

## アドバイス・レポート

平成28年1月27日

平成27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 リーベン嵯峨野につきましては、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(※)	<p>施設の理念の一つである『敬愛のこころ』が浸透されている様子が、見学をする中で感じ取ることができました。</p> <p>職員間のコミュニケーションが取れていて適切な介護サービスと統一したケアの実施ができていることに好印象を持ち、ヒヤリングの中でご利用者と職員から高い満足度を感じることができました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>各種委員会では、年間目標とスモールゴールを設定して、月に1回詳細な議論、検討を重ねられておりますが、組織運営の方向性を示す上で必要な理念の具現化についての中長期的な計画が確認できませんでした。</p> <p>各会議体の中で研修をされていましたが、年間を通した研修計画などは策定されていませんでした。</p> <p>マニュアルを整備し、ご利用者の生活の向上やスタッフの援助指針として活用されていましたが、定期的な変更に関して、その過程が確認できませんでした。</p> <p>ご利用者のプライバシーに対する配慮について、トイレのカーテンの仕様は検討の余地があると感じました。</p> <p>前回の受診時にアドバイスさせていただいた満足度調査が実施されておらず、意見箱は設置されていますが、意見を書きやすい環境になく、サービスの向上に繋がる情報を収集できる仕組みにはなっていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>組織運営の方向性を示す上で必要な理念の具現化については、ミクロとマクロの視点で方向を見誤らないマネジメントが必要と考えますので、是非、この機会に3年～5年程度の中長期計画の策定をお勧めいたします。</p> <p>「きょうと福祉人材育成認証制度」の認証の取得を予定されております。介護職員の確保や教育の充実を目指すためには、体系的な教育研修計画の策定をお勧めします。</p> <p>マニュアルを見直す際、日々の各記録を点検し、確認、分析、変更の過程で議論、検討したことを記録しておくことで今後の自立支援に繋がる標準的な実施方法となります。また、苦情や事故の検討時などは特にマニュアル変更を伴うことが多いため、変更時に履歴を残したり定期的に見直しの時期を決めたりすれば、現在行われている方法が本当に適切なのかを考える機会となるのではないかと思います。</p> <p>トイレのカーテンについては、これまでも検討されたと聞きましたが、再検討していただくことをお勧めします。</p> <p>今後の老人保健施設の運営を考える時、置かれている状況が変化することは必定で、適切な対応が求められます。満足度調査などによる客観的な指標による振り返りがなされていませんでしたが、調査を実施していただき文章化した形で意見収集をされることで、適切な対応がより望めるのではないかと考えます。将来の施設のあり方を見定める情報としても、広く意見を収集していくことは大切だと思います。是非一度実施していただき、更なる質の向上への取り組みをされることをお勧めします。</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)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2650780014
事業所名	介護老人保健施設 リーベン嵯峨野
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、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、居宅介護、通所介護、介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成 27 年 10 月 30 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。	B	B
	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)			法人の理念については、施設内掲示の他、パンフレット及びホームページに掲載されていました。また、法人が開催する忘年会では、パワーポイントを活用し、法人の理念や事業概要を振り返る機会を持ち、周知されていました。組織としての意志決定は全ての部門管理者が参加する月 1 回の運営会議にて行われていました。		
<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	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)			平成 27 年度事業計画及び組織図による計画の実効性や策定された計画を基に、各委員会にて年間目標及びスモールゴールを策定し、月 1 回の会議で検討され、結果を運営にフィードバックされる仕組みを確認いたしました。中長期計画が策定されておらず、確認できませんでした。		
<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。	B	B
	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)			管理者は日常的には、業務日誌の確認と報告による管理を行い、常に携帯電話での緊急時等の連絡体制をとられており、常に対応できる体制となっていました。法令遵守をするための具体的な取り組みの確認ができませんでした。		

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>						
<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。	B	B
		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。	B	B
		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)	現在、実習生の受入はありませんが、毎年地域の中学生のチャレンジ体験を受入れ、体験後の学生の感想をエレベーター前の掲示板に張り出し、交流を行っていました。			
<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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)	看護・介護職を 2.2 : 1 配置され、休憩場所は詰所隣や職場を離れてゆっくり休憩できる場所を確保され、労働環境への配慮がされておりました。また、福利厚生においても互助会による年 2 回の行事では、日帰り旅行の企画等による親睦を図る機会を確保されるなどの工夫をされておりました。			
<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。	B	B
		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)	法人が受託する地域包括支援センターと協働で、地域の行事に参加する機会を確保し、健康測定会や相談会を実施されておりました。			

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徹底</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)	ホームページやパンフレットは見やすく、必要な事項も記載されておりました。サービス内容なども玄関に掲示されておりました。また、相談員 2 名で見学や問い合わせの希望に対応されておりました。			
<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)	利用約款にてサービス内容と料金を説明され同意を得ておりました。ご利用者に、権利擁護制度を京都市成年後見支援センターのパンフレットにて紹介されておりました。			

(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	定期的又は必要に応じて、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) ICF アセスメントを用いご利用者やご家族から、ご利用者が望む生活上の希望や要望を聞き取り記録されていました。 18) ご利用者やご家族の意向を反映してきめ細かく計画が策定され、できる限りサービス担当者会議への参加を求め、希望を尊重するように配慮されていました。 19) 計画策定に当たり各専門職より意見照会シートで意見を求め、それに基づき策定されていました。 20) 担当介護職員によるモニタリングを基に3か月毎にカンファレンスを開催し、個別援助計画を見直していました。なお、必要に応じてミニカンファレンスを行い、計画の変更を行っていることが確認できました。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		病状の急変等施設で対応できない事例はかかりつけ医に依頼し、情報提供書にて情報提供をされていました。退所する場合、地域の居宅介護支援事業所と緻密に連携していることが確認できました。		
(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、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。	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。	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) 業務マニュアルは整備されており、都度の見直しもされていましたが、見直しの基準を確認することができませんでした。見直しに当たり、苦情の分析と改善策の実行は確認できましたが、顧客満足度の調査・分析に基づいたサービスの見直しとその仕組みを確認することができませんでした。 23) サービス提供によるご利用者の状態の推移等については R4 シート（アセスメントシート）にて取り組まれています。 24) ご利用者の状況等に関する情報は申し送りノートで職員が共有できるようにされていました。 25) ご利用者の日常の様子を定期的に相談員が報告していました。突発的なことはその都度看護スタッフが家族に連絡、報告されていました。		

(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。	B	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	A
(評価機関コメント)		26) リスク・感染委員会を毎月開催していました。担当医師、委員会が主催する勉強会を開催し、感染症についての理解を図っておりましたが、記録が不足していました。常に最新の情報を入手してマニュアルの更新を行い、取り組んでいることも確認することができませんでした。 27) 施設全体に匂いもなく、清潔な環境が保たれていました。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時、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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 事故や緊急時のマニュアルを整備していました。事故や緊急時における責任者は常に連絡が取れる体制にあり、指揮命令系統が明確になっていました。AEDの研修も外部より業者を招き、実践的な訓練が行われていました。 29) 事故対応後には、カンファレンスを行い、報告書を作成していました。適切に対応した上で、状況や原因をご家族に説明していました。 30) 災害発生マニュアルを作成されていました。3月、9月に年2回消防訓練を行っていました。夜間消防訓練も想定して行われていましたが、地域との連携を意識したマニュアルは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>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。	B	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	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)		31) 入所前からの情報だけでなく入所後に現場職員が直接対応する中で、更に情報収集され、カンファレンスで情報共有に努め、実践をされていました。ご利用者へのヒヤリングでも「何かあってもすぐに相談でき、実際対応していただいている」とのことでした。また各居室から、ベランダにも自由に出入りできる環境で、職員が声を掛け合ってリスクに対応されていました。 32) 共同トイレの男性の小便器の前にカーテンがなく、入り口から奥のトイレや、汚染処理室に入る人には、隠すものがない状態でした。またエレベーター前にあるトイレはカーテンで仕切られていました。人の出入りの多い場所であるので、以前にも時間をかけて壁をつけるなどの検討をしたとお聞きしましたが、変更はできていませんでした。 33) 相談員（療養課長も兼務）が事前の情報収集を基に決定しており、お断りすることはほとんどないとのことでした。安全確保の面などで入所が困難と思われた場合、他の事業所を紹介するように決められていました。		
<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。	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。	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) 意見箱は施設の入り口に設置されていたのですが、用紙が事務所受付前においてあり、用紙を取りに行きにくい環境にありました。 35) 汲み上げた苦情や意見には施設の苦情処理報告書にて報告し、検討もされていました。 36) 相談や苦情についての掲示はされていました。施設として特に第三者による介護相談などの受け入れはされていませんでした。		
<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。	C	C
		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。	B	B
		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)		37) 満足度調査は実施されていませんでした。9年前に第三者評価を受けた時にも、満足度調査の実施をアドバイスさせて頂いていますが実施されていませんでした。 38) 各フロア会議から出た意見は療養課会議やマネージャー会議などで検討できる仕組みになっていました。事務局長は運営会議だけでなく、マネージャー会議やリスク会議にも出席して、現状把握に努められています。議論や検討の結果が、施設としての具体的な取り組みにつながっていることが確認できませんでした。 39) 自主点検はされていました。第三者評価は9年前に受診されて以来、受診されておらず、他の評価等もされていませんでした。		