

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 3年12月 7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9月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 介護老人保健施設紫雲苑 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;プライバシーの保護及びご意見等への対応&gt; 以前の第三者評価の際に指摘のあったトイレの仕切りがカーテン又はアコーディオンカーテンとなっていました。全てのトイレのドアに変更されていました。また、清掃は外部委託されているのですが、職員も定期的にトイレ清掃に関わり、衛生面への気づきを促すきっかけづくりとし、臭気もなくとても清潔な環境が維持されていました。</p> <p>&lt;労働環境への配慮&gt; ナースコールに代わる PHS を導入されたことにより、ナースステーションに立ち寄ることなく利用者を把握し、要求に速やかに対応できるようになったことが業務改善に繋がっていました。</p> <p>&lt;定期的な専門家からの意見集約&gt; 入所前の「利用検討会議」、入所2週間後、以降は3ヶ月ごとにサービス担当者会議を開催され、その度に医師をはじめ各専門職から意見を集約されています。</p> <p>&lt;事故の原因究明の仕組み&gt; 「リスクマネジメント委員会」が月に一度開催され、事故報告書やひやりはっと報告書をもとに原因を分析されています。また、フロアの共有部分にカメラを設置され、転倒事故が発生した際は動画をもとに原因究明がなされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>&lt;管理者等によるリーダーシップの発揮について&gt; 上司評価については、把握、評価、見直しをする機会がありませんでした。</p> <p>&lt;実習指導者の研修の受講について&gt; 介護福祉士、看護師の実習生を受け入れる体制が整備されており、今年度</p>

	<p>は看護師実習のみの受け入れをされていました。しかし担当されている指導者は指導者養成研修に参加されていませんでした。</p> <p>&lt;マニュアルの定期的な更新&gt;        必要なマニュアルが整備され実用的な内容になっており、年度初めに各部署にて見直しをされていますが、見直しや改訂の記録が無い年度がありました。</p>
具体的なアドバイス	<p>&lt;管理者等によるリーダーシップの発揮もついて&gt;        きょうと福祉人材育成認証制度をお受けになられていますので、「京都府福祉職場組織活性化プログラム」の活用をお勧めします。本プログラムは「上司の機能」を評価する項目もあり、web を用いて職員アンケートを行い、職員の職場や仕事に対する思いを見える化し、京都府全体の活用施設の BM 値も参考にしてそれぞれの事業者でその結果を組織活性化につなげていただくものです。</p> <p>&lt;実習受け入れ&gt;        実習受け入れ手順がしっかりと整備されコロナ禍においても実習受け入れを積極的にされておられます。その中、より充実した実習受け入れができるよう、指導者の方には指導者養成研修の受講をお勧めします。</p> <p>&lt;マニュアルの定期的な更新&gt;        各部署にて定期的にマニュアルを見直されているとのことですので、改定内容とその日時を各マニュアルに明記する仕組みを作られることをお勧めします。</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	2650680024
事業所名	介護老人保健施設紫雲苑
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、(介護予防)訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和3年10月22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)			三幸会の理念を受付、フロア等に掲示され、スタッフ一人ひとり名札に入れて携帯されています。令和3年度苑内研修計画では令和4年2月15日に「法人理念と運営方針、プライバシー保護、倫理及び法令遵守」を計画されています。利用者・家族へは季刊広報誌「わかむらさき」等により広報・周知されています。		
<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)			組織の目的に応じ、各種委員会実施し、運営会議において各委員会からの意見もとりまとめ組織の意思決定を行うこととされています。満足度調査の意見から、「アクションプラン」（年次計画）に盛り込み、計画的に実施され、半期に一度運営会議にて課題の達成状況の確認・評価を行っておられます。		
<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	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。	B	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)			把握すべき42の関係法令を一覧に明示され、今年度より有料の法規・法令の確認サービスを活用されています。経営責任者、運営管理者の役割と責任については明文化されておりませんでした。緊急時の連絡体制については連絡網を整備され、安否確認サービスアプリを導入・整備されていました。		

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
		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	B
		(評価機関コメント)		法人理事会で人事採用や「介護福祉士資格取得支援金」等決定され育成支援が行なわれています。現在3名の「ケアアシスタント」職員について資格取得支援を実施されています。「苑内研修計画」を「教育研修委員会」に位置づけ、毎月30分を基本に感染や介助等について学習会を開催されています。欠席者には録画を閲覧できるしくみで全職員が学習できる環境を用意されています。また外部研修も壁に張り出し職員に希望を募り研修に位置付けられています。 実習受け入れは介護福祉士、看護師の実習生を受け入れる体制を整備し、今年度は看護師実習の受け入れをされていました。しかし担当されている指導者は指導養成研修に参加されていませんでした。		
<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、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	B
		(評価機関コメント)		有給取得率はこの半年全職員30.8%であり希望すれば休める環境が用意されています。労働環境への配慮として、ナースコールに代わるピッチを導入されたことにより、ナースステーションを経由せず、コールされた利用者を速やかに把握し対応できるようになったことが業務改善に繋がっています。 毎年「ストレスチェック」を行うときの資料にハラスメント相談窓口が掲載され周知されています。相談窓口は事務長とのことですが明文化したものは確認できませんでした。カウンセラーは外部ではありませんが法人内のクリニックや関係病院の医師が担当者と位置付けられています。福利厚生ではコロナ禍において集合が難しい中、法人内で抽選会を開催され、商品券を職員に配布されています。		
<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「わかむらさき」を年4回発行し以前関わって頂いた役員へ郵送し、利用者や関係者300人へ郵送と手渡しで施設の紹介をされています。コロナ禍で集合しての「ふれあい祭り」等中止している中、「いわくら農園クラブ」マルシェへのボランティア活動を紫雲苑として参画されています。また地域包括支援センター主催の地域住民講座において、地域の明德児童館を借りて「認知症におけるミニ講座」に講師を予定されていましたが、コロナ禍において急遽中止となりました。		

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、パンフレット、広報誌「わかむらさき」を活用して事業所の情報を提供されています。電話で問い合わせにはパンフレットの送付、見学希望者に対してはタブレットを活用し施設内部の説明をする工夫をされています。入所に関する問い合わせは「インテークシート」に詳細に記載されています。			
<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)		入所に際しての面談時に支援相談員より重要事項説明書を説明されています。おやつ代、洗濯代など保険外の料金が明記されており、本人、成年後見人の署名による同意を得られます。「後見申立セット」には申し立ての案内や必要な用紙が用意され、支援相談員が市長申し立ての手続きを支援した事例を聞き取っています。			
<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)		アセスメントはMDS2.1を使用し、医師をはじめとした多職種が意見を出し合う仕組みとなっています。入所前に「利用検討会議」、入所2週間後、それ以降は3か月毎に担当者会議を開催し、利用者も参加し希望を尊重した計画書を作成されています。計画書の作成にあたり「担当者会議・モニタリング記録」において多職種の意見を聴取されています。各利用者ごとに「ケアプラン実行記録表」を作成され、目標に即した支援が実施できているかチェックされています。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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)		施設長が精神科医である他、週に一度法人内の医師が来苑され必要に応じて医師と連携が取れる体制を整えられています。左京区医師会が作成したリストを用意し活用されています。地域包括支援センターと連携し身体的虐待のケースが入所に至った経緯を聞き取っています。入所者の入退院に際し、地域の医療機関と連携をとられています。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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	A	

(評価機関コメント)	必要なマニュアルが整備され、各部署で年に一度見直しをされていますが、改訂の記録が確認できませんでした。「経過観察記録」「リハビリテーション実施記録表」に生活の様子やリハビリの状況が記録されサービスステーションにて保管されています。「申し送りノート」に周知すべき情報を適宜記入され、サインにて閲覧を確認されています。感染対策のため面会が制限される中、2か月に一度、ご家族に写真を送る取り組みをされています。
------------	--

(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)		「感染防止対策マニュアル」を作成され、新型コロナウイルス対策についても言及されました。各部署から代表者が一名参加する「感染症防止対策委員会」が毎月開催され、利用者の感染状況等について検討されていました。清掃委託業者が日に一度清掃され、清潔が維持されています。汚物専用エレベーターが定期的に稼働し汚染物がフロア内に留置されない工夫がされており、臭気もありませんでした。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		「リスクマネジメントマニュアル」が作成され、年に一度、前年度の事故の分析に基づいた研修を実施されています。必要に応じて事故報告書、ひやりはっと報告書が作成され、月に一度開催される「リスクマネジメント委員会」にて分析がされています。転倒事故が発生した際は共有フロアに設置されたカメラの映像を原因究明に活用されています。「防災対策マニュアル」が作成され、京都市シェイクアウト訓練に合わせて訓練を実施されています。新型コロナウイルス流行前は地域の防災訓練に参加されていたことを聞き取りましたが、マニュアルに地域との連携に関する項目がありませんでした。		

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
<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)		三幸会の法人理念に沿って、身体拘束廃止委員会、虐待防止委員会を毎月開催し、年間計画において毎年計画的に実施されています。今年度の身体拘束については6/15、1/18に、人権擁護及び虐待防止については12/21、プライバシーについては2/15に予定されており、研修参加が出来なかった方にはYoutubeにて動画を視聴できるよう工夫されています。			
<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・苦情等を受け付けられた場合は対策を講じ、リスクマネジメント委員会へ報告し、職員へ周知する仕組みがあります。3か月に1回、サービス担当者会議の機会に利用者の意向等を確認されています。利用者の意向への実践事例としてウォシュレットの設置希望について、今年度のアクションプランに位置づけて実施する等の改善の取組が確認できました。相談窓口として第三者の設置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)		満足度調査は毎年秋に実施され、公開されています。サービスの質向上については、各委員会における課題を検討した結果を毎月開催される運営会議（役職者全員が参加）にて報告・検討する仕組みになっています。自己評価は、本共通評価項目を毎年用いチェックをされ、組織の気づきや課題の改善の取組をアクションプランに反映させる仕組みが出来ており、感染対策として、陰圧室の設置やゾーニングの際の間仕切りのカーテンレールの設置等、対策が講じられ、施設内の換気や療養環境への配慮がしっかりととられています。			