

アドバイス・レポート

令和 5 年 1 月 1 8 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 4 年 1 0 月 1 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（**老人保健施設とちのき**）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>1) リーダーシップが発揮された施設運営</p> <p>施設長（医師）による採用時からの年間を通しての医療にかかわる研修の実施や、超過勤務の管理や有給休暇の取得率の高い状況がありました。施設運営が施設長を初めとした役職者による強いリーダーシップが発揮されることにより、人材育成、労働環境の配慮に取り組みされており、職員満足度の高い環境を整えられていました。</p> <p>2) 法令遵守の意識や多様性を備えた職員の育成</p> <p>とちのきの職員が業務を実践していくための「職員基本マニュアル」の中にある、ご利用者へのプライバシー保護や虐待防止など支援の基本となる部分をはじめ、支援全般に必要な事項が網羅的に定められており、利用者の保護、職員の育成に取り組みられていました。また L G B T の研修など行われており、今の社会に必要とされている多様性への対応を目指した組織となるべく取り組まれていました。</p> <p>3) 効率的な支援計画の策定</p> <p>高齢者支援の大きな方向性である科学的介護情報システム（LIFE）の導入をされており、必要な事項をそのままアセスメントとして活用する等、より効果的、効率的な運用になるように取り組まれていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 衛生管理</p> <p>施設内は整理整頓が実施され清潔な環境となっておりますが、居室内にあるエアコンの清掃については行き届いていない状態があることを確認しました。稼働時間の多い居室内のエアコンはカビなどが発生しやすい状況になってしまいがちとのことでしたが、ご利用者にとっては天井に配置されているエアコンが目に入った際に不安を抱かれる可能性があり、またカビなどの発生は健康被害に繋がる可能性があると思われます。</p> <p>2) 書類の持ち出し規定</p> <p>書類の廃棄規定は確認できましたが持ち出しを行う時の規定が確認できませんでした。持ち出すことがないために定めていないことをお聞きしておりますが、万が一個人情報紛失があった際に、個人情報の管理方法が定められていない事は大きなリスク要因になると思われます。</p> <p>3) 地域への情報公開</p> <p>地域で行われている活動の情報収集や、地域活動への関与について、積極的な動きがなかったようにと思われます。新興住宅地ということで地域活動が</p>

	<p>盛んでないことは聞いておりますが、地域との情報交換や交流の積み重ねが、施設の存在価値をより高めていくものにつながる様に思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 衛生管理 居室というエアコンの稼働時間が長いことによる避けにくい影響であることはお話を伺い確認しているところですが、最近では衛生的に保つことのできる薬品なども市販されるなど対策の幅は広がっているものと思われます。ビルメンテナンスの専門的な知見を持つ業者ならば、様々な改善手法を持っている可能性があります。利用者の利用時の安心と快適さにつながるものと思われますので、ぜひ発生防止に向けての検討をされてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 書類の持ち出し規定 個人情報を持ち出すことを想定していないために定めていない事を確認しておりますが、決まりとして持ち出す時のルールを定めることは、改めて個人情報の持ち出しについて考える機会につながり、個人情報の大切さの意識を高めるきっかけになることも期待できると思われます。万が一の事態に備えてのリスクを避けることにもつながるものかと思われますので、持ち出し規定の策定を検討してみられてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 地域への情報公開 新興住宅地という地域の特性の中で、地域活動が盛んでないなどの状況はお聞きしておりますが、病院が併設される大きな老人保健施設のため、地域の方々が施設に期待する要素は多分にあると思われます。日々の情報発信、情報交換が行われることでBCP（事業継続計画）の実効性に幅を持たせることも可能になるかもしれません。地域向けの情報発信媒体などを活用されて、より地域との連携向上を図ってみら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	2651480010
事業所名	老人保健施設 とちのき
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)	通所リハビリテーション、短期入所療養介護、介護 予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療 養介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	2022年10月31日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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	A
	(評価機関コメント)			1) 1階部分の掲示板に理念が掲示されている他、職員個々人が携行する職員証に法人理念と基本方針を記載していました。パンフレットや広報誌により周知を図り、会議内でも担当者が読み上げることを行い理念と運営方針に沿ったサービス提供の実践に取り組みました。2) 年4回程度で行われる理事会開催、週1回で開催する業務推進会議、決定事項の周知や課題の吸い上げ等、職務権限を定め、組織図に従い意思決定を実践していました。		
(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	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) 中・長期計画を策定されており、加えて満足度調査の結果（リハビリなどの要望があったため介護サービス提供中に実施できるリハビリが検討された）も踏まえて年間事業計画、部署の計画、目標を策定されていました。策定された計画は各部署で閲覧できるようにされていました。4) 策定された年間目標は、会議で毎月確認され、評価や見直しが行われていました。年度末には達成状況の確認が実施されるなどして課題に取り組まれていました。		
(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)			5) 法令遵守の取り組みとしてコンプライアンスマニュアルだけでなく、職員が入職時に説明されている、とちのき職員の基本となる「職員基本マニュアル」にも職員の倫理規定は入っていました。必要な法令がネットで検索できるようにURLが張り付けられた様式がパソコン内にあり必要に応じて法令の確認ができるように配慮されていました。6) 年2回の上司による定期面談がある他、必要に応じて職員の話聞く機会を設けられていました。医師であり管理者である施設長は医療知識の勉強会や研修を実施されたり、新型コロナ対策にも積極的に関与されており、何かあれば施設長にも相談でき、指示を出されるというリーダーシップを取られていました。7) 管理者のオンコール体制は24時間365日体制で取られており、適時に指示が出せる体制を取られていました。BCP（事業継続計画）も作成され状況把握と必要な指示が行える体制に取り組まれていることを確認しました。		

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
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) 職員体制の安定がサービスの質につながるとの考えの下、質の高い人材を確保するため介護福祉士を優先した採用を行われていました。実際に職員の多くが介護福祉士資格を所持しており、資格試験日は優先的に休みが取得されるようになっていました。新任～中堅～所属長といった階層別の研修計画が策定されていました。9) 採用時の最初の1年を使って施設長（医師）による医療知識の勉強会やeラーニングを使用した全職員が受講できる研修など充実した研修体制を確保しており、新人職員には指導内容が共有できるチェックシートを使用し職員育成の体制を整えていました。接遇については入職時、入職後と継続して意識づけされるように取り組まれていました。10) コロナ禍で実習受け入れは減っていましたが今年度より90名の看護師実習を再開されていました。実習受け入れに際してはマニュアルの整備とともに実習指導者への研修も実施されていました。		
(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) ICカードにより出退勤管理をされており、有給休暇の取得率や超過勤務については法人本部で一括管理をする体制が取られていました。職員ヒアリングにおいても、超過勤務が少なく、有給休暇消化率も高いとのことで、労働環境への配慮がされている状況を確認しました。福利厚生情報は職員が確認しやすい位置に掲示されるようになっており、コロナ禍で開催ができていないものの、これまでは新人歓迎会やクリスマス会などを定期的に開催されていました。ホールのクリスマスケーキを職員に贈る取り組みなどは続けられており職員満足度の高い労働環境構築に取り組まれていました。12) ストレスチェックが年1回行われており、必要に応じて産業医からのフォロー体制がとられることになっていました。心の健康相談という臨床心理士による法人内部窓口にも電話やメールで相談できるよう体制をとられていました。		
(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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		13) 広報誌を発刊されており、パンフレット、ホームページなどにより情報公開に取り組まれていました。一方で新興住宅地という条件下で地域活動が盛んなわけではなく、地域の情報を施設利用者に提供することは確認できませんでした。施設見学者の希望があった場合はコロナ禍の中での対策として施設の写真を提示するなどの工夫をされていました。14) コロナ禍までは地域交流スペースを使用し地域住民の高齢者スポットとして、RUN伴などの福祉イベントの中継地点にもなるなど取り組まれていました。福祉避難所への登録、学校への講師派遣などを行われていました。高齢者保健福祉審議会、地域包括運営協議会など外部機関との連携の場に積極的に参加されていました。		

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
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) ホームページ及び施設パンフレットはとても見やすくまとめられており施設の雰囲気などもわかるように写真なども掲載されていました。料金の詳細については、入所申し込み書類と重要事項説明書に記載されていました。		

(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) 認知症等により判断能力に支障のある利用者などには、成年後見人の案内資料のファイルを整備されておりいつでも対応できる体制がありました。ケアマネ・相談員マニュアルには、後見人につなぐ際の手順が明記されており、そのマニュアルも毎年見直しをされて最新の情報で対応できるようにされていました。重要事項説明書および契約書には、後見人がいる場合は後見人により署名・捺印されていることを確認しました。		
(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。	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)		17) 科学的介護情報システム（LIFE）の様式に則って統一されたアセスメント様式を使用されており、法令で定められている期間内にて実施や見直しがされていました。また、利用者個々のニーズや課題が抽出されており目標設定もされていました。18) 3ヶ月ごとに計画書が作成されており評価をされていました。利用者の同意も署名が行われていることを確認しました。19) 歯科医や歯科衛生士が週1回訪問し口腔衛生管理シートにて各職員が確認をおこなっており口腔状態の情報把握をされていました。20) モニタリングについては、各担当者から意見聴取をされておりモニタリング記録されていました。また、計画の見直し時にはそれぞれの専門職から意見聴取するためのカンファレンスを開催されていました。		
(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) 入所時や退院時などは診療情報提供書および看護サマリーやリハビリサマリーをもらって情報共有をされていることを確認しました。退所前カンファレンスを実施して在宅サービスとの連携を図っておられました。また、虐待ケースなどは地域包括支援センターとの連携を行っておられることを確認しました。		
(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	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。	B	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) とちのきで作成された各種マニュアルは年1回見直しを実施されていました。法人で統一されたものは法人の管理により見直しをされる状況でした。マニュアルは各フロアに設置されており実用的に運用されるように活用がされていました。誤嚥事故があったためにチェックシートを作成しマニュアル化するなど実際に役立つマニュアルとすべく取り組まれていました。23) 委託業者や派遣職員もマニュアル閲覧や会議録の確認なども閲覧可能な状態になっていました。個人情報については規定を策定されていました。eラーニングを使用し研修を実施されていました。記録の持ち出し規定については持ち出しを想定していないため定められていませんでした。24) 療養管理日誌や申し送りノート、カルテやケアプラン実施点検表にて利用者の状態を常に職員間で情報共有されていました。居室担当の職員を定め利用者の情報が適切に管理され共有されるよう取り組まれていました。25) 年2回家族等に利用者の普段の様子を手紙にして送付されており、オンライン面会の体制も整備されていました。家族が洗濯物の交換に来所された際にも状況を報告する機会として活用されており、情報交換に取り組まれていました。		

(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	B	
(評価機関コメント)	26) 新型コロナ感染症のBCP（事業継続計画）を整備されており、感染対策・食中毒マニュアルにて施設内の感染対策がとられていました。また、行政主催の感染症研修に職員が参加されて、施設内で報告会を実施されており、最新情報での感染症対策が実施できるように取り組まれていることを確認しました。27) 施設内は定時窓開放換気や24時間換気システムが導入されており臭気対策がしっかりとおこなわれていることを確認しました。施設内の備品などはしっかりと整備されており整理整頓が保たれていましたが、一部の居室内にあるエアコンの清掃については行き届いていない状態がありました。				

(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	A	
(評価機関コメント)	28) 事故が発生した際には、事故防止対策マニュアルに従い管理職へ連絡が入るシステムがとられていました。また防犯対策や公用車の使用方法などのマニュアル化され緊急時の対応に備えられていました。危険予知訓練などの施設内研修を実施されており、不参加の職員には研修資料配布などを行い事故防止対策が周知されていました。29) 事故報告書及びヒヤリハット報告書にて報告する体制がとられており、事故検討会議および事故防止委員会にて原因分析を行い再発防止策がとられていました。事故検討の時間も原則が決められており効率的な業務になるように取り組まれていました。実際に発生した事故の振り返りをマニュアルに落とし込まれるなど効果的な運用がされるように配慮されていました。30) 防災マニュアルや自然災害発生時BCP（事業継続計画）の整備がされており消防訓練や施設内研修および法人内研修にて職員への周知徹底がされていました。災害時備蓄については、隣接の病院敷地内に備蓄倉庫を設置されていました。福祉避難所として登録をされていましたが、地域との連携を意識したマニュアル等の作成は確認できませんでした。				

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

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) 年2回施設長が講師となって権利擁護等に関する研修を実施されていました。特に認知症の理解について注力され、虐待の発生防止に取り組まれていました。利用者本人を対象に行うアンケートを実施されており、結果を掲示するなど人権が尊重された支援に繋がるように取り組まれていました。32) プライバシー配慮の必要性について記載された職員基本マニュアルを支援提供の基本となるように取り組まれており、希望者には入浴時同性介助を行う等、利用者の羞恥心に配慮したサービス提供が行われていました。33) 相談員・ケアマネマニュアルにて入所基準を定め、初回面接記録で細やかなアセスメントを実施した上で受入れを進めておられました。				

(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)		34) 利用者を対象にしたアンケートを行い、意見要望を収集されていました。新型コロナウイルス感染症の感染防止対応で集会での利用者懇談会は開催できていないとのことでしたが、各利用者に対して担当職員を配置する等して暮らしの中で個別な要望を拾い上げておられました。35) 相談・苦情マニュアルを整備されていました。コロナ禍で苦情自体が少なく、調査時に苦情の揭示は対象がありませんでしたが、対応記録や公表のシステムは整備されていました。36) 行政機関や保健所を第三者相談窓口として提示されていました。新型コロナウイルスの感染対策で部外者の入館を制限されていることもあり、介護相談員等施設・法人外の人材による相談の機会は確保されていませんでした。		

(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。	B	B
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) 利用者アンケートを実施し、その結果を代表者会議・フロア会議・サービス向上委員会にて周知改善に繋げておられました。調査前後の検証等まだ取り組めておらず今後の課題とのことでした。38) 会議の定期開催を通じて質の向上についての検討を行い、改善に繋げておられました。他法人の老人保健施設の情報収集を行い比較検討もされていました。39) 車椅子利用者の椅子への座り替えを推奨するなど、前回アドバイスレポートに対する積極的な改善が窺えました。また、施設独自の職員自己評価シートを用いて職員個人がPDCAサイクルで自身の働き方を振り返るシステムを備えておられました。		