

様式 7

アドバイス・レポート

平成 26 年 2 月 26 日

平成 25 年 8 月 14 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「がくさい」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 4) 業務レベルにおける課題の設定 全職員が部署目標と個人目標を明確にした「がくさい」目標シートを記載していました。職員が記載した目標シートを基に、部長・所属長が年 2 回の面談をし、内容の確認や振り返りを行っていました。</p> <p>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施 採用時研修、施設全体で毎月開催する研修会、各委員会やユニットが主催する勉強会など、体系的に内部研修を開催していました。また外部研修にも積極的に参加していました。「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証を受けています。</p> <p>(通番 14) 地域への貢献 地域の自治会の会合や作業所連絡会等に施設の会議室を貸出していました。地域の障害者施設に喫茶運営を依頼していました。地域の防災訓練に参加して車椅子使用方法の講習会を実施したり、地域の小学校のあいさつ運動に職員が月 2 回参加するなど、日常的に地域との交流がありました。また、地域住民や家族が 800 名以上参加する施設主催の「がくさい夏まつり」を毎年開催していました。</p> <p>(通番 31) プライバシー等の保護 プライバシーに配慮した介護サービスを行うことを『人権宣言』に明示し、施設内に掲示していました。人権委員会を組織し、毎年勉強会を開催していました。 排泄記録が人目に触れないようすぐに裏返して置くなど、記録の取り扱いにも配慮していました。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番22 業務マニュアルの作成) 介護技術、感染予防対策、リスクマネジメント等のマニュアルが作成されていましたが、職員への周知が課題となっていました。マニュアルの見直しは行われていましたが、ヒヤリハット事例からの事故防止、満足度調査に基づいたサービスの改善、という観点からの見直しはされていませんでした。</p> <p>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 記録はパソコンシステムで行われ、利用者一人ひとりの記録があり、全体で共有できるようになっていました。しかし、利用者記録の保管や持ち出し・廃棄に関する規定が整備されていませんでした。</p> <p>(通番37 利用者満足度の向上の取組み) 昨年度は食事に関するアンケート、今年度は身だしなみに関するアンケートを3回実施していましたが、アンケート結果の公開はされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>『その人らしく暮らすために私たちは「そっと寄りそって」いきます』という宣言のもと、老人保健施設としては数少ないユニットケアを実践し、9つのユニット（1ユニット当たり8～12人）ごとに利用者の好きなこと（書道・演歌DVD鑑賞等）に取り組み、利用者一人ひとりを大切にケアされている姿勢に感心いたしました。京都府医師会の関係機関である法人であるため、医療・リハビリ・介護を統合した高齢者ケアの実践研究の場として、高いケアを実施して行きたいという姿勢が組織全体から感じられました。また、リハビリ室に高齢者用のリハビリマシン等も完備し、PT・OTは8名体制で、老人保健施設入所者への質の高い機能訓練は勿論のこと、介護予防推進センターを中心として地域の高齢者へのリハビリ提供もされてきました。入所者へのリハビリも個々の能力や課題に合わせることを大切にされており、花の水やりやパターゴルフ等のリハビリメニューが考案されていました。老人保健施設としての求められている課題「在宅復帰支援機能の強化」「認知症行動への対応」「ターミナルケアの実施」などにも熱心に取り組まれ、4割以上の在宅復帰率が実現され、また毎年数名の看取りをされるなど、医療・リハビリ・看護・介護が一体となった素晴らしいサービス提供がなされていました。</p> <p>前回の第三者評価受診の中で指摘された「介護職員がケアマネジャーの支援計画を理解し、支援計画書に沿った記録記入や評価を実施する」という課題にも取り組まれ、第三者評価を現場の中に活かし改善につなげていく取組みも高く評価されます。今回の評価の中でも気づかれたことを今後の実践に繋げて頂きたいと思います。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ マニュアルについて、職員への周知や見直しが課題となっていました。今まで蓄積されたヒヤリハット事例や満足度調査からの意見をマニュアルの見直しに反映させ、職員に周知されては如何でしょうか。

	<ul style="list-style-type: none">・ パソコンシステムで利用者の様子やサービス提供状況等が適切に記録され、全体で共有できるようになっていました。しかし、利用者の記録の保管や持ち出し・廃棄に関する規定が整備されていませんでした。法人全体で個人情報管理・取扱い規程を整備され、記録の保管・持ち出し・廃棄についてのルール作りをされては如何でしょうか。・ 今年度は身だしなみに関するアンケートを3回実施していましたが、アンケート結果がまだ公開出来ていませんでした。一つの項目を掘り下げて改善を図る取組みは素晴らしいと感じます。その取組み結果を利用者・家族にお伝えし、ホームページ上で公開されては如何でしょうか。・ 他事業所の取組みの情報収集や見学を役職者中心に行っており、現場職員まで情報収集できていませんでした。現場職員が他施設の取組みやサービス内容を情報収集することが、サービスの改善や新しい提案につながると考えます。
--	--

※ 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	2650180025
事業所名	介護老人保健施設「がくさい」
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
訪問調査実施日	平成25年12月26日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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)		1)理念や基本方針を明確に定め、玄関及び各階のサービスステーションに掲示している。全職員や実習生に理念等を記載した携帯用カードを配布すると共に、毎朝の朝礼でも唱和し、職員への周知に努めている。家族会においても理念に基づいた取組みを毎年報告している。 2)組織図や職務分掌(職務と権限)を一覧にして職員に配布している。各ユニットリーダーの権限を、職員会議資料に明記して職員に周知している。身体拘束・人権、リスク・感染、ハラスメント、研修等の委員会を各部署・各ユニットの職員で組織し、意見を吸い上げている。			
(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)単年度及び中長期計画を策定し、職員会議を通じて全職員に周知すると共に、ホームページを通じて公開している。事業計画に基づいた部門ごとの年間目標を策定し、年度末の業績発表会で振り返りを行っている。 4)全職員が部署目標と個人目標を明確にした「がくさい」目標シートを記載している。職員が記載した目標シートを基に、部長・所属長が年2回面談を実施して内容の確認や振り返りを行っている。			
(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)		5)管理者研修や事務部会に参加して情報収集をしている。法令リストを作成し、各職種が関係する法令をパソコンから閲覧できるようにしている。 6)運営会議(週1回)や管理運営会議(月1回)、家族会(毎年開催)、協力医療機関との情報交換会議等で管理者としての意見を述べている。 7)施設長・事務長・生活支援部長などの管理職が、ケア記録や日誌、会議録等をパソコンシステムで常に確認できるようになっている。医師である施設長は、回診で利用者の状態を把握している。夜間や休日も携帯電話による指示や、施設に出勤し対応している。			

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
		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)		8)5つの人材育成理念を明文化してホームページ上でも公開し、人材募集している。常勤採用を基本としているが、短時間労働を希望する場合は非常勤で採用するなど、職員の採用方針を確立している。職員の資格取得のための支援として、受験対策の講座を開催している。 9)採用時研修、施設全体で毎月開催する研修会、各委員会やユニットが主催する勉強会など、体系的に内部研修を開催している。また、外部研修に積極的に参加させている。「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証を受けている。 10)受け入れ担当者を置き、実習受け入れを積極的に行っている。介護福祉士・社会福祉士の実習指導者講習受講修了者が実習生の指導にあたっている。		
(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、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)		11)仕事と生活を調和した多様な働き方を認める職場の証明である「京都モデル ワーク・ライフ・バランス認証」を受けている。毎週水曜日をノー残業デーにしている。腰痛・肩こり予防の体操を1日2回実施している。 12)休憩場所として、スタッフルームだけでなく多目的室や屋上なども開放し、職員が自由に休める環境を整備している。法人内部の病院医師(産業医)に相談できる体制はあるが、職員への周知がされていなかった。外部カウンセラー等の確保は出来ていない。		
(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)		13)広報誌・介護予防チラシを関係機関に配布し、地域への情報提供を行っている。事業所が実施した行事や第三者評価の評価結果等の情報をホームページなどで公開している。施設内にある「喫茶なごみの庭」を地域の障害者施設が運営している。隣接する保育園の行事に利用者が招待されている。 14)地域の自治会の会合や作業所連絡会等に施設の会議室を貸出している。地域の防災訓練に参加し、車椅子使用方法の講習会を実施している。地域の小学校のあいさつ運動に、職員が月2回参加している。施設主催のがくさい祭りには、地域住民や家族など毎年800名以上の参加がある。		

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		15)事業所の情報をパンフレットやホームページで分かりやすく提供している。特に、ホームページの「がくさいトピックス」の中で、各事業所の取組みや最近の行事などの写真を掲載し、外部の人がわかりやすいように情報発信している。相談課4名体制で見学や問い合わせの希望に対応している。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		16)重要事項説明書を用いて内容や料金の説明を行い、同意を得ている。利用者の判断能力に支障がある場合は、ご家族や成年後見人と契約締結している。			
(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。	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)		17)所定の様式を用いてアセスメントを行い、利用者や家族から、利用者が望む生活上の希望や要望を聞き取り、記録されている。 18)リハビリ実施計画書にも本人・家族の希望を取り入れ、それに沿った目標設定をしている。初回アセスメントやサービス担当者会議には、できる限り利用者や家族の参加を求め、希望の意思が尊重できるように配慮している。 19)定期のカンファレンスや必要に応じて行う臨時カンファレンスを開催し、介護支援専門員、看護師、リハビリ職員、介護職員、栄養士等の多職種での話し合いを行っている。また、毎月のユニット会議においても、利用者の変化を把握し、支援の方法を検討している。 20)担当介護職員によるモニタリングをもとに3か月毎にカンファレンスを開催し、個別援助計画を見直している。計画の見直しにあたり、医師・看護師・リハビリ職員・栄養士等の専門家から意見を聴取している。			
(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)		21)面接時に担当ケアマネジャーや相談員を通じて主治医の意見を聞いている。入院・退院の時には相談員や看護師が面会して状況確認を行っている。在宅復帰者には、在宅サービス事業所と連携してカンファレンスを実施している。			

(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、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)		22)介護技術、感染予防対策、リスクマネジメント等のマニュアルが作成されている。職員へのマニュアルの周知が課題となっている。ヒヤリハット事例からの事故防止や、満足度調査に基づいたサービスの見直し、という観点からの見直しは行われていない。 23)記録はパソコンシステムで行われ、利用者一人ひとりの記録があり、全体で共有できるようになっている。利用者の記録の保管や持ち出し・廃棄に関する規定が整備されていない。 24)毎日の申し送りや、ユニットごとの情報共有ノート、パソコン記録の閲覧等により、職員間の情報共有が適切に行われている。 25)カンファレンスや面会時に、サービス提供時の状況を家族に伝える機会を設けている。毎年家族会を開催している。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		26)リスク・感染症委員会を毎月開催し、委員会が主催する勉強会を開催している。感染症対策マニュアルを作成し、実践している。罹患した利用者については、二次感染を防ぐために、家族の同意を得た上で個室で対応している。 27)事業所内の衛生管理については、委託している清掃業者と事務職員で毎日の清掃を実施している。消臭スプレーや便座拭きシートをトイレに設置し、衛生管理に努めている。委託清掃業者からの点検表の提出や清掃記録がなかった。		
(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
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)		28)事故や緊急時等のマニュアルを整備している。事故や緊急時等における責任者は常に携帯で連絡がとれる体制にあり、指揮命令系統も明確になっている。緊急時マニュアルの職員への周知や実践的な訓練が出来ていなかった。 29)事故対応後には、カンファレンスを行い、報告書を作成している。適切に対応した上で、状況や原因を家族に説明している。リスク委員会で事故対策の見直しを行っている。 30)災害発生マニュアルを作成している。地域の福祉避難所に指定され、地域の自主防災組織と日常的に交流できる関係づくりをしている。地域の小学校での災害訓練にも参加している。		

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
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)		31)職員間で話し合い『人権宣言』を作成し、全てのサービスステーションに掲示している。身体拘束や高齢者虐待についての勉強会を開催している。 32)プライバシーに配慮した介護サービスを行うことを『人権宣言』に明示し、施設内に掲示している。人権委員会を組織し、毎年勉強会を開催している。排泄記録を目につかないように裏返して置く等、記録の取り扱いにも配慮している。 33)家族が入院中の方や生活保護受給者等、緊急度や優先度を考慮して入所を決定している。他職種が出席する入所判定会議で入所者を決定している。			
(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)		34)入所時の面談やカンファレンスで本人・家族からの意見を聴取している。エレベーター前や喫茶コーナー等に意見箱が設置されている。毎年家族会を開催している。 35)ユニット単位で利用者の意見を聞き対応している。利用者の要望に応じて個別外出や持ち込み食を実施している。自動販売機のメニュー希望等のアンケートを実施し、利用者の意見を聴取、その結果を廊下の壁に張り出し公開している。 36)月1回傾聴ボランティアを受入れている。重要事項説明書に苦情受付担当者や公的機関の相談窓口は記載している。事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置していない。			
(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。	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スタッフが積極的に参加している。	B	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		37)昨年度は食事に関するアンケート、今年度は身だしなみに関するアンケートを3回実施しているが、アンケート結果が公開出来ていない。 38)ユニットごとに各職員の意見をまとめ、毎月のリーダー会議でサービス向上について検討している。他事業所の取組みの情報収集は不十分である。 39)毎年の自主点検や3年に1回の第三者評価受診は実施出来ている。年1回以上の自己評価は実施出来ていない。			