

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 29 年 5 月 8 日

平成 29 年 2 月 3 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた老人保健施設アールそせいにつきましては、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 7) 管理者による情報把握 PHS でいつでも連絡が取れる体制が確保されており、また管理者が管理日誌や議事録で随時状況を把握されているため、的確な指示を仰げる体制が確保されています。</p> <p>通番 19) 専門家等に対する意見照会 サービス担当者会議や個別援助計画の策定に当たり多職種間の専門性が活かされた意見が反映されています。多職種間の連携が良く、良好な体制の構築につながっています。</p> <p>通番 31・32) 人権等の尊重・プライバシー等の保護 利用者の人権等の尊重については、職員携帯用ハンドブックへ掲載し、常に意識する取り組みがされています。また、全職員対象に利用者保護の学習会も実施されています。職員の利用者一人一人への丁寧な声掛けやケアが見られたのは「人権を大切にする」考え方が周知徹底されているからだと感じました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番36) 第三者への相談機会の確保 相談窓口として公的機関は利用者及びその家族に明示されていますが、事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置されていませんでした。また、施設内市民オンブズマンや介護相談員等、外部の人材の受け入れができていませんでした。</p> <p>通番39) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は過去2回受診されていますが、受診の期間が3年を超えていました。</p> <p>通番30) 災害発生時の対応 年2回の消防訓練、平成29年9月の震度6を想定した法人全体の訓練実施は行われていますが、地域との共同防災訓練や地域に出向いての訓練への参加等は確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・相談窓口として京都府・京都市及び国保連等の掲示はありましたが、京都府以外からも利用されるとのことであり、利用者居住地の保険者も付け加えて掲示されてははいかがでしょうか。また、連絡先番号や担当者の変更があった場合は掲示物の速やかな変更が良いと考えます。</li> <li>・大規模災害対策マニュアルに沿って年2回の消防訓練、法人全体では震度6を想定した訓練を実施されています。災害時の非常食等の備蓄や緊急連絡網による実際の所要時間の測定もされていました。今後は地域との関係づくりにより共同防災訓練を計画され、二次災害を防止するための手段等の研修会の開催等で地域の中核施設の位置づけがより明確になると考えます。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2650980010
事業所名	老人保健施設アールそせい
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)	(介護予防) 短期入所療養介護 (介護予防) 通所リハビリテーション
訪問調査実施日	2017年3月10日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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）は、公正・適切なプロセスで意志決定を行い、組織として透明性の確保を図っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		理念を玄関や各部署に掲示するとともに、全職員の名札裏面や携帯用職員ハンドブックに記載し、常に振り返れるよう工夫されています。施設運営は毎月開催されている管理会議と役割を明確にした委員会が担っています。施設長の係わりや管理者との意見交換、家族会を年4回開催する等、職員や家族等に理念が深まるよう努められています。			
<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。	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)		中長期計画に基づいた単年度目標を議事録で確認しました。チーフ以上が参加するサービス評価委員会でサービス内容や運営状況の議論、見直しが行われています。日常的な状況把握等は定期的な部会で議論、情報共有され、年度目標は半年ごとに評価、見直しを行っています。			
<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。	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)		基本的な法令は職員ハンドブックに記載し常に振り返ることができます。法改正時は機関会議に資料を提示し、職員がインターネットで常時調べられる環境があります。施設長は3か月に1回の全体会（全職員会議）で運営方針を伝え、現場と意見交換する体制を確立されています。職員が意見を言いやすいことはヒヤリングでも確認しました。管理者はPHSを持参し、常に連絡が取れる体制です。委員会議事録や管理日誌で随時状況を把握されています。			

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>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)		法人事務局で毎月の人員基準配置表に基づき常勤・非常勤の比率を把握・検討されています。介護職の採用は有資格者を優先し、資格取得支援に関する情報や研修案内は職員休憩室に掲示し、情報提供をされています。プリセプター制度を導入し、年間計画に基づいた研修実施など職員育成に努められています。実習指導マニュアルに基本姿勢を明記し、年間を通じて看護・介護・セラピストの実習やチャレンジ体験の受け入れもされています。		
<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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		管理者は勤怠管理システムで常に職員の勤務状況を確認し、安全衛生委員会で労働実態を把握・検討されています。夜間も対応できる院内保育所があり、働きやすい環境に配慮されています。慰安旅行や各種クラブ活動、顧問弁護士による無料相談などストレス対策を実施されています。スタッフが寛げるよう休憩室にマッサージチェアが設置されています。		
<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)		パンフレットやホームページに理念を明示し、月1回発行の広報誌で取組み内容を知らせています。毎年開催の「アールまつり」では地域に施設を開放されています。地域行事に職員がボランティアとして利用者と参加しています。平成26年から年1回開催している「介護教室」では講演だけでなくニーズの把握にも努められています。		

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>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)		施設概要はホームページ、パンフレット等で親しみやすくわかりやすい内容となっています。利用者や家族からの相談、外部からの問い合わせや見学は日曜日以外は支援相談員が随時対応されています。		
<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)		入所利用約款及び契約書（重要事項説明書）により利用者、家族へ丁寧に説明がなされ、利用料金等の同意も得られています。判断能力に支障のある方には成年後見制度を利用されています。対応内容は相談記録に記載されています。		

(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)		サービス担当者会議や個別援助計画の作成に当たり、参加できない職種に関しては事前照会用紙にて意見が出されています。それを基に利用者、本人、多職種参加で会議が行われ、個別援助計画が作成されています。また、適切にモニタリングの記録を行い、個別援助計画は「月1回の評価、3カ月毎の見直し」の基準に沿って見直しが行われていました。		
(4)関係者との連携				
多職種協働	21	利用者のかかっている主治医をはじめ、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)		週1回、法人介護部門連携会議に参加し、各施設と併設医療機関で患者、利用者の情報交換が行われています。必要な時に併設医療機関への速やかな入退院（所）ができるよう協議し、対応する体制が取られています。		
(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	A
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)		各種マニュアル、手順は整備されています。理念から医療安全、身体拘束、法令遵守、倫理規定等主要項目は全職員配布の職員ハンドブックに記載され、個々に携帯し活用されています。利用者情報は送りや連絡ノートにより周知が図られ、利用者家族との情報交換は面会時や年4回の家族会を情報交換の場として開催されています。また、広報紙「ふれあい」を毎月発行し、担当者が個別に利用者の様子等をコメント欄に記載し送付されています。サービス提供内容もカルテに適切に記録されています。		
(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)		感染防止対策マニュアルが整備され、見直しも行われており、各詰所に設置されています。研修会も開催されていることが実施記録により確認できました。施設内は明るく居室、各詰所、休憩室等の物品等も整理整頓され業務環境委員の積極的な活動により臭気もなく清潔な環境が整備されています。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	B
(評価機関コメント)		事故防止対策マニュアルが作成されています。利用者に関わるアクシデントは些細なことでも家族へ報告を行うことを周知されていることが記録にて確認できました。社用車を運転する職員には年1回の安全運転研修受講を義務付け、年2回の消防訓練の実施と平成28年度9月には震度6を想定した法人全体の訓練を実施されています。非常食等の備蓄も7日分用意されていました。また、施設内での緊急連絡のシミュレーションが行われ、所要時間10～15分で連絡が完了することが確認されていますが、地域との防災に関する訓練の実績がなく協定書等も確認できませんでした。		

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)		利用者の人権等の尊重については、職員が携帯しているハンドブックに掲載され、常に意識して取り組めるようにされています。勉強会についても、人権や高齢者虐待防止法、プライバシー保護も全体会議で全職員に周知されていました。利用者の入所選考にあたっては、入所申込み時のチャートで明確にされており、利用者の受け入れについて検討され、公平・公正な受け入れが行われていました。			
<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	公的機関等の窓口にご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)		利用者からの意見・要望・苦情等については、一階フロアにご意見箱とご意見用紙が設けられており、苦情についての掲示もあり、対応策も掲示されていました。利用者には担当の介護職、看護職がついており利用者家族との面会時のコミュニケーションも良好でした。苦情対応への質の高さが伺えます。第三者への相談機会の確保では、第三者の相談窓口や外部機関の受け入れを実施されていませんでした。相談窓口の設置等により、さらに利用者の意見を拾い上げることができ、利用者サービスの向上により反映できるのではないのでしょうか。			
<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。	B	B	
	(評価機関コメント)		利用者満足度向上については、年に1回サービス評価委員会が中心となり満足度アンケートを実施され、その分析や改善の取り組みが明確化されています。満足度アンケートからの意見を吸い上げ臭気解消等の業務にも活かされていました。評価の実施と課題の明確化では、平成25年より第三者評価を受診されていませんでした。自己評価する仕組みについては管理者会議にて中長期計画（5か年）から毎年の事業計画を策定され、年度末に評価されていました。PDCAサイクルをさらに確立する事で、組織として一層向上していけるのではないのでしょうか。			