

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29年 4月 10日

平成 29年 1月 12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平盛会介護老人保健施設ケア・スポット梅津につきましては、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>〈人材の確保・育成〉 施設内教育一覧で、委員会が主催する各研修が理念、目的、目標など整理されています。実施に当たっては、職員にアンケート調査を行い、課題を整理した上で、より効果的な研修とするため、少人数によるグループワークや参加しやすい時間帯を配慮するなど、工夫がされています。その結果は委員会で評価され達成度を明らかにするなど、目標管理が行われています。</p> <p>〈地域との交流〉 施設の交流スペースを活用した健康教室などの開催、地域の自主防災会との大規模災害時における地域協力についての覚書、地域包括支援センターや開業医の医師等との事例検討会への参加など、地域を意識した取り組みが行われています。</p> <p>〈個別状況に応じた計画の策定〉 個々の利用者の心身の状況の把握が行われ、医師、看護師、リハビリスタッフ、介護職、管理栄養士、支援相談員、介護支援専門員など多職種からの専門的視点で検討され、利用者家族の参加の上で個別援助計画が策定されています。計画は3か月を基本とし、状態に変化があった時はその都度全職種が参加して見直しが行われています。</p> |
|-----------------------------|--|

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>〈業務レベルにおける課題の設定〉 法人の各業務レベルに応じた課題設定、具体的な計画、定期的な評価見直しの取り組みは確認できませんでした。</p> <p>〈利用者満足度の向上の取り組み〉 利用者のサービスに対する満足度を把握する取り組みとして、食事の嗜好調査に限定された内容になっていました。</p> <p>〈業務マニュアルの作成〉 業務マニュアルは作成され入職時に職員一人ひとりに配付され活用されていますが、見直しの基準が定められていませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>〈業務レベルにおける課題の設定〉 組織全体の課題と、部門別の課題、業務レベルでの職員の課題について一貫性を高める為に、年度の重点目標をわかりやすいスローガンとして職員に提示するなど、その目標を達成する為に、部門として何をすべきか、業務レベルでの職員として何をすべきかを意識してもらうようにする工夫をされてはいかがでしょうか。</p> <p>〈利用者満足度の向上の取り組み〉 食事の嗜好調査だけでなく、介護サービス全体を捉えた利用者の満足度調査を定期的実施されることをお勧めします。その際、調査だけで終わらないよう、把握した結果を分析検討し、課題を明確にして、具体的な実践を行い、経年変化を確認することでサービス改善の効果も明らかになると思われます。ご検討ください。</p> <p>〈業務マニュアルの作成〉 事故やヒヤリハット、苦情等を検証し、マニュアルの見直しにつなげる仕組みの構築を検討されてはいかがでしょうか。いつ、どこで、誰が、どのように見直しをするかを整理し、明文化することでよりサービスの実態に合わせた実用的なものになると思われます。更新した日付や履歴を残しておかれることもお勧めします。</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 | 2650780022 |
| 事業所名 | 介護老人保健施設 ケア・スポット梅津 |
| 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) | |
| 訪問調査実施日 | 平成29年2月7日 |
| 評価機関名 | 公益社団法人 京都府介護支援専門員会 |

| 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) | | 「あふれる笑顔で心をこめたケアワークの実践を通じて」を理念に、運営管理会議や部署間連絡会、委員会活動等により意志決定方法が明確に定められ、体系的に現場の声を反映される仕組みができています。感染対策、給食などテーマごとに組織された委員会では、それぞれの課題に応じた目標、具体的方法、達成基準、自己評価が目標管理カードで整理され、進捗状況が可視化されています。新たに副主任がフロアごとに配置されるなど組織体制の見直しが行われています。 | | | |
| (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 | C | |
| | (評価機関コメント) | | 中長期経営計画(2015-2020)が策定されています。しかし、計画策定のための利用者ニーズの把握は嗜好調査のみで、多角的な視点に基づく介護サービスの現状分析や課題を明らかにする取り組みなどは確認できませんでした。職員が「自己評価表」を作成し、個人目標は定められていますが、法人の各業務レベルに応じた課題、具体的な計画、定期的な評価見直しなど、各部門全体として各立場の職員が業務レベルの課題達成に向けた取り組みについては確認できませんでした。 | | | |
| (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 | 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) | | 集団指導の資料や各種情報はフロアごとに設置し、いつでも確認できるようになっています。法令のリスト化については確認できませんでした。責任者の役割は組織図で明記されており、業務日誌や各種会議に参加して事業の実施状況の把握がされています。緊急時の対応は、連絡網が整備され、指示を出す体制があります。管理者は職員の意見を聞く機会として、職員ヒアリングが年1回行われています。管理者自らを評価する仕組みは確認できませんでした。 | | | |

| 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。 | 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) | | 採用にあたっては、有資格者を優先していますが、実務経験や人柄も重視しています。資格取得に向けて勤務体制に配慮されているほか、介護福祉士、介護支援専門員等には資格手当が支給されています。研修については、「施設内教育一覧」にまとめられ、一例として虐待をテーマとし、職員アンケートの実施、その結果を4回に分けた少人数によるグループワークで深める取り組みを確認しました。新人職員に対しては、プリセプター制度により、業務マニュアルに沿った評価が組織的に行われ必要な知識、技術を身につける仕組みが構築されています。実習生は受入マニュアルに基づき積極的に受入が行われていることを確認しました。 | | |
| (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 | 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) | | 勤怠集計表にて有給休暇の取得や時間外勤務など勤務実態の把握はされていますが、その後の分析や対策を検討する仕組みは確認できませんでした。産業医による相談体制が確保されているほか、スタッフの業務上の悩みやストレスを解消することを目的の一つとして今年度から副主任の配置がされています。研修と懇親を兼ねた新年会や法人のテニスコートの利用など、福利厚生制度があります。詰所にはベッドソファが置かれ、休憩室も確保されています。 | | |
| (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。 | 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) | | 事業所の概要や理念などホームページ、SNS、パンフレットなどによる情報公開がされています。地元自治会のイベントの広報や、施設内の交流スペースを活用しての運動教室や食事体験会など、地域に開かれた取り組みが行われています。自治会と共催による認知症予防講座の開催、区内の医療介護従事者等による「右京介護交流会」では、事例検討会が行われ、地域課題の把握が行われています。 | | |

| 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、「利用のしおり」で事業案内をされています。入所申請希望者については受付シートを記入後、パソコンでの申請者一覧を作成し、入所までの段階を記録したものを2名の相談員が管理し、入所判定会議までの手順を踏まえておられます。 | | | |
| (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) | | 重要事項説明書、約款、「利用のしおり」で利用に要する費用の説明が介護保険対象、対象外と分けてきちんとなされています。利用者の判断能力に支障がある場合は、ご家族などの代理人が同意されています。成年後見制度の利用例は現在のところはないとのことでしたが、「老人保健施設のための成年後見制度早分かり」という冊子にて相談員が対応する仕組みがあります。日常生活自立支援事業の活用事例は、以前に下京区社協と連携したケースがあることを示され柔軟に対応がされています。 | | | |
| (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。 | 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) | | 初回アセスメントは独自の「ケアチェック表」を作成し、入所1週間目に「1週間カンファレンス表」を作成されています。ここで医師、看護師、リハビリスタッフ、介護職、管理栄養士、支援相談員、介護支援専門員など多職種からの専門的視点でアセスメントをされています。利用者の希望として「生活リハビリ」を重視した施設サービス計画を策定し、利用者及び家族の同意を得ておられます。施設サービス計画は3か月後のカンファレンスで全職種が出席して再アセスメント、見直しをされています。サービス担当者会議は3か月毎、状態に変化があった時、区分の変更時などに行われ、家族に参加を呼びかけ、参加できない場合には前もって意見の聞き取りをされています。 | | | |
| (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) | | 定期的なカンファレンスには医師が参加、または書面で意見を取っておられます。利用者の状態については随時看護師から医師へ連絡して連携体制がとれています。「すこやか進行中」を常備し、行政や地域包括支援センターとの連携をはじめ、パソコン内には医療機関の連絡先がすぐに見られるようになっています。利用者の入院時は入院先に情報提供を行い、退院時には診療情報を受け取るなど相談員が窓口となって連携されています。施設から退所する場合は退所前後の訪問指導を本人、家族、居宅介護支援事業所の介護支援専門員同席のもと行われています。 | | | |
| (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 | 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) | <p>「業務マニュアルチェックシート」を入職時に職員一人ひとりに配布し、各自で振り返りを行い指導者が確認するという形を取っておられます。業務マニュアルの見直しは「主任・副主任会議」で行うとのことでしたがマニュアル見直しの基準が定められておらず、利用者等からの苦情の集約ができていてもマニュアルに反映していくという仕組みがありませんでした。施設サービス計画に基づいたケアを実施し記録されていましたが、記録についての廃棄に関する規程が不十分でした。約款にて保存は5年間と確認できましたが、保管場所に鍵の設置が確認できませんでした。また職員に対する個人情報保護、情報開示の視点からの記録の管理に関する研修も確認できませんでした。利用者の情報共有については朝夕の日・夜勤引継ぎ、ノートでの確認、1か月に1回の詰所カンファレンス、フロア会議などが定期的に行われ、すべての職員に情報が共有できる仕組みがありました。利用者の家族との面談は、基本3か月に一度行われており、利用者の体調変化時には看護師や介護支援専門員が電話で知らせておられます。</p> | | |
| (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) | <p>「介護現場における感染予防対策について」があり、感染委員会で更新をされています。ノロウイルスやインフルエンザ等発症時の対応の流れをフロー図で示して職員に説明するとともに、発生時のフロアごとの制限基準を設けています。施設の清掃については外部から業者に委託されており木曜日と日曜日以外の毎日午前中に全フロアの清掃がなされています。居室など足りない部分は適宜職員も行うとのことでした。トイレや汚物室などの整理整頓もされており、臭気対策としては空気清浄機が各フロアに複数台設置されており、特に臭いが気になるようなことはありませんでした。</p> | | |
| (7)危機管理 | | | | |
| | 事故・緊急時等の対応 | 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 | A |
| | 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 | B |
| | (評価機関コメント) | <p>「事故対応指針」が策定されており、救急訓練やKYT(危険予知訓練)、KYK(危険予知活動)の勉強会が行われています。事故や緊急時における指揮命令系統も「事故対応指針」にフロー図がありました。事故発生時には報告書で報告、分析、対応がされており、事故委員会にて対策の協議をされています。「災害マニュアル」において災害発生時における責任者指揮命令系統が明記されており、消防訓練も年2回行っておられます。大規模な災害発生時における地域の協力体制として「梅津自主防災会・事故対応指針」がありましたが、これに基づく訓練はされていないということでした。</p> | | |

| 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 | B |
| | | 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) | | 入職時に倫理に関する説明はされていますが、人権の尊重やプライバシーの保護に関する研修会の開催について確認できませんでした。利用者の入所に関して各専門職が出席する入所判定会議にて決定し、入所が受けられない場合は他施設の空床状況を把握し、紹介されています。 | | |
| (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 | B |
| | | 第三者への相談機会の確保 | 36 | 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。 | A | B |
| | | (評価機関コメント) | | 入所施設への入り口にあたる1階エレベーター前に投書箱が設置されていますが、内容や結果の公開はされていませんでした。家族会開催を年1回予定しているとのことでしたが、昨年度以降開催されておらず、今年度の予定も確認できませんでした。事業所関係者以外の相談窓口の設置がされていませんでした。 | | |
| (3)質の向上に係る取組 | | | | | | |
| | | 利用者満足度の向上の取組み | 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 | B |
| | | 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 | 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) | | 管理栄養士による入所者対象の食事に関する嗜好調査は行われていましたが、利用者満足度調査は実施されていませんでした。サービス向上のための運営管理会議・全体会議等で管理職・職員が参加し検討されています。施設は京都府老人保健施設協会に所属し、介護支援専門員は区内のサービス事業者連絡会等に積極的に参加して情報収集されています。自己評価を半期ごとに見直し、各部門責任者(主任・副主任)が評価を行っておられます。 | | |