

# アドバイス・レポート

平成27年2月5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8月26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ハ・ヴィラなぎさ苑）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>○業務レベルにおける課題の設定 各ユニットにおいて事業計画に沿ったユニット目標を設定し、毎月開催するユニット会議にて達成状況の確認や見直しが行われています。また、年度末には1年間の各ユニットの取り組み状況等を発表する活動報告会を開催することで、さらに次年度に向けた事業計画の取組みとしています。</p> <p>○感染症対策 感染症マニュアルは随時更新をし、職員研修会も開催して、感染症対応に取り組んでいます。さらに感染症を発症した利用者の受け入れ基準を策定し、利用希望があった場合は対応策を検討した上で、可能な限り受け入れを行っています。</p> <p>○人権等の尊重 利用者の人権や尊厳、プライバシー保護等に関しては、身体拘束防止や権利擁護の研修会等を通じて職員に周知徹底を図るなど、組織として積極的に取り組む姿勢があります。また、利用者尊重に関する施設の方針が各職員によく浸透しており、このことは訪問時の職員の様子からも伺えました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○理念の周知と実践 「なぎさ苑3つのケア方針」を策定し、各ユニット目標を立て、理念の実現に努めていますが、その方針の基本となる経営理念がホームページやパンフレット等に明示していません。</p> <p>○個別援助計画等の見直し 個別援助計画等の見直しは、3～6ヶ月及び利用者の心身状況等の変化によって随時行っていますが、計画変更基準やマニュアルが整備されていません。</p> <p>○意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 苦情・要望等において早急に改善できることは迅速に対応し、管理者への報告や受け付けた意見等は記録に残すなど、今後のサービス提供の参考等にしていますが、その経過や結果は公表していません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑は前回（平成22年）の受診結果を受けて、サービス向上委員会や第三者評価委員会を立ち上げるなど、利用者サービスの質の向上に向けて積極的に取り組んでいます。また、新任職員研修や定期的な施設内研修の開催などにより、職員のスキルアップに向けて、組織的に取り組んでいます。</p> <p>今回の訪問調査における具体的なアドバイスは以下の通りです。</p> <p>○法人経営理念が明文化されていますが、ホームページやパンフレット等に記載されていません。経営理念は法人組織の目指す目標を具現化するものでありますので、より多くの方に周知するためにも記載されることをお勧めします。</p> <p>○業務マニュアルは整備していますが、見直しの基準や、利用者からの苦情・要望や利用者満足度調査の結果などが具体的に反映されたものではありません。平成26年8月からサービス向上委員会において検討、整備中ということですので、あわせて見直し基準や利用者の要望等を具体的な形で取り入れたものになることを期待します。</p> <p>○利用者の満足度調査が実施されていません。自らが提供するサービスの質の評価とともに更なるサービスの質の向上を目指す上においてもサービス向上委員会などに調査を実施し、その結果を分析・評価して公表してください。そうすることで、新たな気づきが見えてくると考えます。是非、ご検討ください。</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	2652180015
事業所名	介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑
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)	通所リハビリテーション、短期入所療養介護、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、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年9月29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
<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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		1. リハ・ヴィラなぎさ苑の『3つのケア方針』はパンフレット等に記載されています。法人の経営理念は新規採用職員研修において周知していますが、法人ホームページやパンフレットには掲示されていません。 2. 運営委員会等各種会議を毎月1回開催するなど職員の意見を反映する仕組みはありますが、職員の職務に応じた権限の委譲などを明確にした規定がありません。		
<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。	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. 各種会議等において経営分析や職員の意見を反映する仕組みはありますが、中長期計画が策定されていません。 4. 年度事業計画に沿った各ユニットの目標や課題の達成状況を確認する活動報告会を年度末に開催しています。		
<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。	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. 運営管理者は研修会に積極的に参加していますが、事業所としての法令遵守に関する継続的な取り組みがありません。 6. 運営管理者の役割、責任について文書化しておらず、職員への表明もできていません。 7. 運営管理者とは常時連絡が取れ、緊急連絡網も整備し、現状の把握と指示できる体制があります。又、日々の業務日誌においても状況把握ができています。		

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。	B	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. 9. 明確な採用基準、人事管理に関する基本方針が確立しています。また、無資格者に対しては受験対策講座（介護技術）を開催しています。職員には原則月3回内部研修を実施し、振り返りシートを提出してもらうなど、職員資質の向上に向けた積極的な取組みがあります。 10. 看護学生の実習受け入れや実習指導者研修を実施していますが、基本姿勢が明文化されていません。		
<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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 12. 人事考課による年2回の面接を行っています。また、月1回の年休取得の推進や介護機器導入による介護負担軽減など、働きやすい労働環境づくりに積極的に取り組んでいます。しかし、ハラスメントに関する規定の整備、外部の第三者に相談できる体制がありません。		
<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	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. 月1回発行の広報誌やホームページにおいて情報の開示を行っています。利用者への地域情報の発信は事業所内の掲示板を活用しています。 14. 宮津市の福祉健康フェスタにおいて介護リハビリ相談を行うなど、地域貢献に取り組んでいます。		

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. 事業所の情報発信はホームページや法人広報誌『きらめき』、事業所内掲示板などによって行っています。さらに事業所見学等の希望者にも随時個別対応するなど、丁寧な対応に心掛けています。		
<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. サービス開始時には利用料や保険外サービスについて、重要事項説明書の内容をもとに具体的に利用者、家族に説明を行い、同意を得ています。また成年後見人制度活用について相談できる体制があります。		

(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	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。	B	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)		17-20. アセスメントは所定の様式を用いて、本人や家族の意向と、医師、管理栄養士、介護職員、ケアマネジャー、看護職員、PT等リハビリ担当者などの専門職の意見を反映し、作成しています。また、サービス担当者会議には家族等も参加し、個別援助計画等の決定には本人、家族の同意を得ています。個別援助計画の見直しも記録システムを用いて行っていますが、計画を変更する基準が定められていません。		
(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. 地域包括支援センターとの連携やかかりつけ医師への情報提供は統一様式を用いて行っています。また、退所にあたって地域、他施設での受け入れがスムーズに進むように連絡調整しています。		
(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。	C	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)		22. 業務マニュアルは整備していますが、見直しができていません。現在、サービス向上委員会において検討を行っています。 23. サービス実施状況等は具体的に記録すると同時に適正に管理しています。個人情報保護等の観点からも初任者研修等において職員に周知を図っています。また、記録保管、廃棄等においても法人規則集において定められています。 24. 利用者支援においては、月1回定期的にケアカンファレンスを行うなど職員間の情報の共有化も図られています。 25. 利用者や家族とは、サービス担当者会議の他、来所時や電話等で随時状況を伝えていきます。		
(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。	B	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. 感染症マニュアルの更新や定期的に職員研修会を開催するなど、感染症への対応に取り組んでいます。感染症を発症した利用者の受け入れにおいては、受け入れ基準を策定し、対応策を講じた上で、受け入れを行っています。 27. 専門業者による清掃（月～土）の実施と空気清浄器を数多く設置するなど、徹底した衛生管理を行っています。		

(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。	B	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。	B	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)		28-30. 緊急時、災害発生等におけるマニュアルを整備し、消防訓練だけでなく、緊急地震速報伝達訓練や水害時対応訓練などあらゆる災害を想定した訓練を実施しています。また、研修会やマニュアルの見直しを随時行い、さらなる利用者の安心・安全の確保に努めています。ヒヤリハット報告書の作成や再発防止に向けた評価・見直しも行っています。宮津市の緊急地震速報伝達訓練への参加など、地域との連携した災害訓練も意識されつつありますが、さらに近隣の地域との具体的な連携が望まれます。		

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。	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。	B	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. 身体拘束防止研修会、権利擁護研修会の開催や身体拘束に関する資料の掲示など、利用者の人権や尊厳について組織として積極的に取り組む姿勢があります。 32. プライバシー確保に関する研修を行い、職員のプライバシーに対する意識の向上を図っています。 33. サービス利用等の決定は施設入所基準を設けて公平・公正に行われています。さらに「入所待機期間が短く、在宅復帰率が高い」現状が、確認できました。		
<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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		34-36. フロア毎に意見箱を設置しています。意見・要望等があれば職員朝礼及び運営会議において報告しています。また、日常生活場面での細かな苦情や要望についても、積極的に聴取し、サービスに反映している様子が確認できました（例えば男性用便器の設置要望に応えた件）。さらには法人内に苦情解決第三者委員会の設置、宮津市介護相談員の訪問（月1回）、家族との懇談会（年2回）など、組織的な取り組みがあります。しかし、定期的な利用者との懇談会や苦情・要望等を公表する仕組みがありません。		

(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てている。	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。	C	B
(評価機関コメント)		37. 38. サービスの質の向上に向けた利用者満足度調査を実施していません。サービス向上委員会等の設置し、月1回の委員会においてサービス改善に向けた検討を行っています。 39. 平成26年4月から第三者評価委員会を立ち上げました。前回4年前(平成22年)の受診における評価結果をサービス向上委員会において検証するなどサービス向上に向けた取り組みがあります。		