

アドバイス・レポート

令和5年8月18日

令和5年6月1日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人保健施設おおやけの里」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>通番 8 総合的な人事管理 通番 9 質の高い人材の確保 人材育成の理念、育成方針が定められ、それに基づき、事業計画の中で持続可能な開発目標 (SDGs) を人材育成方針に掲げ、国籍、性別、年齢に関係なく採用、人材育成に繋げる仕組みがまとめられています。</p> <p>Ⅲ 適切な介護サービスの実施 (4) 関係者との連携 ご利用者に関わる、ご家族はもちろんの事、サービスの移行時には今後利用されるサービス事業者に、また今後を想定する (例えば改善だけでなく悪化するかもしれない) 中で必要と思われる関係者と連携を丁寧にされていることが記録や聞き取りから確認できました。</p> <p>通番 35 人権等の尊重 ご利用者の認知能力に合わせ個別の意思決定を支援しています。フロア会議などで、個別のこだわりを尊重した対応を検討、実施しています。認知症ケアに関する研修、およびご利用者への対応の振り返りも行われています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>全般を通して 各会議体、委員会での話し合いは行われていますが、事業計画については、会議での現状分析、達成状況、評価の内容、改善提案、打ち合わせ等の検討結果の議事録及び理事会の議事録が確認できません。事業計画の定期的な評価、見直しは行われていますが、その議事録が作成されていません。</p> <p>通番 18 内容・料金の明示と説明 契約に当たっては一連の文書の中で、個人情報保護や苦情の受付、ハラスメント防止の観点等において説明をする場合に不十分な箇所と不足している項目があり、分かりにくい表現となっています。</p> <p>通番 37 プライバシー等の保護 浴室の脱衣所周りには病院用の布製の間仕切りカーテンが設置されていますが、その上下部が空いています。その上部が低い箇所もあります。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<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。議事録は職員一人ひとりが施設や各チーム等が決定した事項を確認・共有するための有効な手段の一つと考えます。マニュアルの整備、見直しは職員の業務の標準化のために必要です。また新入職員はマニュアルによって業務の全体像をつかむことができます。業務マニュアルを整備し、改訂履歴を明示することをお勧めします。また、見直し基準を定め、年1回の見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番 18 内容・料金の明示と説明 運営規程の内容、法令に沿った契約等に係る文書の内容を確認し、ご利用者にとって分かりやすい表現や説明となるよう、まずは説明する人が内容を確認し、十分に理解した上で説明できるようにすることを検討されてはいかがでしょうか</p> <p>通番 37 プライバシー等の保護 現在、浴室の出入口と、増設された脱衣所の出入口が縦一列のため、同時に開くと浴室内が見通せてしまいます。脱衣所の出入口を移転させる、出入口部分のカーテンを前後に重ねる、内側か外側にパーテーションを設置する等、何等か工夫されてはいかがでしょうか。廊下部分の運動機器などには、手前に目隠しなどの設置を検討さ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)

評価結果対比シート

事業所番号	2654180021
事業所名	一般社団法人 愛生会 介護老人保健施設 おおやけの里
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサー ビス(複数記入可)	訪問介護
訪問調査実施日	令和5年7月25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。	B	B
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. 理念、運営方針が定められ、掲示されています。本年5月25日開催の入所対策会議で今年度の方針が示され、各職員にも周知されていますが、理念、運営方針について、ご利用者やご家族等への説明などは確認できません。 2. 法人内には、理事会、法人定例会議、社員総会等の会議体があり、経営母体の病院と合同で定期的開催され、経営状況の把握、分析を行い、案件の意思決定が行われていますが、理事会には老健、通所からの参加がありません。理事会議事録が確認できません。職務権限は法人定款に規定されています。氏名、職種別職務分掌表、おおやけの里の人員配置図は作成されていますが、職種、職位、氏名入りの組織表は確認できません。		

(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。	B	B
業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	B
(評価機関コメント)		3. 老健との合同での事業計画書が作成され、その通所部門として位置づけられています。中長期計画は作成されてはいますが、その達成時期、見直しの基準は明示されていません。単年度の事業計画は、中長期計画を考慮し、部門ごとに集約し、事業所として総合的に取り組むべき課題、目標が掲げられています。職員はパソコン等で事業計画を閲覧することができますが、ご利用者、ご家族等への事業計画の説明を行う過程は確認できません。また職員の意向を反映する仕組みが確認できません。 4. 事業計画を受け、事業所、部門別の課題が設定され、指針が示されています。これらは半期ごとに、達成・評価の話し合いが行われていますが、その議事録、評価・達成状況、意見出し、改善行動計画などの見直しの資料が見当たりません。		

(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り組みを行っている。	A	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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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	B
(評価機関コメント)		<p>5. 遵守すべき法令リストは作成されていますが、その見直しの有無、更新履歴は確認できません。就業規則に法令遵守が規定され、法令遵守責任者も定められています。虐待防止、感染対策等の法令に基づく研修が行われていますが、議事録が確認できません。氏名・職種別の職務分掌一覧が確認できません。</p> <p>6. 管理者の職責と役割は文書化されています。管理者は各会議体に参加し、意見を述べ、各職員の要望を聞いています。組織活性化プログラムを活用し、職員による管理者の評価を行っています。</p> <p>7. 管理者は毎日、事業所内を巡回し、職員、ご利用者とコミュニケーションを取っています。緊急連絡一覧が作成されています。管理職 LINE グループも活用して随時、連絡を取っています。事業継続計画 (BCP) が作成中のため、非常時に管理者の取るべき職責が確認できません。</p>		

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

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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	B
実習生の受け入れ	11	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)		<p>8. 人材育成の理念、基本方針として、「思いやり」・「あたたかさ」があふれる人材を職員が協力し育てると規定されています。またそれが、その育成方針が作成され、それに基づき採用等に反映されています。人事評価を兼ねた個人面談は6カ月ごとに実施されています。新規職員にはさらに手厚い面談システムがあります。</p> <p>9. 本年度事業計画に、持続可能な開発目標 (SDGs) を人材育成方針に掲げ、国籍、性別、年齢に関係なく採用、人材育成に繋げる仕組みが構築されています。</p> <p>10. 階層別キャリアパス一覧が作成され、職員が取得すべき資格、受講すべき研修一覧が定められ、職員は法人内外で学んでいます。研修報告書は一部しか確認できません。それに基づくスーパービジョンも確認できません。</p> <p>11. 実習生受け入れ基本方針が定められています。マニュアル及び実習プログラムは作成されていますが、マニュアル見直しの基準と改訂記録が確認できません。実習指導者研修の報告書は確認できました。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	B
ストレス管理	13	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、職員が充分につらげ、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)		<p>12. 就業規則は整備されています。職員別の勤務状況、有給休暇取得がモニタリングされ、過重な勤務の職員に対して面談、指導が行われています。</p> <p>13. 職員休憩の場所は確保されています。病院本体との連携で勤務での悩みを相談できる体制が整えられています。案内資料は確認できません。外部相談窓口は確認できません。ハラスメント規定は定められてはいますが、最新版ではありません。ハラスメント対策マニュアルが作成されていません。カスタマーハラスメントについては研修が行われています。</p>		

(3) 地域との交流				
地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	B
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	A	B
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	B
(評価機関コメント)		<p>14. 地域との連携に関する事業計画書は作成されていますが、実施報告書は一部しか作成されていません。広報誌「あいせいかい」が年2回刊行され、Facebookにも「介護老人保健施設 おおやけの里」があり、法人内外の諸活動について情報発信が行われています。</p> <p>15. ボランティア受け入れに関する方針、計画が定められており、改訂歴も確認できます。新規ボランティア受け入れ時のオリエンテーション資料が作成されています。ボランティア受け入れのマニュアルは作成されていません。その研修記録、育成実施の記録も確認できません。</p> <p>16. 事業所の持つノウハウを地域に還元していることは、Facebook で確認できますが、地域貢献活動報告書は作成されていません。</p>		

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	17	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)		ホームページは一般社団法人愛生会のホームページの他に SNS やおおやけの里独自のホームページなどを作成されて、直近の出来事を掲載され、広く発信されています。新規利用者獲得のため、営業にも力を入れ、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等への訪問時には、独自のパンフレットを作成し持参されています。体験受付は一覧表を作成して、情報共有し、終了後は体験時のご様子をケアマネジャーにも文書で報告されています。		

(2) 利用契約

内容・料金の明示と説明	18	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	B
(評価機関コメント)		確認した事例はすべて契約がなされています。後見人のおられる方については後見人にも署名をいただいています。契約書の内容については個人情報保護、苦情の受付やハラスメント防止の観点等において一部説明をする場合に不十分な箇所と不足している項目があり、分かりにくい表現となっています。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	19	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	20	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
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		<p>19. 介護ソフト「ほのぼのネクスト」を導入され、そのアセスメント様式に則ってアセスメントをされています。サービスの開始に当たってはその後でセラピストが自宅を訪問し、家屋環境を確認されています。</p> <p>20. 通所リハビリテーション計画書の書式に沿って、アセスメントの内容のほか、居宅ケアプランの位置づけ、ご本人・ご家族の意向、目標など、セラピストが中心になって協働で記載し作成されています。</p> <p>21. リハビリテーション会議では、ご本人を含め、担当者、居宅ケアマネジャーにも参加していただいていることが確認できました。</p> <p>22. 見直しは3カ月に1回、その他は必要に応じて見直されています。内容は終業時のカンファレンスで周知され、申し送りは数日間重要記録として始業時に職員が目に見えるように工夫されています。</p>		

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23. コロナ禍の中で病院での退院時カンファレンスに参加されている事例は確認できませんでしたが、退院時の情報は病院から入手し、その内容が計画書に反映されています。訪問介護においては、看取りのご利用者に対して医療の訪問看護サービスやご家族に関わっているサービス事業所についても、居宅ケアマネジャーを通じて連携されていました。圏域の地域包括支援センターが実施している事業にも参画し、定例の会議に参加してご利用者の情報交換もされています。2年前に一般社団法人愛生会が受託している京都市介護予防推進センターの事務局がおおやけの里に移されたのを機に連携を開始されています。 24. 今年度、計画通りに通所リハビリテーションから通所介護へ移行できたご利用者は2名です。移行に当たっては、通所リハビリテーションサマリーで申し送りされていました。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法(業務マニュアル)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	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25. 各サービスの業務マニュアルは作成されています。車両事故によるマニュアルの見直しもされています。1年度に1回、見直しする基準はあるとのことでしたが、見直しの記録が確認できないものも散見されました。マニュアルは新人教育で使用されているとのことでしたが、達成度のチェックなど結果の確認ができるものがありませんでした。 26~28. 記録は介護ソフトで管理され職員間で共有されています。ICTリテラシー、個人情報保護についての研修が実施されています。家族との情報交換は、通所リハビリテーション、訪問介護共に利用連絡票を用いて行い、必要に応じて電話などでもされています。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	B
事業所内の衛生管理等	30	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)		施設内は清潔に保たれ、感染廃棄物などの処理も適切にされています。感染症予防マニュアルは作成され、送迎時の感染対策も実施されています。訪問介護においては感染症の対応でガウンテクニック等で使用した資材は完全密閉して持ち帰っています。コロナ感染症が施設内に発生した時には職員全員で振り返りのアンケートを実施し、まとめたものを今後活かす研修として実施されていました。BCPは作成中でした。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	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	32	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	B
災害発生時の対応	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	B
(評価機関コメント)		<p>31. マニュアルがあり、訓練、研修（年1回、新人対象に複数回）が行われています。マニュアル内容は施設内ネットワークで閲覧可能です。療養安全推進委員会、リスクマネジメント会議でヒヤリハット、事故の分析がされています。</p> <p>32. 事故報告書、対応記録があります。骨折などの重大事故は保険者へ報告されています。リスクマネジメント会議でヒヤリハット、事故の分析、改善案の検討や実践はされていますが、連動したマニュアルの見直しは確認できません。</p> <p>33. 火災、風水害、地震の災害に対しマニュアルがあり、山科消防署との連携訓練が行われています。BCP訓練として年2回、停電時の自家発電、連絡網を稼働させる訓練も行われています。降雪時は送迎困難になるため、別途マニュアルが作成されています。</p> <p>34. BCPは作成中ですが、停電時の対応訓練は、年2回実施されています。</p>		

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	35	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
利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	B
利用者の決定方法	38	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>35. ご利用者の認知能力の程度に合わせ個別の意思決定を支援しています。フロア会議などで、個別のこだわりを尊重し、対応を検討してサービス提供しています。認知症ケアに関する研修、およびご利用者への対応の振り返りも行われています。</p> <p>36. 虐待防止および身体拘束禁止について「指針」があり、年2回全体研修が行われています。虐待防止の委員会が3カ月ごとに行われています。またフロア単位で「高齢者虐待防止のセルフチェックリスト」を用いて振り返りが行われています。</p> <p>37. プライバシー保護に関し、実践では配慮しているようですが、マニュアルや規則が確認できません。研修は年1回実施されています。介護場面で入浴時やトイレは扉、カーテンを閉めると説明がありましたが、見学時に浴室の脱衣所の中が見え、ご利用者の裸の足などが見えました。また浴室前に増設された脱衣スペース（カーテン）は一部中が見える高さでした。</p> <p>38. 過去2年、事業所側から受け入れ不可にしたケースはありません。認知症の周辺症状（暴力行為、大声など）、医療ケアが必要な場合もお試し利用に繋げ、前向きに検討されています。介護面や医療ケアの程度で、他利用者とのバランスのため、対応可能日数などを提示し、利用希望者側から断りを受けることはあります。</p>		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者に周知されている。	A	B
意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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てている。	A	B
第三者への相談機会の確保	41	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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>39. ご意見箱からの意見・指摘を得ています。失語など意思表出しづらいご利用者へ、個別対応しやすいよう声掛けをされています。機能向上委員会にてご意見箱の投書から、洗濯物対応や食事メニューについて給食事業者にアドバイスし、改善していますが、改善事例の掲示は確認できません。利用料の滞納や未払いの方への介入方法について検討して対応改善が行われています。年1回家族交流会が実施（令和5年7月22日に実施）されていますが、交流会記録は作成途中で確認できません。その際のアンケート結果は確認できません。</p> <p>40. 利用者の意向を汲み取るマニュアルがあります。苦情処理報告書が作成され、運営管理者にも報告されています。相談・意見は老健機能向上委員会にて報告して対応が検討されています。意見などに伴う改善状況の公開は館内掲示し説明されていますが、令和3年以降の更新が確認できません。</p> <p>41. 第三者の相談窓口として、市町村の窓口の電話番号が契約書（重要事項説明書）に記載されていますが、ファクス番号、受付時間は記載がありません。事業所内には契約書（重要事項説明書）の掲示があります。第三者や公的機関を通じての苦情対応の仕組みはありますが、実績はありません。京都介護・福祉サービス第三者評価調査者の受け入れおよび外部講師を招いてフロアラウンドを受け、施設内の客観的評価に加え、講師がご利用者から直接ヒアリングして職員との橋渡しも行われています。</p>		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	A	B
質の向上に対する検討体制	43	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	44	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>42. 利用者満足度調査は、この1年間は実施されていません。なお別で家族会アンケート（15名）は実施されていますが、人数規模、項目が大きく異なります。利用者満足度調査後の分析、検討のため、サービス向上委員会が設置されていますが、議事録で「評価、改善を行う」とした後、検討した議事録がなく、確認が取れません。実態としては、食事の満足が低いことから、食事提供の改善に繋がっていません。</p> <p>43. 運営委員会が毎月開催され、事務、リハ、看護介護、支援相談員、ケアマネジャーが参加しています。参加できなかった職員は施設内ネットワークで回覧して、名前の入力を行うことで、閲覧確認が行われています。第三者評価のレポート、デイサービス、デイケアの専門誌を購読し、情報収集してより良いサービスの検討をしています。</p> <p>44. 環境ラウンドチェック表を用いて年2回館内の感染症対策を見直し、「感染症対策新聞」を発行して問題点の抽出、改善を行っています。また第三者評価や運営指導に基づき業務の見直し、改善もされていますが、いずれも事業計画への反映はされていません。</p>		