

様式 7

アドバイス・レポート

令和5年12月18日

令和5年10月23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 第二京しみず様につきましては、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>1. 労働環境への配慮（働きやすい職場づくり） 有給休暇の消化率や時間外労働のデータは、安全衛生委員会で分析や改善の検討を行っていました。ワーク・ライフ・バランスの配慮として、リフレッシュ休暇9連休を付与していました。また、介護記録ソフトの導入やインカムによる職員間連携の効率化、利用者の心拍数を把握する機器を導入することにより、職員の介護負担軽減に繋がっていました。</p> <p>2. 多職種協働 地域ケア会議に参加し、地域の課題である虐待ケースについて相談を受け、関係機関・多職種と共に解決に向けて取り組んでいました。</p> <p>3. 人権等の尊重 利用者の人権や意思決定を尊重したサービスの提供を運営方針・重要事項説明書に明記するとともに、年に2回のプライバシー・倫理・法令遵守の勉強会で職員への意識付けをしていました。 利用者の意思決定については、選択食を写真で選んでいただく事等を実施していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. ストレス管理 産業医による相談体制を確保し、相談連絡先を通用口に掲示していました。福利厚生として、親睦会で忘年会等を開催（コロナ禍のため開催できていない）していました。休憩室は仮眠できるスペースがありました。ハラスメント規程は、「セクシャルハラスメント・パワーハラスメント、マタニティーハラスメント」はありましたが、カスタマーハラスメントはありませんでした。</p> <p>2. 事業の維持・継続の取り組み 大規模自然災害・感染症に対するBCPは作成中であり、研修・訓練も未実施でした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は3年ごとに受診し、その中での課題についても改善を実施していました。自己評価については、各部署の目標を設定し、中間・期末で評価を実施していましたが、定められた評価基準によるものではありませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. ストレス管理 ハラスメントも「セクシャルハラスメント・パワーハラスメント、マタニティーハラスメント」だけではなく、カスタマーハラスメントも問題視されることも多くなってきています。 職員が安心して働ける職場環境を提供するにあたり、利用者・家族からのハラスメントの対応策を明確にしてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 事業維持・継続の取り組み BCPについては、いつ、どこで、何が起こるか予想が困難ではありますが、事業を継続していくには計画を立案し各職員がどのような動きをするのか、応援体制等を決めとくことや実践的な訓練を行う事が重要です。是非とも現状で使用できるBCPを作成され、研修・訓練により利用者の安全安心の確保に繋がられてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 評価基準として、第三者評価や外部評価のチェックシートの活用も有効なのではないでしょうか。同じ視点で評価を繰り返すことで改善点も明らかとなり、より計画的にサービス向上へと取り組みやすくなるのではないのでしょうか。事業計画への反映については、関係する委員会を通じて、毎年の自己評価が事業計画に繋がるよう、まずはその仕組みを作るための検討から始め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)

評価結果対比シート

事業所番号	2650980077
事業所名	介護老人保健施設 第二京しみず
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)	
訪問調査実施日	令和5年11月17日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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思決定を行い、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. 理念は各部署に掲示している他、ホームページに掲げていました。また、毎年4月の施設運営会議で理念を確認し、議事録にて職員に周知していました。利用者や家族には機関誌「せせらぎ」に掲載することで周知していました。 2. 経営会議を毎月開催し、経営状況の把握・分析をしていました。各種会議にて職員の意向を反映する仕組みがありました。職務における権限は「職務権限規程」に明記していました。		
(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質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	A
		(評価機関コメント)		3. 単年度の計画に加え、中期3年長期5年の事業計画を策定し、取り組むべき課題を明確にしていました。事業計画の評価は、評価委員会が半期に1回実施していました。また、事業計画の内容は利用者や家族に周知するため、機関誌「せせらぎ」に掲載し配布していました。 4. 各課会議（事業種別ごと及び職種ごとの会議）それぞれで目標を設定し、半期に1回見直しを行い、次の新たな目標設定に活かしていました。		
(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	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。	B	A

		(評価機関コメント)	<p>5. 京都府介護老人保健施設協会主催の法令遵守に関する研修に管理者が参加していました。文書管理規程にて法令のリスト化をしていました。また、「倫理法令遵守・環境対策委員会」にて年1回の勉強会を実施していました。</p> <p>6. 管理者は「職務分掌規程」により自らの役割や責任を明確にしていました。管理者は各会議・委員会に参加し、職員からの意見を吸い上げていました。年1回組織活性化プログラムを実施し、上司を評価していました。</p> <p>7. 相談員日誌にてサービス提供状況を把握していました。また、「緊急時対応マニュアル」を作成し、緊急時の指揮命令系統を明確にっていました。</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	A
実習の受け入れ	11	実習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)	<p>8. 「成績考課表」に各階層別の求められる職責を明記していました。人事考課は年1回実施し、人事考課表に基づき評価していました。また、介護職員育成プロジェクト「HOPE」にて介護職員の育成計画を作成し、育成に取り組んでいました。</p> <p>9. 法人で人員体制の方針を明確にし、経営会議で議論していました。また施設の魅力発信にSNSを活用し、採用活動に繋げていました。</p> <p>10. 研修委員会が職員に実施してほしい研修を確認し、希望を盛り込んで年間研修計画を作成していました。外部研修の案内は通用口に掲示する他、業務連絡ノートにも案内していました。参加費は事業所負担で行っていました。介護福祉士実務者研修の受講料補助の奨学金規程を設けていました。個別の目標管理は成績考課表にて行っていました。</p> <p>11. 実習マニュアルを整備し、実習に関する取り決めに明確にっていました。また、養成校が主催する実習指導者の会合に参加し、他施設の指導者と情報交換したり、実習指導に求められる事や役割を学ぶ機会をもっていました。</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	A
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、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分にくつろげ、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。	B	B

(評価機関コメント)	<p>12. 有給休暇の消化率や時間外労働のデータは、安全衛生委員会で分析や改善の検討を行っていました。ワーク・ライフ・バランスの配慮として、リフレッシュ休暇9連休を付与していました。また、介護記録ソフトの導入やインカムによる職員間連携の効率化、利用者の心拍数を把握する機器を導入することにより、職員の介護負担軽減に繋げていました。</p> <p>13. 産業医による相談体制を確保し、相談連絡先を通用口に掲示していました。福利厚生として、親睦会で忘年会等を開催（コロナ禍のため開催できていない）していました。休憩室は仮眠できるスペースがありました。ハラスメント規程は、「セクシャルハラスメント・パワーハラスメント、マタニティーハラスメント」はありましたが、カスタマーハラスメントはありませんでした。</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。	B	A
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	A
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	A
(評価機関コメント)		14. 理念に地域との関りについて明文化し、理念や事業者情報をホームページに掲載していました。また、活動として地域包括支援センター主催の「向島けんこうくらぶ」に参加し、地域住民との意見交換及び福祉ニーズの収集を実施していました。 15. 「ボランティア・職場体験受け入れマニュアル」を作成し、基本姿勢を明文化している他、現在はコロナ対応のため受け入れを見合わせていますが、傾聴ボランティアには、初回時に研修をしていました。 16. 「向島けんこうくらぶ」で感染症の研修やリハビリ体操を実施していました。また、地域ケア会議に参加し地域の福祉ニーズの把握に努めていました。		

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	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)		17. SNSを使用し、情報を発信していました。ホームページは法人の案内、サービス内容を検索しやすいように写真や図も使用して分かりやすく情報提供していました。見学も積極的に受け入れて情報を記録し、入所申し込みがあった場合には、その情報を入所判定会議に使用していました。		

(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	A
(評価機関コメント)		18. 重要事項説明書に料金体系を記載し、要介護度や介護保険の負担割合によって利用料金がいくらになるのか具体的に明記していました。成年後見制度のパンフレットを備え付け、必要に応じて説明していました。		

(3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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。	B	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)	19. 所定のアセスメント様式にて利用者の状況を把握し記録をしていました。主治医や医療職との連携に連絡ノートを活用していました。アセスメントは個別援助計画の変更や利用者の状況の変化に合わせて適宜見直しをしていました。 20. アセスメントに基づき、利用者の意向を反映した個別援助計画を作成していました。サービス担当者会議には本人、家族の参加を呼びかけていました。参加が難しい家族には意向を確認し、意向を反映した個別援助計画の立案に努めていました。 21. 個別援助計画の検討に主治医も参加し、多職種で話し合い、サービス担当者会議の要点に検討記録を残していました。介護支援専門員が必ず全職種の意見を集約していました。 22. モニタリングを3ヶ月毎に行い、個別援助計画を変更する時の基準も業務マニュアルのフローチャートに記述していました。入所から退所まで同じ介護支援専門員が担当することで方向性が明確になっていました。
------------	---

(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。	B	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. 地域ケア会議に参加し、地域の課題である虐待ケースについて相談を受け、関係機関・多職種と共に解決に向けて取り組んでいました。 24. サービスの移行手順は「支援相談員業務マニュアル」に記載していました。退所にあたっては、在宅の介護支援専門員や他施設の支援相談員と連携を密にとり、本人、家族へ選択肢を提供しスムーズな入退所ができていました。		

(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	A
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。	B	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. マニュアルは各委員会で必要時に見直しをする他、定期的な改訂を行い、更新日も記載し、サービスステーションに常時設置していました。マニュアルに沿って新入職員への指導を行っていました。 26. 記録は持ち出し票を作成し、管理を行っていました。個別援助計画に沿ったケアを行い記録をしていました。また、記録に関する勉強会を年1回開催していました。 27. 電子カルテになり、多職種で記録が共有しやすくなったことで検討会議がスムーズに行えるようになっていました。 28. 状態変化時には、こまめに家族に電話連絡をしていました。事故発生時は速やかに状況の分かる職員から家族連絡をしていました。		

(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	A
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)		29. 入所前には抗原検査を行っていました。感染リスクの高い食事提供場所は、入所から48時間は他利用者との関わりを避けての対応を行っていました。外部病院受診をした際にも、家族付き添いでの外出をされた場合には安全のために48時間は食事中の他利用者との接触を避けた対応をしていました。 30. 各フロアの備品は整理整頓して安全に過ごせる空間となっていました。トイレ内はおむつ等置く事はせずに清潔に整理整頓していました。		

(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	A
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。	B	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。	C	C
(評価機関コメント)		<p>31. 事故対応・防止マニュアル、緊急時対応マニュアルを整備し、対応時の責任者及び指示系統も明確化していました。マニュアルに基づいた事故・緊急時対応の訓練を年に1回、実施していました。</p> <p>32. 事故発生が午前中の場合は、その日の午後に、発生が午後の場合は翌日の午前中に検討会議を開催し、原因究明と対策の検討を実施していました。その2週間後にはモニタリングを行い、対策の有効性を確認していました。行政報告の必要性のある事故については、介護支援専門員が報告書を作成し報告を実施していました。</p> <p>33. 災害発生時の防災マニュアル内に非常時の対応・指示命令系統を記載し、利用者、職員の安否確認方法についても記載していました。また向島東地区との大規模な災害発生時における地域協力に関する協定書を締結していました。</p> <p>34. 大規模自然災害・感染症に対するBCPは作成中であり、研修・訓練も未実施でした。</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	A		
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. 利用者の人権や意思決定を尊重したサービスの提供を運営方針・重要事項説明書に明記するとともに、年に2回のプライバシー・倫理・法令遵守の勉強会で職員への意識付けをしていました。利用者の意思決定については、選択食を写真で選んでいただく事等を実施していました。</p> <p>36. 身体拘束禁止マニュアル・高齢者虐待防止に関する指針を整備し、身体拘束適正化委員会、事故・虐待防止対策委員会を中心に毎年勉強会を実施していました。緊急やむを得ない身体拘束を実施した場合も、委員会で経過検討をしていました。</p> <p>37. 利用者のプライバシー保護・羞恥心への配慮については、更衣介助マニュアル・排せつ支援マニュアル・入浴介助マニュアルへも明記し、職員への意識付けをしていました。</p> <p>38. 正当な理由がない限り利用を断ることはありませんでした。入所判定会議では医師・看護師・介護支援専門員・理学療法士・作業療法士・介護職等の多職種が参加し、困難ケースがあれば関係機関とも連携をとりながら利用者支援を実施していました。</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、利用者等に周知されている。	A	A		
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っている。	A	A		
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	A		

(評価機関コメント)	<p>39. 利用者の意向については、3ヶ月に1回開催するサービス担当者会議・モニタリングの中で確認するとともに、日常の意見や家族からの意見についてもケース記録に記載し、職員へ回覧をしていました。</p> <p>40. 苦情については、苦情解決委員会で検討する仕組みがありました。また、苦情処理対応マニュアルを整備し、利用者の意向への対応方法を明記していました。施設玄関に意見箱を設置し、投函された意見については苦情解決委員会で対応を検討していました。結果については投函者の意向を確認した上で施設掲示板に公開をしていました。</p> <p>41. 公的機関及び第三者の相談窓口を施設内に掲示するとともに、重要事項説明書にも記載していました。また、介護サービス相談員が月に2回、利用者の声を聴く機会を設けており、相談員が聞いた声については職員へ報告し話し合う機会を設けていました。</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	A
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	A	B
(評価機関コメント)		<p>42. 利用者・家族の満足度は、年1回の満足度調査アンケートを実施し、サービス向上委員会で集計と結果の分析・検討を行っていました。その内容については、利用者・家族や来訪者が閲覧できるように事務所カウンターに設置していました。</p> <p>43. 各部門から選出した職員で構成する、サービス向上委員会を毎月開催し、その内容については、委員以外の職員へも回覧し周知をしていました。</p> <p>44. 第三者評価は3年ごとに受診し、その中での課題についても改善を実施していました。自己評価については、各部署の目標を設定し、中間・期末で評価を実施していましたが、定められた評価基準によるものではありませんでした。</p>		