

アドバイス・レポート

2010 年 4 月 7 日

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「がくさい」通所リハビリテーションにつきましては、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>(通番 1 理念の周知と実践) その人らしい暮らしの実現のため「そっと寄り添った」介護を行うという組織理念に基づき、特に今年度は、～チェック チェンジ チャレンジ～を基本方針に掲げ、明確化・周知されています。それは、毎月発行している「お茶の間新聞」の最新号に理念・基本方針が掲載されており、利用者・家族等への取組み等で確認でき、理念及び基本方針に沿ったサービスの提供を実践しています。</p> <p>(通番 8 質の高い人材の確保) 必要な人材や人材育成に関する考え方が「基本方針」において明確に文書化されています。また、採用後に資格取得のための支援が適切に行われており高く評価できます。年に 1 回実施されている「接遇マナー」に関する研修は特に充実した取組みとなっており、事業所としての力点も重く置かれています。</p> <p>(通番 13 地域との交流) 事業所が主催する「夏祭り」には、800人を超える地域住民が参加する等、地域との良好な関係が築かれています。また地域の自治組織にも積極的に参加し、事業所が有する機能還元が主体的に行われています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 11 労働環境の整備) 職員の休憩場所および適切な休憩状況を確認することができませんでした。</p> <p>(通番 23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者の個別のサービス計画、実施記録、状態の変化などは適切に記録、パソコン内でパスワードを用いて管理され、持ち出しについての規定は定められていますが、廃棄に関する規程が定められていませんでした。</p> <p>(通番 33 意見・要望・苦情の受付) 連絡帳を通じての意見・要望の聴取はあるが、アンケート・聞き取り等、積極的に利用者や家族の利用満足度や声を集める仕組みは確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>『その人らしく暮らすために、わたしたちは「そっと寄り添って」いきます』という理念に基づいて、財団法人京都地域医療学際研究所を運営母体に平成17年1月に開所し、今年で満5年を迎えられました。開設当初から、自治組織への参加や対話を重視され、北区鷹ヶ峰地域の地域住民と積極的に関わり、信頼関係を深く構築されています。現在「がくさい」では、老人保健施設の本来的な役割である「在宅復帰への導き」「在宅生活の継続」を支援することと、それとは対極的な見地として、さまざまな理由・背景から「在宅生活が困難」な利用者のタミナル（看取り）ニーズにどのように応え支援すべきかについて中・長期的な視点に立ち、計画の策定が進められています。特に今回の評価対象となる通所リハビリテーション部門においては「個別性のある介護サービス」を重視しています。利用者のヒヤリングでも「デイケアにくるようになって身体状況が改善、杖なしで歩けるようになった」等、非常に満足度も高く、適切なリハビリが施され、利用者の自立支援の目標を達成している状況を見受けることができます。</p> <p>「地域の資源」「地域への貢献」という視点および姿勢が、訪問調査時にも明確に聞き取ることができました。これは、施設最大の行事として主催・運営されている「夏まつり」において、利用者・家族だけでなく地域住民の参加が合わせて800人以上という盛大な状況からも確認でき、高く評価することができます。</p> <p>また、この「第三者評価事業」の意義を深く理解され、第三者評価受診に関して、自らの振り返り（自己評価）によって、出来ていないところの気づきと今後の見直し点を明確にされており、受診の目的を的確に捉え、有意義に取り組まれている状況を確認することができました。</p> <p>今後も「医療」「福祉」「生活」等、異なる分野・場面にまたがって関わる「学際（がくさい）」の実践研究・活動の挑戦に期待します。</p> <p>以下、今回の評価で気が付いたことを記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職員の休憩時間や休憩場所の適切な設定が、ヒアリング等においても確認できませんでした。開設当初からの課題であり、管理者からも一定の改善指示はあるようですが、具体的な取組みや成果に至っていません。労働環境や法令順守の視点からも重要な事項となりますので、再度仕事の流れや実態把握に努められ、適切な休憩体制を確保することを前提とした取組みをされてはいかがでしょうか。 ・利用者に関する介護支援計画等は丁寧に策定され、適切に保管されている状況が確認できましたが、それら書類に係る破棄規定が作成されていません。設立5年となり、書類等での保存状況はますます繁雑になっていく事が想定されますので、他マニュアルの見直しや作成に合わせて、作成されてはいかがでしょうか。 ・連絡帳を通じての意見・要望の聴取はありますが、アンケート・聞き取り等、積極的に利用者や家族の満足度や声を集めの仕組みは確認できませんでした。アンケート等の実施・活用は「福祉サービスの質の向上」に利用者を主体としたより
-----------	--

	よい効果が期待できます。また、利用者の連絡帳について、丁寧に書き込まれていますが、家族にとってはいま少し工夫され、連絡帳を見るのが楽しみになるような工夫をさ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	2650180025
事業所名	介護老人保健施設「がくさい」
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護老人保健施設
訪問調査実施日	2010年2月3日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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。	B	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	B
	(評価機関コメント)			事業所の理念は、毎日の朝礼で周知されている他、理念カードを職員が常に携帯している状況を確認した。毎月発行している「お茶の間新聞」の最新号に理念・基本方針が掲載されており、利用者・家族等への取組みが確認できた。職務分掌規定は策定されていない。		
(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。	B	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。	A	A
	(評価機関コメント)			中・長期計画は現在作成中である。 部門および個人で課題シート（がくさい目標シート）を作成し、半期に一度管理職によるヒアリングで評価・振り返りが行われている。		
(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。	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)			法令遵守（コンプライアンス）の観点から研修が確実に行われているとともに、関連法令は明確にリスト化され、ホームページ上でリンクを貼る等秀逸に作成されている状況が確認できた。経営責任者・管理者等の役割と責任は文書化されていない。		

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。		B	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。		A	A	
(評価機関コメント)		必要な人材や人材育成に関する考え方方が「基本方針」において明確に文書化されている。また、採用後に資格取得のための支援が適切に行われており高く評価できる。体系的な研修計画は確認できなかつたが、年に1回実施されている接遇マナーに関する研修は特に充実した取組みとなっており、事業所としての力点も重く置かれている。実習担当職員を配置し、実習指導者のために必要な研修にも参加している。				
(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。		B	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)		送迎にはリフト車を配備するなどの体制が充実している。また、介護現場において職員の無理がかかるないようにお互いに声かけをしながら介護にあたっている状況を聞き取った。職員の休憩場所および適切な休憩状況を確認することができなかつた。				
(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。		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)		ホームページは定期的に適切に更新されており、施設の状況や取組みが随時周知されている。事業所の広報誌「ときわいろ」「お茶の間」を月に1回発行している。事業所が主催する「夏祭り」には、地域住民約800人が参加する等、地域との良好な関係が築かれている。京都市からの委託事業として運営している「京都市北区地域介護予防推進センター」を通じて、北区地域の学区社会福祉協議会単位で取組みがなされている状況を聞き取るうができた。				

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)		がくさいのホームページには行事や日常の活動状況が詳しく掲載されており、デイケアがくさいの広報誌「お茶の間」には、デイケアならではの集団体操や口腔体操の様子が紹介されている。施設見学や昼食代の実費負担で体験入所にも対応しており、相談記録がある。				
(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)		重要事項説明書には利用料について明確に示されており、利用者の同意を得ている。さらに、別途基本料金・加算費用・自費などの分かりやすい資料を作成して初回、面接時において説明している。				

(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。	B	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	A
(評価機関コメント)	アセスメントは利用者の心身の状況を把握して作成されており、3ヶ月毎にケアプランに沿ったサービス提供が出来ているかを評価し、アセスメントを行っている。個別援助計画はリハビリストと意見交換を行って作成されており、個別目標が設定されている。サービス担当者会議は本人または家族が参加して行われており、利用者の心身の状況は把握できるが、本人や家族の希望を十分に記入できる様式にはなっていない。個別援助計画はリハビリ職と介護職が合同カンファレンスを行い、主治医や各専門職の意見を照合して作成している。3ヶ月毎に評価を行い、必要に応じて個別援助計画の見直しを多職種協働で行っている。			

(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。	B	B
(評価機関コメント)	利用者のファイルには主治医をはじめ病院や連絡先が記載されており、ケアマネジャーを通じて関係機関との連携が確保されているが、利用者の状況に対応できる他の事業所や施設のリストや資料は整備されていない。			

(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。	B	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)	マニュアルは施設全体で独自のものを作成しており、日常の業務に活用できる実用的なものになっているが、マニュアルに基づいてサービスが提供されているのかを確認できる仕組みがなく、見直しの基準についても定められていない。利用者満足度調査等は行っていないため、マニュアルの見直しに利用者の要望が反映できる仕組みが確立されていない。利用者の個別のサービス計画、実施記録、状態の変化などは適切に記録され、パソコン内でパスワードを用いて管理され、持ち出しについての規定は定められているが、廃棄に関する規程が定められていない。利用者に関する情報は毎朝の申し送りや毎夕のミーティングで共有してサービスを提供しており、重要な案件については連絡ノートで全職員が把握できる体制が取られている。利用者の状況は送迎時や連絡帳、月1回発行している広報誌で家族に周知しており、個別の状況は必要に応じてケアマネジャーを通じて伝えている。			

(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。	B	B
(評価機関コメント)	感染症に関する勉強会を実施、マニュアルを作成して予防に努めている。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い、職員が一番の媒介者であるという自覚を持って手洗い、うがいを徹底している。感染症の利用者の入浴を最後にするなどの対応で感染を予防している。清掃は外部業者に委託しているが、職員によって浴室、フロアなどの定期的な清掃も行っている。書類、介護用品、備品については安全に保管されているが、整理整頓については十分ではないという自己評価から今後の課題とする。			

(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。	B	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)	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、消防計画による訓練が行われている。緊急連絡網が作成され、地元消防団との連携は出来ているが、災害発生時の地域との連携を意識したマニュアルは作成されていない。				

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	A	
(評価機関コメント)	事業所全体の理念でもある、「そっと寄り添った介護」を実践すべく、接遇研修・人権研修やプライバシー保護マニュアル整備等の取り組みを行っている様子が伺えた。利用者の決定については、待っていたらしく等の利用調整はあっても、現時点では利用をお断りするようなケースは生じていないという内容を聞き取った。				
(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てている。	B	B	
第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口に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)	連絡帳を通じての意見・要望の聴取はあるが、アンケート・聞き取り等、積極的に利用者や家族の声を集める仕組みは確認できなかった。苦情については、「苦情処理要綱」に基づき対応しているが、それをサービス向上のために公開するところまでは行っていなかった。				
(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てている。	C	C	
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。	B	B	
(評価機関コメント)	サービス向上委員会が毎月開催され、他施設を見学する等の環境も整備されており、評価できる。「評価シート」をもとにヒアリングを行い、定期的に評価を実施している状況を聞き取ることができた。				