

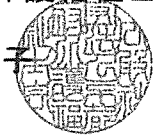
様式 8

評 価 結 果 通 知 書

令和 3 年 9 月 2 2 日

一般財団法人京都地域医療学際研究所  
介護老人保健施設「がくさい」  
管理者様

一般社団法人京都府介護福祉士会  
会 長 柏本 英子



令和 3 年 8 月 4 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた貴事業所の評価結果について、下記のとおりお知らせします。

なお、今回の第三者評価結果に基づき、「アドバイス・レポート」を作成しましたので、今後の事業所の運営に御活用ください。

なお、評価結果についてご意見等がある場合には、通知を受理されてから 7 日以内に、別添 [様式 9] に基づいて当評価機関宛にご提出ください。

記

評価結果 … 別添「評価結果対比シート」のとおり

様式7

## アドバイス・レポート

令和3年9月22日

令和3年8月4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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 理念の周知と実践</b></p> <p>理念と運営方針を玄関やスタッフルームに掲示していました。全職員に理念・運営方針を記載した冊子「職員のしおり」とカードを配布し、施設長が3月の職員会議で説明して周知と理解に努めていました。また、利用者や家族には、契約時に理念と運営方針を記載したパンフレットで説明をしていました。</p> <p><b>2. アセスメントの実施</b></p> <p>入所時と入所時から2週間後、以降は3カ月を基本に状態の変化に応じて医師等の専門職と密接に連携しながらアセスメントを実施し、丁寧な情報収集と課題分析ができていました。</p> <p><b>3. プライバシー等の保護</b></p> <p>毎月、人権（プライバシー含む）についてのテーマを掲げ、月末に全職員がチェックリストにより振り返りをしていました。そこで出た意見や反省を身体拘束人権委員会に報告・集約し、次月に職員通用口に掲示することで職員の人権に対する意識を高めていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>介護技術、感染対策、リスクマネジメント等のマニュアルを作成していますが、見直しの基準の設定がなく、実際に見直しがされていないものもありました。介護現場でも活用されているものとそうでないものが見受けられました。</p> <p><b>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>利用者、家族からの苦情等に迅速に対応するとともに、対応策も含めて施</p>

	<p>設全体で検討していましたが、改善状況の公開はしていませんでした。</p> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>公的機関の相談窓口と連絡先を掲示し、外部の介護相談員が定期的に利用者と面談を行い、その情報を施設側と共有していましたが、第三者による相談窓口を設置していませんでした。</p> <p><b>4. 利用者満足度の向上の取組み</b></p> <p>日々の業務の中で利用者や家族の意見や要望の収集には努力をしていましたが、2年以上利用者の満足度調査を実施していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>マニュアルの内容が施設の実状や実態に則しているか、これまでの事故や苦情等を踏まえ予防策にも繋がるものとなっているか、マニュアルの見直しの基準を定め、各種委員会にて年1回見直す機会を設けられてははいかがでしょうか。また、ユニット会議で見直したマニュアルの周知と活用を促されてははいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b></p> <p>個人情報に配慮して、意見・要望・苦情等について対応策も含めて玄関での掲示やホームページ・機関紙に掲載し、家族や関係機関に周知することで事業所への信頼も深まるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>事業所関係者以外の申し立てしやすい者を第三者委員として相談窓口を設置し、利用者や家族からの相談や苦情等を受け付けて集約することは、サービス改善の機会として大切ではないのでしょうか。また、相談窓口の存在は利用者の安心にもつながります。第三者委員の選任については、地域の自治会役員や民生委員、法人の退職者などに担ってもらう方法もあります。</p> <p><b>4. 利用者満足度の向上の取組み</b></p> <p>今回の第三者評価での利用者アンケートで「利用者の生活の様子を詳しく知りたい」という貴重な意見がありました。利用者や家族は職員に直接言いにくい場合もあると考えられます。できるだけ多くの意見・要望・苦情を受け入れる機会を設けることはサービスの向上のためには重要ではないのでしょうか。定期的な満足度調査を実施することで改善点が明確になり、効率的にサービスの改善が可能になる他、利用者や家族のさらなる安心にもつながるのではないのでしょうか。</p>

(様式6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2650180025
事業所名	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3年8月19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
<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)		1. 理念と運営方針を玄関やスタッフルームに掲示していました。全職員に理念・運営方針を記載した冊子「職員のしおり」とカードを配布し、施設長が3月の職員会議で説明して周知と理解に努めていました。利用者や家族には、契約時に理念と運営方針を記載したパンフレットで説明をしていました。 2. 法人の運営会議（施設長・事務局長・事務長・部長）や事業所の主任・リーダー・各種委員会・ユニット会議を開催し、案件別の意思決定の仕組みがありました。「職位別勤務分掌規程」で各職務の業務が明確になっていました。			
<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)		3. 法人の事業計画「老健中期vision1」を策定し、サービス提供・人材育成・地域連携・経営について全体の方向性を示して各部門の取り組み課題を設定していました。 4. 「老健中期vision1」にそって、事業所の事業計画を策定し、稼働率の数値目標や研修の実施等について、年2回進捗確認をしながら取り組んでいました。また、目標管理制度による部署別の目標を設定し評価していました。			
<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	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、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. 事務長が運営会議で法令の改正等の説明を受け、朝礼等で職員に伝達をしていました。適宜インターネットで調べていましたが、リスト化したものがなく、誰もが同じ情報にたどりつく方法ではありませんでした。 6. 管理者は、運営・主任・委員会の会議に参加し、職員と意見交換をするほか、年2回面談の機会をつくり職員からの意見を聞いていました。年1回職員アンケートの中で施設長の評価をしていました。 7. 施設長は事業所で業務を行い、事業所を離れる時は携帯電話を所持し、常に連絡がとれる体制でした。業務の実施状況は、口頭での報告や業務日誌・各種報告書で把握していました。緊急時連絡網を整備し、有事の際は施設長に報告し、指示を仰ぐ体制になっていました。		

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

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	B
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	B
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)		8. 「職員のしおり」で、法人の望む職員の姿を示し、育成の方向性を明確にしています。職員の人員配置については、運営会議で検討していました。しかし採用後の資格取得支援の取り組みがありませんでした。 9. 契約によるインターネット研修講座を活用し、職員が自分の時間に合わせて基本から専門的な研修を受講していました。気づきの助言は、シフトの引継ぎ時に行ったり、ユニットノートに記録していました。毎月テーマをきめて、職場内研修を実施していました。外部研修を利用した段階的な研修（新人・中堅・リーダー・主任・運営会議メンバー）を受講していました。簡単な研修計画はありましたが、年間を通した計画的なものになっていませんでした。 10. 看護学生の実習受け入れについて、マニュアルを整備し受け入れをしていました。また、受け入れの際は看護学校との綿密な受け入れの検討や確認をしていました。		

### (2) 労働環境の整備

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。	B	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)		11. 有給休暇について、計画取得の実施や申請すれば取得しやすい状況でした。年2回の上司面談で職員の就業状況や意向を確認し、検討していました。育児・介護休業の規程を整備していました。職員の負担軽減として、リフト浴やスライディングボードの活用や下肢装着型介護支援用ロボットも導入して腰痛予防に取り組んでいました。 12. メンタルヘルスの相談窓口は医師である施設長が担当し、さらに職員が直接相談できる仕組（外部の契約カウンセラー）もありました。外部契約によるアクティビティの費用補助や職員給食（費用補助）もありました。また、ハラスメントの規程を整備し、「職員意見箱」を設置して上司の不満やハラスメントの訴えもできるようにしていました。職員の休憩場所も適切な広さで複数箇所整備し、仮眠もとれていました。		

(3) 地域との交流				
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	B
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)		<p>13. 事業所情報をホームページで公開していましたが、介護サービス情報の公表制度の自事業所情報の開示はできていませんでした。地域のイベントを掲示し、コロナ禍でできていませんが、例年は地域のイベントに職員が付き添って参加していました。</p> <p>14. 地域の防災訓練に参加の際に、車いすの操作と避難方法を指導していました。地域住民向けの相談窓口（北区すこやかステーション）に場所の提供と運営に参画することで、地域の介護ニーズの把握に努めていました。また、コロナ禍で実施できていませんが、地域の方を招待し事業所で毎年夏祭りを開催していました。</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

### 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	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)		15. ホームページの公開やパンフレットで施設の情報を提供していました。施設見学希望者に、施設内の様子等をリモートカメラで撮影し情報提供していました。		

#### (2) 利用契約

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)		16. 重要事項説明書に料金（介護保険外も含め）について記載し、説明していました。判断能力に支障のある利用者については、家族や正当な代理人と契約を交わしていました。また、成年後見制度や権利擁護事業を必要とする場合は、関係機関に繋いでいました。		

#### (3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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	B
(評価機関コメント)		<p>17. 入所時と入所時から2週間後、以降は3カ月を基本に状態の変化に応じて医師等の専門職と密接に連携しながらアセスメントを実施し、丁寧な情報収集と課題分析をしていました。</p> <p>18. 利用者や家族の希望を聞き取り具体的な目標を設定し、サービス担当者会議で説明の上個別援助計画書に同意を得ていました。</p> <p>19. サービス担当者会議で、医師・看護師・作業療法士・理学療法士・言語聴覚士・栄養士等の専門職種と意見交換の上、計画を立案していました。</p> <p>20. 3カ月毎にモニタリングの実施や状態の変化に応じて個別援助計画書の見直しをしていましたが、変更や見直しに関する基準等を定めていませんでした。</p>		

**(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)		21. 入所前に居宅介護支援専門員より主治医の意見や情報を収集し、入所後は施設医師と密に連携を図り支援していました。入退院時は担当医や相談員と連携して状態を確認し、在宅復帰の際も在宅サービス担当者等と連携していました。		

**(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。	B	B
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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)		22. 介護技術・感染対策・リスクマネジメント等のマニュアルを整備していましたが、見直しと職員間での周知や活用ができていませんでした。 23. パソコンや連絡帳等で適切に利用者の記録を行ない、入力や閲覧は職員個別のパスワードで管理していましたが、記録の持ち出しの規程がなく個人情報保護の関する研修が未実施でした。 24. 勤務交代時の申し送り・ユニット会議や連絡帳の活用で情報共有をしていました。また、ユニット会議で利用者支援について意見集約し共有していました。 25. コロナ禍で面会ができない状況の中、洗濯物を取りに来られた際や、ケアプラン郵送時に利用者の近況を伝えていましたが、定期的・計画的な情報交換には至っていませんでした。		

**(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	A
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)		26. 感染症マニュアルを整備し、感染症対策委員会（毎月）や感染症防止の勉強会（年2回）を開催し、感染防止に取り組んでしました。また、新型コロナウイルス感染症に対しても、併設の総合病院と連携し効果的な対策を講じていました。 27. 事業所内の物品や備品、書類等について整理整頓していました。毎日清掃業者が清掃を行い点検表を設置していました。生活空間には空気清浄機を設置し臭気対策も講じられていました。		

**(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。	B	B
(評価機関コメント)		28. 事故対応マニュアルを整備していましたが、施設内で事故が起こりそうな場所や場面を写真に撮り、それを使用しての事故防止の研修(危険予測)を実施していませんでした。 29. 事故発生後、対応職員を中心に原因と対策を話し合い、報告書を作成していませんでした。また、発生した事故は、速やかに家族や関係者に連絡をしていませんでした。 30. 地域との連携を意識したマニュアル「非常災害対策計画」を策定していましたが、訓練の実施までには至っていませんでした。しかし、3日間の備蓄方法について、2カ所に分けて保管するなど工夫していませんでした。		

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
<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)		31. 利用者の尊厳の保持に配慮した法人独自の「人権宣言」を定め、施設内の各所に掲示していました。また、身体拘束人権委員会から、身体拘束や虐待防止の研修を行っていました。 32. 毎月人権（プライバシー）についてのテーマを掲げ、職員全体が月末にチェックリストで振り返りをしていました。また、プライバシー保護の研修を実施していました。 33. 施設で受け入れられない場合は理由を説明し、他の施設等を紹介していました。		
<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	B
		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	B
		第三者への相談機会の確保	36	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)		34. 利用者との会話の中で意向を聞き取り、聞き取ったことを記録していましたが、意見や要望を把握するための個別面接や利用者懇談会を定期的には実施できていませんでした。 35. 苦情等は対応策も含めて施設全体で検討して迅速に対応していましたが、改善状況の公開はしていませんでした。 36. 公的機関の相談窓口と連絡先を掲示し、外部の介護相談員が定期的に利用者とは面談を行い、その情報を施設側と共有していましたが、第三者による相談窓口を設置していませんでした。		
<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。	C	C
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		37. 日々の業務の中で利用者や家族の意見や要望の収集に努力をしていましたが、2年以上利用者の満足度調査を実施していませんでした。 38. 毎月生活向上委員会を開き、サービスの質の向上について具体的な取り組みも含めて検討していました。また、老人保健施設協会の会議等に参加し、他事業所の情報を収集して比較検討していました。 39. 目標管理制度による部署別目標管理シートで半期ごとに各部署のサービスの取組み目標を設定し、自己評価をしていましたが、第三者評価の受診は3年毎ではありませんでした。		