

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 26 年 4 月 26 日

平成 26 年 3 月 11 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コミュニティ淀）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>&lt;地域への貢献&gt; 地域の社会福祉協議会や民生委員と連携し、年2回、1回100件以上の高齢者・独居者を訪問して面談・相談を実施しその実態把握や地域のつながりを深めることに貢献されています。</p> <p>&lt;業務マニュアルの作成&gt; 介護支援専門員業務マニュアル(H24.8.25改訂)において、『ケアプランの実践プロセス』というフロー図を作成し、介護支援専門員の業務の流れが第三者から見ても分かりやすく示されており、高く評価できます。今後、家族への説明の際にも用いていけるとの事で是非ご使用されることに期待しております。</p> <p>&lt;災害発生時の対応&gt; 当該施設の近くを3河川が流れており、河川氾濫への危機管理として、風水害対策要綱による災害対応について研修を昨年2回実施されており、水害時への自施設の危機管理の高さが伺えました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>&lt;業務マニュアルの作成&gt; マニュアル等の見直しにおいて、苦情や顧客満足度調査の分析結果、事故防止対策などが具体的に反映されている仕組みが確認できませんでした。</p> <p>&lt;事業所内の衛生管理等&gt; 事業所内の臭気について、除菌剤での清拭や換気等の対策は講じられていますがラウンドの際に尿臭が残っていました。</p> <p>&lt;事故の再発防止等&gt; 事故発生後の原因分析、再発防止は立てられています再発防止対策の評価・見直しが定期的にされていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>&lt;業務マニュアルの作成&gt; マニュアル等の見直しにおいて、苦情や顧客満足度調査の分析結果、事故防止対策など所定の委員会で取りまとめ、既存の会議体で検討し、見直し内容を議事録に残されてはいかがでしょうか。</p> <p>&lt;事業所内の衛生管理等&gt; 事業所内の臭気について原因を究明し、ハード・ソフト両面から具体的な対策を講じられることをお勧めいたします。</p> <p>&lt;事故の再発防止等&gt; 再発防止対策について、対策までは立案されていますので、その後の実施状況、評価、見直しなどを既存の危機管理関連の委員会にて、定期的（実施後3～6ヶ月程度）に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	26550980093
事業所名	ケアコミュニティ淀
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)	(介護予防)通所リハビリテーション・ (介護予防)短期入所療養介護・ 訪問リハビリテーション・居宅支援
訪問調査実施日	平成26年4月18日
評価機関名	公益社団法人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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		「私の親を託したい」施設を目指しての理念のもと、入所時のオリエンテーション時に周知され、全職員が携帯する等の取組をされています。組織体制図は明確になっていましたが、介護老人保健施設の業務内容に応じた各種委員会等の規程が整備されていませんでした。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		部門毎に年次の事業計画が策定され、職員個々においても「チャレンジ目標シート」を活用する等の工夫をされています。残念ながら、立てた計画の中間評価等の振り返りの機会がありませんでした。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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)		コンプライアンスについては、職務規定に定め、副主任以上の職員が会議にて点検する機会を持っておられます。運営状況の把握については、各種委員会の意見を月2回の幹部会議にて、報告・検討され、その結果について周知する仕組みを実践されています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		有資格者の採用により、質の確保やサービスの向上に努めておられますが、人事管理に関する方針等が定められていません。研修は、採用後、スキルアップなど、研修、教育委員会が計画し実施しています。実習生を積極的に受け入れ、常に門戸を広く開けていますが、指導者に対する研修が実施されておりませんでした。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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	B
		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。	A	B
		(評価機関コメント)		労働時間・有給休暇取得は適正に行われデータ管理されていますが、その分析及び考察がされておりません。産業医の意見聴取や福利厚生への配慮がされていますが、職員の就業状況や意向を把握する体制が不十分でした。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)		事業所の理念をパンフレット・ホームページ・広報誌等で開示されています。地域活動に施設設備を提供したり、町内運動会への協力参加もされています。地域社協等と連携し「お元気訪問」により地域の実情把握や相談面談を実施しニーズの把握と対応に努めておられます。		

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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
	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)		ホームページやパンフレットなどを使い、専門用語は使用せず、わかりやすくサービス内容、料金などが説明されています。施設見学について、希望に応じて支援相談員が対応、不在時は事務員、管理者などが対応されています。			
<b>(2)利用契約</b>						
	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)		利用に際して、本人、家族、後見人などに契約書・重要事項説明書を用いて、わかりやすく説明されています。また、入所後も適切に施設長が精神科医であることもあり、入所後も適切に審判に必要な診断書の作成などの支援がなされ、必要があれば、迅速に権利擁護の申請がされています。			
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>						
	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)		包括的自立支援プログラムを用いて、アセスメントを実施され、本人・家族のニーズを把握し、プランへ反映されています。入所後は、1カ月以内に多職種協働にてモニタリング、サービス担当者会議を実施し、本人・家族の意向、多職種の意見を取り入れ、プランの見直しを行ってられます。その後は、3カ月毎と状態変化時にプランの見直しを行っています。			
<b>(4)関係者との連携</b>						
	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)		支援相談員を中心に退所時などには、在宅ケアマネジャーと連携を図り、在宅復帰後のサービス調整について連携を図っています。また地域包括支援センターと地域の高齢者宅を訪問しています。施設長との連携体制が確立されており、また協力病院を含む地域の3病院と定期的に懇談を行っています。			
<b>(5)サービスの提供</b>						
	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	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。	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)		記録の管理について、マニュアルが定められていました。諸規定集綴を各フロアに整備し、誰もが閲覧できるようになっていました。各諸規定の見直しはされていますが、その具体策の結果がわかりませんでした。情報の共有は、伝達ノート・管理ノートなどを用いて、各フロアにて職員間の情報共有がされていました。特別な理由がない限り、面談には家族が参加し、情報の共有を行い、意見交換を行っています。			

<b>(6)衛生管理</b>				
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	B
(評価機関コメント)		年間の研修計画に従い、感染予防に関する研修を実施されています。感染対策マニュアルにて、対応、二次感染予防などが盛り込まれており、オリエンテーション時と研修時に職員へ周知されています。臭気については、施設で対応され換気などの対策をとられていますが、ラウンド時に、尿臭が残っていました。		
<b>(7)危機管理</b>				
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。	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	B
災害発生時の対応	30	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)		年間計画に従い、事故防止研修(2回)緊急時対応研修(1回)を実施。また今年度、河川の氾濫について、水害対策の研修などを行っています。また自主防災会との連携を図るべく、施設内には連絡先を整備しています。事故発生時には再発防止対策を立案されていますが、その後の評価や関連するマニュアルの見直しの際に活用されていませんでした。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
	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)		高齢者虐待防止法・身体拘束禁止について研修を実施され、昨年度の身体拘束事例は0件でした。また、プライバシー保護の研修を実施され、職員は1.98:1配置し、原則同性介護を実践されることで、利用者の羞恥心へ配慮されています。入所希望者に対しても断ることなく、積極的に受け入れられています。				
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
	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	B	
	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)		利用者の意向を確認するため様々な手段を講じられていますが、受けられた意見についての改善状況を公開されていませんでした。また公的機関以外の相談窓口の設置がありませんでした。				
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
	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。	B	B	
(評価機関コメント)		年2回のアンケートを実施され、接遇委員会で集約・検討され、利用者満足度の向上に取り組まれています。副主任以上が参加する幹部会議を内部コミュニケーションの重要手段として位置づけ、真摯に取り組まれています。其々で実践された結果の評価と次に活かすPDCAを回す工夫がありませんでした。				