

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 27 年 1 月 30 日

平成 26 年 11 月 11 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 医療法人社団医聖会 介護老人保健施設梨の里 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4) 業務レベルにおける課題の設定 開設して3年、組織を支える若手の主任が中心となり、各部門のケアの質向上に向けた課題設定、実践、改善、評価に、懸命に取り組まれていました。 今年度から新人研修プログラムも体系的に実施され、各部門全体で新人職員を育成していこうとする姿勢がうかがえました。</p> <p>(通番25) 利用者家族等との情報交換 ご家族を対象に開催するリハビリ相談会への満足度が高く、繰り返し利用されるご家族が多いとのことでした。他のスタッフに話せないことが言える関係づくり、ご自宅での生活状況に即した相談等、質の高いケアを提供する上で、有効な情報交換の場となるよう取り組まれています。</p> <p>(通番29) 事故の再発防止等 事故報告書を、誰もが見るようにできるようフロアに貼り出し、職員のみならず、利用者にも報告できる仕組みは素晴らしいと思います。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番2) 組織体制 組織図に位置付けられている会議の記録で確認できないものや、諸規定の作成日・更新日が不明なものが見受けられました。</p> <p>(通番8) 人材の確保・育成 職員の資格取得に対する具体的な支援策が見受けられませんでした。</p> <p>(通番22) 業務マニュアルの作成 マニュアルや手順書は整備されていますが、それらに作成日、更新日の記載のないものがありました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番2) 組織体制 組織運営の正当性を職員や外部に示す根拠となる、規定や記録の整備は、組織の信頼性を高める上で欠かせません。会議記録の作成・報告ルールを明確にして、事業所の年間計画に文書類の見直し時期を盛り込むなど検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番8) 人材の確保・育成 介護福祉士や介護支援専門員の資格取得を目指して奮闘している若手職員が多い事業所です。勉強会の開催や研修への参加に対する補助等、職員の奮闘を組織的にサポートする更なる取り組みに期待しています。</p> <p>(通番22) 業務マニュアルの作成 業務マニュアル一覧表を作成して、自施設のマニュアル類を管理し、その上でマニュアルの見直し規程（見直しを行うメンバー、頻度等）を明文化されてはいかがでしょうか。見直しの際は変更がなくても確認したという記録も残されると良いと考えます。</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	2652980026
事業所名	介護老人保健施設梨の里
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、(介護予防)訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年11月27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	B	
	(評価機関コメント)		理念・運営方針は、施設内に掲示し、職員も携帯し、全職員が朝礼時に唱和する等して職員に周知しています。ご家族に対しても「リハビリ相談会」を通じて、理解が深まるよう働きかけています。職員の意見を汲み上げる運営に努められていますが、組織運営の透明性を根拠づける記録類について、未整備のものがありません。			
<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)		管理者、各部門の主任が参加する運営会議を軸に、事業所・各部門の計画とその進捗を管理されています。各部門では主任を中心に、ケアの実践や質改善の達成状況の確認や、見直しを進められています。			
<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)		「業務の心得」に法令遵守を位置づけ、職員研修を実施されています。年1回管理職が全職員に対して面接を行い、各部門でも主任が随時職員の相談に乗り、夜間緊急時の管理者への相談体制がある等、組織内の良好な関係づくりに努力されています。			

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。	B	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。	B	B
		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)		常勤職員の比率は90%以上と高く、介護福祉士の比率は54%と施設基準を上回る水準です。将来性のある若手職員を積極的に採用されており、資格の取得に向けて職員も努力されているとのことですので、今後の更なる資格取得支援に期待します。階層別研修制度の整備に向け、今年度は新人研修プログラムを作成しておられます。組織的に若い職員を育成していこうとする姿勢が感じられました。		
<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。	B	B
		(評価機関コメント)		リハビリテーションの職員による腰痛予防指導、職員給食(昼食・夕食)、管理栄養士による職員の栄養相談等、労働環境への支援が実施されています。ハラスメント規定や福利厚生制度、職員の休憩場所は整備されていますが、法の趣旨に基づいた安全衛生委員会の今後の継続的な活動に期待します。		
<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。	B	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)		地域住民を対象にした介護予防教室、人権擁護委員による施設見学会等を実施しています。併設の地域包括支援センターを中心に、自主防災会・八幡市・社会福祉協議会等と協力し、地域見守り隊にも取り組まれています。利用者が地域活動に参加される等の働きかけは今後検討していくとのことでした。		

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>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)		施設見学の希望者への対応、電話相談等に係るマニュアル及び実施記録を確認しました。		
<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)		利用料金については契約書への記載が確認でき、また、権利擁護事業や成年後見人制度についても説明されている書類を確認できました。実際に補助人と契約したことや、入所中の後見人制度利用希望者に対する援助実績がありました。		

(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)		アセスメントについては、ICFを使用し、実施されている様式を確認しました。退所前カンファレンスの記録によりサービス担当者会議へのご家族の出席が確認できました。また、実際にプランに則ったサービスが提供できているかについては、サービス提供記録のD0チェック表で1日2回のチェックを行い、10日以上連続で計画通りサービスを提供できなければ、プランを見直していることを、ケアマネジャー会議及び記録委員会の議事録で確認できました。		
(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)		施設長が必ずケアカンファレンスに参加されていました。また、眼科への照会を行い、返信もされていました。相談室内に他施設の資料が設置されており、地域包括支援センターとの連携を確認しました。退所前のカンファレンスには他事業所の方の参加がありました。		
(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	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。	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)		マニュアル類等は設置されているのですが、見直しの規程がありませんでした。利用者カルテについては、きちんと施錠できる保管庫で管理しているとのことでしたが、そのことが明記されていませんでした。		
(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	B
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)		感染対策委員会の定例開催（3ヶ月に1回以上）の記録、職員の研修への参加記録が一部確認できませんでした。マニュアルはありますが、改訂歴は確認できませんでした。施設見学時に臭気、備品の乱雑さもなく、清潔を保たれていることがわかりました。清掃は外部委託ですが、職員自身もチェック表を使用して毎日点検されていました。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		緊急時のマニュアルは作成されています。管理者に報告し、現場にフィードバックされるよう指揮命令が明らかになっています。事故後はリスク委員会にて多職種と話し合い、勉強会も実施されています。事故報告書は施設内に貼り出し、公表しています。防災マニュアルはありますが、地域との連携を意識した訓練のマニュアル、記録は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	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	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)		高齢者の尊厳等に係る研修を実施していることが、研修報告書で確認できました。家族による虐待が疑われる場合の対応方法について明記したものは確認できませんでした。入所の判定については、書類のみで断られた実績はなく、面談後に不可となった場合はその理由がしっかりと記録されていました。			
<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	B	
	(評価機関コメント)		面会時に家族の要望・意見などを聴取されています。ご意見箱を設置されていますが、投函は1通もないとのこと。設置場所を検討されてはいかがでしょうか。苦情対応マニュアルは確認できました。苦情の記録は1年程空白がありましたが、改善されています。来年度は八幡市の介護相談員の派遣を申し込み、活用を検討されています。			
<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。	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		今年度は満足度調査を実施されていますが、回答が可能な利用者のみを対象にされています。今後実施の対象を家族にも広げられてはいかがでしょうか。満足度調査の結果は、運営委員会で審議され、各委員会や各フロア会議にて全職員へ伝達されています。また、一年間の各部門のまとめを行い、評価されています。			