

アドバイス・レポート

平成27年5月14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12月25日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 老人保健施設いわや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>○組織体制と多職種協同 本事業所は、施設独自の基本理念「真心を込め、そして信頼を」のもと、多くの職種が密に連携を図り、運営を行っています。ISO認証を受け、方針や教育、マニュアル整備、法令遵守などに活かしています。また、各フロア会議等で職員一人ひとりの意見を引き出し、管理者と中間管理職が加わった運営会議で事業計画を策定しています。</p> <p>○教育体制の充実 教育研修委員会が年間の「教育訓練計画書」を作成しています。それに基づき階層別に研修計画を立案し、実施しています。さらに個人別に「ステップアップシート」を活用し、実践能力指標をもとに、半年ごとに直属の上司とともに評価をし、各自の目標レベル設定になっています。また、OJT、スーパービジョン体制があり、資格取得への支援研修を実施しています。</p> <p>○地域との交流 定期的に利用者・家族・地域向けに施設交流会を開催し、毎回の参加者アンケートを参考にして講演会を開催しています。また、クールスポットや介護予防教室等に地域に施設を開放しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○中長期計画の策定 単年度の事業計画は方針展開表に基づき毎月評価し、次年度の計画策定につなげていますが、中長期計画は策定していません。</p> <p>○第三者相談機会確保 隣接する大学の教員や学生による月2回の相談の機会を設けていますが、第三者の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いわやの里は「真心を込め、そして信頼を」という施設独自の基本理念を掲げ、在宅復帰を支援、地域への貢献と交流の促進、人材育成と質の向上への取り組みを柱に、多職種協働により施設運営、サービス提供に取り組んでいます。</p> <p>2階フロアは認知症専門棟、3階フロアは一般棟になっています。居室のレイアウトは一人ひとりの運動機能や認知機能にあわせて設定し、安全確保とともに自立支援に取り組んでいます。生活リハビリや個別リハビリを実施するとともに、施設の空間に様々な脳トレーニング教材や書庫を設置しています。現在、在宅復帰率は50%以上であり、介護老人保健施設としての役割を果たしていると言えます。</p> <p>施設では「水害・地震マニュアル」を作成するとともに、地域の災害避難場所となっています。隣接する同グループの特別養護老人ホームとの災害用備品倉庫を設置しています。栄養科で3日分の水・食料を備蓄しています。</p> <p>今回の第三者評価でのアドバイスは下記の通りです。</p> <p>○単年度計画は策定されていますが、単年度では実現不可能な事項もあると思います。また、目標も硬直しがちになります。質の高いサービスの提供に向けて、中長期計画の策定と、中長期計画を踏まえた単年度計画を策定されることを期待します。</p> <p>○毎年顧客満足度調査や地域向け施設交流会などに取り組み、利用者・家族の意向をサービス向上委員会等で検討し、サービスの向上につなげています。これまで苦情が出たことは無いとのことですが、「苦情が1件もないというのは、有り得ない」という視点を持ち続けることは必要と思われる。現在の状況について「利用者・家族が苦情を出しやすい環境か」「この場面ではどのように利用者は感じただろうか」ということを検討していく等の取り組みがなされることを期待します。そうすることで利用者、家族が信頼関係のもとで発言でき、これまで以上に安心してサービスを利用することにつながると考えます。また、そのためにも第三者による相談窓口を設置することをお勧めいたします。</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	2654180013
事業所名	老人保健施設いわやの里
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)	訪問リハビリテーション 介護予防通所リハビリテーション・介護予防 短期入所療養介護 通所リハビリテーション・短期入所療養介護
訪問調査実施日	平成27年2月17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	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	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思決定を行い、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. 平成25年度から施設の理念、基本方針を変更しています。理念・方針を浸透させるため、今年度は臨時の全体会議を開催し全職員に周知徹底し、フロア会議（通所リハビリテーションフロア、認知症専門フロア、一般棟フロア）を通じて、各フロアの役割理解の増進に勤めています。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。 2. 「業務別力量一覧表」「委員会規定」等によって、それぞれに応じた権限、責任を決めています。また、武田病院グループの「福祉事業部」でも組織・職務分掌権限規定、各種会議規定を整備しています。		
(2) 計画の策定						
	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。	B	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. 事業所独自でISO「9001」を認証取得しています。毎年、事業計画を策定、QMSの方針展開表に「事業の評価指標、目標値」を定め、毎月進捗状況を把握、さらに6ヵ月毎に再評価を行っています。「事業の評価指標、目標値」の決定に当たっては、課題の明確化、目標値の立案等に中間管理職も参加し、現場の声を反映する仕組みになっています。しかし中・長期計画は確認できませんでした。 4. 事業計画のもと、「職種別計画」を立案し、各部署、各委員会（またはそれらが連携して）が目標達成に取り組むとともに、「中間管理職会議」では、計画実施等により生じた事項に対する多角的な意見集約、評価等を行い、下期の課題の明確化・達成に努めています。		

(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。	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。	B	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. 把握すべき法令は「コンプライアンス管理規定」に定めています。さらに中間管理職が中心になって、年2回コンプライアンスに関して自主点検を行っています。経営責任者は法令遵守の研修等に参加していませんでした。 6. 月一度開催される管理者による「運営会議」で「中間管理職会議」からの報告、相談、提案に対応する事等、より具体的に管理者の役割と責任を職員に示しています。 7. 勤務表掲示によって職員の勤務状況や所在を把握に努めています。当日の勤務内容、計画事業担当分の遂行状況などは、業務日誌、当直日誌などにより把握しています。又、緊急事態の発生は「事故発生対応要領書」によって管理し、対応は「緊急時対応マニュアル」等に従って行っています。		

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

II 組織の運営管理

(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	A
(評価機関コメント)		8. 毎月「職員配置表」を作成し、人員体制の管理を綿密に行っています。入職に至った資格や経験に応じて、適正な配置をしています。 9. 事業所は実践能力指標を作成し、職員はステップアップシートを記入しています。半年ごとに直属の上司と面談を行い、レベルの確認をしモチベーションアップにつなげています。 10. 実習受け入れマニュアル、毎年作成する受け入れ計画をもとに、専門職実習や地域の小中学校の体験実習を受け入れています。		

(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)		11. 有給休暇消化率を全体、職種別、個人別と半年ごとにデータ化して管理し、取得率にバラつきが出ないように調整しています。 12. 武田病院グループの産業カウンセラーや心理士が行なっているメンタルヘルスサポートを受けることが出来ます。また互助会があり、様々なイベントに優待で参加出来ます。		

(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. 利用者・家族・地域を対象とした施設交流会を年3回開催し、回ごとにテーマを決め講演会を行っています。 14. 施設交流会開催毎に参加者にアンケートを行い、結果を参考にして講演会を開催しています。その他にもクールスポットや介護予防教室などで施設を地域に開放しています。		

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
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		15. 事業所や施設概要が分かるパンフレットがあります。ホームページを随時更新して、親しみやすい表現の工夫をしています。施設見学希望者には個別で日時調整を行い対応しています。			
(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)		16. 重要事項説明書でサービス内容や必要な保険外費用について説明し、書面で同意を得ています。利用者の判断応力に応じて関係機関と連携するなど、成年後見制度利用への支援も行っています。			
(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	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. 「入所工程管理図」「施設介護支援専門員業務手順書」に基づき、独自のアセスメントシート「くらしデザインシート」を使用して、利用者一人ひとりにアセスメントを実施しています。 18. ケアプランの原案を用いて利用者家族と面談し、意向を確認しています。 19. 家族との面談にて、利用者・家族に同意を得たケアプラン原案を用い、多職種による個別計画策定のためのサービス担当者会議を実施しています。 20. 個別援助計画は、利用者個別に入所1週間～2週間後、3か月後、以後は3～6ヵ月ごとにサービス担当者会議を実施し、見直しています。			
(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. 入退所時に、主治医向けに施設医が診療情報提供書を記載します。また退所前訪問指導時に居宅のケアマネジャーに参加を依頼しています。			
(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. 介護業務手順書をQMS推進委員会で管理し、写真も掲載して、職員にわかりやすい内容にしています。文書管理規程に基づき、定期的に見直しを行っています。 23. ケース記録は個別サービス計画書の課題ごとに記録しています。記録の整備、保存、持ち出し、破棄について文書管理規程に明示しています。個人情報に関する研修を実施しています。 24. 朝の申し送りに多職種が参加して情報共有に努めており、必要時はカンファレンスを開催しています。カンファレンスに参加できない職員にはカンファレンス議事録を回覧し周知しています。 25. レクリエーション開催時は、家族に案内文を送付し、来所持に日常の活動の様子を説明しています。カンファレンス前に家族面談を行い、意向を確認しています。		

(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. 各フロアに感染予防のマニュアルを設置しています。感染予防を講じるために職員全員に対し「感染の標準予防策」の研修を実施しています。マニュアルは看護師会議で年1回見直しています。 27. 2か月に1回清掃委託業者と清掃管理委員会を開催し、清掃状況を確認しています。汚物の運搬等では蓋付きカートを使用して臭気予防に努めています。フロア単位で物品等整備や管理のために、日常点検表を作成し、確認を行っています。		

(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. 利用者に関する事故は「事故発生時対応要領書」、急変時は「看護業務手順書」で対応しています。AED研修は、新人を中心にグループ内総合病院で実施しています。 29. 事故発生時は、家族に速やかに連絡し、必要時は個別のカンファレンスを実施し、「コールバック連絡書」に記載しています。ヒヤリハットは「ほっと報告書」を作成し、安全対策委員会で分析、再発防止策を検証をしています。 30. 「緊急時対応マニュアル」に「火災・台風マニュアル」も記載しています。平成25年9月の水害を受けて、「管理当直業務要領書」を改訂し「水害・地震マニュアル」を作成、災害用備品倉庫を設置しています。栄養科で3日分の水、食料等を備蓄しています。消防避難訓練は年2回実施し、施設は地域の災害時避難場所となっています。		

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
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. 年1回、高齢者虐待防止に関する研修を行っています。認知症に関する研修を年5回行い、日々の業務の振り返りや対応を話し合う機会としています。 32. フロア会議で「プライバシー個人情報保護マニュアル」を確認する共に、現状の把握や課題、改善方法を考える機会を持っています。 33. 緊急時受け入れ基準を定め、基準に従って受け入れしています。治療が必要なケースについては適切な施設・病院等を適宜紹介しています。			
(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。	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		34. 要望の収集を図るため、施設からの郵便物送付時に「意見ハガキ」を同封しています。また満足度調査を毎年行い、利用者や家族の意向を拾い上げるようにしています。 35. 施設交流会や行事の際のアンケートや、家族との面談の機会を設け、要望等に対応するようにしています。記録ノートはありましたが、「今まで苦情があったことがない」とのことでした。 36. 隣接する大学の教員や学生による月2回の相談の機会を設けていますが、第三者の相談窓口は設置していません。公的機関の相談窓口のFAX番号が見当たりませんでした。			
(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。	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. 満足度調査の結果を分析しています。改善が必要な内容について具体的な目標を揚げ、次年度年度計画（方針展開表）に反映しています。 38. サービス向上委員会を中心に、各委員会やフロア会議、中間管理職会議、運営会議等、職員が参加しています。複数の会議体で検討が出来る仕組みがあります。 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、結果をサービス評価委員会で検討し、事業計画に反映しています。			