

様式 7

# アドバイス・レポート

令和 2 年 1 2 月 2 2 日

令和 2 年 1 1 月 1 0 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 理念の周知と実践</b></p> <p>玄関や各スタッフルーム等に理念を掲示し、各委員会議事録にも理念を印字する他各会議や委員会で唱和していました。また、パンフレットやホームページに理念を掲載し、周知していました。理念を重視している取り組みが随所にあります。</p> <p><b>2. 利用者の家族等との情報交換</b></p> <p>面会以外にも担当者会議の際や洗濯物の引き取り、上靴の交換、利用料金を現金払いのみとされる等、家族が来所される機会を意識的に設け、職員との情報交換をされていました。利用者と家族との関係性の維持という点でも有効な取り組みとなっていました。</p> <p><b>3. プライバシー等の保護</b></p> <p>フロア勉強会で年に 1 回プライバシー保護について学ばれていました。脱衣場の出入口には扉とカーテンで 2 重に仕切りがあり、羞恥心に配慮した工夫をされていました。また水分摂取表には表紙があり、利用者の名前を隠す工夫をされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 実習生の受け入れ</b></p> <p>マニュアルを整備し、受入れの基本方針や手順を明記していました。しかし、実習指導者に対する研修はできていませんでした。</p> <p><b>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <p>パソコン上や紙ベースで利用者個々に関して細やかな記録を行っていました。パソコンは職員個々のコードを設定し、職員以外がアクセスできないよう管理していましたが、個人情報の持出しや廃棄に関する具体的な規程等を定めていませんでした。</p>

	<p><b>3. 第三者への相談機会の確保</b></p> <p>公的機関の相談窓口を記載した重要事項説明書を玄関に掲示していました。第三者の相談窓口の設置はなく、外部の人材を受け入れての利用者の相談機会がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1. 実習生の受け入れ</b></p> <p>実習指導に関する教育機会を確保することで、実習内容や実習生の対応を振り返る機会となります。指導方法の見直しにもつながりますので、内部外部問わず、研修を実施されては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も施設独自の要綱に基づき管理されています。また入職時には誓約書が取られていますが、個人情報の持出しや廃棄に関する具体的な規程等が定められていませんでした。個人情報の持ち出しに関しては、いかなる事業であっても絶対には限らないため、具体的に持ち出す際の手続きを法人として定めるほか、保管方法（例：鍵のかかる保管庫で保管する）や廃棄の方法（例：業者に委託し溶解にて破棄する）を規程として定められてはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 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（民生委員や自治会長等）に第三者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一度ご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)

※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	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)
訪問調査実施日	令和2年12月3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. 玄関や各スタッフルーム等に理念を掲示し、各委員会議事録にも理念を印字する他、各会議や委員会で唱和していました。また、パンフレットやホームページに理念を掲載し、周知していました。 2. 組合議事を定例会で年2回開催し、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。			
<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捉え、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。 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、看護介護の質の向上及び在宅復帰支援などに取り組まれていました。半期で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)	<p>5. 運営管理者は老人保健施設協会主催のハラスメント研修に参加していました。また、関係法令一覧と、事務所内に設置しているパソコンのフォルダ内にも法令一覧を作成し、誰もが調べられる体制となっていました。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、個人評価表にて施設長、副施設長、部長への要望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
<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)		<p>8. 経営戦略会議にて職員の配置や人事に関する検討を行っていました。また、介護技術講習費用取扱規約を設け、介護福祉士国家試験受験費用の補助をしていました。</p> <p>9. 施設内研修年間計画を策定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（今年度は急変時における緊急時の対応）を行う仕組みとなっていました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを整備し、受入れの基本方針や手順を明記していました。しかし、実習指導者に対する研修はできていませんでした。</p>			
<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)		<p>11. 有給休暇消化率や時間外労働はデータ化し、定例会で検討していました。育児・介護休業の規程も就業規則にて定めていました。職員の負担軽減としてリフト浴やスライディングボード等の福祉用具を活用しているほか、腰痛予防ベルトを安価で斡旋し腰痛予防に取り組んでいました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談窓口は、隣接する病院の臨床心理士のカウンセリングを受けられるよう連絡先を職員に配布していました。国民健康保険山城病院組合の福利厚生制度「山和会」に入会しており、忘年会等の費用負担をしていました。また、職員が休息できる広さの休憩室を設けていました。ハラスメントの規程を整備し、国民健康保険山城病院組合として体制を整えていました。</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	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. 広報紙「やましろタイムス」（年4回発行）を家族や地域の関係機関に配布していました。情報の公表制度の内容を玄関フロアにファイリングし、誰でも閲覧できるようにしていました。毎年、地域の地藏盆に利用者と共に参加していました。 14. 「老健やましろ ふれあい広場」を年2回開催し地域住民に介護講習会を実施していました。また、きづがわねっと（多職種連携ネットワーク）や地域連携バス運営会議等に参加し、地域の福祉ニーズを把握していました。		

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>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. パンフレット、ホームページ等で施設の情報提供をしている以外でも、併設の総合病院の新聞や広報誌にも施設のイベント等の情報を掲載し、積極的に広報活動をしていました。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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. 重要事項説明書に料金（介護保険外も含め）について記載し、契約時に説明していました。判断能力に支障のある利用者については家族等、適正な代理人と契約を交わしていました。また、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、事業の活用を推進していました。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 初回アセスメントに基づき暫定的なプランを立案し、2週間はそのプランを実行して再アセスメントにて正規プランを作成していました。以降も3ヵ月毎に再アセスメントを行い、細やかな情報収集と課題分析を実施していました。 18. 利用者や家族の希望を基に個々に具体的な目標を設定し、サービス担当者会議を経て個別援助計画書に同意を得られた上でサービス提供を行っていました。 19. サービス担当者会議の中で医師や看護師、リハビリ専門職、栄養士等の専門職と意見交換し合議の上で計画を立案していました。 20. 3ヵ月毎にモニタリングを行い計画を見直していました。また、利用者の状態に応じて見直しをすることでタイムリーな支援に繋がっていました。			

(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. 主治医である施設長と密に連携を図り、必要に応じて併設の総合病院への受診と情報提供等も円滑に行う体制を整備していました。また、速やかに支援の引継ぎができるよう医療機関、介護施設、居宅介護支援事業所等をリスト化していました。		
(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。	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. 業務マニュアルを具体的で分かりやすい内容で作成し、それに基づいた利用者支援に繋がっていました。また、定期的に職員の個人評価表を用いて個々のマニュアル理解、実施状況を確認し、マニュアルの活用状況も把握していました。 23. パソコン上や紙ベースで利用者個々に関して細やかな記録を行っていました。パソコンは職員個々のコードを設定し、職員以外がアクセスできないよう管理していましたが、個人情報の持出しや廃棄に関する具体的な規程等を定めていませんでした。 24. 利用者について朝・夕の申し送りや連絡帳を介して情報共有を図っていました。他にも毎月のフロア会議、3ヵ月毎の担当者会議等で利用者支援について意見集約し回覧形式にて情報共有していました。 25. 担当者会議の際に家族に参加を呼び掛け、不参加の場合も後日来所時に家族と情報交換をしていました。他にも、家族の来所の機会（洗濯物の受け渡し、上靴の入れ替え、利用料金の支払い等）を意図的に設け、利用者との関係性の継続に繋がっていました。		
(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. 感染症マニュアルの作成、委員会の毎月開催、年2回の勉強会等を通じ全職員に周知徹底を図り感染症の蔓延予防に繋がっていました。新型コロナウイルス感染症に対しても併設の総合病院での決定事項を基に施設での対応策を講じていました。 27. 施設内は所定の場所に書類や物品等を保管していました。また、毎日、業者により施設内の清掃が行われ、点検表を用いて衛生管理し、臭い等もありませんでした。		

(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)		<p>28. 事故や緊急時マニュアルを作成し、マニュアルに沿って対応できるように明確化していました。また、併設の総合病院の集中ケア認定看護師による普通救命講習を開催し、実践的な研修や勉強会も実施していました。実際に発生した事例を元にマニュアル内容の見直しを行っていました。</p> <p>29. 報告書により事故やヒヤリハットを報告、発生後には速やかに事故防止対策安全委員会にて分析と再発予防策を検討し周知していました。また、月単位、年単位でも事故状況を分析し、次年度の事故に関する目標や指針に繋げていました。</p> <p>30. 災害時マニュアルを作成し、発生時の対応や指揮系統等を明確化していました。また、防災訓練も併設の総合病院と合同開催していました。職員が府D-WAT（災害派遣福祉チーム）のメンバーに登録し、福祉避難所開設・運営訓練にも参加していました。</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
<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)		<p>31. 基本理念で「個々人の意志を尊重した利用者本位の質の高いサービス提供を通じ、高齢者の自立を支援する」と明記しており、各階や相談室に理念を掲示していました。また高齢者虐待防止のための「不適切なケア」の研修を年に2回行っていました。</p> <p>32. フロア勉強会で年に1回プライバシーについて学んでいました。脱衣場の出入口には扉とカーテンで2重に仕切りがあり、羞恥心に配慮した工夫をしていました。また水分摂取表には表紙があり、利用者の名前を隠す工夫をしていました。</p> <p>33. 入所判定会議で入所の可否を決定し、入所が難しい場合はその方にとって適切な施設を案内していました。</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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者や家族が意見を投函できる投書箱を各フロアと施設玄関に設置していました。投函された意見や苦情は月1回行われるサービス向上委員会で検討し、その内容と結果を議事録で職員全員に周知し、玄関にある掲示板で公表していました。</p> <p>35. 相談・苦情マニュアルに基づき、苦情の申し立てがあった場合は、その対応を行い、苦情報告書を作成して施設長に報告していました。その後サービス向上委員会で取り上げ、議事録を全職員に回覧し周知していました。</p> <p>36. 公的機関の相談窓口を記載した重要事項説明書を玄関に掲示していました。第三者の相談窓口の設置はなく、外部の人材を受け入れての利用者の相談機会がありませんでした。</p>			

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	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。	A	A
(評価機関コメント)		37. 入所後3ヵ月以内に「施設生活に関するアンケート」を実施したり、年に1回施設満足度調査を実施していました。その結果をサービス向上委員会で検討し、各フロアや1階の掲示板で公表していました。 38. 毎月施設長や各職種が参加するサービス向上委員会や、主任以上の役職者が参加する業務改善委員会、各フロアでのフロア会議でサービスの向上に努めていました。 39. 各フロア・委員会ごとに年間目標を設定し、半期評価と年間評価で課題の明確化を図り、それを基に次年度の年間目標を作成していました。		