

## アドバイス・レポート

平成27年2月16日

平成26年10月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設茶山のさと」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

特に良かった点とその理由(※)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病院本体との連携がとれ、24時間の体制で医療と連携が行われています。また事業運営の目的達成のため、的確な現状把握と理事会から現場の委員会活動に至るまで、いろいろな活動が実施され、その状況を分析・総括し、組織としての意思決定が行われています。</li> <li>・看護師、言語聴覚士、管理栄養士と多職種の実習や、次世代の担い手育成事業として小学生の職場体験を受け入れるなど人材育成への取り組みをされています。</li> <li>・利用者の声や家族の意見を取り上げ、改善に向けての取り組みをされています。又、サービス改善の取り組みとして、各委員会で検討をする体制があります。</li> <li>・事故発生時は、「インシデント・アクシデント報告書」に記載されており、発生状況から原因分析・再発防止のための改善まで細かく分析されており、リスクマネジメントに対する意識が職員に浸透していました。</li> </ul>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束については、解除に向けての取り組みが望まれます。</li> <li>・プライバシー保護の研修会に参加されていますが、全職員に伝達できている記録が確認できませんでした。</li> </ul> <p>Ⅲ適切な介護サービスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種からの意見を確認し、記録をとりながらサービス計画を作成していますが、プロセスの確認ができませんでした。</li> </ul>
具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体拘束の解除に向けての取り組みが不十分です。期間中は毎日検討会議をされていますが、状態の把握に加え今後の対応についても検討されることをお勧めします。</li> <li>・研修に参加された後は、伝達講習などを通して全職員に研修内容が伝わるようにし、確実に伝達できているかをチェックする体制づくりをされてはいかがでしょうか。</li> <li>・サービス計画を作成後、サービス担当者会議にて専門職から意見を聞かれておりますが、担当者会議の記録からは、意見の確認はできましたが、プロセスが曖昧なため、初回のプラン作成時やモニタリングからプランの見直しをする際など多職種から意見を聞きとり、反映させるプロセスの見直しをされてはいかがでしょうか。</li> <li>・情報発信としてのツールである事業所のホームページの充実を図られてはいかがでしょうか。また公益社団法人として、事業計画、地域に向けた情報発信を行うなど見やすいホームページの作成・定期的な更新が望ましいと考えます。</li> <li>・事業母体での病院勤務経験のある調理担当者がつくる、入所者が食べやすい食事が心掛けられており、評価できます。この事業所としての特色づくりに工夫をこらし、今後もより地域に貢献できる取り組みをされることを期待します。</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。

※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

(様式 6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2650680099
事業所名	介護老人保健施設茶山のさと
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)	通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成 26 年 11 月 25 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)			1. 理念は玄関に表示されているほか、広報誌、ホームページに掲げられています。 2. 法人としての組織が確立され、さまざまな方針の決定は各種会議、委員会、理事会等で決定されています。		
<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)			3. 計画策定にあたっては、事業所内の意見を総合的に取り入れて策定されています。 4. 業務レベルにおいても、事業計画作成、進捗管理、評価等において法人一体となった取り組みが行われています。		
<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)			5. 各方面からの情報、コンプライアンスをもとに、法令遵守をしつつ事業運営が行われています。 6. 管理者は広報誌等で事業所運営の方針、その責任感を表明しています。 7. 職員連絡体制が確立され、常に連絡が取れる体制づくりに努めています。		

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	B
		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)		初任者研修、介護支援専門員の受験・受講への支援費制度があり目標を掲げて取り組んでいます。職員の配置や介護福祉士率は施設基準を上回る人員確保ができていますが、離職状況の把握はできていません。実習生の受け入れや次世代の担い手育成事業への取り組みもされています。		
<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	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		残業、有給休暇は勤怠管理システムで管理をされていますが、有給休暇消化率の把握ができていません。「こころの健康相談サービス」で心理カウンセリングを受けるシステムがあります。		
<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	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)		ホームページは現在作成中です。地域住民に対して施設の職員による介護講座の開催や左京健康友の会と連携し食事会を実施しています。		

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)		掲示物、パンフレットにて情報提供できています。問い合わせや見学には個別対応されています。		
<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)		契約書や重要事項説明書で利用者家族への説明を実施し、事業所内掲示がなされています。また、権利擁護事業利用者の受け入れや本人判断能力に問題がある場合の家族契約を行っています。		

(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	B
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)		初回アセスメントはフェースシートを用い、課題分析され、施設サービス計画書に 反映されています。入所当日にサービス担当者会議を開催され、専門職の意見もし くは意見照会を基にしたサービス計画の検証がされ、本人・家族からサービス内容 への希望を聞き取り、意見交換を行っておられますが、プロセスが曖昧でした。		
(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)		ケアマネジャーや支援相談員を通じて主治医の意見を確認しており、入退院時はケ アマネジャー、支援相談員に加え、必要に応じて、看護師が面会し、状況確認を行 っています。		
(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)		各業務マニュアルは細かく整備されています。また、毎年6月に業務マニュアルの 見直しをされています。記録は、パソコンシステムで管理されており、職員間で情 報が共有されていました。また、連絡事項ファイルや申し送りノートなど工夫をし て、職員間での情報共有がされています。		
(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	B
(評価機関コメント)		各居室、共有スペースに加湿器が設置されていました。またマスクの着用が徹底さ れていました。次亜塩素酸水の噴霧器等で対策を講じ効果を上げています。臭気対 策、また整理整頓もしっかりされており、清潔が保たれていますが、業者からの点 検表の提出が確認できませんでした。		
(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	B
(評価機関コメント)		インシデント・アクシデントの原因分析から改善まで細かい分析がされており、リ スクマネジメントに対する意識が職員に浸透しています。地域との連携を意識した マニュアルについては、現在防災（震災）マニュアルを作成中です。訓練は消防署 立会いで行っています。		

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	B
		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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		虐待防止研修を行い、参加できなかった職員には伝達講習などで周知されています。ミトンやベッド柵等身体拘束は文章で説明し同意を得ています。身体拘束禁止に向けたカンファレンスをしていますが今後の対策は具体的に示されていません。プライバシー保護の研修会はされていますが、全職員への周知方法を確認することができませんでした。入所受入れの優先順位が具体化されていません。		
<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)		家族会の予定はありますがまだ実行できていません。意見箱等を通して本人や家族の意見を汲み取る体制があります。苦情は管理者会議で検討し改善策を掲示しています。公的機関の相談窓口は重要事項説明書と施設にも掲示しています。		
<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	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)		満足度調査の結果は管理者会議や各委員会で分析・検討をしています。会議や委員会でサービスの向上を議題にし、改善への取り組みをしているとのことですが、その資料の確認ができませんでした。ISO9001の内部監査を受けています。各職場でも取り組みの目標を掲げ評価をしています。		