

様式 7

アドバイス・レポート

平成 27 年 11 月 30 日

平成 27 年 6 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた医療法人三幸会 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>〈人材の確保と質の向上〉 人材確保、育成の取り組みが充実しており、「介護福祉士資格取得支援金」「ケアマネ支援塾」「介護支援専門員資格取得支援規定」を独自で創設し、キャリアアップの仕組みが導入されています。新人職員に対しては、マンツーマンで日常業務の中で指導・助言が行われ、職種や課題に応じた研修が年間を通じて計画的に行われています。利用者のヒアリングにおいても、利用者の声をよく聞く職員の姿勢に感謝の言葉があり、法人理念が実践されていることは高く評価できます。</p> <p>〈地域との交流〉 地域に根ざした施設をめざし、子どもから高齢者まで、地域を巻き込んだ「三幸会ふれあいまつり」の開催や地域の人への健康づくりに貢献する運動教室の開催、医療・介護・福祉との連携を意識した職員の派遣など、積極的に施設の情報提供や施設機能を地域へ還元する取り組みが行われています。</p> <p>〈利用者満足度の向上の取り組み〉 利用者満足度調査、年 2 回の自主点検、定期的な第三者評価受診など、利用者や家族、職員の声を拾い上げ、10 の委員会などで組織的に検討し、利用者満足度や業務改善、事業運営に反映する仕組みが作られ実践されています。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>〈管理者等自らを評価する仕組み〉 管理者等自らの行動を職員から評価・見直しをする仕組みがありませんでした。</p> <p>〈ストレスをサポートする仕組み〉 ハラスメントに関する規定がありませんでした。</p> <p>〈第三者への相談機会の確保〉 苦情への対応を規定したマニュアルはあり、公的機関等の相談窓口の周知は図られていましたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口は設置されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>〈管理者等自らを評価する仕組み〉 職員のヒアリングにおいても、管理者や上司が親身に話を聞いてもらえる風通しのよい職場であることを確認しましたが、職員のつぶやきを拾い上げる方法として、職員アンケートや個人面談の機会に相互評価の仕組みを設けるなど検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>〈ストレスをサポートする仕組み〉 業務上のストレスやメンタルヘルスに対するサポート体制がすでに具体的に設けられていますので、組織の中で位置づけを明らかにされ、ハラスメントに関する規定を設けられますことをお勧めします。</p> <p>〈第三者への相談機会の確保〉 利用者の声を一層拾い上げるためにも、事業関係者以外の第三者の相談窓口を設けることで、より透明性と客観性を担保した相談の機会がつかれるのではないのでしょうか。第三者委員の設置や外部の人材による利用者の相談窓口など検討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	2660680024
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)	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
訪問調査実施日	平成27年8月24日
評価機関名	(公社)京都府介護支援専門員会

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)		理念は明文化され、各部署やロビー、職員のネームプレートなどに記されています。また、ホームページや施設案内、パンフレット、広報誌「わかむらさき」に毎回記載され、職員、利用者、関係者にも周知されています。会議規則及び各規程により組織運営と役割分担が示され、10のテーマで組織された委員会は、毎月定期的に開催され、職員の声を吸い上げ検討する仕組みが構築されています。会議の結果は議事録を作成し職員への周知が行われています。			
(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)		3年おきに中期計画、毎年アクションプランが策定されています。計画の策定には、各部署の職員からの意見のほか、利用者満足度調査の結果が反映されています。計画は、半期毎に達成状況の確認、評価が行われています。業務レベルにおいては、職員個々に年間目標、具体的な行動計画が設定され、全職員を対象とした個人面談で目標の達成状況の確認や課題整理が行われています。			
(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。	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)		集団指導には、施設長など責任者が出席し、事業所内で法令遵守の研修会が行われています。年2回、自主点検表による点検を行っているほか、法人本部に設置された法令遵守責任者による指導も行われています。各部署の責任者の役割は事務分掌表で明確にされ、各種会議や委員会には全て出席し、直接職員の意見を聞く機会があります。連絡体制が整備されており、常に責任者に連絡、報告、指示を仰ぐ体制が構築されています。責任者等自らの行動を職員から評価・見直しをする仕組みは確認できませんでした。			

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	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)		人材確保、育成の取り組みとして、「介護福祉士資格取得支援金」「ケアマネ支援塾」「介護支援専門員資格取得支援規定」を独自で創設し、キャリアアップの仕組みが導入されています。継続的な研修は、年間研修計画に基づき行われ、新人職員に対しては、マンツーマンで日常業務の中で指導・助言を行い、業務チェックシートにて確認を行っています。医療福祉関連職種の実習生の受け入れは、実習受入規程に基づき組織的に行われています。		
(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、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)		職員の有給休暇や時間外労働のデータは、法人の総務部門が一元管理し、就業状況の把握がされています。職員の負担軽減につながるよう、各階にリフト浴を設置し環境整備をすすめています。法人内には、産業医、メンタルヘルス相談担当医師を配置しているほか、職員の福利厚生にかかるガイドブックを作成し、各部署に配置されています。ハラスメントに関する規定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。	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)		季刊広報誌「わかむらさき」、法人広報誌「きたやま」の発行、ホームページの開設、年1回のふれあいまつりの開催など、地域住民への情報提供と地域住民が施設に足を運ぶ機会が与えられています。また、地域住民対象にリハビリ担当職員による運動教室を開催しているほか、運動クラブという住民の自主的な活動に場所や設備の提供を行うなど地域への貢献が行われています。		

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
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)		サービス利用選択について、ホームページ、パンフレット、広報誌を活用し情報提供がなされています。見学希望者には、「医療法人三幸会施設ガイドブック」を活用し、法人全体像の説明、案内ルート表・ガイドポイント表による見学案内を行い、案内終了後に質問を受ける体制があります。			
(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)		介護サービス利用前に、支援相談員よりパンフレットや重要事項説明書を提示してわかりやすく説明をし、同意を得ています。また判断能力に支障がある利用者には、補助人・保佐人・後見人と契約を締結し、相談時点で成年後見制度が必要と判断した場合、成年後見制度の活用を積極的に取り組まれ、福祉事務所担当者にも協力要請されています。			
(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)		入所当日より状況に応じたケアを提供するために介護支援専門員、看護介護責任者、支援相談員等が複数名で入所面接を行い、利用者のアセスメントを実施しアセスメントの記録内容から心身状況や生活状況の把握がされています。入所前・入所日・入所後2週間・以後3か月毎・状況の変化時には介護計画を提示して本人・家族の意向確認が実施されています。介護計画にはそれぞれの専門職からの意見を反映し家族の面会時に説明、同意を得ています。入所後3か月ごとに継続検討会議を行い、状況変化時には本人家族が同席し、サービス担当者会議を開催し課題の確認をされています。ケアプラン実行記録表にて一人一人の支援経過が分かりやすく記録されています。			
(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)		左京区事業者連絡協議会例会や京都府老健施設職種部会活動に積極的に参加し、サービス事業所等と情報・意見交換を実施しています。また、左京医師会「地域連携懇談会」に積極的に参加し、医師（開業医・勤務医）と情報交換が行われています。地域福祉権利擁護事業利用の話し合い等、福祉事務所支援課、社会福祉協議会と連携を図り情報共有をされています。病状が悪化した場合、近くの協力医療機関を受診する等連携体制をとられ、退所時には在宅時の主治医へ情報提供が行われています。			

(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。	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)		業務マニュアルが整備され、各フロアに配置し現場に即した内容であるかを検討し、年1回定期的に改訂されています。個人情報に関するマニュアルに基づき、フロア全体の各職員に共有されています。勤務交代時に申し送りシートを活用し利用者の状況についてチーム間の情報共有がされています。退所後の利用者の記録は、施錠できる倉庫に保管されています。家族の面会時に看護職、介護職、支援相談員等から日常の情報交換を行い、面会に来る回数が少ない家族には電話や書面にて情報交換をされています。		
(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	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)		感染防止対策に関するマニュアルが整備され各部署に設置されています。感染対策委員会を月1回開催し、職員施設内の感染症に関する知識を持つように努めています。感染症に罹患した利用者が入所する場合、「利用検討会議」にて検討した上で受け入れが行われています。施設内は清掃委託業者が、全フロアの清掃を行い日報にて管理され、施設内で発生した汚物等の処理は専用エレベーターにて運搬し処理されています。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		リスクマネジメントマニュアル、防災マニュアル等が作成され、研修会を実施し周知されています。法人全体の緊急連絡網が整備され、指揮命令系統が明らかになっています。事故発生時の事故報告書・ヒヤリハット報告書を施設長に報告、保険者にも速やかに報告し、月1回リスクマネジメント委員会にて再発防止に活用されています。岩倉北総合防災訓練に参加し、福祉避難所として、地域を意識したマニュアルづくりがされています。		

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	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)		人権に関する勉強会は法人合同で行い、身体拘束廃止、虐待防止に関する勉強会は事業所内で年1回行われています。身体拘束・虐待ともに月1回委員会を開催し日頃の業務に活かせるよう取り組まれています。浴室の個浴にはパーテーションを設置し羞恥心に配慮した対応が行われています。相談を受ける際には相談室で対応し、プライバシー保護の配慮がされています。利用申込みで受け入れ拒否はなく、医療ニーズの高い方についてもできる限り利用者の受け入れが行われていますが、それでも対応が難しいと判断された場合は、説明の上、医療機関への紹介を行っています。			
(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)		利用者満足度調査を行い、利用者・家族の意見や要望を拾い上げて結果を掲示しています。また、家族会の定期的な開催や、直接要望を受ける体制ができており、状況に応じてその場からすぐに現場への連絡がされています。苦情対応マニュアルが整備されており、それに基づいた対応が行われています。意見や苦情の内容は施設長まで報告され組織としての対応が行われています。第三者委員の設置については法人内で検討されているようですが、現在設置はされていませんでした。公的機関などについての相談窓口については重要事項説明書に明記され、各フロアに掲示されています。			
(3)質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	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	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)		利用者満足度調査や栄養管理部による食事調査が実施され、リスクマネジメント委員会にて話し合いが行われ、具体的に改善した記録を確認しました。全職種が出席するミーティングが月1回開催され課題などの解決に取り組まれています。サービスの質の向上をめざし、各部門の代表が第三者評価の共通評価項目チェックシートを自己評価ツールとして活用されています。			