

アドバイス・レポート

2026年 4月 13日

令和7年10月27日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（特別養護老人ホーム安寿の里）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 (※)	(通番14) 地域との連携・情報発信 法人内において広報誌「はまゆう」を作成し、事業所内に設置するとともに外部関係機関に配布されています。また、「ANJUだより」を作成し家族に送付するなど、利用者の生活状況や事業所の運営状況を定期的にお知らせできるよう取り組まれています。また、定期的に開催される地域ケア会議（3回/年）に参加し、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等との連携状況を確認することができます。 (通番32) 事故の再発防止等 発生した事故の把握や事実の収集を組織的に行うために、法人内に「事故対策室」が設けられており、具体的な報告事例を聞き取ることができます。また、事故後の報告を受けて、そのケースに対するカンファレンスを行い具体的な対策を検討されています。また、その対策実行状況の経過観察を行い、その評価に取り組まれています。さらに、「事故防止委員会」を設置し事故予防に対する取り組みを行い、マニュアルに沿ったリスクマネジメントへの取り組みが確認できます。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	(通番3) 事業計画等の策定 理念及び運営方針・目標の実現に向けた中期的な計画の策定がなされていませんでした。理念・基本目標及び基本方針のが具体的に示されている一方で、人材不足や今後の育成の見通しや業務量とのバランス、地域における利用ニーズや潜在的利用者の動向など、事業所の運営に対して中長期的な視点において、その課題に向き合った取り組みが必要であり、中期計画の策定が望まれます。 (通番42) 利用者満足度の向上の取り組み 毎年度において1回以上の利用者満足度調査が求められていますが、その取り組み状況が確認できず、事業所としても課題認識を持たれています。利用者の安心した生活や家族の意向など、日々の支援状況から聞き取れる声とは別の方法として、利用者満足度アンケート調査などの実施が求められます。また、同時に職員の就業状況や意向を把握するためにも、職員に対する就業満足度アンケート調査などの実施が望まれます。
具体的なアドバイス	当事業所は、2015年3月29日に開設され、「すべての人々に希望と光 心の安らぎを一高齢者や社会的弱者に温かい手を差し伸べ、生き甲斐のある生活と心の安らぎと希望を提供する」を理念とし運営をされています。基本目標においても、「・地域と家庭の結びつき、・高品質のサービスの提供、・積極的な人材育成」などを掲げられ、利用者およびその家族が安心した生活が送れるように、地域に根差した支援の取り組みを目指されています。 しかしその一方で、過疎化に伴い職員の確保が難しく、長期入所希望や潜在的利用者も減少傾向にあり、運営的にも経営的にも今後さらに課題となっていく傾向が見受けられます。 法人が運営する職業や実生活に必要な能力を育成し、教養の向上を図ることを目的とした専修学校との連携による特定技能職員の充実した受入れ環境の構築や、現職員の就労・就業状況の動向を適切に把握し、中期での具体的な見通しの検証と計画の策定が望まれます。中期的な計画の策定時には、できるだけ明確な目標を設定するとともに、具体的な数値を想定することで、計画および進捗に対する評価・分析が行いやすく成果の管理と達成の実感が持てるよう取り組まれてはいかがでしょうか。 また今後、より法人との現場情報共有・連携・多様な協議を積み重ねていただき、利用者の生活の質の向上に資するより現場感のある支援体制の構築がなされますことを期待しています。

※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	2672100175
事業所名	ユニット型特別養護老人ホーム安寿の里
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)	短期入所生活介護／介護予防短期入所生活 介護
訪問調査実施日	2026. 3. 12
評価機関名	一般財団法人社会的認証開発推進機構

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。		B	A
	(評価機関コメント)		組織の理念および基本方針の明確化・周知については、法人のホームページに理念および基本方針が掲載され、施設の玄関にも掲示されていることを確認した。職員に対しては、職員研修や各種委員会を通じて周知が図られており、利用者の家族に対しては申込時および契約時に説明が行われていることを聞き取った。適切な意思決定と透明性の確保については、事務室に「組織図」が掲示されているほか、「ユニット型特別養護老人ホーム安寿の里 運営規程」において職員および職務分掌について記載されていることを確認した。また、本部においては理事会のほか、三役会、施設長会、部長調整会、主任幹部会を通じて、公正かつ適切なプロセスにより意思決定が行われており、施設内では毎月のユニット会議や各種委員会の開催を通じて、職員の意見が反映される仕組みがあることを確認できたため自己評価BをAとした。			
(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。		B	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)		中長期計画は策定されていない。 単年度計画で策定されている「安寿の里年度目標」では、職員の質の向上や安定した経営基盤の確立などが記載されていることを確認した。しかし、利用者や家族等に対して説明・周知する機会は設けられていない。業務レベルにおける課題の把握と目標の設定については、各種委員会において現状の課題把握や計画に位置付ける目標の設定に取り組んでいることは聞き取れたが、職員の意見が十分に反映されているとは言えず、課題の具体的な解決策を盛り込んだ計画にはなっていない。さらに、策定した目標に対して具体的な改善策が盛り込まれておらず、達成状況の評価結果に基づく課題の明確化など、計画的な改善の実施がなされていない。			
(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	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)		法令遵守の取組みについては、施設長は研修や勉強会に参加し、改正点等を法人内の統一ソフト「サイボウズ Garoon」にて共有していることは確認できたが、事業実施に必要な法令をリスト化した書類が職員に周知されておらず、遵守に向けた具体的な取組みは行われていない。施設長によるリーダーシップの発揮については、運営規程の中に自らの責任と役割が記載されており、ロビーにも掲示されている。また、施設長は三役会（理事長・施設長・部長）に参画していることを聞き取った。施設長による状況把握については、携帯電話により現場を離れている場合においても、常時連絡が取れる体制であることを聞き取った。また、「自然災害発生時における業務継続計画」が策定されており、緊急事態発生時には直ちに職員からの報告を受け、指示を行うことができる体制となっていることを確認した。		

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
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。	B	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。	B	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	B
		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)		総合的な人事管理については、理念・運営方針に基づき、「職員心得」に期待する職員像が明記されていることを確認した。また、人事考課制度により、職員の成果や貢献度を評価し、キャリアアップ支援を通じて自ら将来像を描くことができるような総合的な仕組みが構築されていることを、ホームページおよびヒアリングにより確認できたため、自己評価BをAとした。 質の高い人材の確保については、必要な人材および人員体制に関する具体的な方針や管理体制が整備されていることをホームページで確認した。外国人を含む幅広い分野からの採用を行っており、法人として「専修学校香南学園」を運営し、外国人採用に積極的に取り組んでいることについても確認できたため、自己評価BをAとした。一方で、職員数は配置基準を満たしているものの、休息時間の確保や外国人の資格取得支援に十分な時間を割けていない現状があるとの説明を受けた。 計画的な人材育成等については、法人において研修体制が整備され、職員研修が計画的に実施されていることは確認できた。しかし、施設長による定期的な職員面談やアンケートは実施されておらず、各職員の目標管理に基づいた教育・研修への参加については十分とは言えない状況であることを聞き取った。 実習生の受け入れについては、実習マニュアルやプログラムは策定されている。現在は実習生の受け入れ実績はないが、要望があれば受け入れる体制にある。		
(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	B
		(評価機関コメント)		労働環境への配慮については、職員の有給休暇の取得率や時間外労働のデータが法人本部の人事部において一括管理されていることを確認した。また、職員の身体的な負担を軽減するため、「ノーリフティング（抱えない介護）」などの取り組みが行われていることを施設見学時に確認した。情報共有については、法人内では「サイボウズ Garoon」、職員間では介護ソフト「申送り」を活用している。 ストレス管理については、職員に対して年1回のストレスチェックが実施されている。また、職員用の休憩室が確保されていることや、ハラスメント相談窓口が分かりやすく掲示されていることを施設見学時に確認した。一方で、職員のストレス軽減を目的とした福利厚生制度については、具体的な内容を確認することができなかった。		
(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。	B	B

		(評価機関コメント)	地域との連携・情報発信については、施設の情報を月1回「ANJUだより」として発行し、ケアマネジャーや家族宛てに配布しているほか、地域の回覧板を活用した情報発信も行っていることを聞き取った。また、施設長は地域の医師や民生委員、社会福祉協議会等で構成される「宮津地域ケア会議」に参加し、情報の収集および発信を行っている。 地域との交流については、地域行事の際に職員やボランティアの支援のもと、利用者が参加していることを聞き取った。しかし、ボランティア受け入れに関する基本姿勢が明文化されておらず、ボランティアに対する研修も実施されていない。 地域への貢献については、海岸の清掃活動や側溝清掃などの地域貢献活動を実施しているほか、事業所は福祉避難所に指定されており、原子力災害を想定した避難訓練等を実施していることを聞き取った。一方で、地域住民に向けた専門的な技術講習会や研修会の開催は行われていない。
--	--	------------	---

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)		事業所情報の提供については、ホームページやパンフレットを活用していることを確認した。また、施設見学については必要に応じて実施しており、ショートステイに限り、1泊2日のお試し利用を実施しているとの説明を受けた。				

(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)		内容および料金の明示と説明については、費用負担が明示された「契約書」、「重要事項説明書」、「身元引受承諾書」および「個人情報使用同意書」を確認するとともに、適切な説明がなされていることを聞き取った。また、ホームページにおいても料金が明示されていることを確認した。		
(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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		利用者個々の心身および生活状況に応じたアセスメントについては、全体的な見直しを6か月に1回、食事および機能訓練については3か月に1回実施している。多職種の協働により状態の変化を把握し、「WINCARE」で管理している。また、入退院等による状態変化時には、随時再アセスメントを実施していることを聞き取った。 個別援助計画の策定における利用者等の意向の尊重については、意思疎通が可能な利用者には直接、困難な場合には家族から意見を聴取し、計画に反映させていることが、本人または代理人の署名がある「施設サービス計画書」により確認できた。しかし、サービス担当者会議等に利用者や家族が参加する仕組みは設けられていない。 個別援助計画策定時における専門的意見の集約については、「栄養ケア計画書」や「個別機能訓練計画書」等に、主治医やリハビリ職を含む専門職の意見や助言が記載されていることを確認した。 個別援助計画の定期的な見直しについては、「ケアプラン作成マニュアル」に基づき、6か月に1回（機能訓練・栄養については3か月に1回）実施されている。ただし、状態変化等に伴い計画を変更する際の具体的な基準が明文化されていない。		
(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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		多職種協働については、嘱託医および歯科医との連携により、医療的ケアや入院調整が適切に行われている。また、介護・医療・福祉の専門職や民生委員等が連携して課題解決を図る「宮津市地域ケア会議」にも積極的に参加し、地域課題の解決に向けた連携が図られているとの説明を受けた。さらに、利用者に関係する機関・団体がリスト化されていることを施設見学時に確認したほか、利用者の状況に応じて短期入所等の他事業所との連携が図られていることを聞き取れたため、自己評価BをAとした。 サービス移行時の連携および相談対応については、生活相談員が中心となり、利用者および家族の意向を踏まえたうえで、関係機関との連携が適切に行われていることを聞き取った。しかし、引継ぎや申し送りに関する手順および手続きを文書化したものは確認できなかった。		
(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。	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	B
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)		業務マニュアルの作成については、「安寿の里マニュアル」として、介護・食事・入浴・排泄・認知症ケア等に関する各種手順が整備されている。しかし、これらのマニュアルを定期的に見直すための基準や時期は定められていない。 記録の管理体制については、「WINCARE」を用い、IDおよびパスワードによるアクセス制限のもとで適切に管理されている。また、「サイボウズ Garoon」内に収められている文書規程において、利用者記録の保管および保存について定められていることは確認できたが、文書の廃棄に関する規定は確認できなかった。 職員間の情報共有については、各ユニット内では連絡ノート、ユニット間および各専門職間では申し送り用紙（日誌）、施設全体ではExcelによる申し送りシートを活用し、利用者の状況がリアルタイムで共有されていることを聞き取った。 家族等との情報交換については、事前予約制による面会を実施しているほか、個別援助計画に大きな変更が生じた際には、電話等により丁寧な説明を行っている。また、広報誌「ANJUだより」を毎月発行し、施設行事や利用者の日常の様子を家族に伝えていることを確認した。		
(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)		感染症対策については、「感染症マニュアル」およびクラスター発生時を想定した「業務継続計画（BCP）」が策定されている。これらの計画には、発生時の情報開示についても明記されていることを確認した。 事業所内の衛生管理等については、清掃業務を外委託し、毎日点検表により確認しているほか、アシスタントパートナーによる居室清掃や各ユニットへの空気清浄機の設置など、清潔な環境の保持に努めていることを施設見学時に確認した。		

(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)		事故・緊急時対応については、「緊急時対応フローチャート」が各ユニットに掲示されているほか、転倒・転落、窒息、交通事故、離設等の項目別に「防止策」および「発生時対応マニュアル」が整備されていることを確認した。また、事故予防や緊急時対応に関する研修が定期的に行われていることを聞き取った。 事故の再発防止等については、「事故報告書」が整備され、事故対応やその経過が記録されている。また、「ひやり・はっと報告書」には、記録者、状況および原因が記載されていることを確認した。さらに、法人内に事故対策室を設置し、事故防止委員会を開催していることを聞き取った。 災害対策については、風水害・火災・地震・原子力災害に関する各マニュアルが日中・夜間別に作成されている。消防署との合同訓練（年1回）や独自の昼夜別避難訓練（年2回）を実施しているが、備蓄品リストの整備は十分とは言えない。 事業の維持・継続に関する取り組みについては、事業継続計画が自然災害および感染症の双方について策定され、職員への研修も実施されている。しかし、計画に基づいた実践的な訓練や研修が十分に実施されているとまでは言えない。		

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。	B	B
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)		人権等の尊重については、利用者の人権や意思を尊重する姿勢が「安寿の里マニュアル」および安寿の里の「運営方針」において示されている。また、各ユニットに意見箱が設置されていることを施設見学時に確認した。さらに、虐待防止・権利擁護に関する研修を定期的に行い、職員の意識啓発に努めていることを聞き取った。 利用者の権利擁護については、「事故の発生防止および発生時の対応マニュアル」や「虐待防止マニュアル」、「身体拘束対策マニュアル」等が整備されており、発生時の対応方法についても定められていることを確認した。また、各種委員会において虐待や身体拘束の有無を報告し、発生および再発の防止に努めていることを聞き取った。一方で、不適切事案が発生した際の組織的な対応手順については十分とは言えない。 プライバシー等の保護については、入浴や排せつ等の各種マニュアルにおいて、プライバシーに配慮したサービス提供について記載されていることを確認した。また、年2回の研修も実施されている。 利用者の入所決定方法については、運営規程にサービス提供拒否の禁止が明記されている。自施設で対応が困難な場合においても、他機関の紹介等の適切な措置が講じられている。		

(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。	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。	B	B
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	A

	(評価機関コメント)	利用者の意向の把握については、各ユニットに意見箱が設置されていることを施設見学时に確認したほか、「重要事項説明書」にも明記されている。また、「第三者サービス運営委員会」において、客観的な視点からの報告および改善が行われているとの説明を受けた。 意見・要望・苦情等への対応の仕組みおよびサービス改善については、「苦情解決処理規程」が整備され、苦情解決の具体的な流れが示されていることを確認した。また、契約書においても苦情処理の手順が記載されている。ただし、改善状況については公表されていない。 第三者への相談機会の確保については、「重要事項説明書」に掲載されているほか、施設内にもポスターが掲示されていることを確認した。			
(3) 質の向上に係る取組み					
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	C	C	
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	A	A	
(評価機関コメント)	利用者の満足度の把握については、アンケート等の客観的指標を用いた満足度調査は、現時点では実施されていない。 質の向上に対する検討体制については、毎月開催される「各種委員会」において、多職種の職員による検討が行われ、サービス改善につなげていることを議事録により確認したため、自己評価BをAとした。 評価および課題の明確化については、第三者評価の受診に加え、法人内で「業務監査書類確認表」を用いた毎年の自己評価を実施している。				