

アドバイス・レポート

平成28年11月2日

平成28年8月26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ぬくもりの里につきましては、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12 職員のストレスや悩みをサポートする仕組みが良く整備されています。業務中の職員の言動やご利用者の安心しきっておられる表情からみても質の高いサービスが提供されている証拠だとうかがえました。</p> <p>通番14 事業所が持つ専門的な技術や情報を地域に提供されています。</p> <p>通番20 セラピストを中心に必要時及び3ヶ月毎に評価・アセスメントを行い「通所リハビリテーション計画」の見直しがされています。又、丁寧な事業所間報告書を毎月ケアマネジャーへ提出し情報を共有すると共に必要に応じてプラン等への助言も出ています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番2 管理者及び介護保険指定基準に位置付けられた「各職種」ごとの職務権限分掌等を「規定」等で確認する事が出来ませんでした。</p> <p>通番9 職員の気づきを促し、学ぶ事に繋がるような助言が行われている仕組みを確認する事が出来ませんでした。</p> <p>通番22 業務マニュアルの作成はされていますが、通所リハビリとして在宅サービスの要になる事業所という事を考えると同居のご家族が感染症に罹患してもご利用者を受入れる事が必要になります。その時にどのような受入れをするのかについてマニュアル等を充実させることが必要と思われる。また、苦情や事故防止対策の評価に基づいた見直しを確認する事が出来ませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>通番2 職務分掌を明確に規定することでそれぞれの課題や問題点に対しての責任所在が明らかになりますので各業務レベルに置いて課題が設定されます。各部門が課題の達成に取り組まれ、より質の高いサービスの提供を期待します。</p> <p>通番9 研修計画につきましては、新人職員のみならず、職員全体へ対して、専門職別、経験年次別、管理者（主任・副主任）等に対して体系的に整備されると職務分掌等と合わせてそれぞれの役割と責任から「気づき」を促し学びにも繋がりますと思えます。</p> <p>通番22 感染症はご利用者だけでなくご家族も罹患されます。潜伏期間を考え、ご利用者の受入れ基準及び受入れ方法を疾患に合わせた具体的なマニュアルとして作成しておく事をお勧めします。さらに苦情の受付シート、事故報告書の中に具体策に対しての評価欄の増設をお勧めします。評価期日、評価者、評価責任者及び評価コメントと他の会議とのつながりの必要性を決める責任所在をも明確にしては如何でしょうか。</p> <p>また、それぞれの取り組みに対しても、責任者がスタッフと共に分析や評価を行うことが通所リハビリとしての組織力の強化に繋がると思えます。</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	2650480029
事業所名	介護老人保健施設 めくもりの里
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護老人保健施設・短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成 28 年 9 月 30 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實踐している。	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	B
		(評価機関コメント)		職員のネームホルダーの裏側に理念が印字されています。院内ホームページ（職員専用）を開設し、職員への周知の工夫もしています。ただし、法人の理事会等の内容が管理者でも十分把握できていないので議事録等の工夫の検討が必要です。さらに意思決定、指示命令系統等は組織図にて明確化されていますが職務分掌により役割に応じての権限委譲の明文化を確認出来ませんでした。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		法人には中長期計画があるようですが、職員への周知等はまだまだされていません。労働組合を通じて理事会等の経営者に意見を伝える仕組みがあります。また、部署で年度のまとめがされ部署内に報告もされていますが、職員がより関わる仕組みを検討する必要があります。		
(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。	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。	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)		管理者は法令遵守の意識が高く外部研修にも参加されています。厚労省の「Q&A」が発出された時は各部署に配布して保存もされています。点検すべき法令のチェックリストはありませんでした。管理者は業務会議に出席し職員から意見を聞く事が出来ています。管理者は年 1 回「管理者評価シート」を作成し、評価・見直しもされています。緊急時のマニュアルが整備され、管理者は業務日誌を通じて日常的に部署の状況を把握出来ています。		

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。	B	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。	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)		有資格者の採用、正規職員登録制度があり、有資格者の比率と配置が指定基準を大きく上回っています。必要な人材や人員体制についての管理・整備がしっかり行われています。 定められた研修計画については、年間計画が設定され、実行されている事を確認出来ました。施設内外の研修レポートも確認出来ました。施設内で認知症、接遇、高齢者擁護・虐待防止研修が行われ、常勤職員は参加必須で業務として認められています。新人職員に対しては、プリセプター方式にて必要な知識や技能に対して学ぶ仕組みを確認する事は出来ましたが、職員全体へ対しての研修について専門職別、経験年次別、管理者等に対して体系的に整備された研修計画が確認出来ませんでした。職員の「気づき」を促し学ぶことに繋がるような助言が行われる仕組みの確認が出来ませんでした。 実習の受け入れに対する仕組みは確認できました。積極的な受け入れと実績が社会的責務を果たしている事を確認出来ました。		
(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、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。	B	A
		(評価機関コメント)		職員の労働環境は良く整備されています。労働組合との協定により職員の時間外労働、就業状況や意向の把握と分析・検討、育児休業制度・介護休業制度が実施されている事を確認出来ました。法人内にハラスメント委員会、心理カウンセリングなど相談できる体制が確保されています。職員のストレスを解消する為の福利厚生制度が整備されています。ヨガ教室、レクリエーション、「アロマを楽しむビューティオイルの作り会」等が定期的に関催されています。給食する為の場所も確保、整備されています。さらにストレス解消やメンタルヘルス維持の為にカウンセリングなど相談できる仕組みも確認出来ました。労働環境整備に関して非常に配慮されている事がうかがえました。H28年9月に職員のセルフケア（一人ひとりが行う自身の健康管理）のさらなる充実及び働きやすい職場環境の形成を目的にストレスチェックを行っています。職員の安全、健康、快適な職場作りを目指すために安全衛生委員会が年間目標（腰痛予防に努めましょう）、月間目標を掲げて具体的に取り組んでいます。		
(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)		地域に根ざした事業所となるような広報紙、ホームページ、ボランティアへの支援体制を整えています。地域ケア会議、認知症サポートケア会議に積極的に参加され、健康教室やボランティア講座を開催されて地域に専門的な技術や情報を提供しています。施設内の身体拘束禁止勉強会後の身体拘束に関するアンケート結果にて施設の取り組みとご利用者本位、人権擁護の姿勢をうかがう事が出来ました。京都南病院グループの「みなみ健康教室」の2016年秋の特別講演会として「人と人のつながり」が入場無料で開催され、講演会終了後には「お楽しみ抽選会」も開催されています。		

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)		情報はホームページに記載されている事はもとよりパンフレットやチラシ等に解りやすく記載されており居宅介護支援事業所を中心に配布されています。体験や見学の要望についても受入れを行っており意識した情報提供が来ています。			
(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)		料金等はパンフレットや約款にも記載されており、説明・同意を得る事も出来ていません。成年後見人制度を利用されているご利用者の受入れも出来ており必要と思われるご利用者についてはケアマネジャーとの連携も出来ています。			
(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)		利用開始時には、「ニーズ把握表」と共にセラピストが在宅訪問を行い住環境・ADL評価と共にアセスメントを実施して通所リハビリ計画書が作成されています。3ヶ月毎のリハビリカンファレンスについては、時間の都合上、事前に関係者やご利用者に意見等を聞き会議を行っています。ただし、ご利用者や担当ケアマネジャーが参加出来ていません。			
(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)		病院での退院前カンファレンスにも意欲的に参加出来ています。地域ケア会議等にも参加要請があれば、前向きに参加出来る体制があります。また、利用中の体調等を施設医が診察した際は、必要に応じて施設医からかかりつけ医に対して情報提供が適切に出来ています。			
(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	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	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		業務マニュアル等も作成されており必要な事は申し送りノートやカルテ・業務カンファレンスの機会を通して情報の共有を図りサービス提供に当たっています。マニュアル等については、在宅サービスでの通所リハビリという事を考えご利用者の利用中の事だけでなく同居のご家族が感染症に罹患した時にどのような方法でご利用者の受入れをするのか、また、送迎中のアクシデントに関するマニュアル等、さらなる内容の充実が必要です。業務マニュアルの見直しについては、満足度調査や苦情を反映させた仕組みが確認出来ませんでした。			

(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	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		特に季節によりリスクが高くなる感染症については、時期に合わせ研修等を実施し意識をしています。ノロウイルス対策として嘔吐時のセットを送迎車にも準備を行い適切に対応出来るようにしています。オムツ等の取り扱いについても臭気対策と兼ねてナイロン袋を使用し感染リスクへの対応を行っています。ただし、通所リハビリということを考えた二次感染を防ぐ対策がマニュアルに確認出来ませんでした。		

(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)		事故や緊急時・災害時等のマニュアルは作成させており、送迎車にも準備されています。避難訓練については、ご利用者も交え実践的に訓練をされています。ヒヤリ・ハット、事故等については報告書に記載されており対策まで検討されています。適切に報告や対策も検討されています。		

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)		施設内の身体拘束禁止勉強会後のロールプレイング、意見交換、身体拘束に関するアンケート結果と分析及びアンケートで提出された疑問への回答からみても施設の取り組みとご利用者本位、人権擁護の姿勢を明確にうかがう事が出来ました。サービス向上委員会で京都一番化プロジェクトを掲げるにより常に京都一番の老舗介護施設から京都一番の質の高い老健施設を目指しています。そうした取り組みは毎月曜日の会議議事録からも確認することが出来ました。		
(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。	B	B
		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)		相談・苦情の窓口について約款やホームページ等には掲載されていますが、事業所内には掲示がされていません。高齢者の年代の事を考えると掲示等も必要と思われます。さらに意見箱に意見はなくても苦情や要望は有ると思われそうですが、その公開が確認出来ませんでした。		
(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の職員が積極的に参加している。	B	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)		年に一度満足度調査を実施されており分析も行う事で介護内容の充実に向けて取り組んでおられますが、検討会議等にて分析・検討された記録を確認することが出来ませんでした。サービス向上委員会で京都一番化プロジェクトを掲げるにより常に京都一番の老舗介護施設から京都一番の質の高い老健施設を目指しています。そうした取り組みは、毎月曜日の会議議事録からも確認出来ました。質の向上の為、サービス提供の状況が年間報告から評価され、課題と計画の見直しを行うことが確認出来ませんでした。今回は質の向上のための取り組みとして、より一層の向上を図りたいという目的で第三者評価を受けられました。		