

アドバイス・レポート

平成 26 年 5 月 16 日

平成 25 年 12 月 9 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 葵会介護療養型老人保健施設 おおみや葵の郷 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>○研修体制の充実 法人として「教育・育成委員会」を設置し、教育計画の立案、職場教育の具体化、徹底を図っています。本事業所では、これに基づき全体研修、個別研修を体系化し、個人別、階層別、専門別にそれぞれ内部、外部別の研修計画を立て、職員を受講させています。また、外部研修受講後の伝達研修を義務付けており、研修内容を職員で共有するよう努めています。また、研修費用の一部を助成する制度も設け、資格取得者は給与に反映させています。</p> <p>○多職種協同によるケアプランの作成 事業所で部署、部門の専門領域を細分化すると、それぞれの視点でのアセスメントにこだわってしまうこともありますが、本事業所では、各部署の専門性を生かしながら、多職種が協同することで、利用者ニーズを共通理解し、利用者・家族のニーズをより深く掘り起こしを図り、きめ細かいケアプランを作成するよう努めています。全スタッフ参加による合同カンファレンスを毎週 1 回開催し、事例を通して情報の共有化を図っています。これは同時に各自のスキルアップも兼ねています。</p> <p>○スタッフの意見の集約化 事業所内に約 20 の委員会を設立し、そこに参加する各分野のスタッフにより伝達交換、討議がなされています。それを各部署責任者が各部門の問題点、改善策を集約し、部門部署責任者同士が相互報告・連絡・相談を目的とした統括会議に持ち込み、意見を集約しています。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>○マニュアル改訂の記録 マニュアルを整備し、利用者の生活の向上やスタッフの援助指針として活用しています。ただし、マニュアルは適宜変更をしているとのことですが、その過程が不明確です。</p> <p>○苦情対応の公開 利用者等からの苦情への対応は記録に取っていますが、公開までには至っていません。</p> <p>○災害発生時の対応 消防計画を策定し、年2回の訓練を実施していますが、地域との連携を意識したマニュアルは作成してありません。台風・水害を想定したマニュアルも確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>葵会は、安心・安全をモットーに、医療・介護サービスを親切かつ丁寧に行うことに努め、地域住民の医療や介護の様々要望や悩みに寄り添い、地域住民の「最後のよりどころ」としての役割を担うことを目標としています。その法人の一つである北病院を母体とする「おおみや葵の郷」は、平成22年4月に介護療養型老人保健施設として開設しています。おおみや葵の郷は従来の老人保健施設よりも医療機能を強化したものであり、入所者の平均介護度は4.3で、平均在所日数は280日となっています。そうした重度の入所者に対しても、療養生活の質の向上及び可能な限り居宅において自立した日常生活を営むことができるようにと多職種のスタッフが参加、作成したサービス計画書を基に統一した援助を行っています。</p> <p>○マニュアルを点検した際には変更の有無に関わらず、日付などを記録に残すようにしてください。そうすることで、マニュアルの点検漏れを防ぐことにつながります。また、確認・変更の過程で議論、検討したことを記録しておくことで、今後のマニュアルの点検や整備の際に参考になります。</p> <p>○利用者等の苦情については、適宜対応をし、記録に残していますので、プライバシーに配慮した上で公開されてはいかがでしょうか。公開することにより、入所者・家族は要望や苦情等が出しやすくなり、その結果、事業所のサービスの質の向上につながると考えます。また、事業所の苦情に対する取組み姿勢を明確に示すことで、入所者や家族等の安心感や信頼感を高めることにつながります。</p>

	<p>○北区の防災訓練に参加するなど、地域連携した訓練に参加していますが、今後、施設として災害時に地域と連携して出来ることを検討し、マニュアルに組み込んでいかれてはいかがでしょうか。</p> <p>施設には人、物、社会資源が備わっています。災害時には被災した近隣住民の避難場所としての役割も求められます。日頃から地元の人たちとの交流を図り、この点をアピールしていくことより、施設への一層の信頼が増すものと思います。</p> <p>また、地震のみならず、台風・水害を想定してマニュアルを策定し、地域と連携した訓練に生かしていかれるとさらに良いと思います。</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	2650180033
事業所名	医療法人葵会 介護療養型老人保健施設おのみや葵の郷
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)	訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、 短期入所療養介護、介護予防訪問リハビリテー ション、介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成26年2月20日
評価機関名	一般社団法人 京都社会福祉士会

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)		1. 理念及び運営方針を施設内、ホームページに掲示し、法人全職員参加の介護医療総括会議で周知しています。 2. 職務権限規程に職種ごとの権限を示し、各委員会からの意見を管理委員会、役員会議に上げていく仕組みがあります。			
(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。	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)		3. 中長期計画を定め、その実現に向けた年度計画を立てており、各部署からの意見を基に目標を定めています。 4. 各部署ごとに計画を定め、前年度の達成状況と合わせて、医療介護総括会議の場で報告を行い、検討する仕組みがとられています。			
(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	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)		5. 法令遵守やコンプライアンスについて、全職員対象の制度研修の場で周知しています。行政からの通達文書は法人を通じて各部会に報告し、職員に伝達する仕組みがあります。 6. 職員との面談の機会を年2回設けており、今年度は運営方法や上司評価について職場診断のアンケートを実施しました。 7. 毎日の管理日誌で状況把握を行っています。緊急時マニュアルにおいて緊急時の連絡方法が定められており、スタッフルームに連絡先を掲示しています。			

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
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	B
		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	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 採用は人事規程の採用基準に基づき行っています。職員面談で資格取得についての意思を確認しながらキャリアアップできるように奨励しています。 9. 新人、2年目、3年目、中堅と体系ごとに制度研修が定められており、法人の教育育成委員会で各種研修を計画、実施しています。外部研修の内容は、全員参加の部会場で伝達研修が行われています。 10. 実習生受け入れマニュアルの順に従い、実習指導者研修の修了者を中心に受け入れを行っています。		
(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、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、スタッフが充分に休むことができ、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)		11. 負担軽減につながる機器や用具を導入し、適切な使用方法についての研修を行っています。労働組合と労働環境改善についての話し合いを毎月行っています。 12. 共済会の加入や、スポーツクラブ等と契約して割引で利用できる制度を設けています。また、メンタルヘルスサポート京都と契約し、24時間カウンセリングサービスを受けることができる体制を取っています。職員休憩場所も整備されています。		
(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)		13. ホームページやパンフレットを用いて事業所の情報を開示しています。また、地域の防災訓練に利用者が参加し、職員が援助を行っています。 14. 施設主催で認知症サポーター講座を開催し、回覧板で参加を呼びかけ、参加した地域住民から意見を聞き取っています。		

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)		15. 情報はホームページ、パンフレットにて分かりやすく記載しており、サービス提供時間や料金などは重要事項説明書にて確認しました。問い合わせや見学等の希望があった場合は適宜対応をし、見学者記録に記録を残しています。		

(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)		16.重要事項説明書を用いサービス内容や利用料金等を説明し、保険外料金についても同意を得ています。また成年後見人制度についてのパンフレットがロビーにあり、相談できるようになっています。		
(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)		17. 施設ケアマネ1名、兼務6名を配置し、月に1回ケアマネ部会を開催してスキルアップを図っています。また、入所者のケアカンファレンスを3カ月に1回開催し、そこには施設長(医師)、看護師長、リハビリスタッフ、ケアマネージャ等と、本人か家族が参加しています。 18. サービス担当者会議に利用者や家族に参加してもらい、その中で希望を聞き、個別援助計画を作成していることが確認できました。こうした施設の丁寧な動きに呼応して、ケアカンファレンスへの家族の参加も増えています。 19. 施設サービス計画の作成には利用者、家族、介護職など他職種が参加したサービス担当者会議のもと計画を策定し、それぞれの部門の課題に基づく意見を反映させています。 20. ケアカンファレンスにて医師等に必要時に意見照会を行い、家族へも情報提供をし、必要に応じて計画の変更を行っている事が確認できました。		
(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)		21. 法人内の地域包括支援センターを中心に、近隣地域の「生活圏域サービス事業所世話人会」(約100人が参加)に参加をして連携を図っています。また、施設退所時には地域との連携が図れていることが確認できました。事業所交流を年4回実施し、施設の相互見学をする等の取組みを行っています。		

(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	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)		22. ISOに基づき入浴、排泄、移乗、食事介助、感染症対策等々のマニュアルが整備し業務の標準化を図っています。総括会議で定期的にマニュアルの見直しを行っていることを確認しました。 23. 利用者一人ひとりの記録を整備し保存、破棄については文書管理規程を整備し、持ち出しなどについても明確にしています。個人情報学習会研修も年に1回開催しています。 24. サービス計画の内容や個人の記録はいつでも見るできるようになっています。日々の情報は朝の申し送りノートとを活用し、職員間の情報の共有を図っています。 25. 家族には、定期的を実施するサービス担当者会議への出席を求めており、参加者は増えてきています。また、施設便りで個別の生活状況を家族に知らせています。突発的なことはその都度電話にて報告をしているとのこと。		

(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)		26. ISOに基づくマニュアルを基に年2回の感染予防勉強会を開催し、感染症についての理解を深めています。MRSA等感染症である利用者については、二次感染を防ぐ対策を講じた上で、受け入れる体制が出来ています。また、褥創については「褥創対策委員会」も設置し、対応を検討しています。 27. 入所者が生活している場所は整理・整頓さわられており、臭気対策は換気と消臭剤などの使用で対応しています。チェック表を作成し、掃除に漏れがないようにし、清潔な状態を保っています。		

(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
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)		28. 「事故防止委員会」「防災委員会」を設置し、スタッフ間での統一、共有化を図っています。全ての情報は専務理事に入り、一元的な管理を計っています。年度初めに看護師が講師となり事故への対応方法についての訓練を行っており、全員が受講できるまで何度も繰り返し開催しています。 29. 緊急時には、速やかに家族、関係機関に連絡することになっています。起こった事案についても保険者に報告をしています。事故報告書を管理、分析し、各部署に供覧しています。 30. 春には大規模消防訓練、秋には夜間消防訓練を実施しています。施設の自衛消防隊も編成しています。地域の訓練には参加していますが、台風や水害への対応、地域との連携を意識したマニュアルは確認出来ませんでした。		

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
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)		<p>31. 人権擁護の学習会や身体拘束についての勉強会を開いています。それに基づいたサービスの提供に努め、振り返りを行いながら、より良い実践について検討しています。</p> <p>32. 日々、援助行う中で問題意識を持ってサービスを提供しています。特に、トイレへの促がし、誘導などには十分な注意を払っています。また、内部学習会でサービス提供の方法について振り返りを行っています。</p> <p>33. 入所希望確認時には、本事業所が入居希望者の状態の合ったものかを検討し、合わない時には入所希望者の状態に最も適していると思われる法人内の施設を紹介しています。</p>			
(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。	B	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 1Fロビーに意見箱を設置し、利用者等より意見、要望を収集する仕組みがあります。3ヶ月に1回のカンファレンスの場でも家族からの意見、要望を聞いています。</p> <p>35. 「苦情報告書」について検討し、改善対策を講じていますが、その取り組み過程、結果は公表していません。</p> <p>36. 契約時の重要事項説明書に苦情窓口を明記し、また施設玄関にもこれを記したものを設置しています。月2回、介護相談員を受け入れています。</p>			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年に1回、利用者満足度調査(CS活動)を実施しています。その結果を役員会議で分析、必要によって改善対策を行い法人内部での共通認識を持たせるため施設内で供覧しています。更に、その結果は施設内に掲示し、利用者・家族にも取り組みを周知しています。</p> <p>38. 施設内各種委員会で課題を明確にし、評価、見直しを行い、質の向上を目指しています。法人のグループで交流会を開き、他に老健協会の各種部会に参加し情報収集などを行っています。</p> <p>39. 定められた「自主点検表」以外に総括会議で自己評価を行い、課題の把握を行い、事業計画書に反映させています。第3者評価を受診したのは4年前です。</p>			