

様式 7

**アドバイス・レポート**

令和4年10月20日

令和4年7月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたヒルデモア東山様につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1. 理念の周知と実践</b></p> <p>会社説明のパンフレットに経営理念、経営方針を掲載しているほか、経営理念、経営方針を深めるため、採用時の職員に対し入社時研修で伝えていました。また、社長自らが毎月1日に「社長からのメッセージ」を職員に向けて配信していました。利用者家族に対してはホームページやパンフレットにて周知していました。</p> <p><b>2. 個別状況に応じた計画策定</b></p> <p>1ヶ月に1回、本部より定期的に言語聴覚士及び歯科衛生士が訪問し、歯科医、管理栄養士、看護師、理学療法士、介護職員、介護支援専門員と、利用者の食事姿勢・噛み合わせ・嚥下等から、利用者の食事に関する評価の意見交換の場を持っていました。その結果から、食事形態の変更やとろみ剤の使用量についても検討が行われ、個別援助計画に繋げていました。</p> <p><b>3. プライバシーの保護</b></p> <p>各サービス（面談・入浴・排泄等プライバシー保護が必須なもの）は原則利用者ごとに注意点を定めており、それに基づいてサービスを提供していました。入浴場面では、「入浴室」「脱衣室」において「個別対応（普通入浴・機械入浴共に）」を原則としていました。全室にトイレが設置されていますが「共有スペースの介助トイレ」では、介護用品の保管は個人名が見えないように収納していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>職制、業務分掌規程、職務権限規程、職務権限基準を策定しており、役割や責任を明確化していました。支配人は年2回の職員面談を実施し職員の意向を聞き取っていました。しかし、支配人自らの評価をする方法はありませんでした。</p>

	<p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>「ヒルデモア・ヒュッテマニュアル」という運用マニュアルを基にサービスを実施していました。しかし、マニュアルの見直しの基準を明確に定めていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>支配人（上司）が自らを評価する仕組みを作ることで、部下の指導方法や業務体制の見直しの機会となります。年2回面談を実施していますので、その機会を活用し、部下からの評価が得られるような設問を含めたヒアリングシートを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 業務マニュアルの作成</b></p> <p>マニュアルは随時見直して更新されていますので、そのことを基準として定められてはいかがでしょうか。また、各マニュアルは変更がなくても年に1回は見直すことで、業務内容の気づきや、ケアの内容を確認する機会となります。例えば、「見直しは各委員会では毎年3月に見直しを行うほか、顧客満足度調査の結果や、事故報告書等の分析結果を基に随時マニュアルの修正や改訂を実施する」というような具体的な基準を明確に定められてはいかがでしょうか。見直しの結果、修正・改訂の必要がなかった場合でも、見直しをした日付を記載することで、毎年確認している根拠と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	2674100611
事業所名	ヒルデモア東山
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	令和4年9月12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. 会社説明のパンフレットに経営理念、経営方針を掲載しているほか、経営理念、経営方針を深めるため、採用時の職員に対し入社時研修で伝えていました。また、社長自らが毎月1日に「社長からのメッセージ」を職員に向けて配信していました。利用者家族に対してはホームページやパンフレットにて周知していました。 2. 法人として年5回の取締役会を開催するほか、月2回の経営会議、隔月で支配人会議を実施していました。支配人会議では各委員会が出た意見を取り上げていました。「職制」「人事制度ハンドブック」「職務分掌表」にて各職務の権限及び責任を明確にっていました。			
<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. 事業計画は法人全体で中期（3年）・長期（5～10年）があり、単年度は事業所毎に事業計画を策定していました。半期ごとに各委員会で事業計画の振り返りを行うとともに、支配人会議で意見交換の場を設け、次年度の事業計画に反映していました。 4. 事業所業務計画を作成し、現状把握や課題の検討を各委員会で行って行っていました。課題の見直しは半年に一回支配人会議で行っていました。			
<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	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)		5. 支配人は、グループ会社連絡会の中で行われているコンプライアンス研修に参加していました。「関連法令一覧」にて法令をリスト化し、パソコンで職員が容易に検索できるようにしていました。毎週金曜日に関連する最新の法令情報を送信し、職員に周知していました。 6. 職制、業務分掌規程、職務権限規程、職務権限基準を策定しており、役割や責任を明確化していました。支配人は年2回の職員面談を実施し職員の意向を聞き取っていました。しかし、支配人自らの評価をする方法はありませんでした。 7. 支配人は業務日報により事業状況の把握をしていました。緊急時対応マニュアルを作成し、支配人が常時携帯電話を所持する事で緊急時に迅速に報告・指示を受ける体制となっていました。また、警備会社の「安否確認システム」を導入し、災害時等電話が使用できない場合でもメールで連絡が取れるようになっていました。		

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
<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	B	
	(評価機関コメント)		8. 人事管理に関する方針は「人事制度ハンドブック」にて明確にっていました。職員の配置状況は支配人が確認し、本部が調整する仕組みとなっていました。採用は有資格者を優先していました。資格取得支援規程として費用の一部負担等、介護福祉士や介護支援専門員の資格取得支援を行っていました。 9. 毎年、本部支援教育部が年間研修計画を策定していました。また、随時必要な研修として今年度は排泄介助研修を実施していました。 10. 実習受け入れに関する基本姿勢を含めた実習生受け入れマニュアルを整備していましたが、現在は実習生の受け入れがないこともあり、実習を担当する職員に対しての研修は行っていませんでした。			
<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	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. 有給休暇取得日数及び超過勤務時間はデータ化し管理していましたが、介護負担軽減のために、段差解消のためのリフトやスライディングシートを活用してました。 12. 福利厚生制度としてアウトソーシング（民間の福利厚生企業）を活用してました。また、ハラスメント防止規程を定めているほか、内部通報システム「コンプライアンスホットライン」「社員相談ホットライン」も設置し、職員が相談できる体制を確保してました。			

(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。	B	B
(評価機関コメント)		13. 事業所の概要や理念はホームページに掲載していました。しかし、情報の公表制度を自ら開示していませんでした。 14. 地域ケア会議に出席することで、地域の福祉ニーズ等の把握をしていましたが、専門的な技術の講習会等、施設が持つ知識や技術を地域に還元する取り組みはありませんでした。		

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>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. 玄関受付に、重要事項説明書や契約書、パンフレット等が入っている冊子を設置し、情報を提供していました。また、ホームページでも施設を紹介していました。見学対応や問い合わせは、本部の入居相談部と連携を取り、詳細について相談シートに記録していました。			
(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. 利用料金について、重要事項説明書及び添付の「介護サービス一覧表」「有料サービス一覧表」を提示して説明を行っていました。利用者の権利擁護のために、入居契約書に成年後見制度申請の手続等を記載していました。			
(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	A	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントは、「課題分析シート」で行っていました。主治医をはじめ看護師・管理栄養士・言語聴覚士・理学療法士・歯科衛生士・介護職員から情報収集を行い、また、入居者や家族から生活に対する意向を伺い、「課題分析シート」に記載していました。 18. アセスメントに基づき、個別援助計画に目標を設定していました。本人や家族等に、面談により個別援助計画の説明を行い、同意を得ていました。 19. 看護師・管理栄養士・言語聴覚士・歯科衛生士と、月1回姿勢、噛み合わせ、嚥下等、食に関する意見交換を行い、個別援助計画に反映していました。 20. 「ケアプラン基準（マニュアル）」の変更・見直し基準を定めていました。モニタリングは月1回実施しており、個別援助計画の変更の必要性も確認していました。			
(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. 地域包括支援センターや関係機関と日常的に連携をとっていました。具体的には、入居者のリハビリについて、施設内のサービスで対応できないときに施設職員と地域包括支援センター等が連携し、理学療法士及び作業療法士による週2回の訪問リハビリを提供する事例がありました。		
------------	--	--	--

(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。	A	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. 「ヒルデモア・ヒュッテマニュアル」という運用マニュアルを基にサービスを実施していました。しかし、マニュアルの見直しの基準を明確に定めていませんでした。 23. 文書管理規程やマニュアル「事業所における介護関連記録」に、記録の保管・保存・持ち出し・廃棄を規定していました。また、個人情報保護や情報開示については、毎年実施するコンプライアンス研修を通じて、職員に周知していました。 24. 日常の利用者に関する情報は、介護記録ソフトにて共有していました。また、月1回職員の全体ミーティングのほか、事故等、何かあればその都度ケアミーティングを行うことで、職員間の情報共有を図っていました。 25. 現在コロナ禍でも、週2回30分内の面会の機会を設け、施設に来ていただく機会を確保することで家族との情報交換を行っていました。また、健康面の情報や利用者の写真を載せた報告書「思い出シート」を、毎月家族に配布していました。		

(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	A
(評価機関コメント)		26. 感染症のマニュアルを整備していました。最新の情報については、京都府や京都市のホームページ、本部や各事業所からの情報を共有して予防対策を行うほか、職員に研修を行っていました。 27. 施設内は整理・整頓できていました。また、調理室・トイレ・浴室等、衛生管理ができており、臭気もなく、清潔な空間となっていました。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		28. 事故発生防止及び事故発生時の対応に関する指針、急変時対応基準、フローチャートを作成して、事故等発生時と防止について職員に周知するほか、指針に沿った研修を実施していました。 29. 事故が発生した場合は、インシデントレポート（事故報告書）の作成と、家族に説明を行っていました。また、3ヶ月ごとにリスクマネジメント委員会を開催し、事故やヒヤリハットの分析を行い、再発防止に役立てていました。そして、年2回の運営懇談会で家族に事故の報告と説明を行っていました。 30. BCP（事業継続計画）を策定し、マニュアルに基づいた研修と訓練（地域消防署と共同）を行っていました。コロナ禍により地域と共同の避難訓練は実施できていませんでしたが、「土砂災害防止法」の観点から、責任者と地域町内会長との連携を図っていました。		

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
<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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>31. 組織内の共通理解として「コンプライアンスマニュアル（人権擁護関係を含む）」「身体拘束禁止のための指針」「身体拘束（高齢者虐待）廃止基準」を定めていました。職員は年1回開催する研修に参加することを義務づけるほか、職員全員に配布している「BRAND BOOK（個人用手帳）」にもコンプライアンス等を記載し、常に振り返ることができるようにしていました。新規採用職員はこれらを含んだ「ウエルカム研修」を本部で受講することが必須となっていました。</p> <p>32. 各サービス（面談・入浴・排泄等プライバシー保護が必須なもの）は原則利用者ごとに注意点を定めており、それに基づいてサービスを提供していました。入浴は「個別対応」を原則としていました。</p> <p>33. 「介護付有料老人ホーム」の入居基準を相談者に文書を示しながら説明を行い、「6泊7日の体験入居」を行ったうえで契約するシステムとなっていました。医療的ニーズの高い相談者の場合は、事業所内入居判定会議で協議した上で他の医療機関を紹介する仕組みとなっていました。</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	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 玄関フロアに文書綴り（意見や苦情をまとめた冊子）を設置していました。年1回、利用者懇談会を開催しており、懇談会で受けた意見や要望については広報誌で周知していました。</p> <p>35. 終身契約として居室利用が継続できるよう、利用者の意向を最優先する仕組みとなっており、介護支援専門員と支配人が中心に利用者の要望に対応していました。苦情・要望に関しては、利用者懇談会で個人が特定されないようにして公開していました。</p> <p>36. 法人にて「お客様に対するコンプライアンスホットライン」を設置し、いつでも相談できる体制があり、行政の苦情窓口と共に重要事項説明書や玄関の説明文に記載していました。しかし、市民オンブズマンや介護相談員等、外部人材を活用し、施設に気兼ねなく相談できる仕組みはありませんでした。</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。	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	A	

		(評価機関コメント)	<p>37. 年1回「お客様満足度調査」を実施し、そこで得られたものを各委員会及び支配人会議で分析を行い、事業所内で評価検討し利用者へ公表していました。本部においても情報共有をしていました。</p> <p>38. 事業所内に各専門職分野ごとの委員会を設置し、サービスの質に関する議論や検討をしていました。また、2ヶ月に1回、支配人会議でサービスの質に関して報告するシステムとなっていました。さらにスタッフ間の研究報告会を年1回開催していました。</p> <p>39. 年1回「運営状況確認書」を本部が確認し、サービスの質について評価していました。また、本部が内部監査を年1回行っていました。第三者評価事業は3年に1回の受診していました。</p>
--	--	------------	--