

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 6 月 6 日

平成 29 年 12 月 20 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すらぎ苑）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) 理念の周知と実践 全ての職員に対して施設の理念及び運営方針を周知し、職員個々が理念や運営方針を反映した目標をチャレンジカードに記載し、上司との面接等を通して目標の達成に向けて取り組まれています。</p> <p>(通番 2 2) 業務マニュアルの作成 サービス提供に係るマニュアルが作成され、マニュアル改訂計画を定め、定期的に見直しを行う他、必要に応じて業務に見合った内容が盛り込まれています。</p> <p>(通番 3 1) 人権等の尊重 人権に配慮したサービス提供に関する勉強会は、ただ傾聴する形式ではなく、事前に全職員に対して何をどの程度理解できているのか等を確認した上で実施されています。本当に必要な教育や指導がなされる体制があると評価致します。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 3 3) 利用者の決定方法 医療処置等を理由にやむを得ず入所をお断りする場合は、その旨を丁寧に口頭で説明されていますが、書面で明示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 3 3) 利用者の決定方法 利用者の受け入れ基準をより明確にされることで、受け入れができない場合には、利用者にとってその理由等がわかりやすくなるのではないのでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2653280012
事業所名	医療法人社団石鎚会 介護老人保健施設やすらぎ苑
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)	(介護予防) 短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成30年1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
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	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)		全ての職員に対して施設の理念及び運営方針を周知し、職員は理念及び運営方針を反映した目標をチャレンジカードに記載し、上司との面接等を通して達成に向けて取り組んでいます。また、介護関連会議や統括委員会で職員の意見を聞くとともに経営方針を伝えています。			
(2) 計画の策定						
	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)		介護関連会議や統括委員会において単年度事業計画及び中・長期計画の内容を職員へ伝達するとともに、接遇教育委員会や統括委員会で利用者アンケート及び職員満足度調査を実施しサービス提供における課題を明確にしています。また、各部門や職員個々が課題の達成に向けて取り組んでいます。			
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	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)		施設長は自らの役割と責任を文書化し、職員に対して表明するとともに、常に事業において必要な指示を行っています。また、法令遵守研修会を開催し全職員の法令遵守の徹底や法秩序の形成に取り組んでいます。			

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		職員採用基準を作成し質の高い介護サービスを提供できる人材の確保に努めるとともに、職員の意識向上やレベルアップを図るために、研修計画に基づくキャリアに応じた研修を行っています。また、人材を育成するため、多くの職種の実習を受け入れており、実習受け入れに関するマニュアルも整備されています。		
(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)		福利厚生により職員のストレス解消を図っているほか、産業医による相談体制の整備や職員満足度調査の実施、上司による面接等によりスタッフの要望等をくみ取り、対応・解決する体制を整備されています。また、十分に休息のとれる環境の整備やワークライフバランスの実現に向けた取り組みを通じて職員の労働環境に配慮しています。		
(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)		広報紙や介護サービス情報の公表システム、ホームページなどを通じて施設の運営理念を地域に対して開示し広報するとともに、入所者の地域の行事や活動への参加を支援するなど地域とのかかわりを大切にされています。また、たなべ健康まつりや地域公開講座を開催し介護相談を行うなど施設の有する機能を地域に還元しています。		

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
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)		パンフレットが施設内に設置され常に関覧できるようになっています。また、ホームページ上で提供するサービス及び1日の流れが確認できます。利用の問い合わせに対応した際には、状況をしっかり記録しています。		
(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)		施設概要やサービス内容、利用料金等を明示した契約書や重要事項説明書に沿って本人または家族に説明し、同意を得ています。成年後見制度に関してもパンフレットを整備し、対応できるシステムが整備されています。		

(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)		個別援助計画の策定については、利用者及び家族からニーズや課題の把握を行い、気づきシートや行動実施表、行動実施評価表なども使用し、より良いサービス提供につなげています。また、専門家（主治医、看護師、理学療法士など）からの意見を聞き、計画の内容に反映しています。モニタリングも毎月実施し、評価も3ヶ月毎に実施され、状態の変化に応じて見直しも行っていきます。		
(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)		併設病院との連携が図られ、緊急時は同病院を受診できる仕組みが整備されています。在宅復帰時には退所前訪問指導を行い、居宅サービスのサービス担当者会議にも出席し、情報の共有が図られています。また、関係機関の社会資源リストが整備されており、速やかに連携がとれる仕組みがあります。		
(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)		各種マニュアルを1冊のファイルにまとめ、各フロアに設置しいつでも職員が閲覧できるようにしています。マニュアル改訂計画のもと、年1回または必要時に見直しが行われ、業務内容に見合ったものになっています。職員間の情報共有は申し送り表を用いるとともに、特に周知すべき事項についてはホワイトボードを活用して情報共有を行っています。また、家族との意見交換を図るための交流会を年2回開催しています。		
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)		感染マニュアルはイラストを用いて大変見やすくなっており、必要に応じて見直しを行っています。研修会を開催したり、二次感染予防にも努めています。また、施設内はきちんと整理整頓され、定期的な換気の実施や業務用の空気清浄機をフロア内に設置するなどの臭気対策がとられています。		

(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)		緊急時マニュアルが整備され、フローチャートに基づいてすぐに対応できるようになっています。また、事故発生時にも速やかに対応できており、報告区分表などを用いて事故の分析や対策を検討しています。災害発生マニュアルが作成され、地域との連携を意識した訓練も実施されています。		

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
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)		人権に配慮したサービス提供に関して、事前に全職員に対し、何をどの程度理解できているのかを確認した上で勉強会を開催していることを高く評価いたします。また、プライバシー保護に関しては「プライバシー保護マニュアル」に沿って研修を実施し、意識付けされています。今後、利用者の受入れ基準をより明確にすることが課題になると思われます。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		法人の取り組みとして意見箱を設置しています。意見・要望・苦情等を吸い上げ、サービス向上委員会や統括委員会で協議、改善し、サービス向上へつなげる仕組みがあります。苦情相談窓口も利用者及び家族に周知されています。			
(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)		サービスの質の向上について、接遇委員会や接遇教育委員会、統括委員会等で協議しています。また、利用者に対して年に二度満足度調査を実施しており、調査結果は統括委員会で確認し、合同カンファレンスにて職員全員に周知し、サービス向上に向けて検討を行っています。			