

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 4 年 6 月 1 7 日

令和 4 年 2 月 1 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><b>1. 事業計画等の策定</b> 法人の長期事業計画（10ヶ年）を基に単年度計画「アクションプラン」を策定し、細分化された目標（収入・地域ニーズ・人材育成等）を3ヶ月ごとに評価して達成に向け取り組んでいました。</p> <p><b>2. 地域への貢献</b> 高校への出前講座や小学校とのWEB交流により施設の専門的な技術（車いす使用方法等）を提供していました。また美山町の医療福祉事業で連携する「美山お助けネット」を結成し、地域に向けて講演会等を行う計画がありました。</p> <p><b>3. 専門家等に対する照会</b> 施設に作業療法士と言語聴覚士を職員として配置しており、利用者の要望に沿ったサービスが提供できていました。例えば口腔ケアなどについて介護職員と共に利用者の生活の質の向上のために支援していました。さらに今後のリハビリテーション機能が利用者の生活や心身に好影響が期待されます。</p> <p><b>4. 人権等の尊重</b> 身体拘束禁止の方針を定め、身体拘束ゼロ推進委員会による勉強会を2ヶ月毎に開催していました。また、研修委員会による高齢者虐待防止の研修についても年間計画通り年2回実施していました。人事考課シートにも人権に関する項目を設け、年2回は確実に意識できるよう努めていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b> 施設長は、介護報酬改定等各種法令の研修に参加し、各部署への連絡や主任会議・職員会議で伝達していました。しかし、把握すべき法令について各職員がすぐに調べられる仕組みはありませんでした。</p>

	<p><b>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <p>ケース記録、各種ケア記録はパソコンを活用し管理していました。また、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程は文書管理規程に定めていました。しかし、職員への教育・研修が前回の実施から長く期間があいていました。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>第三者評価は3年毎に受診していましたが、自己評価について評価基準がなく実施はありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 法令遵守の取り組み</b></p> <p>介護保険法に基づく事業を運営される中で、多くの関連法規により事業が成り立っていることを、職員に周知され、その法令をすぐに調べられる体制を整備されることで、より適正な事業運営につながります。例えば、インターネット検索（リンク先の添付等）により各職員が同じ情報にたどり着くような方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <p>個人情報の取り扱いに関することは、日常業務で日々意識することが利用者や家族の情報を守ることにつながります。</p> <p>例えば、個人情報保護と情報開示の観点から、年間研修計画に位置付け、毎年入職される職員を対象とした採用時研修や現任の職員研修で意識づけされてはいかがでしょうか。その他、各種会議や委員会を活用されることも有効ではないでしょうか。</p> <p><b>3. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <p>自己評価については、どのような内容にするのか、既存の委員会を活用して、検討されてはいかがでしょうか。施設独自でサービスの体制や内容・質などについての評価基準を作ることで、客観的にサービスの状況が確認できます。それを基に課題が明確になり、事業計画にも反映しやすくな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
訪問調査実施日	令和4年5月26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. 理念は、施設玄関や各部署に掲示する他、事業計画書にも記載し、各部署に配布することで利用者・家族・職員に周知していました。また、施設パンフレット・機関紙「やすらぎ（2ヶ月毎発行）」・ホームページに掲載して、地域や関係機関にも周知していました。 2. 職務分担表に権限を明記していました。また、各種会議・委員会（主任会議・ユニット会議等）で職員の意見を反映する仕組みがありました。		
<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. 法人の長期事業計画（10ヶ年）を基に単年度計画「アクションプラン」を策定し、細分化された目標（収入・地域ニーズ・人材育成等）を3ヶ月ごとに評価して達成に向け取り組んでいました。 4. 単年度ごとに目標（職員不足による体制変更があっても利用者本位）を定め、半年毎に見直しを行っていました。		
<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	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)			5. 施設長は、介護報酬改定等各種法令の研修に参加し、各部署への連絡や主任会議・職員会議で伝達していました。しかし、把握すべき法令について各職員がすぐに調べられる仕組みはありませんでした。 6. 施設長の役割は、職務分担表に明記し、各種会議の参加や直接、職員から意見を聞き、運営に努めていました。しかし、施設長に対する職員からの評価の方法はありませんでした。 7. 施設長は、日常的な施設内巡回や各種記録で事業を把握し、不在の場合は法人所有の携帯電話で必要な対応をしていました。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
(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	A
		(評価機関コメント)		8. 人材確保に向けて、新たに法人独自のイベント（介護関連映画や座談会など）を京都市内の商業ビルで開催する計画がありました。社会福祉連携推進法人に加盟し、資格取得支援（介護福祉士・介護支援専門員等）の勉強会に参加していました。特定技能（介護）の外国人も採用していました。 9. 法人独自に新人から管理職まで段階的な研修の体系化に加えて、社会福祉連携推進法人による研修体系を位置づけ、計画的に参加していました。さらに研修計画書を作成し、研修体系の課題を目標設定に変え、達成に向け取り組んでいました。 10. 実習受け入れマニュアルを整備し、以前は大学の看護科実習や中学校の職場体験を受け入れていましたが、学生の不足やコロナ禍で実習対象がありませんでした。実習が決まれば都度指導者の勉強会を行う体制を整備していました。		
(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。	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)		11. 職員の就業状況や意向の把握は、人事考課の面接カードを活用する他、施設長が職員個々に聞き取りを行っていました。有給休暇のほか誕生日休暇も設定していました。 12. 職員健康診断に合わせてストレスチェックを行っていました。また外部のメンタルケア相談窓口を掲示板で案内する他、産業医に相談できる体制もありました。		
(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)		13. 機関紙やホームページで事業所情報を開示していましたが、情報の公表制度の内容は、自ら開示していませんでした。コロナ禍以前は、地域交流会やふれあいまつりを開催し、地域との交流を積極的に実施していました。 14. 高校への出前講座や小学校とのWEB交流により施設の専門的な技術（車いすの使用方法等）を提供していました。また、美山町の医療福祉事業で連携する「美山お助けネット」を結成し、地域に向けて講演会等を行う計画がありました。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
(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. 情報提供として、パンフレット・機関紙・ホームページを活用していました。コロナ禍においての見学はしていませんが、それ以前の見学等の記録はありました。		

(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. サービス利用にかかる料金の説明は、パンフレットと共に事業種別毎の料金表を作成し活用していました。また、利用者、代理者の署名・捺印もありました。成年後見制度については、担当介護支援専門員と連携して対応していました。			
(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)	17. 介護業務支援ソフトを活用してアセスメントし、利用者の心身の状況などを記録していました。 18. 介護業務支援ソフトを活用し、利用者・家族の希望を抽出して施設サービス計画を作成していました。コロナ禍以前では、家族会による年1回の施設の美化活動を活用して要望を聞き取っていました。今月より、予約制で家族との面会を再開し、その際にも要望を聞く仕組みがありました。 19. 主治医からの意見は看護師を通して確認し、作業療法士と言語聴覚士を職員として配置しており、施設サービス計画作成に専門職としての関わりがありました。 20. 施設サービス計画は3ヶ月毎と状態変化時も随時見直ししていました。しかし、職務遂行レベル一覧表に計画を変更することを定めていましたが、期間の定めがありませんでした。			
(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. 地域の医療機関やその他協力機関の連絡先は一覧にして、各ユニットに掲示していました。利用者の病院への入退院の情報は、サマリーなどを活用して情報の共有化をしながら支援していました。			
(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	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. 各種業務マニュアルを作成していました。しかし、見直しの基準を定めていませんでした。 23. ケース記録、各種ケア記録はパソコンを活用し管理していました。また、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程は文書管理規程に定めていました。しかし、職員への教育・研修が前回の実施から長く期間があいていました。 24. 職員間の情報共有として、朝礼時の申し送り（日々の状況について）、連絡ノート（利用者の状態変化について）、介護業務支援ソフトで共有していました。また、サービス担当者会議の記録やユニット会議において共有していました。 25. 施設サービス計画書の説明時やモニタリング時に、家族へ説明し意見も聞き取り、利用者毎の支援経過に記載していました。			
(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	B
(評価機関コメント)	26. 毎月感染症対策委員会を開催し、施設内研修も実施していました。感染症が発生した場合は、緊急での委員会も開催し対応していました。令和4年は1月26日～29日の間は部署毎に毎日DVD研修を実施し、さらに感染症対策に努めていました。 27. 年2回、害虫駆除をしていました。オゾン発生機を各居室と各ユニットに設置し、臭気対策に取り組んでいました。しかし、空間の使い方として物品などの整理・整頓ができていませんでした。			
<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。	B	B
(評価機関コメント)	28. 緊急時の対応表・連絡網（責任者及び指揮命令系統を記載）を各ユニットに掲示し、いつでも活用できるようにしていました。事故対応委員会による研修（AEDの取り扱いや心肺蘇生法など）を毎年実施していました。 29. 利用者に事故が発生した場合は、家族へ説明し支援経過に記載していました。また、事故再発防止のために事故対応委員会や各ユニットで事案を検証して、再発防止に努めていました。 30. 災害発生時の対応マニュアルを活用し、年4回ユニットを分けて避難訓練をしていました。地域的にUPZ（原子力災害対策重点区域）圏域説明会に参加して、施設での放射線測定対応をしていました。しかし、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。			

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. 身体拘束禁止の方針を定め、身体拘束ゼロ推進委員会による勉強会を2ヶ月毎に開催していました。また、研修委員会による高齢者虐待防止の研修についても年間計画通り年2回実施していました。人事考課シートにも人権に関する項目を設け、年2回は確実に意識できるよう努めていました。 32. 入浴時はタオルをかけること等を、業務マニュアルに記載していました。トイレは、カーテンから扉で開け閉めができるように変更していました。 33. 入所検討委員会を2ヶ月毎に開催し、民生委員・社会福祉協議会職員・医師を委員として、透明性を確保していました。また、今まで利用を断った事例はありませんでした。			
<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。	A	A

	(評価機関コメント)	<p>34. 意見の収集は、施設玄関に設置の意見箱や施設サービス計画書の説明時等に行っていました。苦情があった際は毎月実施の苦情解決委員会で検討していました。</p> <p>35. 朝礼で苦情の経過、対策について周知していました。また、その内容は、機関紙にて匿名で公開していました。</p> <p>36. 第三者と公的機関の窓口・連絡先を、施設の廊下に掲示していました。また、介護相談員への連絡先を重要事項説明書にも明記していました。</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。	A	B
	(評価機関コメント)	<p>37. 年1回実施の満足度調査の結果について、主任会議で検討していました。現感染状況では外部行事の参加は難しいですが、利用者の要望に応えられるよう検討していました。</p> <p>38. サービスの質向上について、主任会議やユニット会議で検討していました。検討内容については、議事録として各部署へ回覧していました。また、評議員によるサービス向上委員会を年2回開催し、外部の客観的な視点をサービス向上につなげる仕組みがありました。</p> <p>39. 第三者評価は3年毎に受診していましたが、自己評価について評価基準がなく実施はありませんでした。</p>			