

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 21 年 5 月 11 日

平成 21 年 2 月 24 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梅林園）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

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に良かった点と<br/>その理由(※)</p>         | <p>1) 労働環境への配慮・人材の確保<br/>施設内に 24 時間対応の託児所を設置し、子育てをしながら仕事が継続できる環境を整えておられます。このことは離職率の低下にもつながっていると考えられます。24 時間利用可能なことが変則勤務である職員にも喜ばれている上、安価な利用料にも配慮がうかがわれます。また、高齢者施設に小さい子どもがいることで高齢者との交流もでき、双方にとって良い環境だと思われまます。</p> <p>2) 人材の育成<br/>長年施設で経験を重ねた二人のベテラン職員を退職後に介護アドバイザーとして再雇用し、介護福祉士の受験対策や介護技術等の勉強会の実施等、日々の細かな指導を行っています。このことが職員の質の向上につながっていることがうかがえます。</p> <p>3) 協力病院との連携<br/>月に 2 回協力病院から看護部長を招いて勉強会を実施して、介護と医療の垣根を越えた利用者主体のケアを実践しておられます。ドクターも協力病院から診察に来ておられ、入退院の際も利用者が安心できる仕組みができていると感じました。</p> |
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p>1) 研修計画<br/>全体研修や朝礼など、一同が参加される場面での研修や勉強会は実施されていますが、それに加えてそれぞれのレベルに応じた研修の実施を検討されたいかがでしょうか</p>  |

|                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <p>2) プライバシーへの配慮<br/>施設開設当初からの旧棟は6人部屋の大部屋で、ベッドの間にカーテンは設置されていましたが、日中は開け放してあり、部屋で一日を過ごされる入居者のプライバシーの点で、配慮・検討が必要と思われました。</p> <p>3) 現場レベルでの会議<br/>複数のスタッフへのヒアリングの中で、施設の理念の下、スタッフの間の人間関係が良好で、働きやすい職場であることがうかがえました。一方で、現場で発言できる機会や、棟の職員間で利用者のことを話し合ったりいろいろな意見を共有できる会議などの場がほしいという声も共通して聞かれました。</p>  |
| <p>具体的なアドバイス</p>                    | <p>1) 研修計画の工夫<br/>施設の職制に合わせて、初任者、中堅者、役職者、管理職等に分かれての研修や、現在の業務の中で求められている課題を明らかにした上で課題の克服に向けての研修を実施するなど、様々な内容・方法による研修を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) プライバシーへの配慮<br/>新設の施設に比べてハード面での制約は厳しいものがありますが、現在も増築工事を進めて環境改善に取り組んでおられます。さらにベッドの向きを変えたり、カーテンやその他の目隠しを工夫したり、今のハードで可能なプライバシーへの配慮をスタッフ間で検討してみられてはいかがでしょうか。ハード上多くは望めないとしても、職員間で検討しプライバシーへの意識を共有することは、将来新しいハードの中でのケアに活かされてくることと思います。</p> <p>3) 現場レベルの会議<br/>スタッフの声に、自分たちの中でケアを考えケアを作っていきたいという意欲を強く感じました。棟単位やケアグループ単位など、現場レベルで、入居者のことやケアの方法、その他様々なことを定期的に話し合う会議等を行い、その内容が上部会議や施設運営に反映される仕組みづくりを検討されてはいかがでしょうか。</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                    | 2672800071         |
| 事業所名                     | 特別養護老人ホーム 梅林園      |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 介護老人福祉施設           |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 通所介護(介護予防)         |
| 訪問調査実施日                  | 平成21年3月9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 | 通番   | 評価項目 | 評価結果 |       |
|---------------------------|-------------------|-----|--|------|------|-------|
|                           |                   |     |  |      | 自己評価 | 第三者評価 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>   |                   |     |  |      |      |       |
| <b>(1)組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 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。   | A    | 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。                                 | A    | A    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | パンフレットに大きくわかりやすく理念が記載され、職員証にも理念の記載があり常に職員が理念を意識してサービスに取り組まれています。職務権限にも理念が明確に規定されていました。 |      |      |       |
| <b>(2)計画の策定</b>           |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 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。                      | A    | 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。   | A    | A    |       |
|                           | (評価機関コメント)        |     | 部課長会議で定期的に各部門の課題を確認し、見直しや課題も部門間で横断的・組織的に解決できる仕組みがあります。                                 |      |      |       |
| <b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |  |      |      |       |
|                           | 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。   | A    | 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)        |     | 園長が毎日の朝礼や部課長会議に参加し、自ら施設全体の状況を把握し各部署に報告しておられます。現場とともに良いケアを作り上げていく強いリーダーシップが感じられました。     |      |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>  |     |               |    |  |      |       |
| <b>(1)人材の確保・育成</b> |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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。                                      | A    | 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。   | A    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 独自に「介護アドバイザー」を2名配置し内部研修や日常業務についてもアドバイスを受けることができる体制をとっておられます。新カリキュラムにおける実習指導者研修も受講されています。                                     |      |       |
| <b>(2)労働環境の整備</b>  |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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。  | A    | B     |
|                    |     | 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)    |    | 介護リフトを導入後、実際に使われてないとのことでしたが、介護負担軽減の観点から活用を再度徹底する必要があるのではないかと思います。園内に託児所を設置され、職員にとって働きやすい労働環境が整備されています。年2回の親睦会や職員旅行も実施されています。 |      |       |
| <b>(3)地域との交流</b>   |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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。   | A    | A     |
|                    |     | 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。   | A    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 毎月、機関紙を発行し家族や地域に配布しておられます。近隣の保育園、幼稚園との交流や、介護者教室の開催もしておられます。地域の中学校に講師を派遣し介護指導なども行っておられます。                                     |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |   |      |       |
| <b>(1)情報提供</b>          |     |             |    |   |      |       |
|                         |     | 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)  |    | パンフレットに見学の問い合わせ曜日や時間が明記され、生活相談員が対応しておられます。        |      |       |
| <b>(2)利用契約</b>          |     |             |    |   |      |       |
|                         |     | 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ている。 | A    | A     |
|                         |     | (評価機関コメント)  |    | 利用者の判断能力によって成年後見制度の活用もされています。                     |      |       |

| (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 | B |
| 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。  | B | 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)        |    | プランの見直しを原則として介護認定期間に合わされていましたが、3か月、6か月など定期的にアセスメントを行い、プランの作成・実践することが良い個別ケアにつながると考えられます。                     |   |   |
| (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。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 協力病院から月2回程度、看護部長を派遣してもらい連携強化や勉強会を実施しておられます。   |   |   |
| (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。  | A | 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 | B |
| (評価機関コメント)        |    | 業務マニュアルは各委員会等で検討する等、最低1年に1回は見直しの機会を持つ必要があると考えられます。機関紙に入居者の日常生活の様子を載せるなど、家族への情報提供手段として活用することも検討されてはいかがでしょうか。 |   |   |
| (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)        |    | 感染症について最新の情報を入手し研修を実施されています。衛生管理も点検表を作成し細かくチェックされていました。   |   |   |
| (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 | A |
| 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。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 夜間想定防災訓練を年に4～5回程度実施しておられ職員の防災の意識はとても高いものがありました。事故の解決についても各部署に報告し、全職員へ周知しておられます。                             |   |   |

| 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 |
| <b>IV利用者保護の観点</b>      |     |                       |    |   |      |       |
| <b>(1)利用者保護</b>        |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 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    | B     |
|                        |     | 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。   | A    | 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。  | A    | A     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 40年前に建てられた旧棟部分などでは、利用者のプライバシーや羞恥心について、ハード・ソフトの部分でも工夫が必要と思われる点が見られました。   |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 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    | B     |
|                        |     | 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。  | B    | 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。   | A    | A     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 介護相談員の受け入れも行われています。苦情についても苦情委員会で適切に処理されていましたが、改善状況は第三者に公開されていませんでした。苦情内容を明らかにすることにより、事業所の真摯な姿勢が施設内外において評価されることにつながると考えられます。 |      |       |
| <b>(3)質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |   |      |       |
|                        |     | 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っている。   | 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。   | B    | B     |
|                        |     | 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。   | B    | B     |
|                        |     | (評価機関コメント)            |    | 部課長会議で常に質の向上に向けても評価、改善が話し合わせ、質の向上につながっていました。  |      |       |