

## アドバイス・レポート

令和2年2月20日

令和元年7月12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>法人内に「働き方改革委員会」を立ち上げ、年間休日も120日と多く設定し、各種スタッフが働きやすい環境づくりを整えています。</p> <p>地域貢献の一環として、地域包括支援センターの職員と協働し、太秦福祉ふれあいまつりに法人として参加しています。また施設周辺の住民と防災訓練を実施するなど、地域とともに歩むことが評価できました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>委員会議事録、会議録全般において、記録内容が第三者から見て分りにくい状態でした。</p> <p>法令のリスト化及び管理者が職員から信頼を得ているかどうかを自ら評価する仕組みが確認できませんでした。</p> <p>実習生の受入れ方法のマニュアルや基本方針などの確認ができませんでした。</p> <p>業務マニュアルは作成されていましたが有効活用には課題が残っていると思われました。</p>
具体的なアドバイス	<p>委員会議事録、会議録全般において、会議名、開催日、時間、資料有無、議長、作成者、参加者、議事、協議事項、次回検討事項などを第三者から見て分りやすくされてはいかがでしょうか。</p> <p>法令遵守のため、職員がいつでも確認ができるように法令のリストを作成されてはいかがでしょうか。</p> <p>管理者が、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをする方法をご検討ください。</p> <p>今後の福祉の人材育成・確保のため、実習生の受入れ方法のマニュアルや基本方針などを整備されて、実習生の受入れをされてはいかがでしょうか。</p> <p>業務マニュアルは作成されていましたが有効活用には課題が残っていると思われました。他サービスで作成されている業務マニュアルを参考に、より有効的な活用と改訂履歴の記録や見直し時期の設定などの仕組みを作られ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。

# 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)	(予防)短期入所療養介護、(予防)通所リハビリテーション、通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	令和2年1月21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。	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)		毎月施設運営会議を開催し、理念や運営方針に従った各事業の稼働率、課題達成の進捗状況が確認できました。また家族介護教室にて理念や運営方針に沿った事業の説明が行われていました。組織体制では、職務分担及び職責の規程が作成されており、明確になっていました。理念・標語が各フロアに掲示されていました。また唱和もされ、ヒアリングでは、何も見ずに理念や標語を唱和できるなど職員に浸透していました。			
<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。	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)		中長期計画が確認できませんでした。計画の策定、課題の明確化についても、組織的に行われ、職員の意向が確認できる仕組みがありませんでした。各業務レベルでの課題が設定されており、その部門が一丸となり、さまざまな課題達成に取り組んでいます。			
<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り組みを行っている。	A	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。	A	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)		法令のリスト化が確認できませんでした。管理者の自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しをする方法が設けられておりませんでした。管理者は緊急連絡網を整備し、日常の運営状況を把握して必要な指示をしています。			

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
<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。	A	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	C
		(評価機関コメント)		現在、実習生ならびに地域中学校のチャレンジ体験の受入はありませんでした。年間の研修計画に沿って療養課会議内で研修が行われていました。人材確保に苦慮されている中、ハローワークやホームページ等から常勤、非常勤の採用を積極的に行っていました。実習生の受け入れのための基本姿勢やマニュアルの確認ができませんでした。		
<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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		療養課長が積極的にラウンドし、職員からの意見を聞き、現場の状況を確認されました。ラウンド、ヒアリングからも働きやすい職場である事を感じました。安全衛生委員会には産業医が出席しています。ハラスメントに関する規程も定められており、相談窓口も設けられていました。福利厚生において新人歓迎会や宿泊旅行などが企画されていました。忘年会では永年勤続年数10年、15年、20年の職員を表彰されていました。		
<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)		5名のボランティアが登録されており、整髪などのケアをされていました。法人が受託する地域包括支援センターの職員と協働で太秦福祉ふれあいまつりへの参加や地域住民と防災訓練を実施するなどされていました。		

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)		同法人内の居宅介護支援事業所、事業所内の支援相談員、パンフレット、ホームページ等により事業所の情報を提供しています。		
<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)		各種契約書、料金表が整備され説明、同意のうえ、利用契約を行っています。また京都市成年後見支援センター等も活用し、入所者の権利擁護のため、成年後見制度も適切に利用しています。		

(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	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)		アセスメントはケアマネジメントシステムのソフトの中の ICF アセスメントを用いて実施されています。各専門職の意見や評価を取り入れ、定期的な見直しをされています。見直しのためのカンファレンスも開催されていました。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		入所に当たり、訪問看護など、在宅で利用されていたサービスより情報提供を受けています。入院中のご利用者情報については病院の協力も得て丁寧に連携されています。退所に当たっては在宅医への紹介状、居宅ケアマネジャーへの情報提供書、ご家族への家庭介護アドバイスなど情報の伝達と共有がなされています。		
(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、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。	A	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)		マニュアルは作成されていますが、有効的な活用には課題が残ります。記録は電子記録等は使用されていませんが、わかり易く計画書に沿った記録もされていました。職員間の情報共有は申し送りノートと記録の閲覧でされており、計画書の見直しに当たってはカンファレンスを開催されていました。		
(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。	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)		感染症対策のマニュアルが作成され、研修も実施されています。感染症の発生がありましたが、研修直後の発生で職員が感染防止に努め、拡大を防ぐ事ができた事が、記録で確認できました。事業所内の衛生管理については、清潔に保たれています。清掃は外部委託され点検表で確認されていました。委託業者とのやり取りはその都度事務方との間でされているとの事ですが、記録で確認できませんでした。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		事故発生時、緊急時マニュアルは作成されています。発生した事故については、適切に記録され、対策も講じられています。集計、分析もなされています。そこからの業務改善を課題として認識されています。災害対策マニュアルを作成され、風水害や地震対策なども盛り込まれていました。通所介護では、地域住民と共同で防災訓練を実施されていました。		

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

#### 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	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)		毎年、研修計画に沿って、高齢者虐待や身体拘束に関する研修を実施されていました。共同トイレの入り口カーテンについては、毎年検討されており、現在構造上可能か確認の上、改修案が出ており、早ければ、来年度の改修を検討されていました。病院からの申込みも多く、有機的な関係であることをヒアリングにて確認しました。入所申込でお断りすることはほとんどありませんが、入所後の安全確保ができないため断ったケースがあり、他施設に紹介されていました。		

##### (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)		ご意見箱は玄関に設置されており、記入用紙は受付近くに設置されていました。苦情については、相談苦情処理対応マニュアルにて、対応されており、対応と経過についても確認できました。苦情相談の掲示物については、玄関に掲示されていました。特に第三者の相談窓口は設置されていませんでした。		

##### (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)		利用者満足度調査を実施し、食事についてのご意見があり、4月のマネージャー会議、給食会議を経て分析・検討され、サービスの改善がなされていました。サービスの質の向上については、運営会議、リスクマネジメント委員会、給食会議、療養課会議等で定期的に検討されていました。毎月リスクマネジメント会議や全体会議、マネージャー会議にて入浴、排泄、食事、送迎など、定期的に評価が行われていました。新たな課題から次年度の事業計画への反映は確認できませんでした。		