

## アドバイス・レポート

平成19年 2月 28日

平成18年 12月 8日付けで第三者評価のお申し込みいただいた特別養護老人ホーム松寿苑につきまして、第三者評価結果に基づき、下記の通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。

<p>評価が高かった点</p>	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(4) 課題の設定</p> <p style="padding-left: 20px;">①重点課題の設定、②業務レベルにおける課題の設定</p> <p>(5) 人材の確保・育成</p> <p style="padding-left: 20px;">③OJT の実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保</p> <p style="padding-left: 20px;">③確実な情報伝達</p> <p>(3) 利用者等の希望尊重</p> <p style="padding-left: 20px;">②希望等を引き出す働きかけ</p> <p>III利用者保護の観点</p> <p>(2) 情報提供</p> <p style="padding-left: 20px;">④地域への情報公開</p> <p>IVサービスの質の向上の取組</p> <p>(2) 質の向上に係る取組</p> <p style="padding-left: 20px;">①利用者満足度の把握</p>
<p>理由</p>	<p>I - (4) - ①、②</p> <p>施設の具体的課題に対して、定期的に委員会等や随時にて見直す機会を設け、改善に向けて取組まれています。その事により、施設職員に対して“課題を設定する事だけに留まらず、取組み、評価を行う事で課題の達成を確認する事が、組織全体をより良くする事”という意識付けに結びついておられると感じました。</p> <p>I - (5) - ③</p> <p>人事考課に積極的に取組み、勉強会等も定期的で開催される等、スタッフ育成に精力的に取り組んでおられます。又、毎日の気づきのカンファレンスの中で、職員も自発的にご利用者に関する事も含め、業務の課題についての検討をされています。</p> <p>II - (I) - ③</p> <p>朝・昼・夕に申し送り及び、ショートカンファレンスを毎日開催され、職員間の情報の共有化に努められています。又、ショートカンファレンス時にご利用者の援助方針も検討され、並行して実施されているケアカンファレンス</p>

	<p>の検討材料として集約され、個別援助計画に反映されています。その結果、利用者個々に対して統一したケア提供に繋がっています。</p> <p>II－(3)－②</p> <p>毎年利用者及び、家族に対するアンケートを実施し、又“家族と利用者の座談会”と称し、利用者が職員に言い難い場面を想定した意見・要望を汲取る機会も設けられています。</p> <p>意見箱の設置、アンケートの実施、家族懇談会の開催等の施設内での取り組み以外でも、十数名の選出されたモニターの方々が地域の声を吸い上げ、モニター通信という機関紙を発行、公表する等、地域に根差した取組みも積極的に実施されています。</p> <p>III－(2)－④、IV－(2)－①</p> <p>ボランティアや実習生の受入れ、ホームページ開設や地域に向けた機関紙の発行、地域行事への積極的参加等、地域に根差した取組みを積極的に実践されています。又、施設に対する地域の声の吸い上げも今年から取組まれる等、地域への働き掛けも積極的に実践されています。その取組みと並行し、施設内部では、サービスの質検討委員会によるご利用者満足度アンケートの実施、家族懇談会の開催等、積極的に利用者満足度の把握をされておられ、地域との繋がりをサービスの質の向上と連動され、効率的に取組まれています。</p>
改善努力を要する点	<p>I 健全な組織体制</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針</p> <p>①理念の周知と実践、②運営方針の周知と実践</p> <p>③運営規程の遵守</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p>(1) サービスの品質の確保</p> <p>②サービス提供に係る記録</p> <p>(2) 個別援助計画</p> <p>②個別援助計画の作成、⑤個別援助計画の見直し</p> <p>(5) 危機管理</p> <p>②事故の再発予防等</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p>(1) 利用者保護</p> <p>③個人情報保護</p> <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <p>(1) 苦情解決</p> <p>④苦情に基づくサービスの改善</p>
理由	<p>I－(1)－①、②、③</p> <p>法人理念、運営方針、運営規程等は明文化されており、誰でも知る事が出来る様にされています。ただ自己評価で、(重点課題の設定や業務レベルの課題設定についても同様ですが、)“スタッフ全員が参加している”という項目に対して該当されていないという事で、B 評価と認識されています。当該項目に対して、誠実に取組まれていますのでA評価と判断致しますが、</p>

	<p>“スタッフ全員への共有化が不十分”と判断されている根拠が漠然としているという事は、施設全体で当該項目に対して振り返りや評価が不十分な状況と思われます。</p> <p>II－（１）－②        状態変化が見られる等の必要なご利用者に関しては、連絡ノートやショートカンファレンスの議事録、ケアマネジャーが作成された独自様式等に、随時記録されていますが、利用者全員に対しての個々の日常記録が食事量、排泄量等の数量的な記録、入浴の実施の有無等が主となっており、細かな様子に関する記録が希薄な状況です。</p> <p>II－（２）－②、⑤        ケアマネジャーが中心となり、ご利用者個々の個別援助計画が介護・医療・栄養面から包括的に検討・取組まれていますが、援助計画のサービス内容が短期目標のようになっており、具体的でなく取組み難い状況が見受けられ、又、介護記録に関する援助計画の経過記録とするには希薄なものが多く、（上記の改善点同様、必要なご利用者には連絡ノート等を活用され、記録をされていますが）その結果、援助計画の見直しを実施されても細かな変化等の把握が困難で、大きな状態変化の見られないご利用者に関しては同じ内容の計画が継続されている状況となっています。</p> <p>II－（５）－②        定期的な実践訓練や研修を実施、緊急時マニュアルの作成等の体勢作りはされていますが、事故・ヒヤリハット報告に関して今後の対応方法について、事故分析・再発予防策に関して事故個々に対しての具体性が乏しく、再発予防を図るには不十分に思われました。</p> <p>III－（１）－③        個人情報保護に関する施設独自の規程やマニュアルは作成されていますが、廊下の一角にある机上にご利用者の ADL 情報の記載のある書類が置かれる等、誰でも見られるような状況が見受けられたという事と、ご利用者のケアカンファレンスや申し送り等が他利用者の居られるフロア内で開催されている等、個人情報保護及び、プライバシー保護に関して不十分な状況が見られました。</p> <p>IV－（１）－④        苦情に関する報告も現場から上がっていますが、報告件数が少なく、例えばご利用者、家族から何か申し出があった場合でも、苦情として受け取る職員もいれば、単なる愚痴等と受け取る職員もいる等、職員間での意識に相違がある状況が見受けられました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I－（１）－①、②、③        今後は、重点課題に関する取組みを積極的に実施されておられますので、全員に対して理念、運営方針、運営規程等に関する振り返りやその評価も、例えば上半期・下半期に現場単位で実施されれば、法人理念に沿った取組みの実践に繋がると思いますので、ご検討お願い致します。</p> <p>II－（１）－②</p>

連絡ノートや独自の様式等、記録媒体が拡散しておられるのと、現場の介護職員の援助計画に対しての認識に差が生じている為、ご利用者全員に対して、援助計画に対しての経過記録が非常に希薄な状況となっています。

今後の対応として、介護記録を行う様式を絞られるという事と、介護職員一人一人が援助計画内容に対しての把握が出来る体制作りをお勧めします。又、並行して各職員への援助計画に対しての意識作りを実施されれば、必要な事が記録され、援助計画への経過記録の集約が効率的となるばかりではなく、ご利用者個々に対して何が必要で、そうでないかという“援助のポイント”が明確化されると思います。

#### II - (2) - ②、⑤

個別援助計画のサービス内容が具体的でないものが多く見受けられました。現場職員はサービス内容に基づいて援助を実施されるので、例えば“歩行が出来るようになる”という目標に対して、サービス内容が“リハビリを実施する”というものであれば、そのリハビリの内容を詳細且つ、具体的に明記する事により、統一した援助提供に繋がると思います。1又、その事により効果的にモニタリングが出来、援助目標に対して、今後どのような援助が必要であるかが見えてくると思いますので、是非ご検討下さい。

#### II - (5) - ②

事故報告及び、ヒヤリハット報告が積極的にされていますが、自己分析や再発予防策について“見守りを強化する”等、再発予防に関しては不十分なものが見受けられました。

事故一つ一つによって、その時のご利用者や職員、場所等の状態・状況が異なると思います。その特有の要因を分析し、それに応じた対応策を講じる事が再発予防に繋がると思います。その視点で事故の再発予防に取り組まれる事をお勧めします。

#### III - (1) - ③

個人情報保護に関しての指導や研修を定期的に行われ、それと並行して現場レベルに於いて、個人情報保護マニュアルに沿ったチェックを実施されれば、意識向上と共に、日々の業務の中での個人情報保護に関する振り返りに繋がると思います。又、個人情報保護の中には書類の取扱等の物理的なものだけでなく、口頭伝達に関しても該当するという意識作りもお願い致します。ハード面や人員配置等で、カンファレンスや申し送り等の機会に於いて課題はあるとは思いますが、職員個々の意識が強まれば、その環境下で様々な工夫や提案が生まれてくると思いますので、ご検討お願い致します。

#### IV - (1) - ④

ご意見箱やアンケート等の目に見えるものばかりが苦情ではなく、日々のご利用者及び、家族との会話の中にもご意見や苦情があります。職員個々が問題意識を持たれ、その認識で積極的に意見を吸い上げ、検討する事がサービスの質の向上に繋がると思いますので、ご検討お願い致します。

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2671800064
事業所名	特別養護老人ホーム松寿苑
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
評価機関名	NPO法人 関西ヒューマンライツオンブズパーソンアソシエーション

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	
<b>I 健全な組織体制</b>	(1)組織の理念運用方針	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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	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。	C	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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				<b>20</b>	<b>29</b>

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	
<b>II 適正なサービス提供体制</b>	(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。	B	B	
		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。	B	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	B	
		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。	B	B	
		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	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。	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。	B	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。	B	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。	B	B	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				<b>22</b>	<b>22</b>

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。	B	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	B
		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。	B	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。	B	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	B
		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。	B	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)				16	17

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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	B
		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	B
		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)				14	17

【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	20	29
II 適正なサービス提供体制	22	22
Ⅲ 利用者保護の観点	16	17
Ⅳ サービスの質の向上の取組	14	17

【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	20/30	67%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	22/30	73%	22/30	73%
Ⅲ 利用者保護の観点	16/20	80%	17/20	85%
Ⅳ サービスの質の向上の取組	14/20	70%	17/20	85%

