

# アドバイス・レポート

令和元年 11 月 25 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

令和元年 10 月 10 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（**介護老人保健施設とちのき**）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<br/>(※)</p> | <p><b>1) 理念に基づいた事業展開</b></p> <p>法人理念は職員証に入れて各職員が携行するとともに、理念・運営方針に基づき事業所の年間事業計画を策定し、施設目標、各部署目標を設定して取り組まれています。また、事業計画に沿って職員の個人目標も設定して定期的に評価されており、法人・事業所の運営から職員の個人目標に至るまで一貫した事業運営に取り組まれていることを確認致しました。理念・運営方針に基づいて一貫して各事業部門、職種の目標を設定することは、法人・事業所の考え方や目指す方向性を各職員が理解しやすく、安定した事業運営に繋がるものと考えられ、特に多様なニーズを持たれる利用者を受け入れられる老人保健施設にあつては、利用者の生活の安心にも繋がるものと考えられます。</p> <p><b>2) 利用者本位のサービスの提供</b></p> <p>サービスを提供するに当たって、業務優先ではなく利用者本位に力を入れておられ、月一回のサービス向上委員会では利用者本位の観点から様々な業務内容について検討されています。サービス提供に当たっては、利用者の生活に彩りを添える各種行事やクラブ活動、外出レクリエーション等多彩なプログラムを提供したり、居室案内では、「装具は自身で装着しましょう」等利用者個人向けの看板で自立支援に繋がる配慮をされる等、施設サービスの様々な場面で利用者の立場に立った取り組みをされていること確認致しました。また、特に利用者・家族とは信頼関係を築くことに重点を置いておられ、入所時の説明に際しては、施設長自ら時間を取って医療面から、日々の状態変化やリスク、今後の見通し等について話をされるなど、利用者・家族が安心して利用できる施設作りに努められています。</p> <p><b>3) 職員育成への取り組み</b></p> <p>法人でキャリア別研修計画を整え、法人内研修、施設内研修、外部研修等様々な研修機会を設けられ、個別の研修履歴も把握されています。また、施設長により介護職員を対象として、介護職員として知っておくべき医療知識を伝える医学勉強会を月一回実施したり、特に人権、プライバシー、虐待等に関しては、施設長により全職員参加の必須研修を実施される等、様々な研修機会を施設として確保されています。サービス提供の根本となる原則的な内容から、実用的な内容まで、きめ細かく学ぶ機会を設定することにより、質の高いサービスの提供に繋がっていることと思われます。</p> |
|-----------------------------|--|

|                           |  |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p> | <p><b>1) 意見・要望・苦情等への対応</b></p> <p>相談・苦情対応処理マニュアルを整備して苦情等に適切に対応され、利用者とは随時に面談も実施されていますが、利用者懇談会等広く利用者の要望等を把握する取り組みは実施されていませんでした。また、利用者からの苦情・要望等の内容や対応状況の公開や、介護相談員等利用者が任意に相談できる第三者の導入も未実施とのことで、広く利用者の意見や要望等を確認して事業所として適切に対応し、サービスの質の向上に繋げていく仕組みの整備が必要と思われました。</p> <p><b>2) マニュアル類の整備</b></p> <p>業務に関する各種のマニュアルや規程類は法人、事業所で大変詳細なものを整備し、フロアに配置されていましたが、同様の内容が複数のマニュアル等に重複して記載されていたり、例えば情報に関するプライバシーについて、プライバシー保護マニュアルと別に個人情報保護マニュアルに記載されている等、一つのテーマについて別々の所に記載されているものがあるなど、全体的に使いにくいものとなっていました。サービスを提供する際に、適時に標準となる業務内容や、配慮すべき点を確認し、現場でより活用しやすくするために、マニュアル類全体の整理や、別途標準的な手順書を整備することが必要と思われまます。</p> <p><b>3) 日常生活動作の工夫</b></p> <p>全体的に車椅子を使用される利用者が多くおられ、日中車椅子で過ごされることが多い印象でした。食事の時も車椅子で過ごされており、食事姿勢の確保の点からも配慮が必要と思われました。利用者アンケートの中にも日常動作の中での機能訓練に関する意見もあり、施設で実施される機能訓練とは別に、日常生活の中での様々な自立的な生活動作を促すことで、より利用者の生活の質を維持することに繋がるのではないかと考えられました。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p>          | <p><b>1) 意見、要望、苦情等への対応</b></p> <p>利用者の要望等を具体的に聴き取るために、改まった機会を設定するのではなく、例えばフロアや小グループでも、レクリエーションやちょっとした余暇の時間を利用して自然な形で利用者の声を聴き取る機会を持つなど工夫されてはいかがでしょうか。また、苦情や日常的に聴き取った要望等に関しては、個人情報に配慮しながら、掲示やホームページ等で公開されると、他の方の同様の要望等も引き出しやすくなると考えられます。また苦情・要望等の対応を公開することは苦情・要望等に適切に対応していることを第三者に示す機会でもあり、事業所に対する信頼にも繋がることと思います。介護相談員等の外部の相談機会については公的な利用できる制度があるかどうかをまず確認した上で、利用できる制度がなければ、施設や法人で独自に、民生委員など地域の公的な立場の方や学識経験者など、利用者が任意に相談できる第三者的な立場の方を確保する方法も検討されてはいかがでしょうか。</p>  |

|  |   |
|--|---|
|  | <p><b>2) マニュアル類の整備</b></p> <p>詳細な解説等を網羅したマニュアル類とは別に、サービスの現場に必要な業務内容を確認できるように、業務の項目毎に各業務の標準的な実施手順や配慮すべき点を簡潔に整理した、現場で活用できる手順書を整備されてはいかがでしょうか。標準的な業務手順を現場で逐次確認することで、施設全体のサービスの質を揃え、向上させることに繋がることと思われます。また、標準的な業務の手順書は、新規採用職員の習熟度を確認する手掛かりとしても活用できるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 日常生活動作の工夫</b></p> <p>移乗が可能な利用者には、日中は椅子やソファに座り替えて過ごして頂くようにされてはいかがでしょうか。そうすることにより、より安定して安楽な状態で日中過ごして頂く事が期待できると思います。また、食事中、車椅子のフットレストに足を乗せたまま食事をされていましたが、足を床に下ろすことで食事の姿勢がより安定することと思われます。その他の様々な生活場面での動作についても一日の生活の流れの中で確認し、必要な動作の支援の仕方を盛り込んだ手順書を整えられてはいかがでしょうか。その手順に従って統一したケアを提供することにより、全体的な利用者の機能維持を確保するとともに、在宅復帰にも繋が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)

※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                    | 2651480010                          |
| 事業所名                     | 介護老人保健施設とちのき                        |
| 受診メインサービス<br>(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<br>(複数記入可) | (予防)短期入所療養介護、(予防)通所リハビリテーション、居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日                  | 2019年10月31日                         |
| 評価機関名                    | 一般社団法人京都市老人福祉施設協議会                  |

| 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。   |      | B    | A     |
|                            | (評価機関コメント)        |     | 1) 理念、運営方針は事業計画の中に明示し、広報誌や掲示により利用者・家族にも周知されています。2) 法人の理事会、経営会議、業務推進会議、事業所の代表者会議、フロアミーティングで適切に組織的な意思決定を行われています。   |      |      |       |
| <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) 理念、運営方針に基づき研修計画や行事計画も盛り込んだ事業計画を策定し、月一回のサービス向上委員会で実績を確認されています。施設の中・長期計画も策定されています。4) 事業計画に基づき、施設目標、各部署の目標を設定し、毎月評価を行なわれています。  |      |      |       |
| <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) 法人のコンプライアンスマニュアルの他、施設の基本マニュアルにもコンプライアンスと倫理規程を盛り込み、職員に周知されています。6) 年2回、面談シートを用いて所属長による職員面談を実施される他、随時に職員面談を実施し、業務や事業所に対する思い等も聴き取られています。7) 施設長、事務長には24時間電話により連絡を取れる体制を採られ、連絡が取れない場合にも法人で対応できる体制を整えられています。 |      |      |       |

| 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。   | 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。  | B    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 8) 職員状況を常時把握し、高い常勤比率、有資格者数を確保し、常勤職員はほぼ全員が介護福祉士資格を持たれています。無資格者にも研修案内や勤務調整により資格取得を支援されています。9) キャリア別の研修計画を整備し、また様々なテーマでの施設内研修や施設長による医療勉強会等を実施し、外部研修にも施設で費用を負担して参加されています。10) 実習受け入れマニュアルを整備し、様々な研修を受け入れられています。実習指導者研修を受講した職員を配置し、法人内の他施設の実習指導者とも交流されています。 |      |       |
| <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    | 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)    |    | 11) 有給休暇の消化率や時間外労働をデータで管理し、有給休暇の消化率は高く時間外労働もほとんどないとのことでした。リハビリ担当により腰痛予防のための研修等も実施されています。12) 併設の病院の医師を産業医としてストレスチェックや相談できる体制を整えられています。ハラスメントの相談窓口は、施設としては事務長・所属長を位置付けられていますが、法人本部で対応できる体制を整備中とのことでしたので、引き続き整備を進められることを期待致します。                          |      |       |
| <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。  | 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。  | B    | B     |
|                     |     | (評価機関コメント)    |    | 13) 施設の広報誌や法人の機関誌で事業所の理念や情報を公開し、近隣の学校等から多数ボランティアも受け入れられています。14) 町の高齢福祉審議会や地域包括支援センター等に委員として参加されていますが、施設として介護予防教室の開催など、地域に向けた施設機能の還元や働きかけはまだ実施されていませんでした。  |      |       |

| 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>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) ホームページやパンフレットにより、事業所に関する情報を提供されています。利用申込書の中に料金表等もセットして準備されています。  |      |       |
| <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)  |    | 16) 契約書、重要事項説明書により利用料金やサービス内容説明し、同意を得られています。成年後見人制度の利用の実績もあるとのことでした。 |      |       |

| (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) 法人内に3か所ある老健に共通の法人オリジナルのアセスメント様式を用いて、3か月に一回アセスメントを実施されています。18) 個別援助計画策定に当たっては本人・家族の意向を確認して策定されていますが、サービス担当者会議への本人・家族の参加は3割程度とのことで、会議の持ち方や日程調整等工夫の余地があると思われました。19) サービスを担当する各職種が参加してカンファレンスを実施し、個別援助計画を策定されています。20) 3か月に一回個別援助計画の見直しを実施するとともに、利用者の状態の変化に応じてカンファレンスを開催し計画を見直されています。   |   |   |
| (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)        |    | 21) 診療情報提供書や退院前カンファレンス等により、医師や関係機関と連携し、情報を共有されています。在宅復帰に際しては、在宅のケアマネジャーと退所前カンファレンスや退所前訪問等により連携し、3割程度の利用者が在宅復帰されているとのことでした。   |   |   |
| (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 | 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)        |    | 22) 各種の詳細なマニュアル類を整備し、マニュアルの見直しは事業計画に位置付け毎年一回実施されています。マニュアルによっては、複数のマニュアルに同様の内容が記載される等、現場で標準業務を確認する手掛かりとして活用するためには、整理が必要と思われるものが見られました。23) サービス提供に係る記録は、個人情報保護規程等により適切に管理されていました。24) 利用者の状況等に関する情報は、療養管理日誌、カルテ、申し送りノート、朝夕の申し送り等で共有されています。記録類は手書きのものが多く、業務の効率化の観点からは将来的にはパソコンシステムの活用等も検討されてはいかがでしょうか。25) 面会時やケアプラン説明時等に利用者家族と情報交換し、年二回手紙により利用者の日常の様子などを家族に知らせておられます。 |   |   |
| (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 | A |
| (評価機関コメント)        |    | 26) 感染症対策マニュアルを整備し、随時更新されるとともに、事業所内外の研修に参加し職員の理解・周知を図られています。27) 居室・共用部分とも外部業者への委託により掃除されており、事業所内は清潔に保たれていました。  |   |   |

|            |   |  |   |   |
|------------|---|--|---|---|
| (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 | A |
| (評価機関コメント) | 28) 事故防止対策マニュアルを整備し、事故対策の研修についても施設内研修、法人内研修により、事故類型に応じた研修を実施されています。29) 事故発生時には事故発生の防止及び発生時対応の指針により対応し、事故検討が行われています。30) 消防計画、非常災害対策計画を整備し、所定の消防訓練の他、年一回防災研修や災害研修を実施されています。施設は福祉避難所に指定されています。 |  |   |   |

| 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)            | 31) 理念・運営方針に基づいたサービスの提供に努められ、年二回全職員対象の人権等の尊重に関する研修を実施されています。32) プライバシー保護マニュアルを整備し、全職員を対象とする研修も実施されています。個人情報に関するプライバシーについては、別マニュアルに記載されていて、一つのマニュアルにまとめられた方が使いやすいのではないかと考えられます。33) 相談員・ケアマニュアルに入所基準を定め、随時入所判定会議を実施し適切に入所者の決定が行われています。 |   |   |   |
| (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。                | B | B |
| 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。            | B | B |
| 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)            | 34) 随時利用者の面談は実施されていますが、定期的な利用者の個別面談の機会の確保や利用者懇談会は実施されていませんでした。35) 相談・苦情対応マニュアルを整備し、苦情等への対応は記録にも残されていますが、苦情等の内容や対応状況は公開されていませんでした。36) 第三者の相談窓口は重要事項説明書に記載し、施設内にも掲示されていましたが、介護相談員等、施設・法人外で、客観的な立場で利用者の相談・要望等を聴き取る仕組みの導入はされていませんでした。    |   |   |   |
| (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。                           | C | 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)            | 37) 満足度調査はこの一年は実施されていませんでしたが、過去には実施され、結果を代表者会議やサービス向上委員会で検討されています。38) 法人の業務推進会議で、老健協からの情報などを収集し法人内3か所の老健で共有されています。39) 定期的に第三者評価を受診し、中長期計画や部署目標の評価を実施されていますが、今後は更に一定の客観的な基準を用いて定期的に事業評価を実施することも検討頂ければと思います。                           |   |   |   |