

様式7

## アドバイス・レポート

令和6年1月9日

令和5年11月7日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 介護老人保健施設やましろ 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. 事業計画</b> 事業計画「介護老人保健施設やましろ 経営戦略」を作成しており、2019年から2028年までの10年間を中長期計画と定め、経営基盤の強化や財政マネジメントの向上を明示していました。事業計画はホームページにも掲載していました。</p> <p><b>2. 事業所内の衛生管理等</b> 施設内は全てのフロア統一で物品等は決められて置いてあり、整理整頓をしていました。清掃は外部委託をし、毎日清掃を行い、清掃点検報告書に記録していました。またトイレや汚物室にオゾン脱臭器を設置するなど臭いもありませんでした。</p> <p><b>3. 質の向上に対する検討体制</b> 職員の気づきを取り上げ、多職種でミニカンファレンスを行っていました。その内容は必要に応じて、フロア会議や各部署代表者が参加する定例会で検討した結果、介護ロボット（移乗動作支援器具）の導入につながっていました。また、各会議の議事録を各階の休憩室に置き、職員全員が目を通して押印し確実な情報共有を行っていました。全国老人保健施設協会の雑誌「老健」や、介護老人保健施設大会の参加により収集したアイデアを迅速に取り入れていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p><b>1. 第三者への相談機会の確保</b> 利用者から寄せられた苦情は苦情報告書を回覧し、多職種が参加する会議で検討していました。公的機関、自治体の連絡先を1階面会スペースの見やすい場所に掲示していましたが、民間や地域の第三者の相談窓口がありませんでした。また、利用者の相談機会を確保するための外部の人材の受け入れはありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>1. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>介護相談員の受け入れや外部の人材を相談窓口として設置することにより、直接施設に言いにくい相談や苦情があった場合も拾い上げることができ、迅速に対応することができます。また地域の方（民生児童委員や自治会長等）に第三者の相談窓口を依頼することで施設運営の透明性の確保も期待できますので検討されてはいかがでしょうか。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2653580015
事業所名	介護老人保健施設やましろ
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	短期入所療養介護 介護予防短期入所療養介護
訪問調査実施日	令和5年12月8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思決定を行い、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. 理念は各会議室及び各フロア、地域交流スペースに掲示している他、ホームページに掲載していました。また、定例会やフロア会議でも理念を唱和していました。利用者や家族にはパンフレットに掲載することで周知していました。 2. 国民健康保険山城病院組合（法人）による組合議会は年2回の定例会及び、必要に応じて臨時議会を開催して予算・決算等を決定していました。各事務分掌（管理職・技術職・事務職）にて職務権限を明確にっていました。また、各種会議委員会に担当する職員が参加することで、職員の意向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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標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「介護老人保健施設やましろ 経営戦略」を作成しており、2019年から2028年までの10年間を中長期計画と定め、経営基盤の強化や財政マネジメントの向上を明示していました。事業計画はホームページにも掲載していました。 4. 看護・介護部、各委員会、各フロアにおいて年間目標及び月間目標を作成していました。半期で見直しを行い次年度の目標設定に繋げていました。		
<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	は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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)			<p>5. 運営管理者は京都府主催のBCP（事業継続計画）研修に参加していました。また、関係法令一覧を事務所に設置しているパソコンのフォルダ内に作成し、誰でも調べることができるようにしていました。定例会及び各フロア会議にて法令改定の周知を行っていました。</p> <p>6. 管理職事務分掌表にて役割を文章化していました。運営管理者はフロア会議などに参加し意見を述べ、職員の意見も聞いて運営方針に反映していました。また、年1回実施の個人評価表にて施設長、副施設長、部長へのコメント欄を設け、職員からの評価を実施していました。</p> <p>7. 運営管理者は携帯電話を所持し、いつでも連絡がつく体制となっていました。療養棟管理日誌により随時状況を把握していました。また、緊急連絡網を整備し、緊急時には運営管理者に連絡できる体制になっていました。</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

総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
質の高い人材の確保	9	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
計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
実習の受け入れ	11	実習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)		<p>8. 「介護老人保健施設介護職員人財育成計画」において期待する職員像を明文化していました。個人評価個別表を用いて職務遂行能力や成果・貢献度を評価していました。</p> <p>9. 質の高い介護サービスの提供を実現するために、定数以上の職員配置としており、職員の配置や人事に関する検討については定数表を用いて行っていました。</p> <p>10. 各階層ごとに研修を計画し実施していました。また、フロア会議内でフロア勉強会を実施することで、今必要な研修を行う仕組みとなっていました。今回は「PPE（感染予防具）着脱手順研修」を実施していました。資格取得支援として、介護福祉士国家試験受験費用、実務者研修費用取り扱い規約を定め、補助をしていました。</p> <p>11. 実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れの基本方針や手順を明記していました。また、養成学校の実習指導者会議に参加し、他施設の指導者や学校関係者と情報交換を行っていました。</p>		

### (2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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>12. 有給休暇消化率や時間外労働をデータ化し、安全衛生委員会で有給休暇取得日数や時間外労働の確認及び対策検討をしていました。育児・介護休業の規程も就業規則に定めていました。職員の負担軽減として介護記録ソフトの導入や、立ち上がり補助器具等の福祉用具を活用していました。また、年1回以上の副施設長による面談の機会を設けていました。</p> <p>13. メンタルヘルスの相談窓口として、隣接する病院の臨床心理士によるカウンセリングが受けられるよう連絡先を職員に配布していました。また、「ハラスメントをなくすために職員が認識すべき事項についての指針」を定めていました。職員がゆったりと休息できる広さの休憩室を設けていました。福利厚生制度度は京都市府町村職員共済組合を活用していました。</p>		

### (3) 地域との交流

地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
-------------	----	---	---	---

地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	A	A
地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。 事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		14. 理念に、地域との関わり方の基本的な考えを明文化していました。広報紙「Design」やパンフレットを、家族や地域の関係機関に配布していました。「木津東部圏域ネットワーク会議（地域ケア会議）」に参加し、地域ニーズを把握していました。また、その会議において自施設の取り組みも紹介していました。 15. 「介護老人保健施設やましろ外部レクリエーション活動実施要綱」を定め、ボランティア受け入れの基本姿勢を明文化していました。実習生受け入れマニュアルは、イラストを用いて理解しやすいようにしていました。 16. 山城南圏域地域リハビリテーション支援センターの研修会に講師として参加していました。病院併設の特性を生かし、併設病院が主催する「救急の日」のイベントに参加し、車椅子の操作方法の指導をしていました。		

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

### 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	17	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)		17. パンフレットやホームページは、サービス内容を写真付きで説明することで視覚的に内容が理解できるようにしている他、料金等の必要な情報を掲載していました。現在、見学は制限を設けていますが、施設内の雰囲気やサービス内容がわかる動画を作成し、見学の問い合わせがあった際は動画で説明していました。		

#### (2) 利用契約

内容・料金の明示と説明	18	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)		18. 介護保険外のサービスも含め、重要事項説明書と契約書と別紙で料金の説明を行い、契約を交わしていました。判断能力に支障がある利用者は、成年後見人と契約を交わしていました。地域交流スペースに成年後見制度や権利擁護事業のパンフレットを設置していました。		

#### (3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	19	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	20	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
専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19. 所定のアセスメント様式で利用者の希望を聞き取り、主治医やリハビリ職などと連携し、アセスメントを行っていました。初回のアセスメントは2週間後に見直し、その後は状態の変化等がなければ3か月後に見直ししていました。 20. 利用者やその家族の希望を尊重し、サービス担当者会議を経て、アセスメントに基づき施設サービス援助計画を作成していました。施設サービス援助計画を本人や家族に説明と同意を得て、サービスの提供をしていました。 21. 主治医、看護師、介護職、介護支援専門員、リハビリ職、栄養士など多職種とサービス担当者会議を行い、意見照会や意見交換を行って合議の基で施設サービス援助計画を作成していました。 22. 施設サービス援助計画を変更する基準を定め、初回は2週間後、その後は体調の変化等がなければ3か月後にモニタリング、サービス担当者会議を行い、施設サービス援助計画を作成していました。また、状態の変化等があればカンファレンスを行い、施設サービス援助計画を変更していました。毎日の申し送りや介護記録ソフトで利用者の状況の変化を確認し、見直しがあった場合はプリントアウトした施設サービス援助計画書と介護記録ソフトで関係職員に周知していました。		

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	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
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>23. 主治医である施設長と密に情報や意見の交換を行っていました。入院時は入院先に情報提供を行い、退院時は書類だけでなく、面談やカンファレンスで情報共有をしていました。地域の木津東部圏域ネットワークで研修講師を派遣したり、会議に参加するなど地域包括支援センターや行政などと連携していました。</p> <p>24. 「入所～退所までの流れ」を文書で定め、他の介護施設・事業所や地域・在宅へのサービスの移行に当たり、引き続き以前利用していたサービスを使えるように配慮していました。在宅復帰の際は家屋調査を行い、在宅サービス担当者が集まるサービス担当者会議を行い、在宅生活を支援していました。</p>		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	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	28	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)		<p>25. 業務マニュアルはポイントを押さえて具体的な内容で作成し、利用者の尊厳の保持、プライバシーの保護や権利擁護にかかわる姿勢を明示していました。月に1回フロア会議で業務マニュアルに基づいて実施しているか確認する仕組みがあり、マニュアルは年に1回更新していました。また見直しに当たっては苦情や事故防止策などの具体案を反映していました。</p> <p>26. 組織が定めた統一した様式で介護記録ソフトと紙カルテで利用者一人ひとりの記録をしていました。個人情報取扱要領を作成し、個人情報の規程を周知していました。また年に1回コンプライアンス及び個人情報保護の基礎研修を行っていました。</p> <p>27. 毎日16時に各フロア職員と介護支援専門員が集まって申し送りを行い、利用者の状況等に関する情報を共有していました。月に1回フロア会議や3か月に1回サービス担当者会議、利用者に変化があった場合は随時カンファレンスを行い、意見集約を行い、利用者支援していました。</p> <p>28. 家族が遠方などにより面談が難しい方には3か月に1回は電話で連絡を取り、状況を伝えていました。電話や対面面談・オンライン面談を複合的にを行い、情報交換を工夫していました。</p>		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		<p>29. 感染防止対策マニュアルと感染症BCP（事業継続計画）を作成し、責任と役割を明確にした管理体制を整備していました。年に2回感染症予防対策研修を行い、感染症対策等に関する知識を伝達していました。陰圧装置を導入し、実際に感染症が発生した場合の対策を行い、感染予防をしていました。</p> <p>30. 施設内は全てのフロア統一で物品等は決められて置いてあり、整理整頓をしていました。清掃は外部委託をし、毎日清掃を行い、清掃点検報告書に記録していました。またトイレや汚物室にオゾン脱臭器を設置するなど臭いもありませんでした。</p>		

(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		31. マニュアルを作成し、全職員向けに緊急時対応研修を実施していました。 32. 事故報告書を作成し、原因分析、改善策を立て、1週間後に評価していました。事故防止安全対策委員会で検討した再発防止策をマニュアルに反映していました。 33. 防災マニュアルを定め、各階の職員室に設置していました。併設の病院と連携し、消防訓練、災害訓練を実施していました。保健所や市役所と連携し「災害時情報共有システム」を活用した訓練を実施していました。 34. BCPを作成し訓練「PPE（感染予防具）着脱手順」を行っていました。実際の災害を想定し備蓄品を管理していました。		

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>IV 利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		人権等の尊重	35	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
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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)		35. 基本理念に利用者本位の自立支援を定め、各階や会議室に掲示し、会議内で唱和を行っていました。また、入職時や全職員対象に権利擁護の研修を実施していました。 36. 虐待防止対応規程を定めている他、運営規程に記載していました。各階に身体拘束禁止を掲示していました。全職員対象に年に2回研修を実施していました。現場で不適切ケアが生じた場合、ミニカンファレンスやフロア会議で検討していました。 37. 脱衣室の扉の前にカーテンを取り付け、廊下から室内が見えないよう羞恥心に配慮していました。1階の面会スペースはテーブルごとにパーテーションで仕切っていました。入職時やフロア会議でプライバシー保護の勉強会を実施していました。 38. 入所判定会議で入所の可否を決定していました。利用申込を受け入れられない場合は利用者や家族に理由を説明し、他の事業所や専門機関を紹介していました。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A
		意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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。	B	B

(評価機関コメント)	<p>39. 各階に用紙「皆様の声」があり、玄関に投書箱を設置していました。投書箱は毎日相談員が確認していました。また相談員や介護支援専門員がフロアをラウンド（巡回）し、随時利用者の意向を聴き取るほか、家族が洗濯物を取りに来所した時に聴き取りをしていました。意思表示の難しい利用者はアセスメントシートを活用したり、職員の気づきをミニカンファレンスで共有していました。</p> <p>40. 苦情マニュアルを定め、苦情報告書を作成して役職者・管理者に報告し、玄関前に掲示していました。意見や苦情はサービス向上委員会で取り上げ、改善に向け検討していました。</p> <p>41. 利用者から寄せられた苦情は苦情報告書を回覧し、多職種が参加する会議で検討していました。公的機関、自治体の連絡先を1階面会スペースの見やすい場所に掲示していましたが、民間や地域の第三者の相談窓口がありませんでした。また、利用者の相談機会を確保するための外部の人材の受け入れはありませんでした。</p>
------------	---

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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>42. 年に1回満足度調査を行い、サービス向上委員会で分析、検討していました。満足度調査の結果は各階の廊下の車いすの利用者に配慮した高さに掲示していました。また、入所3か月後に利用者アンケートを実施していました。</p> <p>43. 職員の気づきを取り上げ、多職種でミニカンファレンスを行っていました。その内容は必要に応じて、フロア会議や各部署代表者が参加する定例会で検討した結果、介護ロボット（移乗動作支援器具）の導入につながっていました。また、各会議の議事録を各階の休憩室に置き、職員全員が目を通して押し印し確実な情報共有を行っていました。全国老人保健施設協会の雑誌「老健」や、介護老人保健施設大会の参加により収集したアイデアを迅速に取り入れていました。</p> <p>44. 法人の中長期計画に基づき施設の年間事業計画を策定していました。施設の事業計画に沿って部署やフロアごとの目標を立て、中間と年度末に評価を行い、次年度の計画に反映していました。</p>		