

アドバイス・レポート

平成22年2月19日

平成21年10月9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 あじさいガーデン伏見につきましては、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9)継続的な研修・OJTの実施 月別の研修テーマが年次計画に組み込まれています。数回に分けて実施、全職員の受講を工夫され、知識の共有が図られています。</p> <p>(通番11)労働環境への配慮 時間外労働はほとんどなく、有給休暇残日数を毎月職員に周知されています。育児・介護休暇規定の策定があり活用されています。</p> <p>(通番20)個別援助計画等の見直し 3ヶ月毎にカンファレンスを開催し、サービス提供内容の確認を行っておられます。各階に専任のケアマネジャーを配属し、随時状態把握ができる環境にあります。</p> <p>(その他)食事 優れた食材と味付け、メニューが多彩で、手作りドレッシングも美味です。視覚的にも美しく、選択食・行事食等、利用者への豊かな食生活の提供の工夫がなされています。</p>
<p>特に改善望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番2)組織体制 組織としての意思決定において、透明性の確保という点では、職員の意見が反映されている取組み状況は確認できませんでした。更なる質の向上のために、職員の声を体系的に汲み取る仕組みを構築されることが望まれます。</p> <p>(通番34)意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 意見・要望・苦情の記録は、全職員に周知される必要があります。各階で閲覧されているとのことですが、全職員が閲覧した確認をとられることが望まれます。</p> <p>(通番36)利用者満足度の向上の取り組み 利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てるためには年に1回以上の満足度調査の実施と調査結果を職員間で共有し、分析・検討の上、次年度の事業計画に反映させることが望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ol style="list-style-type: none"> 定期的に行われている職員アンケートの結果をフィードバックされてはいかがでしょうか。また、職員個々の要望や不満を汲み取りやすい体制を整えることで、職員の意欲や気付きを得て、離職状況が改善され、質の高い人材の確保につながると思われれます。 個別援助計画の策定については3ヶ月に1度、各職種参加で利用者ごとのカンファレンス（サービス担当者会議）を開催されていますが、利用者本人および家族の参加促進の工夫を会議等で意見交換されることをお勧めします。 サービス担当者会議等での利用者本人および家族との面談時に満足度調査を行うことも一つの方法です。聞き取りによって充実したサービス内容になり、サービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。 自主点検や自己評価等は、責任者等と現場従業者との協働により、職員全員が意識して目標達成に取り組む仕組みが整えられ、組織としての透明度が高まるのではないのでしょうか。

※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	2650980069
事業所名	介護老人保健施設 あじさいガーデン伏見
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(介護予防含) 通所リハビリテーション(介護予防含)
訪問調査実施日	平成22年1月22日
評価機関名	社団法人全国老人保健施設協会 京都府支部 京都府老人保健施設協会

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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		毎朝と月1回朝礼時に理念が唱和され、全職員に浸透する取り組みがなされています。職務分掌規程・権限規程には職務権限が明記されており、役割整理表も作成されています。各専門職合同会議や月2回の標準化会議等で、現場の意見を基に運営についての意思決定を図っています。		
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		単年度計画は標準化会議において、計画の策定や課題の明確化を図り、職員の意向が反映されています。達成状況においても自己業務評価にて定期的に見直しされています。理念・目標の実現に向け、達成期間を明確にした中・長期計画の策定が望まれます。		
(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。	B	B
		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)		職務倫理規定に基づき、新人・中途採用者研修にて周知、新人採用者にはレポート提出にて理解度の把握をしています。最低基準である自主点検表については管理者のみで点検されていますが、現場責任者・職員にも周知し理解していただく必要があります。今後の取り組み体制の整備が望まれます。		

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)		月1回人事会議を開催、人事担当者が積極的に管理されています。採用は有資格者を優先されています。資格取得支援では情報提供の他、施設内図書室を開放し、過去問題集なども活用されています。月1回の合同勉強会、2か月に1回の伝達講習が開催され、接遇研修については新人・中途採用者に随時実施されています。実習生の受け入れは実習マニュアルに基づいた体制ができています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		有給休暇消化率、時間外労働時間のデータは法人総務部で管理され、労働環境水準に配慮されています。育児・介護休暇規定が策定され、福利厚生が整えられています。年1回の職員アンケートで意見・要望を汲み取り、標準化会議で解決策を検討する仕組みはありますが、職員の相談や悩み・不満等のストレスに対して個別に対応する有効な体制は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。	B	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)		毎月の請求書送付時に「家族の方へ」のお知らせを添付して広報をされています。地域の複数の中学校の体験学習の受け入れを積極的にされています。また、ボランティアの受け入れも積極的に実施しており、地域との交流を深められています。		

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
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)		外部に対してはホームページ・パンフレットで情報提供がなされており、料金表を含め、分かりやすく作成されています。施設見学希望者には随時対応されています。		
(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)		サービス内容や費用負担に関して、利用者が理解・納得されるまで丁寧に説明され、同意を得ておられます。		
(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。	B	B
		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。	B	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)		3か月毎のカンファレンス開催の他、状況の変化時においては再アセスメントの上、適宜見直しされています。行動実施計画書を用いてサービス提供内容の確認を行い、水飲みテスト等、専門職の評価において援助計画の設定がされています。サービス担当者会議への本人の参加の記録がありませんでした。計画の決定に際しては、サービス担当者会議への利用者本人・家族の参加によって、希望やニーズが引き出され、目標設定されることが望まれます。		

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
(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)		協力医療機関との連携により、必要に応じての受診や入院が速やかにできる体制が確保されており、入退所(院)時の情報交換や連絡調整が密になされています。		
(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。	B	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。	B	B
	(評価機関コメント)		各種業務マニュアルが整備され、標準化会議にて評価・見直しが行われています。定期的にケアカンファレンスを実施し、行動実施計画表にて内容の確認と検証を行っています。各階に専任のケアマネジャーを配属し、随時家族との面接の機会を設けていますが、サービス提供にあたり、定期的な聞き取りや状況報告等の情報交換の仕組みは確立されていませんでした。		
(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。	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)		感染症予防マニュアルが整備され、必要に応じて見直し・改訂が行われています。研修にも積極的に参加されています。施設全体が整理整頓され、臭気対策には随所に空気清浄機を設置し清潔が保たれています。		
(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)		事故対策マニュアル・緊急時対応マニュアルが整備され、緊急時連絡網と責任者が明記されています。研修の実施により職員に周知されています。月に1回事故対策委員会が開催され、事故報告書によって原因分析と対策の検討が行われています。		

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。	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)		人権の尊重については標準化会議において意見交換が実施され、運営規定にも明記されています。身体拘束ゼロ・虐待防止について研修会が行われています。利用者の入退所等の決定は判定会議にて検討し、受け入れ困難の場合は、速やかに申込者に結果と理由を説明されています。受け入れ不可の基準はありませんが、医療処置の必要な利用者の受け入れは少ない印象です。		
(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	B
		第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口にご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)		利用者の意向を汲み取るために意見箱を設置されています。意見や苦情は役職者が確認を行い、各階に回覧する仕組みとなっています。利用者の要望に対しては、個人情報保護に基づいて返答を掲示する取り組みがなされています。		
(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	C
		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)		月1回の施設運営会議により全職種が参加して現場の問題点や情報の共有を行っています。標準化会議を開催して課題や問題点の洗い出しや分析、解決策の立案を行う体制ができています。個人業務チェックリストを活用して質の向上のための取り組みを行っています。		