

## アドバイス・レポート

平成27年2月16日

平成26年11月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設やましろ」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(※)    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 各業務部門における課題が設定され、課題を明確にし、スタッフに周知徹底されています。</li> <li>2. 質の高い勤務が継続できるように、事務長が勤務体制を常に検証して、職員の心身面に負担がかからないように配慮されています。</li> <li>3. 清掃は外部委託されていますが、委託事業所と連携しノロウイルスなどの感染症予防に努めておられます。感染症マニュアルを作成し対応が職員に周知できていることは高く評価できます。</li> </ol>  |
| 特に改善が望まれる点とその理由(※) | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 事業計画は単年度しか作成されておらず、中長期事業計画の作成が求められます。</li> <li>2. 入職時の新入職員研修及び入職後の面談、個人評価も行なっていますが、職位、職責、職務内容別、経験年数を考慮した体系的な研修の整備、実施が求められます。</li> <li>3. 個人情報保護等の業務マニュアルが作成されていないものがあります。又マニュアルの見直しも不十分です。スタッフステーションのパソコンの管理を見直し、情報の管理・保護について細心の注意を払われてはいかがでしょうか。</li> </ol>  |
| 具体的なアドバイス          | <p>国道24号線が老健のすぐ前を通り、JR木津駅前に位置する、アクセス抜群の老健です。内部は清潔で、個室が全体の28%を占め、また隣接の京都山城総合医療センターとは地下通路で直結するなど、母体病院との連携、ハード面のゆとりは他の老健から見ても羨ましい限りです。京都府山城南部における医療・介護面で地域包括的な立場にあり、地域からもより一層信頼される老健を目指していただきたいという思いから、以下のことをアドバイスします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 病院の新聞が刊行されていて、その中で老健のコーナーが設けられていますが、そのコーナーをより充実させ、老健の情報発信の工夫をしてください。また病院と一体となった老健ホームページを充実し、地域住民に対し、有益かつ透明性のある情報開示に努めてください。</li> <li>2. 各職種別、段階ごと、キャリア別に研修計画を整理し、目標を明確にし、新人職員研修計画のみならず、中堅職員、所属長職員、管理職員の研修計画も組み込み、さらに年間の老健部会・交流会・勉強会の予定、法令上で必要とされている感染症・虐待防止・身体拘束禁止等に関する研修も取り入れ、実施することをお勧めします。</li> <li>3. 業務に必要な各種マニュアルの整備・見直しが求められます。開設から7年余であり、マニュアル・手順の見直しを行う方向はありますが、改変の時期や見直しの基準を明確に定め、明示し、改定日を明示してマニュアル・手順の見直しをすることが望まれます。</li> </ol> |

※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                    | 2653580015               |
| 事業所名                     | 介護老人保健施設やましろ             |
| 受診メインサービス<br>(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<br>(複数記入可) | 短期入所療養介護<br>介護予防短期入所療養介護 |
| 訪問調査実施日                  | 平成26年12月12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 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>    |                   |     |  |      |      |       |
| <b>(1) 組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |  |      |      |       |
|                            | 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    | B    |       |
|                            | 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。   | B    | A    |       |
|                            | (評価機関コメント)        |     | 1. 理念は玄関先等に掲示されています。各職員のネームプレートの裏にも挿入されていて、いつでもどこでも確認、提示できるようになっていますが、理念・運営方針について利用者、家族等への理解が深まる取り組みが十分ではありません。<br>2. 事業計画等は各プロセスを経て、理事会などの承認を得ています。 |      |      |       |
| <b>(2) 計画の策定</b>           |                   |     |  |      |      |       |
|                            | 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。  | C    | 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)        |     | 3. 単年度の事業計画は作成されていますが、中長期計画は作成されていません。<br>4. 事業計画に基づき年度ごとに各部門での目標を定めています。また年2回の評価も行っています。  |      |      |       |
| <b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |  |      |      |       |
|                            | 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)        |     | 5. 法令については一通り網羅されていますが、一部の感染症の法令については、スタッフへの周知が十分ではありません。<br>6. 老健管理者の責任と役割についての文書が見当たりません。<br>7. 管理者は連絡網を整備し、万一のときには連絡がつけられるようになっています。              |      |      |       |

| 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 |
| <b>II 組織の運営管理</b>   |     |               |    |  |      |       |
| <b>(1) 人材の確保・育成</b> |     |               |    |  |      |       |
|                     |     | 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。   | C    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 8. 職員の採用は有資格者を優先し、基準以上の職員配置がされています。入職時に看護・介護責任者による新入職員研修を行なっています。入職後も本人より自己評価の上、所属長、看護・介護責任者が定期的に個人面接を実施し、規律性、接遇、積極性、創意工夫力の評価を行なっています。<br>9. 施設内年間研修計画が策定され、実施されていました。外部研修についても積極的に参加しています。施設内の専門職間の学び合う結果を外部に発表し、職員の「気付き」を促していますが体系的な計画と実施を確認することが出来ませんでした。<br>10. 近隣3校の中学生職場体験を受け入れています。 |      |       |
| <b>(2) 労働環境の整備</b>  |     |               |    |  |      |       |
|                     |     | 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    | B     |
|                     |     | 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    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 11. 育児休業制度が整備され、有給休暇の消化率もよく、職員の労働環境に配慮しています。職員にとって働きやすい職場環境であることも職員ヒアリングから聞き取れましたが、労働実態を分析し、対策を実施できる仕組みが確認できませんでした。<br>12. 臨床心理士による研修会やアンケート調査などを実施することにより職員のメンタルヘルス維持のための体制が確保されていますが、組織や上司に対する要望・不満を汲み取り、対応、解決する体制の確認ができません。   |      |       |
| <b>(3) 地域との交流</b>   |     |               |    |  |      |       |
|                     |     | 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    | A     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 13. 病院新聞に老健施設のコーナーを常設し、概要や取り組みを定期的に紹介しています。<br>14. 併設病院が主体となって行っている認知症疾患医療連携会議の開催、施設職員認知症キャラバンメイトによる勉強会を行ない、地域包括ケアカフェに協賛し、地域の医療・介護・福祉ニーズの把握に努めています。  |      |       |

| 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 |
| <b>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |  |      |       |
| <b>(1) 情報提供</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)  |    | 施設の概要はパンフレットやホームページに記載されています。パンフレットには施設での生活が分かりやすく記載されています。希望者には施設見学、入所相談の対応をされています。 |      |       |
| <b>(2) 利用契約</b>         |     |             |    |  |      |       |
|                         |     | 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)  |    | 入所時はサービス内容や日常生活費の実費について、その根拠を説明し同意を得ています。成年後見人は必要な方には手続き支援をしています。                    |      |       |

(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う<br>えでアセスメントを行っている。   | A | A |
| 利用者・家族の希<br>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<br>際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。   | B | B |
| 専門家等に対す<br>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<br>主治医・OT/PT・介護支援専門員・他のサービス事業所等<br>に意見を照会している。  | A | A |
| 個別援助計画等<br>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<br>っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)       |    | 17. アセスメント様式に利用者の心身の状況や課題が記入されています。<br>18. 個別援助計画、サービスの内容については、本人及び家族の意向を尊重して作<br>成されています。<br>19. サービス担当者会議には多職種が参加して、意見は施設サービス計画書に反映<br>されていますが、本人の参加が確認できませんでした。<br>20. 施設サービス計画書は定期的な見直しと、状態に変化があるときはその都度見<br>直しをされています。 |   |   |

(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、<br>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) |    | 併設医療機関との連携が取れ、入退院時の病院でのカンファレンスへの参加もでき<br>ています。情報提供書やサマリーなど文章での情報交換もできています。 |   |   |

(5) サービスの提供

|                           |    |  |   |   |
|---------------------------|----|--|---|---|
| 業務マニュアル<br>の作成            | 22 | 事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニユ<br>アル・手順等）が整備され、職員に活用されている。標準<br>的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確<br>保を踏まえたものになっている。   | B | B |
| サービス提供に<br>係る記録と情報<br>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<br>れており、管理体制が確立している。   | B | B |
| 職員間の情報共<br>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<br>いる。   | A | A |
| 利用者の家族等<br>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<br>の情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)                |    | 22. マニュアルは整備されていますが、一部のマニュアルは1年毎の見直しができ<br>ていません。<br>23. 個人情報保護の研修が確認できません。<br>24. 利用者の状況は電子カルテに記入し、その情報管理には不備はありません。職<br>員間での情報の共有もできています。<br>25. 家族に対しては、3ヶ月に一度の定期的な面談に加え、状態に変化があるときは<br>説明をして状態を伝えています。 |   |   |

(6) 衛生管理

|                |    |  |   |   |
|----------------|----|--|---|---|
| 感染症の対策及<br>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<br>り、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの<br>提供を行っている。  | A | A |
| 事業所内の衛生<br>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<br>管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行って<br>いる。  | A | A |
| (評価機関コメント)     |    | 26. 感染症対策マニュアルを作成し、感染症の予防や感染拡大防止に取り組まれて<br>います。<br>27. 施設の清掃は外部委託ですが、業者と連絡を取りながら点検表などで管理をし<br>て施設内の清潔は保たれています。 |   |   |

(7) 危機管理

|               |    |   |   |   |
|---------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時の対<br>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、<br>年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。  | B | B |
| 事故の再発防止<br>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<br>発の防止のために活用している。  | A | A |
| 災害発生時の対<br>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、<br>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)    |    | 28. 事故発生時のマニュアルは作成し研修もされていますが実践的な訓練ができて<br>いません。<br>29. 事故及びヒヤリハット発生時は早急に対策を講じ、1週間以内に対策についての<br>再検討や評価をして再発の防止に努めています。<br>30. ヒヤリハット報告書の件数や内容からは職員の意識の高さがうかがえます。災<br>害発生時の研修と消防訓練はできていますが、地域と連携をした訓練はできていま<br>せん。 |   |   |

| 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 |
| <b>IV 利用者保護の観点</b>      |     |                       |    |  |      |       |
| <b>(1) 利用者保護</b>        |     |                       |    |  |      |       |
|                         |     | 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    | 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. 身体拘束は行われていませんが、その関連の研修は実施されていません。<br>32. 入所者のプライバシーに関しては勉強会・研修を行いサービス向上に努めています。<br>33. 入所判定については、判定会議で公平・公正に行われています。                           |      |       |
| <b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |    |  |      |       |
|                         |     | 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    | 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)            |    | 34&35. 入所者の意見・要望等を汲み上げて業務の向上に努めるとともに、業務改善につなげています。<br>36. 施設内にはオンブズマン、介護相談員等の外部の方の受け入れは行われていません。   |      |       |
| <b>(3) 質の向上に係る取組</b>    |     |                       |    |  |      |       |
|                         |     | 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    | 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。  | C    | B     |
|                         |     | (評価機関コメント)            |    | 37. 各種委員会が設置されており、利用者満足度調査が行われています。<br>38. 委員会は毎月開催され、サービス向上に向けての職員の資質向上がはかられています。<br>39. 職員は外部との交流にも進んで参加し、知識の習得に励んでいます。介護サービス第三者評価は、今回が初めての受診です。 |      |       |