

様式 7

アドバイス・レポート

平成 31 年 1 月 11 日

平成 30 年 11 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた高齢者総合福祉施設 美山やすらぎホーム様につきましては、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>1. 労働環境への配慮</p> <p>休憩時間や夜勤の仮眠時間も適切に確保できていました。また、年 1 回管理者と面接、年 2 回上司との考課面接や「職員アンケート」(年 1 回就労における満足度調査)を実施し、職員の意見や要望、満足度を集約し、労働環境に配慮していました。また、育児・介護休業の規程を整備し、リフト浴や移乗用リフト、腰痛ベルトの貸与など職員の負担軽減に取り組んでいました。</p> <p>2. 地域への貢献</p> <p>「南丹市事業所出前講座」に参画し、地域での認知症・介護予防等の講座や高等学校の介護学習に講師の派遣をしていました。また、地域の福祉イベントで介護相談を担当し、福祉ニーズの把握に努めていました。</p> <p>3. 利用者の満足度の向上の取り組み</p> <p>利用者向け聞き取り調査、家族向けアンケートを実施して主任会議で検討していました。個別に対応が必要な内容については、施設サービス計画書に反映することでサービスの改善につなげていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>各委員会が中心となって、マニュアルを作成・整備し、随時見直しをしていましたが、見直しの基準が定められていませんでした。</p> <p>2. 災害発生時の対応</p> <p>災害対応マニュアルを整備し、通報訓練や年 2 回の避難訓練(1 回は夜間想定)を実施していました。また、南丹市の防災訓練に参加していましたが、地域や自治会と連携を意識したマニュアルは作成していませんでした。</p>

	<p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>第三者評価は3年毎に受診していましたが、年1回以上の自己評価が実施されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルはサービス提供の軸となるものです。各委員会でマニュアルの作成と見直しをされているので、マニュアルの見直し時期と基準を定め、見直し検討することで実用的で活用しやすいマニュアルとなり、さらなるサービスの質の向上に繋がるのではないのでしょうか。また、見直した年月を記載することで最新のマニュアルであるという確認になります。</p> <p>2. 災害発生時の対応</p> <p>実際の災害時、特に夜間は勤務の人員も少なく避難には相当の困難が予想されるため、地域と連携した避難体制は大変重要ではないのでしょうか。地元自治会や消防団・近隣の企業などと話し合い、地域との連携を意識したマニュアル作成や訓練ができる体制を整えられることで、利用者や職員の安心にもつながるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>自己評価の仕組みとしては、第三者評価項目でチェックが入らなかった項目や事業計画におけるサービス向上のための取組み課題などを検討されてはいかがでしょうか。その上で定期的に自己評価を実施することで、次年度の事業計画につながる課題が明らかになり更なるサービスの向上につながるのではないのでしょうか。</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)

※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	2671700017
事業所名	高齢者総合福祉施設 美山やすらぎホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護、居宅介護支援、訪問介護 (介護予防) 短期入所生活介護 認知症対応型通所介護、認知症対応型共同生活介護
訪問調査実施日	平成30年12月10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. 法人の理念を玄関やスタッフルームに掲示し、4月に施設長が職員に説明し理解を深めるよう取り組んでいました。また、広報紙「やすらぎ」（年4回発行）に理念を掲載し、家族会の総会で説明していました。 2. 法人の管理者・管理職会議、事業所では主任・ユニットリーダー・ユニット会議や各種委員会を開催し、職員の意見を反映させた意思決定の仕組みがありました。また、職員管理規程で職務内容や権限について明示していました。			
(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（管理者会議で検討）は、法人や各事業所の運営方針や目標を明示し、中長期計画として新たな地域での事業展開が示されていました。 4. 法人の事業計画に添って、事業所の事業計画（主任会議で検討）に、サービスの質の向上や人材育成の重点目標や数値目標を設定し、年2回進捗状況を確認していました。			
(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、事業運営をリードしている。	A	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)	<p>5. 管理者は法人の管理者会議で法令遵守に関する指導を受け、主任会議で伝達し周知に努めていました。また、関係法令に関するリストを作成し、法令をすぐに調べる体制がありました。</p> <p>6. 管理者は事業所の会議で職員と意見交換し、職員の意見を集約していました。また、年1回個人面接カード（職員の就業に関する意見や要望を記載）の提出の上、職員と面談して意見を聞いていましたが、自らの行動に対する評価を受ける仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 管理者は事業所を離れる時は携帯電話を所持し、業務日誌や連絡ノートで事業の実施状況を把握していました。また、緊急時の連絡網を整備し、速やかに連絡がとれるようになっていました。</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

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	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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 「職員綱領」を定め、人材の育成方針を明示していました。管理者会議で人事や職員配置について検討し、職員の採用は法人総務部で担当していました。また、採用後の資格取得支援については、資格取得の研修会参加における勤務調整をしていました。</p> <p>9. 職員の研修計画を策定し、外部の段階的な研修（新任職員・採用後1年、2年、5年・リーダー・管理者）を活用した研修体制を整備していました。また、法人と事業所で毎月テーマを決めて（食事・入浴・排泄・感染症対策等）研修を実施していました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備し、看護学生の実習を受け入れていましたが、実習指導者の研修を実施していませんでした。</p>		

(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。	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)		<p>11. 休憩時間や夜勤の仮眠時間も適切に確保できていました。また、年1回管理者と面接、年2回上司との考課面接や「職員アンケート」（年1回就労における満足度調査）で職員の意見や要望、満足度を集約し、労働環境に配慮していました。また、育児・介護休業の規程を整備し、リフト浴や移乗用リフト、腰痛ベルトの貸与など職員の負担軽減に取り組んでいました。</p> <p>12. メンタルヘルスのカウンセリングは産業医が担当の上、外部相談窓口も設け通知していました。さらに、ハラスメントについても相談受付担当者を設置していました。また、福利厚生としては、職員親睦会で旅行や新年会、慰労会を実施し、インフルエンザ予防接種の全額費用負担をしていました。</p>		

(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)		13. ホームページの公開や広報紙「北桑会」（年1回）を地域の関係機関に配布していました。地域のイベント情報などを玄関に掲示していました。また、地域のお祭りに職員が付き添い利用者が参加していました。しかし情報の公表制度の内容を地域へ開示する取り組みがありませんでした。 14. 「南丹市事業所出前講座」に参画し、地域での認知症・介護予防等の講座や高等学校の介護学習に講師の派遣をしていました。また、地域の福祉イベントで介護相談を担当し、福祉ニーズの把握に努めていました。		

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	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で事業所情報を公開し、事業計画と報告や各種規程を玄関に設置し閲覧が可能になっていました。また、見学や問い合わせについて個別に対応し、記録していました。			
(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. 重要事項説明書にてサービス内容や料金の説明を行い、同意を得ていました。成年後見制度についてパンフレットで説明し、実際に活用しているケースがありました。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	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)		17. 包括的自立支援プログラムのアセスメントシートを使用し、利用開始時、その後3ヶ月毎にアセスメントを実施していました。また、「ケアプラン作成マニュアル」でニーズや課題を明らかにする手順を定めていました。 18. 面会時やモニタリング、利用者満足度調査から希望を集約し、施設サービス計画書の策定に反映させていました。また、遠方の家族には施設サービス計画書を郵送し、電話で説明の上、同意を得ていました。 19. 主治医とは看護師を通じて意見を聞いていました。サービス担当者会議は介護職員・看護師・管理栄養士・介護支援専門員が出席し開催していました。 20. 施設サービス計画の実施状況は「ケアプラン実行表」に毎日記録していました。3か月毎にモニタリングを実施していましたが、計画を変更する基準が定められていませんでした。			
(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. 南丹市社会福祉法人懇談会（年2回開催）、地域ケア会議に参加し関係機関と連携を図り、市の冊子「地域の社会資源」を活用し連絡していました。また、利用者の退院時カンファレンスに参加し連携していました。
------------	---

(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。	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)		22. 各委員会が中心となって、マニュアルを作成・整備し、随時見直しをしていますが、見直しの基準が定められていませんでした。 23. 利用者の記録はパソコンにて管理し、文書管理規程で保管・保存・貸出(持ち出し)・廃棄について定められていました。また、個人情報保護について施設長が朝礼や会議の際に説明し啓発していました。 24. 朝礼・連絡ノート・日誌・ホワイトボードを活用して情報共有していました。また、サービス担当者会議とユニット会議を同日に開催することで迅速な利用者情報の共有に努めていました。 25. 面会や受診時、電話連絡や家族との交換ノートを活用し家族と情報交換をしていました。また、施設サービス計画書の説明やモニタリング時に利用者の状況を伝えていました。		

(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. 毎月感染防止委員会の開催と年2回事業所内で感染症防止の研修会を実施していました。感染症発症時には緊急の委員会を開催し、対応方法を検討していました。感染症の利用者には個別にマニュアルを作成し対応していました。 27. 清掃担当職員により毎日清掃し、チェック表に記録していました。ユニット毎にオゾン脱臭機を設置し、臭気対策をしていました。		

(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. 緊急時対応マニュアルを整備し、各ユニットと事務所に「緊急時の対応票」（連絡網を示したチャート図）を設置していました。事業所内で危険予知訓練や外部の救急救命講習に参加していました。 29. 事故対応マニュアルを整備し、事故対応委員会で事故報告やヒヤリハットの検討をしていました。 30. 災害対応マニュアルを整備し、通報訓練や年2回の避難訓練（1回は夜間想定）を実施していました。また、南丹市の防災訓練に参加していましたが、地域や自治会と連携を意識したマニュアルは作成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
IV利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
	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. 身体拘束ゼロ委員会を2ヶ月に1回開催し、利用者の人権や意思の尊重について検討していました。また10月には身体拘束・尊厳についての研修を実施し、全職員に研修内容の周知をしていました。</p> <p>32. 排泄、入浴等のマニュアルの中で、プライバシー保護における配慮について明記していました。また、法人のテーマ別研修でプライバシーの研修を実施していました。</p> <p>33. 入所検討委員会を定期的に開催し、第三者を含む委員で合議の上決定していました。</p>			
(2) 意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	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. モニタリングや施設サービス計画書更新時、満足度調査で意見や要望を聞き取っていました。意見箱を玄関や各ユニットに設置していました。</p> <p>35. 苦情対応マニュアルを整備し、「苦情内容記録書」で報告の上、苦情解決委員会で内容の確認と対応を検討していました。年2回の「事業報告書」に意見や苦情の回答を具体的に掲載し、家族に送付していました。</p> <p>36. 介護相談員(月2回)を受け入れ、相談内容以外にも施設の環境等の意見交換も行っていました。第三者委員を含む相談窓口を重要事項説明書に記載し、施設内の掲示もしていました。</p>			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 利用者向け聞き取り調査、家族向けアンケートを実施して主任会議で検討していました。個別に対応が必要な内容については、施設サービス計画書に反映することでサービスの改善につなげていました。</p> <p>38. サービスの質の向上について主任会議やユニット会議で検討し、伝達は会議録を回覧していました。また、近隣の施設との定期的な研修会「ユニットイン中京都」への参画や京都府老人福祉施設協議会の研修会に参加し他施設との情報交換をしていました。</p> <p>39. 第三者評価は3年毎に受診していましたが、年1回以上の自己評価が実施されていませんでした。</p>			