

様式 7

アドバイス・レポート

2021年7月2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

2020年12月16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豊の郷」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 (※)	<p>○施設長を中心とした風通しのよい現場づくり</p> <p>施設長自身がユニット会議、運営会議、特養会議に参加するなど、現場運営に積極的に関与し、現場の声に耳を傾け、これを施設運営に結びつけており、施設が一体となって、利用者支援に取り組んでいます。</p> <p>○多角的な視点をもとにしたサービス担当者会議の実施</p> <p>管理栄養士、看護師、ケアマネジャーなどが、その都度、利用者ごとに検討課題を挙げ、これを記録化したうえで、サービス担当者会議に臨むなど、それぞれの専門家による多角的な視点をもとに、充実した利用者支援を目指しています。</p> <p>○第三者評価の積極的な活用</p> <p>職員の意見集約のための仕組みの創設、意見箱の設置場所の工夫、文書保存規定の策定、高齢者虐待防止のための研修の実施など、従前第三者評価で指摘された課題の克服がなされており、第三者評価を積極的に活用することで、介護サービスの質の向上を図る姿勢がみられます。</p>
---------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○苦情や事故対応の見直し</p> <p>苦情受付担当窓口が設置されていますが、苦情解決責任者の表示がなく、第三者委員も選任されていません。事故報告書は作成されており、家族への説明もなされているようですが、同書面の家族への説明欄には、かかる記載はありませんでした。</p> <p>○定期的なマニュアルの見直し</p> <p>多様なマニュアルの策定が試みられていますが、その後、定期的に見直しがなされていないものがあります。</p> <p>○施設における計画策定や、目標設定について</p> <p>利用者アンケートなどにより、施設の課題が把握されているにもかかわらず、これが計画策定や目標設定など、具体的な取組みに繋がっていないものがあります。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>特別養護老人ホーム豊の郷は、その人らしく、家庭のつづきとなる施設作りを行い、地域のなかで、地域とともに歩む施設を目指すという施設理念のもとで、運営されています。より一層の発展を期待し、以下のとおりアドバイスをさせていただきます。</p> <p>○充実した苦情対応のために</p> <p>苦情対応の窓口や、苦情解決責任者を定め、苦情解決の流れを図示することで、利用者やそのご家族にわかりやすく明確化することが求められます。そうすることで、多様な苦情を適時に把握することができ、より合理的な施設改善にも繋がるものと考えます。</p> <p>○マニュアルの見直し方法</p> <p>マニュアルを策定した場合には、これを担当する委員会などで、随時検討することはもとより、例えば毎年1回、年度はじめの初回の会議などに、これを見直す機会を設けることもご検討ください。</p> <p>○課題把握と改善への取り組み</p> <p>今後は、把握した課題を改善するための目標設定、計画策定のための手順を明確化しておかれるとよいでしょう。</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	2672600448
事業所名	特別養護老人ホーム豊の郷
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、居宅介護支援
訪問調査実施日	2021年4月12日
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。	B	B
	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. 理念および運営方針はホームページへの掲載や、事業所内への掲示により、周知しています。また毎年5月に全体職員会議を開催し、全職員に対し、事業計画、事業報告と合わせて、これらを職員に周知していますが、令和2年度はコロナ禍の影響により、全体職員会議が実施できておらず、文書配布などの代替措置もとられていません。 2. 職員の意見はユニット会議、各委員会で集約し主任、部長の決裁を経て施設長に報告しています。また、各役職の責任及び権限は運営規程に定めています。		
(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	B
	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。	C	C
	(評価機関コメント)			3. ユニット会議、特養会議、運営会議を各月1回実施しており、現状分析および課題の検討を行っています。なお単年度の事業計画は策定していますが、中長期の計画は策定していません。 4. ユニット会議ではサービスに対する目標設定をしていますが、現在のところ、事業所全体で課題の設定および進捗確認等は行っていません。		

(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、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. 管理者は虐待防止に関する研修などに参加するなど、法令遵守に関する研修に参加しています。また法令に関する書籍を事務所内に備え置くとともに、法令に関する文書をファイリングするなどして調べられる環境を用意しています。法令遵守に関する研修など、職員への周知についての取り組みを実施していません。 6. 施設長の役割については運営規程に示しています。また、施設長は運営会議、特養会議、ユニット会議など事業所内で実施する会議すべてに出席し、事業所の方向性を示すとともに意見を述べる機会を確保しています。 7. 業務の実施状況はユニットごとに管理日誌に記録し、朝礼時に報告しています。緊急時の対応は「緊急時対応マニュアル」に定めており、緊急時連絡網により連絡体制を整備しています。		

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
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。	B	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。	B	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. 職員の常勤、非常勤の在籍状況および資格取得の状況は施設長がデータ化し管理しています。また、職員が資格取得するための補助として受験料・交通費・資格取得に係る講習受講料の2分の1について金銭補助を行っています。求人パンフレットのなかで、多様な働き方を示すとともに、求める人材像を示しています。 9. 職員研修予定表に基づき研修を実施しています。また年1回、施設内研修として、介護力向上研修を実施しています。研修内容は職員同士で介護動作を動画で撮影し確認するなど、自身の介護方法を点検する機会を設けています。 10. 「実習生受け入れ要綱」を作成し、基本方針や手順などを定めています。		
(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。	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. 有給休暇の取得や時間外勤務の状況は、介護主任が状況を把握したうえで、総務課で管理しています。職員の業務負担軽減のため、希望者には腰痛ベルトを支給しており、スライドボードやスライドシートなどの介護負担軽減器具も導入しています。 12. ストレスチェックを実施し、産業医に相談できる仕組みがあります。休憩室には無料のドリンクサーバーを設置し、十分な休憩がとれる環境を確保しています。		

(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. ホームページで事業所の情報を公開し、財務諸表についても開示しています。施設で行事を行う際は、施設長がボランティアコーディネーターとして近隣学校との調整を行い、施設行事への学生の参加を促進しています。 14. 福知山市の「一般社団法人 福知山民間社会福祉施設連絡協議会」に加盟し、市民向けに介護講習などを行っています。民生委員や自治会に案内し、介護相談会で「認知症」についての講義や、介護の寸劇を行っています。		

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

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。	B	B
(評価機関コメント)		15. 事業所の概要は、ホームページや、パンフレットに掲載しています。昨年度は、コロナ禍のため、見学等の受け入れはできていません。電話による相談等の受付はケアマネジャーや、生活相談員が対応しています。受付表は準備していますが、現在のところ、具体的な記録は残せていません。		

(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. 重要事項説明書や、契約書などにより、介護サービスの利用に関して、説明し、同意を得ています。後見人などを選任している利用者との間では、後見人と契約を締結しています。報酬改定など料金変更時には、料金改定説明書で説明し、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	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. ADL等状況報告書などによりアセスメントを行い、モニタリング総括表を用いて、6カ月に1回、モニタリングを行っています。 18. サービス担当者会議の検討課題は、利用者やご家族の意向をふまえ、管理栄養士、医務・介護職、ケアマネジャーが意見をまとめ、サービス担当者会議を行い、目標の設定などを行っています。ケアプランは、家族などが来所した際に、直接説明したうえで、同意を得ています。 19. 週1回、主治医の往診があるので、その際、主治医から、利用者の検討課題に関する意見を聞いています。また、医務から、利用者に関する情報を、主治医に提供しています。 20. 月1回～2回程度 各ユニットごとに、施設ケアマネジャーが主催するケアプラン会議を実施しています。また6カ月に1回、ケアプランの見直しを行っています。		

(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. 月1回、給食委員会を開催し、管理栄養士と連携しています。また施設ケアマネジャーが入退院の情報交換を行い、医療連携を図っています。利用者が退所する場合で、他特養への移行する場合などには、施設ケアマネジャーが情報提供を行っています。		
(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。	B	B
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	B
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	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルとして、「各ユニット業務表」を作成し、毎年見直しを行っています。毎年3月に、利用者アンケートや嗜好調査を実施しています。利用者アンケートは集計し、結果分析が行い、職員に配布しています。もっとも、このようなアンケート結果などが、具体的なマニュアルに反映できていません。 23. 介護ソフトで、個人別の記録を管理しています。職員には入社時に、個人情報の管理に関する誓約書を交わしています。「個人情報保護規定」、「文書保存要綱」において、記録の管理、利用、保存、廃棄に関する定めがあります。法令遵守の研修を行っていますが、前年度は実施できていません。 24. 職員連絡ノート、業務日誌、介護ソフト等で、利用者に関する情報を職員間で共有しています。 25. 家族へは定期的に連絡するとともに、サービス担当者会議にも出席してもらい、情報共有や報告を行っています。また、利用者の状態に変化があれば、随時連絡をしています。		
(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。	B	B
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. 感染症対策のマニュアルとして、「介護現場における感染対策の手引き」を作成しています。また感染症対策委員会を、2カ月ごとに開催し、議事録を職員に回覧しています。ただし、感染症である利用者について、二次感染を防ぐ対策を講じた上で受け入れる態勢までは整えていません。 27. 施設内清掃は、点検表を作成のうえ、事業所職員が行っています。毎日、リビング、トイレの清掃を定時に実施し、毎週1回はシーツ交換、居室清掃を行っています。リビングに空気清浄機を設置しているほか、こまめに窓を開けて、換気を行っています。		

(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。	B	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	B
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. 「事故防止・発生対応マニュアル」を作成し、事故や緊急時における責任者、指揮命令系統が明らかにしています。マニュアルに基づく研修は実施していません。 29. 事故報告書を作成し、リスクマネジメント委員会がこれを分析しています。家族への報告はケアマネジャーがしていますが、事故報告書には報告した内容を記載していません。また「事故防止・発生対応マニュアル」について、定期的な見直しまでは出来ていません。 30. 「災害時における行為規範」などのマニュアルを作成し、災害時における責任者や、指揮命令系統を明らかにしています。地域連携が意識したものとはいえません。またこれに基づく研修も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。	B	B	
	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. 高齢者虐待防止委員会を設置しているほか、高齢者虐待防止に向けた施設従事者のための自己チェックリストを用いて、日常業務の振り返りを行っています。なお、令和2年9月に、高齢者虐待についての研修を実施しました。 32. ユニットケアで全個室となっており、個々の居室の入口には、室内が見れないように、のれんを設置しています。トイレは各部屋に整備しています。また入浴は、マンツーマンで行うようにしています。介護を受ける高齢者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供や、援助の方法についての職員向け勉強会や研修会は実施できていません。 33. 入退所に関する指針に基づいて、入居判定委員会において、利用者等の決定を行っています。利用申込みを受けられない場合などには、他の老人保健施設などを適宜紹介しています。			
(2) 意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	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	B	
	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。	B	B	
	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. 定期的に利用者アンケートを実施しています。施設内に苦情受付担当者についての掲示はありますが、苦情解決責任者の記載はありません。定期的に、利用者の個別相談面接や、利用者懇談会を実施していません。 35. 利用者からの苦情について、苦情報告書を作成しています。苦情の内容や改善状況の公開はしていません。 36. 公的機関等の相談窓口の連絡先を重要事項説明書に記載しているほか、掲示をしています。苦情解決のための第三者委員の選任をしていません。			

(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てている。	B	B
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	B
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. 利用者アンケートを実施し、サービス向上委員会により、結果分析を実施しています。サービスが改善したかを確認する仕組みがありません。 38. サービス向上委員会において、サービスの質の向上にかかる検討をしており、議事録を全職員に回覧しています。しかし、このような検討結果が具体的な取組みに繋がっていることは確認できませんでした。 39. サービス向上委員会で、サービス改善のために利用者アンケートの分析等を行っていますが、次年度の事業計画に反映させていません。		