

アドバイス・レポート

平成27年2月16日

平成26年8月12日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「バプテスト老人保健施設」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>通番4 業務レベルにおける課題の設定 年度事業計画については、各部署にて目標設定され、年に2回評価・見直しを実施され、業務レベルにおけるPDCAサイクルが上手く機能していました。</p> <p>通番12 ストレス管理 医療団全体として産業医による月2回のカウンセリング、牧師による随時のカウンセリングなどがあり、体制が整えられています。</p> <p>通番17～25 個別状況に応じた計画策定～サービス提供 アセスメントからケアプラン作成、サービス提供の一連の流れの中で、多職種協働されています。介護職員による評価も丁寧に行われていることが確認できました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番22 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは作成されていましたが、改定のための手順や担当者が決められていませんでした。</p> <p>通番27 事業所内の衛生管理 清掃を外部に委託しておられますが、点検表や確認システムが構築されていませんでした。施設内に臭気があり換気が不十分でした。</p> <p>通番37～39 サービスの質の向上に係る取組 年に1回の満足度調査が実施されておりました。</p>
具体的なアドバイス	<p>通番22 業務マニュアルの作成 作成されたマニュアルは年に1回見直す等のルールを定め、点検した結果、改定の必要性がある場合は速やかに実施され、その履歴を記載する等の工夫をされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番27 事業所内の衛生管理等 ・清掃業者と話し合い、チェックリストや確認表の作成などを検討される事をお勧めします。 ・原因を把握し、対応策を検討するとともに、時間を設定しての換気、消臭剤の選定等を考慮されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番37～39 質の向上に係る取組 サービスの質の向上の視点から、年に1回は必ず満足度調査を実施してください。また結果についても集計、分析され、次の施設の取り組むべき課題としてサービス向上委員会等にて位置づけ、利用者と一緒に、組織の質の向上に取り組む仕組みを構築される事をお勧めいたします。又、第三者評価の意義を理解され、職員全体で取り組まれる事を希望します。</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。

※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

(様式 6)

評価結果対比シート

事業所番号	2650680057
事業所名	バプテスト老人保健施設
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 26 年 11 月 5 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。	B	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)		年度初めに総会を開催し、全職員の 7 割が出席された中で、理念、年度事業計画書、各部署の目標を発表し、目標の共有を図られています。各種会議については、月 1 回開催により目的に応じ意思決定がなされる仕組みになっていました。		
(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)		中長期計画が設定されていませんでした。業務レベルにおける課題解決においては各種委員会及び会議において、月 1 回定期的に課題の達成状況について確認する仕組みが確立されておりました。		
(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。	B	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。	B	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)		運営における日常管理については、各種管理日誌及びグループウェアにより確認され、状況を把握されておりましたが、自らの役割と責任を職員に対して表明し、事業運営をリードされている事が確認出来る文書化された職務分掌や法令遵守に関する研修等への参加が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
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。	B	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)		人材確保においては、ほぼ正社員であり、有資格者優先で採用し、その後の研修計画作成・実施・伝達をされています。OJTの中で、業務の振り返りはされていますが、書面上確認した事実がみられませんでした。実習生の受け入れも毎年多様な学生を受け入れています。		
(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。	B	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、スタッフが充分に休む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。	B	B
		(評価機関コメント)		有休・育児休暇等の利用をされています。夏休みも年間を通して取得できるよう配慮され、ストレス管理に関しても産業医や牧師によるカウンセリングが実施できる体制が構築されています。スタッフの要望・不満の汲み取りや対応解決は都度されてはいるものの体制作りにはいたっていませんでした。		
(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。	C	B
		(評価機関コメント)		地域への情報はホームページや広報誌・老健新聞（ほほえみ通信）を通して発信し、見学も随時行われています。利用者が地域とかかわる際のボランティアの援助も行われています。事業所の有する機能の地域への還元が不十分でしたが今後取り組んでいく課題とされていました。		

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
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・パンフレット等は作成されていました。パンフレットの利用可能な方の記載に要支援2が抜けていました。		
(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)		料金表は詳細に作られています。施設見学を随時受け入れておられます。また、入所希望の方には別途面接も行われています。		

(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)		“ほのぼのネクスト”という、電子カルテを用いて、介護支援専門員（専任）が中心になってプランを作成されています。利用者ごとに担当を決めて、週1回のカンファレンスにて情報交換しつつ、3ヶ月に1回家族との面談も実施されています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		相談員、介護支援専門員が地域のほかの病院、施設その他の情報についてリスト化されており、適切な連携が取れるように工夫をされていました。		

(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、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。	B	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。	B	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		施設内は多くの委員会が設置されており、それぞれ活動されています。事故発生時にはマニュアルをタイムリーに見直すための活動はされていましたが、定期的な改定や責任部署は不明確でした。		

(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、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	B
(評価機関コメント)		マニュアル作成や巡回など感染についての意識的な活動は確認できましたが、清掃業者に対して点検表の提出をさせるなど、依頼した業務の管理が記録で確認できませんでした。		

(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	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。	B	B
(評価機関コメント)		発生した事故については、施設内の委員会で定期的に検討され、対策については、電子カルテを用いて職員に発信、共有されるしくみはありました。実際に近隣の大雨による被害も想定される中で地域との連携を意識したマニュアルはありませんでした。		

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。	B	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。	B	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)		事故防止委員会による身体拘束禁止の評価やその他、接遇研修等、様々な研修には取り組まれています。また、受入についても判定会議において十分議論の上、公平・公正に受入の決定が行われています。虐待防止についての研修はされていましたが、「高齢者虐待防止法」やプライバシー保護についての研修は行われていませんでした。		
(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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		ご意見箱の設置により、頂戴したご意見については苦情委員会にて検証し、結果について張り出すなどの対応を実践されておりますが、公開までは出来ておりませんでした。第三者による相談窓口の設置がされておりません。		
(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。	C	C
		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。	B	B
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		満足度調査の実施とサービス向上に取り組む委員会活動の定例開催が出来ておりませんでした。		