

様式 7

アドバイス・レポート

平成 2 6 年 2 月 6 日

平成 2 5 年 1 1 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 介護老人保健施設綾部さくらホーム 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

特に良かった点と その理由(※)	(通番 1 2) ストレス管理 職員の業務上の悩みやストレスを解消するための取組みにより業務効率が高められています。何より職種を超えた連携が高いことが、離職者の抑制につながっています。 (通番 2 3) サービス提供に係る記録と情報の保護 利用者の状況把握についてカルテ等に適切に記録されています。また、カルテ取り扱い規程に則り、情報の管理も適切に行われ、個人情報保護の観点からも教育・研修も行われています。情報の開示についての実績はありません。手順が決められ対応できるシステムは整っています。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番 4) 業務レベルにおける課題の設定 各部門における職種や役割に応じた課題の設定と計画の策定が行われていますが、その評価の確認ができませんでした。 (通番 1 8) 利用者・家族の希望尊重 (通番 1 9) 専門家に対する意見照会 (通番 2 0) 個別援助計画等の見直し 会議等で意見照会はされていますが、サービス担当者会議や個別援助計画等の作成に当たっては、利用者・家族または医師、薬剤師、栄養士、理学療法士等の多職種が関わっていることが確認できませんでした。また、モニタリングや計画の見直しはなされていますが、見直しの基準が確認できませんでした。 (通番 3 7) 利用者満足度の向上の取組み 利用者に対して満足度調査は実施されていますが、回収率は 50%程度で少し低いように思われます。

具体的なアドバイス	・課題の設定と計画の策定を行ったことに関しては、定期的に評価を行い、必要に応じて見直しにつなげるようにされると更に良いと思います。 ・サービス担当者会議や個別援助計画等の策定に当たっては、施設を信頼して利用して頂くためにも多職種や利用者・家族を交えて意見交換し、それを計画に反映させることで利用者の満足度につなげて頂けると更に良いと思います。また、マニュアル・手順等の見直しにおいては、見直し基準を作成・文章化されることをお勧めします。 ・利用者に対しての満足度調査の回収率を上げるための取組みとして、調査方法や質問項目の分析も含めて見直しを行わ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	2651880029
事業所名	介護老人保健施設綾部さくらホーム
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25年11月27日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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）及び事業所の職員全員が、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思決定を行い、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)		組織の理念及び運営方針を、サービスステーションでの掲示や職員名札への印刷、朝礼での読み上げ等で職員に周知しています。また、各種会議により運営管理者を含めて公正・適切なプロセスで意思決定がなされ、組織としての透明性の確保を図っています。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		事業計画が作成され、職員の意向も反映される仕組みになっています。各部門ごとの課題設定がされていますが、その達成状況の評価を行っていることが確認できませんでした。			
(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、いつでも職員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)		法令遵守の観点での経営に関する研修会等に事務長の出席は確認できましたが運営管理者等の参加が確認できませんでした。また、把握すべき法令のリスト化も確認できませんでした。運営管理者等の自らの行動が職員から信頼を得ているかどうか把握する方策として意見箱を設けていました。			

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	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)		職員の資格取得への高い意欲が感じられましたが、組織として人員体制に関する基本的な方針等が確認できませんでした。事業所の社会的責任として実習の受け入れを行っていますが、その基本姿勢やマニュアルの明文化については確認できませんでした。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	B
		ストレス管理	12	職員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。	B	A
		(評価機関コメント)		職員の有給休暇消化率増加に向けての取り組みを行えば更に良いのではないのでしょうか。職員の就業状況や意向を把握する仕組みはありますが、各部門にて行われており、担当部署が設置されているとは言えません。介護機器は、適切に導入され職員の負担軽減が図られています。ストレス管理においては、職員への配慮がされており、大変働きやすい環境が整備され、離職者は少なくなっています。		
(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。	B	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)		事業所の概要や理念については、ホームページや情報の公表制度等により地域に開示されています。また、地域の高校の人権学習に講師を派遣するなど専門的な技術や情報を地域に提供しています。介護相談などにより介護・医療・福祉ニーズの把握はできていませんでしたが、事業者間の情報交換によりそのニーズは把握されています。		

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
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)		ホームページや重要事項説明書等で情報の提供がなされています。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書により利用者・家族へ説明がなされています。玄関には成年後見人制度や施設の紹介等のパンフレットが設置されています。現在は、地域福祉権利擁護事業を活用されており同意書の確認もできました。		

(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。	A	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	B	
個別援助計画等の見直し	20	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	B	B	
(評価機関コメント)		個別援助計画の作成にあたり事前照会は確認できましたが、サービス担当者会議への医師・薬剤師・栄養士等の多職種の参加及び利用者・家族の参加が確認できませんでした。また、個別援助計画の見直し基準が確認できませんでした。			
(4) 関係者との連携					
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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)		緊急時に搬送する医療機関や施設内の医師との連携は整備されています。また、医療機関から入所する場合は退院時のカンファレンスに参加し情報を得る等、連携体制が構築されています。			
(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、職員に活用されている。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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A	
(評価機関コメント)		業務マニュアルは整備されていますが、見直し基準は確認できませんでした。記録等についてはカルテ取り扱い規程や個人情報保護の観点から管理体制は整備されています。また記録については、一日一検ではありますが、利用者への実践記録として観察等も含め適切に記録されています。情報の開示については実績はありませんが、申込書等は整備されています。利用者の家族等の要望等は面会時を利用して聞き取り、緊急時は電話連絡で状況説明を行っています。			
(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、職員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)		施設内見学により、物品の整理整頓や臭気対策、利用者の安全面への配慮等が確認できました。また、清掃業者の点検チェック表も確認できました。感染症についてはスタンダードプリコーションに基づく対策が行われ、職員研修において教育も行われています。			
(7) 危機管理					
事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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	
災害発生時の対応	30	災害発生時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	
(評価機関コメント)		事故や緊急時のマニュアルの作成や研修会、防災訓練の実施が確認できました。事故への保険対応については重要事項説明書に記載されています。また、インシデント・アクシデント報告書への対応・分析・改善、そして現場へフィードバックすることにより事故の再発防止に努めています。災害時には地域の指定避難場所に指定されており、地域との連携体制も構築されています。			

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
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)		リスクマネジメント委員会、接遇委員会において毎月目標を設定し、朝礼にて音読し意識付けをされています。プライバシーのマニュアルを作成され、学習会を実施しています。入所前にショートステイを利用し、施設において対応が可能か等生活状況を把握し検討されています。また、入所者決定委員会が設置されています。			
	(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		外部からの相談員の受け入れや施設内のケアマネジャーによる聞き取り調査で利用者の意向を確認しています。重要事項説明書に市町村や国保連合会の相談窓口等が記載されています。			
	(3) 質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	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職員が積極的に参加している。	B	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)		満足度調査を実施され、意見要望に迅速に対応し、改善に取り組んでいます。サービス向上委員会の設置や京都府介護老人保健施設協会に加入し、各専門職の情報を交換すること等により、サービス改善に取り組まれています。年度事業計画、目標設定シートが作成されていますが、その結果についての評価や反映が確認できませんでした。			