

## アドバイス・レポート

平成31年2月14日

平成30年12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西の京につきましては、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>II 組織の運営管理          職員の定着率を高めるため、直接雇用比率を100%、常勤比率を76.3%とし、介護職の介護福祉士比率をこの2年間で81.2%まで高め、労働環境を安定させ、充実されています。有給休暇消化率は48.7%と高く、また、1日の労働時間が7時間と設定されている中、タブレットの導入による記録の電子化により、常勤介護職の直近の超過勤務時間実績平均が6.3時間まで短縮され、導入の成果があがっています。職員の仮眠・休憩室のスペースは業務から離れられる場所を確保され、十分な広さが確保されています。</p> <p>通番21 多職種協働          ご利用者の支援のために関係機関と有機的な連携を密に取られています。地域包括支援センターからの困難事例の協力依頼にも迅速に対応され、入所から次の生活につながるまで密な連携をされています。</p> <p>通番34 意見・要望・苦情の受付          昨年度より苦情解決委員会をサービス向上委員会に改変し、外部の委員を招き、毎月ご利用者から受け付けた意見・要望・苦情について検討し、サービス改善に積極的に取り組まれています。</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          現場の従業者への職務に応じた権限の委譲と責任の明確化を規定した書類の確認ができませんでした。</p> <p>通番5 法令遵守の取り組み          現場職員へ法令等を周知する取り組み、法令遵守の取り組みが確認できませんでした。</p> <p>III (3) 個別状況に応じた計画策定          個別援助計画の作成に当たっては、アセスメントとモニタリングにおいて、記録が不十分で、計画作成の手順が確認しにくい状況です。</p> <p>通番22、26 業務マニュアルの作成、感染症の対策及び予防          マニュアルは、作成後定期的に見直しをされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番2 組織体制          現場の職員の職務権限一覧の作成が求められます。</p> <p>通番5 法令遵守等の取り組み          現場職員向け法令等の周知・遵守のための研修が求められます。</p> <p>III (3) 個別状況に応じた計画策定          現在電子記録を開始されています。その中にある計画書作成のソフトを利用されることで、確実な手順を踏んだ計画書作成が可能と考えます。早急に使用されることをお勧めします。</p> <p>通番22、26 業務マニュアルの作成、感染症の対策及び予防          マニュアルは、作成後定期的にも内容を確認する事で最新の情報や施設内で発生した事故等の内容を反映した、実務書としての有用性が高ま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。

# 評価結果対比シート

事業所番号	2650380021
事業所名	社会福祉法人保健福祉の会 介護老人保健施設西の京
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)	短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成 31 年 1 月 31 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。	B	B
		(評価機関コメント)		理念、運営方針等は玄関口に掲示されているほか、パンフレット等にも表示されています。年度当初の総括会議等で職員全員に配布し、周知徹底しています。法人内には、理事会、管理委員会、主任会議、部会などがあり、上層部からの指示の伝達のみならず、現場からの意見を募ってまいります。現場の従業者への職務に応じた権限の委譲と責任の明確化を規定した書類の確認ができませんでした。		
<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)		中長期計画は3～5年先を目処に作成され、その過程で必要に応じて変更・修正されています。事業計画は、法人内から幅広い意向を受け、年度ごとに作成されています。また、それを基に職場フロアごとの課題設定がなされています。これらは半期ごとに評価、見直しが行われています。		
<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。	B	B
		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)		事務長は法令に関する研修に参加するほか、法人グループの勉強会等で最新の法令改正を学んでいます。施設長は2018年12月発行の創立20周年記念誌で職務遂行への気持ちを表明しています。法令リストは作成されていますが、現場職員へ法令等を周知される取り組み、遵守する取り組みが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>II 組織の運営管理</b>						
(1) 人材の確保・育成						
		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	B
		(評価機関コメント)		職員の定着率を高めるため、直接雇用比率を100%、常勤比率を76.3%とし、介護職の介護福祉士比率をこの2年間で81.2%まで高め、労働環境を安定させ、充実されています。また、介護職養成講座受講費用貸与規程により介護の資格取得及び介護支援専門員の資格取得支援を行っています。実習の受入れマニュアルがありませんでした。		
(2) 労働環境の整備						
		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)		有給休暇消化率は48.7%と高く、また、1日の労働時間が7時間と設定されている中、タブレットの導入による記録の電子化により、常勤介護職の直近の超過勤務時間実績平均が6.3時間まで短縮され、導入の成果があがっています。職員の仮眠・休憩室のスペースは業務から離れられる場所を確保され、十分な広さが確保されています。		
(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)		広報誌「西の京・都和のはな便り」は、隣接する診療所やカフェにも置かれています。毎年8月には、地域主催の「平和のための盆おどり」に模擬店を出店され、入所者や職員も参加しています。京都中・右京健康友の会主催の「ほっこりサロン」に講師として職員を派遣するなど、積極的に地域との連携・交流を実施されています。		

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>III 適切な介護サービスの実施</b>						
(1) 情報提供						
		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)		パンフレットはA4サイズを三つ折りにされた物でコンパクトな中にも内容が分かり易く記載されています。個別の問い合わせに対しても支援相談員同士が情報共有出来るように対応内容を記録しています。		
(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)		契約書や重要事項説明書は適正に取り扱われています。成年後見人との契約をされている方もおられます。必要に応じた権利擁護の利用の仕組みもあります。		

### (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たうえでアセスメントを行っている。	A	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		入所時の基本的情報を基にアセスメントを実施し計画を作成されています。事前に聞き取った希望やサービス担当者会議にご利用者・ご家族に参加を求めて聞き取った内容で計画を作成されています。変更時のモニタリングやアセスメントにおいては記録が不十分で確認できないものもありました。		

### (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)		病院からの入所に当たっては主治医より診療情報提供を受け、入所後も必要に応じて受診とその情報共有が丁寧に行われています。在宅から入所され、また在宅復帰されるご利用者に関しては担当居宅ケアマネジャーと密な連絡をとられています。地域包括支援センターより困難事例も受け入れ、関係機関とも連携し、次の生活につながるまで積極的に関わりを持たれています。		

### (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。	B	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。	B	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)		業務マニュアルは作成されています。改定履歴を作成し、適時変更はされていますが、見直しの基準が定められていません。毎朝の申し送りには医師をはじめとした多職種が参加され情報共有されています。各階で月に2回定期的に行われるケアカンファレンスにも多職種が参加しています。		

### (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	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	B
(評価機関コメント)		感染対策委員会は感染症の多い冬場は毎月開催されています。その他も2ヶ月に1回、必要に応じて開催されています。感染症を防ぐためマニュアルは作成されていますが見直しの基準がなく、現在検討されています。施設内は清潔に保たれ、臭気もありませんでした。備品のチェックや清掃業者との打合せは定期的なものを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	A

	(評価機関コメント)	緊急時や事故発生時のマニュアルは作成され研修も実施されています。ヒヤリ・ハット事案を含めた事故の事例はレポートにまとめられ安全管理委員会で発生の傾向も含めて分析して対策の検討をされています。また、職員の気づきを促すため「介護施設におけるノンテクニカルスキル」の研修を実施され、業務における平時のコミュニケーションが危機管理に重要であることを学ぶ機会とされています。
--	------------	--

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。	B	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	A
(評価機関コメント)		認知症ケア委員会では人権に関する事例検討を実施され、安全管理委員会では、施設全体で取り組む高齢者虐待防止研修等を開催され、人権や尊厳に関する研修の充実を図られています。プライバシーに関する研修は実施されていませんでした。利用申込については、受け入れられなかったケースの他事業所への紹介も含め、全て電子的に記録管理されています。		

##### (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。	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。	B	B
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口にご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)		毎月開催するサービス向上委員会には施設外の委員に参画していただき、現場からのご利用者の意見・要望・苦情等を毎月5件程度検討し、サービス改善に繋げておられます。年に2回開催されている家族懇談会では「誰に声をかけたらよいか分かりにくい」という意見から、各フロアのエレベーター前に顔写真付きのボードを掲示していました。但し、改善状況についての公開はできておりませんでした。		

##### (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。	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	B
(評価機関コメント)		利用者満足度調査は2017年2月に実施し、今回の第三者評価受診の翌月に実施を予定されています。月に2回グループ内での情報交換の機会を持ち、年に3回近畿の老健事務長の会合に出席することにより、情報収集や情報交換をされています。前回の第三者評価受診は2009年度でした。		