

様式 7

アドバイス・レポート

2023 年 6 月 22 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

2023 年 5 月 18 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑」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>○実習の受け入れ 実習受け入れマニュアルを整備し、実習受け入れ種別ごとに受け入れフローを用意しています。近隣の看護学校から看護学生の実習受け入れを実施し、介護福祉人材だけでなく、医療分野の人材育成に貢献されています。</p> <p>○労働環境への配慮 就業意向に関して法人労務担当者に年 1 回書面提出する仕組みがあります。また、事務長が就業状況確認し面談を実施しています。併せて職員は法人本部に直接メール可能な仕組みがあり、職員の就業状況把握と意向への配慮が実施されています。</p> <p>○感染症の対策および予防 新型コロナウイルス感染症の事業所内での発生の経験に基づき、感染症対策個人防護具着用訓練、クラスター報告会および研修の機会を設け、専門職が知識と意見を交換し、感染症の予防、及び発生時の迅速な拡大防止対策実施の為、スキルアップを図っておられます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○業務マニュアルの作成 基本介護・看護・業務マニュアルをパソコンに保存するとともに、紙媒体でフロアに配置しています。また、業務手順の実施状況についてはチェックシートで確認する様式があります。しかし、マニュアル見直しを定めた基準等はありませんでした。</p> <p>○意見・要望・苦情等の公開 苦情対応委員会を年 2 回開催（必要時には随時）し、報告と改善の協議を実施していますが、苦情の公開方法については、法人内で定められておらず、公開されていません。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 各種会議や日々の業務内カンファレンスでケアや業務振り返りを実施されており、その際に出た意見等が、単年度の事業計画に反映できていますが、自主点検以外の業務内容などを評価する仕組みがありません。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人北星会は、宮津市を中心に特別養護老人ホーム、デイサービスセンター、放課後児童クラブ等を運営しています。今回、受診された介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑は、高齢化と人口減少による医療福祉資源の持続性が課題となる京都府北部地域において、地域住民の方福祉と健康のサポートだけでなく、専門職の確保と人材の育成にも注力しておられるとともに、地域活性化事業に職員を派遣し地域の活性化にも積極的に関わっておられます。

貴事業所がますます発展され、丹後地域の医療福祉の重要な役割を引き続き担われることを期待し、以下のアドバイスをさせていただきます。

- 業務運営に必要なマニュアルは過不足なく適切に整備されており、基本介護・看護・業務マニュアルをパソコンに保存するとともに、紙媒体でフロアに配置されていることを確認しました。また、業務手順の実施状況についてはチェックシートで確認する様式がありました。以上のように適宜的確に運用されているマニュアルですが、更新見直し時期が最新のもの、長く見直しが実施されていないものが混在している状況を確認しています。マニュアル見直しを定め、更新をすることで状況変化に対して柔軟に対応できるものと思われまますので、マニュアル見直し基準を定めることを提案いたします。
- 苦情対応委員会を年2回開催（必要時には随時）し、報告と改善の協議を実施しています。ただ、苦情の公開方法について法人内で定められておらず、現在検討中であることをヒアリングで確認しました。苦情の公開については既存のホームページや広報誌など、現在運用中の広報媒体を活用することから始めてはいかがでしょうか。公開する苦情内容については個人情報への配慮が必要となりますが、申告された苦情を公開することでサービス提供に対する姿勢について信頼度が向上するものと思われまます。今後、公開に向け取り組みを進められることを提案いたします。
- 自主点検以外に業務の評価などを行う仕組みがありませんでした。日常的に業務内で運営状況や業務進捗状況が確認されていることで、改めての評価の必要性を感じる場面がないかもしれませんが、一定の基準と期間を定め評価を実施することで客観的に運営を振り返ることができるものと思われまます。今回の第三者評価受診をきっかけとして、評価体制の導入をされることを提案させていただきます。

※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	2652180015
事業所名	介護老人保健施設リハ・ヴィラなぎさ苑
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)	居宅介護支援、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護
訪問調査実施日	2023年4月26日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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	A
	(評価機関コメント)			1. 5月に実施の全職員を対象とする職員会議で、施設長、事務長が理念・事業方針を説明しています。会議は、職員の出席を確保し周知徹底するため2日間の日程にわけて実施しています。また、利用者、家族への理念の周知に関しては前回受診の第三者評価を受けて広報誌の標題の下に明記をするようにしています。 2. 権限や責任については、職務規定「北星会規則」役割資格等級基準に定めています。また、決裁権限については、同規則内、事務決裁規定に定めています。		
(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)			3. 単年度事業計画を作成する際に、中長期計画についても毎年度併せて記載しています。立案については、法人本部より方向性の提示を受け、法人各事業所で検討し立案しています。 4. ユニット会議でチームとしての課題を共有し、サービス向上に関する計画立案を実施しています。また、翌月の会議で進捗状況を確認しています。		

(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。	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。	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. スタッフステーションにはパソコンおよびタブレット配置で法令等をネット検索できる環境を整備しています。また、スタッフステーションにあるモニターに職員に周知徹底する必要がある各種情報を終日繰り返し表示しています。しかし、法令のリスト化はしていません。 6. 施設長は毎月実施の業務運営会議に出席し、状況を確認するとともに職員の意見を聞く機会を確保しています。医師である施設長が感染症発生時など、現場状況に応じて指示を与えリーダーシップをとっています。一方、上司評価の仕組みに関しては確認できませんでした。 7. 「夜間等緊急連絡表」および「事故発生の防止のための指針」のフロー図「事故発生時の対応手順」に緊急時の指揮命令システムを定めています。		

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
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. 組織図は、事務長が職員配置が変更になるごとに最新の状態に更新し常勤・非常勤の比率も併せて記載しています。また、資格取得費用支援金制度「資格取得支援に関する内規」を定め、受験費用の一部を合否を問わず助成しています。 9. 研修計画は法令に定められた研修については、職員研修委員会が年間計画を定め実施しています。また、階層研修は「北星会キャリアパス」にて対象となる研修について階層ごとに定めています。 10. 実習受け入れマニュアルを整備し、実習受け入れ種別ごとに受け入れフローを用意しています。近隣の看護学校から看護学生の実習受け入れを実施しています。また、行政が主催する福祉人材を育成する講座に講師派遣しています。		
(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、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. 就業意向に関しては法人労務担当者に年1回書面提出する仕組みがあります。また、事務長が就業状況確認し面談を実施しています。併せて職員は法人本部に直接メール可能な仕組みがあります。 12. 職員の昼食時の交流機会である職員福利厚生ランチ「カフェおあしす」の実施しています。また、職員からの声を受け、職員休憩室にマッサージ機の設置しています。メンタルヘルスに関しては産業医に相談できる仕組みがあります。		

(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)		13. 法人広報誌「きらめき」年2回、施設広報誌「なぎさ苑だより」を毎月発行しています。「きらめき」は地域の回覧板で回覧しています。 14. 認知症サポーター養成講座に講師派遣しています。また、法人本部からは、地域活性化プロジェクトに参画し場所の提供や人材派遣を行っています。		

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)		15. コロナ禍以前は見学対応を行っていましたが、現在は実施できていません。そのため、代替え手段として支援相談員やケアマネジャーが対応し、パンフレット等で説明し対応しています。また、デイケアサービスのお試し利用は対応しています。実施状況は「通所リハ半日体験申込書」等で管理しています。		

(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)		16. 重要事項説明様式は、「入所利用約款」（老健協版）使用し、説明および同意を得ています。また、成年後見人との契約のケースもあります。成年後見制度活用は主にケアマネジャーが案内しており、パンフレットを活用して案内しています。		

(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。	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	A
(評価機関コメント)		17. アセスメントは入所後3週間目と、以降3カ月ごとに見直し実施しています。また、長期入所受け入れマニュアル内にニーズ、課題把握を明らかにする手続きを定めています。 18. 個別援助計画に目標を記載しています。看取り期に移行する場合の会議は家族出席の下で実施していますが、通常のサービス担当者会議については、コロナ禍の状況下では利用者・家族の出席はありません。利用者や家族の意向は職員が聴取し、家族等に計画書の同意を得ています。 19. 毎日1~2件のケースカンファレンスを多職種参加で実施しています。また、経口維持加算算定にかかわる健康観察会議を毎月実施しています。 20. アセスメントシートには各職種が意見を記入しています。それに基づき、個別援助計画を3カ月ごとに見直ししています。		

(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. 施設長は医師でもあり、医療的な指示も現場に対して実施しています。入所者に対して1~2カ月に1回は施設長が診察を実施しています。入所に際しては、相談支援員が面接を実施し「診療情報提供書」の送付依頼、確認を行い医師間の連携をとっています。入所・退所の対応は入所に関するマニュアルを整備し対応しています。		
(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。	B	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. 基本介護・看護・業務マニュアルをPCに保存するとともに紙媒体でフロアに配置しています。業務手順の実施状況についてはチェックシートで確認しています。しかし、マニュアル見直しを定めた基準等はありません。 23. サービス提供記録はR5年度より電子記録で記載保管しています。R4年度までの記録は紙媒体であり、書庫に整理保管しています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関して「文書取扱規程」に定めています。 24. 毎月実施するユニット会議でケアカンファレンスを実施しています。また、状態変化があれば、その都度カンファレンスを行い、電子介護記録上に記載し情報共有しています。毎日の情報は業務前に電子介護記録にて情報を確認把握し、伝達事項は数日記録に残すと共に、申し送り時に口頭で伝達しています。 25. 体調不良時、事故発生時には、看護職員や介護職員が家族への連絡を実施しています。また、退所時期が近くなった時には支援相談員が連絡を行う体制になっています。家族への日々の状況報告は、荷物受け渡し時、計画見直し時期などに実施しています。		
(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. 2022年3月に感染症に関するマニュアル更新しています。また、感染症に関する研修について感染症対策個人防護具着用訓練、クラスター報告会を実施しています。 27. 清掃は業務委託をしており、チェック表にて清掃状況管理しています。浴室清掃は入浴終了後に塩素を使用して清掃しています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 緊急時対応「コード救急」訓練を新任職員研修で行っています。事故緊急時は指揮命令系統フローに基づき対応しています。 29. 法人において年2回、苦情・事故について法人職員、市役所、有識者出席の会議を開催しています。2022年度には、施設開設以来初めて離設者（未確認外出）が発生し、「離設発生時の対応マニュアル」を新たに整備しました。 30. 防災組織「自衛消防隊編成表」を作成し防災体制を整備しています。また、UPZ原子力災害に対応し、ヨウ素剤の用意があります。年2回消防署に報告し、火災想定訓練実施していますが、訓練は火災想定のみです。また、地域との連携を意識したマニュアルについて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)		<p>31. 尊厳の保持等に関する意見交換はユニット会議にて実施しています。また、個人情報保護、及びプライバシー保護研修内で羞恥心に配慮したケアについて研修実施しています。「身体拘束排除のための取り組みに関する研修」を年2回実施しています。</p> <p>32. プライバシー研修を年1回実施しています。また、排泄介助マニュアル内にも羞恥心への配慮について記載し、職員への徹底を図っています。</p> <p>33. 長期入所受け入れマニュアル「リハ・ヴィラなぎさ苑入所基準」があり、相談員対応しています。また、入所に関する検討会議が医師・看護師・理学療法士・作業療法士・介護士・ケアマネジャー・管理栄養士・支援相談員出席の下で実施しています。</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	B	
	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。	B	B	
	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. 試行的に利用者参加のカフェを行い、話を聞く機会を試行していますが、定期的な利用者への個別の面談や懇談会は実施できていません。</p> <p>35. 苦情対応委員会を年2回と、必要時には随時開催し、報告と改善の協議を実施しています。苦情の公開方法について法人内で定めていません。</p> <p>36. 公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法については定款に表記するとともに玄関フロアに掲示しています。オンブズマン等の受け入れについては、宮津市の制度廃止の影響もあり実施できていません。</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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年1回満足度調査実施しています。調査はサービス向上委員会（月1回実施）で集計し検討しています。議事内容は業務運営会議にあげています。</p> <p>38. サービス向上委員会を開催し、サービスの質向上に係る検討を実施しています。また、老人保健施設協会において職種ごとに年3回程度意見交換の場を活用し他事業所の状況や取り組みなどの情報収集を行っています。</p> <p>39. 業務運営会議でサービス提供の状況を確認していますが、自主点検以外の点検の仕組みはありません。第三者評価受診は前回は4年前になります。</p>			