

アドバイス・レポート

令和 4 年 1 1 月 1 7 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

令和 4 年 9 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ 高齢者福祉総合施設ももやま ）
 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>1) 理念の周知と実践</p> <p>法人理念「生涯地域共住」のもと、ももやま独自の3つの理念「ひとり暮らしの安心を支える」「老人ホームをすまいに」「全ての世代の広場に」を職員全員が意識して取り組まれていることが様々な実践から確認できました。たとえば、施設見学時、利用者にとっては騒音となるであろうナースコールの音がまったく聞こえなかったため、理由を尋ねると、利用者の心地よい環境への配慮から、コールはすべてパイブレーション機能で受信しているとのことでした。この事例からも、特養をすまいと捉え、細かな点に至るまで、利用者本位の視点が貫かれていることが感じ取れました。</p> <p>2) 継続的な研修・OJTの実施</p> <p>職員研修に関しては、コロナ禍という制約条件の中、何度も同じ内容の研修を繰り返して実施するなど、職員の希望を聞き取り、参加しやすい環境を整えて人材育成に取り組まれていました。また、2ヶ月に1度、大学教員をスーパーバイザーに招いての事例検討会や、実習指導者向け研修の実施など、大学とうまく連携しながら、様々な形で質の向上に努めておられました。このような取り組みの数々が、職員のモチベーションの維持・向上にも繋がっていると感じました。</p> <p>3) 個別援助計画等の見直し</p> <p>正職員・契約職員を問わず、ユニットに所属する全職員が参加するケース会議、ケアカンファレンスを週1回、毎回1時間かけて実施されてきました。その結果、たいへんきめ細かくケースを掘り下げておられることが、実施記録等から確認できました。この細やかな体制を維持するため、従来型の介護報酬でありながら1.8:1の人員配置を堅持されており、ケアの質と効率化のせめぎあいの中で、うまくバランスを取っておられることが見て取れました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 事業計画等の策定</p> <p>中・長期計画が抽象的で形骸化しているとの反省から、「将来像検討委員会」を設置され、そこで出された計画と、単年度事業計画や個人の目標とを連動させるなど、法人の目指す方向性と個人の努力の方向性を合致させる取り組みは素晴らしいと思いました。一方で、到達度評価の指標においては、曖昧で主観的な部分も見受けられたので、改善の余地があると感じました。</p> <p>2) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>事業計画の達成状況について、半年ごとに監事の評価を受けておられます。また、第三者評価も標準を上回る頻度で受診されており、前回の指摘事項が概ね改善されていることから、質の向上に対して意欲的に取り組んでおられることがよくわかります。一方で、自主点検以外の定型化された指標に基づく自己評価の実施は確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 事業計画の策定</p> <p>計画の到達度は、誰が評価しても同じ結果になるようにする必要があります。たとえ数値化できない項目であっても、「ここまでできたら達成できたこととする」というように、あらかじめ具体的な評価の尺度を定めておくことによって、より客観的な到達度評価になり得ます。ご検討ください。</p> <p>2) 評価の実施と課題の明確化</p> <p>ケアの質を評価するためには、定型化された評価指標に基づく自己評価を重ねることが大切です。とはいえ、一から評価指標を作成するのもたいへんです。そこで、たとえば、この第三者評価の「共通評価項目チェックシート」を使って、毎年自己評価されてはいかがでしょうか。実際に受診するのは3年に1回としても、それは3回分の自己評価の集大成として臨まれれば、より高い評価結果に繋がると思います。</p> <p>【その他のアドバイス】</p> <p>長年、センサーマットに頼らず、利用者の生活リズムを把握して対応する方針をとっておられましたが、最近、センサー付きベッドを導入され、現在試行中とのことでした。センサーを導入することで、過度の訪室がなくなり、利用者が安眠できるというメリットもあります。生産年齢人口の減少により、介護従事者の確保がこれまで以上に厳しくなる中、ICT化、福祉DX化に向け、前向きに取り組んでいただければと思います。</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	2670900444
事業所名	高齢者福祉総合施設ももやま
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、通所介護、訪問介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	2022年9月30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志決定を行い、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) 法人統一の理念である「生涯地域居住」を踏まえた事業計画を立案し、全体会議等の場で周知されています。年に一度、理事長から理念の具体化についての話があり、全職員が参加されています。理念や運営方針は、ホームページや広報誌などを通じて利用者や家族にも周知されています。2) 運営会議、リーダー会議、マネジャー会議、施設長会議、経営会議、理事会と、案件ごとの会議体が定期的に開催されており、適宜、権限移譲も行われています。施設長が現場の会議にも出席し、直接課題を聞き取り、運営に反映させられています。		
(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。	A	A
	(評価機関コメント)			3) 法人としての中・長期計画がありますが、形骸化しているとの反省から、「将来像検討委員会」を組織し、法人全体の将来像の見直しに着手されています。「将来像検討委員会」では、内部環境・外部環境を踏まえた多角的な視点から分析・検討が行われています。施設ごとの事業計画は毎月の運営会議で振り返り、半期に一度見直されていますが、評価の基準が主観的であり、改善の余地があります。4) 施設内のマネジャー会議で各部門の課題を共有し、進捗状況を相互に確認されています。抽出された課題は当該ユニットに所属するすべての職員が参加するユニット会議で検討し、解決を図られています。取り組むべき課題は、半期ごとに見直されています。		

(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。	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、事業運営をリードしている。	A	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) 施設長は、京都市老人福祉施設協議会の施設長会や伏見区事業者連絡会、WAM ネット等を通じて、経営や法令に関する最新情報を収集されています。法令はリスト化され、施設内ネットワークから検索・閲覧できるようになっています。法令遵守に係る職員研修を実施されています。6) キャリアパスに役職別の役割や責任が明示されています。施設長は職員研修で役割と責任について表明するとともに、運営会議等に出席して意見を述べられています。年1回、自己申告書に基づいた職員面談を実施して意見を聞き取られています。ストレスチェックの事業所評価結果を自らの行動の評価としておられ、役職者で共有して改善を図られています。7) 施設長をはじめ、職員には業務用のスマートフォンを貸与し、24時間連絡がとれる体制を敷かれています。介護ソフトに入力された日々の記録や業務日誌に目を通されています。毎朝の朝礼で、日々の状況について把握・確認されています。		

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

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。	A	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。	A	A
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)		8) 求める人材像はキャリアパスに明示されており、人員体制は1.8:1を堅持されています。昨年度、法人内に人事部を立ち上げ、これまで以上に新卒採用に力を入れはじめられました。就職フェアに積極的に参加したり、インスタグラムをこまめに更新するなどして、人材確保に努められています。中途採用については、人物本位を心がけ、職員からの紹介などを重視した採用戦略を採られています。資格取得支援のための研修会や講習会を実施されています。9) 法人として、階層別・経験別の研修体制が整備されています。個人ごとの研修計画を毎年作成されています。外部研修はマネージャーが案内し、参加する際には勤務調整や参加費の施設負担などの配慮をされています。2ヶ月に1回、大学教員をスーパーバイザーにした事例検討会を実施されており、成功事例の要因分析と共有が行われています。10) 実習受入れマニュアルを整備されており、基本姿勢や受入方法等が記載されています。大学教員を招いて、実習指導者に対する研修を実施されています。		

(11) 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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		11) 有給休暇や超過勤務については法人事務局でデータ管理されており、そのデータに基づき、取得に偏りがないよう適宜声掛けや指導が行われています。自己申告書を用いて職員の意向を確認されています。育児休業、介護休業の取得実績があります。職員の介護負担を軽減するために、京都府の助成金を活用し、センサー付きベッドを購入されました。12) ストレスチェックを定期的実施し、結果によって受診を促したり、産業医が介入するなど、適切な対応をされています。自己申告書に書かれた内容について、介入が必要な案件については、役職者や法人人事部が適切に介入しておられます。福利厚生制度として「けんこう会」があり、コロナ禍以前は旅行や食事等が催されていました。クラスター発生後の行政からの助言により、休憩スペースを分散するために、現在は地域交流スペースを休憩スペースにすることで、広さを確保されています。		

(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。	A	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) コロナ禍のため、地域住民とのイベントや交流スペースの使用を休止されているものの、地域の「花傘祭り」への参加など、可能な限り地域との関わりの維持に努められています。園芸ボランティア活動は継続されています。14) 地域ケア会議への参加により、地域ニーズを把握されています。小・中学校向けに、オンラインでの介護の出前出張講座を実施されています。地域の事業者ネットワーク「ももねっと」の中心的役割を果たし、介護予防推進センターと協同して地域の商業施設で出前講座を実施したりと、コロナ禍であっても積極的に地域貢献への活動を実施されています。		

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	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、パンフレットのほか、法人全体でインスタグラムを立ち上げ、事業所の魅力を発信されています。見学希望については、オンラインを活用したり、書面で閲覧できるようにするなど、世代によって対応を変えられています。			
(2) 利用契約						
	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) 重要事項説明書等はカラー刷りで見やすく工夫されており、サービス内容や料金等について具体的に記載されています。利用者・家族に同意を得られています。入所中の利用者の権利擁護のために、成年後見制度の活用を働きかけ、締結した事例があります。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	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。	A	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。	A	A	
	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。	A	A	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		17) 包括的自立支援プログラムなど所定の様式を利用し、全職種を交え、3ヶ月ごとに利用者の心身の状況や生活状況を把握されています。看取りケースの場合は2ヵ月ごとにアセスメントを実施されています。基準は明確に定められ、記録もできています。18) サービス計画書には必ず本人・家族の希望が記載されており、利用者本人の言葉をそのまま記載するなど、具体的な内容になっています。意思表示が難しい利用者についても、家族からの情報を得て記載されています。家族からの希望は毎月利用状況を書面や写真でお知らせして、家族の意見を聴取するよう工夫されています。19) 医師・看護師・管理栄養士・理学療法士等の専門職がカンファレンスに参加し、情報を共有してサービス計画書へ反映されています。業務調整を工夫して、積極的にカンファレンスを開催されています。20) サービス計画書は3ヶ月ごとにカンファレンスを実施し、専門職の意見を共有して見直しを図られています。特に本人の体調変化、要介護度の変化、医師から看取りの意見を受けた際は、3ヶ月を待たず行うことがルール化されています。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		21) 提携医療機関、及び主治医と連絡を取り合うシステムが構築されています。生活相談員を中心に、関係機関・団体の連絡先をリスト化されています。地域包括支援センターと日常的に相談を行い、権利擁護のための成年後見制度の導入などを進められています。入退院時の連携も家族の希望を踏まえつつ適切に行われています。		
(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。	A	A
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。	A	A
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。	A	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) 業務マニュアルは、毎年各ユニットごとに運営会議で見直しを実施されています。見直し箇所はカラーで表示し、変更部分をわかりやすくされています。簡潔な表現でコンパクトにまとめてあり、新人職員や現場職員が見やすく、現場の実情に即した内容になっています。23) 記録は介護ソフトで一元化され、生活面の記録内容も充実しています。職員ごとにパスワードがあり、記載しやすい環境にあります。記録の保管・保存・持ち出し・廃棄については、文章管理規定、コンプライアンスマニュアル等に定められています。個人情報保護の重要性やリスクについての研修を定期的実施されています。24) 利用者情報は、ネットワーク上で全職員が閲覧できるようになっています。各ユニットに連絡ノートがあり、全職員が情報を共有されています。週1回カンファレンスを実施し、各職種が参加して課題検討が行われています。在宅部門においても、毎朝のミーティングで情報共有が行われています。25) コロナ禍で一時面会を中止する時期があったものの、状況に応じてオンライン面会や窓越し面会など、柔軟に対応されています。利用者の状況を手紙や写真で家族へ送付する取り組みを新たに実施されています。		
(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。	A	A
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。	A	A
(評価機関コメント)		26) 感染症マニュアルは、法人一括で作成・見直しをされています。毎月感染症対策委員会を開催し、事業所内で情報を共有されています。同じ内容を8回繰り返すことで、全職員を対象に研修を実施して、最新情報や動向など周知されています。新型コロナウイルス感染症に対しては、クラスターの経験を活かし、京都市クラスター対策班の指導のもと、職員休憩室を分散するなど工夫・改善に取り組まれています。27) 施設内は全体的に整理整頓が行き届いています。浴室のシャワーチェア、機械浴など、水回りの清掃は特に行き届いていました。フロアの清掃は業者委託によるものに加え、時間を定めて施設職員も行われています。汚物の処理は、新聞紙、市販のレジ袋を使用して密閉することで、臭気・感染症対策とされています。		

(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。	A	A
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。	A	A
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) リスクマネジメント、緊急対応の研修を実施されています。事故対策委員会を毎月開催し、マニュアルの見直し、事故の傾向分析、対策の検討を行われています。フローチャートで図式化することにより、指揮命令系統が一目で理解がしやすいよう工夫されています。29) 事故発生後、速やかに家族や関係者に連絡されています。事故報告書は案件ごとに作成し、印刷し、ファイリングされています。事故内容は委員会で共有し、分析し、対応について検討されています。今年度、プライバシーや行動制限について議論を重ねた末、助成金を活用して、利用者の動きを機械的に確認するために、センサー機能つきベッドを試験的に導入されました。30) 災害発生時のマニュアル、対応のフローチャートが整備されています。福祉避難所への登録や、台風時に地域住民の一時避難場所として開放した事例、地域の自主防災担当者を交えて防災訓練を開催するなど、実態として地域との連携を示す事例が複数ありましたが、地域連携を意識したマニュアルは確認できませんでした。		

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	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。	A	A	
	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。	A	A	
	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)		31) 新人・採用時研修に「尊厳と倫理」についての研修を実施されています。全体研修では、「高齢者虐待」「身体拘束」について実施されています。身体拘束廃止委員会、高齢者虐待防止委員会を定期的に開催されています。「虐待の芽チェックリスト」を用いて、自分のケアが適切か振り返る取り組みが行われています。32) 全体研修で「プライバシー保護」の研修を実施されています。4人部屋の作りであっても、カーテンではなく「障子」を用いることで1人部屋に近い空間となるように工夫されています。入室時に一声かける等の礼節、接遇について、学習、話し合いの機会を設けられています。33) 入所判定委員会により、公平・公正な利用者の決定を行うよう運営されています。医師の意見を参考にして、医療、健康管理が自施設の体制、設備で可能であるかの判断を行い、さらに、第三者委員として地域の民生委員に参加をしてもらうことで、高い透明性を確保されています。			
(2) 意見・要望・苦情への対応						
	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。	A	A	
	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)		34) 施設内に意見箱を設置して、利用者の意見を収集する仕組みがあります。利用者アンケートを年1回の頻度で実施されています。コロナ禍ではありますが、ドア越しでの面会や、LINEの活用により遠方の家族との面会を実現するなど、声を拾う努力が行われています。35) 利用者の意見・苦情は、記録に残し、毎月の事故苦情対策委員会で検討されています。集められた意見・苦情は内容と対策を記載し、ファイリングして玄関入口に置き、誰でも閲覧ができる形で公開されています。現在、法人のホームページによる一括公開を準備中とのことです。36) 外部の第三者委員を選任し、苦情等の内容を書面で確認してもらい、意見をもらわれています。第三者委員や公的機関の相談窓口の連絡先が施設玄関、フロア内に掲示されています。コロナ禍ということもあり、市民オンブズマン等の外部の人材受け入れはできていませんでした。			

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	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。	A	A
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。	A	A
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。	A	B
(評価機関コメント)		37) 利用者アンケートの結果は、会議を通して全職員に周知されています。さらに、項目ごとに分析を行い、分類して、各職種、会議、委員会等で改善策が検討される仕組みがあります。例えば、食事に関する意見が食事委員会を通して外部の委託業者と共有され、利用者の意向が反映された事例があります。38) ケース会議、運営会議等、各種会議には多職種が参加し、より良いサービス提供について検討を行う仕組みがあります。更に法人単位での事業種別会議を開催し、法人内の事業所間の実践、成果を共有されています。39) 事業所ごとに策定した事業計画を6ヶ月ごとに振り返り、監事の評価を受けられています。評価結果をもとに次年度の計画を策定されています。第三者評価事業を1～2年単位で受診されています。この評価項目で求める自己評価に該当する取組みは確認できませんでした。		