

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 29 年 1 2 月 2 8 日

平成 29 年 1 1 月 1 6 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様につきましては、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><b>1. 業務レベルにおける課題の設定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画に基づき、看護・介護部、各フロア、各委員会で年間目標と月間目標を設定し、毎月の確認と半期に 1 回の評価及び考察をし、課題を明確にされ次年度につなげていました。</li> </ul> <p><b>2. 多職種協働</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医である施設長が全てのサービス担当者会議に参加されることに加え、「主治医からの注意書」を作成され、利用者の注意点や問題点を詳しく各職種に伝えるように努めていました。また、併設して総合病院があることから施設長が受診が必要と判断されたときは速やかに連携が取れる体制にありました。</li> </ul> <p><b>3. 人権等の尊重</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・虐待防止に係る具体策として、独自の異常部位シートを活用することで、全身状態の情報共有が視覚化され、異常があった場合に誰が見ても発見できるように工夫されていました。</li> </ul>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・単年度の事業計画は作成されていますが、中長期的な事業計画はありませんでした。</li> </ul> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務マニュアルは見やすいものであり、年 1 回の見直しや随時の見直しもされていましたが、介護マニュアル以外は見直しの基準がありませんでした。</li> </ul>

具体的なアドバイス	<p><b>1. 事業計画等の策定</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・中長期計画の基本となる「経営戦略」の策定を平成30年度までに目指して取り組んでいるとのことですので、「経営戦略」が完成すれば中長期計画も作成されるものと思います。すでに「ケアの質」「サービスの質」について積極的に取り組まれていますので、中長期計画にも具体的に盛り込まれてはいかがでしょうか。</li></ul> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・業務マニュアル見直しの基準は、「いつ」「どこで」「誰が」見直すのかを明記することにより、担当が変わっても基準に基づき組織的に漏れなく取り組めるものとなります。全体としてマニュアルの見直し基準を定めてはいかがでしょうか。</li></ul> <p><b>3. その他</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>・施設の持つ機能や技術、知識などを施設の中だけで活かすのではなく、地域住民に還元していけば地域住民との関係はさらに深まり、災害等で有機的な連携に繋がっていくのではないのでしょうか。</li></ul>
-----------	---

※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)

※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

## 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 (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 介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成29年12月13日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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
<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。	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. 基本理念は玄関や各フロアの目に付くところに、大きな文字で複数掲示されていました。また、職員の名札の裏にも記載され、毎日の申し送り時や毎月の各種会議でも理念の唱和が行われていました。 2. 法人会議として年2回の定例会や毎月1回の連携会議があるほか、毎月の施設内各種会議、各種委員会とその会議の役割が委員会編成表に明示されていました。また、職務分掌規程があり、各職種ごとに職務権限を明確に定められていました。		
<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。	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. 単年度の事業計画は作成されていますが、中長期的な事業計画はありませんでした。しかし、中長期計画の基本となる「経営戦略」の策定を平成30年度までに目指していました。 4. 事業計画に基づき、看護・介護部、各フロア、各委員会ごとに年間目標と月間目標を設定し、毎月の確認と半期に1回の評価及び考察をし、課題を明確にされ次年度につなげていました。		
<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。	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)	<p>5. 関係法令のリスト化は、ホームページのアドレスも記載しており、各職員はインターネットでの閲覧もすぐにできる体制となっていました。</p> <p>6. 管理職事務分掌に役割を明記されていました。また、年1回の個人面談を行っており、その際に使用する個人評価表にて上司への要望・意見を記載する欄があり、それによって意見を聞く機会と管理職を評価する仕組みがありました。</p> <p>7. 管理者は連絡網を整備し、緊急事態にはすぐに指示を出せる体制となっており、そのフローチャートに従って直ちに連絡を取り指示を仰いだ事例がありました。</p>
--	------------	--

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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. 採用においては面接表を使用し、基準点数以上の人を採用する仕組みとなっていました。また、資格取得制度も導入され、受験料の補助のほか、勉強会の実施を行うことで、有資格者比率は平成25年は34%でしたが、平成29年は62%と上昇されていました。</p> <p>9. キャリアパスにおいて必要な研修が定められているほか、人材育成委員会で研修の年間計画を立て、毎月の施設内研修が実施されていました。さらに、各フロアでも勉強会が毎月行われていました。</p> <p>10. 中学生の職場体験や医大生の見学に対応されており、窓口となる看護・介護部長は「インターンシップ研修」も受講されていましたが、基本方針、マニュアルが定められていませんでした。</p>		

### (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、具体的な取り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)		<p>11. 有給休暇消化率や時間外労働については管理部でデータ管理されており、役職者による就業状況や意向の聞き取りを管理部に繋ぐことで、データの分析と状況の把握をされていました。</p> <p>12. 併設病院の臨床心理士によるカウンセリングがあるほか、臨床心理士によるメンタルヘルス勉強会を実施されていました。また、ハラスメントを含めた職員の相談窓口として、「職員相談担当」を定め、職員に周知されていました。</p>		

### (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. 併設病院が発行する「山城病院新聞」の中に「老健コーナー」を常設し、介護老人保健施設の紹介や取り組みの報告をされていました。また、「情報の公表制度」の事業所情報をファイリングし、玄関奥の地域交流スペースに設置することで、いつでも閲覧できるようにされていました。 14. 施設や併設病院が開催する「認知症あんしんサポーター養成講座」に講師として参加されていました。また、「認知症疾患医療連携協議会」や「木津川市認知症高齢者等SOSネットワーク事業連絡会」に参加され、地域の福祉ニーズの把握に努めていました。
--	--	------------	--

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)		15. 施設パンフレットやホームページによる情報提供のほか、併設病院が発行する「山城病院新聞」に「老健コーナー」を設け施設の情報を提供されていました。また初回相談記録を作成し、見学や相談の対応をされていました。		

#### (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)		16. 重要事項説明書と料金表を用いてサービスの内容や料金の説明をし、書面にて同意を得ておられました。1階玄関奥の地域交流スペースに成年後見制度のパンフレットを設置されていました。		

#### (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. 介護支援専門員が本人、家族と面談しアセスメントを行い、そのアセスメント様式に各関係職種が情報を記入する形で情報収集をされていました。 18. 家族の面会頻度や本人が認知症という理由によりサービス担当者会議に参加されていないことがありましたが、その場合は本人、家族に事前確認することで、希望に沿った個別援助計画を作成されていました。 19. サービス担当者会議には各専門職が参加し、意見を反映した施設サービス計画書を作成されていました。また、主治医である施設長は、サービス担当者会議の参加に加え主治医の注意書（医師の意見）も全利用者に作成されていました。 20. 「ケアマネ業務手続書」に計画見直しの時期を3か月と定め、3か月毎の見直しをされているほか、状態の変化があったときにはその都度見直しをされていました。		

(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. 施設長である主治医と絶えず連携を行い、速やかに併設の病院へ受診ができるように情報提供を行っておられました。また、入退所時には近隣の市町村の関係機関とカンファレンスを行うことでスムーズに引継ぎができるよう連携を図っていました。			
(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。	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。	A	A
(評価機関コメント)	22. 業務マニュアルは見やすいものであり、年1回の見直しや随時の見直しもされていましたが、介護マニュアル以外は見直しの基準がありませんでした。 23. 電子カルテ・紙カルテによって利用者の記録を管理されていました。「サービス実施記録の情報提供に関する規定」にて書類の保管・保存・廃棄等定め、研修も実施されていました。 24. 電子カルテを用い、各職種が共有できるほか、朝夕の申し送り時に利用者の情報を共有されていました。またフロア会議やミニカンファレンスの開催により職員の意見集約を行い、議事録回覧で全職員に周知されていました。 25. 3か月に1回の定期的な面談に加え、随時電話や面会時に情報交換されていました。			
(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	A
(評価機関コメント)	26. 写真つきの具体的な感染症マニュアルを作成し、すぐに取り出しやすいところに設置されていました。また、保健所主催の外部研修に参加し、伝達研修を行うことで職員への周知をされていました。そのほか、すぐに対応できるように感染症対応グッズの設置、感染症のある利用者にはカルテにマークを付けることで対応されていました。 27. 外部委託の業者による清掃を実施されており、定期的に報告を受けていました。汚物室やトイレはオゾン脱臭機を設置され、施設内の臭気対策に努めていました。			
(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)	28. マニュアルを作成し、事故防止安全対策委員会主催の研修を年2回実施するほか、各フロア勉強会でも緊急時の対応について研修をされていました。また各フロアのサービスステーションに緊急時対応のフローチャートが掲示され、全職員に周知されていました。 29. 事故・ヒヤリハット報告書は事故の経緯・対応が記載できるもので、事故後直ちに作成して報告し、事故の最終的な対応までを再度作成して報告されていました。 30. 防災マニュアルが作成され、併設病院との合同訓練を実施されましたが、地域との連携を意識したもので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
<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。	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. 利用者保護の観点の基本理念や運営方針に反映され、虐待防止委員会を毎月開催するほか、年1回虐待防止に係る勉強会を実施されていました。また、事故防止や虐待防止の観点から異常部位シートを作成し、利用者の全身状況を常にチェックされていました。</p> <p>32. プライバシーや羞恥心に配慮した入浴や排泄等のマニュアルを基にサービスの提供を行うことを職員に意識づけできるように、フロア勉強会にて、プライバシーについての勉強会を実施されていました。</p> <p>33. 入所申し込みに対し断らないことを基本として、入所判定会議で利用を決定されていました。また、医療機関での入院の方が適切であると判断された場合は、療養型病院を紹介した事例があり、適切な対応がされていました。</p>			
<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。	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)		<p>34. 利用者や家族からの要望や苦情ができるだけ多く寄せられるように、投書箱を玄関のほか各フロアに設置されていました。また、気軽に投函できるように、交流スペースにも用紙を設置し、人目につかず書けるように工夫されていました。</p> <p>35. 相談・苦情対応マニュアルに基づき、苦情等の申し出があった場合は報告書を作成し、サービス向上委員会にて取り上げ、議事録とともに全職員に回覧・周知されていました。</p> <p>36. 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口を記載し、玄関にも掲示されていましたが、公的機関以外の第三者の相談窓口が設置されていませんでした。</p>			
<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。	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)		<p>37. 施設生活についてのアンケート及び、施設満足度調査の結果をサービス向上委員会で検討し、回答をフロアや地域交流スペースに掲示されているほか、その後の対応についてもサービス向上委員会で取り上げ、評価されていました。</p> <p>38. 施設長や各職種が参加するサービス向上委員会や、現場視点での業務改善委員会によって、サービス向上に係る検討体制がありました。</p> <p>39. 各フロア、部門、委員会で定めた目標を半期毎に評価し、課題の明確化を図り、それを基に次期の事業計画を作成されていました。</p>			