょっとした工夫ですが、どんな状況で緊急事態が発生してもすぐに必要な対応ができるという点で大変有効と思われ、緊急 |

| | |
|------------------|---|
| | <p>対応について生きた工夫をされていると思いました。</p> <p>6) 家族とのコミュニケーション方法として大変ユニークで、またスタッフの利用者・ご家族とのコミュニケーションをとる上での意識づけという点でも大変有効な方法と思います。</p> |
| <p>改善努力を要する点</p> | <p>1) 音環境の工夫 廊下や食堂でご利用者が不在の時にテレビが大きな音で鳴っていて、音環境への配慮という点で改善の余地があるのではないかと思います。</p> <p>2) 生活環境の工夫 食堂が階によっては、やや殺風景に思われました。また旧館と新館の間の廊下も限られた施設内のスペースとして寛げる生活空間として活用が可能ではないかと思います。</p> <p>3) Ⅱ (1) ②, (4) ② 個人記録の取扱・保管方法等について規程や保管庫の整備など、検討しておられますが、書棚がガラス張りであったり、デイケアの同じフロアで記録されていたり、閲覧、保管方法など、更に検討の余地があるように思われました。</p> <p>4) Ⅱ (5) ① 介護事故を想定してのロールプレイ等が看護師長により現場で抜打ち的に行われるということですが、他の職員に対しても研修としてシステム化することを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>5) Ⅲ (2) ① 掲示物の工夫 スタッフの顔写真を廊下に貼っておられましたが写真が小さく、やや見にくいように思いました。また、食事やおやつメニューが1.5mくらいの高さに1文字1～1.5cm角くらいで書かれたものが掲示されていましたが、車いすの人など、やや見にくいのではないかと思います。</p> <p>6) Ⅳ (1) ④ 苦情対応状況は機関誌の便りを利用して直接の本人・家族には結果を返しておられますが、対応状況が一般に明らかにされていませんでした。</p> |
| <p>理 由</p> | <p>1) 不必要な音は騒音と感じられる方もおられます。また逆に食事をしながらテレビを見たい方もおられると思われ、色々なご利用者への気遣いが必要ではないかと思います。</p> <p>2) 建物の構造から食堂が共有スペースになっていますが、廊下や渡り廊下が移動するためだけのスペースになっていました。また、そのことが居室スペースと共有スペースを隔てていて、介護スタッフの負担も大きくしている様に思われました。</p> <p>3) 個人情報保護マニュアルなど組織としての個人情報の保護対策を図っていても、実際には具体的な介護場面での個人記録等の扱いの不備により個人情報が流出しやすいことが多々あるのではないのでしょうか。</p> <p>4) 介護サービス提供時に具体的場面を捉えて、スタッフに危険性を認識させ対応を考えさせることは大変効果的だと思いますが、その場に居合わせない他のスタッフにも同様のケースへの対応の学びの機会を設定していくことを考えられると、なお良いのではないのでしょうか。</p> <p>5) メニューを楽しみにしておられるご利用者もおられるとの事でしたので、もう少し見やすい工夫をされるともっと色々なご利用者にも楽しんでいただけるのではないのでしょうか。</p> <p>6) 苦情に対する対応状況を一般的に第三者に分かるように明示することは、苦情や訴えに対する事業所としての姿勢を第三者に示すことでもあり、またちょっとした苦情や希望への対応状況を明らかにすることで、他のご利用者にとっても同様の苦情や希望を出しやすくすることにもなると思います。</p> |

具体的なアドバイス

- 1) ご利用者1人1人の望まれる生活環境や寛げる生活空間は異なります。グループや個人によって、音楽やテレビをかける場合は配慮したり、普段過ごされる場所や環境を工夫するなど個別ケアの一環として、その人に合った生活環境への配慮を検討してみられてはいかがでしょうか。
- 2) 例えば廊下の長いスペースに、小さなテーブルを置いたり雑誌や本を配置するなど、食堂以外の場所に少し寛げるような空間づくりを工夫する余地があるのではないのでしょうか。
- 3) 書棚の形状の工夫などハード面の整備に加えて、個人ファイルの持ち出し・閲覧の原則、記録の方法や注意事項、書棚施錠の責任者、施錠時間等、実際のケア提供場面での個人情報扱いについてのルールや注意事項を文書化してスタッフへの周知を図られてはいかがでしょうか。
- 4) ケアサービス提供上発生が予測される事故やリスクについて類型化してケース検討したり、予測されるリスクに対するそれぞれのスタッフの対応や動きをロールプレイで学ぶような研修を計画的に実施するような方法を検討してみられてはいかがでしょうか。
- 5) もう少し文字を大きくし、掲示の高さも低めにして車椅子の人にも見やすい工夫を検討されてはいかがでしょうか。
- 6) プライバシーにも配慮して、個人が特定できない程度に苦情内容を一般化し、苦情内容とその苦情に対する施設としての対応状況を施設内に掲示したり広報紙やホームページ上で公開する方法等が考えられます。

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| 事業所番号 | 2650980010 |
| 事業所名 | 老人保健施設アールそせい |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 介護老人保健施設 |
| 併せて評価を受けた サービス(複数記入可) | 短期入所療養介護(予防も含む)、通所リハ(予防も含む) |
| 訪問調査実施日 | 平成19年9月14日 |
| 評価機関名 | 京都市老人福祉施設協議会事業センター |

| 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 | 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。 | B | 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 | 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。 | B | B | |
| | (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) | | | | 28 | 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。 | B | 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。 | 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行っている。 | 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 | 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 | B |
| | (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。 | A | 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。 | B | 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。 | B | 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) | | | | 18 | 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 | 28 | 28 |
| Ⅲ利用者保護の観点 | 19 | 20 |
| Ⅳサービスの質の向上の取組 | 18 | 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 | 28/30 | 93% | 28/30 | 93% |
| Ⅲ利用者保護の観点 | 19/20 | 95% | 20/20 | 100% |
| Ⅳサービスの質の向上の取組 | 18/20 | 90% | 19/20 | 95% |

