

アドバイス・レポート

令和6年4月15日

令和5年7月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたマ・ルートにつきましては、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>(通番10) 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 法人の研修計画に基づき、階層別に研修を設けておられます。研修内容は、人材戦略室にて、前年度の反省を踏まえながら企画・立案されており、協働型、部会型、ハイブリッド型、部門連動型など毎年やり方を変えておられます。2023年度は自ら学んでいく自立型の研修の仕組みを取り入れるなど、学びに対して飽きがないよう様々な工夫を凝らしておられました。</p> <p>(通番34) 事業の維持・継続の取り組み 立地的な要因もあって、原発事故を想定したマニュアルや、海が近いことから津波の高さの影響を把握するなど、事業所として、災害に対する高い意識をもって運営にあたっておられます。今後、周辺他施設や近隣の高校との共同訓練も計画されており、BCPについても常にブラッシュアップを図り作りこむなど、事業の維持・継続に意欲的に取り組んでおられました。</p> <p>(通番43) 質の向上に対する検討体制 毎月開催される「品質向上委員会」で、サービスの質の向上に関する検討や、改善についての話し合いが行われています。連携している他県の施設間で実践発表会を行うなど、先進的な取り組みに関して貪欲に情報収集を行い、自施設の支援等に活用しておられることがわかりました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 事業所として「中・長期計画」を作成し、向こう4年間の具体的な数値目標を示しておられますが、法人として策定された長期計画である「ネクストビジョン2030」と連動していませんでした。また、単年度の事業計画も作成されておらず、職員、利用者、家族への周知も不十分であると感じました。事業運営のPDCAサイクルを意識するなら、「ネクストビジョン2030」をベースに、2030年時点での具体的な到達目標を掲げ、そのスモールステップとして単年度ごとの計画・目標が立てられていると、職員や利用者、家族にも、法人・事業所が目指す方向性が理解しやすいのではないかと思います。</p> <p>(通番25) 業務マニュアルの作成 介護マニュアルをはじめ、必要なマニュアルや規程が整備されていますが、更新時期が定められていなかったり、職員がその存在を知らなかったり、どこにあるのかわからなかったり、といった状況が見受けられました。せっかくルールを定めても、周知が不十分で実行されなかったり、実態にそぐわないものになってしまったりはもったいないので、あらためて周知徹底と、定期的な見直しをされることを期待します。</p> <p>(通番44) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価は3年に1度受診されていますが、あらかじめ定められた評価基準に基づいた自己評価は実施されていませんでした。事業所としてのサービスの質が、現段階でどのレベルにあり、どこが課題なのかを知ることは、以降の課題を明確化する上でも重要です。たとえばこの第三者評価の共通評価項目を毎年実施し、Aにならなかった項目の改善に取り組み、3年に1度評価を受診することも、PDCAの観点から有効だと考えられます。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人みねやま福祉会が運営する、マ・ルート (Ma・RooTs) エルダータウンは「ごちゃまぜ」をコンセプトに平成29年9月に開設した7年目の施設です。「マ・ルート」は「私たちの居場所」という意味で、キッズランド (保育園)、ワンダーハーバー (障害施設)、エルダータウン (老人ホーム) がひとつの建物の中で共存しており、夕方に子どもたちが散歩に来て高齢者や障害者と触れ合うなど、まさに地域共生社会を体現する施設となっています。また、実習センターの機能も有しており、府北部の介護人材の育成を担っています。

立地的には、日本三大名所のひとつである天橋立を見ることができる海沿いにあり、オーシャンビューの居室のもと、多様な人と接しながら、これまでの生活が継続されるよう支援することを目指されています。施設内の至るところに観葉植物がセンス良く置かれ、また、入居者の作品がギャラリーのように展示されており、館内にはオシャレな音楽が流れるなど、良い意味で施設らしくない、居心地の良い空間が作り出されていました。

法人の人材開発部で専任者を中心に、「スキッパー」という若手職員で構成するリクルーターチームを作って活動したり、2LDKの職員寮を完備して、アイターン、ユーターンの学生や技能実習生を受け入れたり、介護助手を採用したりと、様々な形で人材確保に努めておられます。また、「眠りスキャン」をはじめとするICT機器も積極的に導入されるなど、働きやすい環境づくりにも熱心に取り組まれています。

一方で、「特に改善が望まれる点とその理由」にも記載させていただいたとおり、「ネクストビジョン2030」や各種マニュアル・規程は整備されているものの、それを実務に活かすという点で、改善の余地があるように感じました。職員が、その存在すら知らない、といったことがないように、たとえば会議等の場で定期的読み合わせをするなど、少しずつでも、全体に浸透する取り組みを進められてはいかかかと思えます。

以上です。
これからも「ごちゃまぜ」という施設のコンセプトを大切にしながら、今後ますます発展されることを祈念いたします。

※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	2672100209
事業所名	マ・ルート
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
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	令和5年11月29日
評価機関名	きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
		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) 法人の理念は、施設内に掲示したり、ホームページに掲載している。全職員に理念が記載された「ビジョンブック」を配布し、新任職員研修や年度初めのユニット会議で理念や目標を共有している。毎月発行している「マ・ルート通信」で家族へ理念を伝えるようにしている。 2) 理事会、施設長会、コアリーダー会議、ユニットリーダー会議、ユニット会議を開催している。フロアでの課題は品質向上委員会へあげ、共有する仕組みがある。ラインワークスを使用し情報共有に努めている。地域ケア会議等で得た情報を事業運営に活かしている。		
(2) 計画の策定						
		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	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		3) 法人として「ネクストビジョン2030」を作成しているが、到達度や目標達成を具体的に示したものになっていない。事業所として「中・長期計画」を作成し、向こう4年間の具体的な数値目標を示しているが、「ネクストビジョン2030」と連動していない。単年度の事業計画は作成されていない。 4) ユニット会議にて課題の改善は都度行っている。フロアごとに目標が掲げられているが、その達成の評価・物差しが設定されていない。		
(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、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。	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) 法令遵守に関する研修会に経営責任者が参加している。把握する必要がある法令については必要時に調べ共有している。以前は「サイボウズ」を利用し共有していた。法令遵守の研修を入職時に行っているが、その後の継続はできていない。</p> <p>6) 「職員キャリアパスブック」を作成し、役割と責任を文書化し職員に対し表明している。人事考課や個別面談を行い、職員の意見を施設長へ報告、共有している。組織活性化プログラムを実施し、管理者を評価する取り組みを行っており、事業運営に活かしている。</p> <p>7) 緊急時にはラインワークスを活用し、上司との連携を図りやすくしている。介護記録ソフト「ケアカルテ」を利用し、申し送りなどに活用している。緊急連絡網を整備している。</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。	B	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) スペシャリストとゼネラリストの2コースのキャリアパス制度が構築されている。ビジョンブックに求められる行動規範を掲載し、人事考課で評価、職員の育成に取り組んでいる。</p> <p>9) 人材確保については、法人の人材開発部を中心に「スキップ」というリクルーターチームを作って活動している。人材戦略室を中心に、採用から入職後もサポートを行っている。採用時にはあらかじめ定めた面接基準を基に面接を行っている。有資格者一覧を作成し、人員体制の管理や整備を行っている。</p> <p>10) 階層別に研修を設けている。研修内容は、人材戦略室にて、前年度の反省を踏まえながら企画立案している。2023年度は自ら学んでいく自立型の研修の仕組みを取り入れている。資格取得者には手当を支給している。</p> <p>11) 実習指導者研修に参加し、実習指導者から職員へ研修内容を伝えている。「実習受け入れマニュアル」を作成している。実習前には事前オリエンテーションを実施し、本人や養成校側と協議しながらプログラムを作成している。</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、具体的な取り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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>12) 定期的に人事戦略のアンケートを実施し、働きやすい職場づくりを目指している。育児休暇を取りやすい雰囲気づくりを行い、男性職員が育児休暇をとった事例がある。パースデイ休暇がある。有休は有休管理簿で管理し、有休取得向上に努めている。移動リフト、眠りスキャン等の介護機器・ICT機器を積極的に活用している。</p> <p>13) 年に1回ストレスチェックを行っている。産業医による相談体制が確保されている。1月にボーリング大会を予定している。コモンスペース、ファミリエといった休憩スペースが確保されている。</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。	B	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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。	B	B
		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。	B	A

	(評価機関コメント)	<p>14) 法人理念に地域との関わりについて触れられている。「マ・ルート通信」を地域に配布したり、Instagramに記事を投稿するなどして情報発信している。近隣の高校のお祭りを利用者に紹介し参加してもらうなど、地域の情報をサービス提供に役立っている。地域からの要望を受け、ヨガ教室やスペースの開放などを行っている。</p> <p>15) ボランティア受け入れマニュアルは確認できなかった。傾聴ボランティアを受け入れている。近隣の高校で介護についての授業を行っている。</p> <p>16) 生活空間以外に、地域住民が自由に活用できるラウンジやコモンスペースがある。コロナ前にはマルシェが開催され、地域住民が多く参加していた。再開したいとの思いがある。近隣の高校の授業で職員を派遣し介護について講師を務めることがある。直近では、法人主体で「介護3.0～介護が地方創生に必要な時代になる」という講演会を開催し、地域住民とともに社会問題（少子高齢化）について考える機会とした。マ・ルート全体として2カ月に1回10名程の職員が参加し、地域の清掃活動に参加している。</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

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。	B	A
(評価機関コメント)		17) 事業所の情報はホームページで公開し、随時更新している。パンフレットはイラスト付きで分かりやすいよう配慮している。「マ・ルート通信」を月1回作成しご家族へ配布している。見学希望時には実際に利用いただく居室へ案内し、確認いただいている。		

(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) 契約の際に重要事項説明書に沿って、説明し署名、同意を得ている。成年後見制度を利用している入所者が2名いる。		
(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。	B	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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		19) アセスメント、計画、記録、モニタリングなど介護ソフト「ケアカルテ」のシステムを活用している。アセスメントには本人の希望などに加え、取得した医療情報等も記録している。再アセスメントは6カ月ごとに行っている。 20) コロナ前はサービス担当者会議を開催し本人や家族が参加していたが、現在は感染予防の観点から電話での意見照会を行っている。ケアプランは本人・家族の希望を反映し、同意を得ている。変更や見直しの都度、ご家族へ連絡し、希望を聞くようにしている。 21) 契約している主治医が来所し医務部と連携をとっている。看護師、栄養士等と連携して個別援助計画書に記載した上で、経口維持の取り組みや褥瘡に対する支援を行っている。 22) モニタリングは「施設サービス計画書作成等の流れ」に沿って3カ月に1度実施しており、その際にフェイスシートなども書き換えている。計画変更は定期（6カ月）のほか、状態に変化があったときに都度行っている。計画の実施状況を確認できる記録は、全入居者に対しては行えていない。		
(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)		23) 「緊急搬送時の対応」「回診時の流れ」を作成し、契約している医師と看護師が連携して、利用者の健康管理や療養ケアを実施している。他医療機関等との連携を必要とする場合のリスト・連絡先一覧を作成している。施設における支援困難事例においては、介護支援専門員や地域包括支援センターに相談するなど連携し対応していた。宮津市成年後見支援センターとの連携や地域ケア会議に参加し、地域の課題や情報収集に努めている。 24) 施設を変更する場合、「退所サマリー」や「思いをつなぐシート」を活用し、地域の事業所や医療機関等と入退所に関わる連携を行っている。要介護度の変更により、サービス付き高齢者住宅へつないだケースがある。		
(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。	B	B
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。	B	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) 介護マニュアルを作成し、マニュアルに基づいて日常の支援を実施している。各ユニットに配布し全職員がいつでも確認できるようにしている。マニュアルの見直し基準の定めは確認できなかった。</p> <p>26) 利用者の状況の推移や、個別援助計画等に基づいたサービスの提供記録など、施設統一の介護ソフト（ケアカルテ）に入力し記録している。利用者の記録の保管・保存・持ち出しに関する内容はホームページに掲載されている。個人情報保護に係る研修を実施している。</p> <p>27) 個別援助計画等の内容は介護記録ソフトやカンファレンスで共有し、日常の様子は、介護記録ソフトの閲覧、10分ミーティング、ラインワークスを利用して共有している。事故などの状況変化があった場合には介護記録ソフトに申し送り、内容が掲載できる仕組みがある。</p> <p>28) 利用者の家族等との情報交換は、面会やリモート面会、電話連絡により行っている。定期的に「ユニット通信」を送付し、日常の様子を発信している。</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) 「感染症対策マニュアル」を整備している。感染対策委員会にてマニュアルは（特に新型コロナウイルス感染症に関して）最新の情報を入手し更新している。食中毒やノロウイルス、ユニットリーダー対象にコロナ発生時の初動に関する研修など活用して職員への伝達を行っている。</p> <p>30) 清掃は同じ建物内にある就労支援A型事業に委託している。換気扇や消臭スプレーなどによって臭気対策を行っている。冷蔵庫のチェックも行っている。</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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		31) 「緊急搬送時の対応」や「事故等が発生した場合の連絡手順」を整備し、事故発生時や緊急時における指示命令系統を記したフローチャートを作成している。定期的にKYT(危険予知訓練)研修を行っている。 32) 「事故防止及び事故対応の指針」を基に毎月開催の事故防止委員会にて、事故について状況や対策を共有している。事故報告書を作成し、多職種によるカンファレンスを開催している。 33) 消防計画に基づいた火災の避難訓練を、消防署立ち合いの下で実施している。災害発生時に地域と連携を取れる体制作りを行っている。災害時の備蓄を整備し、リスト化して管理している。災害BCPを策定している。 34) BCPを作成している。原発事故を想定したマニュアルや、海が近いため津波の高さの影響を把握するなど、災害に対する意識は高い。今後は周辺他施設や近隣の高校とも連携していきたいと考えている。		

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	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。	B	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。	B	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) 職員倫理規定に基づき、尊厳や意思決定に配慮した支援を心がけている。利用者の尊厳や基本的人権への配慮についての研修を実施している。 36) 高齢者虐待防止マニュアルを整備している。スピーチロックに特化した研修を実施している。 37) 職員倫理綱領にプライバシー保護に関する記述がある。パソコンにはスクリーンセ이버を使用し情報への配慮を行っている。排泄や入浴介助の際には必ずカーテンを閉めるようにし、利用者のプライバシー保護や羞恥心へ配慮している。 38) 1カ月に1度入所判定委員会を開催している。原則利用申し込みは全て受け入れる方針だが、医療的に対応が困難な場合には他事業所と相談し、解決への糸口をともに検討している。虐待ケースを受け入れた事例がある。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		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。	B	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	公的機関等の窓口で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)		39) 個別の相談面接や面会時、電話連絡時に意向の聞き取りを行っている。受付に意見箱を設置したり、定期的にご家族アンケートを実施するなど、意向を引き出す工夫を行っている。 40) 「苦情解決実施要領」を作成している。利用者、家族からの意見・要望・苦情があった場合は、記録を残し共有し、早急に対応、改善するよう努めている。検討・改善を行った内容については、法人のホームページに記載し公開している。 41) 公的機関等の相談窓口を施設内に掲示している。市民オンブズマンや介護サービス相談員などの受入れは行われていなかった。		

(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てている	A	B
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	B	B
(評価機関コメント)		42) 利用者満足度アンケート及び家族アンケートを年1回実施している。調査結果は「品質向上委員会」で分析や検討を行い、結果を共有している。分析・検討結果に基づいて、どのようにサービスが改善されたか確認する仕組みは確認できなかった。 43) 毎月開催する「品質向上委員会」で、サービスの質の向上に関する検討や改善について話し合いを行っている。連携している施設間で研究発表を行うなど、他事業所の取り組みに関して情報収集を行い、自施設の支援等に活用している。 44) 第三者評価は3年に1回定期的に受診している。自主点検以外の自己評価は実施できていない。		