

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 3 年 8 月 19 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

令和 3 年 2 月 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（老人保健施設 いわやの里）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>&lt;適切なサービスの提供&gt;</p> <p>「介護業務手順書」に写真等を掲載し文章に読み仮名をふり外国人労働者にも理解ができる手順書となっています。誰もが手に取り確認しながら適切なサービス提供につながられています。</p> <p>&lt;災害発生時の対応&gt;</p> <p>災害時の事業継続計画が随時見直され、福祉避難所として受け入れ体制を整備されています。地域防災のため地域住民と協働し毎年砂防ダムの水路掃除が行われ、地域づくりに貢献されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>&lt;プライバシー等の保護&gt;</p> <p>トイレにカーテンと鍵のかかるアコーディオンカーテンが設置されておりプライバシーに配慮されています。ただ、車椅子利用者は構造上アコーディオンカーテンが使えないとの説明を受けました。転倒転落予防のため車椅子をトイレから出さないようにするとアコーディオンカーテンが閉めれないことからだと思われます。希望される方には鍵付きの扉のあるトイレにお連れするといった対応をとられており、特にこれまで利用者からの改善要望は出されていないとのことでしたが、鍵付きの扉のあるトイレの設置されている箇所が少ないように感じました。</p> <p>&lt;第三者への相談機会の確保&gt;</p> <p>第三者又は公的機関等を経由して利用者から寄せられた苦情等について、迅速に対応している又は対応する仕組みについて、コロナ禍でもあり外部の人材による相談の機会を確保する体制は整備されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>&lt;プライバシーの保護&gt;</p> <p>身体拘束や高齢者虐待防止研修で実際に車椅子に長時間座る体験を行われたようにトイレでのプライバシーについても出来る範囲で体験してみるのはいかがでしょうか。カーテン越しに人がいること、鍵がかけられないこと、目の前に車椅子が置かれていることなどを利用者の生活目線を経験することでよりよい支援につながるのではないのでしょうか。施設の設備にかかわることもありますので、全てのトイレを改修するなどの対応は難しいと思いますが、職員のサービス向上を目指す姿勢や柔軟なアイデアに加え、会議・委員会等で改善策を検討する体制が整っておられますので、ぜひご検討いただければと思います。</p> <p>&lt;第三者への相談機会の確保&gt;</p> <p>法人グループ内の医療法人では、先駆的に第三者や公的機関を経由して利用者から寄せられた苦情等の対応を行う体制が整っていると伺いました。法人グループで内で行っておられる各種会議や内部監査等、職員の交流も多いことから他の施設での取り組みも参考にされてはいかがでしょうか。また、施設の苦情相談窓口担当者より、苦情相談窓口として施設に連絡先を掲示している公的機関に連絡し、苦情が寄せられた時の具体的な対応手順と報告内容について相談してみてもはいかがでしょうか。公的機関が求める報告内容を検討できる部署・委員会を策定すれば対応する仕組みが整えられると思います。</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	2654180013
事業所名	老人保健施設 いわやの里
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)	(介護予防) 短期入所療養介護 (介護予防) 通所リハビリテーション 訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和3年7月26日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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)		理念・運営方針について、各フロアやパンフレットに掲示されていました。また職員に浸透するために毎年4月に職員全員で行う「全体会議」を開催されています。「組織・職務分掌規程」により各種会議・委員会・職務分掌についての明記を確認しました。			
<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。	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)		事業計画とともに、中長期計画（令和元年から5年）を策定されていました。ISO9001に基づく「QMS方針展開表」に年度活動目標を「フロア会議」「副主任・リーダー会議」「主任会議」等で毎月評価し数値化されています。課題についても半期ごとに「運営会議」で報告されています。職員の階段・通路に各フロアごとの安全標語の掲示や階段からフロアの入口に鏡を設置し笑顔をチェックしてからフロアに入るよう取り組まれていました。			
<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)		「コンプライアンス管理規定」把握すべき法令について明記し、全職員がパソコン上で共有できるネットワークにおいて、確認できる仕組みを取られていました。年2回職員の面談や京都府の「福祉職場組織活性化プログラム」を活用し上司評価に用いられました。緊急連絡網を作成し緊急時の連絡体制が整備され、また「業務日報」「当直日誌」についても管理者が都度確認をされていました。			

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>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。	A	A
			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)		介護支援専門員の取得について祝い金の支給をされたり、取得後の研修参加費用の負担についても支援されています。「ステップアップシート」を用いて、職員の業務の達成状況を各項目ごとに評価し、レベル別の研修が企画されていました。「看護・介護実習受け入れマニュアル」が整備され、近隣にある大学の看護師・介護職・リハビリ等実習の受け入れ等積極的に行われていました。		
<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、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。	A	A
		(評価機関コメント)		毎週水曜日を「NO残業デイ」として設けたり、「眠りSCAN」を導入し利用者の睡眠状態を把握して、介護労力の軽減に努められています。ストレスケアについて法人内の心療内科の医療機関への相談や、新型コロナウイルスに関するストレスケアについての相談窓口として老人保健施設協会のポスターの掲示がされていました。		
<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。	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)		広報誌「やすらぎ」を毎月発行。施設内の各フロアや施設ガレージにも掲示し地域の方が閲覧できる体制になっていました。利用者等による手作り雑巾を地域の学校に寄贈する活動をされています。現在はコロナ禍で開催されていませんが「施設交流会」で家庭でできる認知症予防などの講座を利用者家族や地域の皆様に開催されていました。		

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</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)		ホームページにて情報提供がされており、事業所の窓口に重要事項説明書や運営規定を掲示、事業所のパンフレットが設置されています。コロナ禍であり見学希望の方には「施設見学動画」を用いて施設紹介やサービス内容の説明がされています。		
<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)		サービス内容や料金を重要事項説明書にて説明し、本人や正当な代理人の同意が得られています。成年後見制度の活用を推進し、入所後に成年後見人の申請を行い、契約を締結された方もおられます。		
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						

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)		「ケアチェック表」を統一使用しアセスメントを行い、入所後に自宅を訪問し写真データを活用し3か月毎の多職種参加のサービス担当者会議にて評価を実施されています。施設サービス計画書に利用者、家族の意向確認を確認されています。また、「介護支援専門員業務手順書」の基準をもとに個別援助計画等の見直しの検討が行われています。		

#### (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)		入退院時に、診療情報提供書、老健共通健康診断書、看護サマリーにて情報共有を行い、退所時には「退所時情報提供書」をかかりつけ医に提供し連携が図られています。「退所時訪問指導」に相談員や施設ケアマネジャーが参加して地域のサービス事業所と連絡調整が行われています。		

#### (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、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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		「介護業務手順書」に写真等を掲載し外国人労働者も分かるように工夫をして各フロアに設置され、満足度調査結果をもとに毎年見直しをされています。サービス提供状況の記録が「記録決済要領書」の規定をもとに記録の保管・管理されています。電子カルテ内の申し送り事項を必ず出勤時に確認しスタッフ間で共有しご家族へ連絡する体制があります。		

#### (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)		「新型コロナウイルス感染症マニュアル」を作成し随時見直しを行い、全職員に手洗いやガウンテクニック等の標準予防対策実施の教育が行われました。年1回外部の認定看護師に講師を依頼し令和2年10月に感染研修を2回実施されました。「清掃管理委員会」が清掃状況の確認を行ない、施設内の清潔が保持されています。		

#### (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。	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)		「事故発生時対応要領書」「看護手順書」「顧客所有物管理要領書」を職員に周知し指示命令系統、連絡体制が定められ「コールバック連絡書記載要領書」で事故再発防止の検討が行われています。災害時の事業継続計画が随時見直しされ、福祉避難所として受け入れ体制を整備。地域防災のため地域住民と共同し毎年砂防ダムの水路掃除が行われています。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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)		身体拘束、高齢者虐待防止やプライバシー保護についての研修を定例化しており、高齢者虐待防止研修では長時間車椅子に座る体験を職員全員で行い、利用者の尊厳について職員教育の機会を持たれています。また、施設内の委員会活動として2ヵ月毎に利用者への尊厳あるサービスが実施できているかの聴き取りや、室内のソファやセンサーの位置が行動制限につながっていないか確認する「安全ラウンド」を毎月行われています。浴室、トイレにカーテンや鍵のかかるアコーディオンカーテンが設置されておりプライバシーに配慮されています。			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		鍵付きの意見箱を各フロアに設置されており、毎月、意見箱を確認して対応や改善方法を利用者・家族に分かるよう掲示し、職員にも周知されています。個人が特定できる内容に関しては郵送にて回答されており、利用者へのサービスに関する聴き取り調査も2ヵ月ごとに実施されサービス向上に努めておられます。新型コロナウイルスの流行により家族と面会できない状況となりましたが、面会の要望に対しビデオ通話を実施されています。苦情相談窓口の施設対応者や公的機関の連絡先は掲示されていましたが、第三者又は公的機関を経由して苦情等に対応する仕組みや体制は確認できませんでした。			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	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)		利用者への満足度調査を年1回定期的に行っており、アンケート結果の集計と分析を行い「サービス向上委員会」や「フロア会議」にて改善策を検討されています。検討した内容を周知した上で次年度の活動に反映させることでサービスの質の向上に取り組まれています。ISO9001の認証を取得され、事前予告なしに実施される外部監査と年2回の内部監査を受審されており、評価結果をもとに年度活動目標書を作成し、中間評価・年度末評価を経て次年度の事業計画につなげる体制が整えられていました。			