

アドバイス・レポート

平成28年 1月18日

平成27年 9月16日付けで第三者評価のお申込みいただいた 老人保健施設 あやべ 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>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施 職員の研修に対する年間計画があり、OJT等も実施されています。また、計画に基づき定期的に法人内部研修や研修発表を実施して人材育成の仕組みが確立されています。</p> <p>(通番17～20) 個別状況に応じた計画策定 所定の包括的自立支援プログラムの様式を用いてアセスメントを行っており、ターミナルケアについても、十分なアセスメントと確認を行っています。計画の策定にあたっては医師、PT、管理栄養士と連携をして作成されています。 また、計画書の見直しは定期的に行われていて、見直しの際には、サービス担当者会議を開催して専門的な意見を求めています。</p> <p>(通番29) 事故の再発防止等 報告書は事故の内容によって三段階のレベルに分けて作成され、分析をし、事例検討や再発防止へとつなげています。</p> <p>(通番37) 利用者満足度の向上の取組み 利用者懇談会を毎月実施するとともに満足度アンケートを年に一度実施しています。また、嗜好調査は一週間に二回行い、施設運営会議や委員会で分析検討をし、質の改善に努めています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番36) 第三者への相談機会の確保 苦情の受付体制、マニュアルを整備し、迅速に対応・結果の公表もされていましたが、第三者委員の設置がされていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

丹の国福祉会は綾部市の西部に位置し、緑豊かな恵まれた自然環境の中にあります。老人保健施設あやべは、1997年に創設され、認知症専門棟50床、一般棟50床の100名定員となっています。敷地内には当事業所の他に特別養護老人ホーム、ケアハウス、ヘルパーステーション、在宅介護支援センターが併設されています。

館内は全館床暖房になっているとともに、表示等にも工夫され、部屋を間違えないようにするなど認知症高齢者にも配慮した空間となっていました。

当日の訪問調査においても職員の振る舞いや声掛けの中に暖かい雰囲気を感じられ、利用者も穏やかに過ごされていました。笑いやレクリエーションを通じた生きがいづくり、利用者の希望に応じた選択メニューや旬のものを多く取り入れたメニューの食事の提供など一人一人の利用者を大切にしていることがうかがえました。

このことは、管理者が大切にしている六大介助の実践（食事、入浴、排せつの三大介助に加え、笑いを中心にした精神的介助、リハビリを強化した健康促進介助、日々の充実した食材で見る介助）がまさに実践の中に浸透しており、高い水準でサービス提供が行われていることが確認できました。

個別援助計画の策定についても、初期アセスメントにおいてターミナルケアがきちんと位置づけされているとともに、本人・家族の意向を大切にされていました。また他職種協働として医師やPT、管理栄養士との連携もきちんとなされていて高く評価できます。

すべての実践においてPDCAサイクルが確立されていて定期的な嗜好調査などを行い利用者の声を反映したり、第三者評価の受診結果についても、アドバイスを受けたことについて改善を行っておられました。

職員の働く環境としては産業医の配置や企業内保育所を設定するなどの配慮がなされていました。一方で、質の高いサービスを提供していく中で職員がオーバーワークにならないようしていくことも今後は重要と思われます。

また苦情の仕組みはきちんと整備され、取り組まれていましたが第三者委員の設置がありませんでしたので検討されてはいかがでしょうか。

今後はますます地域の拠点として事業展開されるとともにその専門性やノウハウを地域に還元される事を期待致します。

改善が望まれる点のアドバイスとして以下に記載致します。

・理事会等において中長期の構想があるとのことでしたが明文化した計画が確認できませんでした。明文化して職員への周知を図られてはいかがでしょうか？

・人材育成については研修計画を策定し取り組まれていました。研修における個人記録があるともっと良いと思います。個人履歴表の作成を検討されてはいかがでしょうか。

※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	2651880011
事業所名	老人保健施設あやべ
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・ 居宅介護支援
訪問調査実施日	2015年11月27日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)		1)理念及び方針が施設内に掲示されている。理念及び方針は年度当初の職員全体会議や施設運営会議にて周知している。 2)毎月、主任以上の役職者が出席する施設運営会議が開催され、現場職員からの意見を管理職に伝えることや、年3回開催される理事会等で決まったことを伝達し、ボトムアップを行っている。		
(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)		3)各部門毎に単年度の事業計画が策定されている。毎月、実施状況の確認がされている。中長期の構想を理事会で策定している。 4)各部門、各委員会で実践目標の設定と実施の確認を行い、進捗状況を運営会議にて把握している。		
(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)		5)介護老人保健施設協議会に加入し、関係法令等の把握を行っている。事業計画書に法令遵守を基本方針として明文化している。 6)各部門の責任者は現場職員の意見を徴収し、管理者は運営会議にて毎月の各部門の意見や問題点を確認し協議している。日常的に他の部署の責任者に話しやすい環境を作っている。 7)管理者が不在時であっても携帯で連絡が付くようにしている。緊急時の対応についてはマニュアルがある。		

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)		8) キャリアパスの規定がある。職員評価基準が明確化され、評価されるシステムがある。人材確保については、厳しい状況があるが、入職後に六大介助を位置づけ指導に力を入れている。資格取得に向けた勉強会を行っている。試験に対しての勤務上配慮を行っている。 9) 職員の研修に対する年間計画がある。法人内部研修や研修発表を定期的実施している。 10) 実習生に対する基本姿勢、受け入れマニュアルがある。実習指導者に対する研修も実施している。		
(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)		11) 有給休暇の取得状況について、把握している。育児休業取得後の職場復帰のため、法人内に保育所をもっている。特殊浴槽やリフト等の福祉機器を導入している。 12) 施設の医師が産業医であり、職員のメンタルヘルスに関わっている。また、うつに対する研修を継続的に行っている。職員互助会を組織化し、福利厚生を行っている。休憩室が完備されている。ハラスメントの規定を策定している。		
		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) 地域の秋祭りに参加しているとともに小中学校生との交流を定期的に行っている。広報誌「丹の国福祉会だより」(年4回)を地域に配布している。 14) 地域交流会を開催している。認知症サポーター養成講座に職員派遣を行っている。		

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) ホームページとパンフレットを作成している。随時見学に対応している。		
(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) 利用者負担説明書、利用負担金概算表にて説明を行っている。日常生活自立支援事業の利用等を必要に応じて行っている。		

(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)所定の包括的自立支援プログラムの様式を用いてアセスメントを行っている。ターミナルケアについても、十分なアセスメントと確認を行っている。 18)サービス担当者会議に本人、家族も参加してもらっている。入所時の情報収集シートにて本人家族の意向を聞いている。 19)計画の策定にあたっては医師、PT、管理栄養士と連携をしている。 20)3ヶ月毎に計画書の見直し及び再作成を行っている。見直しの際にはサービス担当者会議を開催し専門的な意見を求めている。		

(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)		21)医療機関との連携は日常的に行っている。入退院に関してはサマリーを必須としている。		

(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)		22)感染症、看護・介護の各種マニュアルが整備されている。研修の開催及び定期的な見直しが実施されている。 23)療養記録については適切に記載されている。個人情報の保護規定で記録等の管理が規定されている。開示請求に関しては開示請求書によって実施している。個人情報管理台帳によって文書に対する扱いを明示している。 24)ケアプランに沿って療養記録が記録されている。利用者の状況について朝夕のミーティングにて申し送りを行っている。その記録については閲覧している。夜勤の引き継ぎを文書にて行っている。 25)日々の面会の際に情報交換を行っている。また、ケアプランの見直し時期には家族を担当者会議に参加してもらっている。		

(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)		26)感染症対応マニュアルが整備されており、見直しも行われている。感染症予防の勉強会を実施している。 27)トイレ等の清掃についてのチェック表による確認が行われている。臭気対策としてオゾン脱臭機、空気清浄器の設置がなされている。施設内の整理整頓ができています。		

(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)		28)安全事故防止対策委員会にて検討している。この会議では身体拘束と高齢者虐待防止の委員会を兼ねている。緊急時対応マニュアルが整備されている。事故をもとにした見直しが行われている。 29)事故報告書は事故のレベル内容に応じて三段階に分けて実施されている。分析を行い、事例検討や再発防止につなげている。 30)災害発生時対応マニュアルが整備されている。災害時の相互協力体制を地域に依頼している。		

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)		31)職員は利用者対応自己チェック表で定期的に確認している。身体拘束廃止、虐待防止については毎月の運営会議で確認を行っている。 32)プライバシー保護に関する自己点検表をもとに自己チェックを行っている。業務マニュアルにプライバシーに関する記載がある。 33)入所希望者に対しては判定基準に基づく判定会議にて入所を定めている。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		34)苦情・相談の意見箱を設置している。利用者懇談会を開催している。 35)対応マニュアルが整備されている。内容と対応について了解を得た後、掲示しているとともに公表している。 36)苦情の受付体制を整備し迅速に対応しているが、第三者委員の設置がない。		
(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)		37)利用者懇談会を毎月実施している。満足度アンケートを年に一度実施している。嗜好調査は一週間に二回行っている。 38)施設全体会議(年1回)、施設運営会議(毎月1回)にて各部署の状況報告と部署間の意見交換を行っている。 39)毎年1回各委員会の自己評価を行っている。それを元に議論を行い、次年度の事業計画に反映している。		