

アドバイス・レポート

平成28年2月17日

平成27年11月19日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた老人保健施設アゼリアガーデンにつきましては、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

特に良かった点とその理由(※)	<p>在宅復帰を重視し、法人内の事業所が連携して在宅での生活支援を推し進め、その結果在宅復帰率が50%を超えていることが優れています。法人内に保育所を完備して子育て支援にも手厚い体制を整えることで、職員が安心して働ける体制が取れています。職員の定着率も高く、働きやすい環境が整っています。</p> <p>個別援助計画では施設ケアマネジャーを中心に、専門職の連携によりケアプランの運用サイクルが安定し、計画に沿ったケアが行われています。</p> <p>苦情処理やプライバシー保護の向上に向けてコンプライアンス委員会を新たに設置するなど、ご利用者の権利と高齢者の尊厳に向けて、施設全体で取り組みを進めていることが評価できます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>法人にて中長期計画は作成されていますが、現場でその確認ができませんでした。</p> <p>事故、ヒヤリ・ハットの報告件数は、現状ではかなりの件数が挙げられていますが、その後の詳しい要因分析、対策等の検討が行なわれていません。</p> <p>カンファレンスは実施されていますが、家族の参加率は高くありません。必要な会議等の取り組みは実施されていますが、議事録等の保管・整備に改善が必要です。</p>
具体的なアドバイス	<p>長岡京市では老舗の介護老人保健施設です。当法人は、病院、訪問リハ、デイケア、居宅支援事業所等と連携し、地域に安心して住み続けられる医療と介護のネットワークを形成しています。入所の制限を設けていないことは優れています。入所から退所のみならず、在宅復帰後もご利用者本位の様々なサービスを提供しています。これらの優れた取り組みについてのポイントをパンフレット、事業所ニュース、ホームページなどあらゆる機会を通じて地域住民に伝えるなど、地域に選ばれるためのアピールの方法を検討することを期待します。</p> <p>法人の中長期計画はスタッフ全員に公開し、かつ周知徹底することを望みます。</p> <p>老健のホームページが設けられていますが、内容をさらに充実させ、各事業所の詳しい内容、特色をわかりやすく明示し、施設内の広報誌、お便りもPDF形式でホームページに掲載してはいかがでしょうか。</p> <p>事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書については、様式を改定し、再発防止のための分析・検討をお勧めします。議事録の管理・保管についてもファイリングを充実させ、整理整頓をお願いします。</p> <p>ご家族・身元保証人等と入所者の面会を有効に活用し、職員を交えたカンファレンスを行い、近況報告、意見交換及び適切なアドバイスを行うことが望まれます。</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	2653080016
事業所名	老人保健施設 アゼリアガーデン
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、訪問リハビリテーション、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成 27 年 12 月 24 日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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）及び事業所の職員全員が、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	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)		ミッションを理念として、各職員に周知され、それに従った業務が遂行されています。ご利用者及びご家族等への理念の浸透の確認ができませんでした。係長以上の役職者で構成される運営委員会が毎月開催され、健全な組織運営が行われています。		
(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。	A	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)		中長期計画の現場での確認ができませんでした。財団事業計画、各部署事業計画書が規定され、それを基に各業務部門の課題に取り組んでいます。上層部のみならず、職員一人ひとりからの幅広い意見・要望の集約を経て、案件が決められています。		
(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	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、いつでも職員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)		事務部長は、事業者団体・行政等で法令等に関する研修の講師を務め、指導者として活躍されています。財団理事長は、ティータイム新年号で年頭の挨拶をされています。運営管理者である事務部長は、現場を巡回し職員とのコミュニケーションをとって問題把握に努めています。		

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
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。	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)		人材難の中、大学とのインターンシップで人材を獲得するなど、意欲的な取組みをされています。実習マニュアルが整備されています。現在、実習は看護学生のみですが、介護についてもその受け入れ態勢は整っています。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員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。	A	A
		(評価機関コメント)		職員がほぼ定時で勤務を終えることができます。看護師が各職員のストレスケアに当たり、隣接の病院の専門医とも連携して相談、ケアに当たっています。		
(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。	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)		事業所のホームページがあり、法人内の事業所の活動が掲載されています。習字、紙芝居、音楽等でボランティアが来所され、入所者とのふれあいのひとときを過ごされています。地域のイベント、公的な研修への講師の派遣もされています。		

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に必要な情報が記載されています。ホームページでは家族会や行事、リハビリからの定期通信が発信されており、ご家族や利用希望者が気軽に施設の様子を知ることができます。見学の状況も丁寧に記録されていました。		
(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)		利用料金等は料金表を示しながら説明し、同意を得られています。対象者には権利擁護事業の活用も推進・提案や、成年後見制度を利用されています。相談業務が安定しています。		

(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。	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	定期的及び必要に応じて、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)		包括的自立支援プログラムを活用。支援相談員の面談シートを基にケアチェック表と聞き取りにてアセスメントされています。入所時は専門職による合同カンファレンスを行い、ご利用者・ご家族も参加し、目標設定や計画の説明を行っています。見直しは3ヶ月毎に実施、プラン内容の変更箇所は分かりやすいようにマーキングしてご家族に説明しています。		
(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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)		入所退所時の医療・在宅・他施設との連携体制の確実さは、個人ケースファイルの記録から確認できました。週2回、外部から音楽療法士が派遣されています。ICFステージング（在宅医療・介護連携の情報共有を実現するITシステム）の勉強会を内部で継続して行っており、導入時期のタイミングを検討されています。		
(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、職員に活用されている。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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		マニュアルは各フロアに整備され、職員が自由に閲覧できる環境です。毎年4月に見直されています。最近、必要性から入浴マニュアルを追加されました。文書保存の記録管理があります。ご利用者の状況はカルテ記録や業務連絡で情報共有される仕組みがあります。ご家族とは電話での報告や、来所日時の調整をされていますが、ご家族がカンファレンスに参加する機会が少ないです。		
(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、職員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)		感染症マニュアルは、最新の情報をその都度更新し、伝達研修の他にも申し送りでも繰り返し職員に予防・対策の知識を伝達しています。清掃業者は外部委託されており、施設内は臭気なく清潔が保たれ、整理整頓されていますが、電気コード配線の関係上、倉庫内での車いすご利用者の体重測定が気になりました。		

(7) 危機管理					
	事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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	B
	災害発生時の対応	30	災害発生時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
	(評価機関コメント)		ヒヤリ・ハット記録の多さから、職員の危機管理意識が向上されている様子が分かります。事故報告書はありますが、再発防止対策の有効性が書面では確認できませんでした。災害発生時における収容避難所開設に関する協定を長岡京市と締結されています。		

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
IV 利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
	人権等の尊重	31	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	32	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	B	
	利用者の決定方法	33	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)		新たにコンプライアンス委員会を立上げ、職員の意識調査を行う等の活動がすすめられています。施設内見学時にトイレ介助の様子が廊下から一部見えました。入所制限を設けておらず、相談記録も整備されています。			
(2) 意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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	36	公的機関等の窓口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)		月に1回家族懇談会を開催する等、ご家族からの声を聞く場が設けられています。顧客満足度調査結果を受付周辺に掲示されています。			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	37	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	38	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職員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	39	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		ご利用者の声からトイレの改修を実施されています。各種会議以外にコンプライアンス委員会を設置する等、質の向上に向けた取組みがされています。9月にご利用者の尊厳を考える職員の意識調査を行う取組みをされています。第三者評価を3年に一度定期的に受診しています。			