

アドバイス・レポート

令和 7 年 2 月 2 5 日

令和 6 年 1 1 月 2 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ 鷹匠の家ほっこり ）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

特に良かった点とその理由 (※)	1) 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 部門毎の会議において課題の把握を行い、運営会議にて情報共有し、事業所全体の年度計画が立てられています。事業所毎に業務計画が四半期毎に作成され、その取り組み状況を点数化し、達成状況がわかりやすい仕組みとなっています。季節毎に取り組む目標が具体的に明確化されています。また、年間の達成状況を総括し、会議にて次年度への課題への結び付ける仕組みが確立されていました。 2) 総合的な人事管理 事業所内では直属の上司が半年に 1 回職員ヒアリングを行い、職員の思いの把握や提案の聞き取りなどが行われています。また、全職員がパーソナルデザインシートを作成し、法人に提出することで、目標の把握・異動希望等の把握を組織的に行われています。また、超過勤務が一定以上となると、法人から連絡があり、改善への取り組みを意識するような仕組みや、法人に健康管理室があり、職員から QR コードでアクセスしやすい仕組みを作っておられます。事業所内と法人の丁寧な取り組みから、職員が働きやすく、意見を言いやすい環境となっていることが訪問調査時の職員へのヒアリングからも確認できました。職員への情報提供や報告等にコミュニケーションツールを導入し、連絡が取りやすく、情報伝達の漏れが起きにくい仕組みとなっています。 3) アセスメントの実施と個別援助計画等の見直し サービス利用開始時、状態変化時、看取り期等にアセスメントを行い、モニタリングは毎月実施し、毎日のミーティングで利用者の小さな変化を見逃さないように話し合いを行うことで、質の高いサービスを提供されています。普段の利用者の様子を面会に来られない家族に対しては、コミュニケーションツールを活用し様子を伝えたり、写真を送ることで家族の安心に繋がりと、満足度が非常に高いことが今回の第三者評価のアンケート結果からも見受けられます。
---------------------	--

特に改善が望まれる点とその理由（※）	1) 業務マニュアルの見直し 業務マニュアルが作成され、年度末に見直しが行われているとのことですが、更新した日が不明瞭なマニュアルがあり、変更内容がわかりにくいものもありました。 2) 災害発生時の対応 災害対策マニュアルやBCP（事業継続計画）について整備はされていましたが、具体的な実施や訓練に結び付けた取り組み活用はこれからとのことでした。災害発生時の職員の安否確認は管理者が一人ずつ電話連絡を入れる仕組みとなっていました。 3) 利用者の満足度の向上の取り組み・評価の実施と課題の明確化 利用者が相談しやすい体制づくりや、家族からの意見の把握などに努められていましたが、定期的な満足度調査には取り組まれておらず、今年度実施のための体制を構築されていません。 また、年に1回以上の自主点検以外の自己評価は、小規模多機能では外部評価の取り組みで定期的に行われていますが、特養では取り組まれていませんでした。
具体的なアドバイス	1) 業務マニュアルの見直し 業務マニュアルの見直しについては、更新した日付を明記し、また、変更部分は下線を引く、色を変えるなどすると、変更内容がわかりやすいので実施されてはいかがでしょうか。職員にも変更点が伝わりやすいと思います。 2) 災害発生時の対応 災害発生時の職員の安否確認は管理者が一人ずつ電話連絡することになっていましたが、災害時は電話がつながりにくく、現場が混乱すると考えられます。職員から管理者にコミュニケーションツールを使用して安否確認の報告をされる方がスムーズに安否確認ができるので、検討されてはいかがでしょうか。このような安否確認のシミュレーションを訓練に取り入れられて、災害マニュアルやBCP（事業継続計画）の内容の検証につなげられてはいかがでしょうか。 3) 利用者の満足度の向上の取り組み・評価の実施と課題の明確化 定期的な満足度調査の実施によって、直接意見の言いにくい方の意見も聞き取れるため、ぜひ今年度実施していただき、検討会議にて検討した内容を利用者・家族に返されると、より取り組みの効果が上がると思います。 自主点検以外の自己評価については、地域密着型サービスの特性を生かして、小規模多機能やグループホームの自己評価項目を特養でも実施されてはいかがでしょうか。 【その他のアドバイス等】 小規模多機能で実施された年3回開催した地域向けの相談会が印象的でした。一般の職員の意見が十分に汲み取られ、地域向けのイベント内容がより

様式 7

	実践的に感じられました。実施した職員自身のモチベーションやイベントへの参加意欲に直結するものであり、達成感や次年度開催への振り返りなどにも大きく影響するのではないかと思います。
--	--

※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	2690900515
事業所名	鷹匠の家ほっこり
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)	小規模多機能型居宅介護
訪問調査実施日	令和6年12月25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
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) 法人理念・事業所理念は事業所内に掲示し、職員ヒアリングにて個別に周知されています。また、理念に基づいた活動を広報誌「鷹匠たいむす」によって利用者・家族に発信されています。法人機関紙「さくらだより」には理念が明記され利用者・家族に周知されています。2) 職責フレームが明文化され、等級に応じて明確化されています。理事会が適切に運営され、各種会議や職員ヒアリングにより職員の意見が運営に反映される仕組みとなっています。			
(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) 法人の中・長期計画に基づき、施設全体の事業計画と事業所ごとの計画が作成されています。事業所ごとの計画は前年度の評価に基づき、四半期ごとの計画を明確化されています。事業計画に見守り機器の導入を位置付けて導入されており、個別に評価し不要になれば外すなど適切に使用されています。4) 併設の小規模多機能、特養のユニットごとに定期的に会議が行われ、管理者が集まる会議にて課題の共有をされています。年度初めに施設全体の計画を策定し、事業所ごとに四半期ごとの計画を策定し、その達成度は点数化し可視化しやすいように工夫されています。			
(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、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)		5) 法人の同種種別会議での情報共有、コミュニケーションツールによる情報伝達、京都地域密着型サービス事業所協議会の部会や研修に参加するなど法令遵守・経営に関する情報を得られ、管理者が集まる会議や事業所の会議にて職員に共有されています。遵守すべき法令のリストについては事業所としては確認できませんでした。6) 訪問調査時の職員2人へのヒアリングにおいて、責任者が職員の意見を聴き取り、運営に反映されていることが確認できました。また、事業所による職員ヒアリングは年に2回法人指定のヒアリングシートを用いて定期的に行われています。職員個人の意見を上司を通さずに直接法人に伝える仕組みがありました。7) コミュニケーションツールが導入され、責任者や管理者に常に連絡が取れ、指示が出せる仕組みとなっています。			

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
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)		8) 半年毎に管理者が職員ヒアリングを行い、個々の職員の思いや現状の把握に努められています。また毎年全職員がパーソナルデザインシートを作成し、上司を介さず直接人事部へ職員のやってみたい事や異動希望等を申し入れる仕組みがあります。9) 法定基準よりも手厚い人員配置となっています。人材確保に向けて法人ホームページやSNSを活用して情報発信を行われています。10) 法人研修委員会が年間計画を策定して階層別に研修を実施されています。学びたい事や知りたいことを職員アンケートや面談により把握し、外部研修等の案内や参加促進に繋がられています。法人研修委員会の運営により、研修の実施、評価と見直しが出来ていることを確認しました。11) 学生のインターンシップや社会福祉士実習生を受け入れ、法人内の他事業所の特色を生かして連携しながら対応されています。		
(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、具体的な取組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)		12) 「健康相談室」が法人本部に設置されており、休憩室に置かれたQRコードを利用して直属の管理者を介さず心身のケアを相談することができる体制が整っています。時間外労働に関しては、管理体制に基づき負担が偏らないよう早期の段階で改善策を講じられています。月に一定の超過勤務時間を超えると法人より連絡を受け、業務報告書を作成して改善される仕組みがあります。13) メンタルヘルスに関しても健康相談室が活用されています。感染対策のため通常の休憩室に加え他にも休憩できるスペースが確保されています。衛生委員会により全職員を対象とするハラスメントに関するアンケートを実施されています。		
(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。	A	A
		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) 広報誌「鷹匠たいむす」を年4回発行し、事業所ごとのイベントの報告や普段の様子の写真を掲載し、地域や利用者家族に向けて情報発信されています。また学区のネットワークに属し居場所づくりの協力や防災活動に参加されています。15) 各種学校機関から職場体験の依頼があれば対応されています。近隣保育園児や併設の放課後デイの児童と利用者との交流の場を設けられています。16) 介護職員のスキルや資格を活かして、福祉用具体験会や「はいせつ・おむつの相談会」を開催し、地域住民向けに情報発信されています。		

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
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) ホームページやパンフレットで施設の情報が詳しくわかるように工夫されています。施設見学希望は月平均2～3件あり、施設内見学も可能です。併設の小規模多機能では通いに限り無料で体験利用もできます。		
(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) 介護サービスの内容や料金は重要事項説明書に分かりやすく記載されています。特に加算について詳しい表記があり料金が明確で利用者に分かりやすいものになっていました。成年後見人制度を活用した事例も確認しました。		
(3) 個別状況に応じた計画策定						
		アセスメントの実施	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) 介護記録ソフトのアセスメントシートを使用しアセスメントを実施されています。アセスメントは、入所時、状態変化、入退院時、看取り期に実施し、それ以外は半年毎に見直しをされていました。20) 利用者、家族の意向は個別援助計画書に記載されており、それを基に計画の立案をされていることを確認しました。サービス担当者会議は利用者本人が参加され、家族の意向や希望は事前の電話や面会時に聞き取りをされています。サービス担当者会議に家族の参加も促進されるとなおります。21) サービス担当者会議には関係職種が参加し、計画書を作成されています。管理栄養士を特養に介護業務との兼務で配置し、栄養ケア計画が充実したことで利用者の健康管理につながっているようです。22) 計画の変更はサービス担当者会議を実施して行い、変更後の計画は1日2回のミーティングや連絡ノートで引継ぎ、周知を行われていました。		
(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。	B	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) 入院の際はケアチェック表とサマリーを持参し、退院時にスムーズに受け入れができるように連携を図られています。退院前に相談員が病院のカンファレンスに参加し、状態把握に努められています。関係機関・団体のリストは、特養の責任者が作成されていることを確認しました。24) 在宅サービスへの移行等については契約書の「契約終了に伴う援助」に記載されています。入院中に医療依存度が高くなり、病院と連携し介護療養型の医療施設へ情報を引継ぎ支援を行った事例を確認しました。		

(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	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。	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) マニュアルの見直し箇所の周知は管理者から会議で発信し、マニュアルの配布を全職員に行われています。マニュアルの更新の日付があるものとなっていました。26) 記録等は介護ソフトを活用し集約されています。利用者の記録の保管、保存、持ち出し等についての規定は「文書管理マニュアル」で確認しました。27) 利用者に関する情報共有は月1回の「ケース会議」の際に行われています。ICT（情報通信技術）の活用により、突発的な事象に対してもリアルタイムで情報共有されていました。28) 利用者の状況は面会時に家族に直接職員が普段の様子を伝えられています。面会が困難な家族にはコミュニケーションツールを活用し情報提供されています。		
(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) 感染症マニュアルが作成されており、研修の実施も研修記録により確認しました。感染症により職員の欠員が出た場合は事業所内で連携を図り業務に支障が生じない体制を整備されていました。30) 事業所内はきれいに整頓されています。臭気対策は空気清浄機や換気だけでなく、おむつを新聞で包み、袋を二重にして臭いがもれないように工夫されていました。月に1回衛生委員会がチェックリストを使用して巡視し、職場環境改善に取り組まれています。		
(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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)		31) 「事故マニュアル」を作成しフローチャートで指揮命令系統がわかるようになっており、「緊急時対応マニュアル」を各フロアと事務所に掲示して緊急時にも迅速に対応できるように工夫されています。防犯カメラを3台設置し、電子錠は毎月暗証番号を変更し、外部からの侵入者への対応を行っていました。32) 事故報告書は、対応経過まで書かれていることを確認しました。ヒヤリハットは件数が少ないため、申し送りとは別にヒヤリハットノートを作成し情報共有しやすい体制を作ることで、事故につながる前の対策を検討されていました。33) 災害時発生時のマニュアルは作成されていましたが、実践的な訓練は今年度はまだできていないとのことでした。地域との連携はとれており、消防訓練等を地域の方と実施する予定となっています。災害時の職員の安否確認は管理者が一人ずつ電話で安否確認をする仕組みを作られています。34) BCP（事業継続計画）は作成されています。宇治川ダムの決壊を想定したシミュレーションはされていますが、水害時の浸水がが50cm程度とされており、事業所への被害は少ないと考えられているため特段対策は取っていないとのことでした。		

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
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。	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) 理念に「尊厳」が掲げられ、職員に周知され日常のケアの場面においても利用者の意思の確認に努められています。また、入職時の研修で権利擁護をテーマとした研修を実施されています。36) 年度目標に虐待、身体拘束、不適切ケアの防止に関する目標を設定し、評価されています。また、虐待・身体拘束防止の取り組みとして、全職員を対象にセルフケアチェックを実施されています。37) プライバシー保護のため、特に排泄介助時におむつが他の人に見えない工夫に取り組まれています。また、申し送り時に、利用者の名前の表示をイニシャルで行うなど配慮されています。「プライバシー」についての研修会は法人で行われ、職員が参加されていました。38) 入所判定会議が定期的実施され、今まで入居を断った事例はないことを確認しました。			
	(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		39) 利用者の担当制を導入し、相談しやすい環境を作られています。また、内容に応じて、看護師・栄養士・相談員が対応するなどの体制を取られています。40) 各事業ごとに苦情受付担当者・相談解決責任者を配置し周知されています。苦情内容は法人危機管理室へ報告し、他事業所と共有し助言を受けるなどされています。運営推進会議に報告し、委員からの助言も受けられています。41) 事業の透明性を図るため運営推進会議への報告や、第三者委員の連絡先の周知など第三者によるチェックの体制はありますが、市民オンブズマン、介護サービス相談員の導入は確認できませんでした。			
	(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っている	B	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。	B	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) 満足度調査は定期的には実施されてはいませんが、今年度中の実施に向けて準備を進め、実施担当者を設置されていました。43) 京都地域密着型サービス事業所協議会の部会や研修に積極的に参加し、他の事業所の情報収集と周知がされていました。44) 毎月の職員会議によりサービスの体制や内容について評価振り返りを行い、役職者による運営会議にて共有し、また法人の内部監査において客観的視点により評価を受けるなどPDCAサイクルに取り組まれています。			