

アドバイス・レポート

平成 24 年 3 月 26 日

平成 23 年 11 月 16 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた、
 (京丹後市やさか老人保健施設ふくじゅ) 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 その理由(※)</p>	<p>1) 介護サービスの基本方針と組織運営 組織運営は広く職員からの意見を参考に公正・適切なプロセスで意志決定を行われ、管理者及びリーダーと現場職員との間の意見交換が十分に行われ、組織が良好に運営されていました。</p> <p>2) 適切な介護サービスの実施 正規職員全員が介護福祉士資格を有する等質の高い介護サービスを提供する施設の姿勢がうかがえました。</p> <p>3) 個別の状況に応じた計画の策定 定員100名に対して4名のケアマネジャーが配置され、利用前の面接においては、利用者の自宅に訪問して、在宅での生活を施設でも再現できるように家具の配置等細かくアセスメントされていました。また、退所の際には利用者宅に施設のケアマネジャーのみならず機能訓練員も同行し入所中に向上した生活機能などに関して在宅のケアマネジャーと情報共有されるなどきめ細かいケアプランが作成されていました。</p> <p>4) 労働環境への配慮 一般的な介護施設の休日数以上(最低125日)の休日が付与されているなど、労働条件に十分配慮されていました。また、職員定着率の高さや職員ヒアリングからも働きやすい職場であることがうかがえ、ひいては利用者のサービスの質の向上にも繋がっていると感じました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1) 共同生活スペースと認知症ケア方法の工夫 3階認知症フロアにおいて、利用者の行動によるトラブルを未然に防ぐため、フロアや各居室に掲示物や装飾などがあまり置かれておらず、第三者にはいささか殺風景で「がらん」とした印象を受けました。 またデイサービスのフロアや2階(一般棟60名)3階(認知症棟40名)の食事を行う為のスペースでは、利用者全体の様子が一目で見渡せる状況で食事されたり余暇を過ごされたりしていて、利用者にとって若干落ち着きを欠くのではないかとの印象を受けました。</p>

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>2)利用者満足度を引き出すための取組み 利用者や家族の苦情や要望に関しては、意見箱の設置やケアプラン作成時にヒアリングされているとのことですが、満足度の把握という点では、食事に関するアンケートは行われていましたが、ケアに関する満足度調査、個人面談、懇談会等は行なわれていないとのことでした。利用者・家族の満足度把握のための取組みと、取組み前後のサービス向上効果を検証する仕組みが確認できませんでした。また、介護相談員やオンブズマン等の受入れも確認できませんでした。</p> <p>3)マニュアルの見直し 各種マニュアルは基本的に整備されていましたが、定期的なマニュアル見直しの時期や基準が定められていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1)共同生活スペースと認知症ケア方法の工夫 高齢者ケアに対する考え方は近年、家庭的な雰囲気の中で、小集団で馴染みの関係を作りつつ介護することが有効とする考え方が主流となっています。「ふくじゅ」でも「寄り添う介護を実践している」とのご説明でしたが、各フロアの共同生活スペースは少し広すぎるように感じました。目視できる範囲が狭くなり介護職員にとっての業務効率は下がると思われそうですが、間仕切りなどを効果的に使って複数の生活空間を作る工夫をされれば、利用者には落ち着いた「居場所」が提供できるのではないのでしょうか。また、デイサービスフロアの静養ベッドの周囲も衝立を使ってプライバシーに配慮されてはいかがでしょうか。</p> <p>2)利用者満足度を引き出すための取組み 第三者評価を継続して受診しサービスの質の向上に努めておられることは高く評価されます。ただ、食事の満足度調査以外に利用者や家族に対する介護サービスに対する満足度把握の実績が確認できませんでした。満足度調査を行うことによって職員に対する好評価が得られ職員のモチベーション向上にも繋がることもあります。利用者との懇談会や家族への満足度調査を実施されてはいかがでしょうか。また、社会福祉協議会内部でオンブズマン制度を作り評価を求めることも可能かと考えます。</p> <p>3)【その他】 管理者、リーダー、一般職員が広く意見を交換しながら良質な介護サービスを提供することに努力しておられ評価できました。「改善が望まれる点」でも揚げましたが、認知症ケアの近年の流れはその人を中心に据えたケア(パーソン・センタード・ケア)が主流となっています。従来の集団対応的なケアに比べると業務効率は少し低下すると思いますが、認知症の利用者には有効なケア方法であり、環境面では居住空間やしつらえの工夫なども有効と考えます。そのためには相当の予算措置も必要と思われます。委託元の自治体との協議を重ねられながら、利用者にとってより質の高い介護サービスの提供を期待します。</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	265380010
事業所名	京丹後市やさか老人保健施設ふくじゅ
受診メインサービス (1種類のみ)	指定介護老人保健施設
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年12月7日
評価機関名	一般社団法人 京都市老人福祉施設協議会

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)		1)職員で協議し施設理念を定め、これに沿ったサービス提供を実践しておられます。 2)意志決定にも職員の参画が確認でき、透明性が担保されていました。			
(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	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)		3),4)各部署が年間計画を作成され、多角的な視点から課題の達成に取り組まれています。しかし、事業が自治体からの単年度運営委託の継続であるため事業費の高額な事業は主体的に計画が立てられないというジレンマもあり、委託元の行政の理解が望まれます。			
(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)		5),6),7)管理者も集団指導や各種研修に参加され、常勤専従で施設の各事業に関わっておられ事業をリードしておられました。			

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
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。	A	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。	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)	8)採用後の資格の取得に関しては特段の支援がされていませんでした。 10)実習受入のマニュアルは整備されていましたが、資格取得のための実習依頼がないとのことでした。			
(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。	A	B
		(評価機関コメント)	11)人員基準も比較的余裕を持って配置されており、最も繁忙時の起床～朝食時間帯にも配慮された勤務計画が策定されていました。 12)休憩室や休憩時間の確保は十分でしたが、「カウンセラー」等専門家の配置が確認できませんでした。			
(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)	13)社会福祉協議会の情報誌に加え、施設独自の広報誌の発行を始められていました。 14)講師派遣や研修への参加は確認できました。 施設主催の研修会や相談事業の実施についても検討されては如何でしょうか。			

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)	15)施設理念を前面に配置した事業所パンフレットは内容も充実しており見やすく、広報誌「こころ」や「ふくじゅたより」は日々の活動内容を集約されています。			
(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)	16)契約内容等の説明については、約款を用い利用料金やサービス内容の説明が行われています。			

(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。	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	定期的及び必要に応じて、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)		17)4名の支援相談員が連携し関わることにより細かくアセスメントされていました。 18)複数の利用者の方がサービス担当者会議に出席されておられます。 20)施設独自の見やすい書式を使用され、適切な見直しを行なわれています。		

(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)		21)退所時は情報提供書を作成し、関係機関とのカンファレンスを実施されています。施設の理学療法士、作業療法士が自宅を訪問し、アドバイスもされています。認知症の利用者の退所時は、地域民生委員等に協力を依頼されていました。		

(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	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。	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)		22)業務マニュアルの見直しの基準は定めがありませんでした。更新の時期や一定の更新基準を設けるようにしてみられてはいかがでしょうか。 23)～25)適切に対応されていました。		

(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	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)		26)感染症を有する入所希望者については受け入れできない状況でした。 27)施設全域の清掃は業者委託されており、点検表提出等日々の衛生管理に努めておられました。		

(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。	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)		28)年2回の総合避難訓練を実施されています。 29)ヒヤリハット事例や事故報告書により、発生時間や場所、原因等をデータ化しその後の対応方法等を、事故防止委員会にて改善策等を検討されていました。		

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
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)		30)身体拘束委員会の活動の中で利用者保護の取り組みを行っておられました。 31)社会福祉協議会の理念に則りプライバシーやサービス提供の公平・公正に留意されていました。		
(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	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	B
		(評価機関コメント)		33)意見箱の設置や苦情マニュアルの作成など要望や苦情の汲み上げには積極的でした。 34)苦情の公表がなされた実績がありませんでした。		
(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	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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		36)食事に関する満足度調査しか行われていませんでした。介護サービスに関する満足度調査もおこなわれては如何でしょうか。 37)、38)各種委員会を設置されサービスの質の向上に努力されて、定期的に自己評価を行うと共に、第三者評価も積極的に受診されていました。		