

様式 7

アドバイス・レポート

令和3年11月5日

令和3年9月1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 石清水 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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1. 感染症の対策及び予防</p> <p>感染対応マニュアルを整備するとともに、新型コロナウイルス感染症に対してのマニュアルを作成していました。また、施設内研修や法人内研修を行って感染症の最新の情報の周知を図っていました。感染拡大時には緊急職員通達文を配布し、感染防止に迅速に対応していました。また抗原簡易検査キットを常備していました。</p> <p>2. 人権等の尊重</p> <p>利用者の人権や尊厳を守る基本理念・運営方針を各フロアのスタッフルームや事務所に掲示するとともに職員証の裏にも記載していました。また、身体拘束・虐待防止委員会を開催し検討していました。さらに、年に1回「虐待の芽チェックリスト」を実施し、その結果をもとに施設内研修をすることで人権を大切にした質の高いサービス提供に取り組まれていました。</p> <p>3. 質の向上に対する検討体制</p> <p>週1回フロア会議を開催し現場職員の意見集約や情報共有する機会を確保していました。フロア職員の意見を取り入れ、サービス評価向上マニュアル委員会で検討し、代表者会議で決定や承認する仕組みがありました。例えば、利用者の思いに職員が気づきフロア会議で発信したことからレクリエーションのプログラムの改善につながった事例、現場職員の意見によりヒヤリハットの区分を見直すなど、現場職員が発信し検討する機会があることは今後もサービスの質の向上や職員の主体的な活動につながっていきます。</p>
----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 個別援助計画の見直し</p> <p>3ヵ月毎に各専門職によるモニタリングの実施や状態の変化に応じて個別援助計画の見直しをしていましたが、個別援助計画の変更や見直しに関する基準等を定めていませんでした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>接遇や食事介助、リハビリなど詳細に項目化されたわかりやすいマニュアルを整備していましたが、サービス評価向上・マニュアル見直し委員会を月に1回開催し、サービスやマニュアルの確認と見直しを行っていましたが、標準的な実施方法の見直しの基準はありませんでした。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>玄関前の意見箱の設置や利用者・家族の個別の意見や要望にはマニュアルに基づき会議で改善していましたが、定期的な満足度調査は実施されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 個別援助計画の見直し</p> <p>定期的な見直しに加え利用者の心身の変化に応じて個別援助計画の変更や見直しをされていましたが、計画作成担当者が変わっても、同様に見直しができるように個別援助計画作成の見直し時期、手順をマニュアル化されてはいかがでしょうか</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>マニュアルの見直しは実施されていましたが、定期や随時（苦情や事故報告等）の見直しなど、基準を文章で定め実施することでより確実なマニュアルの見直しが可能になるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>自分から相談や意見を発信できない利用者や家族もあるのではないのでしょうか。そのため、施設全体で担当者または委員会を設置し、定期的な利用者満足度調査を実施されてはいかがでしょうか。例えばサービス評価向上・マニュアル見直し委員会等、既存の体制を活用し取り組む方法を検討されてはいかがでしょうか。調査結果を検討・改善・公表することでさらなるサービスの向上により満足度を高めることができるのではないのでしょうか。</p> <p>4. その他</p> <p>第三者評価の利用者アンケートに「もう少し施設での生活の状況が知りたい」という意見がありました。いろいろな手段を検討し家族等へ利用者の生</p>

	<p>活情報と共に事業所の素晴らしい取り組みも多々されているため、それらを伝えることは家族等にとって大きな安心と信頼につながるのではないのでしょうか。例えば、定期的に利用者の生活がわかるような写真を掲載した機関紙や個別の状況報告書を作成し請求書に添えて送付する他、コロナ禍が解消されたら、定期的に家族等に集まってもらい意見交換の場の設定を検討さ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。

(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	2652980018
事業所名	介護老人保健施設 石清水
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) 通所リハビリテーション (予防) 短期入所療養介護
訪問調査実施日	令和3年10月11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	B	
	(評価機関コメント)		1. 理念・運営方針を玄関や事務所、各フロアのスタッフルームに掲示し、月1回朝礼での唱和により周知に努めていました。また、4月のフロア会議で事業計画と理念の説明も行っていました。利用者や家族には、契約時の説明や機関紙「いわしみず」に掲載して周知に努めていました。 2. 事業所幹部の代表者会議やフロア・看護会議、各種委員会を定期的に開催することで、職員からの意見を反映した案件別の意思決定の仕組みがありましたが、業務や職務権限を明確に規定をしたものがありませんでした。			
(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を策定し、各事業（入所・通所リハビリ）の取り組み課題や数値目標の他、職員教育の方針を定めていましたが、中長期の計画がありませんでした。 4. 事業所の事業計画に連動し、介護支援専門員や相談員、各フロア、リハ科、栄養科、デイケアで事業計画を策定し、具体的な取り組み内容や数値目標を定め、年2回進捗状況の確認をしていました。			
(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。	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. 事務長が代表者会議で法令の改正などの説明を受け、各部門の責任者に伝え周知徹底に努めていました。また、法令に関してはインターネットや事務所の法令集で調べることができましたが、関係法令をリスト化したものがなく明確になっていませんでした。</p> <p>6. 運営管理者は代表者会議に参加し、各部門長から伝えられる職員からの意見を聞いていましたが、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうか把握・評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 運営管理者は常時事業所内で業務に就き、事業所を離れる時は携帯電話で連絡を受けていました。また、担当者からの報告・相談や業務日誌により事業の実施状況を把握していました。緊急時連絡網を整備し、緊急事態には速やかに報告を受け指示が出せる体制になっていました。</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

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)

8. 人材育成の方針を定め、法人の求める職員像を明確にして採用に取り組んでいました。人員配置については、各部署からの要望を聞き取り事務長と介護係長で調整していました。資格取得支援としては、受験対策講座の受講日や受験日の勤務調整をしていました。

9. 研修体制として、新任職員・中堅職員・所属長・管理職研修と段階的に整備し、外部研修を活用し計画的に実施していました。また、事業所内で毎月テーマをきめて研修を実施していました。各フロアで朝礼時や会議で「気づき」の検討と助言を行っていました。

10. 実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れの基本姿勢や指導方法を定め、実習指導者は介護福祉士養成校と受け入れの会議に参加し受け入れ体制を整えていました。

(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。	A	A

(評価機関コメント)

11. 有給休暇は計画取得もあり、取得しやすいとヒアリングでも確認しました。職員の就業に関する意向等は、所属長との年2回の面談時に聞き取り、事務長と法人事務部で集約し検討していました。育児・介護休業の規程を整備し、取得の実績もありました。職員の負担軽減については、機械浴やスライディングボードを活用していました。

12. メンタルヘルスの相談窓口は産業医が担当し、外部契約の相談窓口（「こころの相談窓口」）も利用もできました。福利厚生としては、冠婚葬祭の特別休暇や20年勤続表彰、コロナ禍で実施していませんが、年2回ホテルでの食事会、職員給食費の補助がありました。また、職員が適切に休憩や仮眠ができる場所を各フロアに設置していました。

(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。	C	C
(評価機関コメント)		<p>13. ホームページの公開や法人機関紙「医のチカラ」（年2回発行）を地域の関係機関に配布して広報していましたが、情報の公表制度の情報を自ら地域に開示する取り組みはありませんでした。また、地域のイベント等の情報の掲示はなく、地域のイベントに職員が付き添い利用者が参加することはありませんでした。</p> <p>14. 地域への貢献活動は現在実施しておらず、またその役割は近隣にある同法人の事業所が主になって分担しているとのことでした。</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. ホームページやパンフレットで事業所の情報を提供していました。パンフレットは基本方針やサービス内容・利用対象者・設備内容など詳細に記載していました。また、見学の問い合わせは初回相談員記録で記録をしていました。			
(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、保険外サービスの料金等の掲載があり、契約書と重要事項説明書を説明し同意を得ていました。判断能力に支障のある利用者には後見人等と契約を結んでいました。また成年後見制度と地域福祉権利擁護事業のパンフレットを活用し推進していました。			
(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。	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		<p>17. アセスメントは、定型化したアセスメント様式を用い、利用者と家族の意向の聞き取りや医師と連携することでニーズや課題を明らかにしていました。またアセスメントは基本3ヵ月毎に実施していました。</p> <p>18. アセスメントに基づき利用者や家族の希望を尊重した上で、自立支援のための個別援助計画を作成していましたが、サービス担当者会議に利用者本人の参加は確認できませんでした。</p> <p>19. サービス担当者会議では、医師・看護師、栄養士・各リハビリ専門職などから情報を得て個別援助計画に反映していました。</p> <p>20. 3ヵ月毎に各専門職によるモニタリングの実施や状態の変化に応じて個別援助計画の見直しをしていましたが、個別援助計画の変更や見直しに関する基準等を定めていませんでした。</p>			

(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. 入所前に主治医の意見や情報を収集し、入所後は施設医師と連携して支援していました。他事業所や関係機関のリストを作成していました。また、入退院時や退所時には事前のカンファレンスの開催や退所時指導連絡表を用いて、病院や地域の関係機関と連携していました。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	B
(評価機関コメント)		22. 接遇や食事介助・リハビリなど詳細に項目化したマニュアルを整備していました。サービス評価向上委員会・マニュアル見直し委員会を月に1回開催し、サービスやマニュアルの確認と見直しを行っていましたが、マニュアルの見直しの基準はありませんでした。 23. 利用者一人ひとりに対して療養記録をつけ、個別援助計画に基づくサービスの実施状況を記録していました。個人情報保護規定に個人情報の保管、保存、持ち出し、破棄に関する規程を定めていました。また施設内で個人情報保護の研修をしていました。 24. 利用者の情報を勤務交代の申し送り時や療養管理日誌、申し送りノートで情報共有していました。フロア会議（毎月）やケアカンファレンス（基本3ヵ月毎）を行い、利用者の支援について職員間で意見集約をしていました。 25. コロナ禍のためオンライン面会を実施していました。家族が洗濯物を取りに来た時に利用者のサービス提供状況や日常の様子を伝えていましたが、家族等へ定期的に利用者の現況を知らせる機会はありませんでした。		
(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. 感染対応マニュアルを整備するとともに、新型コロナウイルス感染症に対するマニュアルを作成していました。また、施設内研修や法人内研修を行い感染症の最新の情報の周知を図っていました。 27. 清掃を業務委託し、実施状況について点検表で確認していました。各フロアのゴミ袋や汚物は、専用エレベーターを使っていました。施設内は清潔で臭気はありませんでした。		

(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)		<p>28. 事故対応マニュアルを整備し、施設内研修で事故対策研修を実施していました。AEDの使用訓練を実施していました。また、緊急時連絡網を整備し、緊急時の指揮命令を明確にしています。</p> <p>29. 事故報告書を作成し、事故の発生状況や発生原因の分析と改善策の検討結果を記載していました。3ヵ月毎に事故防止委員会を開き、事故対策の振り返りの他、ヒヤリハットと事故の定義の見直しを行っていました。</p> <p>30. 災害発生時の対応マニュアルを整備し、年2回火災時避難訓練を実施していました。訓練時には近隣の保育所と連絡を取り合っていました。災害発生時の地域と連携を意識したマニュアルの整備は無く、訓練も実施できていませんでした。</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
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)			<p>31. 利用者の人格や尊厳を守る基本理念・運営方針を各フロアのスタッフルームや事務所に掲示するとともに職員証の裏にも記載していました。身体拘束・虐待防止委員会を開催し検討していました。また、年に1回「虐待の芽チェックリスト」を実施し、その結果をもとに施設内研修をしていました。</p> <p>32. 年1回プライバシー保護の事業所内研修を行い、新任や中堅職員を対象に外部研修にも参加していました。</p> <p>33. 初回相談時、相談員より入所基準や受け入れられない基準を説明していました。入所判定会議で公正に入所の決定を行い、受入れができない場合は他の施設や医療機関を紹介していました。</p>		
(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	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)			<p>34. 玄関前に意見箱を設置していました。個別の利用者の要望については相談員や介護支援専門員、ケアワーカーが随時対応し報告書に記載していました。個別援助計画の見直しの際、個別の意向を聴き取っていました。</p> <p>35. 苦情は苦情対応マニュアルに基づき苦情報告書で報告し、フロア会議や代表者会議で検討し改善に努めていました。受け付けた苦情の内容と対応方法を玄関に掲示し公開していました。</p> <p>36. 公的機関等の相談窓口の連絡先を玄関に掲示し、重要事項説明書にも記載し説明していました。第三者の相談窓口の設置はなく外部人材による相談機会の確保もありませんでした。</p>		

(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。	C	C
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. 日常でのサービス提供場面等での意見の聞き取りは適宜実施していましたが、事業所として行う満足度調査は実施していませんでした。 38. サービスの質の向上をフロア会議、サービス評価向上・マニュアル見直し委員会、代表者会議で検討していました。また、京都府介護老人保健施設協会の交流会や法人内他事業との研修会の参加で、他事業所の情報を収集し自事業所との比較検討を行っていました。 39. 第三者評価を3年毎に受診していました。各部署毎に事業計画中にサービスの質の向上に向けての課題を設定し、年2回評価を行い次年度の計画に反映していました。		