

様式 7

## アドバイス・レポート

令和 2 年 7 月 3 日

令和 2 年 2 月 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人くらしのハーモニー 介護老人保健施設ハーモニーこが 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>(通番 9) 継続的な研修・OJTの実施</b> 法人の人事・研修担当者を中心に内部研修計画を整備して、経験年数や職務に応じた年間研修計画を策定し実施しています。内部研修の体験型研修や勉強会等には、非常勤職員も参加しています。基本の育成プログラムではレベル到達しない新人職員には、一人一人の成長に合わせたオーダーメイドの OJT を実施し丁寧な職員育成を実施しています。</p> <p><b>(通番 14) 地域への貢献</b> 1 階に地域開放カフェ「喫茶ほっこり」を開設して、地域の方々が自由に来所してコーヒー等を飲めるスペースを整備しています。毎月 1 回、地域の高齢者が集える「こころ健康カフェ」を開催しています。地域の小学校等で開催する「認知症サポーター養成講座」の講師として施設職員を派遣しています。</p> <p><b>(通番 21) 多職種協働</b> 入所前には「介護サービス共通診断書」や「診療情報提供書」を依頼し、退所前後にはケアチームの連携調整をしてカンファレンスを実施しています。医師・看護師の常勤及び薬剤師は週に 2 日の勤務の中で医療連携も密に取れています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番 23番) サービス提供に係る記録と情報の保護</b> ケアプランに基づいたケア提供と記録は義務付け、個人情報保護や記録の管理については新人研修で教育をしています。個人情報保護規定を定めていますが、持ち出しや廃棄に関する規定が文章化されていませんでした。</p> <p><b>(通番 35) 意見・要望・苦情への対応とサービス改善</b> 苦情対応マニュアルを設置し対応方法を定めています。苦情、相談等の受付は、記録システム（ちょうじゅ）に記録後、苦情ご意見相談受付票または事故報告書に記録し、それらを基に関係部署間で振り返り対応内容を検討、結果を施設内で回覧しています。実際の改善状況について、個人情報保護に配慮しながら公開されているかは確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>介護老人保健施設「ハーモニーこが」は、伏見区久我の住宅街に 2000 年、当時ユニット型で個室が制度化される前に、先駆的な理念のもと、生活していく上で心身保持が必要なケアを提供するために建設されました。個別を尊重した設計にこだわり、トイレや浴室も多く配置されているなど、今も利用される方々の生活と日々のケアを支え続けています。</p> <p>2014 年に「在宅強化型老健」として在宅復帰に力を入れ、それぞれの自宅で生活できるように見据えた個別リハビリが行われています。</p> <p>生活の場とは、個別の生活動作とともに人間関係も社会生活に必要であるとの「ともに生き、ともに学び、ともにささえあう」の理念に基づき、誰もが自分らしく元気に暮らせる地域づくりにも積極的に取り組まれています。</p> <p>地域活動には「地域ボランティア委員会」を設置し、老人クラブと連合自治としての活動や元気なシニア活動との関係性など「ハーモニーこが」を接点として、たとえ介護が必要となっても在宅で暮らしていけるという実践を重視されています。中でも個人がセラピストと共に自分のリハビリ内容を考えて訓練をするという形式で、リハビリをしてもらうものではなく、自分の身体を自分でつくっていくという意欲に繋がったリハビリプログラムは「ハーモニーこが」の特徴です。また昨年から 1 階の「喫茶ほっこり」で毎月第 3 水曜日に「こころ健康カフェ」を開催し、ミニ講座やリハビリ体操などの実施が定着してきています。他に地域住民が施設でボランティア活動ができるシステムを作り、「元気なシニア」が介護サポーターとして活躍する場など、地域住民のやりがいや介護予防などにも繋がった取り組みを展開されています。</p> <p>前回の第三者評価で課題となった点を前向きに改善されてきており、丁寧な確認と取り組みを実践されてきています。</p> <p>その中で、一定の評価はできても法人としてまだ改善する余地があるとの見解で、あえて課題を残して全職員で取り組むという項目も 2 点ありました。「運営管理者」の組織上の整理や利用者のカンファレンス出席について、施設として一層の理想に向かって努力されることに期待します。</p> <p>その他の具体的なアドバイスとしては、下記の 2 点です。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人情報保護規定がありますが、持ち出しや廃棄に関して文章化されていないので、最新版に更新されることをお勧めします。情報社会において個人情報保護については、どんどん変化していきますので、新しい情報に基づいて毎年見直していくことが望ましいです。</li> <li>・利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応されていることの記録はされていましたが、改善状況の公表については確認できませんでした。実施途中の「満足度調査」と合わせて、その結果や改善内容を広報やHP等を活用して公開されることが望ましいです。公開されることで、利用者の思いに応える施設として一層身近になり、理念にある「ともに支えあう」の深甚が深まるものと思います。</li> </ul>
------------------	--

※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	2650980051
事業所名	介護老人保健施設 ハーモニーこが
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設(入所)
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・(介護予防)訪問リハビリテーション・居宅介護支援
訪問調査実施日	令和2年3月24日
評価機関名	定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一

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）及び事業所のスタッフ全員が、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)法人の理念や運営方針は、パンフレットやホームページに掲載され、事業所内にも掲示されている。毎年5月の法人全体研修会を3回に分けて開催し職員に周知している。家族には機関誌や広報誌、家族会等で周知している。 2)理事会、企画管理会議、施設運営委員会、介護部リーダーミーティング、ユニット会議、ナース会議、相談室会議等の階層別、職種別の会議を実施し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。キャリアパスに連動した、等級基準書で各職員の役割や権限を明確にしている。		
<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質の向上に向けた計画を策定すると共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)中・長期計画となる「施設ビジョン」(3～5年後に達成されるべき目標)を基に毎年の事業計画(「部門ミッション」等)が策定されている。事業計画の取組み内容を年度末に振り返り、次年度の計画に課題や意向を反映させている。 4)各部署の「部門ミッション」を年度当初に策定し、改善点と取組むべき事項について目標設定して、課題の解決に取り組んでいる。「部門ミッション」の内容を、ユニットごとの取組みに反映させて、リーダーミーティング上やユニットミーティングでも半期や年度末に振り返り、必要に応じた目標設定を行っている。		
<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。	B	B
	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、いつでもスタッフ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)事務長や事務次長が労働関係法令の研修に参加し、法令遵守の内部研修で周知している。法令遵守マニュアルを整備して会議等で確認すると共に、パソコンですぐに調べられるような環境を整備している。 6)キャリアパス等級基準書に管理職の役割と責任を明記して職員に周知している。毎年の職員面談や法人が行う「働き方アンケート」等の中で、現場職員の意見を聞く機会をもっている。「組織活性化プログラム」を定期的実施しているが、法人独自の取組みとして、管理職が職員から信頼を得ているかを把握するシステムは整備されていない。 7)管理職は報告書や日報、議事録、アクシデントレポート等を確認し、日々の事業の実施状況等を把握している。施設長や事務長は施設内にあり、不在の場合でも携帯電話で連絡を取れる体制あり、必要に応じた指示を行っている。		

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)		8)中・長期計画(「施設ビジョン」)や事業計画の中に、人員体制の構築や人事管理の方針等が明記されている。実習生が希望就職することも多く、福祉系学部を中心に新卒者を採用している。介護職員の中途採用は、介護福祉士資格所持者や初任者研修終了者を優先的に採用し、資格のない職員には、法人が費用の一部負担をして実務者研修を計画的に受講させている。 9)法人の人事・研修担当者を中心に内部研修計画を整備して、経験年数や職務に応じた年間研修計画を策定し実施している。内部研修の体験型研修や勉強会等には、非常勤職員も参加している。基本の育成プログラムではレベル到達しない新人職員には、一人一人の成長に合わせたオーダーメイドのOJTを実施している。 10)法人全体で社会福祉士養成校の実習生を受け入れ、実習生の受け入れマニュアル等も整備している。社会福祉士等の実習指導者養成研修を受講した実習担当者や実習スーパーバイザーを各エリア事業所に配置すると共に、指導者同士が情報交換できる場(福祉実習指導者連絡会)を設けている。インターンシップや地元の小学校や保育園等の体験も積極的に受け入れている。		
<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	スタッフ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、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)年2回の上司面談や本部が全職員に実施する意向調査を通じて、本人の労働状況や意向を把握している。育児・介護休業規定が整備され、育児休暇を取得して職員として復帰している。労働安全衛生委員会を開催し、労働環境を話し合っている。 12)産業医や「おかもと心とからだのクリニック」と提携し、職員が相談できるようにしている。法人互助会を組織し、納涼会や新年会等の職員交流行事の開催やサークル活動(山登りやバトミントン等)を支援している。		
<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)		13)ホームページやパンフレットを通じて事業所の情報提供している。年4回発行の広報誌「ハーモニーが通信」を、近隣の町内会やスーパー、関係機関等に配布して事業所の取組みを広報している。毎年、夏祭りや餅つき大会等を開催し、地域住民や子供達も参加し、施設入所者と交流している。 14)1階に地域開放カフェ「喫茶ほっこり」を開設して、地域の方々が自由に来所してコーヒー等を飲めるスペースを整備している。毎月1回、地域の高齢者が集える「こころ健康カフェ」を開催している。地域の小学校等で開催する「認知症サポーター養成講座」の講師として施設職員を派遣している。		

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)		15)ホームページやパンフレットには居室や活動写真、リハビリの様子を掲載し、料金表も分かりやすく作成している。広報誌は各ユニットごとに日々の活動の様子を掲示して、家族や見学者にも見て頂けるようにしている。			
<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、利用者にわ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)介護サービスの利用に際して必要な内容や料金は重要事項説明書に記載して説明して同意も得ている。キーパーソンが不在など状況に応じて、後見人制度のアドバイスなどのサポートをしている。			
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>						
	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。	B	B	
	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	定期的又は必要に応じて、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)		17)所定のアセスメント書式を使用し、利用者の希望・置かれている状況・心身状態・医療情報・生活課題等を項目ごとに記載し、3か月に1回、見直している。 18)ケアプランの策定には、家族の意向確認を必ずとっているが、サービス担当者会議に本人もしくは家族の参加はしてもらえていない。施設としてはその重要性を重んじ課題としている。 19)ケアプラン会議開催までに、各専門職が記録システム(ちょうじゅ)にアセスメント記録を入力した上で会議を開催している。在宅復帰ケースやショートステイのケアプランは、ショートプラン会議を月1回開催し、関係者の出席のもと在宅サービスを把握したうえで施設ケアプランを立案している。 20)ケアプラン見直しは3か月ごとと定め、モニタリング書式は独自で作成し、全ケース実施している。見直し時期までに利用者の状態が著しく変化した場合は、多職種で意見交換を行う「ミニカンファ」でケア内容の変更を確認しあっている。			
<b>(4)関係者との連携</b>						
	多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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)入所前には「介護サービス共通診断書」や「診療情報提供書」を依頼し、退所前後にはケアチームの連携調整をしてカンファレンスを実施している。医師・看護師の常勤及び薬剤師は週に2日の勤務の中で医療連携も密に取れている。			
<b>(5)サービスの提供</b>						
	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、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	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。	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	25	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		22)業務マニュアルを整備し、見直しの基準も定められている。見直しに当たり、事故防止策や満足度調査など実施に向けた取り組みなど具体的な内容を反映できる仕組みとなっている。 23)ケアプランに基づいたケア提供と記録は義務付け、個人情報保護や記録の管理については新人研修で教育をしている。個人情報保護規定を定めているが持ち出しや廃棄に関する規定が文章化されていない。 24)利用者の申し送りについては、PCの記録システムで管理・共有し、具体的な内容はユニットごとに独自で工夫した記録ボードを使用し、全職員が把握できるようにしている。看護部は看護カルテを別に作成し、医療処置など医師との連携に役立てている。 25)年に2回の外出や茶話会、ユニットの家族会、また夏祭りや餅つき等の行事で家族に事業所の現況を知らせる機会を設けている。個別には3か月に1回はケアプラン作成について説明をする機会がある。洗濯物取り換えや来訪できない家族には必ず電話で説明している。			

(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等の作成により、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	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設置、年1回更新している。ノロウイルスやインフルエンザは流行前の10月に感染予防研修を実施している。最新情報は感染予防委員会で検討し必要に応じて事業所内に掲示している。感染症のある利用者を、万全の体制を整えて受け入れることがある。 27)施設内清掃は業者委託で毎日実施し、ワックス掛けは年3回、フロアと居室で実施している。数カ所にオゾン脱臭機を設置している。汚物は、職員、介護サポーター等で新聞紙に包んで速やかに廃棄している。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)		28)事故、急変時等各種緊急時対応マニュアルに責任者、指揮命令系統を明記して設置、ミーティング時に読み合わせて周知徹底を図っている。夜勤の際は必ず緊急時対応と緊急搬送時の留意点を看護師がOJTの一環として指導している。利用者の夜間帯状態変化を夜間巡回チェック表にて確認し、時宜に応じてミニカンファレンスを行い検証している。 29)事故報告書を作成し、転倒事故、服薬事故は別用紙に記載、より一層の注意喚起を図っている。重大事故は保険者に報告すると共に法人の企画管理委員会にて対応策を協議する。また、毎月事故再発防止委員会(KAP委員会)でヒヤリハットと事故報告をデータ集計して施設内発行の月間ニュースに掲載し事故防止の啓発に努めている。 30)責任者及び指揮命令系統を定めた「防災マニュアル」「自衛消防隊の編成と任務」「暴風雪時の対応」を設置している。夜間想定を含めた年2回の防災訓練を実施する他、伏見消防訓練大会に参加している。マニュアルに地域連携を謳い、福祉避難所の指定も受けており、救援物資を屋上倉庫に備蓄している。		

大項目	中項目	小項目	通番	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)		<p>31)高齢者の尊厳、自立支援を尊重するサービス提供を法人理念、施設理念に掲げ、職員が意識して業務を行うよう業務マニュアルや事業計画にも記載している。身体拘束禁止に関する実態調査を管理職、ユニットリーダーに実施し、ユニットケアの振り返りを行う。毎年「権利・尊厳の保持」の施設内研修を行う中で高齢者虐待防止法バシー保護について定め、羞恥心への配慮と共に施設内研修の中で学んでいる。ケアする中で課題として挙げたことはミニカンファレンスで検討し、ケアプランや記録に残すと共に申し送りを行情報共有している。</p> <p>33)申し込み段階で「在宅復帰に向けたリハビリ希望者」や「介護者のレスパイト希望」を優先する旨説明している。その上で入所面談を実施、入所判定会議にて決定する。長期になった場合は入所継続会議(医師、看護師他全職種参加)を実施して、本人に適した所を精査し、必要な場合は紹介することもある。経過はインテーク記録に記載している。</p>			
<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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>34)入所前面接で本人、家族の意向を聞き、重要事項説明書に相談窓口を記載している。苦情相談窓口を事業所内に掲示し、意見箱も置いている。3か月に1回ケアプラン更新時に利用者とは個別面談する他、月1回利用者の茶話会を開き、意見を出し合うユニットもある。</p> <p>35)苦情対応マニュアルを設置し対応方法を定めている。苦情、相談等の受付は、記録システム(ちょうじゅ)に記録後、苦情ご意見相談受付票または事故報告書に記録し、それらを基に関係部署間で振り返り、対応内容を検討し結果を施設内で回覧している。実際の改善状況については個人情報保護に配慮しながら公開されているかは確認できなかった。</p> <p>36)法人第三者委員を相談窓口として設置している。公的機関の苦情相談窓口を重要事項説明書に記載し、契約時に利用者、家族に口頭で説明している。その他、事業所広報誌、ホームページ等への記載や事業所玄関の掲示板への掲示も行っている。</p>			
<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。	B	B	
	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スタッフ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)		<p>37)家族参加の年間行事を設け、取り組みについてのアンケートを実施している。今年度利用者満足度調査実施を目標とし、内容を検討し準備を進めているが実施には至っていない。</p> <p>38)月1回ユニットリーダーミーティング、ユニットミーティングを開催、介護部長、看護師、施設ケアマネ、リハ職等参加し、ケア方法の確認と周知の場としている。その内容を非常勤職員ミーティングでも共有し、会議録を詰所において全職員に周知を図っている。他事業所の情報を地域の各部会や同法人内他事業所との情報共有で収集し比較検討を行っている。</p> <p>39)自己評価として、施設ミッションに基づいた部門ミッションを年2回評価、見直し、次の半期に向けた取り組みを確認する仕組みがある。さらにそこに個人の目標とそのための働きをリンクさせ、サービスの向上を図る仕組みを構築している。第三者評価を3年に1度受診している。</p>			