

アドバイス・レポート

平成 19 年 6 月 5 日

平成 19 年 10 月 22 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加茂の里につきまして、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 style="padding-left: 20px;">(5) 人材の確保・育成</p> <p style="padding-left: 40px;">②継続的な研修の実施</p> <p>II 適正なサービス提供体制</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) サービスの品質の確保</p> <p style="padding-left: 40px;">④ケアカンファレンス</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 個別援助計画</p> <p style="padding-left: 40px;">①アセスメントの実施</p> <p style="padding-left: 40px;">②個別援助計画の作成</p> <p style="padding-left: 40px;">④スタッフの意見の集約</p> <p style="padding-left: 40px;">⑤個別援助計画の見直し</p> <p>III 利用者保護の観点</p> <p style="padding-left: 20px;">(1) 利用者保護</p> <p style="padding-left: 40px;">①人権等の尊重</p> <p style="padding-left: 40px;">④利用者の決定方法</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 情報提供</p> <p style="padding-left: 40px;">②利用者に係る情報交換</p> <p style="padding-left: 40px;">③開示請求への対応</p> <p style="padding-left: 40px;">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 style="padding-left: 20px;">(1) 苦情解決</p> <p style="padding-left: 40px;">②苦情やトラブルへの対応</p> <p style="padding-left: 40px;">④苦情に基づくサービスの改善</p> <p style="padding-left: 20px;">(2) 質の向上に係る取組</p> <p style="padding-left: 40px;">②質の向上に対する検討体制</p>
<p>理 由</p>	<p>I — (5) — ②</p> <p>新入職員に対してはプリセプターシップを導入されています。現任研修としての施設内研修計画は体系的に定め、実施された内部研修への参加状況や外部研修への参加は個人管理されており、職員 1 人 1 人の資質向上を目指す体制が構築されていました。</p>

II－(1)－④、(2)－④

ケアカンファレンスに介護・医療（リハビリも含む）・栄養・相談員等、利用者に関わる様々なスタッフが参加され、個別援助計画について合議される事により、多角的な視点に基づいた個別性・具体性のある援助計画となっています。その結果部署が異なっても、共通認識に基づいたチームケアが実現出来ているのだと感じました。

II－(2)－①、②、⑤

利用者個々の“望む生活”をしっかりと聴取された上で、介護面・医療面・栄養面等のその方を取り巻くあらゆる側面から総合的なアセスメントを行っておられます。又、モニタリングに関しても関連部署のスタッフ各々が実施され、その上で定期的及び、随時の援助計画内容の見直しが丁寧に実施されています。その事が継続的なケアの提供に繋がっていると思います。

III－(1)－①、④

利用者に係る現場の医療、介護、相談員等は、日頃より個別性を尊重した生活支援を行っていることが記録等からもうかがえます。さらに、身体拘束廃止委員会においても、個々の利用者の心身状況や、生活背景を捉えながら安全面や人権尊重の両面を考慮し、継続したケア展開を行っていると感じました。④について、多数の入所申込者について、予約業務管理規定に基づき、公平な入所決定を行うために必要な最新の情報を得る努力を重ねておられます。

III－(2)－②、③、④

個々の利用者の望む生活に向けての施設内での取り組みだけではなく、家族へ生活の様子を伝達し、意見を聞く機会を確保しています。面会の少ない家族への連絡方法の工夫や、緊急時の対応説明や、同意では迅速対応を心掛け、個別の関わりを丁寧に行っています。

金銭出納についても、利用者、家族だけではなく、施設内でも個別にその詳細がファイリングされています。

地域の特性を把握し、異なる世代間での交流や、ボランティアや民生委員などの活動、交流の場として1室を自由に開放されています。

IV－(1)－②、④

利用者からの苦情やトラブルについては責任者を定め、組織内での迅速な対応をしています。現場でもカンファレンスを行い、解決に向けての取り組みを行うとともに、機関紙での匿名による公開を行っています。また、過去の苦情やトラブル、ヒヤリハットなど組織全体で共有し再発防止に努めるため、コールバック連絡書に詳細に記載されています。

IV－(2)－②

ケアやサービスの質の向上について、拡大運営会議、特養運営会議、身体拘束廃止委員会など、勤務表でのシフトを工夫し、関係者が全員会議に出席できるための工夫をしておられます。

<p>改善努力を要する点</p>	<p>II 適正なサービス提供体制</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) サービスの品質の確保 <ul style="list-style-type: none"> ② サービス提供に係る記録 (4) 衛生管理 <ul style="list-style-type: none"> ① 感染症の対策及び予防 ② 事業所内の衛生管理等 (5) 危機管理 <ul style="list-style-type: none"> ① 事故・緊急時等の対応 <p>III 利用者保護の観点</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 利用者保護 <ul style="list-style-type: none"> ① 人権等の尊重 ② プラバシー等の保護 ③ 個人情報保護 <p>IV サービスの質の向上の取組</p> <ul style="list-style-type: none"> (1) 苦情解決 <ul style="list-style-type: none"> ③ 第三者への相談機会の確保
<p>理 由</p>	<p>II - (1) - ②</p> <p>個人情報の取扱マニュアルが作成され、各部署に配布される等、周知が図られている反面、個人ファイルの個人名が詰め所の外側から確認出来てしまう保管方法でした。又、排泄表が人目につく場所に無造作に置かれている状況が見受けられる等、現場レベルで十分に実践されていないように感じました。</p> <p>II - (4) - ①</p> <p>感染症予防の為に委員会が設置されマニュアルも整備されていますが、現場に於いて、例えばトイレに消毒液が設置されていない事や、生活フロアに次亜塩素酸等の消毒液が保管されておらず、万が一ノロウイルス等が発生した場合に迅速な対応が難しいと思われまます。又、各フロアに加湿器が設置されていましたが、稼動していないものもあり、職員の意識に差があるように思われました。</p> <p>II - (4) - ②、(5) - ①</p> <p>調査当日に利用されていたショートステイの方に畳対応該当者が多かったという事ですが、廊下に未使用のベットや車椅子、リハビリ用具等が多く置いてありました。あの状況では災害等の緊急時に速やかな対応は非常に困難と思われまます。又、ハイター等の物品が共有スペースに無造作に置かれている状況も見受けられ、危機管理についての認識不足が感じられました。</p> <p>III - (1) - ①</p> <p>昼食風景では、食事の準備や、食事介助など複数の利用者に介護職員が単独で忙しく関わっておられる場面があり、そこでとっさの事とは思いますが、「そんなことしたらダメ！！」と、利用者に対して職員の声が聞こえる場面がありました。</p>

	<p>III－（１）－②、③</p> <p>廊下に設置のトイレ出入口の棚や居室の入口等に、利用者の使用のおむつやおしぼり等が収納されていますが外から物品が見える状況等、大変雑多な印象を受けました。又、排泄表やショートステイ利用者の入退所に関する書類等が人目につく場所に無造作に置かれる等、個人情報保護及び、プライバシー保護に関して問題と思われる状況が見受けられました。</p> <p>IV－（１）－③</p> <p>１階の在宅介護支援センター入口の壁面には重要事項説明書が掲示され、文面の中に記載の第３者委員（評議員）の氏名が明記されていますが、連絡先が明記されていない状況です。又、施設入口の事務所前に目安箱が設置されていますが以外の場所には設置されておらず、活用し難いように感じました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>II－（１）－②</p> <p>個人ファイルに関しては、現在棚や引き出し等を購入し、個人名が見えないような保管方法を検討されている所とお聞きしていますので、是非実施して頂き、現在使用されているマニュアル内容を更に具体的なものにされる事で（例えば個人ファイル等、情報媒体別に関する取扱方法が定められている等）、適正な個人情報の取扱となるだけでなく、職員個々の個人情報保護やプライバシー保護についての意識も高まりますので、是非ご検討下さい。</p> <p>II－（４）－①</p> <p>予防する事が第一ですが、感染症が発生した場合に如何に適切且つ、迅速な対処が出来るか否かで蔓延予防の是非が決ります。生活フロアには万が一の場合も想定し、次亜塩素酸等の消毒液を保管して頂くのと、トイレには石鹼だけでなく消毒液も設置して頂きたいです。又、空調の調整は感染症予防だけでなく、利用者の体調管理にも大変影響致しますので、加湿器等の器具の活用も無論ですが、これを機に研修会等を介して職員間の意識統一を図られては如何でしょう。</p> <p>II－（４）－②、（５）－①</p> <p>災害等の緊急時だけでなく利用者が廊下を移動される際も危険な状況です。ショートステイ利用者の状態に応じた結果という事ですが、生活フロアは利用者にとって安全で快適という事が大前提ですので、ハード面に関する事で難しい事とは思いますが、生活フロア以外での保管場所をご検討下さい。又、誤って飲食すると危険なものについての保管は、利用者の手の届かない若しくは、見えないような工夫をして頂いた方が望ましいと思います。“今までにそのような事故は発生していない”と言われていましたが、現状では発生するリスクは高いと思いますので、是非ご検討下さい。</p> <p>III－（１）－①</p> <p>余裕のない時や、とっさの時にはつい言ってしまいがちですが、そのような場面でもため口ではなく、“人権や自尊心の尊重”という事に配慮した声掛けを心掛けて頂くよう、お願い致します。</p>

Ⅲ－（１）－②、③

おむつ等の物品が外から見える状況は、特に利用者の家族や面会者等の第三者が訪れた際、あまり良い印象とは言えません。できれば、例えば目隠しカーテンの活用等をご検討されてみては如何でしょうか。又、Ⅱ－（１）－②同様ですが、個人が特定されるものは、全て“その方の個人情報であり、プライバシーに関わるもの”という認識をスタッフ一人一人が持ち、適切且つ、慎重な取扱をお願い致します。

Ⅳ－（１）－③

苦情や相談の内容によっては施設内部の人に知られたくないと感じる方もいるかもしれません。施設外の相談窓口、評議員の連絡先が記載されていますと、気軽に相談できる方もあるかもしれません。又、建物内に複数設置されていると、人の目に触れないよう投函することが可能になるため多くの人が安心して相談が行えると思います。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2671400048
事業所名	特別養護老人ホーム加茂の里
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護老人福祉施設
訪問調査実施日	平成19年11月15日
評価機関名	NPO法人 関西ヒューマンライツオン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	
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。	B	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。	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)				28	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	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探り入れており、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、気掛かりなど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	B	
		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	B	
		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	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。	B	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。	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。	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	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。	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。	B	B
		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	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。	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。	B	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)				15	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	28	29
II 適正なサービス提供体制	30	26
Ⅲ利用者保護の観点	18	17
Ⅳサービスの質の向上の取組	15	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	28/30	93%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	30/30	100%	26/30	87%
Ⅲ利用者保護の観点	18/20	90%	17/20	85%
Ⅳサービスの質の向上の取組	15/20	75%	19/20	95%

