

アドバイス・レポート

平成26年4月16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25年12月16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 ケア・スポット梅津 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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>京都市右京区梅津にある梅宮大社にほど近い住宅地に、平成13年5月に医療法人平盛会が、介護老人保健施設ケア・スポット梅津として開設されました。地上四階で併設施設に、通所リハビリステーション（デイケア）・短期療養（ショートスティ）を設けています。一階をデイケアとし、二階は回廊型の認知症対応棟・三・四階は一般介護棟に区分され、リハビリ訓練室や家族介護教室も確保されています。</p> <p>理念として、「あふれる笑顔で心をこめたケア・ワークの実践を通じて、ご利用者・ご家族様に“安心”を提供、援助していきます。」方針としては、「『連携』を通じて①在宅復帰を目指します。②リハビリに力を入れます。③ケアプラン中心にケアを行います。」と表明されています。</p> <p>パンフレットに、「介護を快護へ」とか「豊かな“幸齢者”介護を目指して！」と云ったフレーズを表し、職員の入所者への「思い」を伝えておられています。</p> <p>入所者一人ひとりの思いを尊重して、医師・看護職・介護職・機能訓練職・栄養士等多職種協働による支援に努め、更に、地域との関わりの中で介護予防支援にも取り組んでおられる施設です。</p> <p>(1) 計画の策定 各業務毎に、業務名・目的・概要を明確に設定し、遂行する為の目標を二項目挙げられています。半期で進捗状況を把握・評価し、年度末に統括して順調な事業運営とサービスの向上を図っておられます。</p> <p>(2) 人材の確保・育成 「人とのふれあい」に熱意を持つ人材を採用し、後、キャリアパス指針に沿って段階的・具体的目標の遂行、看護・介護其々の職務に対する研修目標、指導指針を明確にしておられます。更に、役職別業務分担も明確にして、職責に応じた業務遂行の実現を確実なものにしておられます。日常業務では、ブリセプト制度を活用し、OJTの実践にも取り組まれています。</p> <p>(3) 地域との交流 施設の情報は、ホームページやパンフレット等で詳しく丁寧に公表されています。又、京都新聞等でも「地域住民とのふれあい」の記事が時々紹介されている事、「施設見学はお気軽に！」のちらしを見ても、地域との交流が盛んに行なわれている事がうかがわれます。</p> <p>施設内に「京都市右京区地域介護予防推進センター」を持ち、職員が「介護予防講座」の講師を努めたり、「お達者便り」の広報誌を発行して地域への普及啓発に活躍されています。</p> <p>施設の玄関を入ると、デイケアサービスご利用の方達が笑顔で出迎えて下さり、二階から四階の入所者の方達も揃って穏やかな笑顔を見せて下さいました。理念に沿ったサービスを実践し提供されている事を実感させて頂きました。</p>
---------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>個別状況に応じた計画策定 アセスメントから、サービス担当者会議を経て個別援助計画策定の流れは的確にされていますが、事情により長期に渡っての入所者の利用者・家族等の意見・要望等の聞き取りが事前ではなく、出来上がった計画書の説明・報告時に聞き取っておられます。その意見・要望等は次回の見直し時に反映させておられるとの事ですが、場合によっては時間差が生じるケースが出てくるのではないですか？</p>
具体的なアドバイス	<p>個別状況に応じた計画策定 入所も長期に渡る場合、入所者本人や家族等からの意見・要望が少なくなる傾向にあるのではないかと推測されます。サービス担当者会議への参加も厳しいでしょうが、直近の意見や要望を聞き取って、援助計画に反映される事が望ましいと思われます。担当者会議への参加が望めないのであれば、会議の案内文に「意見・要望等」を記入する個所を設け、参加・不参加いずれかと共に、意見・要望を記入して頂く方法は如何でしょうか？ 事前に、家族等に意見照会している事で、担当者会議への出席と見なしても良いのではと考えます。ご検討をお願いします。</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	2650780022
事業所名	ケア・スポット梅津
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)	
訪問調査実施日	平成26年3月12日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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)		1 理念・方針は明確に策定されている。玄関ホールや各階の職員ステーションに掲示し、全職員が日常的に意識しながら、理念・方針に沿ったサービスを実践・提供に努めている。ホームページ・パンフレット等でも公表している。介護を快護として、入所者・家族等に安心感をもたらせている。 2 運営管理会議・療養部全体会議・フロアーハー会議・事務会議・部署間会議・給食会議等を定期的に開催している。運営管理会議には、理事長・施設長はじめ各部署から代表者が参加し、組織の透明性を確保している。その他、各会議にも、管理職が参加して職員との意見交換を行い双方向での意思決定を実現している。		

(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 事業計画等は、各部署毎に職員間で話し合い策定されている。各事業目的・事業概要を明確にし、更に目標の指標・目標値を設定している。半期ごとに実績を評価し課題の把握に努めている。 4 事業計画に各職種ごとの取り組む課題が明確化され、具体的に明記されている。全職員は、自らの課題を把握・理解して実現に努めている。		

(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)

5 関係法令等に関しては、行政・ワムネット等から最新情報を得ている。必要情報はファイルに纏め、職員が閲覧できる様に事務室に置いている。又、事務長が法令順守の責任者で、職員には新しい情報等を各種会議等で伝達し周知・徹底させている。

6 組織図により、職務分掌・職責が明確にされ円滑な事業運営を行っている。年二回行なう人事考課の中で、法人に対する意見聴取の項目を設け、参考資料としている。

7 管理者は、日常業務の中で実施状況を把握している。その他、業務日誌・報告書等でも状況把握を行っており、不在時には電話、メール等で連絡・報告を受け指示を出す体制が出来ている。

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
	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
	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)		8 職員の採用には、有資格者を優先しているが、あくまでも「人柄」や「やる気」を重視している。資格取得に向けて安心して受験できる様に、勤務体制に配慮して支援している。勤続年数の長い職員には、新年会で表彰し労っている。必要な人材・人員体制の管理・整備は事務室で行って配置基準に留意している。 9 プリセプター制度をとり、OJTを確実に行なっている。研修は年間計画に基づき実施している。別に勉強会を委員会別で行っている。外部研修は受講料を施設が負担し、会議で伝達研修を行い全職員が共有している。 10 実習指導者には不定期ではあるが研修を実施し、看護実習、社会福祉士実習、リハビリ実習を積極的に受け入れている。		

(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。	B	A
	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)	11 有給休暇・育児休業等、必要に応じて取得出来る体制が出来ている。事務長が職員の労働環境を把握し、分析して「働き易い職場作り」に努めている。 12 産業医の連絡先を提示して職員に周知させている。日常的な悩みや不安等は、副主任が担当し解決に努めている。福利厚生制度を持ち、職員は随時利用できる体制がある。		

(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	A
	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)	13 ホームページやパンフレット等を活用して施設の情報を開示している。更に、リハビリ室等を活用して「介護予防教室」を開いて地域住民との交流の機会としている。地域住民が、施設を訪れる事により、入所者との関わりの中で「開かれた施設」としての役目を果たしている。 14 地域の介護予防事業の健康教室等へ専門職のスタッフを講師として派遣している。また、近在のスーパーへ出向き介護等の啓蒙活動を行っている。		

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。	B	A
	(評価機関コメント)	15 ホームページ、パンフレット等で施設の情報を詳しく発信している。施設見学希望者には随時相談員が対応している。		

(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。	B	A
-------------	----	---	---	---

(評価機関コメント)

16 「ケア・スポット梅津のご案内」の画面に沿って詳しく説明し、理解を得た上で同意の署名・押印を貰っている。現在は、成年後見人制度の利用者はいないが、対応できる体制は出来ている。

(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。	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)		<p>17 入所前に、本人・家族等に面接し心身状況・生活状況等をくわしく聞き取り、アセスメントシートを作成している。その後も、職員や家族等から状況把握を行い、情報収集して記録している。</p> <p>18 アセスメントシートから、入所者本人・家族等からの希望・要望を汲取り、サービス担当者会議で各専門職が意見交換し個別援助計画等を策定している。長期に渡る入所者の本人・家族等の参加はなく、作成後に説明し同意を得て、その際、意見を聞き取り次回の計画策定に反映させている。この場合、時間差が生じてくるケースがあるのでと考えられる。</p> <p>19 サービス担当者会議には、施設長・医師・介護支援専門員・看護職・介護職・栄養士・理学療法士等の専門職が参加している。其々の立場で意見交換を行い、実際に即した個別援助計画に反映させている。</p> <p>2 入所にあたり、暫定的に援助計画を策定し、一週間後にケアチェック表等から情報を得て、専門職との意見交換の後、本援助計画を策定している。定期的或いは必要に応じて見直しを行っている。通常は三ヶ月を目途にしている。</p>		

(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)		21 入退院時には医療機関と診療情報を双方向で提供している。施設の介護支援専門員は居宅の介護支援専門員と連携をとって在宅復帰に向け支援している。		

(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>22 職種ごとの業務マニュアルを策定し、別に看護職業務・介護職業務・共同業務と分担が明確に書面で示されている。各専門職の協力の下、安心・安全を確保しながら在宅復帰に向けての支援を行っている。</p> <p>23 個別援助計画に基づき、部屋担当の看護職・介護職が其々の専門的な目線で入所者の情報を記録している。記録に関する書類の管理は適切に行われている。</p> <p>24 連絡ノートに日々の気づきと業務内容を記入し掲示板的な役割を持たせ、申し送りノートには、入所者個人の情報を記載している。職員は、二種類のノートから全体的な情報と個々人の状況を把握して、共有化を図っている。フロア毎の会議においても、利用者其々について問題点があれば話し合い情報を共有している。</p> <p>25 入所者の家族等とは入所時に二週間後のカンファレンスに参加を求め、サービス介護計画書の説明をし、同意を得ている。三か月後のカンファレンスにも家族が参加し意見交換を行っている。</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>26 感染症に関するマニュアルは作成されている。感染症委員会は、看護職を中心 に毎月開いている。話し合われたことはフロア会議で報告し、全職員が共有し実践 に繋げている。</p> <p>27 入所者の居室は毎日スタッフが掃除しているが、トイレなどの共有部分は業者 に委託している。空気清浄機を設置し、気になる臭気は感じられない。</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>28 事故委員会がマニュアルを作成し、緊急時訓練を実施している。ヒヤリハッ ト、事故報告書は毎月多数提出され、事故防止に繋げている。更に、民間会社から 講師を招聘したり、外部研修にも積極的に参加して、研修を重ねている。</p> <p>29 事故委員会によって、事故報告書やヒヤリハット等を基に、月一回事例検討会 を設けている。誤与薬・誤服薬に関わっても、意見交換を重ね、再発予防に繋げてい る。</p> <p>30 災害発生時マニュアルを策定し、年二回消防訓練を計画し昼・夜間想定の避 難・消火訓練を行っている。梅津学区自主防災会に入り、「大規模災害発生時にお ける地域協力について」の覚書を交わしている。備蓄は二日分確保している。</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

<p>(1) 利用者保護</p> <p>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</p> <p>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、常に問題意識をもつてサービスの提供を行っている。 A A</p> <p>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</p> <p>(評価機関コメント)</p> <p>31 入職時のオリエンテーションで倫理に関する説明を行い、拘束委員会が中心となって人権等に関する研修を実施している。なれなれしい言葉遣いや呼称等接遇マナーについても配慮している。入所者一人ひとりの思いを大切に考え、サービスの提供に努めている。</p> <p>32 接遇勉強会を設け、全職員が参加して事例検討を行って改善に努めている。日常的に、入所者のプライバシーを守り、羞恥心を抱かせない様に、排泄介助時・入浴介助時等には特に配慮している。</p> <p>33 入所に関しては、関係専門職が参加して行う「入所判定会議」で決定する。判定に関する指針は、特別養護老人施設の指針を参考にしている。在宅復帰の可能性・医療の問題・服薬コントロール等を勘案して協議の上決定している。</p>						
	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。 B B					
	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てている。 A A					
	第三者への相談機会の確保 36 公的機関等の窓口に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					
<p>(2) 意見・要望・苦情への対応</p> <p>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。 B B</p> <p>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てている。 A A</p> <p>第三者への相談機会の確保 36 公的機関等の窓口に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</p> <p>(評価機関コメント)</p> <p>34 家族に年二回定期的にアンケートを実施している。同じアンケート用紙を受付に置き、「意見箱」に投入して貰う様にして、広く意見を収集できる体制が出来ている。事務職が集計し、運営会議・全体会議等で話し合い改善策を講じている。ホームページからメール投稿されるケースもある。利用者懇談会はできていない。</p> <p>35 入所者からの苦情・要望等は、「苦情報告書」等で報告をあげ、情報を迅速に共有出来る様に図っている。改善と共に、事案によっては掲示板で公表して広く周知させている。</p> <p>36 ホームページやパンフレットに公的機関（行政、国保連）の相談窓口の連絡先を記載し、入所者や家族等に周知させている。入所者の相談機会とする外部の人材の受け入れは出来ていない。</p>						
	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。 B B					
	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てている。 A A					
	第三者への相談機会の確保 36 公的機関等の窓口に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					
<p>(3) 質の向上に係る取組</p> <p>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てている。 B B</p> <p>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。 B A</p> <p>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。 B B</p> <p>(評価機関コメント)</p> <p>37 年二回栄養士が嗜好調査をし、結果は廊下に掲示している。処遇に対する満足度は直接的にはできていないが、日々の会話の中から本人の思いを聞き取っている。</p> <p>38 サービスの質の向上に関しては、運営管理会議・全体会議等で管理職・職員が参加して検討を重ね、質の向上に努めている。又、老健協会に所属し、相談員、看護師、介護支援専門員等が連絡会に積極的に参加し、サービス向上を目指した情報交換を行い実践に繋げている。</p> <p>39 自主点検表を用いて自己評価は行っているが、その結果を分析・課題の抽出・改善に至る過程が充分でなかった。今回初めて第三者評価を受診され、前向きに考えられている。</p>						
	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てている。 B B					
	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。 B 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。 B B					