

# アドバイス・レポート

令和 4 年 10 月 19 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 4 年 8 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（地域密着型介護老人福祉施設 花友はなせ）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) 管理者によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>職員の意見を聞く機会として、年 2 回のヒアリングを実施されています。このヒアリングを通じて現場で働く職員の立場に立った助言を得られていること、日常的に職員のアイデアも積極的に採用してもらえていることを職員ヒアリングで確認しました。</p> <p>また運営管理者自らの多角的な評価を得る仕組みとして複数の職員が評価する「360 度評価」という評価法を活用されています。その評価表を使って、今年度担当する部署の部下からの評価を受け、部下からの信頼度、アイデアの受容、経営ビジョンの提示、公正な評価など管理者に必要な資質を発揮できているか確認するものとなっています。管理者は部下からの評価を真摯に受け止め職場環境の改善や自らの行動をチームケアに生かす努力をされました。</p> <p><b>2) 職員間の情報共有</b></p> <p>日々、利用者の変化やサービス計画の内容を職員全員が確実に共有するための申し送りを大切にされています。口頭と文書での申し送りの伝達の他、医療やリハビリスタッフとの間で評価や変更のあった事項、並びに事故報告、ヒヤリハット等の文書を 1 週間掲示し申し送りで共有してすべての職員が情報共有しやすい環境を整えられていました。また、「気づきシート」を用意し、職員目線での業務面での疑問や気づきを拾い上げるようにされています。ユニット会議には全職員を出勤とし、もう一方のユニットがその間の介護を担当するなど、ユニット間で協力し、全員が会議に参加しやすい体制をとっておられ、職員一人一人の意見を大事にする姿勢が感じられました。</p> <p><b>3) 地域の方の要望・意見に応えた施設運営</b></p> <p>山間地での施設運営は大変難しいと思われませんが、法人採用と地元採用の職員をバランスよく配置され、本体施設で同時刻勤務の職員は事業所の自動車を使って相乗りするなど通勤の困難さには配慮されていました。緊急時や天候不良時の対応など山間地ならではの工夫をされていました。運営推進会議には各種団体が参加され、地域の意見を吸い上げられていること、また、地域の方からも自分たちにできることを言ってほしいという声上がるなど、良好な関係を結んでおられました。山間地の困難さより、入居者が落ち着いて安心して過ごしていただけることの良さを、職員ヒアリングで確認しました。</p>
-----------------------------	---

	<p>入居者へのヒアリングでは「みんな地元の知り合いであること」の安心感を強調され、また施設見学の際には、今までの生活で当たり前であった畑仕事を職員と入居者が一緒に行われている姿が見られました。地元を離れずに生活を継続していくことを大切にされていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 事業計画の策定と業務レベルにおける課題の設定</b>          法人の経営方針に基づいた事業計画を策定し実践されています。特養ホーム全体としての事業計画となっていますが、各ユニットごとの計画や課題の設定はされていませんでした。</p> <p><b>2) 第三者への相談機会の確保</b>          施設外の方を第三者委員として配置され、利用者の匿名性を確保しながら、事業所への意見・要望等を客観的に聴き取る仕組みを整備されています。ただ、日常の利用者の相談機会の確保として外部人材の導入には至っていませんでした。</p> <p><b>3) 事業評価の工夫</b>          毎年、各職員が業務マニュアルを用いてチェックを行い、自己評価し、到達度を確認できる仕組みができています。個人チェック表による自己評価は個人の資質の向上に寄与しているものですが、評価項目の「ねらい」で求められている一定の基準による事業所の評価とはなっていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 事業計画の策定と業務レベルにおける課題の設定</b>          各ユニットでの入居者の特性や日常支援の微妙な差異もあると思われます。事業規模から各職種による課題設定は難しいと思いますが、各ユニットの課題を明確にしたうえで、取り組む目標設定を検討されてはどうでしょうか。各ユニットの課題が明確になることで、よりケアの質の向上につながると思います。</p> <p><b>2) 第三者への相談機会の確保</b>          平成 29 年までは京都市の介護相談員を受け入れておられました。現在はコロナ禍ということもあり、外部の人材を事業所内に受け入れることは困難と思いますが、貴事業所では地域との良好な関係性もあり、運営推進会議には地域の様々な団体が参加されていますので、その中からよく事業所を理解されている方等に入居者の方の日常的な意見や要望等の聴き取りを依頼する準備をされてはいかがでしょうか。また、事業所で受け付けた苦情や意見を第三者委員の方に確認していただく機会を持たれてはいかがでしょうか。第三者の視点で助言や評価をしていただくことで サービスの質の向上につながると思います。</p> <p><b>3) 事業評価の工夫</b>          各職員が毎年業務マニュアルを利用して自身の到達度や自己評価の機会を設けておられます。それは個人の資質向上、マニュアルの浸透・見直しなどに大変有効な取り組みとなっています。また、内容も介護手順だけでなく、組織運営や権利擁護なども含んだ内容となっており、このマニュアルを活用</p>

様式 7

	<p>することで、評価項目の「ガイドライン」に示されている「事業所の体制、内容、質の評価」に結び付くと思います。業務マニュアルチェック表を発展させ、自己評価を取りまとめた事業所評価が可能と思われるので、取り組んでみら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	2690600024
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設花友はなせ
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)	(介護予防) 短期入所生活介護・指定密着型 通所介護・指定介護予防型デイサービス
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) 法人理念と施設の開設時に職員で考えた施設の理念をパンフレットに掲載し、事業所内にも掲示して職員・利用者に周知されています。職員には年度初めの全体研修で理事長、施設長から運営方針を説明されています。2) 各ユニット会議で職員の意見を聴取し、施設の役職者による連絡調整会議、本体施設の花友いちほらの役職会議、法人の施設長会議と各種会議が1カ月に1回開催され、職員の意見が運営に反映される仕組みとなっています。定期・随時に理事会が開催され、予算については現場からも案を提出し、施設長会議で検討され、理事会に上申する仕組みがあります。		
<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	A
	(評価機関コメント)			3) 事業計画は、翌年度の予算も含めた事業計画案を各事業所より提出し、施設長会議に報告され、さらに上層部で検討の上策定されています。理事長による中長期計画・方針が示されていました4) 決裁された計画案に基づき、各部署が事業計画と目標を作成し実践されています。計画については上半期・下半期で進捗の評価が行われています。特養全体としての事業計画となっていますが、各ユニット毎の計画は策定されていませんでした。利用者の特性やユニットでの微妙な差異もあると思われるので、ユニット毎の事業計画の策定と評価について検討が必要かもしれません。		
<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	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) 法令遵守については、ユニット会議の中で法人の研修動画を使って研修が行われています。関係法令は法人のサーバに入っており、パソコンから誰でも閲覧できるようになっています。6) 人事考課に伴う職員面談は直属の上司が年2回行われています。施設長はその前後に内容を確認し、必要に応じて面談を実施されています。経営責任者が自らの行動が職員から信頼を得ているかを評価する方法として、関係する複数の職員が評価を行う「360度評価」を今年度採用され、担当する部署の部下からの上司評価を実施し、事業運営に活かされています。7) 管理者は携帯電話で24時間連絡がとれるようになっており、各事業の責任者と迅速な連絡調整ができるマニュアルを策定されています。		

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>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) 法人内で介護福祉士の実務者研修スクールを運営し、資格を取得しやすい環境となつています。法人採用職員と、花脊在住職員とバランスよく採用されています。有資格者には資格手当が支給されています。9) キャリアパス制度に沿った体系的な研修計画、特養の必須研修も含めた毎月の全体研修計画を整備されています。施設で参加費用を負担して外部研修にも参加し、参加者は報告書を作成して内部で回覧や伝達研修を行われています。10) 本体施設の実習受け入れマニュアル実習の種別ごとに詳しく整備されています。ただ実習生の受け入れの目的（基本方針）が明確には記載されていませんでした。地域の小中学生とはオンラインで交流されています。			
(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) 法人と連携し、有給休暇保有数や消化率、時間外労働を施設長が管理されています。山間地である施設への通勤は本体施設に同時出勤者が集まり、社用車で通勤されています。運転者には冬場に手当を支給するなど配慮されていました12) 休憩場所は休憩室・会議室・宿直室が使用され、マッサージチェアが備えられていました。同法人施設の花友しらかわの嘱託医が産業医としてストレス対応する体制をとっておられ、ハラスメント窓口も男女1名ずつ整備されていました。			
(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	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) 「花脊地域に介護サービスを」との住民の願いが反映された施設となつています。2カ月に1回運営推進会議が開催され、自治連合会会長 民生児童委員、社会福祉協議会、行政の出張所職員等様々な団体が出席されていました。新型コロナ以降は人数を抑えたり、一部書面にするなど工夫して実施されています。14) 令和4年よりデイサービスの車両を利用して青色パトロールに登録し、地域の見守り事業に取り組んでおられます。また、併設の診療所では地域の方の診療も受け入れておられ、新型コロナワクチン接種の協力などを含めて地域に開かれた診療所として活動されています。地元採用の職員に地域のニーズを確認することもあるとのことでした。			

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) ホームページやパンフレットを作成されています。ホームページには料金表や、施設内が写真で見られるようになっていました。問い合わせ・見学の数は少ないものの、希望があれば対応しておられます。			
(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) 内容や料金については重要事項説明書に記載され、説明・同意が得られています。意思決定支援が必要な利用者には家族や保佐人等正当な代理人と契約が結ばれていました。			

(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) 介護職員が2名程度の利用者を担当し、包括的自立支援プログラムを使用して3カ月に1回アセスメントを行われています18) 3カ月に1回のサービス担当者会議に併せて本人・家族の生活に対する意向を聴き取られています。サービス担当者会議にはできる限り利用者本人が参加されています。感染予防のため現在は家族は参加要請せず、電話で説明・確認をされています。19) サービス担当者会議には栄養士・看護師の専門職も参加し、本体施設のPT(理学療法士) ST(言語聴覚療法士)の意見は担当介護士が文書にして提出し、計画に反映されています。20) 3カ月に1回モニタリングを行い、アセスメント、計画の見直しを行われています。		
(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)		診療所医師とは24時間365日連絡が取れる体制があります。医師が遠方のため、送迎の必要性があり、職員が担当しています。他、法人内の嘱託医とも連携が取れています。行政や関係団体とは運営推進会議を通じて、連携がとられています。		
(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	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) 業務マニュアルが整備され、各ユニットに設置されています。介護マニュアルは自己の到達度をチェックする様式を兼ねており、チェックしながらマニュアルが習得できるように工夫されています。介護マニュアルの他に防災関係や緊急時対応など、施設の地域性に合わせたマニュアルも整備されています。マニュアルは年度初めに見直しを行う他、現状と合わなくなっているものは随時運用レベルで対応されています。23) 利用者の記録は介護ソフトに入力されています。個人情報チェック表を作成して個人情報の保護を職員に意識づけ、定期的に内容の研修が行われています。24) 申し送りは口頭により日に3回行い、申し送りノートも活用されています。25) 家族にはサービス担当者会議の際に電話で状況報告するとともに、毎月ご利用者の近況を写真入りで送付し、家族は楽しみにされています。		
(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) 感染症対策マニュアルが作成され、ユニット会議内で研修が行われています。BCP(事業継続計画)作成も行われています。27) オゾン発生器を設置し、感染対策、臭気対策を行われています。日々の清掃は職員が行われています。酸性水発生器を備え、手すりやドアノブなど手の触れやすいところの消毒が適切に行われ、清潔を保たれています。		

(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) 事故や緊急時マニュアル、災害発生時マニュアルが作成され、ユニット会議を利用して研修が行われています。29) 事故発生時には7日間は内容を申し送り、対策について協議されています。事故の内容によっては本体施設の事故検討委員会に提出し対策について意見を求められています。30) 災害について地域の消防団員の活動をする職員もおられ、連携が図られています。3日分の食糧備蓄をされています。長雨などで停電がよく起こり、各居室にランタンを備えられています。災害に備えて衛星電話を備えられています。		

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

#### IV 利用者保護の観点

(1) 利用者保護				
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) 高齢者の尊厳（身体拘束・虐待防止）に関する研修は年間計画を立ててユニット会議の中で行われています。身体拘束廃止についての検討会は年4回、連絡調整会議内で検討されています。新型コロナウイルスの罹患が発生し、施設の出入り口を一か所にするため、一時通路に鍵をかけた時期があり、健康観察期間終了後も施錠したままになっていたことがあった所、ユニット会議で議論し、もとに戻した事例があったとのことです。32) 個人情報、プライバシー保護の研修を実施されています。介護マニュアルの中で具体的に日常のサービス提供の中でのプライバシー保護について記載されています。個人情報保護のチェック表があり、自己点検できる仕組みがありました。33) 入所検討委員会を対象者の決定など協議されています。地域的に医療面での課題があり、医療度が高く緊急対応が予想され受け入れが困難な場合は他施設を紹介するなど対応されていました。		
(2) 意見・要望・苦情への対応				
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)		34) 意見箱の設置や、苦情の窓口を明確にし施設内に掲示されています。また施設関係者外の第三者委員を選出し、匿名でも意見が言いやすいような環境を整えられています。サービス担当者会議に利用者本人に出席して頂く際に施設への意見・要望を聞き取られています。受け付けた苦情は記録し、ユニット会議や役職者会議で検討し、解決策につなげておられます。35) 利用者・家族からの意見・要望・苦情は運営推進会議に報告されています。また、匿名性を担保した上で運営推進会議記録を各家族に配布し、苦情・要望等を公開されています。36) 第三者委員を2名配置し、施設内に連絡先を掲示されています。第三者委員に直接苦情が申し立てられるケースは現在少ないとのことです。介護相談員の受け入れが平成29年以降できていないとのことです。		

(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。	A	B
(評価機関コメント)		37)年に1回満足度調査を行い、分析結果とともに要望への対応を具体的に記して家族に返されています。結果は事業報告で確認し、翌年の事業計画に反映されています。38)「気づきシート」を作成し、職員が気づいたことを書きとめ、速やかに対応し、改善に努められています。毎月の施設長会、役職者会議、連絡調整会議ユニットミーティングで苦情やサービスの改善点を共有されています。39)業務マニュアルチェック表で各職員が、自身のサービスの質についての評価が行われています。その結果を集約してマニュアルの改訂やサービスの改善、事業計画への反映をされています。評価項目の「ねらい」で求められているように、一定の評価基準により定期的に事業評価をすることが望まれます。		