

様式 7

アドバイス・レポート

平成 21 年 5 月 13 日

第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設紫雲苑）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 8) 質の高い人材の確保 質の高いサービスを提供するため有資格者、実務経験者を優先しています。特に介護職員は全て常勤となっており、運営者の人材確保について高い意識が伺えます。さらに採用後の資格取得支援にも力を注がれています。介護支援専門員取得に向け費用や勤務体制の支援を行い、取得後には基本給のベースアップを図るなどの取り組みをされています。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換 担当者会議や行事のお知らせなどを通じて、利用者家族との情報交換を行っています。また、家族から体温や血圧、転倒等で報告を希望する状態を事前に協議し、文書で取り交わしています。家族へ安心感を与え、個々の利用者に対して全職員が共通の理解のもと対応を図る工夫が見られました。</p> <p>(通番 38) 評価の実施と課題の明確化 年に1回、各職員が「振り返りシート」で自己評価を行ない課題の把握に努めています。シートの内容は介護技術を始めとして人権の尊重やプライバシー保護についても配慮されており、質の向上につながる実践的な評価シートになっています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と 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 看護・介護スタッフについては師長・主任が個人面談を実施されており、施設長室への個別訪問も自由になっています。ただし、現場スタッフからの信頼を得ているかの確認が不足していると思われる。</p> <p>(通番 23) サービス提供に係る記録と情報の保護 個別援助計画はきちんと整備されています。サービス提供による利用者の状態の推移についての記録が不足していると思われる。</p> <p>(通番 28) 事故・緊急時等の対応 地域における行事への参加や認知症の知識の普及など積極的に取り組まれています。災害時の対応について地域との連携が不足していると思われる。</p>

具体的なアドバイス	<p>(通番 6) 管理者等によるリーダーシップの発揮 個人面談は継続して行われることを望みます。その際記録をとられると良いでしょう。さらに職員アンケート（無記名）を実施し、管理者に対する評価や要望等を自由に述べられる仕組みづくりを期待します。</p> <p>(通番 23) サービス提供に係る記録と情報の保護 個別援助計画に基づいた実施記録及びどのような結果が得られたのかを具体的に記録されると状態の把握に繋がると考えられます。計画の実施記録についてはチェック方式にするなど工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番 28) 事故・緊急時等の対応 地域との結びつきは、毎年行われる神社の祭りや法人開催の「ふれあい祭り」で強く感じられます。その結びつきを活かし今後は防災についても地域で話し合いの場を設け、マニュアルの作成および共同訓練を実施されてはいかがでしょうか。</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	2650680024
事業所名	介護老人保健施設紫雲苑
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)	通所リハビリテーション 予防通所リハビリテーシ ョン 短期入所療養介護 予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成21年4月13日
評価機関名	特別活動非営利法人 京都府認知症グループホーム協議会

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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		理念・運営方針は明文化され各フロアに掲示されています。ホームページ、パンフレット、施設案内、季刊広報誌「わかむらさき」、広報誌「きたやま」等にも記載され広く理解が深まるよう取り組まれています。職員は理念を明記したネームプレートを携帯し、サービス提供を行っています。組織図、各種委員会図が整備され組織の役割分担が明確に定められています。理事会での審議内容は運営会議・ユニット推進委員会・フロアリーダー会議を通じて各職員に周知される仕組みになっています。		
(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)		「アクションプラン」として中・長期計画が策定されています。21年度は満足度調査の意見を反映し、重点課題として「経営の安定」「認知症に特化したサービスの質の向上」「地域への開放」「人材の育成・確保」を掲げられています。各部署で意見が取りまとめられ、様々な会議等を通じて意見が反映される仕組みになっています。職員全員が「自己目標設定のための振り返りシート」でチェックした後、師長と主任が個人面談を行い課題を抽出し、目標設定に繋がられています。各フロアのステーション目標として「業務の標準化」「質の向上」「老健施設理念の周知を図り役割の遂行」をスタッフルーム内に掲示し、常時確認できるようにされています。		
(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	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)		各スタッフルームに各法令に関する書籍があり、いつでも確認できるようになっています。WAMNET(ワムネット)や行政のHPを利用して新しい情報の収集に努められています。施設長は各種会議や全ての委員会に出席され、意見を聞く機会を持っています。業務日誌や各種会議・委員会への参加を通じて状況の把握に努められています。施設長は医師として現場にすることが多く、常に指示を仰ぐことができます。緊急連絡網が整備され、携帯電話等ですぐに連絡が取れる体制になっています。		

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)		職員の採用は公募を原則とし、書類審査、面接、志望動機の作文によって有資格者や実務経験者を優先的に採用されています。介護支援専門員資格取得の為に法人が購入するユーキャンの資料を基に勉強会が行われています。介護福祉士資格取得については、個別で対応され、無資格者でも法人が行うヘルパー2級養成講座を受講することができます。介護職員は基本的に正職員として受け入れられ、職員の意欲向上に繋がられています。教育研修委員会が設置されて、年間研修計画が策定・実施されています。新人研修時はプリセプター制度を導入しています。また外部講師を招き、中途採用者も交えて接遇マナー研修が行われ、社会人としての質の向上に取り組まれています。毎月苑内研修があり、研修後は報告書の提出が義務付けられ、不参加者への伝達研修も行われています。実習受け入れマニュアルが整備され、[受け入れ目的・流れ・対応・反省会・評価について・注意事項]が明記されています。実習指導者講習会への参加もされていました。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		タイムカードは法人の総務部で一元管理しており、勤務は公休・有休の希望を入れて作成されています。有給休暇は可能な限り消化されていることが職員のヒアリングからも聞き取れました。負担の大きい介助に対しては2人介助を原則とし、個々の職員の負担軽減に努められています。衛生委員会が設置され、労働環境や職員の健康について検討されています。空き部屋を有効利用し、職員の休憩スペースに充てられています。マッサージチェアもあり、職員が使用することもできます。毎年職員のリフレッシュも兼ねた研修旅行があり、事前のアンケートを基にそれぞれ数ヶ所に分かれて好きな所に行けるようにされています。また保養所が利用できる他、スポーツや音楽等の同好会もあり職員のストレス解消に繋がっています。		
(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)		ホームページを開設されている他、季刊誌「わかむらさき」や広報誌「きたやま」を作成し、ボランティアや地域の役員に配布して広報活動に努めています。玄関に広報コーナーを設置し、情報の公表や第三者評価の受診結果を閲覧できるようにされています。支援相談員がボランティア担当者として、ボランティアの受け入れや調整等されています。地域の祭りに参加されている他、法人で「ふれあい祭り」を開催し、介護・栄養相談コーナーを設け、参加者が相談できる体制をとられています。また地域で開催される「認知症あんしんサポーター養成講座」へ講師を派遣して、認知症の知識の普及に努めています。		
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)		ホームページ、パンフレット、施設ガイドブックを作成し情報を提供されています。相談や見学については、インテークシートに相談経過等記録し、必要範囲での把握に努められています。デイケアでは体験利用（食事・おやつ代のみ実費徴収）を受け入れており、利用者のサービス選択に役立てられています。		

(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)		重要事項説明書にサービス内容や料金を記載し、説明した上で本人または代理人の同意を得ています。利用者の状況を十分に把握され、判断力に支障のある方においては必要に応じて成年後見制度の活用を推進されています。		
(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)		アセスメントに基づき介護計画を作成されています。サービス利用前にアンケートを実施し、利用者・家族のニーズを聴取して暫定プランを策定しています。入所後は暫定プランを基に担当者会議において本プランを策定し、利用者・家族に説明し同意を得ています。担当者会議には医師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ケアマネージャー・ケアワーカー・栄養士等様々な専門職が参加されています。モニタリングと連動し、入所継続検討会議やサービス担当者会議が開催されています。		
(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)		状態が変化した場合等主治医に速やかに連絡できる体制になっています。協力医療機関との連携を密にし、必要に応じて受診や入院ができる体制になっています。退所時は紹介状やサマリーの提供、退所前カンファレンスへの参加等積極的に行われています。		
(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。	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)		業務マニュアルが作成され、各スタッフルームで随時閲覧できるようにされています。見直しの基準が定められていませんので明文化されると良いでしょう。利用者毎に記録が整備され、記録の保管から廃棄に関する規定まで定められ、明文化してあります。利用者の状況について、計画に基づくサービス内容の記載が不十分であり、経過記録の作成が求められます。職員に対して個人情報に関する研修・教育が行われています。勤務交代時の申し送りだけでなく、必要事項は連絡簿に記載され、閲覧者が押印することで全員へ情報が確実に行き届くように工夫されています。3か月毎の担当者会議や入所継続検討会議を通じても、様々な関係者への情報の共有がされています。利用者家族とは担当者会議に参加していただくことで情報交換されています。外出や行事がある際は家族に連絡をとられています。緊急時はどの段階で家族に連絡を取るのか入所時に取り交わされており(～℃以上の発熱時 等)職員も共通の意識を持ちながら緊急時の対応が行えるようにされています。		
(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	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)		感染防止マニュアルが作成されています。感染防止対策委員会が毎月開催されており、感染防止に取り組まれています。MRSAの利用者に対し、個室利用の対策等を検討した上で受入を行っています。関連ホームページや外部研修等の資料で常に新しい情報の入手に努められています。マニュアルの更新について話し合われていることは、議事録から確認できましたが、更新された記録が確認できませんでした。今後はマニュアルの見直しや更新について記録されることを期待します。		

(7)危機管理						
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
		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)		リスクマネジメントマニュアル・防災マニュアルが作成され、研修を行うことで職員への周知が図られています。緊急連絡網が掲示されています。自衛消防隊が編成され、年2回消防訓練(夜間想定を含む)が行われています。非常口はスロープがあり、車椅子の利用者もそのまま避難することができます。災害時でも利用者の食事は確保できるように手段を講じておられます。事故報告書(状況・原因・再発防止策・家族への連絡)とヒヤリハット報告書(発見内容・対策・課題)が作成され、リスクマネジメント委員会で検討された上で各部署で情報を共有し、事故の再発防止に努められています。災害時における地域との連携を課題と考えられています。		
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)		基本方針に人権の尊重を掲げ、身体拘束・虐待防止委員会を毎月開催されています。職員にアンケートを行い、センサーマットや「ちょっと待って」の言葉なども拘束にあたるのではないかと具体例をあげ、積極的に利用者保護について検討されています。マニュアルにプライバシーを配慮したケア・業務を行うように明記しており、各種ミーティングや研修会でその重要性について周知徹底されています。受け入れ基準がマニュアル上で明記され、受け入れられない場合は他施設の紹介等適切に行われていることが記録から確認できました。		
		(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	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)		満足度調査のアンケートが実施され、結果を施設内への掲示及び広報誌にて公表されています。苦情対応マニュアルが整備され、マニュアルに沿った対応がされています。利用者からの意見・要望・苦情に対する対応を一部事業所内へ掲示されました。介護相談員を受け入れ、利用者の意向を拾い上げられるよう取り組まれています。相談窓口は重要事項説明書だけでなく、事業所内にも複数カ所掲示されています。第三者委員会は設置されていません。		
		(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)		定期的に利用者アンケートを行い、内容を分析されることでサービスの質の向上に役立てられています。法人内で毎月各責任者が集まり様々な話し合いが行われています。地域の老人保健施設の集まりもあり、職務毎に話し合いがされ、情報収集や他事業所と比較検討できる機会があります。振り返りシートで自己評価を行い、面談等通じて課題の把握に努められています。第三者評価を平成17年・平成19年に受診されており、アドバイスレポートを基に改善に向けて積極的に取り組まれています。		