

様式 7

# アドバイス・レポート

2022年1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

2022年8月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「特定施設ケアハウスのやま」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>○職員の意見を反映した事業運営</b> 毎日昼の申し送りに加え、日頃から2～3人でも開催するユニット会議があり、職員がこまめに支援内容の検討や情報共有を行う仕組みがあります。また、ユニット会議等で出た職員の意見は、月1回開催するスタッフ会議やリーダー会議に上げ、職員の意見を汲み上げやすい体制を構築しておられます。</p> <p><b>○働きやすい職場環境</b> 職員の希望休や勤務帯の要望等に沿うように勤務を組み、リフレッシュ休暇、誕生日休暇等で職員の心身の負担軽減に取り組んでいます。利用者の介助にはリフトやスライディングボード等の機器の活用ができるよう整備し、また職員の腰痛等の体調に配慮した配置を行う等、職員が無理なく働ける環境を整えておられます。</p> <p><b>○人材確保や定着のための魅力発信</b> 法人の魅力や強みを発見・発信しながら新たな人材確保に向けて活動を行うリクルーティングチーム「ミライエ」を法人内に設置し、リクルーターや学生、施設で働く職員に向けて仕事の魅力発信をしておられます。SNSや動画等、様々なツールを用いて情報発信されています。ケアハウスのやまの紹介もあります。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○単年度計画の進捗状況の確認</b> 課題を設定した単年度計画を策定されていますが、課題の進捗や達成状況を振り返る機会はありません。計画策定後の見直しは年度末のみの実施となっています。</p> <p><b>○マニュアルの作成及び更新、見直し</b> 各種マニュアルを整備されていますが、更新記録を確認できないものが複数ありました。また、「ケアハウスのやま業務マニュアル」には、「早番マニュアル」や「日勤マニュアル」等を整備し、入浴や排泄介助の手順を記載されていますが、食事や服薬介助等の手順の記載は不十分でした。</p> <p><b>○利用者及び家族の意向の確認</b> サービス担当者会議は多職種の参加により開催されていますが、利用者及び家族の参加はありません。また、個別支援計画には、利用者から聴き取られた生活やケアに対する希望・要望等の意向は記載されていますが、家族等の意向は記載されていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人松寿苑が運営する特定施設ケアハウスたのやまは、養護老人ホームの入居者の重度化に対応するため2008年に開設され、現在は市内在住の要介護1～5の認定を受けた方が生活されています。</p> <p>当該施設は、法人理念「人類愛善～ひとりひとりを大切に～」をモットーに、地域からの多様なニーズに応える多種多様な高齢者支援事業を展開される法人の一員として、法人の各種会議や委員会活動等に参画し、組織的な事業運営と人材育成、働きやすい職場づくりに日々努めておられます。</p> <p>利用者支援においては、広い敷地を活かした菜園での野菜作り、庭園での季節の花鑑賞、敷地内にある円山神社の神社祭の折には利用者と一緒に出かける等、立地を活かした支援に取り組まれています。また施設内は、各ユニットに個性を持たせつつも利用者が自由に行き来できるようにオープンなつくりとなっています。コロナ禍において、利用者は地域への外出や家族・友人との面会が難しい状況ですが、利用者が毎朝顔を合わせて行う体操の時間は継続し、新たに売店の日を設ける等利用者ニーズを汲み取った支援を工夫されています。</p> <p>今後、貴施設の取組がより充実し、地域の介護サービスの拠点として更に発展されることを期待し、下記のアドバイスをさせていただきます。</p> <p>○適切な事業運営を行うにあたっては、単年度計画作成後、期間内に定期的に課題の進捗状況や達成状況を振り返り、必要に応じて見直しをする機会を設けられてはいかがでしょうか。また、中長期計画の期間設定などの確認もお願いします。</p> <p>○昨今、未経験者の入職が増加する介護現場においては、特に利用者の自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえた基本的な介護技術の実施方法が確認できるマニュアルは必要です。食事や排泄、入浴、整容、服薬介助等の基本的な一連の手順を確認できるマニュアルの整備をお願いします。また各種マニュアルにおいては、定期的に見直しする基準を定め、見直し日や更新日を明記されることをお勧めします。</p> <p>○サービス担当者会議は、利用者を中心に関係者らが顔を合わせて個別支援計画書原案を基に本人及び家族の意向を確認しながら支援の内容を検討する会議ですので、コロナ禍に配慮しつつ利用者及び家族が参加される会議となるように調整をお願いします。また、家族等の意向を確認していることの証として個別支援計画書に家族等の意向を記載されるようお願いします。</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	2671800155
事業所名	特定施設ケアハウスたのやま
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型特定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)	
訪問調査実施日	2022年10月21日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)			1. 理念及び運営方針は、施設玄関や掲示板に掲げています。毎月開催される法人の全体会議で総合施設長が理念及び運営方針に触れて話をし、参加できない職員には「総合施設長コラム」の回覧にて周知を図っています。利用者や家族等には「松寿苑家族会報」を配布して周知しています。 2. 経営に関することは法人経営会議、運営に関することは法人運営会議にて意思決定し、3カ月に1回開催する理事会にて最終の意思決定を行います。職員の意見は、ユニット会議、月1回のリーダー会議を経て施設運営に反映する仕組みがあります。「組織及び業務分掌規程」において、職務の権限移譲や責任を明確にしています。		
<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。	B	B
	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。	B	B
	(評価機関コメント)			3. 単年度の事業計画は施設長が作成した案を基にユニット会議、リーダー会議で確認し、意見を集約して策定しています。法人において中長期計画を策定し、毎年度皆で検討したスローガンを掲げていますが、中長期計画の達成期間は明確にしています。 4. 単年度計画は、4つの項目（財務・人材・ご利用者・業務プロセス）に対して具体的に策定していますが、年度途中に進捗状況を振り返る機会はなく、年度末に見直ししています。		

### (3) 管理者等の責任とリーダーシップ

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。	B	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。	B	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. 施設長は、綾部市の集団指導や京都府老人福祉施設協議会等に参加し、法令遵守の観点で経営に関する情報の把握を行っています。毎日の申し送りで必要な情報を職員に伝達し、大切なことは施設長からの「伝言板」に記載して回覧しています。把握すべき法令等のリスト化やすぐに調べられる体制の整備は行っていません。</p> <p>6. 施設長は、自らの役割や責任を日々の申し送りで伝え、「伝言板」にて職員に対して表明しています。施設長は、毎日昼の申し送りやリーダー会議に参加して意見を述べ、また、職員の意見を聞く機会を持ち、事業所の運営に反映させています。施設長は、自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する方法として、統括リーダーとの対話や法人内の管理者同士の意見交換会を活用しています。</p> <p>7. 施設長は、毎日の申し送りへの参加や日誌の確認により事業の実施状況を随時把握しています。施設を離れる場合には携帯電話を所持することで常に連絡が取れる体制を維持しています。</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

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。	B	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。	B	B
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)		<p>8. 事業経営方針に「人材の視点」を設け法人を挙げて人材の確保・定着に向け取り組んでいます。法人で組織するリクルティングチーム「ミライエ」では、SNSや動画作成、高校へ出向き仕事の魅力発信をしています。資格取得の支援として、介護福祉士国家試験の2回目までの受験料を補助する仕組みがあります。</p> <p>9. スタッフ育成チームで研修計画を策定し、実施しています。外部研修は、法人から案内があり、希望者は参加できるように勤務を調整しています。毎日の申し送りの際に、研修参加者に研修内容を伝達・共有してもらうことはありますが、勉強会等は開催していません。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルを策定し、総務を受け入れ窓口としています。法人内の他事業所を中心として受け入れ、必要に応じケアハウスでも対応しています。</p>		

### (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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>11. 年2回の人事面談により施設長が職員の就業状況や意向等を把握し、有給や時間外労働のデータの管理を行っています。育児休業や介護休業の取得者があります。希望休が取得できる体制を整えており、有給取得率は100%です。職員の負担軽減につながるようリフトやスライディングボードを整備しています。</p> <p>12. コロナ禍では開催が難しいですが、コロナ以前は職員親睦会や歓送迎会、忘年会等を行っていました。利用者や職員が利用できる「居酒屋松ちゃん」を毎週金曜日に関し、皆が交流していたこともあります。毎年のストレスチェックの該当者は産業医へ紹介する体制はありますが、職員への相談先の周知は十分ではありません。</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。	B	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. 綾部市内の全自治体に法人機関紙「あやべ松寿苑」を毎月配布しています。入居者に向けて掲示板に地域のイベント等を貼り出して案内したり、地域の情報誌をユニットに回覧しています。コロナ禍でも法人敷地内での行事やドライブには参加できるように支援を行う体制を整えています。 14. 法人の居宅介護支援事業所が綾部市内の商店街の一角で毎月「介護なんでも相談」を開催しています。市の文化祭や市民センターに入居者の作品を展示したり、産業まつりには法人から飲食の店舗を出店し、地域の一員として活動しています。		

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>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. ホームページ、パンフレット、インスタグラム等、多様な広報手段を使って事業所の情報を発信しています。			
<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. パンフレットや重要事項説明書にサービス内容や料金をわかりやすく記載し、丁寧に説明して利用者・家族等の同意を書面で得ています。成年後見制度を活用しており、補助人と契約を結んでいる事例を確認しました。			
<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。	B	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。	B	B	
	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントはケアハウス独自の様式を使用し、更新時や区分変更、ADLの変化時に実施して状況を把握しています。主治医等と連携しています。 18. アセスメントに基づき個別援助計画を策定し、計画やサービスの提供内容について、利用者及びその家族等の同意を得ていますが、サービス担当者会議に利用者・家族の参加がありません。 19. 個別援助計画の策定にあたり、医師や専門職への意見照会を行い、退院時には医師や専門職からの意見・情報を個別支援計画に反映しています。施設内で介護職・看護師・栄養士等の関係職員の協議により計画を作成していますが、利用者の参加はありません。 20. 随時のユニット会議、毎日の申し送り（スタッフ会議）等により情報を交換しサービスの実施状況や利用者の状況を確認しています。モニタリングは定期的に行っていますが、ケアプランの見直しは十分ではありません。			

(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。	B	A
(評価機関コメント)		21. 入退院に際し、病院医師及び施設の嘱託医師と連携をとり、情報提供を適切に行っています。利用者が利用できる周辺の行政機関や福祉関係施設・団体、医院等を記載した一覧表を作成し、各ユニットに備えています。		
(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。	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。	B	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。	B	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. 「ケアハウスたのやま業務マニュアル」として、早番・遅番に応じた介護業務の流れや入浴マニュアルを作成していますが、基本的な介護技術は部分的にのみ記載しており十分ではありません。また、マニュアルの見直し基準を定めていません。 23. サービスの実施状況を適切に記録していますが、サービス実施計画に連動する記載の工夫が見られません。記録は施錠された部屋で保管しています。法人が文書保存規定を定めていますが、記録の持ち出しについての規定を確認できませんでした。 24. 朝夕の引継ぎや毎日昼の申し送り、スタッフ会議でこまめに情報提供・情報交換を行い、必要な情報を共有しています。利用者の支援について、月1回ユニット会議を開催してケアカンファレンスを行い、職員間の意見を集約しています。 25. コロナ感染症対策により制限はありますが、利用者や家族等の希望と必要に応じて面接しています。サービス提供時の状況等を電話や手紙で家族等に伝達しています。年3回（2・6・10月）利用者の近況を担当の職員が「家族への手紙」として家族等に郵送しています。		
(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。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 平常時の感染症予防に加え、インフルエンザ、ノロウイルス等の感染症対策マニュアルを作成し、法人内研修や伝達研修を行っていますが、マニュアルの更新記録を確認できませんでした。 27. 事業所内の清掃を専属で行う職員を配置しており、利用者の生活空間や施設内のトイレ等の設備は衛生な状態に保っています。浴室は、年1回外部業者による清掃を行い、衛生管理を行っています。		
(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。	B	B
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。	B	B
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. 「松寿苑事故発生対応マニュアル」にて利用者の転倒・火傷・薬・所在不明等の様々なパターンの対応及び予防マニュアルを作成し、責任者及び指揮命令系統を明確にしています。マニュアルに定めた対応方法の実践的な訓練は定期的実施していません。 29. 事故が発生した場合は、「事故・アクシデント報告書」を作成し、組織としての対応経過を記録しています。事故に関して、現場レベルで分析や再発防止策の周知を図っていますが、マニュアル等の定期的な評価や見直しは行っていません。 30. 災害時の「松寿苑緊急時対応マニュアル」や事業所の立地から想定される「土砂災害対応マニュアル」を作成し、年2回訓練を実施しています。対応マニュアルの職員への周知が不十分であり、地域との連携を意識したマニュアルは作成していません。		

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。	B	B	
	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。	B	B	
	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. 身体拘束に関しては、身体拘束基礎研修として職員がそれぞれ設定期間内に研修動画を視聴する形で学びを深めています。人権に配慮したサービスの提供や援助方法については、日々のミーティングや毎日昼に実施している申し送りで見解を出し合い検討していますが、勉強会や研修は実施していません。</p> <p>32. 個人情報とプライバシー保護に関する研修を年2回実施していますが、プライバシーに配慮したマニュアルは策定していません。入浴介助は勤務体制の可能な範囲で同姓介助を行っていますが、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮するための具体的な方策は不十分です。</p> <p>33. サービス利用者の決定方法は、事業所独自で定めた基準（得点表）を用いて、申込者の入所の優先順位と入所の決定を行っています。これまで、事業所の医療体制上の理由から申込みを断ったケースがありましたが、家族への説明と他事業所等の情報提供を行い対応しました。</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。	B	B	
	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	公的機関等の窓口に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. 法人で「サービスの質検討委員会」を設置し、年1回利用者や家族に向けたアンケート調査を実施しています。日頃から施設長、生活相談員、介護職員等、役職や職種を問わず、利用者が話し易いように信頼関係を築いていますが、利用者の意向や満足度を把握する目的での定期的な個別面接等は実施していません。</p> <p>35. 利用者の意向は日誌に記録するとともに、ユニット会議にて検討し、支援内容の見直しや変更を行っています。法人に設置している苦情解決委員会にて、苦情等に関する集計や分析を行い、個人情報保護に配慮して機関紙とホームページにて公開しています。</p> <p>36. 事業関係者以外の第三者の相談窓口を設置し、利用者・家族に対して周知を図っています。外部人材の受け入れによる利用者の相談機会として、介護相談員を2名受け入れています。コロナ禍では利用者から直接的な相談は行えませんが、月2回施設に来訪されるため情報共有と連携を行っています。また、施設内に介護相談員の紹介を顔写真付きで掲示し、顔の見える工夫を行っています。</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。	B	B	
	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。	B	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年1回利用者や家族に対する満足度調査を実施し、法人のサービスの質検討委員会で意見の集計や分析を行っています。調査結果は各ユニットでも周知していますが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みはありません。</p> <p>38. サービスの質検討委員会を毎月実施し、サービスの質が向上するような議論や検討を行っています。法人内の他事業所の行事や取り組み等を記載した便りの確認により情報収集を行っていますが、自事業所の取り組みとの比較検討等は行っていないとのこと。</p> <p>39. 第三者評価等の結果は、施設長が法人運営会議にて報告を行い法人全体として共有するとともに、職員にも各会議等を通じて共有と周知を図っています。自主点検は毎年行っていますが、年1回以上の自己評価は行っていません。</p>			