

## アドバイス・レポート

平成 21 年 2 月 10 日

平成 20 年 9 月 29 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社団石鎚会 介護老人保健施設やすらぎ苑 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>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 管理者による状況把握 日々の利用者訪問・職員への配慮等、管理者の姿勢に対し利用者・職員よりの聞き取り調査で評価が大きく語られていました。</li> <li>・ 地域への貢献 京田辺市で唯一の介護老人保健施設としての役割を十分に認識され運営に当たられています。又、併設病院との連携は利用者の状態変化への早期対応が可能であり、且つ迅速に行われることは、利用者の安全・安心・満足に繋がり、法人の強みであると考えます。</li> </ul>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 利用者・家族の希望尊重 事前にスタッフやケアマネ等による意見収集はなされていますが、サービス担当者会議に、本人・家族の参加がみられませんでした。</li> <li>・ 労働環境への配慮 有休消化率等のデータが確認できませんでした。</li> <li>・ 業務マニュアルの作成 年 1 回の見直しが行われているとの事でしたが、日付の更新がなされていないものがありました。</li> </ul>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当者会議には本人又はご家族の参加を働きかけられたらいかがでしょうか。</li> <li>・ 有休消化率等のデータをしっかりと管理されると、よりよい労働環境の整備に繋がるのではないのでしょうか。</li> <li>・ マニュアル等の更新日は最新のものに訂正されてはいかがのでしょうか。</li> <li>・ 今回を機会に今後も定期的な第三者評価の受診を期待いたします。</li> </ul>

※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	2653280012
事業所名	医療法人社団 石鎚会 介護老人保健施設 やすらぎ苑
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
訪問調査実施日	平成20年10月31日
評価機関名	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
<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)		理念・運営方針は院内掲示され重要項目にも明示、職員へは名札の中に入れる等で周知され、いつでも確認できるようにされています。組織としては職務分掌規程も定められ、合同カンファレンスや統括会議等で意見の検討がなされています。			
<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)		サービス向上委員会が設置され、定期的な満足度調査もなされています。苑としての長期・短期目標が掲げられ、個人目標の設定に繋げ半年毎の評価で質の向上に繋がられていることは評価に値します。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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。	A	A	
	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)		相談室には、法令関係資料(集団指導資料・老健機関紙・就業規則等)が常設され、いつでも閲覧できるようになっています。自主点検は担当者を決め周囲の職員の確認のもとに行い、各自が認識を深めるように行われていました。経営責任者は職員の聞き取り調査においても毎日利用者や職員の声に耳を傾け頼りにされている存在です。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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)	職員採用時から有資格者の採用を積極的にされています。研修、勉強会の開催も計画的に実施され、実習生の受け入れも実施中です。			
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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	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。	A	A
		(評価機関コメント)	労働環境改善のため全職員にチェックリストを配布し、所属長との面接時に生かしています。外部委託により業務量軽減にも取り組んでいます。有休消化率等のデータをしっかりと管理されてはいかがでしょうか。			
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)	地域住民の参加できる教室を月1回開催し、機関紙やホームページで公開しています。看護力開発スクールの開催や、地域の行事にも職員が参加しています。			

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
<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)	ホームページやパンフレット等での情報提供と比較的見やすい場所にサービス内容も掲示されています。見学等には支援相談員が対応されており、見学者の記録も保管されています。			
<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ている。	A	A
		(評価機関コメント)	契約書、重要事項説明書には署名・捺印され、成年後見制度の取り組みも確認しております。利用者アンケートの項目でも高い評価が得られています。			

(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。	A	A	
(評価機関コメント)		老健推奨の包括的自立支援アセスメント表を独自のものに改善し活用されています。専門家等の意見照会を利用者個別の計画に反映され、定期的な見直しも行われています。サービス担当者会議において意見集約はされていますが、本人または家族の参加を促進された方が良いと思います。			
(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)		併設病院との連携・支援体制が確保され、退所前の訪問指導や在宅復帰後の支援にもスムーズな対応が取れています。退所に関する必要情報書類や会議への参加もされています。			
(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、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	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。	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)		業務・ケアプランマニュアルが整備され見直しは年1回実施されているとの事でしたが、日付の更新がなされていないものがありました。個別援助計画に沿った記録物は施錠できる所に保管されています。情報はスタッフ間は申し送り表、連絡帳、全般ファイル等により共有し、本人・家族とは定期的に機会を持たれ、「やすらぎ通信」も毎月発信されています。			
(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、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)		感染症対策に関して積極的な委員会活動や研修の充実を図っておられます。入所前の感染症検査を無料でルーチン化され防止に努めておられます。施設内の環境は行き届いておりロスナイ換気も設置し、衛生面でも消毒剤、ティッシュ類が整備されています。			
(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)		災害対策マニュアルが策定され年1回見直しもされています。急変時には併設病院の協力体制が得られます。損害保険の加入、災害に備え3日分の備蓄もされています。ヒヤリハット・事故報告書も提出されており法人の医療安全対策委員会で検討されています。			

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
<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	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)		運営規程・重要事項説明書に人権等の尊重を明記しています。サービス向上委員会の開催や身体拘束廃止・プライバシー保護の勉強会など実施し教育されています。認知症・医療処置の必要な方の受け入れも積極的に対応できる施設であり決定は公正・公平に行われています。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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
		(評価機関コメント)		意見箱の設置や満足度調査を実施しサービス向上委員会、合同カンファレンスにて検討されサービスの向上に努めています。開所時より介護相談員制度を活用され利用者の意向に対応し、公的機関の提供も説明書や掲示等により明示し意見後の報告も本人・家族に周知されています。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		年2回の満足度調査を行いその結果をサービス向上に反映されています。京老健・全老健に加盟され研修や大会等に積極的に参加することで他の事業所の取り組みなど情報交換する中で、質向上の参考にされています。今後も定期的な評価を受けられることを期待します。		