

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 12 月 24 日

平成 22 年 11 月 16 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（老人保健施設 はぎの里）様につきましては、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>組織体制 通番2 ・組織図・各種会議一覧表も整備されており、組織の透明性が確保されていました。</p> <p>事業所情報等の提供 通番15 ・ホームページ、法人発行の広報誌、パンフレット、施設内の掲示物等、読みやすい工夫がされ、事業所の情報を提供されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>継続的な研修・OJTの実施 通番9 ・初任者研修は項目、内容とも充実していましたが、その後のフォローアップが継続及び計画的に行われていませんでした。</p> <p>実習の受け入れ 通番10 ・実習生の受け入れはなされていますが、マニュアル等が整備されていませんでした。</p> <p>利用者・家族の希望尊重 通番18 ・サービス担当者会議に、本人やご家族が参加されていませんでした。</p> <p>評価の実施と課題の明確化 通番38 ・第三者評価が定期的(3年に1回)に受診されていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>継続的な研修・OJTの実施 通番9</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護に必要とする研修を毎年、計画的に取り組まれてはいかがでしょうか。継続することで個々の職員が自らのケアを振り返り、向上させる機会となり、利用者の満足度にもつながります。その際、外部機関が実施する「初任者研修」や「ファーストステップ研修」を活用していただくのも一案かと思えます。 <p>実習の受け入れ 通番10</p> <ul style="list-style-type: none"> ・より円滑に実習生を受け入れるためにオリエンテーションマニュアルから作成されてはいかがでしょうか。また、現場に即した分かりやすい実習指導マニュアルがあることで、一貫性のある実習指導ができるのではないのでしょうか。 <p>利用者・家族の希望要望 通番18</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者自身がカンファレンスに参加され、ご自分の生活の目標を明確にされることで、自立支援を目指した介護につながるのではないのでしょうか。 <p>評価の実施と課題の明確化 通番38</p> <ul style="list-style-type: none"> ・第三者評価を定期的に受診される事により課題が明確化されサービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。
<p>その他</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止対策の一歩として、「気づきシート」の活用は有効であり、研修等に取り入れられてはいかがでしょうか。

※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	2653480026
事業所名	老人保健施設はぎの里
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)短期入所療養介護 (介護予防)通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成22年11月30日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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	B	
	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・組織の理念は玄関ホールに掲げられていましたが、職員への周知が十分ではありませんでした。 ・法人発行の広報誌『はぎ』を隔月に、事業報告書を年1回、関係機関や地域の全戸に配布され、理念や運営方針の周知を図っておられました。 ・法人全体の組織表や各種会議等の組織図を作成され、組織の透明性の確保を図っておられました。 			
(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	B	
	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・単年度の事業計画は作成されていましたが、中・長期についての計画は明文化されていませんでした。 ・各種業務レベルにおける課題への取り組み目標は作成されていましたが、達成状況の確認や、見直しは行われていませんでした。 			
(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。	B	B	
	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・職員が遵守すべき法令等を明記した文書が、現場責任者によって作成されておらず、法令等をすぐに調べられる体制が整えられていませんでした。 ・全職員の連絡網が、毎月見直され緊急時に活用されていました。 			

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	B
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 採用後は外部研修へ参加しやすい勤務に配慮するなど、資格取得にむけての支援体制が図られていました。 採用時の研修は、内容が充実していますが、継続的な研修が行われていませんでした。 『介護福祉士』『看護師』の実習生の受け入れがなされていますが、基本姿勢の明文化やマニュアル等の整備が行われていませんでした。 実習指導者の研修は受講されていましたが、現場の職員への伝達が不十分でした。 		
		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)		<ul style="list-style-type: none"> 法人の福利厚生として、互助会での職員旅行や針治療を全職員対象に行う取り組みがなされていました。 職員の相談に応じるカウンセラー等、対人援助の専門職の確保されていますが周知がなされていませんでした。 		
(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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 広報誌『はぎ』を地域住民へ全戸配布され、事業所の概要や運営理念を地域に開示・広報されていました。 地域住民に対して、相談事業などは行われていましたが、研修会や講習会の開催は行わ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
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"> ホームページや法人広報誌、パンフレット 施設内の掲示物を通して、利用者に情報提供を行われていました。特に、カウンターに置かれた通所リハビリテーションの重要事項説明書は文字も大きく読みやすいものでした。 		

(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	B
(評価機関コメント)		・施設利用時の利用者負担について、重要事項説明書やホームページなどの記載はされていますが、一部説明が分かりにくいと利用者アンケートから意見がありました。		
(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	B
(評価機関コメント)		・アセスメントは適切に行われており、個別援助計画についても定期的に担当者によるカンファレンスが実施され見直しをされていましたが、利用者・家族の出席への促しがされていない状況でした。 ・計画見直しの際、モニタリングは行われていますが、記録は適切なものではありませんでした。		
(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)		・各機関とは情報収集、意見交換が行われ「相談記録」に、その内容が記録されていました。 ・退所時には家族あてに「退所時指導」担当ケアマネに「生活健康情報」を作成されるなどの、在宅復帰に向けての連携体制が図られていました。		
(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。	A	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)		・業務マニュアルは作成されていましたが、見直しの基準が作成されておらず、定期的な見直しは行われていませんでした。 ・職員に対する個人情報保護と情報開示の研修が、採用時しか行われていませんでした。		
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。	B	B
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)		・新しいリネン類の収納場所は、使いやすさを優先され、扉を外している状態であるため、清潔が保たれる状態ではありませんでした。 ・入所フロアに臭気対策として、空気清浄器の導入をされていますが、有効に機能していませんでした。		
(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。	A	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

	(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・防災マニュアルや、警察・消防署など関係機関のリストは作成されていましたが、地域との連携までは図られていませんでした。 ・発生した事故(ヒヤリハット)には、報告書が作成され、原因の特定、解決策を合議されました。
--	------------	--

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
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。	B	B
		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	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の人権、自尊心に配慮したケアについては、フロア会議・スタッフ会議等で話し合われていましたが、全職員への理解・周知徹底のための研修が継続されていませんでした。 ・施設にて受け入れられない場合、他の事業所や医療機関への紹介については、口頭での対応となっていました。 		
(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。	B	B
		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。	B	B
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・『意見箱』が玄関ホール・カウンター前という、記入・投函しにくい場所に設置されていました。 ・利用者が相談や苦情を相談できる機会として、月に2回、介護相談員の受け入れがなされていました。 		
(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。	B	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・苦情・要望も含めて、結果やサービスの改善につながっている状況が公開されていませんでした。 ・サービスの質の向上のための定期的な評価が、実施されていませんでした。 		