

アドバイス・レポート

令和5年4月10日

令和5年1月31日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設ハーモニーこが」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>通番8 質の高い人材の確保 キャリアパス制度が構築されていて、そのレベルに応じて階層別の人事育成、研修が行われています。この人事施策については、中長期計画及び単年度の事業計画にも記載されています。</p> <p>通番14 地域への貢献、通番15 事業所情報等の提供 施設職員が京都市の大学で講義したり、地元の小学校と福祉の授業をリモートで行って地域との連携に取り組むなど、法人の培ってきたノウハウを地域に還元しています。その活動はFacebookでも情報発信しています。法人広報誌を地域の医療機関、美容院、図書館、地域包括支援センター、店舗などに置いて情報発信に努めています。</p> <p>通番19 専門家等に対する意見照会 介護担当者がケアプランの原案を作成し、介護支援専門員はOT、PTなどの意見も踏まえ、主治医の意見を聞き、その原案の緊急性、重要性を考慮の上、個別援助計画を作成しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかの確認ができませんでした。</p> <p>通番20 個別援助計画等の見直し 個別援助計画の見直しの基準が作成されていません。</p> <p>通番38 質の向上に対する検討体制 施設運営委員会、全職種が出席する企画管理委員会が開催されていますが、そのいずれの会議にも議事録が確認できません。</p>
具体的なアドバイス	<p>全般を通して 会議、打ち合わせで話し合った内容、結果報告については、必ず議事録を作成することが求められます。</p> <p>通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮 自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握、評価・見直しするための方法として、きょうと福祉人材育成認証制度の「組織活性化プログラム」を活用し、設問項目にある「上司の機能」にて把握、評価・見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番20 個別援助計画等の見直し 個別援助計画の見直しの基準を作成してください。</p> <p>通番38 質の向上に対する検討体制 日々のミーティングから、施設長参加の各種会議まで、現場情報の共有と検討を行う機会が非常に多く、ケアでの意思疎通を意欲的に設けていて好印象を受けましたが、それらの会議の議事録は必ず作成してください。会議の検討結果がマニュアルへ反映される場合は、現行のマニュアルの更新表に明記してください。「サービスの質向上・業務改善委員会」の開始を契機に、組織として振り返りが行えるよう、記録と情報共有を進め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。

評価結果対比シート

事業所番号	2650980051
事業所名	介護老人保健施設 ハーモニーこが
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設(入所)
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 居宅介護支援
訪問調査実施日	令和5年3月13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. 法人の理念はホームページ及びパンフレットに掲げられています。その理念の職員への浸透の取組は法人のFacebookにも紹介されています。 2. 法人内には、理事会、管理者会議、企画管理委員会、施設運営委員会があり、各フロアミーティングを通じ、公正・適切なプロセスで案件の決定を行っています。理事会の議事録は作成されていますが、その他の議事録は十分とは言えません。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		3. 中長期計画が作成されています。さらに各会議体、現場からの意見、要望を取りまとめ、単年度の事業計画が作成されています。 4. 事業計画には部門ごとのミッションを定め、職員全員に周知徹底を図っています。年度途中でのチェック、評価、見直しを行い次年度に繋げていますが、その検討議事録が確認できません。			
(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。	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)		5. 管理者は法人内外の研修及び情報収集を通して法令遵守について学んでいます。 6. 前理事長が施設の運営についてホームページで表明されていますが、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかの確認ができませんでした。 7. 施設長、介護部長等の管理職、現場リーダーなどが協力し、施設の運営状況を把握しています。緊急連絡網が整備され、必要時には連絡できる体制があります。			

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	B
		(評価機関コメント)		8. 中長期計画、単年度の事業計画に人材についての方針があります。法人全体で人員体制の管理、募集等を行っています。 9. 研修体系が整備されており、法人内外の研修を通じて互いに学び合う体制が整えられています。 10. 実習マニュアルが整備されています。法人の Facebook に実習の様子が紹介されていますが、実習指導者に対する研修等の記録が見当たりません。		
(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. 法人本部で残業、有給休暇等の労務管理が行われ、適正な労働環境が整っています。 12. ストレスをためない勤務体制を敷いています。ハラスメントマニュアルが作成されています。ストレスチェック表を配布してセルフチェックできるように努めています。		
(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、利用者や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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 介護サービス情報公表システムをご利用者や地域住民に広報することによる事業所の情報の開示が確認できません。 14. 広報誌は近隣医療機関、美容院、図書館、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、近くの中華料理店などに配布して地域への情報提供に努めています。		

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
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)		社会福祉法人くらしのハーモニーの中にこの事業所ホームページが設けられていて、老健をはじめ各事業所が紹介されています。また簡単なパンフレットも準備されています。支援相談員が問い合わせに対し、丁寧に対応しています。		
(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)		利用料金表、利用契約書、重要事項説明書等は、分かりやすく作成され、玄関そばに掲示されています。新規利用前に支援相談員等がご利用者本人及びご家族などに丁寧に説明し、同意を得ています。		
(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くえ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	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	B
		(評価機関コメント)		17. 診療情報提供書、看護サマリーに加え、支援相談員等が入所前にご本人、ご家族等と打合せをしてアセスメントを行っています。 18. 19. 介護担当者がケアプランの原案を作成し、介護支援専門員はOT、PTなどの意見も踏まえ、主治医の意見を聞き、その原案の緊急性、重要性を考慮の上、個別援助計画を作成しています。サービス担当者会議は、開催されていますが、ご家族の参加はコロナ感染予防として見送られ、電話確認等で行われています。 20. 個別援助計画の定期的な見直しはされていますが、その見直しの基準が作成されていません。		
(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)		施設医師、看護職、リハビリ職員、栄養課職員等が多職種連携し、意見照会されています。		
(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、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)		22. 業務マニュアル等の変更や継続の書類は確認できましたが、マニュアルを見直した記録が見当たりません。 23. 施設内で数多くの委員会や会議が行われています。提供されたケアの実施記録は、看護、介護等でそれぞれ記録されています。 24. 情報共有の仕方は日々の勤務交代時の申し送りやミニカンファレンスも実施されています。 25. 支援相談員等がご家族等との面会時、ケアプラン更新時などを利用して、ご本人の様子、サービス内容、生活状況を説明しています。また施設内での様子を写した写真、広報誌を随時送付しています。		

(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)		26. 感染症マニュアルが作成されていて、職員全員が感染症予防を意識し業務にあたっています。 27. 館内は整理整頓され、清潔さが保たれています。		

(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)		28. 「業務マニュアル」内に事故・急変時対応に関する項目を確認しました。介護職が夜勤独り立ち前に、看護師から救急対応時の留意点の指導が個別に行われる研修があります。 29. 事故報告書、ヒヤリハットのファイルを確認しました。事故の状況は企画管理委員会で報告されています。 30. 災害発生時のマニュアルが作成されています。それに基づく避難訓練も実施されています。地域との連携は福祉・避難計画の中に取り決めがあります。		

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
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. ユニットミーティングで利用者対応や業務の振り返り、ご利用者の自尊感情に配慮した対応検討、身体拘束禁止に関する実態調査、委員会の実施、「権利・尊厳の保持」についての施設内研修が行われています。 32. 年1回の法人研修でプライバシー保護や羞恥心について学習し、ユニットミーティングで適切な対応を検討しています。 33. 利用決定や受け入れ不可の場合に関するマニュアルや記録はあり、入所引き受けできない方々に対し、利用できる他の施設等の案内も行われています。		
(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	公的機関等の窓口にご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。	A	B
		(評価機関コメント)		34. 入所前面談、契約時、入所後の3か月ごとの利用者面談で意向を汲み取る機会があります。苦情・意見があれば専用の帳票で処理、検討しています。 35. 苦情対応マニュアルがあり、苦情・意見は企画管理委員会で報告され、その議事録があります。 36. 事業所以外の苦情相談先は重要事項説明書、ホームページ、施設玄関にも掲示されています。第三者機関を通じて寄せられた苦情について対応した事例があります。ただし、“ハーモニーを育てる会”は、外部の第三者への相談機会の確保という主旨とは異なります。		
(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	B
		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	B
		(評価機関コメント)		37. 令和4年度（令和5年2月）に入所家族アンケート（満足度調査）が初めて実施されましたが、その分析・検討を行う委員会はまだ開催されていません。 38. ユニットミーティングでサービス改善に向けた検討をしています。施設運営委員会、企画管理委員会には施設長が参加し、各職種からの報告を共有していますが、これらの会議の議事録がなく、議論や取り組みの確認ができません。 39. 事業所が提供しているサービスの体制、内容、ケアの質についての自己評価が確認できません。		