

## アドバイス・レポート

平成29年2月22日

平成29年1月7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あじさいガーデン伏見 通所リハビリテーションにつきましては、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1) 理念、5Sの標語が各部署に掲示されており、毎朝職員が唱和しています。規模が大きくなるにつれ法人が更に理念を実践するのは業務の5S(※1)と接遇の5S(※2)が両輪の役割として不可欠であることと考えておられました。ご利用者及び職員の表情とヒアリングからも職員には周知徹底されていることが確認できました。</p> <p>※1業務の5S：責任・正確・誠意・整理整頓・速度          ※2接遇の5S：SMILE・SOFT・SMART・SYMPATHY・STUDY</p> <p>通番9) 継続的な研修・OJT年間研修計画が体系的に定められ、きょうと人材育成認証制度の認証も受けています。ヒヤリ・ハットに加えて、「ニヤリ・ホット」というご利用者の良い面に気づくための独自の取り組みにより職員の「気づき」を促しています。</p> <p>通番14) 施設の交流ホールを地域の住民に開放し、利用していただくことにより地域との交流を盛んに行っています。リハビリスタッフが充実しているその利点を生かし、地域の老人クラブにPTを派遣したり、施設で家族介護教室を開催したりしています。地域の介護、医療、福祉ニーズの把握、関与と貢献が大いに評価できます。</p> <p>通番17) 福祉用具を工夫して作成し自立支援やQOLの向上につなげておられます。福祉用具の使用についても積極的に提案され、必要時はケアマネジャーと自宅訪問をするなど、丁寧なアセスメントから支援につなげておられることが伺えました。</p> <p>通番31) 身体拘束の禁止や、高齢者虐待防止についてのマニュアルは、分かりやすく丁寧に整備されていました。研修についても、高齢者虐待防止の研修では、職員全員参加のために数回に分けて研修が開催されているなど工夫が見られ、人権等の尊重についての意識の高さを感じました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番5) 現場責任者は指定基準や介護保険事業を実施するのに必要な関係法令を熟知しています。リスト化された法令集、Q&amp;A等細かく調べられたことを確認することができました。しかし、職員に対して遵守すべき法令等を周知し、また遵守するための具体的な取り組みを確認することができませんでした。</p> <p>通番22) マニュアルの見直し基準が定められていません。送迎における事故発生時などトラブルに関するマニュアルや医療廃棄物処理のマニュアルが不十分でした。</p> <p>通番37・39) 年に1回満足度調査は行われており、結果の集計から、通所リハビリ利用中のクラブを増やすなど、リハビリ課では改善がなされたということでしたが、調査結果を、分析、検討された会議の記録がありませんでした。自己評価に対する仕組みが構築されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番5) 介護保険サービス事業者自主点検表や第三者評価自己評価等を利用して責任者と現場職員との協働をされてはいかがでしょうか。また、事業運営に関係する法令について年間の研修計画に定めるなど、職員が何に基づいて事業を行っているかの理解を促すように取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>通番22) マニュアルの見直し基準を定めて下さい。送迎時にトラブルが発生した時の対応と医療廃棄物処理に関して詳細に記載されることをお勧めします。</p> <p>通番37・39) 満足度調査の結果、改善されたということでしたので、調査結果を、分析・検討された経過やその結果などの会議の記録を残されることをお勧めします。どのような検討がなされてどのような結論が出たのか、記録を残していくことが、次年度につながることとなり、スタッフ内で検討を積み重ねていくことで、さらなる組織力の強化にもつながると思われます。また、これを機会に、自己評価に対する仕組みを構築されることを期待します。</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	2650980069
事業所名	介護老人保健施設 あじさいガーデン伏見
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)	介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成 29 年 1 月 20 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。	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)			理念、運営方針を標語として各部署に掲示すると共に朝礼でも唱和し、常に振り返ることができる仕組みがあります。職員への周知も確認することができました。ホームページ、採用案内にも業務の 5S 及び接遇の 5S を掲載し、懇談会にてご家族、地域、職員にも説明されています。理事会を軸とした委員会組織図で役割を明確に規定して記録を残しています。定期的な職員面談、会議毎の評価から職員の意見が反映される仕組みを確認することができました。		
<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。	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)			法人の事業計画に基づき施設の事業計画が策定されています。内部研修、ヒヤリ・ハット報告、職員面談等を通して抽出された課題に職員全員で取り組んでいることを確認できました。 各業務レベルにおいては目標管理シートを用いて目標設定及び進捗状況の確認を行い、半期毎に見直しを行っていることを確認することができました。		
<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。	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)			遵守すべき各種法令のリスト化が確認できました。指定基準、関係法令、Q&A 等現場責任者が把握すべき法令を日常的に調べられています。現場職員に対して周知するための具体的な取り組みが不十分でした。 現場責任者が職員面談を行い、職員から意見を聞き運営方針に反映されています。職員のヒアリングで「意見が出やすい」という声があったことから、責任者との良好な関わりがあると判断します。送迎に係わる職員は携帯電話を持ち、緊急時に連絡できる体制をとっています。アクシデントレポートと職員へのヒアリングから常時、緊急時、非常時にも現場責任者が把握するシステムが機能していることを確認できました。		

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)		人材確保のため、法人本部において離職状況及びその理由の把握をしています。その分析から対策として保育園が併設され、人員の確保につながったと思われます。勤続3年の職員対象に施設主催で外部講師による勉強会が年に4回開かれ、法人が資格取得の支援を積極的に奨励しています。 年間研修計画が体系的に定められ、きょうと人材育成認証制度の認証を受けています。 ヒヤリ・ハットに加えて、「ニヤリ・ホット」というご利用者の良い面に気づくための独自の取り組みを実行することにより職員の「気づき」を促しています。 実習の受け入れについては実習マニュアルに基づいた体制と実績を確認することができました。		
<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)		育児休暇取得は保育園の併設により減ってきていますが育児休業制度が整備され職員が働きやすい環境になっています。職場環境の整備については衛生委員会、施設安全推進委員会にて効果等を確認され記録しています。 ストレスチェックを実施し、産業医によるカウンセリングを行っています。職員のストレス解消及びメンタルヘルスを維持するための体制が充実されています。		
<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	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)		月刊デイケア新聞を作成し、ご利用者に配布し、地域のボランティアの方にも声をかけて手伝っていただき地域との関わりを大切にしています。 施設の交流ホールを地域の住民に開放し、利用していただくことにより地域との交流を盛んに行っています。地域の老人クラブにPTを派遣したり、施設で家族介護教室を開催したりして事業所が有するハード、ソフト機能を地域に還元しています。毎月の請求書に行事案内を同封し情報発信をしています。		

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)		ホームページやパンフレットは写真も多く見やすい内容で情報を開示しておられます。見学希望者には随時見学に応じられています。		
<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)		保険外サービスの料金もわかりやすく明示されています。後見人を希望される方に対してはパンフレットを用意して説明をする仕組みがあります。		

### (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 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)		丁寧なアセスメントを行い福祉用具が必要になった時やケアマネジャーから依頼 があった時などに自宅訪問をして対応されています。個別援助計画はご利用者やご 家族の希望を取り入れて作成されています。サービス担当者会議はご本人やご家族、 他職種が参加して行われています。		

### (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、 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)		ケアマネジャーや訪問看護などを通して主治医との連携が取れています。関係機 関や病院に訪問しパンフレットを配布して事業所の活動が分かるようにされていま 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（業務マニユ 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。	B	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。	B	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)		マニュアルは分かりやすく作成し整理されていますが、見直しの基準が定められ ていませんでした。医療廃棄物処理マニュアルが不十分でした。個人情報保護に関 して、USBメモリは基本的には使用しない、使用時は管理者の了解が必要等の取り 決めの基で管理をされています。個人情報保護と情報の開示についての研修記録を 確認することができませんでした。		

### (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	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。	B	B
(評価機関コメント)		感染症マニュアルを作成し研修も行われています。施設内の清掃は外部委託され ていますが、業者とのミーティング記録はなく日々の業務確認もできていません。		

### (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	B
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)		事故や災害発生時のマニュアルを作成されていますが、ご利用者送迎時の事故に 関して具体的な対応方法は文書化されていません。災害発生時の訓練をされていま 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
<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)		身体拘束の禁止、虐待防止、プライバシーの保護については、施設全体で整備されたマニュアルがあり、それは通所リハビリのマニュアルにもなっています。高齢者虐待の防止についての研修は、同じ内容で3回実施されるなど、全員参加のための工夫がなされていました。通所リハビリのご利用者は、判定会議で決定されました。		
<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。	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	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)		毎年、利用者満足度調査が行われており、集計した結果を、1階のエレベーター前に掲示されています。要望や苦情に対するマニュアルも整備されており、対応の掲示（1ヶ月）と、記名であれば電話や手紙で対応するなど、迅速に対応されています。苦情の事例については、事例検討委員会で話し合い、各部署で共有できるようにされていました。ご利用者の意向や満足度を把握するための個別の相談面接が定期的には実施されていませんでした。公的機関の相談受付時間の記載がありませんでした。外部の人材を受け入れてご利用者の相談の機会を確保することは実施されていませんでした。		
<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。	B	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。	C	C
		(評価機関コメント)		毎年行っておられる利用者満足度調査を、分析、検討されるのは、サービス向上委員会ということでしたが、会議録で、分析、検討の記録を確認することができませんでした。通所リハビリでは、満足度調査をされていますが、その会議録は作成されていません。各部署で見直しされた目標は、サービス向上委員会で分析と対策の検討をしておられました。自己評価を行う組織的な仕組みが確認できませんでした。		