

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 4 月 15 日

平成 23 年 2 月 18 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた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>1. 職員は労働環境に恵まれ明るく元気に働き、質の高い人材の確保と育成が計画的に実施されています。 (理由) ・新規採用は施設独自で行われ、有資格者や質の高い人材確保に努められており、現在介護福祉士有資格者 60% を確保されています。採用後スキルアップ・資質向上等の研修会が計画的に実施され、資格取得の支援も積極的に行われています。</p> <p>2. 事業計画は業務レベルにおける課題の設定をもとに策定されています。 (理由) ・各業務レベルの課題が設定され、個人レベルにまで関連付けて策定されており、個人レベルの課題達成状況は、報告会を実施し確認されています。</p> <p>3. 業務マニュアルは多職種参加のもとで作成され、定期的に見直されています。 (理由) ・質の高いサービスの提供を目指し、業務マニュアルが整備されています。見直しは多職種参加の下、専門委員会を設置し毎年行われています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 ()</p>	<p>1. 管理者は、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しが出来ていません。</p> <p>2. 公的機関等の苦情相談窓口は明確にされていますが、職員が第三者へ相談出来る体制が確立されていません。</p> <p>3. 利用者満足度調査は年 2 回実施されていますが、何れも退所者に対するアンケート調査になっており、現在の利用者に対する調査や改善結果の確認が出来ていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 管理者等の“責任と役割”を含め、スタッフの職務分担が、明確に理解でき、管理者とスタッフとの相互の理解を深めるため、システムの構築が必要です。</p> <p>2. 利用者及び事業所が共に気軽に相談が出来る相談窓口の設置について、京都市の相談員の派遣を申請されていますが、回答が得られていません。市民オンブズマンの受入を検討されては如何でしょうか。</p> <p>3. 満足度調査は退所者のみならず、現在の利用者も対象にし、各々年 1 回の実施をお勧めします。調査前と調査後の改善結果の確認・比較も出来るのではないのでしょうか。</p> <p>基本方針は母体の病院と共有されていますので、文章表現の一部が入院・退院等の病院用語になっています。施設専用に見直し検討されることをお奨め致します。 課題目標の達成状況の確認は年度末に行われていますが、年度の中間で報告会を実施することにより、後半への取組課題も明確化されるのではないのでしょうか。</p>

法人の法令遵守責任者は院長になっています。施設内に院長の下、担当責任者を設置し、日常の法令遵守状況の確認や研修計画・実施等が必要です。是非ご検討下さい。職員の相談に応じるため外部専門機関と契約されていますが、殆んど活用されていません。事業所内で対応出来る仕組みや利用方法の再検討が必要ではないでしょうか。備蓄は松ヶ崎記念病院に保管されていますが、定期的に管理状況と消費期限等確認が必要です。又自施設での保管の検討をされては如何でしょうか。

面会カードの様式を家族の意見や要望等を記録出来る様工夫され、サービスの質の向上に役立てられる様に改善されることをお勧めします

地域社協や地域包括センター等と連携し、講演会、懇談会の計画・主催、ケアコミ通信誌の配布等により積極的に地域に発信し、地域との交流がより深まることを期待いたします。

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	2650980093
事業所名	介護老人保健施設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)	短期入所療養介護・通所リハビリテーション・居宅介護 支援事業所・訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	2023年2月28日
評価機関名	NPO法人きょうと介護保険にかかわる会

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。	B	A	
	(評価機関コメント)		・貴老健施設の意思決定機関は幹部会であり、毎月開かれ、職員に周知されています。 ・運営方針は部門運営方針及び各個人方針に生かされ、職員全員に浸透しています。			
(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)		・計画はサービス向上の課題解決のため、部門及び各個人まで関連づけ策定されています。 ・課題目標達成状況は年一回結果報告会で確認が行われています。			
(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)		・職員倫理規程・介護保険六法等整備及び法令遵守の研修会が実施されています。 ・管理者の役割と責任については日常業務面で職員からあまり理解されていません。 ・管理者は常にフロアを巡回、入所者と対話を図り、職員へ適切な指示を行っています。			

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・職員の新規採用は施設単独で実施し、有資格者や質の高い人材確保に努めています。 ・職員研修は採用後3ヶ月研修、スキルアップ・資質向上等綿密な計画の下、実施しています。 ・実習生の受入は指導者を設置し、福祉系大学等から毎年積極的に受け入れています。 		
(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、具体的な取り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	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・労働時間及び有給休暇の消化率は適正ですが、部門毎には一部バラツキが見られます。 ・職員の相談には、メンタルクリニックと契約していますが、殆んど利用されていません。 ・各階毎にスタッフの休憩室が設置されていますが窓がなく、少し閉塞感を覚えます。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・事業所概要はパンフレットやホームページで開示し、広報誌を毎月発行しています。 ・地域の社交場として、施設内で歌謡ショー・ピアノ演奏会等各種教室等を開催しています。 ・地域社協及び消防署と連携して、高齢者単独家庭への「お元気訪問」を行っています。 		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・事業所情報はパンフレット・ホームページ・広報誌で料金その他詳細な情報を開示しています。 ・利用者等からの問合せや見学受入についてはホームページに掲載しています。 ・施設見学は時間制限を設けずに積極的に対応し、月平均9回程度受入れています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・料金等は重要事項説明書・契約書等に明記され、利用者等に説明し同意を得ています。 ・保険外サービスの利用料金については詳細に記載され、説明し同意を得ています。 ・成年後見制度は社会福祉士会と連携し、積極的に活用しています。 		

(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)		・「三団体ケアプラン策定研究会方式」のアセスメントシートを活用し、必要事項を把握しています。 ・家族及び利用者の希望を尊重した個別援助計画が策定され、同意を得ています。 ・個別援助計画は医師の意見書を尊重し、家族や専門家と合議により策定しています。		

(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)		・主治医や他病院の医師と診療状況提供書等活用し、情報交換をおこなっています。 ・地域包括支援センター等と常に情報交換・連携をしています。 ・入院、退院時に他病院等との連携を図るため、カンファレンスに必ず参加しています。		

(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)		・業務マニュアルの見直しは他職種の参加のもと、専門委員会ですべて実施しています。 ・利用者の24時間シートを作成し、職員間で情報を共有しています。記録等の管理は適切です。 ・家族の面会は面会カードを作成し週1回程度行われ、利用者の近況を伝えています。		

(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)		・感染症対策及び予防マニュアルは毎年見直し、研修会等で職員に周知しています。 ・新型（個室・多床室併設）の新しい施設でもあり、清潔で整理、整頓が行き届いています。 ・トイレに換気扇を設置されていますが、一部のトイレ前の廊下で少し臭気が感じられます。		

(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。	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
(評価機関コメント)		・事故や緊急時対応等マニュアルが完備、研修会や避難訓練が年2回実施しています。 ・フロア別に事故の発生記録を作成し反省会及び検討会を実施し、その後に事故検討委員会で再発防止対策が講じられています。		

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	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・基本方針のもと、利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を行っています。 ・高齢者の尊厳保持やプライバシーの保護は職員個人面談時に確認と周知徹底を図っています。 ・入所基準は重要事項説明書に明記され、利用者の決定は公平・公正に行っています。 		
(2)意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者等の意向確認は家族面接会やモニタリング説明会時に行っています。 ・苦情処理はマニュアルに沿い、迅速に対応と対策を行い、家族等へ連絡しています。 ・事業所内や重要事項説明書に苦情・相談の公的機関等の窓口を記載しています。 		
(3)質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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。	B	B
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査は退所者に年2回実施しています。但し改善効果の確認が出来ていません。 ・サービス提供の質の向上に向け、毎月各向上委員会で検討しています。 ・第三者評価委員会を設置し前向きに取組み、課題の改善を図っています。 		