

アドバイス・レポート

令和7年1月14日

令和6年6月17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しゅうざん」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>○事業計画 法人内の各事業所の職員が参画して、5年単位の中期計画や単年度計画を作成されています。法人及び事業所の計画だけではなく、ユニット会議で協議して、各ユニットの目標も設定されています。各ユニットでは、壁面に目標を掲示し、利用者にもわかるように周知することで、職員が目標を意識するようにされています。</p> <p>○地域とのつながり 施設がある地域に住んでおられた利用者が多くおられ、施設入所後も地域とのつながりを持ち続けることができるように、地域の行事などの情報を利用者に提供されています。各ユニットに地域の情報をまとめたファイルを設置し、面会のために来園された家族も確認することが出来るようにしておられます。また、施設の管理栄養士が老人クラブで健康管理などの講義を行うなど、地域住民のために専門性を活かしておられます。</p> <p>○利用者の権利擁護 利用者のアセスメントを適切に行い、利用者の状態に応じた意思決定支援を行っておられます。また、入所前の生活状況等を家族から聞き取り、入所後の支援に活かしておられます。さらに、身体拘束の廃止に向けた取り組みも積極的に行っておられます。定期的に委員会を開催し、支援内容を客観的に分析されています。利用者の行動を把握するために、やむを得ずセンサーを使用する場合は、家族にセンサーの必要性を説明した上で、同意を取得されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○上司評価 管理者は、日頃から職員とコミュニケーションを図り、会議等に参加することで、職員の声を聞く機会を持っておられます。また、人事考課制度の中で、職員との面談を年2回されています。しかし、管理者としての評価などを受ける定期的な方法はありませんでした。</p> <p>○事業所の評価 年1回、自己評価をされ、その評価に基づいてサービスの質の向上に向けて、事業所として取り組んでおられます。しかし、外部評価としての第三者評価の受診は定期的に行っておられませんでした。</p> <p>○ボランティアや地域の学校との交流 地域住民のボランティア活動や近隣の小学校の交流会や体験学習を積極的に受け入れておられます。ボランティアについては台帳を作成し、管理されています。しかし、ボランティアの受け入れに関するマニュアルがなく、事業所としてボランティア受け入れに関する基本姿勢などを明確にされていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人北桑会は、元北桑田郡の京北町と美山町で事業展開されていたことから、北桑会との名称をつけられました。2005年から2006年に行われた市町村合併により、現在は京都市右京区と南丹市の両市にまたがって、特別養護老人ホーム・通所介護・短期入所生活介護・訪問介護・小規模多機能・居宅介護・地域包括・ケアハウス・グループホームの高齢者事業だけではなく学童クラブの事業も行い、「共に生きる」の理念を現実のものとするために、地域住民のために法人運営をされています。</p> <p>また、5つの社会福祉法人のグループの一つとして連携推進法人に参画され、グループで一体的に人材確保や研修計画を実施するなどにより、スケールメリットを活かした運営をされています。</p> <p>当事業所の利用者は、京都市全域の方を対象とされていますが、京北町の住民の方が多く、地域とのつながりを持ち続けることができるように、地域のお祭りなどの情報を利用者や家族に提供し、施設に入所してからも地域とともに生活することを重視して対応されています。</p> <p>高齢化率が40%を超える少子高齢化がとても進んだ地域であるため、利用者の対応だけではなく、今後も地域の高齢者を支えていただきたいと考え、以下の通りアドバイスいたします。</p> <p>○施設長は、日頃から職員とコミュニケーションを取っておられ、意見や要望等を把握されておられます。しかし、施設長の行動に対する職員の評価を得る機会を定期的に持つことで、今後の事業運営にとって有益であると考えます。また、その際には匿名でも評価できるようにすることで、職員の声を把握しやすくなると考えます。</p> <p>○自己評価を行って自ら支援内容を確認することに加えて、第三者評価を定期的に受診することで、利用者に対する支援内容を振り返る機会になると考えます。法人として、各事業所の受診を計画的に定め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)

評価結果対比シート

事業所番号	2690700170
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設しゅうざん
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)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	2024/10/29
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
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. 法人の理念として「共に生きる」を掲げ、施設内の各所に掲示するとともに、パンフレットや広報誌、ホームページに常に記載し、周知しています。職員に対しては、入職時には理念等が記載された職員綱領を配布し、会議等でも周知しています。 2. 理事会を毎週開催し、施設長が参加しています。月1回のユニット会議、2ヶ月に1回のリーダー会議、月1回の主任会議において、職員の意見を集約し、事業所としての意思決定に反映しています。		
(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	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. 法人として、令和6年度から令和10年度の中期計画を策定しています。それに基づき、各事業所において稼働率目標や利用者・家族への対応などを盛り込んだ単年度の事業計画を策定し、それをまとめて法人としての単年度計画を策定しています。 4. 事業所としての事業計画を踏まえて、各ユニットで目標を設定しています。そしてユニット内に掲示し、利用者にも周知しています。月1回のユニット会議で目標の達成度を協議しています。		
(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。	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、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	B
		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、法人が開催している労務ミーティングに参加し、労務管理等を含む法令について把握しています。報酬改定や法令の変更などは「公文書つづり」のファイルにまとめ、職員が把握できるように対応しています。</p> <p>6. 施設長は、主任会議に参加し、職員の意見を把握し、自らの意見を述べる機会を確保しています。また、日頃から職員の意見を聞くように対応していますが、職員からの評価を定期的に受ける仕組みはありません。</p> <p>7. 施設長は、毎日の朝礼に参加することや業務課日誌や介護ソフトの記録などを確認すること等で、事業所の運営状況を確認しています。また、情報共有アプリにより、職員と情報の共有を行っています。</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

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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. 法人として、職員に求める内容を職員綱領に記載し、入職時に配布、周知しています。また、各職種や各等級の職員に求める内容を職務評価表に記載しています。年2回、個人面接カードを用いて面接を行うなど、人事考課を行っています。</p> <p>9. 事業運営に必要な職員数は、主任会議で協議を行い、毎年策定している事業計画で定めています。複数の法人が参画するグループを形成し、そのグループとして採用活動を行うことで、効率的に人材確保を行うように努めています。</p> <p>10. 複数法人が参画するグループ内、法人内、事業所内で研修計画を定め、階層別などの研修を行っています。毎年、研修計画について、見直しを行っています。受験費用の負担や受験対策講座の開催などにより、資格取得支援を行っています。各ユニットで勉強会も積極的に行っています。</p> <p>11. 実習生受け入れマニュアルを作成し、実習の受け入れについて定めています。しかし、実習指導者に対する研修は行っていません。</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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>12. 年2回個人面談を行い、職員の業務に対する意向などを確認しています。時間外命令簿などにより、時間外労働を把握しています。職員の負担軽減のために、トランスファーシートやセンサーを使用しています。その使用に当たり、利用者の身体拘束等にならないように、活用方法を協議しています。</p> <p>13. 共済会への加入や慰労会の開催、日帰り旅行などの福利厚生を行っています。親睦委員をしている職員が話し合い、より良い福利厚生を行うことができるように提案しています。</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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		14. 「共に生きる」の理念を掲げ、地域との共生を重要視しています。地域で行われている催しなどの情報をファイリングし、利用者や家族に情報提供し、参加を促しています。参加の際には、職員が同行する等の支援しています。また、社会福祉協議会が実施している高齢の住民に対する買い物送迎事業に、職員を派遣しています。 15. 近隣にある小学校などと交流する機会を持っており、6年生に対して福祉体験など行っています。しかし、ボランティアを受け入れるためのマニュアルは作成していません。 16. 事業所の管理栄養士が地域の老人クラブの集まりに出向き、健康管理などについて講義を行っています。地域内の介護事業所の勉強会のために、施設のスペースを貸し出す等の協力しています。		

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

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. 施設紹介のパンフレットやホームページを作成し、入所施設やショートステイの内容についてわかりやすく説明できています。施設スタッフにおいては入所希望者をリスト化し、他施設入所者についても色分けを行い、確認しやすくしています。		

(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. ホームページにおいても特別養護老人ホームと短期入所生活介護の両方のサービスの利用料をわかりやすく記載しています。利用者・家族に分かりやすい説明をするよう心掛け、同意を得ています。		

(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. 事業所独自のアセスメント様式を使用しています。アセスメントは6ヶ月に1回見直しを行っています。 20. 担当者会議の際には、利用者の意思決定を尊重しています。また、家族にも参加してもらい、利用者や家族の希望を大切にしています。 21. 個別援助計画作成にあたっては、管理医や主治医の意見の照会を行うとともに、介護職員、看護師、管理栄養士、ケアマネジャー等の専門職参加の担当者会議を行っています。 22. モニタリングシートには次回の個別援助計画の見直しの時期についても記載し、更新漏れがないように配慮しています。		
(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. 入院している利用者が退院する際には状態確認を行うために、ケアマネジャーと他職種の職員の2名で入院先の病院のカンファレンスに参加し支援体制の確保を行っています。 24. ケアマネジャーが外部関係者に対して、アセスメントに加えて状況に応じて必要な情報も提供し、連携がとれるようにしています。		
(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)		25. ユニットごとに意見BOXを設置しています。課題とされた内容については、リーダーや主任が参加する会議にて見直しを行い、マニュアルへの反映を行っています。 26. 介護ソフトには、介護職員や医師も利用者への対応や状態を記載できるようにしています。パスワードを設置することで、個人情報保護にも配慮しています。記録は鍵付きの保管庫で保管を行っています。 27. 介護ソフト内には優先度の高い「共通シート」があり、各職員間にて情報収集に漏れがないようにしています。他にも「朝礼ノート」を使用し、情報確認後は各職員が確認済みのサインの記載を行っています。 28. カンファレンスや面会の機会をもち情報交換を行っています。感染症蔓延時においては、月1回発行の広報誌に利用者の様子が分かる写真を添付し、家族への送付を行っています。		
(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)		29. 状況に応じてマニュアルを見直し、感染症発症時等には管理医からの助言のもとで対応するようにしています。また、京都府コロナサポートチームによる研修も受けるようにしています。 30. イオン発生器や空気清浄機の設置を行っています。洗濯物においても、汚染度合いに分別して、別々の洗濯機にて洗濯を行っています。清掃箇所ごとの確認表により清掃状況について、職員間で把握しやすいようにしています。		

(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. 「事故ヒヤリ会議」において、発生した事故やヒヤリハットの分析を行い、その内容によってマニュアルや指針の見直し、事故対応に必要な物品の整備を行っています。事故ヒヤリはつとのマニュアルを整備し、見直しを行った時期についての確認シートを作成し、全職員が確認しています。 32. 事故発生時の原因・分析・対応がわかりやすいようにまとめた一覧表を作成し、職員間で確認しやすいようにファイリングしています。 33. 地域の消防署と連携した訓練をしています。情報共有アプリを利用した安否確認やアプリで確認がとれない方には、メールや直接電話をかけるといった方法で、確実な安否確認がとれるようにしています。 34. 夜勤職員等も含めて、災害発生時において施設にて勤務している職員数に合わせて、対応の優先度に合わせて対応方法の取り決めを行っています。		

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	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. 朝食は米飯かパン食を選択することになっており、写真を見て選べるようにしています。気づかないうちに利用者の尊厳を傷つけるようなスピーチロック（言葉による身体拘束や精神的な虐待行為）をすることがないように研修を行っています。 36. センサーマットの使用者リストを作成し、2ヶ月に1回の頻度で開催をしている身体拘束委員会で個別の使用の必要性を検討しています。 37. 各利用者の部屋を訪問する際にはドアノックの後に返事を確認してから訪問をするのを原則とする等、プライバシーの確保に努めています。また、原則として同性介助を行い、羞恥心に配慮しています。 38. 2ヶ月に1回の頻度で入所の判定を行う会議を行っており、おおよその待期間を申込者に伝えています。入所までの期間が長い場合は、再度申込書に記載された内容に変化がないかどうか調査を行うようにしています。		

(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。	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。	A	B

		<p>(評価機関コメント)</p> <p>39. 各ユニットの入れやすい位置に意見BOXを置いています。年1回利用者と家族にアンケートを実施し、利用者には職員が聞き取りを行うようにしています。</p> <p>40. 意見BOXに入っていた意見や要望については、匿名にし、表現を考慮した上で掲示をしています。</p> <p>41. 新型コロナウイルス感染症が流行する前までは、月1回市民による傾聴ボランティア「みみずくの会」の訪問により利用者の相談に応じる機会を作っていましたが、現在は中断となっています。</p>		
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	B	B
		<p>(評価機関コメント)</p> <p>42. 年1回、利用者・家族へのアンケートを実施しています。アンケートにあった布団が重たいとの意見から軽い布団へ変更した事例があります。</p> <p>43. リーダー会議やユニット会議でサービスの質の向上について検討を行っています。法人内の施設との情報交換や社会福祉連携法人の他施設の取り組み等の情報を収集し自らの取り組みとの比較検討を行っています。</p> <p>44. 目標を設定し、達成について評価を行う仕組みはありますが、3年に1回の第三者評価の受診はできていませんでした。評価を行う委員会等の設置もありませんでした。</p>		