

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 29 年 9 月 21 日

平成 29 年 8 月 16 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 第二京しみず様につきましては、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. 内容・料金の明示と説明</b> 料金表について、項目と料金だけでなく、加算の説明、介護保険外の料金についても細かく記載され、それをもとに説明していました。</p> <p><b>2. 事業所内の衛生管理等</b> 施設内は整理整頓され、利用者にとって危険となりうる消毒剤なども目に触れる場所に保管しないように徹底していました。消臭機による臭気対策もされており、汚物処理室も臭気がありませんでした。</p> <p><b>3. 人権等の尊重</b> 尊厳の保持、身体拘束禁止等について各委員会でマニュアルの見直しを年 1 回されており、勉強会や研修会で具体策を全職員に周知し、人権の尊重に努めていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b> 成績効果表を用いて各職員の評価を実施していますが、管理者の他者評価の仕組みがありませんでした。</p> <p><b>2. 利用者・家族の希望尊重</b> 担当者会議の事前に利用者・家族から希望を聞き取っていましたが、サービス担当者会議には当事者の参加がありませんでした。</p> <p><b>3. サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 記録の保護、廃棄に関しては明記されていましたが「持ち出し」については規定がありませんでした。</p> <p><b>4. 利用者満足度の向上の取組</b> 年 1 回、家族への満足度調査アンケートを実施され、その結果を分析していましたが、それがサービス改善へと繋がっていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>管理者自らも成績考課表を用いて自己評価はされていますが、他者評価の仕組みがありませんでした。例えば匿名のアンケートシートを用いて意見を集約するなど、上司を評価するような仕組みを取り入れられてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 利用者・家族の希望尊重</b></p> <p>可能な限り利用者本人がサービス担当者会議に参加することを基本とされてはいかがでしょうか。介護計画が話し合われる中で自分の意見が反映されていることを確認することは大変重要です。そのことにより信頼関係が深まり、サービスがスムーズに受け入れられていくのではないのでしょうか。</p> <p><b>3. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <p>持ち出しに関する基準が不明確であると、情報の漏洩や紛失など多くのリスクが発生します。「持ち出し」について手順を定め、持ち出す範囲を明記されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>4. 利用者満足度向上の取組</b></p> <p>家族への満足度調査アンケートを実施し、その結果の集計・分析をされていますので、さらにサービス向上委員会を活用し、実施につながる具体的対策を検討し、評価までされてはいかがでしょうか。</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)

※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	2650980077
事業所名	介護老人保健施設 第二京しみず
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29年9月1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. 基本理念を事務所ホールや各フロア等、目立つ所に掲示し、年1回の施設運営会議で理念の唱和のほか名札にも記載し、職員に浸透する取組みを実施されていました。また家族懇談会を年2回開催し、家族にも理念及び運営方針の理解が深まる説明をされていました。 2. 定時社員総会を年1回、施設運営会議を毎月開催されているほか、各種委員会を毎月及び随時開催され、組織的な運用をされていました。権限の委譲においては、「職務分掌規則」にて運用されていました。			
	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. 事業計画は単年度計画のほか、中・長期計画を3年でまとめていました。 4. 各課会議にて中間・期末で課題の評価や次年度の計画策定をされていました。			
<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	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. 職員が把握すべき法令等について書籍やパソコンで閲覧できる状態にあり、リスト化もされていました。 6. 成績考課表を用いて各職員の評価を実施されましたが、管理者を他者評価する仕組みがありませんでした。 7. 緊急時の連絡体制及び緊急時対応についてはマニュアルで周知されていました。			

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
<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。	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. 資格取得支援において介護福祉士実務者研修の受講料の負担や、受験対策勉強会を実施されていました。 9. 内部研修は月1回実施され、外部研修も職員の能力に応じて内容を選定しキャリアアップにつなげていました。階層ごとの研修体制も明確に計画されていました。 10. 実習生の受け入れは積極的にされており、マニュアル及び実習指導者に関しての外部研修にも参加されていました。		
<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。	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)		11. 有給休暇消化率や時間外労働のデータを事務部で管理し、定期的に各所属長に開示され、対策検討の資料として使用されていました。また、年に2回(5月・2月)、所属長が面談し、仕事に対する意見などを直接伝えられる仕組みがありました。職員の身体的負担軽減のために、福祉用具(ポジショニンググローブやスライディングシートなど)を導入されていました。 12. メンタルヘルスの相談体制は適切に確保されており、外部の相談窓口が職員出入りに掲示されていました。 また、ハラスメント規定があり、施設長、事務長、看護師長が相談窓口となっていました。		
<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。	A	B
		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. 学区の健康すこやか学級や老人クラブ茶話会に参加されていました。また、2ヶ月に1回広報紙「せせらぎ」を発行し、利用者家族や地域へ配布されていましたが、情報の公表制度の内容を自ら開示していませんでした。 14. 地域の会合に参加し介護保険や認知症、リハビリなどの講義を行うとともに、介護・医療・福祉ニーズの把握に努められていました。		

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
<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)		15. パンフレットやホームページ、契約書で事業所の情報をわかりやすく提供されていました。利用者の問い合わせや見学希望については「見学状況表」にて管理されていました。		

(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. 契約書と重要事項説明書で詳しく明記され、利用者に説明し同意を得ていました。利用料金は、加算の内容説明が記載された料金表を作成し説明されていました。また、成年後見制度の活用も推進されていました。			
(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	B
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. 「包括的自立支援プログラムケアチェック表」を使用して利用者の望む生活を聞き取り、専門職と連携し、3ヶ月ごとにアセスメントを実施されていました。 18. サービス担当者会議の前に本人及び家族の意向を聞き取り、個別援助計画を作成し、同意を得ていました。 しかし、サービス担当者会議には、本人や家族の出席がありませんでした。 19. 3ヶ月に1回の継続検討会議で主治医をはじめ多職種と連携し、施設ケアプランを作成されていました。 20. 介護支援専門員の手順書に、見直しの基準を3ヶ月に1回と定め、実施モニタリング表などの結果を踏まえて、多職種による継続検討会議で集約し、計画の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. 病院や関係施設のリストを作成し、入退院時には情報提供・サマリーを活用していました。虐待事例を受け入れる際には、行政と適切な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	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)	22. 業務マニュアルを作成し毎年見直しをしていましたが、見直しの基準が定められていませんでした。 23. サービス提供の記録の取り扱いについて、保管・保存・廃棄方法については明記されていましたが持ち出しについての規定がありませんでした。 24. 3ヶ月に1回の継続検討会議や毎月のユニットケア会議で情報共有され、参加できなかった職員は申し送りノートや議事録の回覧で押印する仕組みとなっていました。 25. 3ヶ月に1回のモニタリング・ケアプラン説明時、および家族が指定した日時に状況を伝えていました。また施設側から家族に日常生活記録を開示されていました。			
(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. 感染症マニュアルを整備し、年2回以上研修も実施されていました。共通診断書で感染症があると記載された利用者の受け入れは専門医の受診後、受け入れしていました。 27. 施設内は整理整頓が行き届いており、消臭機による臭気対策もされていました。清掃は外部委託でされており点検表もありました。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 事故防止マニュアル・緊急時対応マニュアルが整備され研修や訓練が行われていました。救急救命訓練も実施されていました。 29. ヒヤリハット・事故報告書から最終的な対応までの記録がありました。また、毎月、身体拘束禁止委員会・事故防止対策委員会で事故の原因分析や対応方法、記録が適切であったか、分析検討もされていました。 30. 防災マニュアルが整備され、災害時避難訓練も日中想定年2回、夜間想定年1回実施されていました。また地域の福祉避難所にもなっているため、地域の自主防災会と協定書を締結し協力体制をとられていました。		

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
<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)			31. 尊厳の保持・身体拘束禁止については、運営方針や重要事項説明書に記載されており、人権等への配慮や高齢者虐待防止法に関する勉強会が年2回開催されていました。 32. プライバシー保護マニュアルが作成され、その見直しも年1回されていました。プライバシーに関する勉強会も実施され、実際の支援において配慮されていることが記録されていました。 33. 申し込みは断らないことを原則とし、重要事項説明書にも申込を受けられない場合の基準が明記されていました。			
<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	公的機関等の窓口で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. 3ヶ月に1回、利用者が希望された日時に介護支援専門員や支援相談員が面談し、意見や要望、苦情を聞く機会を設けていました。 35. 利用者や家族からの苦情については苦情解決委員会にて内容の把握、改善の検討をしていました。また、意見箱に投函された内容については、回答を記載し掲示していました。 36. 苦情処理対応マニュアルが作成され、第三者を窓口として設置されていました。しかし、外部人材の受入がありませんでした。			

(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てている。	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。	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. 年1回家族への満足度調査アンケートを実施し、結果の分析はされていましたが、改善まではされていませんでした。 38. 各部署の職員で構成されるサービス向上委員会を毎月開催し、サービスの質の向上について検討・活動を行っていました。また、年3回~4回開催される老人保健施設協会による看護・介護等部会への参加や他施設見学により他の事業所の情報を収集し、自事業所の取組みと比較検討をしていました。 39. 各課会議により目標についての中間・期末評価を実施し、達成度や課題等を検討されていました。施設の事業計画については施設運営会議で振り返りをしていました。 第三者評価の受診は、3年に1回されていました。		