

アドバイス・レポート

令和6年12月11日

令和6年10月18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いわや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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>【業務レベルにおける課題の把握と目標の設定】運営方針、中・長期計画は、各職種・部署・委員会が重点課題を明確にし、活動目標を共有し、利用者にも閲覧できるよう貼り出されていました。また、活動目標は毎月進捗状況を確認し目標の見直しをされています。</p> <p>【計画的な人材育成と継続的な研修】「教育研修委員会」を中心に階層別に研修メニューを用意し人材育成されています。教育を受けるだけでなく、その知識を教えられるよう講師となる機会を設け、インプットとアウトプットで知識が身につく仕組みがあり、「やりがいを持って成長できる」職場環境を実現されていました。</p> <p>【利用者、職員の意向を反映できる仕組み】利用者、家族との面談や委員会、階層ごとの会議で出された意見、要望をもとに、サービスの変更や業務を改善する仕組みがあり、意見、要望の実現や業務改善をされています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>【利用者の相談機会の確保】 利用者の相談機会の確保については、職員による聞き取り調査や満足度調査の実施、ISO9001の内部監査、本審査やサーベランス等で積極的な改善に務めておられます。また、ボランティアの受け入れはされていますが、第三者への相談機会の確保として事業所内に外部の人材を受け入れる取り組みがありませんでした。</p> <p>【業務マニュアルの作成】「介護業務手順書」等の手順書が整備され、最低年に1回は見直しの検討機会を設け、改訂する場合は一覧表に改訂日、改訂内容を記載されていましたが、改訂の必要がないと判断した手順書についての記載がありませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>【利用者の相談機会の確保】 外部の人材は、利用者の意向も踏まえ、定期的に音楽や生け花のボランティアを受け入れておられます。ボランティアの協力を得て、利用者の相談機会の確保につながるような取り組みを工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p>【業務マニュアルの作成】改訂が必要ないと判断された手順書についても、見直しの検討をされたことが一目でわかるように、一覧表に検討の日付や改訂の必要がない旨を記載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	2654180013
事業所名	老人保健施設 いわやの里
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)	(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 訪問リハビリテーション
訪問調査実施日	令和6年11月13日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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)		施設長や管理者が参加する年1回の「全体会議」で、法人全体の運営方針をもとに、施設の運営方針について協議・検討されています。各部門では管理職が集まる毎月の「運営会議」で、より具体化されています。それらは各部門の職員が参加する会議におろされ、全職員に周知・浸透されています。また利用者から寄せられた要望について、担当する委員会の意見も踏まえながら協議され、「運営会議」にボトムアップとして提案し改善が図られるなど、職員の意見が反映されています。入所者や通所介護等の利用者・家族へは、年1回「施設交流集会」の開催時に、理念や事業計画について報告をされ、またホームページにも掲載し周知されています。		
(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)		施設長は法人全体の「理事会」にも参加し、法人全体の運営方針のもと、施設としてより地域に密着した運営方針について「運営会議」で議論し、中・長期計画を利用者とも共有できるよう掲示されています。活動目標においては毎月進捗状況を確認し、「フロア会議」「中間管理者会議」で分析・討議し、目標修正が行われていました。今年度においては入所者稼働率の目標において毎月のデータから92%から97.5%へ上方修正に見直しされていました。		
(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	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	A
		(評価機関コメント)		「運営会議」に施設長が参加し、「安全衛生管理委員会」等必要な委員会にも参加され、現場職員と協議する場を大切にされていました。法人全体では「組織活性化プログラム」が導入されており、上司に対する評価が行われています。緊急時の対応は、「緊急連絡網」が現場に周知されています。そして緊急時は携帯電話で施設長や各部門管理者と連絡が取れる仕組みが形成されており、「事故発生時対応要領書」「管理当直業務要領書」「緊急時対応マニュアル」をもとに運用・行動されています。		

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						
		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)		施設の運営方針を各職員の「ステップアップシート」に落とし込み、各部署管理者による年2回目目標管理面接が実施されています。職種別に職員自身が描く目標設定を行い、人事考課表も活用しながら、スキルアップや取り組みについても評価されています。 施設人員は指定基準以上の配置が維持され、採用には有資格者優先の他、「特定技能実習生」として外国人を10名雇用し、「教育研修委員会」を中心に階層別に研修メニューを用意し育成されています。教育を受けるだけでなく、その知識を教えられるよう、講師となる機会を設け、インプットとアウトプットで知識が身につくような教育姿勢方針を掲げておられます。 近隣大学から介護等実習生を受け入れ、マニュアルに添いながら、「介護福祉士実習指導者講習会修了者」が実習指導者として対応されています。		
(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)		年間5日以上の有給を調整し、「バースデー休暇」として3日の休暇も取り入れておられます。急な休みもとりにやすいなど、相談しやすい職場であることを確認しました。 「眠りSCAN」を20台導入されており、入所者の睡眠パターンや排泄の時間等が明確になり、入所者支援と合わせ、効率的なケアを実現されていました。現在育児休業者1名、これから介護休暇を取る予定等職員と相談が進められていました。 施設外の「こころの相談窓口」が設置され、連絡先を休憩室に貼り出されています。		
(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	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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)		ボランティアによる月1回の「音楽会」が開催されており曲の要望も組み入れてもらっています。地域の「大宅中学校交流会」では、職員が参加し積極的に質問に答えるなど交流が活発です。また施設内食事について、管理栄養士が考える減塩レシピ紹介なども行っていました。また自治会や大宅地域包括支援センター主催の「つながろう大宅」や醍醐・山科の居宅サービス連絡会に参加し、地域ニーズを把握した上で、今年度は自治会主催の「七夕交流会」に利用者も参加し社会交流が行われています。		

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	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)		ホームページに日々の取り組みや満足度調査の結果、運営規程、重要事項説明等を掲載、事業所窓口に広報誌やパンフレット、運営規程、重要事項説明書を設置されています。 問い合わせ、見学に関しては支援相談員が窓口となり個別に対応し、施設紹介動画等も活用し丁寧に説明されています。通所リハビリテーションでは1日体験利用の受け入れをされています。			
(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	A	
	(評価機関コメント)		入所時に、利用者、利用者家族にサービス（保険外サービス含む）内容や料金等、重要事項を説明し、同意の署名を得ておられます。また、本人からの同意署名が難しい場合は家族から署名を得ていることや、家族がいない場合は、後見人、保佐人、補助人等の署名を得ていることを確認しました。入所してから、利用者の権利擁護の観点から成年後見制度の活用された事例を確認しました。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	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)		「施設サービス計画書」は、自立支援・在宅復帰を念頭に置いたアセスメント、目標設定をされています。 サービス担当者会議は医師をはじめとした多職種が参加し、意向を反映した施設サービス計画書を作成されています。家族の出席が難しい場合には事前面談を実施し、意向を確認されています。策定の手順や見直しの時期は「介護支援専門員業務手順書」に定められており、利用者の状況の変化や、事故が発生した場合の対策を反映させるために必要に応じて計画書の見直しをされています。また、計画書の変更点等は職員間で情報共有し、統一したケアが行える仕組みがあることを確認しました。			
(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。	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)		入所時にかかりつけ医や入院先の医師から医療情報の提供を受け、入院や退所の際に施設医師から医療情報を提供されています。施設医をはじめ、各職種で常に連携が取れる体制が取られており、また受診等には、協力医療機関と協定を結び、速やかに連携が図れるようになっています。退所時には、家族、介護支援専門員、サービス事業者に必要な情報提供を行い、サービス終了後であっても「家族申し送り書」に何かあればご連絡いただく旨等を記載して家族が相談しやすい工夫をされています。			
(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。	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)		「介護業務手順書」等の手順書が整備され、各フロアに設置されています。タブレットで確認できるようにQRコードを記載し、動画で学べるようにされています。また、外国人介護職員でもわかりやすいようルビやイラストを挿入されています。手順書類は最低年1回は見直しの機会を設け、苦情や聞き取り調査からの分析や事故防止策を反映されています。改訂日を記載し、改訂箇所を赤字で表記するなどの工夫をされていましたが、改訂の必要がないと判断した手順書について、記載がありませんでした。 介護記録ソフトは個人アカウントで管理しセキュリティの配慮がなされています。普段から、職員が家族への電話で利用者の近況報告を行っておられますが、災害発生時や感染症蔓延時はオンライン面会を実施されています。		
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)		感染対策マニュアルを作成し、毎年全職員対象に年2回研修を実施し、感染症発生時はマニュアルに基づいた対策を実施されていることを記録から確認しました。また、最近の感染予防に対する情報を入手し、マニュアルを年1回見直しされています。過去には状態が安定したコロナ陽性者の受け入れを行い、他の感染症についても「利用判定会議」で対策を検討し共有した上で入所受け入れをされています。清掃は委託業者が定期的に事業所内の清掃を行い、清掃管理委員会の会議に委託業者も出席し、話し合いの場を設けておられます。施設内は整理整頓され、臭気は全くありませんでした。		
(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	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。	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	A
(評価機関コメント)		「緊急時対応マニュアル」「事故発生時対応要領書」「侵入者対応要領書」が作成され、定期的に見直しがされています。またマニュアルに沿って緊急時の対応やセイフティーマネジメント研修を実施、安全対策委員会では「ほっと報告書」や「コールバック連絡書」の分析、改善策の検討を行い周知されています。また施設サービス計画書に個別の再発防止対策の内容を盛り込まれています。災害マニュアルを各部署に設置し、全職員が確認できるようにされています。毎年地域の合同自主訓練等に参加され、今年度は11月24日に大宅学区合同自主訓練に参加される予定です。		

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	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>今年度の重点課題として「利用者の意思決定を尊重した根拠ある実践」の目標を、品質マニュアル・事業計画に記載を確認しました。月1回利用者の思いの把握のため「アセスメント面談」にてケアプランに利用者意向を反映するとともに、2カ月に1回利用者からの「聞き取りアンケート」にて業務や対応方法の改善を検討されています。</p> <p>また、前回の第三者評価のアドバイスレポートを基に、プライバシーに配慮した排泄介助について研修をされています。</p> <p>多職種が集まり「利用判定会議」を行い、医療ニーズが高い利用者は一旦保留として治療後再判定を行うなど原則断らず利用の受け入れ進められています。</p>		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>鍵付きのご意見箱を各フロアに設置している他、家族あてに年3回の「ご意見ハガキ」の郵送およびホームページからメールでも意見受付を行っていただけます。意見を確認して対応や改善方法を利用者・家族に分かるよう掲示し、職員にも周知されています。利用者自らが相談しやすい職員を選択できるようにフロアには職員の顔写真に職種や役職も明記したものが掲示されていました。利用者毎に担当職員を介護職員、看護職員1名ずつ割り振り、相談を行いやすい体制を整えるとともに、自らの意思を明確にできない利用者に対しては家族からの聞き取りをもとに得た情報に加え、「ひとときシート」や「24時間シート」等のアセスメントツールを使用して利用者の意向を汲みとる事を行なわれています。</p> <p>「聴き取りアンケート」や満足度調査により、利用者からの意見をもとに音楽活動や生け花教室を行っていただけます。またテレビが小さく見えにくいとの意見から、共有スペースのテレビを大画面テレビへ変更、居室テレビを16インチから19インチへ変更するなどの取組みを確認しました。</p> <p>苦情相談窓口の施設対応者や公的機関の連絡先は掲示されていましたが、事業所内に市民オンブズマンや介護サービス相談員、ボランティアや地域住民の等の外部人材による利用者の相談の機会の確保が確認できませんでした。</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っている。	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	A
		(評価機関コメント)		<p>年1回定期的にの満足度調査を利用者家族に実施し、意見や結果をもとに改善に向けた検討を各部署会議や「中間管理者会議」で行い、「改善提案書」に挙げ改善に向けた取組みをされていました。その情報の分析及び使用については「顧客管理規程」で定めていて、令和5年度の聴き取り調査から「（今後のことについて）何も言ってくれないし不安になる」「中々言いづらい」との意見があり、利用者と担当職員が1対1で関わりをもつ時間を作り、利用者の思いを汲み取り、それらが今後のケア提供に繋がられるような仕組み作りとして改善提案に結び付けておられます。</p> <p>事業計画の重点課題、年度活動目標を設定し、各会議や各委員会会議、「中間管理職会議」にて評価し改善に向けた取り組み検討されています。また年2回評価を行い、必要に応じて事業計画・重点課題の見直しや活動目標の変更等をしておられ、今年度の稼働率の目標を上方修正されていることを確認しました。3年に1回、第三者評価受診し、ISO9001の内部監査、本審査やサーベランス等で透明性の確保、積極的な改善に努めておられます。</p>		