

アドバイス・レポート

平成26年5月12日

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成25年12月3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じゅんぷうにつきましては、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>II 組織の運営管理（1）人材の確保・育成 職員の採用については徹底的にこだわりを持って、理念に沿った運営に賛同できる方をとの思いから、謙虚さ、感謝の気持ちを持っているかを採用基準とされてきました。また、入職後の教育についても目指すモデルを示し、研修内容や報告はパソコンで誰もが閲覧できる工夫をされています。業務の振り返りは毎日きめ細やかに実施され、職員を育てる意識のきめ細やかさに感銘いたしました。</p> <p>III 適切な介護サービスの実施（通番15）事業所情報等の提供 ご利用者の自立を支援し、住み慣れた家庭への復帰を目指している施設であることが基本理念・運営方針に明記されています。在宅復帰に繋がる取り組みへのこだわりもホームページに掲載されています。特に食事の姿勢、椅子へのこだわり、おトイレへのこだわり、職員教育等が充実されています。在宅復帰を希望されているご利用者にとって、選択に必要な情報、概要について分かりやすく示されています。在宅復帰施設の強みとなっていると感じました。</p> <p>III 適切な介護サービスの実施（通番20）個別援助計画等の見直し 計画に基いたサービスの実施、評価、見直しについては工夫された日課チェック表を使用し、基本的なADLレベルの向上や低下等の変化が確認しやすくなっています。計画の見直しについては基本ADLの低下が3日以上続いた時という基準も定めているので定期的なモニタリングを待たずに、必要に応じた計画の変更が行われるようになっています。ADLの変化に応じた見直し作業が確認でき、基準の設定、見直しの取り組みが優れていると感じました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>II 組織の運営管理（3）地域との交流 地域への個別の行事参加や地域交流会への案内を実施されておりますが、都市型介護老人保健施設として地域に活気ある商店街があるという特性等を活かしてまだまだ取組の余地があると考えます。</p> <p>IV 利用者保護の観点（通番39）評価の実施と課題の明確化 定期的な第三者評価の受診が出来ていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>II 組織の運営管理（3）地域との交流 醒泉学区との災害時の覚書と防災訓練への参加に留まらず、さらに、福祉避難所機能として貴施設の組織力を活かし、地域の非難場所としての認識を高められる活動を具体的に企画・実践されては如何でしょうか。</p> <p>IV 利用者保護の観点（通番39）評価の実施と課題の明確化 施設の活動全体を通して、理念に沿って計画的、合理的、効果的に運営されておりますが、第三者評価受診を好機として審査時におけるヒアリングの機会や事前アンケート等を参考とされ、職員一人ひとりが課題を確認する場、出来栄を検証する機会として捉え、平成17年の開設以降積み上げられてきた成果を更なる質の向上に役立てられる事をお勧めいたします。</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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2650480037
事業所名	介護老人保健施設じゅんぷう
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)	通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成26年1月23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	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)		理念及び運営方針が確立しており、さまざまな取り組みを用いて職員、入所者、家族等に伝わるようになっていきます。			
(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	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)		施設長は上層部のみならず、各方面からの意見を集約して組織としての円滑な運営を行っています。事業計画を受けて、部門ごとに課題を設定して日々のケアの向上に努めています。			
(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)		法人は、事業運営に必要な法令を把握し、全職員にその周知徹底をはかっています。管理者は現場を巡回して職員との意思疎通をはかり、的確な指示ができるように努めています。			

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)		職員の採用については徹底的にこだわりを持って、面接の際は「第一印象、態度、性格、表現力、理解力、判断力、確実性と職務意識」をチェック項目として素直さ、謙虚さ、感謝の気持ちを持っているか？を採用基準とされています。また、介護福祉士の有資格率は入所、通所とも高い人材の確保をされています。		
(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)		有給消化率は7割以上で、育児休業取得者は2名、介護休業についても職員の時差出勤の対応をされています。有給休暇は月1回取得するよう奨励され、可能な限り2~3連休となるように配慮されています。1~3ヶ月に1回フロア責任者による個人面談と年2回の療養長による個人面談を実施され、職員のストレス管理やモチベーション維持に努められています。		
(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)		年1回の地域交流会の実施、地域の五条天使（てんじん）のお祭りへの職員の参加や地域の商店街へ外出をされ交流を図られる等、顔の見える関係の構築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)		事業所情報はパンフレット・ホームページ・じゅんぷう広報誌で基本方針、料金の他詳細な情報を開示しています。特に食事の姿勢、椅子へのこだわり、職員教育のこだわり等が掲載され、サービス選択に必要な情報、事業所の特色が伝わりやすいようにできています。		
(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)		利用前に契約書、重要事項説明書を通して、ご利用者が理解、納得されるまで丁寧に説明され、同意を得ておられます。		

(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)		ICFの考え方に基づいたアセスメントを使用することに加え褥瘡危険要因点数表や入浴アセスメントを総合してサービス提供内容の確認をしています。入所後における各専門職の評価はダブルチェック等のルールが徹底的に行われ、客観的に確認出来るようになっています。		
(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)		病院や在宅医の医療情報に基いた連携体制が確保されており、入所中、退所時の情報交換、連絡調整が緻密になされています。		
(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)		各種業務マニュアルが整備され、必要に応じて見直し、改定が行われています。事故防止対策の充実、顧客満足度の向上の観点からマニュアルの見直しを行う仕組みが確立されています。ご利用者の家族等との情報交換についての仕組みも緻密になされています。		
(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、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)		感染症予防マニュアルが整備され、必要に応じての見直しが行われています。職員の研修、最新の感染症関連情報は協力病院との連携により確実な感染予防対策がなされています。施設全体が整理整頓され、臭気対策には随所に空気清浄機を設置し、衛生管理の工夫がなされています。		
(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	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	A
(評価機関コメント)		事故、「ひやり・はっつ」報告書による原因分析、対策立案と計画の見直しが実施されています。特に「なんでも気付きノート」を活用され、事故対策は「気付き」からの観点が重要視されています。危機管理、再発防止の意識が全職員に浸透し、トレーニングされ、ご利用者の安全確保が担保できるように取り組んでいることが確認できました。事故、災害発生時等における対応等を定めたマニュアルが整備されています。緊急事態による職員欠員を想定した平常時の応援体制が工夫されています。		

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	A	
	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)		研修の実施はもとより、アクシデント事例を通して”ひやり・はっと”やアクシデント報告書等を都度点検し、ご利用者へのアンケートを通し、その結果について各委員会で検討する体制を取られ、業務に反映されています。また、プライバシー保護については、排泄・入浴委員会にて検討を行い、研修等へ反映されています。入所基準については、受入の基準を明確化されており適切に実施されています。			
(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	A	
	(評価機関コメント)		受け付けられたご利用者の意向については、苦情・要望等受付書の裏面に対応手順を記載し、記入する際、その場で対応の手順が確認出来るよう工夫されています。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		質の向上における検討は毎月の施設運営会議で議論されています。例えば、毎日のリハビリのメニューの周知について個人メニューに写真を添付する事でご家族が具体的なイメージが出来、職員の意識も高くなる等の相乗効果を生んだ事例など具体的な効果的な活動が実践されています。3年に一度の第三者評価の受診は貴施設の活動の振り返りにも有効と考えますので継続的なご参加をご検討下さい。			