

# アドバイス・レポート

令和 4 年 1 月 2 4 日

※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

令和 年 月 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（地域密着型特別養護老人ホームメルシーうずまさ）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) 法令遵守の取り組み</b></p> <p>コンプライアンス委員会が中心となって作成した独自の点検票を用いて、各々の職種の業務内容について、他部署の職員が定期的にチェックする仕組みが構築されていました。この取り組みは、たとえば一般の介護職員が生活相談員や事務員の業務をチェックすることで、加算算定の根拠について学ぶといった効果にも繋がっています。これにより、支援のあり方や記録の書き方が変わるなど、単に法令遵守というだけでなく、人材育成という意味でも、非常に優れた取り組みだと感じました。</p> <p><b>2) 地域への貢献</b></p> <p>施設内の地域交流センターを活用して、ヨガ、ダンス、体操などの各種教室、地蔵盆への場所提供、あるいは介護相談会やリフト車試乗体験、救命救急講習等の実施など、さまざまな形で施設機能の地域への還元を行っておられます。また、右京区地域包括支援センターの運営協議会に参加することで、地域ニーズの把握に努めておられました。</p> <p><b>3) 衛生管理</b></p> <p>施設見学の際、全職員がアルコールスプレーのボトルを首にかけ、こまめに消毒されている姿が見られました。換気や清掃、整理整頓なども行き届いており、加湿器も潤沢に稼働しているなど、感染予防対策としてやるべきことをきっちりとされている印象を受けました。これら日頃からの取り組みの成果か、実際、職員・入居者含め、訪問調査日まで一人の感染者も出していないという結果が出ています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 業務レベルにおける課題の設定</b></p> <p>毎月の事業会議やユニットリーダー会議で目標の進捗状況を確認し、半年に1回評価を実施されていますが、目標が抽象的で、何をもって目標を達成したと見做すかを測る客観的な指標がありませんでした。そのため、せっかくの評価も主観的なものにとどまっており、改善の余地があると思われました。</p> <p><b>2) 労働環境への配慮</b></p> <p>職員の介護負担を軽減するためにスライディングボードやマッスルスーツなどの介護機器を導入されていますが、あまり使用されていないとのことでした。せっかく揃えたものですし、腰痛予防や負担軽減のためにも、職員への啓蒙啓発を行い、活用に努められることをお勧めします。</p>

	<p><b>3) サービス提供に係る記録</b></p> <p>介護ソフト「ほのぼの」を用いて日々のサービス提供内容を記録されていますが、サービス実施計画（ケアプラン）に掲げた項目に対応した記録について、ほとんど確認できませんでした。日々の記録はモニタリングの根拠にもなるものですので、計画との連動性を意識して記録されると良いと思います。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 業務レベルにおける課題の設定</b></p> <p>計画や目標を立てる際には、中長期計画→単年度事業計画→各ユニットの目標→個人の目標と、すべてを連動させることを意識することによって、個人の頑張りがユニットの目標達成に繋がり、それが施設の事業遂行や法人の発展にも繋がるという筋の通ったものになります。その上で、可能な限り目標は数値化したり、あらかじめ達成未達成を図る具体的な物差しを設けることで、進捗管理がより鮮明になると思われますので、ご検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 労働環境への配慮</b></p> <p>京都市老人福祉施設協議会がオンラインで実施したノーリフティングケアの研修に、腰痛で休まれていた職員が参加されたとお聞きしました。しっかりと全体に伝達するとともに、このような学びの機会を増やし、ただ単に介護機器を配備するだけでなく、それが有効活用されるように働きかけてください。</p> <p><b>3) サービス提供に係る記録</b></p> <p>実際にはサービス実施計画に基づいたサービスを提供されていると思いますが、それを記録に残しておかないと、モニタリングの根拠が薄弱になってしまいます。たとえば、記録の中に「ケアプラン」という項目を作成し、プランに連動した支援を実施するたびに適宜記録に残しておけば、あとからソート機能を用いて検索できるので、モニタリングが容易になると考えます。ご検討ください。</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	2690700204
事業所名	地域密着型特別養護老人ホーム メルシーうずまさ
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護
訪問調査実施日	令和3年11月13日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 理念や運営方針はエントランス、スタッフルームに掲示されています。毎朝、申し送り時に理念、従事者3か条、運営方針を唱和されています。理念・運営方針は広報誌「かたらひ」やホームページにも掲載し、地域の集いや家族会でも話をするなど、家族や地域への周知に努められています。2) 理事会・評議員会、役職者以上が参加する事業会議、ユニットリーダー会議、ユニット会議など、階層に応じた会議体があり、ボトムアップやトップダウンが相互に機能しています。施設長はすべての会議に出席されています。年2回、人事考課面談を実施し、職員の意見を聞き取られています。			
<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	B	
	(評価機関コメント)		3) 2020年～2023年の中・長期計画に沿って、連動性を意識しながら単年度の事業計画が立てられています。アンケートから得られた要望を拾い上げ、現場で検討した上で達成目標を定められています。4) 毎月の事業会議やユニットリーダー会議で計画の進捗状況を確認し、半年に1回評価を実施されています。目標が抽象的で、何をもって目標を達成したと見做すのかの客観的な指標がないため、主観的な評価に留まっており、改善の余地があると思われます。			
<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)		5) 社会保険労務士、顧問弁護士が月1回来られて、規定類の確認が行われています。法令遵守や加算算定にかかる法人独自の点検票を作成し、他部署の人間が定期的にチェックする仕組みがあります。6) 各々の役割は職務分掌やキャリアパス、組織図に明示され、スタッフ室に掲示されています。年2回の人事考課面談を実施されており、施設長も部下から評価される仕組みがあります。7) 緊急連絡網が整備されており、必要に応じて施設長や役職者に指示を仰ぐ体制が構築されています。時間外でもグループLINEを用いて適宜報告・連絡・相談がなされる仕組みがあります。			

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>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) 2年後から新卒者を定期的に採用できるよう人材確保プロジェクトチームを結成し、学校回りなど計画的に取り組みを進められています。人員配置数や正職員比率の基準を定め、職務免除や講習費用負担などの資格取得支援が行われています。9) 業者と契約し、WEB研修を導入し、職員個々の勤務時間内での視聴の機会を確保されています。先輩職員が講師役になる現任者研修も実施されています。人事考課面談の場を、研修受講履歴から、職員が頑張ったことを定期的に振り返る機会とされています。10) 実習受入れマニュアルが整備されており、基本姿勢や受け入れ窓口等が明記されています。実習指導者の資質向上は外部研修を活用されています。社会福祉士や介護福祉士の実習生は隣接するアムールうずまさで受入れられています。			
<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	B
		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) 毎月ノー残業デーを設定し、定時で帰ることを呼び掛けられています。年次有給休暇の取得率はほぼ100%で、時間外労働も月平均5時間程度となっています。実際の就業状況の情報は共有して、ユニットリーダーから声掛けが行われています。スライディングボードやマッスルスーツなどの職員の負担軽減を図る機器を配備されていますが、あまり活用されていないとのことでした。12) 産業医によるカウンセリングの機会が確保されています。年2回ストレスチェックを実施されています。職員意見箱や内部通報制度の仕組みがあり、職員の要望や不満を汲み取ることができます。ハラスメント対応として相談窓口の設置や研修の実施が行われています。宿直室にはベッドやテレビがあり、各階のフロアでも折り畳みベッドで仮眠をとることができます。			
<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)	13) 広報誌やホームページを通じて理念や取り組みを発信されています。小学校のふれあいまつりや地域の行事に参加されています。情報の公表制度についてもホームページにリンクを貼ることで周知されています。14) 介護相談会やリフト車試乗体験、救命救急講習等の実施、ヨガ、ダンス、体操などの各種教室、地蔵盆への場所提供など、施設機能の地域への還元が行われています。右京区地域包括支援センターの運営協議会に参加し、地域ニーズを把握されています。			

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>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を用いて、事業所の概要がわかりやすく提供されています。施設見学希望者に対しては、コロナ禍でもお断りすることなく、ショートステイの見学や、特養を遠目から見学してもらう等の対応が行われています。			

(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) サービス提供内容や料金については、重要事項説明書等を用いてわかりやすく説明されています。現時点で成年後見制度の利用者はおられません。もし該当者がいれば、相談員が窓口になり手続きをすすめる予定とのことでした。		
(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1人1人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、利用者及び家族の希望を尊重している。	A	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) 全国社会福祉協議会版のアセスメント様式を使用し、毎月のモニタリングで変化があれば都度修正を加えられています。18) アセスメントに基づいてケアプランが立てられていますが、一部のケースについて、利用者及び家族の希望・要望がプランに連動していない内容が見られました。サービス担当者会議には、コロナ禍であっても家族が参加されています。19) サービス担当者会議の前に、主治医、訪問マッサージ、歯科医師の意見の聞き取りをし、プランに反映されています。20) 日々の記録とケアプランとの連動性が弱く、プランの見直しは毎月行われているものの、その根拠に乏しいように思われます。見直しはケアマネジャーと介護職のみが行っており、多職種の参加という点でも課題があります。		
(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)		21) 看護師が中心となり医師との連携が行われています。利用者の状況に対応できる事業所等の連絡先はすぐに見られるように提示されています。入退院時は相談員が窓口になって病院と連携し、利用者の状況を把握されています。地域包括支援センターや関係機関とは、運営推進会議を通じて連携がとれています。今までに在宅復帰した利用者はありませんが、そういったケースの場合は地域包括支援センターに相談する仕組みになっています。		
(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	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	A
(評価機関コメント)		22) 業務マニュアル手順書等はスタッフルームに整備されています。専門委員会にて年1回の見直しを行われており、見直しにあたっては苦情やアンケート結果、事故防止策等の内容も盛り込まれています。23) サービス実施計画に基づくサービスが提供されている記録がほとんど確認できませんでした。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に係る規定は整備されています。24) 毎朝、出勤時のケース記録確認、申し送りの実施、毎月のユニット会議での意見集約など、情報共有の仕組みがあります。25) クリスマス会や敬老会に全家族が参加しておられ、その際に面接や利用者の様子を伝えられていたが、コロナ禍以降は毎月写真付きの手紙を送付し、利用者の様子を伝えられています。		

<b>(6) 衛生管理</b>				
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) 感染症マニュアルが作成され、適宜更新されています。全職員に対し定期的に対面・WEB研修を実施されています。27) 備品等は整理され、安全に保管されています。ユニットの掃除は職員が行い、共有部分の掃除は「管理技術者」という法人独自の専門職が行われています。汚物室には消臭剤が置かれており、臭気は感じませんでした。汚物はフロアを通さずに運ばれ、換気も徹底されています。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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)		28) 事故緊急時対応等マニュアルがあり、職員に対しては対面やWEBでの研修を実施されています。緊急時には夜間でも施設長へ連絡する仕組みになっています。29) 事故報告書が作成され、家族への対応経過も記載されています。必要に応じ保険者へも提出されています。リスクマネジメント委員会にて、事故再発防止の対策会議も行われています。30) 災害マニュアルが作成され、備蓄品の準備、地域住民への対応、指揮命令系統等が明記されています。年2回訓練を実施されています。		

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)		31) 利用者の尊厳の保持や身体拘束禁止に関しては、身体拘束委員会を中心に丁寧に検討されています。32) 事業所内の見学时に、排泄表が人の目に触れないよう配慮されていることを確認しました。入浴介助においても同性介助を基本としたスケジュールを組まれています。33) 入居判定会議は施設長をはじめ各専門職、医師、事業所で定めた第三者が参加し、公平・公正に運営されています。医療的ケアが必要な申込者についても可能な限り受け入れようとする姿勢があります。		
<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)		34) 利用者アンケートやサービス担当者会議などを通じて、利用者や家族の意向や要望を聞き取られています。35) 利用者・家族等から出された苦情は運営推進会議内で報告され、事業所内に掲示されています。苦情の掲示にとどまるのではなく、意見要望にもどう応えたかを掲示することにより、利用者・家族がより要望などを出しやすくなる雰囲気作りにも効果が期待されます。36) 第三者による苦情相談窓口の明示や、運営推進会議を通じた相談機会の確保などを行われています。		

(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てている。	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)		37) 利用者の満足度調査の結果をユニットリーダー会議内で周知検討されています。その内容をさらにユニット会議に下ろし、現場レベルでも丁寧に検討されていました。 38) 施設長がすべての会議に参加し、職員との意思疎通を図りながらサービスの質の向上に取り組まれています。京都市老人福祉施設協議会などから得た情報をサービスに反映されています。 39) 事業所内で独自に定めたコンプライアンス点検表を定期的実施されています。必要な項目が各部門毎に設定されており、他部署の職員が定期的に評価する仕組みが構築されていますが、第三者評価の受診は今回が初めてでした。		