

アドバイス・レポート

令和4年10月11日

令和4年7月22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アールそせいにつきましては、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>施設は新築移転され、落ち着ける環境が整えられています。建築にあたっては各ご利用者の利用するテーブルが一人ひとりの適切な高さに設定できるものを採用する事、最初の設計で1階にもあった居室を2階以上に変更し水害に備える事等、現場の意見や思いが反映された事が確認できました。またユニット型に変更し、その中で生活ができる環境を整えた事で職員にゆとりが生じたこと仕事への相乗効果が確認できました。</p> <p>通番1 理念の周知と実践 「職員ハンドブック」を配布し、理念・運営方針はもとより、接遇や法令等、職員として必要な知識を明確にして職員が常に意識できるようにしていることは職員の意識統一をしていく上でも有効なものだと感じました。</p> <p>通番30 災害発生時の対応 災害に備えて7日分の備蓄を誰がその時に遭遇しても一目で分かるように整備され、誰でも作れるメニューを掲示するなど万が一の時にもしっかりとした備えができています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>通番36 第三者への相談機会の確保 公的機関等の相談窓口や電話番号は入所約款に記載し、契約時に渡すとともに館内にも掲示されていますが、第三者相談窓口は設置されていません。</p> <p>通番39 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を前回から3年以内に受診できていません。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番12 ストレス管理 職員出入り口や休憩室の掲示板等に相談したいと思った時に誰にどのように相談すれば良いのか分かりやすく掲示されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番22 業務マニュアルの作成 通番26 感染症の対策及び予防 マニュアル類の改訂履歴が分かるように全ての改定日を記載されてはいかがでしょうか。</p> <p>通番36 第三者への相談機会の確保 民生委員等に第三者委員をお願いして第三者的立場からご利用者、ご家族の意見を聞いていただくことでご利用者、ご家族が相談や苦情を訴えやすくなると思います。</p> <p>通番39 評価の実施と課題の明確化 定期的に外部からの評価を受けることで、提供するサービスの質の向上が図られると思いますので3年に1回の第三者評価受診をお勧めします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2650980010
事業所名	老人保健施設アールそせい
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
訪問調査実施日	令和4年9月2日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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)		理念は事務所前、各ユニットに掲示するとともに、理念を明記した「職員ハンドブック」の配布や名札の裏に印刷し周知しています。コロナ禍において家族会の実施は難しい状況ですが、広報紙・ホームページ・パンフレットを活用してご利用者、ご家族に理念及び運営方針を周知しています。管理者会議で施設方針を決定し各部署に周知して職務権限規程において責任を明確にしています。			
(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	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)		中長期計画を3年に1回見直し、中長期計画を基に管理者会議にて課題を抽出して単年度計画を作成しています。年度末に評価を実施されています。			
(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	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)		「職員ハンドブック」を配布し、事業を実施するうえで把握すべき法令について理解する取り組みとともに、インターネットでいつでも検索できる環境があります。施設長は月1回の管理者会議に出席し経営・運営の方針を伝え、稼働率、収支について確認されています。また緊急連絡網を作成し全職員と連絡がとれる体制を整え、施設長は常時携帯電話を携帯し連絡がとれる状態です。緊急連絡網を活用した訓練も実施されています。			

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
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)		人員確保については派遣等の臨時的な職員確保が必要ないほど十分に確保され、介護福祉士の割合が高くなっています。既卒の介護職員にもプリセプター制度(※)を導入し、適時評価され「卒業」する仕組みがありました。研修計画は教育研修委員会にて計画され各委員会が担当して開催されています。職員の学びについては記録がありました。実習生受け入れのための手順は整備され、今年の受け入れ予定もあります。中学生のチャレンジ体験や高校生の体験実習の受け入れ、大学生のインターンシップなどの受け入れをされていて実績も毎年あります。		
(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、スタッフ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)		職員のヒアリングからはとても働きやすく、育児休暇で復帰後、急な休みにも対応してもらいなどの事例の聞き取りが出来ました。残業も少なく、職員の健康状態、有給休暇の取得率等については安全衛生委員会で確認、検討されています。広い休憩室が確保されています。定期的なストレスチェックが実施されていて本人に結果が伝えられています。これまで要チェック者はいません。メンタルヘルスやハラスメントについての相談窓口は法人として設置されています。		
(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)		コロナ感染症拡大の中での新築移転でしたが、何とか内覧会はできたということです。これまで住民参加型のお祭り「アール祭り」や介護教室等地域住民等との交流、情報の発信などを積極的にされていました。そのような中で何ができるかを検討し、ベルマーク運動や地域のごみ拾いなどもされています。		

※「プリセプター制度」

新人看護職員1人に対して決められた経験のある先輩看護職員(プリセプター)がマンツーマン(同じ勤務を一緒に行う)で、ある一定期間新人研修を担当する方法。この方法の理念は、新人のペースに合わせて(self-paced)、新人自らが主体に学習する(self-directed)よう、プリセプターが関わることである。

(出典：新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】(厚生労働省))

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徹底						
(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)		ホームページは法人事務局が管理されていて施設概要・利用料金等が分かりやすい内容となっています。また、ご利用者、ご家族からの相談や外部からの相談、施設見学等に対するの問い合わせを支援相談員が対応されています。		
(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)		入所利用約款および入所しおりによりご利用者、ご家族へ丁寧に説明されていて利用料金等の同意を得られています。成年後見制度は5名程度利用されています。権利擁護の取り組み事例は相談記録に記載されています。		
(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)		アセスメントは3カ月に1回実施されていて利用者ニーズを把握されています。サービス担当者会議にはご利用者及び全職種が参加されて情報共有ができています。ケアプランを元に介護・看護職員がケアプラン行動実施表を作成して個別処遇に取り組み、毎月の評価も実施されています。ケアプランは3カ月毎の見直しが行なわれています。		
(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)		毎週水曜日に法人介護部門連絡会にて、併設医療機関及び併設事業者で入院患者、ご利用者の情報交換が行われてスムーズな入院・退院ができるシステムが構築されています。		

(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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		各種マニュアル、指針は整備されています。また、各種委員会も開催されて、議事録も作成されています。利用者情報は全体申し送りノート、ユニット申し送りノートを作成して情報共有されています。		

(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、スタッフ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)		感染症マニュアル、指針は整備されています。感染症対策委員会を開催して議事録も作成されています。年に2回感染症研修を実施する予定です。各ユニットに空間除菌脱臭機を設置されていて臭気は感じられませんでした。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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)		災害発生時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルや訓練実施は確認できませんでした。業務継続計画書は作成中とのことでした。		

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)		「職員ハンドブック」にご利用者の人権尊重とプライバシーについて明記し、虐待・身体拘束防止対策委員会において、業務の振り返りを行い、研修内容を決定して研修後は職員アンケートにて習熟度を確認されています。ご利用者の希望に応じた同姓介助や個室での相談対応等に配慮されています。入所申込み者ごとに利用判定を行い、結果は判定結果記録書に記載し公平に判断をされています。また医療的に受入れが難しい場合は系列の医療機関を紹介する等の対応をされています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		ご意見箱を設置し要望の収集を行い、サービス評価委員会にて対応を検討し回答を施設内に掲示しています。コロナ禍でご家族の来所も少ないことから広報誌に掲載し周知することを検討されています。ご意見、要望、苦情があった際には、相談・苦情対応マニュアルに従って報告を行い、苦情については苦情報告書にて職員間で周知されていますが、第三者委員はいらっしゃいません。		
(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	B
		(評価機関コメント)		年に1回利用者満足度アンケートを実施し、集計結果は施設内に掲示するとともに広報誌にて周知されています。満足度調査により得られた情報を各部署にて検討しサービス評価委員会で改善策を検討して改善後の評価も実施されています。サービス評価委員会は月に1回開催され、各部門の責任者が出席して全職員へ改善策が周知されています。部署ごとに作成された年度計画を年度末に総括し次年度計画に反映されています。第三者評価については、前回の受診から5年が経過しています。		