

様式7

アドバイス・レポート

平成23年2月14日

平成22年10月25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リハ・ヴィラなぎさ苑につきましては、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

| | |
|--------------------|---|
| 特に良かった点とその理由(※) | <ul style="list-style-type: none"> ・経営責任者又は運営責任者が常に常駐しており、介護保険管理システム(「ちょうじゅ」システム)にて利用者及びサービスの状況を把握できています。緊急時にあっても、具体的な指示を迅速に行うことができる体制が整備されています。 ・在宅復帰に積極的に取り組んでいることがうかがえます。 ・有資格者の配置率が高く、また福祉用具の充実と共に職員数も充足されているため、有給休暇の取得率が高い状況です。福利厚生も充実しており労働意欲が継続できるように配慮しておられます。 ・利用者のヒアリングやアンケートから、利用者は何でも話しやすい環境にあると感じられていることが確認できました。ショートステイでは医療ニーズのある利用者を積極的に受け入れており、地域の介護環境を意識した取り組みとうかがわれます。 |
| 特に改善が望まれる点とその理由(※) | <ul style="list-style-type: none"> ・法人の理念や運営方針を策定し、事業所に掲示して職員に対しての周知に向けた取り組みも行っていますが、組織の理念及び運営方針が全職員に浸透するような深まる取り組みまでには至っていません。 ・業務マニュアルや管理体制は整備されておられますが職員の理解度やマニュアル等に基づいてサービスが実施されていることを確認する基準が定められておりません。 ・利用者からの意見、苦情や要望等は把握されていますがその内容に関して具体的に検討、改善する仕組みには不足を感じます。 |
| 具体的なアドバイス | <ul style="list-style-type: none"> ・介護老人保健施設の独自の理念及び運営方針を明文化し、全職員がこの理念を理解してボトムアップ的に理念に沿ったサービスを提供するために職員参加型の取り組みを実施してはいかがでしょうか。事業所職員が全員参加することで運営方針が全職員に浸透するようになり、更に方針に則ったサービスの提供が実践できると思われれます。 ・マニュアル等に基づいてサービスの実施基準を定めてはいかがでしょうか。定期的に見直し等を行い、日々の業務のチェックを行うと共に現場や研修で培った知識・技術をマニュアルに反映させ、更にサービスの質の向上を図ってはいかがでしょうか。 ・利用者、家族からの意見、苦情や要望等の内容に関して具体的に検討、改善する仕組みとして満足度調査はサービスの質の向上に役立つと思われれます。定期的なアンケート調査は困難な場合もあると思いますが、例えば「スマイル委員会」等で満足度向上を目指す取り組みをし、職員やボランティアによる個別の聴き取りや家族に代弁して頂く方法で利用者の希望やニーズを把握することは可能です。満足度を確認した上での見直し、改善策を「きらめき」広報誌に公表される取り組みをしていけば、施設への信頼が更に高まると思われれます。事業所以外の相談機会の確保、定期的に第三者評価を受診する取り組み等を確立することで、より透明性のある事業所運営が行われ、更なるサービスの質の向上に繋がると思われれます。 |

※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 | 2652180015 |
| 事業所名 | 介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑 |
| 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) | 居宅介護支援、短期入所療養介護、介護予防短期 入所療養介護、通所リハ、介護予防通所リハ |
| 訪問調査実施日 | H22年12月3日 |
| 評価機関名 | 社団法人全国老人保健施設協会 京都府支部 京都府老人保健施設協会 |

| 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 | 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) | | 法人の理念や運営方針は策定され、事業所に掲示し、職員に対しての周知に向けた取り組みを行っています。しかしながら、その浸透の深まる取り組みまでには至っていない状況が伺えました。スタッフ全員が介護老人保健施設の独自の理念及び運営方針に、理解が深まるような取り組みをされてはいかがでしょうか。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 事業計画や業務課題の明文化には至っていません。理念、目標に向けた中・長期計画の作成が望まれます。業務課題については全職員で検討し、事業計画に織り込む等、目標の達成に向けた具体的な取り組みをされてはいかがでしょうか。 | | | |
| (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) | | 管理者等は事業所に常駐し、サービスの実施状況を把握しています。具体的な指示も行える状況にあります。今後は管理者、各職種の主任における役割や責任を明確にすることで、更にリーダーシップを発揮され、チームケアの実現が可能になると思われます。 | | | |

| 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 |
| 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 採用条件として最低でもヘルパー資格を有する者としておられ、採用後も資格取得への勧めを行い介護福祉士としては、70～80%の有資格者がいます。又、苑内研修も2回/月は実施しておられ熱心に教育はされていますが、体系的な研修システムの不足があります。実習生についても近隣からヘルパー・看護学生・病院研修医の実習を受けておられ施設として社会貢献が充分できていますが、組織としてのシステム整理が不十分と思われる。 | | |
| (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 | B |
| | | 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) | | 有給休暇の取得率が約64%有り、職員の異動の希望等も把握されていますが、仕組みとしては構築が不十分です。福祉用具については、必要性の把握から設置が充分出ています。又、カウンセラーやスーパービジョンの役割として上司が話を聞くようにはしてはもらいますが、職員の話し安さを考えた体制としては不十分と思われる。しかし、福利厚生制度として親睦会を通してスポーツ大会・ポーリング大会・日帰り旅行等の取り組みが充足されています。 | | |
| (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 | 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 | A |
| | | (評価機関コメント) | | 苑便りは毎月、法人広報「きらめき」を年2回発行。施設家族会も年2回開催されると共にヘルパー講習や看護学校に講師を派遣され地域に還元されると共に在宅介護支援センターや認定審査会・法人評価委員会を通して地域住民の要望を汲み取ることに努力されています。 | | |

| 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) | | ホームページやパンフレット等を利用して施設概要について情報提供をされています。施設見学や問い合わせにおいても記録されています。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 利用に際しサービス内容や基本料金・利用者負担・保険外サービス等について明確に示されており、説明と同意を得ておられます。入所者ヒアリングやアンケートからも確認できました。 | | |

(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。 | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 利用者及びその家族の希望・要望を聞いて、具体的な援助計画を策定しています。しかし、入所者本人が発言の困難な方であっても本人を目の前にして担当者会議を開催することで、本人の視点を意識し、本人の立場に立ったプランになることを職員間の理解とし、家族の参加しやすい日時に担当者会議を設定する等、援助計画変更の基準や時期を定め、常に現状に即したプランになるような取り組みが必要ではないでしょうか。 | | |

(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) | | 利用者の主治医をはじめ、医院、居宅介護支援事業所、各種サービス事業所等、有効的な連携を実践されておられ、入、退所時のスムーズな対応や受け入れに繋がっています。 | | |

(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、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。 | C | 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) | | 業務マニュアルや管理体制は整備されていますが、職員の理解度やマニュアル等に基づいてサービスが実施されていることを確認する基準等が定められておりません。 | | |

(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。 | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 各種感染マニュアルを作成し、感染症予防対策委員会による苑内研修も実施されていますが、マニュアルの見直しや更新、二次感染を防ぐ体制の整備等が不十分と思われます。衛生管理については、施設全体が整理・整頓され、効率よく業務を遂行する為の工夫もされておられますが、清掃委託されている業者への内容確認等を目的に、点検票等の作成をされてはいかがでしょうか。 | | |

(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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 緊急時、災害発生時等における対応マニュアルがあり、年2回の消防訓練も実施しています。しかし、地域との連携を想定したマニュアルや定期的な評価・見直し等に関する基準がありません。更に地域との連携を強化する観点より、早急に地域へ働きかけを行い、共同でマニュアル等を作成されてはいかがでしょうか。 | | |

| 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。 | B | 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) | 身体拘束禁止についてはスマイル委員会にて苑内研修を行っています。介護教室、脱衣所等で職員が工夫し、羞恥心、プライバシーへの配慮がされています。入所基準をしっかりと設けておられ、ショートステイでは在宅酸素・IVHの利用者も受け入れています。 | | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| | | 意見・要望・苦情の受付 | 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。 | C | B |
| | | (評価機関コメント) | 公的な相談窓口は、重要事項説明書への記載と事業所内に掲示してなく、利用者が気軽に相談できる第三者による相談窓口の確保が今後の課題です。 | | | |
| (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。 | 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。 | 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | 開設10年目で第三者評価を受診するにあたり事業所としての自己評価が行われ、問題点が認識され今後のサービス改善に努めようとしています。 | | | |