

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 24 年 12 月 25 日

平成 24 年 7 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた医療法人三幸会 介護老人保健施設紫雲苑につきましては、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><b>II 組織の運営管理</b></p> <p>○(通番 8・9) 質の高い人材の確保と研修          法人全体で、職員の資格取得に向けた支援や各種研修に力を入れています。「ケアマネ支援塾」を開講し「介護支援専門員資格取得支援規定」を創設することで、受験料・実務研修テキスト・研修費用等を補助しています。また、介護福祉士資格取得を支援するなど、職員の資格取得をサポートすることで、職員の勤労意欲向上に繋がっていると考えます。長年勤める職員が多く、柔軟な勤務シフト作成により「働きやすい職場」との職員からの意見も聞き取れました。</p> <p>○(通番 13・14) 地域への情報公開と貢献          地域に根差した歴史ある施設として、様々な地域住民との関わりを持っています。地域の夏まつりに利用者と参加したり、「三幸会ふれあいまつり」を開催し、利用者家族・地域住民・各種ボランティア団体との良好な関係を持つことができる機会を数多く設けています。また、地域の医療福祉関係機関に職員を積極的に派遣するなど、社会資源としての事業所の機能を地域に幅広く提供しています。</p> <p><b>IV 利用者保護の観点</b></p> <p>○(通番 36・38) 利用者満足度の向上及び評価の実施と課題の明確化          定期的な第三者評価の受診と年2回の自主点検、利用者満足度調査などにより、常に現状の課題や利用者、家族の意見・意向をつかみ、改善に結び付けています。平成23年度のフロアごとの浴室設置(リフト浴)や椅子・障子の交換など、自らのサービスを見つめ直し向上させようとする意欲は、評価できると考えます。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>I 介護サービスの基本方針と組織</b></p> <p>○(通番6) 管理者等によるリーダーシップの発揮        前回の第三者評価でも課題であった施設長が自らの行動に対する信頼度を計る上での具体的取組みがなされていませんでした。</p> <p><b>IV利用者保護の観点</b></p> <p>○(通番31) プライバシー等の保護        各居室内やトイレ等のプライバシー保護としてカーテンを活用されています。カーテンでも基本的なプライバシーは保護できますが、もう一工夫されることをお奨めします。</p> <p>○(通番35) 第三者への相談機会の確保        前回の評価時の課題でしたが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○管理者等によるリーダーシップの発揮        管理者への信頼度を計る方法として、匿名性に配慮した「職員アンケート」を実施されることも一案だと考えます。</p> <p>○プライバシー等の保護        施設のハード面や予算等で難しい点もあると思いますが、プライバシー保護のためのカーテンを、衝立や簡易式間仕切りボードなどに変更することで、施設内がより落ち着いた家庭的雰囲気になると思われます。</p> <p>○第三者への相談機会の確保        適切な人材を確保することは難しいですが、事業所関係者以外の「第三者委員」の設置をお奨めします。利害関係のない第三者委員を設けることで、より客観的な状況把握や利用者の意見・苦情等をすくい上げることができるのではないのでしょうか。</p> <p>○その他</p> <p>①食事時には各テーブルに職員が付き、しっかりした見守り体制が取られていました。食器やトレイを木目調のものに変更するなど工夫することで、ご利用者により楽しんで食べてもらえると考えます。</p> <p>②業務改善のひとつとして、排泄後にレンタルタオルによる清拭と陰洗を加えたとのことで、確実に改善に取り組まれている姿勢が窺えました。更に便座にウォシュレットを設置できれば、より保清が保てると思われます。</p> <p>③定期的に利用者満足度調査を実施し、ご利用者・家族の意見・苦情等の内容をホールに掲示されていることは評価できます。更に、その集計結果を個人情報に配慮した型で、季刊広報誌等で公開されてはいかがでしょうか。運営の透明性を図り、より地域に認められた施設に繋がっていくと考えます。</p>

	④ 自家発電機の導入や自衛消防団の編成、「土砂災害マニュアル」の策定、3日分の非常食・備品等の備蓄など、緊急時の対応に努められています。更に地域住民と連携した防災訓練を実施されることを期待します。
--	--

※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	2650680024
事業所名	医療法人三幸会 介護老人保健施設 紫雲苑
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 介護予防短期入所療養介護 通所リハビリ 介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成24年 11月27日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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	A	
	(評価機関コメント)		<p>1. 法人理念及び運営方針は明文化し、受付や各フロアーの見やすい場所に掲示されています。また、職員は理念を記したネームプレートを常時携帯し、理念・運営方針に沿ったサービスの提供に努めています。理念等を法人の施設案内やホームページ・パンフレット・季刊広報誌「わかむらさき」等に記載し、分かりやすい文言で周知しています。</p> <p>2. 組織図、会議規則、職務権限規程など各種規程を整備しています。各ステーションにおいて月1回のフロアミーティング、月2回の主任会議などを開催し、職員の意見を吸い上げる仕組みを設けています。各部署からの意見は、「運営会議」に報告され、その結果を全職員に送り等周知していることが議事録から確認しました。</p>			
<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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>3. 年度初めに「アクションプラン」を各部署ごとに作成し、半期ごとに達成状況を確認しています。また、セクションごとに毎月の目標を設定、定期的に見直しを行っています。利用者満足度調査により聞き取った意見を職員間で検討し、サービスの質の向上に努めています。</p> <p>4. 各業務毎に課題を定めています。申し送り・フロアミーティング・主任会議・各種の委員会等の活動記録や日報・報告書等から、全職員が主体性を持って課題に取り組んでいる様子が窺えました。また、全職員に個人面談(年2回以上)を実施し、目標の設定、達成状況の確認をその都度行っています。</p>			

(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)	<p>5. 施設運営で遵守すべき法令については、京都府が行う集団指導に施設長、看護・介護部責任者、事務部責任者が出席しています。また、事業を実施する上で遵守すべき介護保険法以外の法令等についても明文化し、「法令に対する研修会」等によって職員に周知しています。年2回、「法令遵守状況点検表」による点検を行い、法令遵守の徹底を図っています。</p> <p>6. 施設長の役割が組織図・職務分掌・各種規程に定められており、会議の議事録や職員ヒヤリング等で確認できました。施設長は各種会議、委員会に全て出席し、介護現場への随時訪問によって職員の意見や要望を広く聴き取り、職員の仕事に対する意欲向上に努めています。施設長の行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価する仕組みが確認できず、B評価としています。</p> <p>7. 緊急事態に備え、過去の事例を事故防止に活かしています。法人独自の緊急時対応マニュアルを基に組織間の連絡体制が整備され、報告・連絡・相談の徹底を図っています。</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

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)	<p>8. 介護職は有資格者で実務経験者を優先的に採用し、介護福祉士が6割の比率となっています。採用後個人の到達目標の一つに介護福祉士等の資格取得を据え、「介護福祉士資格取得支援金」を創設、「ケアマネ支援塾」を開講し、模擬試験を実施するなど、法人全体で資格取得を奨励しています。</p> <p>9. 「教育研修委員会」が年間研修計画を策定し、外部研修への派遣、内部研修も計画的に実施しています。看護師1名を専任アドバイザーとして配置し、日常業務の中で指導・助言を行い、職員の知識・技能向上に努めています。</p> <p>10. 法人としてヘルパー養成事業を行っています。また外部の医療・福祉関連職員(介護福祉士・ホームヘルパー・作業療法士等)の実習生を積極的に受け入れています。実習指導者は介護福祉士・社会福祉士実習指導者研修を受講し、受け入れ体制を整えています。</p>			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>11. 指定基準以上の職員を配置し、看護・介護業務の負担軽減と効率向上に努めています。入浴支援では、利用者のニーズと職員の負担軽減に応える為、前年度各フロアーに浴室を増設、リフト浴機器を設置しています。9月より男性職員が育児休暇を取得するなど、職員にとっても働き易い職場環境であることが職員ヒアリングからも聞き取れました。</p> <p>12. 施設長が神経科医であり、法人内に産業医も配置しています。また、看護師長の個人面談など随時職員の悩み等の相談にのっています。年1回、職員研修旅行や親睦会を開催し、保養所の設置、同好会活動への援助等も行っています。職員専用の休憩場所・仮眠室も整備されています。</p>		
(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)		<p>13. 「行事運営委員会」が中心となり、毎年「三幸会ふれあいまつり」を開催しています。季刊広報誌「わかむらさき」を地域住民や各種団体役員に送付し、季節行事、日頃の施設生活の様子を広報しています。また、各種個人・団体ボランティアを広く受け入れています。</p> <p>14. 京都府社協の「次世代の担い手育成事業」で、地域の小学生の実習を受け入れたり、3年連続の左京区内地域包括支援センター・居宅支援事業所対象の「リハビリ体験研修会」開催など、事業所が有する機能を広く地域に還元しています。京都府医師会が行う市民向け公開委員会や京都市ケアプラン研修等に介護支援専門員の派遣を行い、地域の介護・医療・福祉ニーズ等の把握に努めています。</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
<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)		<p>15. 利用者のサービス利用選択に必要な情報として、パンフレット・広報誌・利用者満足度調査の結果等を配布・掲示しています。利用者の問い合わせや見学等への対応は丁寧に行っています。実際の施設利用に至る前に、体験利用を受入れています。</p>			
<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られています。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>16. 介護サービスの提供時に、サービス内容や料金等の説明をパンフレットや重要事項説明書等を使って丁寧に行い、利用者から同意を得ています。判断能力に支障がある方については、現在10名の利用者が後見人と契約を結び、2名が申立中とのことで、積極的に成年後見制度に繋げることで利用者の権利擁護に取り組んでいます。</p>			

(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)		<p>17. 介護支援専門員・看護介護責任者・支援相談員など複数名で、入居者ひとり一人のアセスメントを実施しています。アセスメント記録から利用者の心身・生活等の状況が把握できます。</p> <p>18. ひとり一人の利用者について、アセスメント情報を基に自立支援に向けた援助計画を策定しています。援助計画は本人・家族から同意を得ています。</p> <p>19. 入所前の利用検討会議、サービス担当者会議、ケースカンファレンスやモニタリング会議等に担当職員が参加し、利用者ひとり一人の援助内容について検討・見直しを行っています。専門家からの情報を援助計画に反映する仕組みとなっています。</p> <p>20. 介護計画に連動した実践記録やモニタリング会議での検討事項が、「ケアプラン実行記録表」に整理されています。見直しを含め、ひとり一人の支援の経過が第三者にも容易に確認出来ました。</p>		
(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)		<p>21. 個別援助計画の策定や見直しに、関係機関からの情報を反映させています。個人ファイルの記録類から確認できました。入退院時カンファレンスに参加する等、医療機関との連携によって情報を共有しています。左京医師会「地域連携懇談会」や「左京区地域ケア連絡協議会」等にも参加し、情報、意見交換を図っています。</p>		
(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)		<p>22. 業務マニュアルは整備され、各フロアに配置されています。マニュアルが現場のニーズに合っているか、使い易いものであるか等を定期的に検討・見直しする基準も定められています。</p> <p>23. 個人情報の管理について、研修等で職員に周知徹底しています。今年度より記録の廃棄に関する具体的規定を作成したことが、マニュアルで確認できました。</p> <p>24. 勤務交代時の申し送り・業務連絡ノート・利用者の個人ファイル等から、職員が利用者の状況等に関する情報を共有し、チームケアで支援していることが確認できました。</p> <p>25. 利用者の様子は、家族面会時に看護介護役職者、介護支援専門員、支援相談員などから状況報告を行っています。普段の様子を伝える方法として、個人アルバムを作成したり、面会の少ない家族には適宜電話で状況を報告しています。また、サービス担当者会議においても個々の家族と情報交換しています。家族の面会も多いとのこと。（職員ヒアリングより）</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、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)		<p>26. 「感染防止対策委員会」が感染予防の学習会や検討会を開いています。職員全員が感染症に関する知識をもち、感染症の対策及び予防に関するマニュアルに基づいて、毎日、室内・トイレの清掃や口腔ケア等に努めています。</p> <p>27. 施設内は「就労支援センター」のスタッフが毎日清掃を行い、掃除が行き届き清潔が保たれています。臭気対策として職員が汚染した床をデッキブラシでその都度拭きとるなど、衛生管理には注意を払っていることが点検表や聞き取りから窺えました。</p>		
(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)		<p>28. 自家発電機の導入や、緊急連絡網の運用を試行したり、防災マニュアルに則った実践的訓練や研修・勉強会が行われています。事故や緊急時・災害発生時に備え、職員が迅速に行動できる様、指揮命令系統を明らかにしています。自然災害に備え、3日相当の食料等を備蓄しています。尚、地域との連携を意識したマニュアル策定や避難訓練の実施などが急がれます。</p> <p>29. 発生事故やヒヤリハット事例の集計表を毎月作成し、家族、保険者(京都市)に速やかに報告しています。リスクマネジメント委員会を月1回開催し、原因や防止策を検討し、各部署で情報を共有し再発防止に努めています。</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
<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	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	B	
	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)		<p>30. 身体拘束・虐待防止委員会を毎月開催し、人権の尊重に配慮したサービスに取り組んでいます。また、日常的に頻回に声をかける等、利用者を孤立させないケアが行われています。職員の人権意識の維持・向上に向けた取り組みとして、高齢者虐待防止法に関する研修に近々職員2名を派遣する予定です。</p> <p>31. 5年前には廊下等を障子や家具であえて死角をつくり、利用者がくつろげる空間を設けていました。試行錯誤の結果現在は使用されていませんが、各居室入口の暖簾やベッド周り・トイレのカーテンなど、プライバシーに配慮したケアが行われています。但し、聞き取りから現状のカーテン使用を良しとしていない事も聞き取れたため、もう一工夫を期待してB評価としました。</p> <p>32. サービス利用者の決定はマニュアルに基づいて行われています。正当な理由以外での受入れ拒否はなく、その都度支援相談員より利用者・家族・介護支援専門員等に説明しています。</p>			



(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	B
(評価機関コメント)		<p><b>33.</b> 利用者満足度調査を行い、利用者・家族の意見・要望・苦情を拾い上げ、結果を掲示板で公表しています。家族会も定期的に開催し、家族会アンケートの結果を広報誌「わかむらさき」に記載しています。</p> <p><b>34.</b> 日常的に施設長をはじめ看護介護責任者、職員等が利用者・家族との対話を大切にされています。このような取り組みがサービスの向上、特に個別的なサービス向上に確実に繋がっていると思われます。また、苦情・意見等は施設長まで報告し、組織として対応していることが記録から確認できました。今後、利用者の苦情・意見等に対応した内容を、広報誌等に個人情報に配慮した上で公開されてはいかがでしょうか。利用者・家族・職員等に、施設のサービス改善への姿勢が見え、相互の信頼関係が一層深まるものと思われます。</p> <p><b>35.</b> 前回の第三者評価結果でもコメントされていますが、現在まだ第三者委員の設置は実現していませんので、B評価としました。早急な第三者委員の設置を望みます。相談窓口を設置し、利用者本人や家族等から、意見や相談・苦情を公的機関等に伝える方法を重要事項等に明記しています。</p>		

(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。	A	A
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)		<p><b>36.</b> 定期的に利用者満足度調査、管理栄養部による食事調査等を実施し、調査結果を利用者家族に配布し、施設内にも掲示・公表しています。また、各部署フロアミーティング、研修等によりアンケート結果を伝達・検討し、サービス向上に繋がっています。</p> <p><b>37.</b> 第三者評価の自己評価に運営管理者・各部門・各職種の主任・副主任等が参加しています。</p> <p><b>38.</b> 定期的な第三者評価受診に併せて、利用者満足度調査や自己評価を定期的の実施され、サービスの質の向上を目指した検討体制が維持されています。尚、22年度の第三者評価受診後に、施設設備の見直しや改修等が行われていて、第三者評価をサービス改善に役立てておられることが理解できました。</p>		