

様式 7

アドバイス・レポート

令和元年 8 月 1 9 日

令和元年 7 月 1 0 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ケアセンター回生様につきましては、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>1. 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>職員の年間の研修計画を策定し、事業所全体で段階的な研修（採用後の年数により、初任者、ステップⅠ～Ⅴ段階）を整備して取り組んでいました。また、午後のショートカンファレンスで「気づき」に対する検討や助言を行い、全体教育として毎月テーマ（事故防止・感染予防・認知症等）を決めて研修を実施するなど手厚い研修体制が整備されていました。</p> <p>2. 多職種協働</p> <p>常に主治医と連携を図り、診療情報提供書や内服薬情報を活用していました。また、事務長が向日市虐待防止ネットワークメンバーとなり活動して、行政や関係機関・団体との連携も図られていました。</p> <p>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</p> <p>苦情対応マニュアルはフローチャート化し、苦情を受け付けた際の報告や対応方法を明確にしていました。苦情や意見はクレーム対応委員会で取り上げ、議事録を全職員に回覧し、改善に向けて取り組んでいました。また、苦情・意見とその対応を玄関に掲示し公開していました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 事業計画等の策定</p> <p>事業所全体の事業計画として、経営基盤の安定や在宅復帰への取組み、人材育成の方針を明示していましたが、達成期間を明確にした中長期の計画がありませんでした。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>利用者の記録は個別に記録し、サービス実施計画に基づきサービス提供していましたが、記録の保存・破棄の規程はありましたが、保管・持ち出しの規程がありませんでした。</p>

	<p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <p>介護相談員の受け入れを行っており、利用者が相談できる機会を確保していましたが、第三者の相談窓口を設置していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業計画等の策定</p> <p>単年度の事業目標、事業計画については具体的に計画し、振り返りもできていました。地域の福祉ニーズや制度の動向等に応じて3年後、5年後に求められる事業運営や、サービスの質を段階的に高めていくための中長期的な到達目標を数値化するなど、時期を定めた計画を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>記録や情報の管理は個人情報保護の観点からも大変重要になっています。個人情報の持ち出しに関しては、いかなる事業であっても絶対には言い切れませんので、具体的な持ち出す際の手続きを法人として定めるほか、保管方法（例:鍵のかかる保管庫で保管する）を規程として定められてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 第三者への相談機会の確保</p> <p>第三者を相談窓口として設置することにより、直接施設に言いにくい相談や苦情があった場合に、適切に対応することができます。例えば民生委員や自治会長など、地域の方に第三者窓口を依頼してはいかがでしょうか。</p> <p>第三者窓口を設置することで、更に利用者の安心につながるのではないのでしょうか。</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	2653180014
事業所名	介護老人保健施設ケアセンター回生
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、 訪問看護、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、居宅介護支援
訪問調査実施日	令和元年7月25日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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。	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. 玄関やスタッフルームに理念や運営方針を掲示し、毎日朝礼で唱和していました。理事長による年頭方針発会で理念や運営方針を職員に説明していました。また、年4回発行の広報紙「のほほん」に理念を掲載し家族会でも説明をして利用者や家族への理解に努めていました。 2. 各種会議（幹部・運営・主任・療養棟会議）や各種委員会を開催し、職員の意見を反映した意思決定の仕組みがありました。施設運営基準に各職務の業務と権限を規定していました。		
(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	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. 事業所全体の事業計画として、経営基盤の安定や在宅復帰への取組み、人材育成の方針を明示していましたが、達成期間を明確にした中長期の計画がありませんでした。 4. 看護・介護部門の事業計画を策定し、職員の資質の向上と接遇の強化や業務の効率化について課題と改善目標を設定し取り組んでいました。また、年2回進捗状況を確認していました。		
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	法令遵守の取組み	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。	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	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)	<p>5. 運営管理者は働き方改革などの研修に参加し、制度の改正の対応を担当者と検討していました。また、事務所や休憩室に各種関係法令の法令集を設置し、すぐに調べられる体制がありましたが、関係法に関するリスト化されたものはありませんでした。</p> <p>6. 運営管理者は療養棟会議などに参加し意見を述べ、職員の意見も聞いて運営方針に反映していました。また、組織活性化プログラムを活用し運営管理者の評価も実施していました。</p> <p>7. 運営管理者は常時施設で勤務しており、施設を離れる時は携帯電話を所持していました。管理日誌により随時状況を把握していました。また、緊急連絡網を整備し、緊急時には運営管理者に連絡できる体制がありました。</p>
--	------------	---

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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>8. 職員倫理綱領で法人の求める職員像を示し、幹部会で職員の配置や人事に関する検討を行い、事務長が取りまとめていました。また、各種資格の取得支援として、受験対策講座の参加のための勤務調整をしていました。</p> <p>9. 職員の年間の研修計画を策定し、事業所全体で段階的な研修（採用後の年数により、初任者、ステップⅠ～Ⅴ段階）を整備して取り組んでいました。また、午後のショートカンファレンスで「気づき」に対する検討や助言を行い、全体教育として毎月テーマ（事故防止・感染予防・認知症等）を決めて研修を実施していました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備し、受入れの基本方針や手順を明記していました。実際に養成校の学生や中学生の体験を受け入れていました。また、実習指導者も必要な研修の受講をしていました。</p>		

(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+B31:K38整備している。	A	A
(評価機関コメント)		<p>11. 有給休暇の消化率や時間外労働のデータは事務長が集約し、運営会議で検討していました。年2回主任面接の中で、職員の就業に関する意向も聞き取り事務長が集約し会議で検討していました。育児・介護休業の規程も整備していました。リフト浴・電動ベッド・スライディングボード等を活用し、職員の負担軽減に取り組んでいました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当していました。旅行（一泊・日帰り）や会員制の旅行の利用、懇親会や職員給食の費用補助等の福利厚生がありました。また、適切な休息ができる広さと設備のある休憩室を設けていました。ハラスメントの規程を整備し、相談窓口も明示していました。</p>		

(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)		<p>13. ホームページを公開し、広報紙を家族や地域の関係機関に配布していましたが、情報の公表制度を利用者や地域住民に広報していませんでした。</p> <p>14. 家族会（年1回開催）や地域の介護予防教室に、事業所の医師や理学療法士が講師をしていました。また、事業所の「夏祭り」（バザー・車いすや高齢者体験を開催）で介護相談を実施し、地域の福祉ニーズを把握していました。</p>		

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.パンフレットやホームページで事業所の情報を提供し、サービス内容も詳細に記載していました。問い合わせ等の対応は相談・見学・受付ノートに記載していました。		
(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.重要事項説明書にサービス内容や料金等を具体的に記載し、書面で同意を得ていました。成年後見人が必要な場合は紹介する仕組みがあり、実際に成年後見人と契約しているケースがありました。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		17.アセスメントは決められた様式で3ヶ月ごとに実施し、主治医や専門家との連携も行っていました。 18.個別援助計画は利用者・家族の希望を尊重した計画を策定し、同意も得ていました。サービス担当者会議には本人が出席していました。 19.個別援助計画の策定においては、事業所内の医師や専門家と適切に意見照会や意見交換を行っていました。 20.個別援助計画の見直し時期・手順等を定め、適切な時期（月1回）でモニタリングを実施していました。計画を変更する基準は「ケアマネジャーマニュアル」に定め、必要に応じて変更していました。		
(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.常に主治医と連携を図り、診療情報提供書や内服薬情報を活用していました。また、事務長が向日市虐待防止ネットワークメンバーで活動し、行政や関係機関・団体との連携を図っていました。		
(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、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。	A	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。	A	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. 各種業務マニュアルを作成し、実用的な表現になっていました。見直し基準は「業務基準1」に定めていました。 23. 利用者の状態は個別に記録し、サービス実施計画に基づきサービス提供していましたが、記録の保存・破棄の規程はありましたが、保管・持ち出しの規程がありませんでした。 24. 毎朝申し送りを実施しているほか、午後のショートカンファレンスや毎月の療養棟会議で利用者情報を共有していました。 25. サービス提供時の状況等は、家族会開催時や面会時、電話で伝えていました。			
(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、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. 感染マニュアルを作成し、最新の情報を入手して更新をしていました。感染症予防の研修も実施していました。 27. 整理整頓がされ、安全に働ける職場環境になっていました。清掃は外部委託して毎回チェック表にて確認していました。		
(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	B
	(評価機関コメント)		28. 事故や緊急時の対応及び予防マニュアルを作成し、研修や訓練を実施していました。指揮命令系統も各マニュアルに明らかにしていました。 29. 事故発生時には事故報告書を作成し、家族や関係者に説明していました。マニュアルや事故防止対策の定期的な評価・見直し等も実施していました。具体的には食事中の誤嚥の対応のため職員の見守り方法を検討したり、センサーマットのスイッチの入れ忘れを改善していました。 30. 災害発生時の対応マニュアルを作成し、年2回の消防署による座学を受講した上で防災訓練を実施していましたが、地域と連携した防災訓練はできていませんでした。		

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
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)		31. 毎日のショートカンファレンスでケアの振り返りを行っているほか、全体教育として不適切ケアや虐待防止についての研修を行うことで、利用者の尊厳に配慮したサービス提供に取り組んでいました。 32. 職員の自己評価（年1回）や毎年5月には「気づきに対する意識調査」を行い、プライバシーの配慮について振り返る仕組みがありました。また、研修会を行うほか、マニュアルは具体的な場面ごとにプライバシーの配慮を意識付ける内容になっていました。 33. 原則断らない姿勢で受け入れしており、問い合わせのあった希望者はすべて記録に残していました。日数や居室の関係で希望に応じられない場合や、疾患等により対応が困難な場合は他の施設等を紹介していました。			

(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)		34. 各利用者に担当を決め家族に周知することで相談しやすい配慮をし、モニタリング時や家族会で意見・要望・苦情等を聞いていました。意見箱も玄関や各フロアに設置していました。 35. 苦情対応マニュアルはフローチャート化し、苦情を受け付けた際の報告や対応方法を明確にしています。苦情や意見はクレーム対応委員会で取り上げ、議事録を全職員に回覧し、改善に向けて取り組んでいました。また、苦情・意見とその対応を玄関に掲示し公開していました。 36. 介護相談員の受け入れを行い、利用者が相談できる機会を確保していました。しかし、第三者の相談窓口を設置していませんでした。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		37. 毎年10月に満足度アンケートを実施していました。アンケートは、利用者・家族それぞれで集計し、結果は療養棟会議で分析して改善策を検討していました。その結果を施設内掲示や広報紙に掲載していました。また、アンケートは毎年同じ設問にすることにより、前回との改善状況を確認する仕組みとなっていました。 38. サービスの質の向上に関する検討は、毎月の各種委員会や運営会議で取り上げ、全体として取り組む体制がありました。また、京都府介護老人保健施設協会の部会の参加や他施設見学をすることで、他事業の取り組み等の情報収集をしていました。 39. 毎年度末に全主任が自施設の取り組み状況や現状について療養棟目標ごとに評価を行い、取りまとめたものを運営会議で報告し、次年度の目標設定に活かしていました。第三者評価は3年に1回受診していました。		