

様式 7

アドバイス・レポート

平成 21 年 3 月 24 日

平成 21 年 2 月 6 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 煌 様）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>組織の理念・運営方針 ・独自の行動規範（煌10ヶ条）を掲げられ、サービスの質の向上に対する強い熱意を感じました。</p> <p>労働環境の整備 ・適切な職員休憩場所の確保、職員互助会への支援等労働環境の整備に努めておられました。</p> <p>衛生管理 ・職員に関しては外出後シャワー室（感染予防室）を通らないと入室できないシステムにより、外部からの感染症予防対策を講じておられました。</p> <p>利用者保護 ・利用者の尊厳や人権、プライバシーに関する研修を計画的に行い、より利用者を尊重したサービスとなるよう取り組んでおられました。 ・開設当時より、身体拘束を一切しないという方針で運営され、現在に至るまでその方針を貫いておられました。</p> <p>質の向上に係る取り組み ・開設後、初めての第三者評価受診であり、経営責任者及び各職員が真剣に、透明性を備えた組織運営やサービスの質の向上に取り組んでおられました。</p> |
|------------------------|--|

| | |
|---------------------------|---|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p>管理者等の責任とリーダーシップ ・現場責任者が把握すべき法令等の明文化がなされていませんでした。</p> <p>情報提供 ・重要事項等の掲示位置が高く、文字が小さいため高齢者に配慮したものとなっていませんでした。</p> <p>意見・要望・苦情への対応 ・意見・要望・苦情等を受け付ける仕組みはありましたが、改善状況の公開をされていませんでした。 ・市の介護相談員を受け入れる事で利用者が外部へ相談できる機会を設けておられましたが、仕組みとして外部への苦情相談窓口の設置がありませんでした。</p> <p>質の向上に係る取り組み ・食事に関する満足度調査は行っておられましたが、サービス全般の満足度調査は行なっておられませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>管理者等の責任とリーダーシップ ・保健・医療・福祉関連法令、労働基準関係法令等の明文化をされることをお勧めします。</p> <p>情報提供 ・掲示位置を高齢者の目線に合わせ、文字も大きくして分かりやすいものに工夫されることをお勧めします。</p> <p>意見・要望・苦情への対応 ・意見・要望・苦情全て合わせて、「利用者の意向」と捉えられる様に取り組みられたら、より質の高いサービスとなるのではないのでしょうか。具体的には、①意見箱の設置場所や記入して頂く場所等の検討②「苦情受付」のみでなく、意見・要望等も収集できる仕組みの検討③匿名性を配慮した上で、広報誌等での公開等に取り組みられる事をお勧めします。 ・区長や民生委員等の地域の住民などから構成される第三者の苦情受付委員などの設置をされたら、より利用者の意向を収集する機会につながり、質の高いサービス提供と成るのではないのでしょうか。</p> <p>質の向上に係る取り組み ・匿名性が確保されたアンケート調査を行なうことで、利用者及び家族の本意や満足度を把握することが出来るのではないのでしょうか。また得られた結果を元に、分析・検討・改善と繋げられる仕組みを作ることで、さらに質の高いサービスとなるのではないのでしょうか。</p> |

※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 | 2652880028 |
| 事業所名 | 介護老人保健施設 煌 |
| 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、通所リハビリテーション 居宅介護支援事業所 |
| 訪問調査実施日 | 平成21年2月27日 |
| 評価機関名 | 社団法人 日本介護福祉士会 京都府支部 京都府介護福祉士会 |

| 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。 | 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、煌行動基準10ヶ条と体系的に策定されて、周知にも工夫が見られました。 | | | |
| (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) | ・計画策定に、中長期の達成期間を明確にした策定が不十分でした。 | | | |
| (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り組みを行っている。 | A | 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。 | 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) | ・把握すべき法令等の明文化がされていませんでした。 | | | |

| 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。 | B | 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) | ・医療、介護、福祉の分野はもとより、障害関係の分野の人材確保及び育成に努めておられました。 | | | |
| (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、スタッフの労働環境に配慮している。 | A | 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環境を整備している。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | ・法定の有給休暇のほか、特別休暇を年間13日設定され労働環境の向上に努めておられました。 | | | |
| (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。 | 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) | ・家族介護教室を企画されるなど、事業所の有する機能の地域還元に努めておられました。 | | | |

| 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 |
| 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | ・法人ホームページや、パンフレットは完備されていました。また法人を紹介するDVDも作成されていました。しかし、施設内の掲示物の場所や文字の大きさが利用者等には分かりにくい掲示となっていました。 | | | |
| (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) | ・利用に関しての説明時に、独自のチェック方式を取り入れられ、丁寧に行われていました。 | | | |

(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 | A |
| 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) | | ・施設独自の「立ち上げプランシート」を作成されており、利用者の希望や、今後の生活に対しての細かな情報収集と援助計画作成が行われていました。 | | |

(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) | | ・入退所、入退院する場合、主治医との連携・地域包括支援センター、市役所との連携もとられ、利用者への支援体制が整備されていました。 | | |

(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 | A |
| 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) | | ・業務マニュアルが完備されており、細かなサービスの提供に努めておられました。また利用者へのサービスの内容や個人の記録がパソコンに記載され、全職員が閲覧できるシステムが整備されていました。 | | |

(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) | | ・感染予防室の設置がなされ、二次感染防止への対応がなされていました。 | | |

(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) | | ・災害時・緊急時には委託事業所と契約をし、選択が出来る3日分の備蓄がなされていました。 | | |

| 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 |
| 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。 | 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の尊厳や人権、プライバシーに関する研修を計画的に行い、利用者を尊重したサービスとなるよう取り組んでおられました。 ・開設当時より、身体拘束を一切しないという方針で運営し、現在に至るまで一件の身体拘束も無しという実績をもっておられました。 | | |
| (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。 | 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 | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | <ul style="list-style-type: none"> ・意見・要望・苦情等を受け付ける仕組みはありましたが、これの改善状況の公開をされていませんでした。 ・市の介護相談員を受け入れる事で利用者が外部へ相談できる機会を設けておられましたが、仕組みとして事業所以外の苦情相談窓口の設置がありませんでした。 | | |
| (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っている。 | A | B |
| | | 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 | A |
| | | (評価機関コメント) | | <ul style="list-style-type: none"> ・食事に関する満足度調査は行っておられましたが、サービス全般の満足度調査は行なっておられませんでした。 ・開設後、初めての第三者評価受診であり、「どこをどうすれば適正な運営や質の向上が図れるのか」といった視点を持って取り組んでおられました。 | | |