

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 2 月 7 日

平成 22 年 12 月 3 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わらく）につきまして、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()	<p>1. 経営責任者のリーダーシップが発揮されています。 (理由) 理事長が、毎月開催される「責任者会議」に出席し、法人としての経営方針を明らかにするとともに、出席者の意見や提案を真摯に受け止め、リーダーシップを発揮した施設運営がなされています。</p> <p>2. 清潔で職員の負担軽減にも配慮した労働環境です。 (理由) 施設は清潔に保たれ、利用者の実態に応じたセンサーの設置など、設備面の配慮や宿直業務の外部委託等による職員の負担軽減など、労働環境は整備されています。</p> <p>3. 地域に開かれた施設づくりがよくできています。 (理由) 地域住民のために施設を開放しての「介護教室」の開催、利用者の外出支援を通じた地域住民との交流、地域の福祉事業などへの施設役員等の参加を通じて、地域に開かれた施設づくりに取り組んでいます。また、地域がお茶の産地という事情からショートステイの定員を 20 人分確保し茶摘みの時期の需要に応えています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由()	<p>1. 新人職員の定着化が不可欠です。 職員の定着率が低く、特別養護老人ホーム、ショートステイ、デイサービスの 3 施設の職員 100 名中、勤続 1 年未満が 23 名、1～2 年が 24 名と、約半数を占めています。</p> <p>2. 利用者満足度の体系的な把握とサービスへの反映が大切です。 利用者の要望・苦情などに対しては、「皆さんの声」という箱を設置するとともに、日常的な対話の中でその把握に努めていますが、それを体系的に整理し、サービスの向上策に生かすことが求められます。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 職員の定着と質の向上に向けて……（統括リーダーの機能の発揮） 理念でもうたっている「利用者本位の施設運営」は、職員一人ひとりの質を高めることから始まります。職員の雇用が安定しないと、募集・採用・教育訓練等の業務が増加し、本来の介護サービスの提供という業務にも悪影響が生じることになります。 サービスの質のばらつきをなくすためにも、雇用の安定化が不可欠のように思えます。 経験の浅い職員の育成を、ラインを離れて指導できるように「統括リーダー」制を採用され半年あまりが経過しましたが、期待されている機能が十分に発揮されていないようです。 その要因として、統括リーダーの職務内容と権限が不明確な上に、多忙なユニットへの応援などに手が取られ、本来の機能が発揮できていないことが考えられます。早急に統括リーダーの権能の確立を図るよう、組織全体で取り込まれることを期待します。</p> <p>2. 利用者満足度の把握とサービス向上に向けて サービスの向上のために「利用者ニーズの把握」は不可欠ですが、その方法は「アンケート方式の意向調査」だけではありません。ケアマネ・相談員・ユニットスタッフ等の職員が、日常のサービス場面やモニタリングなどあらゆる機会を通じて利用者の意見要望を聴取するなど、利用者ニーズを把握し、得られた情報を一元化して分析検討する委員会等を設置してはどうでしょうか。</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	2671400352
事業所名	特別養護老人ホーム わらく
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)	短期入所生活介護(介護予防含む) 通所 介護(介護予防含む) 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成22年12月16日
評価機関名	NPO法人 きょうと介護保険にかかわる会

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)		○ 法人の理念や運営方針が理事長のリーダーシップの下、組織に浸透し「利用者本位のサービス」の提供が実践されています。		
		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)		○ 各事業毎に事業計画を策定、各部署ごとに目標設定をおこない、責任者会議で課題や目標達成状況をチェックするなど、介護サービスの向上に向けた取組が実践されています。		
(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)		○ 理事長自らが、施設の各部署の責任者で構成する「責任者会議」に出席し、職員からの提案・報告を聴取するとともに、運営方針を明確にするなど、経営責任者としてのリーダーシップが発揮されています。		

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
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	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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の資格取得の支援や評価も充実しています。 ○ 施設内研修・外部研修も計画的に実施されています。 ○ 非常勤職員の離職率が高いのが気がかりです。 ○ ベテラン職員と新人職員の介護能力にバラツキがあることが利用者アンケートでも指摘されています。 ○ そうした現状を解消されるためにも「統括リーダー」制が定着することを期待しています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 労働環境の改善に向けて、設備・介護機器の導入などきめ細かな努力がなされています。 ○ 心理相談員の資格を持つ看護師がカウンセリング的業務を行っていますが、その職務が組織として明確にされていません。 ○ 職員親睦会の開催など職員の福利厚生については、配慮されています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 地域住民を対象とした「介護教室」の開催、地域行事への利用者の参加支援など、地域との良好な関係づくりに努めています。 ○ 町社会福祉協議会、町健康福祉審議会への参画など、地域の福祉行政にも貢献しています。 		

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
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)		○ サービス内容等の情報提供は、パンフ・ホームページへの記載、施設内での掲示も適切になされています。		
(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)		○ 説明資料などは基準どおりに準備され、入所時の説明などに活用されています。		

(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。	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)		○ アセスメントは、嘱託医、看護師、機能訓練士等の専門職との連携の下に行われています。○ 個別援助計画の策定に当たっては、利用者・家族の要望を的確に聴取するとともに、関係部門の職員の意見も取り入れたものとなっています。○ 嘱託医の指示は、カンファレンスに活用しています。		

(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)		○ 医師との連携については、嘱託医が定期的的回診しており、施設職員とのコミュニケーションはよく取れています。		

(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ます。	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。	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)		○ 各種業務マニュアルは整備され、職員がいつでも活用できるよう、各部署に配備されています。○ マニュアルは、時期を定めて見直しをすることにより、職員の認識づけも明確にできます。○ ケース記録等の書類・資料は、施錠できる保管庫で管理するなど、管理体制は確立しています。○ 施設から家族への連絡は3か月毎に手紙で丁寧に行っています。		

(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)		○ 衛生管理のシステムは整備されています。○ 感染症の予防対策としてのマニュアルの整備、研修会・朝礼での予防策の徹底等の対応が確実に実行されています。		

(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	B
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)		○ 非常災害時、特に夜間の出火時には、地域住民の協力が不可欠です。早急に町の消防当局との協議をまとめられることを望みます。○ 訓練の実施、研修、備蓄など消防・防災対策・体制は整備されています。○ 発生した事故、ヒヤリハット事例は、施設内での報告、再発防止策の検討、対応等は、システムとして整備され、実践されています。		

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
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。	B	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)		<p>○ 利用者の尊厳の保持については、理念・運営方針で明確にされています。</p> <p>○ 身体拘束の禁止については、マニュアルでの明示、委員会でのチェック、研修会での徹底が行われています。</p> <p>○ 「高齢者虐待防止法」そのものをテーマとした研修は実施していませんが、プライバシーの保護は研修会で徹底し、利用者の相談・個別援助業務は相談室または個人の居室で行われています。</p> <p>○ 入所の判定は、関係3町村職員も参画する入所判定委員会で公正に行われています。</p>		
(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。	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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>○ 利用者の意見・要望・苦情を引き出す仕組みとして「皆さんの声」ボックスを設置していますが、利用者・家族との面談、懇談会を定期的に行う仕組みは出来ていません。</p> <p>○ 相談・苦情を窓口としての、第三者委員、市民オンブズマン、介護相談員の配置はできてませんが、関係行政機関・施設関係者との連携により早急にシステムの構築を望みます。</p> <p>○ 利用者の意向・要望等を職員間で把握する手段として「連絡ノート」を設置し、情報伝達に活用しています。</p>		
(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。	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。	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)		<p>○ 現在、「現在調査表」を作成中とのことですが、日常的な利用者ニーズの収集とその対応を大切にされることも重要と思われます。</p> <p>○ サービスの質の向上に向けた取組は、責任者会議を核として、各種委員会、リーダー会議等で積極的に行われています。</p>		