

## アドバイス・レポート

平成30年1月10日

平成29年10月26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>在宅復帰率が6割を超え、ご家族や担当ケアマネジャーと密に連携しながら在宅支援に取り組んでいます。入所中から在宅復帰を目指し、ご家族にご利用者の様子を伝え、在宅復帰に向けた話を少しずつ進め、担当ケアマネジャーと共に在宅サービスの紹介や他の社会資源の紹介などの在宅復帰への支援をしています。</p> <p>法人の理念に基づく充実したサービスを提供するために、様々な委員会活動を行っています。これらの委員会活動で得られた成果が日常業務に効果的に働きかけて、より質の高いケアを目指す原動力となっています。</p> <p>新入職員研修等の法人の研修制度が確立され、職員の達成レベルに合わせた研修が計画されています。外部研修の案内、後日の伝達研修の実施等、互いに学びあう姿勢が評価できます。職員と管理者のヒアリングでは、職員が自らの今年度の課題・目標を設定し、それらを達成することを支援しており、施設として職員の力量向上に取り組んでいます。法人全体として事例発表会を行うなど、医療・看護・介護が一体となり互いに資質向上を目指す姿勢が評価できます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>通番 26 感染症マニュアルは作成されていますが、受け入れに際して、感染症であるご利用者への対応・留意事項・ケアプランが確認できませんでした。</p> <p>通番 36 公的機関等を経由してご利用者から寄せられた苦情等があった場合の対応の仕組みを記載したものが確認できませんでした。市民オンブズマンや介護相談員など、外部の人材による相談の機会は確保されていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>通番 26 感染率が低く、緊急性がなくても日頃から感染症マニュアルを整備し、見直しを行い、広く周知されていることがうかがえましたが、感染症であるご利用者に対する留意事項に沿った個別のケアプランを作成し、感染予防を実践されることをお勧めします。</p> <p>通番 36 市民オンブズマンや介護相談員等の外部人材の受入れによるご利用者の相談機会の確保及び第三者又は公的機関等を経由して寄せられた苦情等への対応の仕組みを構築されるようにご検討ください。</p> <p>施設内会議が多くあり、書類も煩雑、多様で種類も多く重複しているものも見受けられましたので、再検討をお勧めします。</p> <p>法人全体でIT化計画が予定されていますが、上記の会議、書類の案件も考慮し、無駄を省いて、業務の合理化・数値化・可視化を図り、より効率的なIT化を推進されることを期待します。</p> <p>介護業界において介護人材不足の現状にあり、職員採用が容易ではないと思われます。次世代の介護の担い手として小学校、中学校からの体験学習を受け入れ、この時の体験から当事業所への就職を実現した成功例があることから、今後も継続して地道に次世代の人材育成、地域貢献活動を実践されることをお勧めします。</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。

# 評価結果対比シート

事業所番号	2650180033
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)	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・介護予防リハビリテーション・介護予防通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成 29 年 11 月 27 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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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)		理念及び運営方針は事業所の分かりやすいところに掲示されています。施設長、職員が協働して理念、運営方針を踏まえ、介護サービスを提供しています。理事会、運営会議、フロア会議などの会議体があり、諸事項が話し合って決定されています。事業所内組織図、職務分掌が整備され、業務が遂行されています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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)		中・長期計画、平成 29 年度事業計画が作成され、職員全員が前年度より高いレベルの経営理念の実現に取り組んでいます。その計画策定に当たっては、前年度総括を踏まえ、職員からの意向も汲んで課題を設定し、ケアサービス向上を目指しています。年度事業計画は、半期ごとに振り返りを行い数値化して変更・見直しをしています。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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、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)		法令遵守のマニュアルが整備され、ケアを行う上でのコンプライアンスをテーマとした研修は平成 29 年度研修計画に組み込まれています。関係法令についてリスト化し、いつでも職員が閲覧できるようにしています。施設長は広報誌「やすらぎ」の中で自らの責務を記しています。施設長は、毎日職員と話し合っており、意見・要望を受け入れています。人事評価シートや京都福祉情報サイトの「福祉職場 組織活性化プログラム」の職員アンケートへの入力結果をグラフ化しています。管理者は、巡回・看介護記録等の各種記録を通じて状況を把握しています。緊急時対応マニュアル、緊急連絡網等が整備されており、管理者および役職者は、携帯電話を常時所持して緊急時の対応をしています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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)		採用後の資格取得支援としての研修費用の負担と資格取得後の資格手当の支給を実施しています。 キャリアアップに基づいた各職員の達成レベルに合わせ、事業所内の年間研修計画、法人内の研修計画が策定されています。職員が互いに学び合う発表の場として法人内で事例発表研修会も開催されています。 実習受け入れマニュアルを整備し、中学校の職場体験学習、看護・介護・OT・PTなどの実習生を受け入れています。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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)		事業所の事務長及び法人本部で勤務時間などの適切な労務管理を行っています。ストレスチェック、法人互助会、メンタルケアなどが充実しており、休憩場所も確保されています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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)		事業所の概要や理念、運営方針については、パンフレットに掲載され、ホームページの開設や広報誌も発行されています。年に3回、ご利用者、ご家族、同法人以外の居宅介護支援事業所、地域の方々を対象に施設交流会を実施し、運営方針や施設概要などの説明と認知症ケアや介護技術等の研修の機会とされています。地域ケア会議への参加もされています。また、今年度は施設の役割を知ってもらうために、地域住民に向けて介護相談会を実施されました。近隣の小・中・大と交流もあります。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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)		ホームページ・パンフレット・広報誌で情報提供をされており、重要事項説明書や運営規定の掲示もあります。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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)		重要事項説明書や料金表を用いての説明や成年後見制度利用者との契約もされています。その際には、ご家族に対し丁寧に、分かりやすく説明をされています。		

## (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。	A	A
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)		アセスメントは、入所工程管理図・施設介護支援専門員手順書に基づき、基本情報シート・くらしデザインシートで聞き取りを行い、利用者意向を踏まえたケアプランの作成・実施・評価・ご利用者の同意と一連の流れである PDCA サイクルが機能しています。多職種協働による評価は、定期的にモニタリング総括表を用いて実施されています。		

## (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)		診療情報提供書により、かかりつけ医との連携を図り、地域ケア会議への出席等、関係機関との連携による在宅復帰に当たっては、退所前カンファレンスへの参加、近隣の援助者との連携など連絡調整を行っています。		

## (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。	A	A
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)		介護業務手順書等のマニュアルがあり、写真等を入れて分かりやすく作成されています。サービス提供は、経過処置記録で確認できます。文書見直しチェック表に規定されている定期的見直しが行われています（年1回）。ご利用者の状況は毎朝夕の申し送りで情報共有し、適時ご家族へ連絡する体制が整っています。		

## (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	B
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)		感染症マニュアルが作成され、認定看護師による感染症予防の研修や、同法人のグループ事業所の感染対策会議に出席し、情報収集後、職員へ周知されています。感染症があっても入所を受入れています。全体としての感染症の予防は周知・実行されていますが、個別ケア（対応・留意事項など）、個別プランの作成が確認できませんでした。施設内の整理整頓・空調管理等への配慮が行き届いていました。		

## (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。	A	A
(評価機関コメント)		事故発生時対応要領・緊急時看護手順書があり、内容が周知されています。コールバック連絡書記載要領に沿って事故分析、再発防止策の検討が行われています。研修もセーフティマネジメント、AED研修、医仁会緊急対応、災害を想定しての現場確認（砂防ダム）や土砂の流れ・避難経路の確認などを実践的に実施されています（消防訓練2回/年・特別養護老人ホームと合同訓練1回/年）。責任者の指揮命令系統も整備され、連絡体制が整っています。		

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
<b>IV 利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		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)		ご利用者の人権尊重に関しては、基本理念に明記されています。身体拘束禁止や高齢者虐待防止の研修では、グループワークを行うことで、職員の日常業務を振り返る機会とされています。接遇やプライバシーの保護については、毎年、研修が行われており、介護手引書にも具体的に記載されています。研修に参加できない職員に対しては、資料について学びをレポートする方法が取られていました。サービス利用者は判定会議で決定されており、保留となった場合は、療養型の病院などの適切な紹介が行われていました。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	A	A
		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。	A	A
		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)		満足度調査・食事嗜好調査の実施、ご意見箱の設置により、ご利用者の意向を汲み取っておられます。また、施設交流会の案内郵送時に、ご意見はがき（返信用）を同封されています。苦情解決実施要領書に沿って、意見・要望・苦情などがあった場合はサービス向上委員会が主体となり、対応されています。満足度調査の結果は、1階の廊下に掲示され、ご家族にも郵送されています。事務所の受付窓口で、苦情相談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、公的機関等を経由してご利用者から寄せられた苦情等があった場合の対応の仕組みを記載したものが確認できませんでした。市民オンブズマンや介護相談員など、外部の人材による相談の機会は確保されていませんでした。		
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		年に1回、ご利用者に対する満足度調査を、本人用、家族用に分けて実施されています。アンケート集計の結果、問題の内容に合わせて、サービス向上委員会やフロア会議で話し合い、改善策の意見を出せるように工夫されています。サービス向上委員会が毎月開催されており、検討した内容は、中間管理職会議で検討され、運営会議にて議決されています。年に1回、グループ内の事例発表会に参加することや京都府老健協会の部会等に参加することで、他事業所の取り組みについて、情報収集をされています。ISO9001の認証を取得されており、法人グループ本部の福祉介護事業部門の品質マネジメントシステムにより、内部監査を年2回と不定期の外部監査を受審されています。第三者評価についても定期的に受診されており、その結果は事業計画に反映されています。		