

## アドバイス・レポート

平成 18 年 12 月 5 日

平成18年8月13日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人七施会アムールうずまさ様につきましては、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	<p>i) 施設全体でハードを見直し、個浴導入の検討、レイアウトを変更するなど柔軟に対応し、サービスの利用環境、就業環境を改善していこうという姿勢が伺えました。</p> <p>ii) 全体として落ち着いた雰囲気があり、既存の施設の中で家庭的な雰囲気を作る努力をされていました。</p> <p>iii) 現場のスタッフが課題を意識し、課題を乗り越えていこうとする気持ちが伺えました。</p> <p>iv) 特養のケアマネジャーが夜勤に入るなど直接業務に関わって実態に合ったケアプランを作成されています。</p> <p>v) ハード面の制約がある中で、ケアサービス提供の上で、ユニット・ケアに取り組まれるなどサービスの質の向上に意欲的に取り組んでおられます。</p>
理 由	<p>i) について 利用者の状況の変化や、ユニット・ケアなどケアサービスの考え方の変化を背景として施設サービスの在り方も柔軟な対応を求められるようになっていく中で、ハードそのものを見直していこうという姿勢は高く評価致しました。</p> <p>ii) について 既存の施設というハード面の制約がある中で、廊下に家具を置いたり、カーテンを工夫される等、居住環境を少しでも良くしようという取り組みをされていました。</p> <p>iii) について 現状を良しとせず、ケアサービスの質を向上させていこうとするスタッフの姿勢が、貴施設のご利用者の生活を支えて行く上で大きな力になっているものと思います。</p> <p>iv) について 特に施設のケアプランは、入居者の細かな状況まで良く理解して作成することが求められる中で、施設のケアマネジャーが直接現場に関わられることは、入居者の生活支援に大変望ましいことと思います。</p> <p>v) について</p>

	<p>既存の施設というハード面でユニット化には限界がある中で、ソフト面で入居者をグループ化し、スタッフも固定されており、馴染みの関係という小規模単位でのケアを実践されている点を高く評価致しました。</p>
<p>改善努力を要する点</p>	<p>i) 苦情対応の体制は揭示されていますが、具体的な担当者名や連絡先が明らかになっていませんでした。また、外部の苦情相談窓口について、別々に揭示されていて、ややわかりにくいのではないかと考えられました。</p> <p>ii) 衛生・安全管理について、洗面所に口腔台車が長時間置かれたままになっているなど、検討を要するところが見られました。</p> <p>iii) 個人情報保護の体制はとられていますが、オープンカウンターのスタッフスペースに利用者の記録が置かれていたり、廊下に利用者のチェック表が置かれているなど、個人情報が簡単に見られる状況が見られました。</p> <p>iv) スタッフの休憩スペースは特養では十分確保できないとのことでしたが、事業所として何らかの対応を検討する余地があるように考えられました。</p> <p>v) 事故対応について、緊急対応については訓練・研修を行っておられますが、介護事故等への対応についての訓練・研修が十分ではありませんでした。</p> <p>vi) マニュアル類は作成されていますが、活用や見直しが十分されていませんでした。</p> <p>vii) 評価の意義の周知や、個人面談の徹底など、ケアサービスの質の向上につながる事柄について、運営会議の中でよく検討されていますが、一般のスタッフには必ずしも十分に伝わっていないように見受けられました。</p>
<p>理 由</p>	<p>i) について        苦情対応は、利用者にとっては職名だけでなく、具体名や連絡先が明らかになっている必要があると考えられます。また、外部機関の連絡先についても、掲示を一つにまとめるなど、利用者にとって見やすい工夫が必要と考えられます。</p> <p>ii) について        入居者に簡単に触れられる所に衛生器具を置いておくこと自体、安全衛生管理上、検討が必要であると考えられます。事故に至らないまでも、利用者への安全・衛生の配慮は十分に行うことが必要です。</p> <p>iii) について        個人情報保護指針などの体制を整えるだけでなく、現場での個人情報の現実の扱いに配慮することが、個人情報保護を実効性のあるものとする上で重要と考えます。</p> <p>iv) について        限られたハードの中でも業務を離れてスタッフが休憩をとることができる環境の検討は進める必要があると考えられます。</p> <p>v) について        緊急対応だけでなく想定される様々な介護事故への対応体制を整えておくことが危機管理、更にサービスの質の向上につながると思います。</p> <p>vi) について        マニュアルは、現場の中で活用され、検討されることによ</p>

	<p>り、一層有用なものとなると思います。</p> <p>vii) について  事業所の取り組みの意義は、一般スタッフにもよく理解されて実践される中で一層生きたものになるのではないかと思います。</p>
<p><b>具体的なアドバイス</b></p>	<p>i) について  施設の苦情受付窓口、解決責任者、第三者委員について、名前と連絡先を明記されるとより分かりやすいのではないのでしょうか。また施設外の苦情受付窓口については窓口と連絡先を一覧表にして掲示するなど利用者にとって分かりやすい方法を検討されるといいのではないのでしょうか。</p> <p>ii) について  口腔台車など衛生・安全上配慮の必要なものについては、保管場所や一時的な収納場所、取り扱い方等をマニュアル化し、それに則した扱いをされるなど、施設全体について衛生・安全管理面での対応を検証されるといいのではないのでしょうか。</p> <p>iii) について  サービス提供上用いる記録等の取り扱い手順を明文化してスタッフの意識化を図られてはいかがでしょうか。</p> <p>iv) について  デイサービスの方には休憩スペースがとれるということなので、そのスペースを共用することも検討されてはいかがでしょうか、そのために必要であれば特養の現場を離れるための勤務シフト上も工夫する等の方法も考えられます。</p> <p>また特養のカウンター奥の畳スペースも、アコーディオンカーテン等仮眠時等のプライベート空間の確保には配慮されていましたが、短時間の休憩等のために、もう少し空間を広げてカウンター内に目隠しを置くなど利用者のスペースからの視線を遮ってスタッフが業務を離れてリラックスできる空間を確保するなど、環境面で工夫する余地があるように思いました。更に広いベランダを有効に活用するなどの方法が考えられます。</p> <p>v) について  転倒、誤薬等、各介護の場面で発生が想定される事故・緊急対応などについて個別に対応方法・手順などマニュアル化すると同時に、それに基づいた研修・訓練を定期的に行う等の方法が考えられます。</p> <p>vi) について  マニュアルの検討委員会等スタッフが共同してマニュアルを検証できる場を設定し、定期的な見直しや、サービス提供状況が変わった時に適宜見直せる体制を整えられてはいかがでしょうか。</p> <p>vii) について  職員全体会議などの機会を通して、運営会議等での幹部スタッフの決定や共通認識事項を一般スタッフにも周知できる方策を検討されるといいのではないのでしょうか。</p>

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2670700042
事業所名	社会福祉法人七施会アムールうずまさ
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、通所介護、居宅介護支援事業
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	B	
		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	B	
		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	B	
	(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。	B	B	
		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。	B	B	
		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	B	
		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。	B	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。	B	B	
		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。	C	B	
	(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。	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。	B	B	
		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	B	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこ)				17	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	
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。	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。	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	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。	A	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)				28	26

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	B
		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	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。	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。	B	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。	B	B
	(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)				17	16	

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。	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。	B	B
		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	B
		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。	C	B
	(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)				13	14	

【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	17	20
II 適正なサービス提供体制	28	26
Ⅲ 利用者保護の観点	17	16
Ⅳ サービスの質の向上の取組	13	14

【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	17/30	57%	20/30	67%
II 適正なサービス提供体制	28/30	93%	26/30	87%
Ⅲ 利用者保護の観点	17/20	85%	16/20	80%
Ⅳ サービスの質の向上の取組	13/20	65%	14/20	70%

