

アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 2 7 日

令和元年 6 月 3 日付けで第三者評価のお申込みいただいた 老人保健施設 あやべ 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>(通番 17～20) 個別状況に応じた計画策定 所定の包括的自立支援プログラムの様式を用いてアセスメントを行っており、ターミナルケアについても、十分なアセスメントと確認を行っています。計画の策定にあたっては医師、看護師、理学療法士、管理栄養士と連携をして作成されています。また、個別支援計画は1ヶ月ごとに評価を行い、見直しの際には、サービス担当者会議を開催して専門的な意見を求めています。また、ケアプラン見直し基準に基づき変更を行っています。</p> <p>(通番 29) 事故の再発防止等 報告書を作成して、内容によってヒヤリハットから重大なものまで4段階に色分けされています。処遇向上委員会においてきめ細かく分析検討され、再発防止を図っています。また、事故報告書は保険者に提出されています。</p> <p>(通番 31) 利用者満足度の向上の取組み 利用者の人権を守るための取り組みを様々実践されています。特に身体拘束廃止に関して、転倒の危険がある本人をどうしても止められない場合でも「命を守るため拘束せざるをえない」と考えるのではなく、入所後様子を見た上でカンファレンスを開き「その行動障害は何が要因なのか、なぜ動くのか」を分析、検討して対策を立てます。それを毎月の運営委員会で全員が内容を周知徹底して対応に努めます。その他にも様々な周辺症状対策に取り組む姿勢は、安きに流れず本気で身体拘束禁止を実践するという意識の表れといえます。また、個々の職員は、月1回30項目に及ぶ自己点検表を用いて日頃の業務を振り返っており、組織としても個人としてもサービスの質の向上につながる良い仕組みが構築されていると評価することができます。</p> |
|-----------------------------|---|

| | |
|-------------------------------------|--|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(通番5) 法令遵守の取り組み 関係法令の遵守については基本方針として明文化し、特に人権に関する法律についての遵守については研修等の取り組みを行っています。介護老人保健施設協議会に加入し、関係法令等の把握を行っています。しかし、関係法令のリスト化がされていませんでした。社会福祉関係以外に法令についても整理しておくことが望まれます。</p> <p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 手書きによる利用者一人ひとりの記録が具体的に記載されています。また、個人情報の保護規定で記録等の管理が規定されており、保存、管理、廃棄に関する規程があります。しかし、記録の持ち出し及び開示に関する明文化したものが確認できませんでした。整備されることを期待します。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>丹の国福祉会は田園風景や山林広がる緑に包まれた自然に恵まれた環境の中にあります。敷地内には当事業所の他に特別養護老人ホーム、ケアハウス、ヘルパーステーション、在宅介護支援センターが併設されています。</p> <p>老人保健施設あやべは、1997年に創設され、現在は認知症専門棟35床、一般棟50床の85名定員(通所定員35名)となっています。</p> <p>館内は全館床暖房になっており、理学療法士を中心とした機能回復訓練やレクレーションを通じた生きがいづくり等を行っています。</p> <p>支援に当たっては、適温による食事提供や排せつ介助の工夫など管理者が大切にしている六大介助の実践(食事、入浴、排せつの三大介助に加え、笑いを中心にした精神的介助、リハビリを強化した健康促進介助、日々の充実した食材で見る介助)が実践の中に浸透しており、利用者も穏やかに過ごされていることが確認できました。</p> <p>個別援助計画の策定についても、初期アセスメントにおいてターミナルケアがきちんと位置づけされているとともに、個別支援計画は1ヶ月ごとに評価を行い、見直しの際には、サービス担当者会議を開催して看護師やPT、管理栄養士との連携もきちんとなされています。</p> <p>すべての実践においてPDCAサイクルが確立されていて定期的な満足度調査や懇談会を行い、利用者の声を反映したり、第三者評価の受診結果についても、アドバイスを受けたことについて改善を行っておられました。</p> <p>また、質の向上については、職員は利用者自己チェック表を用いて月一回日頃の業務をチェックし振り返りを行っています。また、毎月、研修を開催し、虐待や身体拘束の防止に努めています。</p> <p>職員の労働環境としては、各部署ごとの休憩室の設置、産業医の配置や企業内保育所を設定するなどの働きやすい環境への配慮がなされていました。</p> <p>地域との関係では、地域交流会を定期的に企画したり、地域の秋祭りへの参加、小学校の職場体験、認知症サポーター講座などを実施などしています。</p> <p>今後はますます地域の拠点として事業展開されるとともにその専門性やノウハウを地域に還元される事を期待致します。</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>改善が望まれる点のアドバイスとして以下に記載致します。</p> <ul style="list-style-type: none">・財務関係の社会福祉充実計画を策定し、中長期の計画としています。また、職員会議で職員の意見をまとめ、運営会議にて図り、単年度の事業計画を策定していました。 <p>今後はさらに財務関係と合わせて人材方針やサービスの質等を加えた中長期的（3～5年）に進むべき道筋としての計画策定が望まれます。</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+)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|---|
| 事業所番号 | 2672000045 |
| 事業所名 | 老人保健施設 あやべ |
| 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・通所リハビリテーション・ 訪問リハビリテーション・居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 2019/10/23 |
| 評価機関名 | 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)理念及び方針が施設内に掲示されている。ホームページ及びパンフレットに記載されている。理念及び方針は年度当初の職員全体会議や施設運営会議にて周知している。 2)毎月、主任以上の役職者が出席する施設運営会議が開催され、現場職員からの意見を管理職に伝えることや、年3回開催される理事会等で決まったことを伝達し、ボトムアップを行っている。 | | | |
| (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質の向上に向けた計画を策定すると共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)財務関係の社会福祉充実計画を策定し、中長期の計画としている。職員会議で職員の意見をまとめ、運営会議にて図り、単年度の事業計画を策定している。各棟委員会にて毎月の計画を確認し、課題達成状況を振り返り、必要に応じて見直しを行っている。 4)各部門、各委員会で月別実践目標の設定と実施の確認を行い、進捗状況を運営会議にて把握している。 | | | |
| (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 | 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)関係法令の遵守については基本方針として明文化し、特に人権に関する法律についての遵守については研修等の取り組みを行っている。介護老人保健施設協議会に加入し、関係法令等の把握を行っている。しかし、関係法令のリスト化がされていない。 6)会報誌に施設長の事業方針を記載している。運営規定に管理者の職務内容について明記している。毎年施設長との個別面談を実施している。 7)施設長は各部門の日誌等により日常の業務内容を随時確認し、必要に応じて指示している。各会議にも参加している。緊急時には携帯電話で連絡が取れるようになっている。緊急時事故対応マニュアルに緊急時指揮命令系統・対応の連絡網を定めている。 | | | |

| 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。 | A | A |
| | | | | 8) 人員配置基準に基づいて各セクションの職員を配置している。求人募集に求める人材像を明示している。資格取得については勤務上の配慮している。退職時に面談し理由を確認し採用に活かしている。キャリアパスの規定がある。人材確保については、厳しい状況があるが、入職後に六大介助を位置づけ指導に力を入れている。 9) キャリア別の施設内外研修計画を作成して、それに基づき法人内部研修や研修発表を実施している。新人職員に対するOJTを行っている。法人内部研修が毎月行われている。 10) 実習受け入れマニュアルを策定し、基本姿勢を明文化し、適切に運営している。実習指導者に対する研修も実施している。 | | |
| (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 | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 11) 財務課にて有給休暇の取得を把握している。育児休業取得後の職場復帰のため、法人内に保育所をもっている。特殊浴槽やリフト等の福祉機器を導入している。 12) ストレスチェックを実施している。必要に応じて施設の医師である産業医の面談が実施されている。職員互助会を組織化し、福利厚生を行っている。宿直室と休憩場所を設置している。ハラスメントにかかる規定が整備されている。 | | |
| (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 | 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) 「丹の国福祉会だより」(年2~3回)をリストに基づき市役所や関係機関に配布している。地域を巻き込んだ施設の夏祭りを行っている。また、地域の秋祭りに参加しているとともに小中学校生との交流を定期的に行っている。 14) 小学校の職場体験、認知症サポーター講座を実施している。地域交流会を企画実施している。 | | |

| 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) | | 写真を多用し、ホームページやパンフレット、機関誌などで施設の事業内容の情報を発信している。見学者は随時対応している。 | | |
| (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、利用者にわ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) | | 重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金、保険外サービスについて説明している。成年後見制度を利用されている方がおられる。 | | |

| (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) | | <p>17)包括的自立支援プログラムに基づき、利用者の心身の状況を把握している。看護師、理学療法士、ケアマネージャーなど多職種で連携し、アセスメントを実施している。原則、本人・家族の参加している。3ヶ月にサービス担当者会議を開催し、利用者本人や家族の意見踏まえて、アセスメントを行っている。ターミナルケアについても、十分なアセスメントと確認を行っている。</p> <p>18)アセスメントに基づいて、利用者や家族の希望も聞き取った上で、個別援助計画が策定されている。個別援助計画は3ヶ月ごとに見直されている。カンファレンスには利用者、家族の参加を促している。</p> <p>19)個別援助計画策定の際にはサービス担当者会議を開催し、利用者、家族、関係職種その他、主治医、ケアマネ、PT、看護師等の専門職種への意見照会を適宜行い、計画に反映している。</p> <p>20)個別援助計画は1ヶ月ごとに評価を行い、必要に応じて定期見直し以外にも見直しを実施されている。ケアプラン見直し基準に基づき必要に応じて変更を行っている。</p> | | |
| (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) | | 21)専門職による入居前カンファレンスを行っている。退所時指導書を退所時の支援機関に伝達している。 | | |
| (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。 | 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、利用者の家族との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>22)食事介助、入浴介助、排泄介助等の業務におけるマニュアルを整備している。感染症発生マニュアルは年に一度見直しが行われている。</p> <p>23)手書きによる利用者一人ひとりの記録が具体的に記載されている。個人情報の保護規定で記録等の管理が規定されており、保存、管理、廃棄に関する規程がある。記録の持ち出し開示に関する規程が確認できなかった。</p> <p>24)朝夕晩の申し送り、随時のミーティングを実施し、ミーティングノートに記載することで情報を共有化している。</p> <p>25)日々の面会の際に情報交換を行っている。サービス担当者会議等を活用して家族との面談の機会を設けている。</p> | | |
| (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等の作成により、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) | | <p>26)感染症対応マニュアル、感染症及び食中毒対策マニュアルが整備されている。感染症予防の勉強会を実施している。</p> <p>27)臭気に関しては換気と清掃、オゾン脱臭機を用い対応している。施設内は適切に整理整頓されている。トイレ等の清掃についてのチェック表による確認が行われている。</p> | | |

| (7)危機管理 | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 事故・緊急時等の対応 | 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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 28)事故発生時対応マニュアルを設置、事故緊急時の連絡網、対応フローチャートにて指揮命令系統が明確である。総合消防避難訓練を年2回(うち1回夜間想定を含む)実施している。自営消防隊を設置している。 29)事故報告書を作成、内容によってヒヤリハットから重大なものまで4段階に色分けし、きめ細かく分析検討、再発防止を図っている。事故報告書は保険者に提出されている。 30)緊急連絡表を明示した災害対応マニュアルを設置している。福祉避難所であることから食料、水、簡易トイレ等3日分備蓄している。年二回の避難訓練、初期消火や水害時に土嚢を積む訓練等災害発生時対応訓練を実施している。学区内防災協定や防災訓練に参加し震災時等の地域連携強化を図っている。 | | |

| 大項目 | 中項目 | 小項目 | 通番 | 連携を | 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)利用者の人権尊重、人権保持を理念、運営方針において明確にしている。職員は利用者自己チェック表を用いて月一回日頃の業務をチェックし振り返りを行っている。身体拘束廃止、虐待防止については、月一回の運営会議で確認するほか研修を年二回行っている。拘束やむなしの事態が起こったときはカンファレンスを開いて対策を協議している。 32)プライバシー保護を盛り込んだ介護マニュアルを設置し、それをもとに新人研修等実施して職員への意識付けと共に新人教育に努めている。浴室の入り口には戸と暖簾を設置し、さらに特浴室の周囲のガラス戸に大型のヨシズを巡らせて視線を遮る工夫をしている。 33)入所判定基準を定め関連機関相談員、病院等に配布している。入所判定委員会で受け入れができないとなった場合は家族関連機関相談員、担当介護支援専門員に説明し会議録に記録している。必要に応じて他事業所、医療機関を紹介している。 | | |
| (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。 | 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)入所前面談で各ケア棟主任、支援相談員等が本人、家族の意向を聞き取り、記録、情報共有している。面談記録は療養記録にも記載している。年に一度利用者懇談会を開催する他、ご意見箱を置いている。利用者家族へは施設来所者様アンケートを設置している。 35)苦情対応マニュアルを設置している。意見・苦情記録は運営会議で報告し、組織全体として対応方法を検討、確認している。 36)法人関係者以外から第三者委員を設置し、公的機関の相談窓口と共に電話番号等記載して施設内の目につきやすい所に掲示している。重要事項説明書や契約書にも連絡先を記載、契約時には利用者に口頭でも説明している。綾部市介護相談員2名の訪問を受けており年に一回活動報告会にて意見交換等話し合いを行っている。 | | |

(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。 | 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 | A |
| (評価機関コメント) | | 37)年に一度、利用者懇談会と利用者満足度アンケートを実施している。運営会議で調査結果を集計、分析、検討し、改善を図って対応している。さらに運営会議では対応前と対応後の状況確認も行っている。利用者懇談会を毎月実施している。 38)年2回の職員全体会議、月一回の施設運営会議にてサービス改善の議論を重ね、目標を明確化、改善に向けて取り組む仕組みとなっている。進捗状況については定期的に発表し議事録を回覧することで全職員の周知徹底を図っている。併設居宅介護支援事業所から情報収集する他利用者担当者会議に出席することで他事業所より情報収集を行っている。 39)運営委員会委員長、各主任が中心となって年度単位の自己評価を実施し、その評価結果を分析検討し、次年度事業計画を作成している。第三者評価を3年に一度受診している。 | | |