

アドバイス・レポート

平成26年12月20日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成26年11月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設 醍醐の里」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 アセスメント、ケアカンファレンス及びモニタリングの取り組みが重層的に行われ、ケアプラン作成に反映されています。 (理由) 新規入所者については、「申込書」に合わせて「ADL表」と「健康診断書」を提出いただき、利用者・家族にヒヤリングして、7項目の「ケアチェック表」や「面談記録シート」を作成して、ケアプランに結び付けています。既入所者については施設独自の「アセスメント用紙」により、介護、看護、栄養及びリハビリの4分野からチェックしています。ケアカンファレンスは、毎日(ミニ)、週ごとと月ごとに行い、合わせてケアプランの評価を行っています。</p> <p>2 利用者・家族の意向・希望を把握し、サービス向上に努めています。 (理由) 年2回、聞き取りによる利用者満足度調査と郵送による「家族アンケート」を実施・分析してサービス改善に活かしています。また、施設長は、「部門別会議」及び「療養棟会議」に出席して、職員の意見を聞いています。</p> <p>3 質の高いサービスが提供できるように、職員の労働環境に配慮しています。 (理由) 介護職の人員基準35名(正職)に加えて、派遣・パート職員15名を雇用しています。有給休暇に加えて、夏季3日、冬季5日の特別休暇を設けています。職員が自らの「ストレス度チェック」をしています。幹部職員が主任クラスの職員から「チェックリスト」により評価を受ける仕組みがあります。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>1 施設の有する資源を、施設を活用して地元へ還元するまでに至っていません。 (理由) 地域における「認知症あんしん見守り隊研修」や「栄養士による栄養相談」に職員を派遣するほか、利用者家族の「介護研修会」を開催するなど施設の持つ技術・情報を還元していますが、施設内のリハビリ室を使用する地域住民対象の「リハビリ講習会」を計画しましたが、実施には至っていません。</p> <p>2 事故報告書及びヒヤリハットについて統計的分析が実施されていません。 (理由) 毎月の療養棟会議で改善点など討議・検討し、事故防止に努めていますが、過去に行っていた「統計的分析」を、時間、場所や利用者にはばらつきがあり過ぎ、役に立てないとして中止しています。</p> <p>3 第三者委員の委嘱がなく、介護相談員を利用されていません。 (理由) 相談・苦情窓口として、公的機関に加えて司法書士会と弁護士会の連絡先を一覧表にして示していますが、第三者委員の委嘱がなく、介護相談員の導入もありません。</p>

<p>具体的なアドバイス (所感)</p>	<p>1 「リハビリ講習会」の地域ニーズは高いと思われますので、年次的な地域割り りを明らかにするなど、人数のコントロールに工夫して実現されるよう期待いた します。</p> <p>2 事故報告及びヒヤリハットの統計的分析は、継続することで見えてくるもの があるかと思われます。「事故防止委員会」の作業として、続けて取り組ま れてはいかがでしょうか。</p> <p>3 苦情・相談窓口として第三者委員に委嘱できる人材を関係機関と相談して探 されてはいかがでしょうか。また、介護相談員も京都市へ派遣申込みされるよ うお勧めいたします。</p> <p>(所感)</p> <p>平成26年度は、入所定員増加に伴う諸作業に追われる中、看護・介護面等利用者 サービスについては、充実したものとなっております。しかし、「ホームペー ジの更新」や「機関誌発行」が遅れていることなど、外部に向けた発信が少なく なっているように感じました。忙しい中でも第三者評価を受けられる姿勢に 敬意を表しますとともに、来年度以降のさらなるご発展を期待いたします。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670100219
事業所名	介護老人保健施設 醍醐の里
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)	短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成26年11月25日
評価機関名	特定非営利活動法人 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）及び事業所の職員全員が、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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 理念及び運営方針を各種媒体により周知するとともに、年間計画に位置づけて実現に取り組んでいます。 ○ 各種会議には運営管理者が出席し、職員の意見を法人の理事会に反映させるとともに、決定事項の周知を図っています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 平成22年2月の理事会において「長期計画」（新規事業計画）を策定し、老人保健施設の50名増床を実現しています。事業所はこの計画を受け、年度ごとに課題を明確にして事業計画を策定しています。 ○ 年度計画は、部署別、業務別に課題を明確にして、月ごとの取り組み内容を定めるとともに、達成状況の確認・問題点の把握・評価なども計画的に実施しています。 		
(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り組みを行っている。	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、いつでも職員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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 事務部長が集団指導や業界団体の全国講習会等で情報・資料を入手し、年2回の全体会議で遵守すべき法令等の周知に努めています。また、事務室に係法令を備えています。 ○ 組織図に運営管理者等の役割と責任を明文化しています。施設長は部門別会議、療養棟会議に参加して職員の意見を聞いています。全主任が「チェックリスト」により、施設の三役（施設長、事務部長及び看護部長）の評価を行う制度も発足させています。 ○ 施設長は利用者診察のため各部署を巡回して利用者の状況を把握するとともに、職員に必要な指示をしています。不在時の連絡体制も確立しています。 		

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
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"> ○ 人員基準を有資格の正職員で充足し、さらに派遣及びパートの職員を雇用して、基準の1.4倍ほどの人員を確保しています。 ○ 経験年数に応じ4段階の研修体系が確立しており、これに沿って毎年の研修計画を立案・実施しています。新人には、経験年数2年以上の者が指導者としてついています。 ○ 実習生受け入れマニュアルが整備されており、指導担当者には、内部研修をしています。大学や看護協会からの実習生を受け入れています。 		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取り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)		<ul style="list-style-type: none"> ○ 職員の就業状況を把握するとともに、年2回ヒヤリングを行い、意向把握をしています。夏季休暇は3日、冬期休暇は5日あります。職員負担軽減のために体変マット等を導入しています。(センサーマットは、身体拘束にならないよう配慮したシステムにしています。) ○ 職員のメンタルヘルスケアは、「ストレス度チェック」で自己診断してもらうとともに、施設長が産業医として相談を受ける体制が整えられています。 		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ○ ホームページは明るく、わかりやすく作成されていますが、今年度は、新規施設入所事務に追われていることもあって、ホームページの更新や機関誌発行が滞っています。地域行事へ参加する体制は整えていますが、参加できる利用者が少ないのが現状です。 ○ 「醍醐認知症あんしん見守り隊研修」に認知症ケアリーダーとして参加する等事業所の持つ技術や情報を地域に伝えています。「リハビリ講習会」を企画しましたが、参加希望者が大勢集まり過ぎたために再検討中です。 		

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)		○ ホームページ、パンフレットは分かり易いものとなっています。「相談記録経過表」により電話・見学から入所判定までの記録をつけています。			
(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)		○ 入所時に資料を提示してサービス内容や所要費用等について説明されています。成年後見人制度の資料を準備しており、制度を利用している利用者もおられます。			
(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)		○ 申込時に「申込用紙」「ADL表」と「健康診断書」で利用者の状況を把握し、さらに施設のケアマネジャーが「面談時記録シート」と7項目の「ケアチェック表」を使用して、利用者の状況・希望把握に努めています。また、定期的または随時にアセスメントを行っています。 ○ 「リハビリ」「看護・介護」及び「栄養」の項目についてモニタリングし、利用者・家族のニーズ、希望等を聞いて、具体的な目標を明記した個別援助計画が作成されています。 ○ 担当者会議において各種専門家の意見を反映させ、個別援助計画を作成しています。必要な場合には、入院先を訪問して、医師から話を聞くとともに状況確認しています。 ○ 日々の「実施記録」に評価も記入しています。「週間」及び「月間」のケアカンファレンスマニュアルにより、モニタリングや専門家への意見照会を行い、変更基準を基に必要に応じて計画見直しが行われています。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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（病院）や関係機関と連携体制が取れており、入退院時や退所時においても関係機関・施設と連携し対処しています。「在宅復帰プログラム」により、住宅改善の情報も提供しています。			

(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、職員に活用されている。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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>○ 各種マニュアルが整備され、「マニュアル委員会」により、年一回は必ず、随時にも見直しされています。事故報告書及びヒヤリハット報告書の内容を、毎月フロア会議で検討して、マニュアル改善につなげています。</p> <p>○ ケアプランの実施状況に加え評価も日、週、月ごとに記載されており、記録の管理も適切に行われています。</p> <p>○ 週一回医師の回診があり、利用者の変化はカルテに記載されます。情報は「カーデックス」に記載して朝夕の申し送り確認され、週及び月ごとのカンファレンスにかけられています。</p> <p>○ 家族が来所されたらケアマネジャーがフロアから連絡を受けて、家族と面接しています。利用者に状況変化があったときなどは、家族に来所を求めて話し合いの機会を設けています。</p>		

(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、職員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)		<p>○ 感染症委員会を設置し、外部講師による研修会を年二回開催しています。管理担当職員により、ウイルスバスターの噴霧や手すり等の消毒を行って、感染症予防に努めています。</p> <p>○ 衛生チェック担当者が月二回点検して整理整頓に努めています。清掃は担当職員により午前と午後に行われ、衛生が保たれています。また、臭気対策もされています。</p>		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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
災害発生時の対応	30	災害発生時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
(評価機関コメント)		<p>○ 「事故・緊急時対応マニュアル」により研修・訓練をしています。</p> <p>○ 事故報告書作成後、「事故カンファレンス」を行い、原因分析や再発防止に努めています。</p> <p>○ 災害発生時の指揮命令系統は明示されています。「醍醐十校区自主防災会」と「地域協力覚書」をかわし、災害時の協力関係を明らかにしています。</p>		

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	31	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	32	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	33	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>○ 利用者の尊厳に配慮したサービス提供ができていないか等について、年2回新人職員の新鮮な眼で、100項目の「サービス評価チェック」を行っています。</p> <p>○ 利用者のプライバシー保護や羞恥心に配慮した介護がされているかを、評価委員が年1回「抜き打ち検査」しています。</p> <p>○ 入所困難事例については、「申込書」や「相談員マニュアル」に明記して、申込者に説明するとともに、他施設を紹介する等しています。</p>			
(2) 意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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	36	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>○ 「利用者満足度調査」と「ご家族様アンケート」を毎年実施しています。また、施設ケアマネジャーがいろいろな機会に利用者・家族の意見を聞いています。</p> <p>○ 苦情・要望は、「苦情処理伝票」により速やかに上司に報告されています。改善状況等は、6か月ごと、項目ごとに整理して施設内に掲示しています。</p> <p>○ 公的機関のほか司法書士会と弁護士会の連絡先を一覧表にして、紹介しています。「第三者委員の委嘱」や「介護相談員の受け入れ」はしていません。</p>			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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職員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	39	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)		<p>○ 「利用者満足度調査」と「ご家族様アンケート」の結果は、「サービス評価委員会」で評価・考察したのち、各部署へ知らせ、改善策を月間目標や年間計画に反映させています。</p> <p>○ 「部門別会議」と「療養棟会議」を毎月開催するほか「サービス評価委員会」でもサービス向上について協議しています。その結果を必要に応じて「責任者会議」（施設長、事務部長と看護部長で構成）にあげて決定を仰いでいます。</p> <p>○ 年に二回「サービス評価チェック」を行い、その内容を「サービス評価委員会」で検討するほか、「業務カンファレンス」でも討議し、当該年度中または次年度にサービス改善に活かしています。</p>			