

様式 7

アドバイス・レポート

令和 6 年 1 2 月 2 4 日

令和 6 年 1 0 月 2 9 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「がくさい」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. 理念の周知と実践</p> <p>年度初めに全職員へ「職員のしおり(理念や事業計画、委員会体制等を掲載)」を配布していました。配布している「職員のしおり」は冊子になっており、字の大きさも適度で読みやすく、理念や事業計画、委員会体制等の振り返りが必要な時に確認しやすいようにしていました。また、利用者や家族向けにホームページにも理念等を掲載し、周知していました。</p> <p>2. 多職種協働</p> <p>利用者の在宅復帰(退所)時は、かかりつけ医に診療情報提供書を提供していました。利用者の入退院は、地域の協力医療機関・かかりつけ医と書面および電話で連携し利用者の支援を行っていました。また、連携機関のリストを作成し各職員に配布することで共有していました。利用者の在宅復帰に関し、関係機関・団体・地域包括支援センター・行政機関等とカンファレンスを実施し問題点等の解決に向け連携をしていました。</p> <p>3. 人権等の尊重</p> <p>施設の理念や基本方針、「中期 Vision 方針」に尊厳を大切にしたケアの提供を明記していました。施設で提唱している「人権宣言」では、具体的なケア場面での行動指針が定められ職員に周知されていました。利用者の人権や自尊心に配慮したサービスの提供に関して、フロア会議やユニット会議でケアを振り返っていました。年2回実施する「権利擁護及び虐待防止のための研修」において利用者の人権への配慮について学ぶ機会を設けていました。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1. 事業計画等の策定 単年度の事業計画及び中・長期計画（3年）を作成していました。しかし、事業計画策定にあたり職員の意見の反映ができていませんでした。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と保護 利用者およびサービス提供の状況等は、すべて電子データ上のケアチェック表に適切に記録されていました。記録の管理・個人情報保護について、eラーニングにより研修を行い、個人情報保護マニュアルをもとに、利用者・家族に説明をしていましたが、電子データによる記録の管理・個人情報保護について、どのように取り扱うかを規定した文書がありませんでした。</p> <p>3. 災害発生時の対応 非常災害対策計画を作成し、指揮命令を明確にしていました。しかし、災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルがなく、訓練等も実施していませんでした。</p> <p>4. 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を3年に1回定期的に受診していましたが、定められた評価基準に基づいての自己評価を行っていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業計画等の策定 事業計画は、全職員が意識して目標達成に取り組むものではないでしょうか。職員が主体的に目標を意識するためには、職員からの意見を反映し、理念の実現に向けた具体的で実現可能な目標を作成することが重要となります。職員からの意見を各会議・委員会で集約し事業計画を作成する仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. サービス提供に係る記録と保護 施設内で記録類のペーパーレス化のため、電子データ化が推進され業務の効率アップが行われていますが、大切なデータの保護および個人情報保護のためにも、規程類の作成に取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 災害発生時の対応 昨今、各地で今までに経験のない災害が多く発生しています。災害発生時は施設だけではなく地域一体となり対応することが不可欠といえます。万が一の事態に備え、地域および地域住民と訓練を含めたマニュアルの作成に向けて話し合いを検討されてはいかがでしょうか。</p>

4. 評価の実施と課題の明確化

具体的には、第三者評価の共通評価項目を使用して自己評価に取り組まれてはいかがでしょうか。毎年実施することで事業所課題を明らかにでき、継続したPDCAサイクルによってサービスの質の向上や改善に事業所全体で取り組むことができるのではないのでしょうか。

※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	2650180025
事業所名	介護老人保健施設「がくさい」
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6年11月22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. 年度初めに全職員へ「職員のしおり（理念や事業計画、委員会体制等を掲載）」を配布していました。利用者や家族向けにホームページにも掲載し、周知していました。 2. 理事会を年2回実施していました。運営会議で経営状況の分析をしていました。各部署からの意見は部門対象者会議で集約し運営会議で議論していました。各職種の職務権限については、「職階別の職責・権限」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	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	A
(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画及び中・長期計画（3年）を作成していました。しかし、事業計画策定にあたり職員の意見の反映ができていませんでした。 4. 部署別目標管理シートを作成し、各職種（リハビリ・看護・介護等）の課題に取り組んでいました。目標毎に毎月・3ヶ月・6ヶ月で見直しを行っていました。		

(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。	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、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)		5. 管理者は、法令遵守に関する研修に参加していました。また、施設内研修でハラスメント研修を実施していました。しかし、把握すべき法令については管理・リスト化できていませんでした。 6. 管理者の役割と責任は、「職階別の職責・権限」で明文化していました。運営会議や部門代表者会議、各委員会に管理者が参加し職員からの意見を運営会議で反映していました。管理者の評価・見直しは職員満足度調査で実施していました。 7. 管理者は携帯電話を所持し常に連絡がつく体制をとり、緊急時対応マニュアルに沿って対応していました。日常の状況については業務日誌を確認していました。		

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
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。	B	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	B
		(評価機関コメント)		8. 職員募集要項に期待する職員像を明記していました。キャリアパスに基づき、個人目標シートに職員の希望等を記載し年2回フィードバック面談を実施していました。 9. 人員体制に関する考えや人事管理に関する方針を明確にし、採用計画を立てていました。ホームページをリニューアルしたことにより、ブログを活用することで画像を多用できるようになり、魅力発信や人材確保に繋げていました。 10. 職員研修計画を作成し、計画に基づいて実施していました。必要な研修は勤務調整や参加費の負担をしていました。また、eラーニングを活用し職員が必要としている研修を受講できるようにしていました。資格取得支援は介護支援専門員の更新研修について受講費用の負担をしていました。 11. 実習生受け入れマニュアルを整備していましたが、実習指導者に対する研修が実施出来ていませんでした。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		12. 有給休暇の消化率や時間外労働を事務部総務課がデータ管理し、労働環境に配慮していました。育児・介護休業に関する規則を定め対応していました。また、介護記録ソフトやインカム（無線通信機器）を導入し、職員の負担軽減を図っていました。 13. メンタルヘルスについての相談体制として、法人内に窓口を設置するほか、外部のカウンセリング機関を確保していました。職場におけるハラスメントの防止に関する規程を設けていました。職員の休憩場所も十分な広さを整えていました。		
(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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		14. 理念に地域との関わりを明文化していました。ホームページやパンフレットに理念を掲載していました。地域ケア会議に参加し、地域の情報収集をしていました。 15. 近隣の小学生（4年生）との交流で福祉施設の学びプロジェクト（きらきら学習）を毎年実施していました。しかし、ボランティア受け入れマニュアルがありませんでした。 16. 学区防災訓練に参加し、車いすの使用方法的講師を担っていました。また、原谷包括圏域サービス事業所連絡会に参加し、地域の福祉ニーズを把握していました。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		17. ホームページやパンフレット・料金表により、施設情報を発信していました。見学希望者にも、パンフレット等を活用して説明をしていました。体験入所・一日利用等の対応は、新型コロナウイルス感染症予防により制限中でしたが、タブレットで施設内部を紹介する動画を見せるほか、施設内の見学・説明をしていました。		
(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. 介護サービス利用開始時に、支援相談員が重要事項説明書・利用料金表を用いて説明を行い、利用者及び家族と契約を取り交わしていました。また、判断能力に支障のある利用者の場合は、後見人等と契約を取り交わしていました。利用者の権利擁護のため、専門の機関に協力を依頼しサポートを行う仕組みがありました。		
(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、個別援助計画の見直しを行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		19. 施設独自のケアチェック表を用いてアセスメントを行っていました。アセスメントは入所時のほか、3ヶ月毎に実施していました。 20. アセスメントの結果に基づき個別援助計画を作成し、入所時に家族参加のサービス担当者会議で説明を行い同意を得ていました。 21. 個別援助計画の策定にあたり、介護職・介護支援専門員・医療職・リハビリ職・栄養士・支援相談員それぞれが協力する体制がありました。参加できない職種については、照会文書で意見を求めていました。ショートステイ利用者については、居宅サービス計画書を参考にして個別援助計画を作成していました。 22. 日々、利用者の状態についてケアチェック表に記入し、3ヶ月毎もしくは利用者の状態変化時にモニタリングを行う仕組みがありました。個別援助計画の見直しを行うときは、各職種からの意見・照会をもとにカンファレンスにて見直し・変更を行っていました。		
(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。	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。	C	A
		(評価機関コメント)		23. 利用者の在宅復帰（退所）時は、かかりつけ医に診療情報提供書を提供していました。利用者の入退院は、地域の協力医療機関・かかりつけ医と書面および電話で連携し利用者の支援を行っていました。また、連携機関のリストを作成し各職員に配布することで共有していました。利用者の在宅復帰に関し、関係機関・団体・地域包括支援センター・行政機関等とカンファレンスを実施し問題点等の解決に向け連携をしていました。 24. 利用者の在宅復帰・他の介護施設へのサービス移行時は、介護支援専門員が定めた退所前カンファレンスの手順に従い運用していました。サービス終了後の相談窓口および地域での受け入れ先との連携については、その利用者の担当介護支援専門員が継続する仕組みとなっていました。		

(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。	B	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	B
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. 業務マニュアルを作成し、実施の方法については新人職員の業務確認用チェックリストを作成し実施していましたが、マニュアルの見直し・改定の日付けがありませんでした。また、苦情や顧客満足度調査結果・事故防止対策などが反映される仕組みになっていませんでした。 26. 利用者およびサービス提供の状況等は、すべて電子データ上のケアチェック表に適切に記録されていました。記録の管理・個人情報保護について、eラーニングにより研修を行っていました。個人情報保護マニュアルをもとに、利用者・家族に説明をしていましたが、電子データによる記録の管理・個人情報保護について、どのように取り扱うかを規定した文書がありませんでした。 27. 個別支援計画や利用者の状況、カンファレンス等の情報は、電子カルテシステム（パソコン）上で職員全員が確認し共有していました。 28. コロナ禍以降オンライン面会を行い、居室・面会室での面会制限を行っていましたが、現在は30分以内と制限を緩和していました。面会時または手紙で利用者の様子を伝えていました。		

(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. 感染症対策については、感染症対策指針、BCP（事業継続計画）、感染症対策マニュアルを整備していました。感染症の研修については年間研修計画を作成し実施していました。2次感染を防ぐ対応も記載していました。 30. 居室・浴室・トイレの清掃は職員が行い、その他は業者が清掃を実施し点検表にて実施確認をしていました。各フロアは整理整頓できていました。		

(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。	A	B
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)		31. 事故防止、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防止の研修を実施していました。 32. 事故が発生した場合、当日に報告書を作成し家族にも連絡していました。リスク対策委員会で事故の検証や分析を行い、マニュアルの変更も行っていました。 33. 非常災害対策計画を作成し、指揮命令を明確にっていました。しかし、災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルがなく、訓練等も実施していませんでした。 34. 自然災害・感染症に対するBCPを作成し、研修・訓練を実施していました。		

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
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	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>35. 施設の理念や基本方針、施設で提唱している「人権宣言」、「中期Vision方針」に尊厳を大切にケアの提供を明記していました。利用者の人権や自尊心に配慮したサービスの提供に関して、フロア会議やユニット会議でケアを振り返っていました。年2回実施する「権利擁護及び虐待防止のための研修」において利用者の人権への配慮について学ぶ機会を設けていました。</p> <p>36. 「虐待防止のための指針」「身体拘束廃止マニュアル」を整備し、年2回実施する研修で職員周知を行っていました。虐待防止・身体拘束廃止委員会を毎月開催し、身体拘束や虐待発生状況の有無など確認していました。不適切ケアに関する研修を実施していましたが、発生した場合の組織的な対応方法を定めていませんでした。</p> <p>37. 「介護技術マニュアル」の入浴や排泄の項目でプライバシー保護に関する留意事項を記載していました。また、「人権宣言」にプライバシーや羞恥心への配慮した具体的な行動指針を明記し、職員への意識づけを行っていました。入職時には「職員の心構え」としてプライバシー保護に関する研修を実施していました。</p> <p>38. 「入所判定会議」を開催し、サービス利用の決定を行っていました。原則利用申し込みを受け入れる方針ですが、医療的に対応が困難な場合には他医療機関など紹介していました。</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。	B	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っている。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>39. 3ヶ月ごとに開催するサービス担当者会議時に、介護支援専門員が利用者本人から意見や要望を聞き取りサービスに反映していました。家族が参加できない場合は、面会時や電話等で意向を聴き取っていました。また、「ご意見箱」の設置や、年に1回の利用者満足度調査を実施し、意向を引き出していますが、利用者への定期的な個別の相談面接や利用者懇談会は実施していませんでした。</p> <p>40. 「介護サービスに関する苦情解決処理要綱」を整備していました。利用者、家族からの意見・要望・苦情があった場合は、苦情解決責任者の施設長へ報告し、管理職会議で検討のうえ対応していましたが、改善状況は公開していませんでした。</p> <p>41. 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口を記載し、施設玄関に掲示していました。しかし、第三者の相談窓口の設置、介護相談員等の外部人材の受け入れは行っていませんでした。</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	B	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。	B	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. 利用者満足度調査を年1回実施していました。調査結果は教育委員会で分析や検討を行い、各部署に共有していましたが、分析・検討の結果に基づいてどのようにサービスが改善されたか確認する仕組みはありませんでした。</p> <p>43. 毎月開催する生活向上委員会でサービスの質の向上に関する検討や改善について話し合いを行っていました。話し合った内容は委員会議事録に記載し、メールに添付し全職員に共有してました。職員は、外部研修の受講、老人保健施設大会や、原谷包括圏域サービス事業所連絡会、北区ブロック介護・看護交流会等に参加し、他事業所の取り組みに関する情報収集を積極的に行っていました。</p> <p>44. 第三者評価を3年に1回定期的に受診していましたが、定められた評価基準に基づいての自己評価を行っていませんでした。</p>
--	------------	--