

アドバイス・レポート

平成 20 年 3 月 24 日

平成 20 年 2 月 8 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

評価が高かった点	I 健全な組織体制 (1) 組織の理念・運営方針 ①理念の周知と実践 (3) 労働環境 ①労働環境への配慮 ②ストレス管理 ③休憩場所の確保 II 適正なサービス提供体制 (1) サービスの品質の確保 ②サービス提供に係る記録 ③確 実な情報伝達 ④ケアカンファレンス (2) 個別援助計画 ①アセスメントの実施 ②個別援助計画の 作成 ⑤個別援助計画の見直し (5) 危機管理 ①事故・緊急時等の対応 ②事故の再発防止等 III 利用者保護の観点 (1) 利用者保護 ②プライバシー等の保護 (2) 情報提供 ④地域への情報公開 (3) 利用契約 ②合意書面の作成 IV サービスの質の向上の取組 (1) 苦情解決 ②苦情やトラブルへの対応 ④苦情に基づくサ ービスの改善 (2) 質の向上に係る取組 ②質の向上に対する検討体制 (3) 評価の実施 ②自己評価の実施
理 由	I (1) ①職員へのヒヤリング時に理念を暗唱され、名札にも携 帯されており、周知徹底が図られています。 (3) ①②③高い利用率にもかかわらず、職員数も正社員が多 く、基準以上に確保されています。残業も全体で少なく、有 給休暇もスムーズに取得出来ています。施設自体も新しく綺 麗で、余裕を持って建設されているので、スペースの確保は 十分に出来ています。 II (1) ②③④心身の状況等適切に記録され、カルテ取扱規定を 設置、管理されている事や、重要事項の内容はサイン方式で 伝達され、職員全員で共有する仕組みが確立されています。 3ヶ月に一回開催されるカンファレンスでは照会書状で集約 され、サービスの提供方針を決定されています。 (2) ①②⑤入所前・随時のヒヤリング、診断書、サマリー等 で情報収集、アセスメントされ個別の目標設定、個別援助計 画の作成、評価、見直しは3ヶ月以内に実施されています。 (5) ①②マニュアルを整備、活用する事で事故防止を図り、

	事故報告書に基づき事故防止委員会で検討され、職員全員に閲覧できる体制で共通認識されています。 Ⅲ (1) ②理念、運営方針が全員に周知徹底され、プライバシーの保護や、羞恥心への対応など、配慮されたサービスが行われています。 (2) ④地域との共同した取組が積極的に行われています。 (3) ②契約書など書類管理は正確にされています。 Ⅳ (1) ②④苦情・トラブルへの対応は苦情処理委員会、ヒヤリハット報告、事故防止委員会などから意見を吸い上げ対応、改善努力されています。改善結果は、機関誌や掲示にて公開されています。 (2) ②運営会議、苦情処理委員会、接遇委員会等で出た意見を集約して、改善に繋がられています。 (3) ②自己評価・人事考課などシステム化、定期化して改善努力されています。
改善努力を要する点	I 健全な組織体制 (2) 組織体制 ③透明性の確保 II 適正なサービス提供体制 (1) サービスの品質の確保 ①業務マニュアルの作成 Ⅲ利用者保護の観点 (1) 利用者保護 ③個人情報保護 ④利用者の決定方法 Ⅳサービスの質の向上の取組 (1) 苦情解決 ①苦情・相談窓口の明示 (2) 質の向上に係る取組 ①利用者満足度の把握
理 由	I (2) ③各会議に、職員の意見等が出され協議されていますが、案件別の意思決定方法が明確に定められていません。 II (1) ①業務マニュアルは整備されていますが、マニュアルに沿ったサービスの提供状況の確認が出来ていません。 Ⅲ (1) ③④スタッフの不在時、カルテラックに保管された個人情報、詰所の外側から見え、人が入れる環境です。又、利用者決定時の具体的なルールが定められていません。 Ⅳ (1) ①苦情・相談窓口は掲示されていますが、字が小さく高齢者には読み難いと思います。 (2) ①利用者満足度調査の内容が利用者にはわかりにくいように思います。
具体的なアドバイス	組織体制などは確立され、全体的に高く評価できます。 開設後2年が経過し、日々のサービス提供は今回の第三者評価受診や運営会議等で検討を重ね、前向きに取り組まれていると評価致します。更なるサービスの質の向上を図る為に、次の事をアドバイス致します。 1. 案件別の意思決定方法を組織的に明確化され、組織としての公正・適切な過程で透明性の確保を図って下さい。 2. 施設として職員に求められるサービスの提供水準を、業務マニュアルの活用を確認し、サービス提供の標準化、安定化を図られては如何でしょうか。 3. 詰所にカルテラックでカルテを保管されていますが、外部から見えることや職員が不在時、人が入れる環境を個人情報保護法の観点からも工夫をされては如何でしょうか。 4. サービス利用者の決定を公正・公平に行うために、入所基準など具体的なルールを設置され、入所判定会議等に活用されては如何でしょうか。 5. 苦情・相談窓口の掲示で字が小さく見受けられ、高齢者には読みづらいと思われるため、大きくされた方が見易いと思います。

	6. 満足度調査を実施され、質の向上に取り組まれています、アンケート内容を利用者が回答しやすいように工夫されてはどうでしょうか。
--	---

以上の事を検討・改善され、より質の高いサービス提供ができる施設に、又、選ばれる施設へと飛躍される事を期待致します。

(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)	通所リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション・居宅介護支援事業所 短期入所療養介護・介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成20年2月25日
評価機関名	京都私立病院協会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
Ⅰ 健全な 組織体制	(1)組織の理念・運営方針	①	理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	B	A
		②	運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	B	A
		③	運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	B	A
	(2)組織体制	①	責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	B	A
		②	管理者による状況把握	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。	B	A
		③	透明性の確保	責任者等は、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。	B	B
		④	支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	B	A
	(3)労働環境	①	労働環境への配慮	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
		②	ストレス管理	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。	B	A
		③	休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	A	A
	(4)課題の設定	①	重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	B	A
		②	業務レベルにおける課題	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	B	A
	(5)人材の確保・育成	①	質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A
		②	継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	B	A
		③	OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	B	A
小 計（A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと）				17	29	

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅱ 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	B	B
		② サービス提供に係る記録	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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	B	A
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	B	A
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	B	A
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	B	A
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	B	A
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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。	B	A
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を探り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	A
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	B	A
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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	A
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	B	A
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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	A
		② 事業所内の衛生管理等	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	A
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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	A
		② 事故の再発防止等	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。	B	A
小 計（A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと）				15	29

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	B	A
		② プライバシー等の保護	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。	B	A
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	B	B
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	B	B
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	B	A
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	A	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	B	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	B	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面になっている。	A	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				13	18

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	B	A
		③ 第三者への相談機会の確保	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。	A	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	B	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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。	A	A
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	B	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	B	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	B	A
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	A
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	B	A
小 計 (A＝2点、B＝1点、C＝0点として点数化のこと)				13	20

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
Ⅰ 健全な組織体制	17	29
Ⅱ 適正なサービス提供体制	15	29
Ⅲ 利用者保護の観点	13	18
Ⅳ サービスの質の向上の取組	13	20

【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
Ⅰ 健全な組織体制	17/30	57%	29/30	97%
Ⅱ 適正なサービス提供体制	15/30	50%	29/30	97%
Ⅲ 利用者保護の観点	13/20	65%	18/20	90%
Ⅳ サービスの質の向上の取組	13/20	65%	20/20	100%

