

様式 7

# アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 4 日

※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

平成 29 年 2 月 23 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 友々苑様につきましては、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. 労働環境への配慮</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「京（きょう）から取り組む健康事業所宣言」にエントリーし、血管年齢を測れるようにされるなど、職員の健康増進に取り組まれました。</li> </ul> <p><b>2. 事業所の衛生環境等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所は整理、整頓されていました。排せつ介助で出たごみを汚物室に保管しないように、排せつ介助の時間とごみ回収の時間を合わせるよう清掃業者と取り決めを行い、衛生管理を徹底されていました。</li> <li>また、職員の衣類については、毎業務後に洗濯室で洗濯がされ、次の出勤時は洗濯された衣類が着られるようにされており、清潔な衣類で支援にあたることができるように工夫されていました。</li> </ul> <p><b>3. 事故の再発防止等</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・危険予測報告書、ひやりはつと報告書、事故報告書と 3 段階で定義されており、1 枚の書式で 3 段階とも記載できるように工夫されていました。</li> <li>また報告書には、対策カンファレンスの記録、対策実施後の再カンファレンス記録、家族連絡の記録、経過後の再連絡の記録と事故後の対応を最後まで記録することで、再び事故を起こさないよう分析し、再発防止に取り組まれました。</li> </ul>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・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ではありましたが、誰しもがすぐに調べられるようなリスト化はされていませんでした。</li> </ul>

	<p><b>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・面談を年2回実施していますが、施設長自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価する仕組みが不十分でした。</li> </ul> <p><b>3. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報等書類に関する規程は定められておりましたが、持ち出しに関する項目が定められておらず、保管場所、種類ごとの保存期間が明記されていませんでした。</li> </ul>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・法令遵守は、組織全体で取り組む事が望ましく、必要な関係法令の整備が必要となります。リスト化は法令の一覧とともに設置場所を記載し、最も使用頻度の高い介護保険関係資料とファイリングするなど誰もがわかる場所に設置されてはかかでしょうか。また関係法令を速やかに調べられるように工夫されることで職員の法令理解が深まり、更に適正な事業運営につながるのではないのでしょうか。</li> </ul> <p><b>2. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・経営責任者や運営管理者が職員にどのように評価されているかを把握する事は、組織が健全に運営されているかどうかを知る事になり、管理者層の強化や次世代の管理者人材の育成にも繋がります。管理者自らの振り返りの機会にもなりますので、上司評価のアンケート等を実施し、職員からの意見を聴く機会を作られてはいかがでしょうか。</li> </ul> <p><b>3. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報等書類は、緊急時や外部でのカンファレンス等で持ち出す機会があります。持ち出し許可や持ち出せる書類の種類、紛失防止の対策などを定めることで、個人情報の漏えいや紛失を未然に防ぐ効果が期待できます。</li> <li>また、書類ごとの保管場所の明記や保存期間を明記することで、どの職員でも規程に沿った取り扱いが可能となる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	2650680040
事業所名	介護老人保健施設 友々苑
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・通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション (介護予防含)
訪問調査実施日	平成29年3月10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. 基本理念を各課に掲示職員に周知されていました。また広報誌（年4回発行）「よっこらしょ」に理念を明記し、利用者や家族及び近隣のお店に配布されていました。 2. 理事会は定期的（年3回以上）に開催されており、また主任会議等や各委員会で職員の意見を吸い上げられる仕組みを確立されていました。権限の委譲は、「職能資格行動指針」で責任を明確化されていました。			
<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。	A	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（事業報告）は見やすく製本し、また各課において詳細に策定されていましたが、具体的な中・長期計画を策定されていませんでした。 4. 介護サービスの内容や組織体制・運営の現状分析を上・下半期で評価し、各課で課題を明確にされ取り組まれていました。			
<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り組みを行っている。	A	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)	<p>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ましたが、リスト化はされていませんでした。</p> <p>6. 年1回、管理者と職員の面談が実施され職員の意見を聞く機会が設けられていましたが、管理者自らを評価する具体的な方法はありませんでした。</p> <p>7. 緊急対応マニュアルや業務携帯電話を活用し、運営管理者は事業の実施状況を随時把握できる体制になっていました。</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
<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)		<p>8. 施設独自の職員面接シートに基づき、有資格者を優先的に採用をされていました。また採用後の介護福祉士国家試験受験に向け、実務者研修の受講料を助成する仕組みがありました。</p> <p>9. 研修計画に基づき、階層別研修(新人・中堅・役職者)を実施されていました。外部研修は、勤務扱い及び費用は施設で負担されていました。また各委員会主催で希望者による自主勉強会を開催されスキルアップに取り組まれました。</p> <p>10. 実習受入マニュアルに基づいて、小中学生のチャレンジ体験の受け入れがありました。</p>		
<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)		<p>11. 職員の就業状況や意向を把握する仕組みとして、年2回職員面談を実施されました。また「京(きょう)から取り組む健康事業所宣言」にエントリーされており、職員の健康増進に努めていました。</p> <p>12. 職員のメンタルヘルスの不調を未然に防止するためにストレスチェックを実施されました。また休職されている職員に対して、「健診後経過報告書」で詳細に記録し、スムーズに復帰できるきるシステムがありました。</p>		
<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)		<p>13. 事業所の概要や運営理念は、ホームページ及び広報誌を利用者や家族へ配布及び近隣のお店に設置等の取組みにより開示されていました。しかし、情報の公表制度等の情報を利用者・地域の方に広報出来ていませんでした。</p> <p>14. 京都市主催の「認知症高齢者SOS声かけ訓練」に参加されていました。また、地域の方が参加できる「認知症専門研修」を施設で開催され地域貢献に取り組まれました。</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
<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. 事業所情報はホームページやパンフレット、広報誌を通じて情報提供されています。また、問合せや見学希望者の記録は日報の連絡事項に記載されていました。			
<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)		16. 契約書や重要事項説明書で、サービスの費用負担について分かり易く記載され、同意を得ておられました。また、権利擁護事業のパンフレットを用意しており、成年後見制度の利用実績もありました。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 事業所独自のアセスメントシートを用いて、3ヶ月ごとに継続検討会議を行い見直しをされていました。 18. 利用者や家族の希望をサービス担当者会議や事前の聞き取りで収集し、ケアプランに反映されていました。 19. サービス担当者会議には施設長が医師として参加するほか、看護師、リハビリ担当、介護職、管理栄養士などが参加し、専門的意見をケアプランに反映されていました。 20. 見直しの基準は入所判定基準に定められており、それに基づいて毎週のプランチェック、3か月ごとのモニタリングが行われていました。また、状態変化等でプランの見直しを行う際は、医師である施設長から直接説明をされていました。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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. 入退所に際しては、医師である施設長が都度、主治医宛に紹介状を作成されていました。また、関係機関の紹介ファイルを作成しているほか、高齢者SOSネットワークへの参画、地域ケア会議への参加など、地域や関係機関との連携を図られていました。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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	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. 業務マニュアルや手引書が作成され、ご利用者アンケートを実施し、その結果を踏まえ各委員会で見直しをされていました。 23. 個人情報等書類に関する規程が定められていましたが、持ち出しに関する項目が定められておらず、保管場所、種類ごとの保存期間が明記されていませんでした。 24. 職員間の情報共有は、申し送り表を作成し、パソコン内でいつでも見られるようにされているほか、連絡帳に利用者関係、通常業務関係と分けて記載し、既読者は確認印を押すようにされていました。 25. 家族との情報交換は、定期のモニタリング時や面会時にされており、医療的などころは、施設長から直接説明をされていました。		
(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. 感染症予防対策委員会でマニュアルの見直しを行い、感染症対策DVDを購入して勉強会をするなど、予防対策を図られていました。また、感染症疑いの利用者を受け入れる際は、考えられるリスクを検討し、対応策を講じるなどされていました。 27. 事業所は整理、整頓され、排せつ介助で出たごみは汚物室に保管しないような工夫もとられていたため、気になる臭いもありませんでした。清掃業者と契約し、日々の清掃日報や月一回の報告書で現状を確認されていました。		
(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. 事故や緊急時のマニュアルは整備されており、連絡網も各フロアで見やすいように掲示されていました。また、事故予防対策委員会が主催するリスクマネジメント研修が開催されていました。 29. 危険予測報告書、ひやりはっと報告書、事故報告書と3段階で定義されていました。報告書も対策カンファレンスの後、再カンファレンス、家族連絡の後、再連絡まで記載できるようにされており、事故後の対応が終結まで記録できるように工夫されていました。 30. 消防計画は作成されていましたが、自然災害に関するマニュアルは現在作成中でした。 地域との連絡体制がありました。		

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
IV 利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
	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. 「身体拘束廃止及び発生時対応の指針」で身体拘束禁止を明示されていました。身体拘束廃止委員会を3ヶ月に1回開催し、虐待防止に関することを議論されていました。また、身体拘束廃止及び権利擁護に関する自主勉強会を年2回開催され、利用者の尊厳保持の意識を高める取り組みをされていました。 32. 利用者のプライバシーや羞恥心に配慮した接遇について、年1回勉強会が開催されていました。 33. 入所に関する判定については受入基準を作成し、入所判定会議にて、公平・公正の視点で検討されていました。
------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

(2) 意見・要望・苦情への対応

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	A
(評価機関コメント)		34. ご意見箱の設置、年1回の「ご利用者・ご家族ニーズアンケート」や「利用者さま声キャッチカード」で意見・要望の収集に取り組んでおられました。 35. 苦情対策委員会を1～2ヶ月毎に開催し、意見・要望・苦情があった場合は各フロアに掲示し、公開する仕組みがありました。 36. 第三者委員を設置し掲示され、重要事項説明書にも記載されていました。また、外部の人材として第三者委員が訪問され、利用者の相談機会を確保されていました。		

(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)		37. 年1回「ご利用者・ご家族ニーズアンケート」を実施し、課題を抽出・検討して次年度の目標を設定されていました。 38. 月1回の業務改善委員会で、サービスの質の向上に向けて振り返りや改善に努めておられました。地域の事業所連絡会施設部会に参加し情報交換も行っておられました。 39. フロアミーティングで事業計画を半期に1度評価し、効果や課題を分析、検討されていました。		