

アドバイス・レポート

平成31年4月15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31年1月14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>○職員の働きやすい環境づくり 福利厚生として、事業所での親睦会や月1回「カフェおあしす」（会議室等を活用し、昼食の外部注文や職員が自由に持ち寄り、食事時間に職員間の交流を図る）を実施し、事業所内の他部署職員との交流や気分転換の機会を持ち、職員の働きやすい環境づくりに努めています。</p> <p>○専門職のスキルアップ 職員研修委員会にて定めた研修計画だけでなく、外部研修の案内を職員に情報提供し、職員の希望を確認した上で出張派遣とする等の配慮をしています。 職員が出張や自主的に外部の研修・勉強会等に参加し学びを深めるだけでなく、研修等に参加した職員が苑内研修にて伝達共有を行い、職員が互いに学び合う事で、専門職のスキルアップに努められています。</p> <p>○事業所が有する機能の地域還元 認知症サポーター養成講座を、事業所での大規模な催し「なぎさ苑まつり」に合わせて開催する等、毎年多くの受講生を受け入れています。また、近隣自治会を対象に年1回健康講座を開催し、今年度は歯科衛生士を派遣し、「口腔ケア」等の内容で実施しました。地域住民と関わる場では相談対応を行い、地域ニーズを把握するとともに地域貢献活動に積極的に取り組んでいます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○満足度調査の実施 各階に意見箱を設置し、支援相談員等が利用者や家族との相談機会を確保すること等で利用者や家族の思いや意向の把握に努められていますが、満足度調査が毎年実施できていません。</p> <p>○情報公開 満足度調査や利用者からの意見・要望・苦情の内容や、それに対する改善状況についての情報が公開されていません。</p> <p>○マニュアル・手順書等の定期的な見直し 各種マニュアル・手順書等は整備されていますが、定期的な見直しは実施されていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>日本三景「天橋立」の程近くに位置する本事業所においては、事業所独自で『3つのケア方針』（その方らしい生活を支援します・その方の持っている能力を引き出します・笑顔を大切にします）を掲げ、日々のサービス提供を実践されています。在宅生活を支援する施設としての役割を果たすだけでなく、事業所の有する機能を地域還元できるよう尽力されています。その上で、今後の事業展開に反映して頂くために下記の点についてアドバイスさせていただきます。</p> <p>○満足度調査の実施 満足度調査の実施により、提供サービスに対する利用者の評価や、相談場面では得られない利用者の意見やニーズ等の把握ができます。調査方法を検討し、満足度調査を毎年実施される事で、更なるサービスの質の向上と利用者満足度の向上に繋がると考えます。</p> <p>○情報公開 満足度調査や利用者からの意見・要望・苦情についての内容や改善状況を公開する事で、組織運営の透明性の確保ができ、利用者や地域から更なる信頼を得る事に繋がると考えます。ホームページ、法人や事業所広報誌、事業所内の掲示板等を活用した情報の公表をご検討ください。</p> <p>○マニュアル・手順書等の定期的な見直し 各種マニュアル・手順書等の見直し担当（実務者・部署・委員会等）を決めて、マニュアルの確認を年度予定に組み込む等、定期的（年1回以上）な見直しが行える仕組みを構築してはいかがでしょうか。</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。

(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)	居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成31年2月19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。	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)			1. リハ・ヴィラなぎさ苑「3つのケア方針」を明示し、方針を基に事業計画やユニット目標を立て、サービス提供を実践しています。組織の理念及び運営方針について、利用者やその家族等の理解が深まるような取組みはありません。 2. 職務に応じた責任や権限、組織体制、各種会議を明確にしており、職員の意見を構成・適切なプロセスで経営責任者に汲み上げる仕組みを構築しています。		
(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。	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. 組織として介護サービスの向上に向けた単年度の事業計画と中・長期計画を策定しています。業務運営会議を毎月開催し、実施する介護サービスの内容の現状分析や課題把握に努めています。 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は、毎月開催のユニット会議にて確認しています。職員個人としては、業務レベルを人事評価シートにより、主任等との年2回の面談で助言や自己評価を行う機会を持ち、個人・組織として課題達成に取り組んでいます。		
(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、遵守すべき法令等を業務運営会議等で職員に周知を図っています。ただし、法令のリスト化はできておらず、全職員が確認できる仕組みにはなっていません。 6. 運営管理者は業務運営会議にて意見を述べ、事業運営をリードしています。また、年度毎に職種を絞って職員と面談の機会を持ち、意見の収集に努めています。運営管理者を評価する仕組みは確認できませんでした。 7. 運営管理者とは常時連絡が取れ、緊急時の連絡体制も整備し、現状把握と指示できる体制を整えています。		

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。	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. 有資格者や常勤・非常勤の人員や比率把握ができる仕組みがあり、人員基準以上の配置をしています。資格取得の奨励のために勉強会や研修会を開催するとともに、外部研修の案内もしています。 9. 職員研修委員会にて定めた研修計画に基づき、研修を実施しています。外部研修の案内を職員に情報提供し、職員の希望を確認した上で出張派遣する等の配慮をしています。外部研修に参加した職員が、苑内研修にて伝達共有研修を実施し、職員が互いに学び合う機会を設けています。 10. 実習生受入マニュアルを整備し、看護師や介護福祉士の資格取得に係る実習生や、小中学校の職場体験等を積極的に受け入れしています。実習生受入マニュアルに実習担当者や連絡窓口の明記はありません。			
(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、具体的な取り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. 職員の年休取得率や時間外労働等のデータを管理し、衛生委員会において分析・検討する仕組みがあります。スライドボードや介護リフトを導入し、職員の負担軽減にも配慮しています。 12. 職員のストレス解消や交流を深める為、事業所での親睦会や毎月1回「カフェおあしす」（昼食を職員が持ち寄り外部注文をして、他部署で食事時間に交流を図る）を実施しています。職員の休憩場所については現状においても確保できていますが、さらに会議室等の開放により、職員がよりリラックスできる休憩場所の確保を検討をしています。			
(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)		13. 年2回発行の法人広報誌「きらめき」や、毎月発行の施設広報誌「なぎさ苑だより」を近隣自治会に配布し、広報しています。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. 認知症サポーター養成講座をなぎさ苑まつりに合わせて開催しています。また、年1回近隣自治会に健康講座を開催し、講師として歯科衛生士等の専門職を派遣しています。			

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		15. 事業所のパンフレットやホームページ、法人広報誌、施設広報誌等により、利用者に対してサービス選択に必要な情報を提供しています。利用者の問い合わせや見学等の希望時には支援相談員が随時対応しています。			
(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. サービス開始時には利用料金や保険外サービスについて、重要事項説明書の内容を基に利用者、家族に説明し、同意を得ています。成年後見制度の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	B	
	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	A	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントは所定の様式を用い、心身の状況や生活状況を踏まえた上で行っています。アセスメント情報は利用者の状態変化時、及び定期的（入所後2～3週間後と、以降は3ヶ月毎）に更新しています。 18. 利用者や家族の希望を尊重した上で、個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容を検討し、利用者及び家族の同意を得ています。家族には面会時等に希望・意向確認を行っていますが、サービス担当者会議へ家族の参加はありません。 19. 個別援助計画等の策定に当たっては、医師、管理栄養士、介護職員、看護職員、OT/PT等のリハビリ担当者、介護支援専門員等の専門職の意見を反映しています。 20. 月1回、各専門職のサービス担当者がモニタリングを行い、個別援助計画等の評価を行っています。			
(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. 利用者の入所に当たっては、相談室職員が病院の連携室等の関係機関と連携を図り、情報共有をしています。利用者の退所に当たっては、利用者の担当介護支援専門員向けに「なぎさ苑退所前看護・リハ・介護情報」を作成し、各サービスを担当する専門職からの意見や情報を提供することで退所がスムーズに行えるよう努めています。			

(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 標準的な実施方法（マニュアル・手順等）は、2、3階に紙媒体として設置するとともに、パソコンで職員が閲覧できるようにしています。各種マニュアルは整備してありますが、定期に見直しを行う規定がありません。 23. 利用者の記録は、介護保険管理システム等を活用し保存しています。利用者の記録の取り扱いに関しては、文書取扱規程において定めてあります。個人情報保護については初任者研修等においては職員に周知していますが、定期的な研修等の実施はありません。 24. 利用者の支援についてはケアカンファレンスで確認・検討を行い、介護保険管理システムの活用やユニット会議等で職員間で情報共有をしています。 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、情報共有と情報交換を行っています。		

(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. 医師や看護師が研修等に参加し、毎年最新の情報を入手しています。感染対策マニュアルを作成するとともに、感染症に関する職員研修を実施しています。 27. 専門業者による清掃の実施や、業務終了時の塩素消毒等での清掃実施、天井に集塵機の設置する等、事業所内の衛生管理に努めています。		

(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。	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. 緊急時対応マニュアルを定め、緊急時の連絡体制も整備しています。毎月開催のリスクマネジメント委員会で、急変・転倒リスクの高い利用者の情報を共有をしています。年2回のリスクマネジメントに関する苑内研修の実施や、新入職員はOJTにて「コード99訓練」（救急救命訓練）を実施しています。 29. 事故が発生した場合は、対応の経緯を「事故およびひやり・はっと報告書」に記載し、必要に応じてカンファレンスを開催するとともに、リスクマネジメント委員会にて再発防止に向けた評価・見直しを行っています。 30. 災害発生時のマニュアルを定め、災害発生時には職員の携帯電話に情報伝達ができる連絡体制を整えています。年2回消防訓練を実施していますが、地域との連携を意識した訓練やマニュアル等はありません。		

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)		31. ユニット会議やサービス担当者会議等にて、利用者へのサービスの振り返りと検討を実施しています。また、毎月のスマイル(身体拘束適正・虐待防止)委員会の開催するとともに、権利擁護に関する研修会を年2回実施しています。 32. 各種マニュアルに利用者のプライバシーへの配慮について明記をし、職員に意識付けを図っています。研修は実施しているとのことですが、記録を確認できませんでした。 33. 入所検討会議を毎週実施し、施設入所基準に応じてサービス利用者等の決定を公平・公正に行っています。			
(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。	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		34. 各フロア毎に意見箱を設置しています。支援相談員の配置等、利用者の意向を確認する仕組みを整備していますが、定期的な相談面接や懇談会は実施していません。 35. 苦情処理マニュアルを整備し、管理者に迅速な報告ができる体制を整えています。業務運営会議等で苦情の分析等をし、介護ソフトを活用して職員と情報共有をしています。利用者からの苦情・要望等を公表する仕組みはありません。 36. 約款やポスターにて、利用者及び家族に公的機関等の相談窓口を周知しています。施設内に宮津市介護相談員を定期的に受け入れ、利用者の相談機会の確保を行っています。			
(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。	B	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. 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すが、毎年はできていません。 38. サービス向上委員会を設置し、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. サービス提供状況の質の向上のため、サービス向上委員会、衛生委員会が異なる視点で事業所の自己点検を実施しています。前回の第三者評価受診は平成26年度です。			