

アドバイス・レポート

2010 年 4 月 7 日

2009 年 7 月 7 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第 2 松寿苑 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 その理由(※)</p>	<p>(通番 6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 管理者自らの役割や責任、意見については「総合施設長かわら版」にて表明がなされていました。非常に特色のある取組みとして評価できます。また、職員に対しての面接による目標管理等、適切な人事考課が実施されている状況を確認することができました。</p> <p>(通番 13 地域への情報公開) 事業所が発行している広報紙「あやべ松寿苑」に、地域の方々に対する意識を高くもって、ボランティア活動の内容や氏名が紹介されており、事業所としての姿勢を伝えるための充実した取組みを確認することができました。</p> <p>(通番 21 多職種協働) 必要なときにはその都度、医師・関係機関等とケア会議・ケース会議を行い、各医療機関のMSW(メディカルソーシャルワーカー)を通じて連携、綿密に調整している状況を確認することができました。</p> <p>(通番 22 業務マニュアルの作成) 業務を標準化するためのマニュアルが多岐に渡って整備されており、それが単なる形式的なものではなく、常に現状と照らし合わせて現場業務とのずれを意識し見直しが行なわれていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番5 法令遵守の取組み) コンプライアンス(法令遵守)の観点での研修への参加や職員への周知に関しては、聞き取りにおいて一定程度確認できましたが、運営上把握すべき法令等の明文化・リスト化は確認が確認できませんでした。</p> <p>(通番12 ストレス管理) 職員の休憩場所については、以前からの課題として認識されており「現在整備中である」とのことですので、引き続き具体的な検討に基づいた実現が望まれます。</p> <p>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者の状況やサービスの提供状況は適切に記録されていますが、記録の保管については、日常的な必要からすぐ取り出せるようなところに保管してしまいがちとなり、施錠棚に保管されていない等の課題が見受けられました。保管、保存、持ち出し、廃棄に関しては確実に規定し、それに準じた対応が必要だと考えられます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>綾部市の養老施設(現養護老人ホーム)を昭和42年から同法人に経営移譲、昭和50年に特別養護老人ホーム松寿苑開設、第2松寿苑は平成2年に開設され、「人類愛善 ひとりひとりを大切に」という明確な理念を掲げ「人材」「業務プロセス」「利用者」「財務」という4つの視点を織り込んだ運営方針に基づいて、地域の方々の信頼を得る実践活動を着実に展開されています。</p> <p>また、平成18年からは、利用者のニーズや適切なサービスに対応・提供するため、全室個室(40床)のユニット型を整備し、質の高いサービスの提供に努められています。利用者の個室には、利用者それぞれの思いのこもった調度品等が置かれており、穏やかで安心した生活環境が提供されている状況を見受けることができました。今回第三者評価を受けるにあたって、対応された副施設長は、第三者評価の意義を「高い評価を得ることが目的ではなく、サービスの課題・事業所の弱点・強みを明確にすることで、サービスの透明性を確保し、調査者との対話の中から多様な改善ヒントを得ることを目的としたい」と明確に示され、有効に取り組みされたことは高く評価できます。</p> <p>また、総合施設長は、職員全員に対して管理者自らの役割や責任、意見を表明するために「総合施設長かわら版」発行する等、特筆的な取組みを実施されています。さらに、法人が発行している広報誌「あやべ松寿苑」には(ご奉仕)というコーナーを設け、地域の方々のボランティア活動内容が紹介されており、地域とのつながりと感謝の気持ちを有効に表現されていました。引き続き多くの職員を巻き込んだ取り組みにますます期待が寄せられます。</p> <p>以下、今回の評価で気が付いたことを記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営上把握すべき法令等の明文化・リスト化は確認ができませんでした。事業所としての社会的責任の観点からも「法令遵守」に対する意識啓発は大切だと考えます。今後さらに整備と周知への取り組みに期待します。

	<ul style="list-style-type: none">・パンフレットやホームページで利用者にむけてわかりやすい説明、紹介がされていますが、実際に利用者がサービスをおおうとするとときに、重要事項の説明等が十分でないと感じる利用者の意見が今回の利用者アンケートにも複数ありました。利用者の心身の状況によっては説明を受けてもなかなか理解できない場合もあることが想定されますが、出来る限りの理解を促す工夫は求められますので、さらに個々の対応を見当・配慮されてはいかがでしょうか。・廊下に沿って手すりを取り付けられていますが、その前にいろいろなものが置かれているところが数箇所ありました。施設内の乾燥対応として、その手すりに濡れたタオルをかけているという事情もあるようですが、とっさの場合や歩行が困難であったり支えが必要な方にとっては、わずかなものでも障害物となることを意識して、整理されることが望ましいと考えられます。・利用者の部屋を開けた時、尿臭がしている部屋がありました。おおむね臭気対策は多様な方法で行われている状況を聞き取っていますが、やはり外部からの来訪者には気になる要因としてあげられます。特に冬場は換気が難しい状況も考えられますが、さらに工夫・徹底されることにより、清潔で、快適な生活につなげられることを期待します。
--	--

※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	2671800031
事業所名	特別養護老人ホーム 第2松寿苑
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	2010年2月23日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)		「人類愛善一ひとりひとりを大切に」理念はわかりやすく明確に掲げられており、月に1回の全体会議において周知されていることを聞き取った。従業員の職務権限・各責任は、組織図および業務分掌規定において明確に示されている。		
(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。	B	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)		法人中長期計画・H21年度事業計画が策定されている。課題の達成状況等はフロア単位の会議にて定期的におこなわれている。また、係長・副施設長・総合施設長を構成メンバーとするリーダー会議においても見直し、確認がおこなわれている。		
(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り組みを行っている。	B	B
		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(法令遵守)の観点での研修参加や職員への周知に関しては聞き取りにおいて確認できたが、運営上把握すべき法令等の明文化・リスト化は確認できなかった。管理者自らの役割や責任、意思については「総合施設長かわら版」にて表明がなされている。また、24時間携帯電話を所持し、状況把握・緊急事態時への対応体制が取られている状況が確認できた。		

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
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	B
		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。	B	B
		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)		事業経営方針「人材の視点」において、必要な人材や人員体制に関する基本的な考え方が示されている。一般職(資格をもたない)の職員に対して、資格取得のための具体的な取組みは行われていない。職員の研修は体系的に進められている状況は見受けられるが、「接遇マナー」という視点における研修は、OJTレベルに留まっている。実習生の受け入れに関しては、マニュアル等に明確にしめされており、実習指導者に対する研修も、「全国社会福祉協議会主催の研修」に参加している状況を聞き取ることができた。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		毎月シフト希望を聞き取っている。また、リフレッシュ休暇をH22年度中の制度化にむけて、整備が進められている。浴室内にバスリフトを整備する等、介護時の負担軽減に努められている。職員の休憩場所については、以前からの課題として認識されており、現在整備中である。		
(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	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)		事業所発行の広報誌「あやべ松寿苑」に、ボランティア活動の内容や氏名も紹介されており、充実した取組みが確認できる。また、地域の商店街空き店舗で、「福祉の駅」として毎週金曜日に相談事業を実施している。		

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)		ホームページや法人全般を紹介したパンフレット「松寿苑」で、概要・サービス内容等わかりやすく解説、写真も多用し視覚的な工夫がある。特に当施設の特徴である全面的なユニットケアの実現、厨房の新設を写真も交えて紹介し、さらにそれについて別資料にて質問に回答する形式で詳しく説明している。見学は利用者以外に地域の老人会等定期的に受け入れており「見学交流表」で記録を残している。		

(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)		利用開始にあたり重要事項説明書にサービスの内容、料金等必要なことが明示されており、口頭でも説明し利用者の同意を得ている。一部利用者アンケート結果において、介護保険のサービス利用について、否定的な意見も見受けられる。施設側としてそれについて重要事項説明書に記載して説明していても様々な状況によってそれが利用者側に伝わらないこともあるという認識は常に持って最大限理解できるような工夫と努力が望まれる。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		担当者会議によって利用者一人ひとりのアセスメントが多面的にきめ細かく行われている。サービス提供内容決定に当たっては担当者会議に利用者や家族の参加を促して的確なニーズの汲み取りがなされている。個別援助計画の策定は利用者に関わるさまざまな専門的分野からの意見、情報交換を行い、精査したうえで行っている。計画の見直し基準は「介護認定更新時」と「体調が変化した時」ということで明確化され随時見直しが行われている。更に周知徹底するためにはこの基準を明文化することが望まれる。		
(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)		必要ときにはその都度、医師・関係機関等とカンファレンスを行い、各医療機関のMSW（メディカルソーシャルワーカー）を通じて連携、綿密に調整している。利用者の状態が変化したときには先ず本人や家族に相談して受診、その後の入院と治療についてもよく相談して決めている。利用者アンケートにおいてもそれは当事者の声としてあがってきている。入院中に退所となった場合にも、退院前カンファレンス等で連携を取りつつ相談し受け入れ態勢を整えている。		
(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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		サービスの提供に際しては、その業務の標準化を図るため多岐に渡るマニュアルが整備され、活用されている。マニュアルと現場業務の間にずれが生じていることへの気付きがあり、見直しが図られている。また、利用者の状況やサービスの提供状況は適切に記録されているが、記録の保管については、日常的な必要から保管体制が曖昧になり課題が見受けられる。（例：持ち出し禁止にするのか、どういった場合は保存するのか等）規定を明確に決め、施錠保管等の検討が望まれる。 利用者についての情報は職員とはリーダー会議、各ユニット、フロア、そして毎日の申し送りにおいて共有し、家族とは家族会を通して積極的に働きかけ、参加できなかった家族には電話で様子を知らせている。		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		感染症の対応マニュアルが適切に整備されており、特に、感染症の種別によってその対策予防等を詳しく整備している。事業所内の衛生管理について、臭気対策は居室ごとにオゾン脱臭機を取り付け、汚物が出た場合はすぐに一時保管の場所を持って行き消臭剤をかけ、その後戸外の定められた場所に集めている。システムとしては整っている。		
(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)		事故、緊急時対応マニュアルが定められており、指示命令系統、防火管理責任者等が職務規定に明確に記載されている。避難訓練が実施されており、特に夜間の人員配置を想定した訓練も行われている。また、ヒヤリハット事例に関連して、記録を、病院へ行ったか行かないかでアクシデント記録と事故苦情記録に分け、それぞれについて細かく検証することができる。更にチームを組んで検証することで再発防止のための意識付け、情報交換を行うシステムが出来ている。		

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)		事業所の行動規範に利用者の自己決定の選択と尊重が明確にされている。介護技術の基礎研修プログラムでプライバシーの保護について周知徹底されている。入所順位については法人内の入所検討委員会において点数により公平・公正に決定しており、病院のMSW（メディカルソーシャルワーカー）と連携してフォローアップを行っている。				
(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っている。	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。	A	A	
(評価機関コメント)		家族に聞き取りを行うなど、利用者の声の収集の為に工夫がされている。苦情の改善について、検討された経緯や結果を掲示する等で、より施設への信頼や透明性につながっていくと考えられる。				
(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っている。	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)		年に一度満足度調査を行い、その結果をリーダー会議・フロア単位の会議等で分析し、改善に反映されている。「今回第三者評価を受けた結果から、改善するべき点を明確にし、一年後にもう一度評価を受けたい」と話された副施設長の姿勢からも、今後、施設のさらなる質の向上が期待される。				