

様式 7

アドバイス・レポート

令和元年 5 月 31 日

平成 30 年 7 月 13 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 洛西けいゆうの里について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>(通番14 地域への貢献) 毎月第4日曜日に地域や家族へ施設開放する「日曜会」が実施されていきました。この「日曜会」では、介護予防に関する講習のほか、チェアヨガやパワーリハビリ等の介護予防運動を行っていました。また、地域住民対象の認知症サポーター養成講座を実施するなど、介護老人保健施設の大規模多機能型の有する機能を効果的に活用されていきました。</p> <p>(通番17 アセスメントの実施) 全老健アセスメントシステムである「R4システム」を活用し、各専門職で連携のもと3ヶ月毎に入所継続判定会議でアセスメントを行っていました。このR4システムは、インタビュー評価、モニタリング項目が含められ、各職種がアプローチできるシステムとなっています。それぞれのアプローチは、数字により明文化され、評価は指標に基づく定量評価と、状況に応じた定性評価で実施され、各専門職でのモニタリングやカンファレンスにおいて、効果的な意見交換が行われていました。</p> <p>(通番37 利用者満足度の向上の取組み) 毎年、満足度調査アンケートが実施されていきました。その結果の分析と検討は主任会議で行い、改善した項目に関しては、施設内に掲示している。利用者からの意見により郵送するなど、必要な改善がされていきました。また、サービス向上委員会を定期的に開催し、それぞれの項目の維持・向上に努めていきました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者の記録は、施設サービス計画書にもとづき療養記録等に記載されていきましたが、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が整備されていませんでした。</p> <p>(通番30 事故の再発防止等) 「防災管理体制及び防災管理業務」マニュアルを整備していませんでした。また、火災訓練研修、自然災害(台風・地震)についての研修を行っていませんでした。地域との連携を意識したマニュアルは作成されていませんでした。</p> <p>(通番39 評価の実施と課題の明確化) 定期的に第三者評価は受診されていきましたが、年1回以上の自己評価の仕組みはありませんでした。</p>

具体的なアドバイス

洛西けいゆうの里は、平成12年6月に開設され『その方自身の身になった介護を提供致します』という施設理念のもと、介護老人保健施設、通所リハビリテーション等の事業が実践されています。その利用者の多くは、施設を利用された人からの情報のもととなり、病院を併設しない単独型の介護老人保健施設として、地域に密着した関係が作られていました。具体的には、地域ボランティアが中心となった喫茶の運営、地域住民を対象とした第4日曜日に開催される介護予防に関する講習会（「日曜会」）の開催など、継続的に地域住民と交流する活動が展開されていました。また、利用者支援においては、全国老人保健施設協会（全老健）が開発した、在宅復帰の原点に立ち返った、チームで介護を実践するアセスメント方式を取入れ、多職種が連携した支援が実践されていました。その職員の共通認識が、「自らの家族が利用したくなる」「利用者の家族が、継続して利用したくなる」施設づくりです。この地域に密着した運営と利用者支援の両輪が施設理念の具現化そのものであると感じました。今後も、施設の特徴を活かし、洛西地域の住民を総合的に支援する「地域包括ケアシステム」の中心として活躍されることを期待します。

以下、今回の評価で気が付いたことを記載します。

① 利用者の記録は、施設サービス計画書にもとづき療養記録等に記載されていましたが、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が整備されていませんでした。利用者の記録は、療養記録のほか施設内で情報共有を行うためのメモも含め、個人情報を含む内容であり施設として適切な管理が必要です。そのため、施設に勤務する職員には、その保存や廃棄のほか、家族等への開示を含め、慎重かつ適切に行うことが求められることから、記録に関する規程の整備を早急にされてはいかがでしょうか。【通番23に関連】

② 災害に関しては、「防災管理体制及び防災管理業務」マニュアルが整備され、火災訓練研修、自然災害（台風・地震）についての研修が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作成されていませんでした。施設で火災が発生した場合、特に夜間帯は限られた職員で対応することとなることから、地域の消防団など自治会組織との連携は必要事項と考えられます。また、自然災害が多発する現在において、介護施設の機能を活かし、地域の要配慮者への支援を行うことは、福祉事業所の役割と期待されています。以上のことから、地域との連携による火災や災害時対応の仕組みを構築されることを望みます。【通番30に関連】

③ 第三者評価は、基準である3年ごとに受診され、その中で課題とされた事項の改善がされていました。しかしながら、自ら運営状況やサービスの質を評価する、自己評価は実施されていませんでした。施設が基準とする利用者支援の一定の水準を維持向上するために、自らがチェックし必要な改善を行うことは、健全な施設運営をする上で必要事項です。定期的な自己評価の仕組みを構築することが望まれます。【通番39に関連】

※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	2654080015
事業所名	介護老人保健施設 洛西けいゆうの里
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)	
訪問調査実施日	平成31年2月21日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク 一期一会

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。	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理念と施設方針が明文化され、掲示している。4月の全体会議で振り返っている。パンフレットやホームページ、行事チラシに理念を掲載し利用者等に周知している。 ②役職者が出席する主任会議を中心として、各種会議が設定され会議の相関関係ができている。職務分掌規定が整備され、役割権限が明文化されている。			
	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法人及び施設の中長期計画としてビジョン2019が策定されている。それに基づき単年度の年度方針が策定され、全体に周知している。 ④年度方針に基づき、各部署での年度計画が策定されている。その策定にあたっては、定期的に計画の評価を行い、職員からの意見を聞く仕組みがあった。			
(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り組みを行っている。	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)		⑤全国老人保健施設協会が実施するリスクマネジャー研修等により、法令等に関する情報を収集し周知している。コンプライアンス基本規程が整備され、職員研修が実施されていた。 ⑥職務分掌規程が規定され、明文化されている。人事評価制度により管理職評価をするとともに、個人ごとの人事考課面談で職員からの意見を聞いている。 ⑦事務長が事業所常駐しており、不在時の所在を明らかにしている。緊急連絡網を作成するとともに、管理者は携帯電話を所持し、緊急時に対応している。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)	⑧求める人材像を明文化し職員に周知されている。介護福祉士やケアマネジャー等の資格取得を目指す職員には、休日等を配慮し、取得後は基本給に反映している。 ⑨新人職員の研修計画や階層別人材育成計画を策定し、個人計画表に基づき研修が実施されている。法人内で合同研究発表を行い、事業所間での実践が共有されている。 ⑩中学生のチャレンジ体験が実施されている。実習マニュアルは、策定されているが定期的な更新がされていない。また、実習指導者に対する講習会等の参加は確認できなかった。			
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A
		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	A
		(評価機関コメント)	⑪安全衛生管理者を配置し、月1回安全衛生委員会を開催している。委員会で勤務時間及び有給休暇取得状況を把握している。職員の状況に応じた時短勤務等が実施されている。 ⑫ストレスチェックや安全衛生委員会でメンタルヘルスについての検討を行い、ストレス解消に向けた取組が実践されている。『私傷病による職員の休業及び復職に関する規程』を整備している。			
(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	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)	⑬ホームページ、Facebookなど、様々な媒体を使用して、施設理念や活動状況を地域住民へ提供している。情報の公表の開示は確認できなかった。 ⑭毎月第4日曜日に地域や家族へ施設開放する「日曜会」を実施している。「日曜会」では、介護予防に関する講習のほか、チェアヨガやパワーリハビリ等の介護予防運動を行っている。その他、地域住民対象の認知症サポーター養成講座を実施している。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)	⑮ホームページやパンフレットに、記載しており、分かりやすく情報を提供している。見学等の問い合わせは、「見学対応・問い合わせ記録」で管理している。			
		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入所前契約において、重要事項説明書にて料金等の説明を行っている。成年後見制度利用者との契約の仕組みもある。			

(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)		⑰～⑳全老健アセスメントシステムである「R4システム」を活用し、各専門職での連携のもと3ヶ月毎の入所継続判定会議でアセスメントを行っている。R4システムは、インテーク評価、モニタリング項目が含まれ、各職種がアプローチできるシステムとなっている。それぞれのアプローチは、数字により明文化され、評価は指標に基づく定量評価と、状況に応じた定性評価で実施されている。そのため、各専門職でのモニタリングやカンファレンスにおいて、効果的な意見交換が行われていた。家族にはケアプランと併せて、実行状況の評価も渡し、希望を確認している。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		⑳医師とは常に連携が取れている。入退院時には紹介状、サマリー、診療情報提供書等を事前にそろえ、スムーズに行えるようにしている。連携機関のリストを作成している。		
(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	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。	B	B
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)		㉑「洛西けいゆうの里マニュアル」に従い、業務が行われている。各マニュアルの見直しは「マニュアル見直し一覧」にもとづき委員会で行われている。 ㉒利用者の記録は、施設サービス計画書にもとづき療養記録等に記載されていたが、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が整備されていなかった。 ㉓「療養管理日誌」「療養記録」朝昼夕の申し送りにて情報を共有している。 ㉔ケアプランと実行状況の評価は家族来所持に説明し、状況の変化等はその都度電話で伝えている。Facebookを利用、施設で様子を伝えている。		
(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。	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)		㉕感染対策マニュアルは毎年新しい情報を収集し、更新している。全体会議で感染対策の研修を行っている。 ㉖掃除は委託業者で行い、点検表の提出がある。委託業者と施設職員による掃除委員会が2ヶ月ごとに開催され、サービス向上委員会のパトロールで美化チェックも行っている。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)		㉗事故防止対応マニュアルが作成され、危険予知トレーニング等の研修が行われている。 ㉘事故報告書が作成され、事故防止委員会を毎月開催し、事故防止に務めている。ヒヤリハットは、1日1件書くことで、インシデントの収集をし、事故を未然に防ぐ工夫がされていた。 ㉙「防災管理体制及び防災管理業務」マニュアルを整備している。火災訓練研修、自然災害（台風・地震）についての研修を行っている。地域との連携を意識したマニュアルは作成されていなかった。		

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
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)		①理念、利用約款等に利用者本位のサービス提供を明記している。サービスの質の向上チェックリストを活用するなど、利用者尊厳の維持に努めている。 ②サービス向上委員会において、プライバシー配慮に関する取り組みを実施している。プライバシーに関する勉強会を定期的に行い、職員全体に意識づけされている。 ③多職種が参加する入所判定会議により入所者を決定している。経管栄養等、施設の機能上受入れが難しい場合、他機関への紹介、提案をしている。			
(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。	B	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年に1回、『御意見要望書』を返信用封筒とともに送付して、意見、要望、苦情を収集する仕組みがある。ケアプランの更新時を利用して意見を聞く機会を設けている。 ③⑤利用者からの意見も含め、苦情・要望記録に記載し、フロア会議、主任会議等で検討し、改善する仕組みがある。また、定期的に研修会を実施している。 ③⑥公的機関の相談窓口があり、重要事項説明書等で周知されていた。第三者委員や外部人材の受け入れなどは、確認できなかった。			
(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スタッフ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)		③⑦毎年、満足度調査アンケートを行っている。その結果の分析と検討は主任会議で行い、改善した項目に関してはサービス向上委員会で維持向上に努めている。 ③⑧サービス向上委員会に各部門から職員が参画し、委員会での検討事項を各部門で実施している。 ③⑨定期的に第三者評価は受診されていたが、年1回以上の自己評価の仕組みはなかった。			