

様式 7

**アドバイス・レポート**

令和 5 年 2 月 1 7 日

令和 4 年 1 1 月 2 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた ライフ・ステージ 夢咲 様につきましては、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><b>1. 理念の周知と実践</b> 「和顔愛語」(理念・方針、高齢者介護の意義などがまとめられた冊子)を入職時に配布している他、朝礼時に理念を唱和していました。また、「和顔愛語」にはマニュアル「はじめの一步」があり、職員教育にも生かしていました。</p> <p><b>2. サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 入居者の記録は介護ソフトを利用し、どの職種の記録か分かり易くするために、職種毎にフォントの色を変えたり、入居者の状態の経過が分かりやすいように、項目別に情報を記載していました。また、個人情報保護規程に保管、保存、持ち出し、廃棄について定め、手順どおりに運用していました。</p> <p><b>3. 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b> 苦情解決規程があり、ルールや手順を明記していました。苦情があれば報告書にて原則当日に各部署各職種(施設長含む)で共有し、解決に取り組んでいました。報告書に経緯の記載や再発防止の具体的方法を記載していました。意見要望苦情についての公表は法人広報誌「ききょう」にて行っていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1. 個別援助計画の見直し</b> 施設サービス計画書の見直しは実施していましたが、見直す時期・手順等を定めていませんでした。</p> <p><b>2. 利用者の家族等との情報交換</b> 体調不良時や緊急時には家族等に連絡するようにはしていましたが、定期的な情報交換の仕組みや、日常の様子を伝える仕組みはありませんでした。</p>

	<p><b>3. (通番 28) 事故・緊急時の対応</b></p> <p>緊急対応規程を整備し、指揮命令系統を明確に定めていました。外出時の事故発生時の対応手順はスタッフ会議内で周知していましたが、緊急対応規程に即した対応方法に関する研修や訓練は実施していませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p><b>1. 個別援助計画の見直し</b></p> <p>施設サービス計画書に記載された目標が達成できているか、あるいは支援内容が適切に行えているかを確認するために適切なモニタリングが必要になります。施設サービス計画書作成マニュアルを整備し、適切な見直しや手順、書式を明確にすることで、誰が対応しても運用できる仕組みを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2. 利用者の家族等との情報交換</b></p> <p>利用者の日常の様子や事業の現況を定期的に情報発信することは、家族の安心につながると同時に、施設の透明性が図れるのではないのでしょうか。例えば、毎月のお便りとして、各入居者の担当職員が個別の手紙を作成し、請求書に同封すること等、情報発信の仕組みを検討してはいかがでしょうか。</p> <p><b>3. 事故・緊急時の対応</b></p> <p>事故とは何か、緊急時とは何か、の概念を整理したうえで、緊急対応規程が職員に浸透し、実際の場面で適切に行動できるようになるためには、規程に即した訓練や研修を実施することが効果的ではないのでしょうか。訓練や研修を行うことが職員の安心にもつながりますので、年間研修計画等の立案時に計画さ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)

※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	2692700202
事業所名	ライフ・ステージ 夢咲
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・訪問介護
訪問調査実施日	令和4年12月13日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 「和顔愛語」（理念・方針、高齢者介護の意義などがまとめられた冊子）を入職時に配布している他、朝礼時に理念を唱和していました。また、「和顔愛語」にはマニュアル「はじめの一步」があり、職員教育にも生かしていました。 2. 理事会は定期的開催していました。「リーダー会議」「スタッフ会議」「ユニット会議」と体系的に運営しており、各会議で職員の意見を反映する仕組みとなっていました。職務分掌規程に職務に応じた役割を明記していました。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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. 単年度の事業計画に加え、10年後を見据えた中・長期計画を策定していました。リーダー会議で現状分析を行う他、ユニット会議で職員の意見を反映して、次年度の事業計画を策定する仕組みとなっていました。 4. 品質目標（施設の目標）を策定し、その達成に向けた実施計画書（介護・看護等各部門）にて課題の現状把握をすることで目標達成に取り組んでいました。リーダー会議で3ヶ月に1回達成状況の確認をしていました。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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、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)	<p>5. 施設長は労働安全の研修に参加し、施設内で法令遵守の研修を実施していました。しかし、事業運営に関連する法令をリスト化していませんでした。</p> <p>6. 施設長の役割は職務分掌規程に定めていました。施設長はリーダー会議に参加し、自ら意見を述べていました。また、職員面談時（年2回）に使用する書式「自己申告書」の中に「施設長に対する意見・相談」という項目を設け、職員の意見を聞き取る機会とするほか、自らの評価に活用していました。</p> <p>7. 施設長は、日報で事業の実施状況を把握していました。また緊急時は、マニュアルに沿って施設長に報告する仕組みとなっていました。</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

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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. リーダー会議にて人員体制に関する考えや人事管理に関する方針を明確にし、人員配置等について検討していました。資格取得支援として、介護福祉士受験対策講座を開催していました。</p> <p>9. 年間研修計画を作成しており、計画に基づいて研修を実施していました。必要な外部研修は勤務調整や参加費を負担する仕組みのほか、職員から要望のあった研修を施設内研修として実施していました。今年度は、オムツのフィッティング研修を実施していました。</p> <p>10. 実習生受け入れマニュアルを整備していましたが、実習指導者に対する研修を実施していませんでした。</p>		

### (2) 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。	B	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)		<p>11. 有給休暇取得率・時間外労働の管理は、総務部で行い、リーダー会議で分析していました。育児・介護休業等に関する規則を定め対応していました。また、職員の負担軽減のために腰痛ベルトを支給していました。</p> <p>12. メンタルヘルス対策として精神科の医師に相談出来る仕組みとなっていました。福利厚生として施設内の親睦会を行うほか、共済会に加入していました。また、各種ハラスメントに対応した規程も定めていました。仮眠室も十分休息が取れるスペースを確保していました。</p>		

### (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。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>13. 施設の情報を記載した法人広報誌「ききょう」を自治会回覧版にて地域に開示していました。しかし、介護サービス情報の公表制度の内容を開示していませんでした。</p> <p>14. 地域住民に対して「認知症と人権」の講演会を開催していました。また、地域ケア会議に参加し地域の福祉ニーズを把握していました。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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. ホームページやパンフレットにサービス内容や施設の特徴を掲載することで、施設の情報を提供していました。見学や問い合わせがあった場合は相談カードを活用し対応していました。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		16. 重要事項説明書、利用契約書、料金表を用いて説明を行い、同意を得ていました。また、入居後に成年後見制度を利用した実績はありませんが、事務所に冊子「高齢者の保健、福祉サービス利用の手引き」を設置し、成年後見制度活用の必要性があれば説明できるようにしていました。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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。	B	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	B	
	(評価機関コメント)		17. アセスメントは「面接報告書」という独自の様式を使用して行っていました。見直しの時期は1年に1度及び体調に変化があった時と定めていました。令和4年5月開設の為、定期的な見直し時期に達している入居者はいませんでした。 18. 施設サービス計画書は、利用者や家族の意向を尊重して作成し、同意を得ていました。サービス担当者会議に家族が同席する事を定めていましたが、コロナ禍で施設に訪問する事が困難であるため、電話で情報共有して意向を確認し、その意向を計画に反映していました。 19. 施設サービス計画書を作成するにあたり、機能訓練指導員、看護師、介護支援専門員、相談員、管理栄養士がサービス担当者会議に参加し、意見を収集して、施設サービス計画書を作成していました。 20. 施設サービス計画書の見直しは実施していましたが、見直す時期・手順等を定めていませんでした。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		21. 舞鶴市が毎年作成する「高齢者介護の保健、福祉サービス利用の手引き」を関係各所のリストとして活用し、必要時には連絡が取れるようにしていました。主治医とは、週に1回の往診時に情報共有や意見交換を行っていました。			
<b>(5) サービスの提供</b>						
	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。	B	B
(評価機関コメント)		22. 介護老人福祉施設業務手順書、生活相談員手順書を作成しており、入職時に職種に応じた手順書を配布していました。また、手順通りに業務が行えているか「ファーストステッププログラム育成計画書」に照らし合わせて確認する仕組みとなっていました。見直しについては「文書管理規程」に1年に1回実施すると定めていました。 23. 入居者の記録は介護ソフトを利用し、どの職種の記録が分かり易くするために、職種毎にフォントの色を変えたり、入居者の状態の経過が分かりやすいように、項目別に情報を記載していました。また、個人情報保護規程に保管、保存、持ち出し、廃棄について定め、手順どおりに運用していました。 24. ユニット会議を3ヶ月に1回開催し、入居者に関する支援方法や対応について協議していました。決定した事項は介護記録ソフトに「申し送り事項」として入居者毎の情報を書き込み、各職員が確認すればチェックを入れる仕組みを導入していました。 25. 体調不良時や緊急時には家族等に連絡するようにはしていましたが、定期的な情報交換の仕組みや、日常の様子を伝える仕組みはありませんでした。		
<b>(6) 衛生管理</b>				
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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症マニュアルを整備し、感染症予防委員会が中心となって職員研修を実施していました。 27. 事業所、ユニット共に整理整頓できていました。清掃は施設職員が1日1回実施し、臭気や汚れもありませんでした。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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	B
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. 緊急対応規程を整備し、指揮命令系統を明確に定めていました。外出時の事故発生時の対応手順はスタッフ会議内で周知していましたが、緊急対応規程に即した対応方法に関する研修や訓練は実施していませんでした。 29. 事故が起これば「不適合報告書」に記録を残し、家族に連絡していましたが、発生した事故は毎月開催しているリーダー会議で原因分析・対策・評価を協議し、再発防止に繋げていました。 30. 「災害発生時のマニュアル」を作成し、それに基づいた避難訓練を実施していましたが、また、福祉避難所として指定を受け、運用手順を定めていましたが、地域との連携を意識したマニュアルは作成していませんでした。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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)		<p>31. 法人の理念等を示した「和顔愛語」に、人権や尊厳についての項目があり、毎朝礼時に、「和顔愛語」の一文を抜粋して、サービス提供の内容が方針に即して実施できているかチェックをしていました。また、人権・権利擁護委員会を中心に人権及び虐待の研修を年1回実施していました。</p> <p>32. プライバシーや羞恥心の配慮について、新人職員に配布する教育マニュアル「初めの一步」に明記していました。実際の取り組みとして、脱衣所には鍵付きの扉があり、廊下等からは見えない造りにしていました。</p> <p>33. 入居申し込みは原則全て受けていました。相談内容は受付カードに記録し、入居希望者の状況等により入居が困難な場合は、近隣施設に紹介する仕組みがありました。</p>			
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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)		<p>34. 入居者や家族に対する顧客満足度調査を実施していました。また、サービス担当者会議の開催に合わせて、入居者の個別面談を行うことで、意見や要望等を聞き取る機会としていました。入居者ヒアリングで、職員に相談しやすいと聞き取りました。</p> <p>35. 苦情解決規程があり、ルールや手順を明記していました。苦情があれば報告書にて原則当日に各部署各職種（施設長含む）で共有し、解決に取り組んでいました。報告書に経緯の記載や再発防止の具体的方法を記載していました。意見要望苦情についての公表は法人広報誌「ききょう」にて行っていました。</p> <p>36. 法人以外の公的な相談窓口を重要事項説明書に明記し、電話番号も記載していました。しかし、施設内に掲示していませんでした。また、外部の介護相談員はコロナ禍により受け入れができていませんでした。</p>			
<b>(3) 質の向上に係る取組</b>						
	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	A	
	(評価機関コメント)		<p>37. 年1回、入居者及び家族に顧客満足度調査を実施していました。法人「ISO事務局」で各施設の調査結果を集計・分析・協議し、その結果を各施設に報告していました。報告内容は施設内のリーダー会議を通じて、各フロアに周知していました。</p> <p>38. フロア会議、スタッフ会議のほか、施設長や各部署の長が参加するリーダー会議とあり、それぞれの会議が意見の吸い上げと決定事項の周知の役割を持っており、各会議でサービスの質について話し合っていました。また、法人での合同研修会のほか、他法人8施設を交えて行う「まいづる施設長会」にて施設間の情報共有、情報交換をしていました。</p> <p>39. 法人として「内部監査プロジェクトチーム」があり、他施設の職員と相互に施設評価をする仕組みがありました。施設で行っているスタッフ会議とリーダー会議にて「品質目標実施計画書」について話し合い、各項目ごとに評価していました。品質目標実施計画書は3ヶ月毎に見直し、抽出した課題を次年度の事業計画に反映する仕組みとなっていました。</p>			