

様式 7

アドバイス・レポート

平成 21年 4月 7日

平成 21 年 2 月 4 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白寿につきましては、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

特に良かった点と その理由(※)	<ul style="list-style-type: none"> • 組織体制が確立されており、医師、看護師、生活相談員、理学療法士、管理栄養士、ケアマネジャー、介護士等の多職種がチームワーク良く、それぞれがそれぞれの業務に励むとともに連携がスムースに行われている。職員研修が充実している上、職員の自己評価チェック表があり、上司と同フロアの職員が評価をおこなう仕組みが優れている。職員は前向きで明るく、向上心がある。その結果、総体としての介護力が高い。こういった力を地域住民への栄養教室と運動教室開催により、貢献している。 • 組織としての意思決定の過程が適切である。ケアワーカー会議と看護師会議という部署会議ならびに9つの委員会活動が有機的に連携しており、事業計画について毎月の振り返りと課題の検討、上半期と下半期でのまとめが実施され、記録が残されている。部署ごとの自己評価が実施されている。 • 利用者情報の収集、意向確認、アセスメントが的確に実施され、介護計画、栄養計画、リハビリテーション計画が作成されている。家族とは3ヵ月ごとに各職種の職員参加のもと利用者情報を提供し、モニタリングを実施している。また利用者の満足度調査を実施するにあたり、他の事業所の職員が直接ヒヤリングするという仕組みも優れている。
特に改善が望まれる 点とその理由(※)	<ul style="list-style-type: none"> • 利用者の介護計画はさらに個別、具体的に作成されることが望まれる。また身体状況への介護だけでなく、生活を豊かにするような項目を、すべての利用者に取り入れることが望まれる。
具体的なアドバイ ス	<p>個別ケアの実施には</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 利用者や家族の望む生活像を聞き出す。 どんな生活をされていたのか。どんな楽しみをもっておられたのか。どんなサークルに加入しておられたのか。どんな友人がおられたのか。 2. 詳細な生活歴を聞き取り、検討する。 昔のことを知っている人を探す。同じ年代の友達を探す。家族に古いアルバムをもってきてもらう。 3. 多様なメニューのためにはボランティアを活用する。 ボランティアと一緒に楽しむ。利用者のなかにも教えることができる人がいるかもしれない。

*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	2650480011
事業所名	老人保健施設 白寿
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)	
訪問調査実施日	平成21年3月31日
評価機関名	(社)京都ボランティア協会

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				
I 介護サービスの基本方針と組織										
(1)組織の理念・運営方針										
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)				パンフレット及びホームページに、「”ほっ”とできる環境でいきいきとした生活を支援します」という理念を掲示している。これは武田病院グループの理念であり、「白寿」の理念である。職員は全員名札の中にこの理念を印刷したものを入れ、常に携帯している。理念の浸透は毎月のケアワーカー会議で「利用者本位の個別ケアを実施しているかどうか」の議論をしている。また上半期と下半期には各部署で振り返り、次期への課題を検討している。4月には全職員に来年度の事業計画とともに理念についての浸透を図っている。利用者や家族に対しては、家族交流会を年3回実施しており、約半数の参加があるが、その際に事業計画の説明とともに理念についても深めている。組織図があり、ケアワーカー会議と看護師会議という部署会議とともに、サービス向上委員会、業務改善委員会、身体拘束委員会、安全委員会、感染防護委員会、教育研修委員会、企画広報委員、給食委員会、QMS(品質マネジメントシステム)推進委員会の9委員会が定期的に開催されており、各会議・委員会の目的、活動内容、構成員、課題等が明確に規定されている。職員は会議に参加し、忌憚のない意見を述べており、意思決定の過程に参加している。運営規程等に現場の職員への権限委譲が規程されている。						
(2)計画の策定										
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	B				
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)				中・長期計画はないものの、単年度計画は毎年2回の振り返りとともに、現場の職員も参加する中で組織的に議論されており、社会情勢の分析や制度改革もふまえて決定されている。因みに21年度はQMSの改善、職員の資質向上、利用者本位の個別ケア、在宅復帰率50%、リスクマネジメント等が課題となっている。ケアワーカー会議や看護師会議ならびに9委員会で、上半期と下半期に課題達成の振り返りと次期への計画を話し合っており、全体としての計画に反映している。						

(3)管理者等の責任とリーダーシップ

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)		コンプライアンス管理規程をもっており、対象法規のリストが明文化されている。リストにある法令はスタッフ室や会議室に備え、常に調べられる態勢にしている。現場の責任者として事務主任と看護部長は府の集団指導や研修に参加し、職員への伝達研修をしている。副施設長の役割と責任は職務分掌規程に明記され、広報誌『ほのぼの』誌上で年度初めや新年号には、自らの文章で表明している。計画や方針の決定においては現場責任者が職員の意見を把握しており、副施設長に仲介している。また日常的には副施設長は職員に気軽に声を掛けたり、利用者の情報を直接聞いたり、仕事においては信頼して任せている姿勢であり、職員からの信頼は厚い。職員の緊急連絡網が作成され、自宅電話番号と携帯電話番号を掲載しており、毎月更新するとともにスタッフ室に掲示している。事故等の緊急事態の連絡体制は万全である。管理日誌には毎日の業務、すなわち利用者の外泊、外出、連絡事項、特記事項、申し送り等と勤務職員名が記録され、副施設長と看護部長の印が残されている。			
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

II 組織の運営管理

(1)人材の確保・育成

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。	B	A
継続的な研修・○JT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)		職員の採用方針は次の2点である。①資格——資格のない職員は採用後取得するように支援する。②人柄——対人サービスであり、笑顔が大事と考えている。したがって、全職員が資格をもち、全職員が正規職員である。利用者に対する看・介護職員数は2.5:1となっている。採用後の資格取得についての支援は試験情報を提供し、資格手当を支給している。研修計画があり、内部研修、外部研修共に実施、受講されている。20年度は老健のあり方、食中毒、リスクマネジメント、倫理・法令遵守、インフルエンザ、身体拘束、誤嚥時の対応、食事介助、認知症ケア、個別ケア、接遇、災害時対応、褥瘡等のテーマで内部研修が実施され、感染症、コーティング、接遇等のテーマの外部研修が受講され、レポートが残され、伝達研修が実施されている。業務の中では特に職員の言葉遣いや接遇に力を入れており、雑な言葉遣いや利用者に対して強制的な対応をしている場合などは注意している。職員は年2回、個人目標チェックリストを記入し、上司と同じ部署の職員の2者から評価を受ける仕組みになっている。福祉人材の育成と同時に職員の研修にもなるとの考え方から、実習生の受け入れを行つており、実習指導マニュアルを作成している。マニュアルには目標、オリエンテーション、実習前、実習中、実習後に分けて詳細に書かれている。医療・福祉専門学校、介護福祉士、高校生、中学生のチャレンジ体験、ユースアクション等の実習を受け入れている。実習指導者は介護福祉実習指導者講習会を受講している。		

(2)労働環境の整備					
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	A	
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。	A	A	
(評価機関コメント)	年度・月別に職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを集計し、管理している。有給休暇は2カ月に1日は取るように奨励している。その他に年末年始の5日間、夏季休暇3日間が支給されている。時間外労働は月平均看護師は17時間、介護職は19時間となっている。育児休業や介護休業は就業規則に規程があり、育児休業を取得している職員もいる。介護の負担軽減のために、浴槽に利用者が座って入れるもの設置している。武田病院グループとして職員のメンタルヘルスケア対策を行っており、専門家のPHS番号と面談の場所や時間を職員に情報提供している。必要であれば外部の機関を紹介することも可能である。上司の面談は年2回実施している。「むつみ会」という福利厚生制度をもっており、毎月300円の積み立て金で慶弔祝い金や懇親会、日帰り旅行、歓送迎会、ボーリング大会や野球大会などを実施している。職員の休憩室は3室あり、そのうちの1室は畳の部屋でふとんを敷くことができる。				
(3)地域との交流					
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	B	
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)	'白寿'の概要や理念、方針等はパンフレットに記載し、ホームページにも掲載されている。広報誌『ほのぼの』にも掲載されており、利用者・家族、見学者に配布されている。今後地域の福祉センターや町内会にも配布の予定である。地域の情報はホワイトボードで利用者の提供しており、地区の運動会には職員とともに参加している。情報の公表調査の結果をプリントアウトし、カウンター等に備えておくことが望まれる。当事業所は下京区介護予防推進センターを担っており、地域の住民を対象に、薬、食中毒、食事管理などの話をする栄養教室や体操を教える運動教室などを開催している。またすこやか学級での講師派遣もしている。隔月に開催される下京区西部ネットワーク会議は開業医、訪問看護事業所、地域包括支援センター等が参加しており、事例検討や交流を行っている。地域での古紙回収や清掃にも協力し、こういった活動を通して、高齢独居や高齢2人暮らしの多い地域での課題を把握している。				

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

III 適切な介護サービスの実施

(1)情報提供					
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。	A	A	
(評価機関コメント)	事業所の情報はパンフレットとホームページで提供している。見学希望に対応しており、記録が残されている。毎月見学者があり、利用者本人や家族が来訪している。				
(2)利用契約					
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)	申込があると、予め重要事項説明書を送付し、読んでおいてもらい、生活相談員が利用者、家族、代理人等に説明している。重要事項説明書には料金等も記載されている。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の説明書を準備しており、必要になれば支援している。				

(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。	A	A
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。	A	A
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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)	申込により、生活相談員が利用者や家族と面接し、アセスメントをとり、介護計画、栄養計画、リハビリテーション計画を作成している。利用者の基本情報には家族構成、住宅状況、医療情報、利用している介護サービス情報等を収集し、アセスメントは身体状況を中心に行っている。利用者の望む生活像として、「自宅が気になるので見に行きたい」「楽しみを見つけたい」などが記載されている。アセスメントに基づき、介護計画には、目標とサービス内容を記載している。介護計画の作成にあたっては、利用者や家族の意向を反映し、また医師、看護師、理学療法士、管理栄養士、相談員、介護職などの多職種の職員の意見を反映している。介護計画の見直しの際には利用者や家族の意向を改めて聴き、カンファレンス会議を開催している。介護計画の評価は1~3カ月で実施している。サービス提供の管理は工程管理規定により管理している。			

(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)	地域包括支援センターとは要支援高齢者等の情報を交換し、ケアマネジャーとともに居宅を訪問するなど、連携を行っている。また虐待の疑われる事例についての連携も実施している。利用者が入退院、また退所する場合などは、地域の居宅支援事業所のケアマネジャー、デイサービス職員、福祉用具レンタル事業者等々とともに居宅を訪問し、話し合っている。地域の事業所や施設の情報を収集し、利用者にすぐに紹介できるようにしている。			

(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。	A	A
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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)	各サービスについて業務マニュアルが作成されており、職員研修も実施している。マニュアルにしたがって業務を実施しているかどうかの点検は点検表があり、自己評価しているが、新人職員については主任がチェックしている。マニュアルの見直しは毎年実施している。①血糖値測定の注射器の使い回しの禁止、②ケアマニュアル業務の手順書に身体拘束禁止を追加、③事故報告書の書式に要因分析の項を設け、詳細に記入するようにしたこと等、具体的でレベルの高いものになっている。サービスの実施状況は支援経過記録に残されているが、介護計画の項目に沿って書くことが期待される。利用者の記録の保管、廃棄等に関しては記録管理規定に明記され、実施されている。職員研修も実施されている。利用者の情報は管理日誌、毎日のケース会議、毎月のカンファレンス会議で職員に共有化されており、会議録にサインが残されている。利用者の家族とは3カ月ごとのモニタリングの会議を開催し、医師、看護師、相談員、ケアマネジャー、介護主任が参加し、状況を伝え、家族の意向を聴いている。際に面談している。			

(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。	A	B
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。	A	A
(評価機関コメント)	感染症対策マニュアルを作成し、ノロウイルスや新型インフルエンザなどの最新の情報を常に収集し、マニュアルの更新を行うとともに、職員研修を実施している。感染症である利用者に対しては当事業所は個室がないため、受け入れることはできない。武田病院グループの他の事業所を紹介している。当事業所の整理整頓は適切に実施されている。清掃は外部委託しているが、毎日点検表により点検が実施されている。ポータブルトイレを各室に置いているため、臭気対策に力を入れており、消臭剤を使用しているが、さらに効果の強い消臭ミストを使用するなど改善を心がけている。			

(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。	A	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)	緊急時対応マニュアル、緊急時連絡網、責任者等が明記されている。火災については自動火災報知機を備え、救急救命についての講習を職員が受講している。夜間想定も含めて非難訓練を年2回実施している。地域との連携については、安寧学区自主防災会と白寿との災害時対応マニュアルを作成している。事故予防については転倒時マニュアル、無断外出時の対応マニュアル等を作成し、職員研修が実施されている。事故発生時やヒヤリハット時には記録を残し、対抗経過まで記録されている。安全対策委員会が毎月開催され、転倒、転落、誤嚥、熱傷、誤薬、その他などのインシデントならびにアクシデントについて要因を分析し、対応方法を検討している。年度末には反省と来年度への課題をまとめている。			

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

IV利用者保護の観点

(1)利用者保護

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。	A	A
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	A
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)	利用者の人権や意思を尊重したサービスを行うことについては、職員の倫理規定に明記されており、重要事項説明書には身体拘束を行わないことが明記されている。業務については常に振り返りを行っており、主任からの注意もしている。職員一人ひとりが毎年自身の業務に関して「自己評価」を実施している。身体拘束や高齢者虐待防止法、プライバシー保護等について、職員研修が実施されている。利用者のプライバシーに配慮したサービスの提供については入浴、整容、排泄等のマニュアルに明記されている。職員はカーテンをすぐに閉めるとか、臭気をすぐに消すとか、トイレ誘導の声かけに注意するなど、十分注意している。利用の申込があると、相談員が面接し、その情報をもとに、副施設長、看護部長、生活相談員、ケアマネジャー、介護主任、理学療法士、管理栄養士をメンバーとするサービス利用判定会議で検討している。優先順位はあるものの、万床でないかぎり受け入れている。満床の場合は他の機関を紹介している。			

(2)意見・要望・苦情への対応

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。	A	A
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てている。	A	A
第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口に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	B
(評価機関コメント)		利用者や家族には生活相談員が利用者の情報を提供しながら、きめ細かく相談にのっている。毎月広報誌とともに「ご意見ハガキ」を郵送し、返送してくれるよう依頼している。利用者満足度調査は、食事、入浴、排泄、レクリエーション、リハビリテーション、健康、環境、接遇、総合評価の各項目で、他の事業所の職員が20%の利用者に直接質問し、記録するという方法で年1回実施している。苦情処理要綱があり、苦情は記録に残すと共に、副施設長と福祉事業部長に報告される。苦情とその改善の結果は、事業所内の掲示板と広報誌『ほのぼの』で公開している。トイレが狭く、車椅子の利用者が使いにくいくこと、便座が高すぎる等について改善されている。介護相談員を受け入れ、毎月の訪問時に懇談し、利用者の声を聞いている。法人としての第三者委員の設置が望まれる。		

(3)質の向上に係る取組

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てている。	A	A
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。	A	A
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)		毎年「利用者満足度調査」を実施している。今回は臭気についての苦情があつたため、事務主任、介護主任、看護部長、生活相談員をメンバーとするサービス向上委員会で検討した結果、他の事業所で利用して効果があつたとの情報により、業者を紹介してもらい、利用することになった。全国老人保健施設協議会の京都府部会に参加しており、種々の情報交換をしている。今回の第三者評価受診にあたり、自己評価票を全職員が勉強会で認識を深めた。第三者評価結果と自己評価票の結果を分析し、来年度の計画に反映させる予定である。第三者評価の受診は今回が初めてである。		