

## アドバイス・レポート

平成27年6月18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26年10月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人保健施設春風）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<br>(※)    | <p>○質の高い人材の確保<br/>衛生委員会で採用について検討をし、基準を明確にしています。無資格者も採用していますが、採用後に初任者研修を受講できる仕組みになっています。常勤登用試験もキャリア段位制度のシートを使い毎年行っています。</p> <p>○アセスメントの実施、個別援助計画の見直し<br/>入所前に相談員がアセスメントを実施し、入所中に施設ケアマネジャーが再アセスメントを行い、利用者の状況を把握しています。又、個別援助計画についても毎月見直しを行い、利用者の状況変化に対応しています。</p> <p>○専門家等に対する意見照会<br/>在宅強化型老健であり、医師、看護師、PT等の専門職が手厚く配置しており、個別援助計画策定や見直し時には意見を聞くことができる体制になっています。また、週に1度は法人内病院の医師が訪問しています。</p>  |
| 特に改善が望まれる点とその理由<br>(※) | <p>○事業計画等の策定<br/>年間計画、部署目標で単年度の事業計画は策定しています。しかし、中長期計画は確認できませんでした。</p> <p>○ストレス管理<br/>職員が法人内医師や所属事業所外のマネージャーに相談できる体制は有りますが、外部のカウンセラーは配置していません。日中の休憩場所は現場を離れてリフレッシュ出来る空間にはなっていますが、夜勤の際の仮眠室等は整備していません。</p> <p>○記録と情報の保護<br/>個人情報保護についての研修を行い、文書管理規程は定められていますが、持ち出しに関する規程が定められていません。</p>   |
| 具体的なアドバイス              | <p>本事業所は、医療法人千春会に属している開設4年目の新しい施設です。在宅強化型老健として、利用者が住み慣れた地域へいち早く復帰出来るよう、医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等を配置し、リハビリに特化した施設となっています。又、法人内介護事業所の基幹施設として、研修等を中心になって実施しています。</p> <p>○年間計画、部署目標で単年度の事業計画は確認できました。しかし、中長期計画は確認できませんでした。中長期計画を策定することで、今後の事業展開や展望を明確にでき、事業所の将来像が職員に意識化されるのではないのでしょうか。</p> <p>○日中の休憩室は現場を離れてリフレッシュできる環境となっていますが、夜勤の際の仮眠室は確認できませんでした。夜勤中はソファ等で少し休む程度との事でしたが、現場を離れて、仮眠時間を設けることで心身共にリフレッシュし、業務効率の向上が期待できると思います。</p> <p>○文書管理規定を策定し、記録の取り扱いについて定めていますが、記録の持ち出しの規程は確認できませんでした。速やかに現在策定してある規定に付け加えていただければと思います。</p> <p>※今回の第三者評価につきましては、受診事業所のと評価機関との間で評価に関する見解に少なくない相違がありましたことを、ご報告します。</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)

※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                    | 2653080032  |
| 事業所名                     | 介護老人保健施設春風  |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 介護老人保健施設春風  |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護、介護予防短期入所療養介護、通所リハビリテーション、介護予防通所リハビリテーション |
| 訪問調査実施日                  | 平成26年11月20日   |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都社会福祉士会  |

| 大項目                       | 中項目               | 小項目 | 通<br>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）及び事業所のスタッフ全員が、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. 法人の理念があり、各部署に掲示しています。朝礼時やミーティング時には理念を唱和しています。<br>2. 法人の組織図はあります。介護運営会議や介護責任者会議等委員会があり役割も明確です。  |      |       |
| <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    | 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. 単年度の事業計画は作成されていますが、中長期計画は確認出来ませんでした。<br>4. 部署目標を明確にしており、課題達成の為に定期的に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、いつでもスタッフ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. 介護保険法や労働基準法等、必要な法令をファイルにまとめています。<br>6. 職員満足度調査を行っています。法人理事長出席の部門別ミーティングを実施し、現場の意見を吸い上げる仕組みはあります。<br>7. 緊急連絡網、緊急時マニュアルを策定しています。連絡用のパソコンもあり、Eメールを使つての連絡体制が確立しています。 |      |       |

| 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>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. 採用基準が明示しています。無資格者も採用していますが、採用後に初任者研修を受講できる仕組みになっています。常勤登用試験もキャリア段位制度のシートを使い、毎年行っています。</p> <p>9. 年間の研修予定は策定しています。本事業所は法人の研修の中核を担っています。</p> <p>10. 研修・実習受け入れマニュアルを策定し、実習指導者を配置しています。外部研修に実習指導者が参加し、他事業所へも伝達研修を行っています。</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、スタッフの労働環境に配慮している。  | A    | A     |
|                    |     | ストレス管理        | 12  | スタッフ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    | B     |
|                    |     | (評価機関コメント)    | <p>11. 衛生委員会の定期巡回により現場の問題点（器具や環境）を確認しています。有給休暇取得状況は法人一括管理しています。</p> <p>12. 職員が法人内の医師や所属施設以外のマネージャー等に相談できる体制はあります。外部カウンセラーは配置していません。福利厚生制度は、個人で加入する為利用が少ないようです。又、日中の休憩室は整備していますが夜勤者の仮眠室は整備していません。</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    | 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)    | <p>13. 法人の機関誌『せんしゅん』を年4回発行しています。「涼やかスポット事業」や見学会等の受け入れ体制は有ります。</p> <p>14. 地域交流スペースを設けて、開放しています。家族会は、不定期ではありますが今年は2回実施しています。施設見学会も実施しています。</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) | <p>15. ホームページ、パンフレットに料金や部屋の写真を明示しています。問い合わせ記録も確認出来ました。</p> |                                    |      |       |

|                   |    |   |   |   |
|-------------------|----|---|---|---|
| (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)        |    | 16. 重要事項説明書でサービスの内容や利用料金を説明して利用者本人の同意を得ています。判断能力に支障がある場合には家族の同意を得ています。成年後見制度の活用も確認できました。  |   |   |
| (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)        |    | 17. 所定のアセスメント様式を用い、施設ケアマネジャー、相談員がアセスメントを実施しています。<br>18. アセスメントに基づき、個別援助計画を策定しています。<br>19. 事業所に医師、看護師、PT等を配置し、随時意見照会を行っています。<br>20. モニタリングは1か月に1回行っています。   |   |   |
| (4) 関係者との連携       |    |   |   |   |
| 多職種協働             | 21 | 利用者の主治医をはじめ、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)        |    | 21. 施設長が医師であり、また、系列病院より週一回の訪問があります。他事業の情報をファイルして紹介出来る仕組みや、虐待等緊急避難を受け入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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22. 法人全体で作成した介護サービスマニュアルを年1回定期的に見直しを行っています。ただし、現場からの意見を集約しているかは確認できませんでした。<br>23. 記録管理規定を策定していますが、記録の持ち出しに関する規定が確認出来ませんでした。<br>24. 各階、部署で送りノートを作成し、情報を共有しています。<br>25. 家族も交えてのカンファレンス等を週に1回開催し、情報交換を行っていました。 |   |   |
| (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、スタッフ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. 法人で感染マニュアルを作成し、毎年更新しています。法人の感染対策委員会に参加し新しい情報を得ています。<br>27. 清掃は外部業者に委託しています。臭気対策も行われています。  |   |   |

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| (7)危機管理    |    |   |   |   |
| 事故・緊急時等の対応 | 28 | 事故や緊急時、災害発生時等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) |    | 28. 事故・緊急時マニュアルを策定し、研修を実施しています。<br>29. 事故防止検討会で事故についてカンファレンスを行い、介護安全管理委員会で評価し、フィードバックにしています。<br>30. 法人の非常災害マニュアルは確認出来ました。事業所として地域を意識したマニュアルの作成が望まれます。 |   |   |

| 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    | 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. 理念・運営方針に利用者尊重について明示しています。研修も年に1回開催しています。<br>32. プライバシー保護についてのマニュアルを基に、年1回研修会を行っています。入浴は個浴対応で、排泄は全戸個室対応です。<br>33. 在宅強化型老健であり、常に空床が有る様に対応しています。満床で対応しきれない場合には他事業所や法人内の事業所を紹介する仕組みがあります。 |      |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情などの受付</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。   | A    | A    |       |
|                         | (評価機関コメント)            |     | 34. 利用者満足度調査や利用者懇談会を開催し、利用者の意向を収集し、分科会等で改善策等を検討しています。ただし、意見箱は設置場所に工夫が必要です。<br>35. 利用者の意向を収集し、分科会等で改善策を検討する仕組みがあります。<br>36. 第三者相談窓口を重要事項説明書にて確認出来ました。また、介護相談員も受け入れています。                    |      |      |       |
| <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。   | 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スタッフ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. 利用者満足度調査を実施し、その結果を分析して対応計画を立ててサービス提供に努めています。<br>38. サービスの質の向上に向けて各種ミーティング等で検討し、法人内の事業所間で情報を共有しています。<br>39. 今回が初めての受診では有りますが、ISO認証を取得しており、内部監査を定期的に行っています。                             |      |      |       |