

# アドバイス・レポート

平成30年1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

平29年10月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた老人保健施設白寿につきましては、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>○在宅復帰を目指すチームケア</b><br/>本事業所は、在宅復帰に力を入れておられ、ケアプランは退所後の生活を視野に入れて作成し、チーム（医師、相談員、施設ケアマネ、看護師、管理栄養士、セラピスト）で毎週サービス担当者会議を開催して、サービス提供されています。利用者さんが得意な作業などのレクリエーション、生活リハビリ、外出企画、一人ずつの入浴介助など、ケアにおいても法人理念の「ほっとできる環境でいきいきした生活の応援」を実践されています。</p> <p><b>○地域貢献</b><br/>同法人の地域包括支援センターと共同でオレンジカフェの開催や、秋祭りなど地域にも開放している年間通じた行事を開催し、事業所が有する機能を地域に還元されています。</p> <p><b>○教育体制の充実</b><br/>研修広報委員会で教育訓練計画書を毎年作成し、年間通じて施設内研修が開催されています。内部研修の講師を職員が担うことで主体的に学ぶ仕組みになっています。プリセプター制度が導入されており、OJTや年2回の面接時に評価を継続的に受けられるシステムがあります。資格取得支援を年度活動目標の一つに掲げ、職員のキャリアアップややりがいへの支援を行っています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由<br/>(※)</p> | <p><b>○有給消化率向上</b><br/>働き続けられる職場作りとして、育児のための深夜業務規制を独自に作成、実施されていることや育児・介護休業法の実施など労務管理されていますが、有給休暇の消化率については、職員によって消化率に大きく差がありました。</p> <p><b>○第三者への相談機会の確保</b><br/>利用者や家族の相談や苦情窓口としてご意見箱の設置や3ヶ月ごとの利用者・家族面接、家族交流会の実施、毎年実施の満足度調査など様々な機会を通じて意見を収集されており、その意見をサービスに反映する仕組みがあります。しかし法人の方針で現在第三者による相談窓口は設置していません。</p>   |

|                  |   |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>医療法人医仁会老人保健施設 白寿は 地下鉄石田駅からすぐのアクセスの良い場所にあり、地域の様々なニーズに応えられるよう介護老人保健施設を中心に、訪問看護、デイケア、居宅介護支援、地域包括支援センターなど、多機能を備えた施設です。介護老人保健施設は、在宅復帰・在宅療養支援機能加算算定施設で、利用者が在宅復帰や社会参加を果たせるよう全職種が協同して支援、地域への貢献や、人材育成と質の向上を柱に施設運営サービス提供に取り組んでいます。</p> <p>更なる利用者の満足度やサービス向上にむけて、今回の調査におけるアドバイスを以下にお示します。</p> <p><b>○有給消化率向上</b><br/>働き方が社会で見直されている昨今、有給休暇の取得率については施設として明確な目標設定を検討されてはいかがでしょうか。リフレッシュしてさらに仕事に集中できれば、施設にも職員にも利用者にも良い結果をもたらすことができると考えます。</p> <p><b>○第三者への相談機会の確保</b><br/>施設内に第三者委員やオンブズマン機能を導入し、利用者や家族が遠慮なく利益関係ではない外部の相談員に相談できる環境を整えることは、施設の潜在的課題の発見やサービスの更なる向上につながると考えますので、是非、導入を検討してください。</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                    | 50980119                             |
| 事業所名                     | 老人保健施設白寿                             |
| 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) | 通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅介護<br>支援、訪問看護 |
| 訪問調査実施日                  | 平成29年11月22日                          |
| 評価機関名                    | 京都社会福祉士会                             |

| 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. 組織の理念及び運営方針は、施設長や管理者が参加する毎月の運営会議や、フロア会議（通所リハビリテーションフロア、一般棟フロア、訪問看護フロア等）を組織の理念や方針を周知しています。方針展開表で各フロアの役割理解の増進や目標達成状況を確認しています。また、利用者、家族へは、施設交流会等を通じて理解促進を図っています。<br>2. 月1回の運営会議は、施設長や各所属長が出席し各部署ごとの意見を反映する仕組みになっています。また、組織・職務分掌権限規定によって、権限と責任が明確になっています。 |      |       |
| <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. 事業所独自でISO「9001」を認証取得しています。中期を3年、長期を5年とした事業計画があります。単年度の事業計画を策定するにあたっては、各フロア会議で職員から出た意見を運営会議で反映しています。方針展開表にて毎月進捗状況を把握、さらに6ヶ月毎に再評価を行っています。<br>4. 各部署、職種ごとに重点課題の設定と具体的課題解決計画を作成し、取り組んでいます。毎月のフロア会議で方針展開表に基づく達成状況を確認しています。                                 |      |       |

| (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. 「コンプライアンス管理規定」で法令をリスト化しています。法令集や集団指導の資料は事務所でいつでも閲覧出来るようになっています。年2回、職員が順次担当して自主点検を通じて、理解に努めています。<br>6. 組織・職務分掌権限規定において経営者・管理者の責任を明文化し、表明しています。組織活性プログラムで上司を評価する仕組みがあります。管理者は、月1度開催している「フロア会議」からの報告、相談、提案から出た意見を吸い上げています。<br>7. 管理者は当日の勤務内容、計画事業担当分の遂行状況など、毎日管理日誌で把握しています。緊急事態発生時は「緊急時対応マニュアル」等に従って管理者に報告しています。管理者は常時携帯電話を所持し、いつでも指示を出せる仕組みになっています。 |   |   |

| 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>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)    |     | 8. 「資格取得支援に関する規定」に基づき、資格取得支援を年度活動目標に入れ、実施状況の把握に努めています。<br>9. 研修広報委員会により、毎年教育訓練計画書を作成しています。内部研修は職員が講師になり、多岐に渡るテーマの計画的な実施がなされています。また、外部研修案内を施設内掲示で周知し、職員が研修参加希望が出せるようになっています。プリセプター制度を導入しており、年2回の面接でレベルの確認をし、職員のモチベーションアップにつなげています。<br>10. 実習生受け入れマニュアルに基づき、看護系、介護系の大学や専門学校の実習を受け入れています。個人情報保護のために実習生から誓約書を取っています。 |      |      |       |
| <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。   | A    | A    |       |
|                     | (評価機関コメント)    |     | 11. 育児のための深夜業務規制を独自に作成、実施しています。月1回衛生管理委員会で職員の労働環境の検討、改善を図っています。有給休暇の消化率を管理していますが、職員によって消化率に大きく差があり、全体で24%となっています。<br>12. 法人内臨床心理士を相談役としてメンタルヘルスの相談体制ができています。年1回職員の満足度調査を実施し、衛生管理委員会で改善のための対応を検討しています。ハラスメントの規定を整備しています。  |      |      |       |

| (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) |    | 13. 広報誌『ほのぼの』や『白寿通信』、パンフレットなどで、情報公開を行っています。また、七夕行事やフェスティバル等で地域交流を実施しています。ホームページでは、行事開催予定の案内など随時更新される情報を見ることができます。<br>14. 家族交流会や、オレンジカフェなどにより、事業所が有する機能を地域に還元しています。また、他介護事業所を施設に招いて福祉避難所に関する説明会を施設主催で開催しています。 |   |   |

| 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)              |     | 15. 施設玄関にパンフレット等を設置していました。また、ホームページでは施設のサービス内容や取り組み、雰囲気などの情報が分かりやすく掲載され、随時更新されています。   |    |      |      |       |
| <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. 契約書や重要事項説明でサービス内容や介護保険対象外サービスの利用料に関することを説明し、書面で同意を得ています。  |    |      |      |       |
| <b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b> |     |   |    |      |      |       |
| 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. アセスメントは武田病院グループ共通の書式（基本情報シート、くらしデザインシート）を活用し、詳細に記入しています。<br>18. 利用者・家族面談等で希望を確認した上で、個別援助計画の課題や目標を設定して同意を得ています。<br>19. 医師や関係多職種が参加するサービス担当者会議でケアプランを作成しています。<br>20. 3ヶ月に1回、モニタリングと再アセスメントを実施し、状態の変化に応じて適時職種間で検討の上、計画の見直しを行っています。計画変更の基準は施設介護支援専門員業務手順書に定めています。 |    |      |      |       |
| <b>(4) 関係者との連携</b>      |     |   |    |      |      |       |
| 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. 利用者の主治医や提携医療機関と連携を図り、退所前訪問指導に同席依頼するなど、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等とも有機的連携を図っています。  |    |      |      |       |

(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)        |    | 22. 業務マニュアルや手順書を整備し、年に1回見直しを行っています。また、サービスが手順書通りに実施できているか「教育項目チェックリスト」で確認しています。<br>23. 各種の記録は、個人情報保護や記録開示の視点から年1回研修を実施するとともに、記録管理規程に基づき管理しています。ケース記録はケアプランの課題ごとに記録しています。<br>24. 朝礼・終礼時に申し送りを行い利用者の情報共有を行っています。また、個別に3ヶ月に1回はカンファレンスを実施し、職員全員が把握出来るように業務に入る前に管理日誌、議事録で確認する仕組みにしています。<br>25. 利用者・家族と3ヶ月に1回面談し情報交換を行っています。また、家族交流会を開催して施設全体の情報共有をしています。 |   |   |

(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 | A |
| (評価機関コメント) |    | 26. 衛生管理・感染対策委員会にて年に1回見直している感染予防マニュアルと、嘔吐物などの始末がすぐにできるグッズを各フロアに設置しています。感染予防を講じるために毎年度職員全員に対し研修を実施しています。<br>27. 清掃業者が定期的に清掃を実施しています。作業確認や業者評価をISOに基づき施設で行っています。物品やカルテを所定の場所に整理して保管しています。 |   |   |

(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) |    | 28. 安全対策委員会にて年1回見直ししている「事故発生対応マニュアル・緊急時対応マニュアル」に基づき事故防止の研修は年2回異常緊急時対応の研修は年1回以上実施しています。<br>29. 事故発生時は、事故発生時対応マニュアルに基づき対応し、家族や関係者、保険者に速やかに連絡しています。「コールバック連絡書」を活用して再発予防に努めています。ヒヤリハットは「ほっと報告書」を作成し、事故を未然に防ぐために安全対策委員会にて分析、統括管理を行っています。<br>30. 防災計画に基づき年2回夜間含む消防訓練を実施しています。水や食料を備蓄、災害時は要援護者を地域から13名受け入れる等の非常災害対策計画を策定しています。 |   |   |

| 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>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. 権利擁護・身体拘束・虐待防止に関する研修を年1回実施しています。安全対策委員会で身体拘束に関する規程に基づき、高齢者の尊厳に配慮したサービスを提供しています。<br>32. 介護業務手順書の中にプライバシー保護マニュアルがあります。プライバシー保護に関する研修を年1回実施し、職員に周知しています。<br>33. 相談員業務手順書の入所選考基準に基づき週1回、利用判定会議を実施し公平公正に入所判定を行っています。  |      |      |       |
| <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)            |     | 34. 各フロアに「ご意見箱」を設置している他、ご意見ハガキで利用者・家族からの意見を把握し、サービス向上委員会で取りまとめています。3ヶ月に1回の個別面談、および年3回の家族交流会で意向を把握しています。<br>35. 苦情等は「不具合管理規及び是及び予防処置管理規程」に基づく対応を行っています。コールバック連絡書で管理者に報告し、サービス向上委員会で検討しサービスの改善につなげています。苦情内容や対応内容等は広報誌で公表しています。<br>36. 第三者の相談窓口は設置していません。公的機関等相談窓口は重要事項説明書に記載し、利用者・家族に説明をしています。 |      |      |       |
| <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    | 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)            |     | 37. 年1度、満足度調査を実施し、結果を各フロア会議で分析しています。改善が必要な内容について具体的な目標を掲げ、次年度年度の計画に反映しています。<br>38. 各部署から選出したメンバーによるサービス向上委員会を中心に、フロア会議、運営会議でサービス内容の検討を行い、会議録は全員に回覧しています。<br>39. ISO9001認証を取得するとともに、第三者評価についても定期的に受診しています。年度初めの事業計画に対し、年度活動目標に基づきサービスを提供、毎月各フロア会議で進捗状況を確認しています。                               |      |      |       |