

アドバイス・レポート

2023年12月26日

令和5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 きはだの郷）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><労働環境への配慮> 施設内の職員用掲示板には、男性職員が育児休業を取得した際の経験談が掲載されており、施設として育児休業等の取得を推奨している姿勢が高く評価できます。職員にヒアリングした際にも、現在妊娠中であるが、職場のフォローもあるので産休・育児休業後はぜひ復職したいとの意向を聞くことができました。</p> <p><<利用者情報を共有しての適切な個別援助計画見直し>> 施設ケアマネジャーは利用者の個別援助計画を年2回及び状態に変化があったときに随時見直しされています。各ユニットで生活されている利用者の心身の状況や生活状況は、担当するスタッフが「日課兼支援内容表」と「ADL評価兼介助内容表」に記入し、ユニットリーダーが集約しケアマネジャーに情報提供することで、適切に施設サービス計画へ反映されていました。また面会（サービス担当者会議）に来ることができないご家族へも適時お手紙などで利用者の様子を伝え、ご意見をいただくことで施設サービス計画へご家族の意見も反映されていました。</p> <p><<利用者の権利擁護>> 「虐待防止マニュアル」を整備し、研修を実施するとともに各ユニットの手に取りやすい場所に配備し、ビジネスチャットツールを使用して共有されています。また、不適切ケアが生じた場合の対応を「虐待（うたがひ）発生時の対応について」で定め、「虐待の芽チェックシート」を職員が実施し、自己点検の機会を持ち、利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を行う仕組みがあり、実施されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><事業計画等の策定> 単年度の事業計画はありましたが、中長期計画は策定されていませんでした。また、事業計画を利用者や家族に説明・周知する機会は設けられていませんでした。 事業計画の中に稼働率等の目標は設定されていましたが、その目標を達成するための具体的な計画がありませんでした。</p> <p><<業務マニュアルの見直しと記録と情報の保護>> 各種業務マニュアルは整備されていましたが、見直しの時期の基準が定められておらず、いつ改定されたかがわかりませんでした。また個人情報保護規定がありましたが、記録の管理について十分でなく、個人情報保護と情報開示の観点から職員への研修も行われていませんでした。</p> <p><<評価の実施と課題の明確化>> 年に1回以上自主点検表以外の自己評価はされていませんでした。年度末には事業計画をもとに評価し次年度の事業計画に反映されていますが、定められた評価基準や評価の仕組みは確認できませんでした。また、課題の取り組み状況や結果を公表する仕組みが不十分でした。第三者評価は2018年に受診されています。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><事業計画等の策定> 今後の介護保険法の改正や介護報酬の改定の動き、地域のニーズの変化等を把握・分析した上で、中長期の事業計画を策定されてはいかがでしょうか。中長期計画と単年度計画、そして事業毎の目標と達成するための具体的な計画が連動することで、より一層施設としての地盤が強化されると思います。</p> <p>《業務マニュアルの見直しと記録と情報の保護》 各種業務マニュアルは整備されており、ビジネスチャットツール（ラインワークス）でもいつでも閲覧できるようになっています。感染症マニュアルは必要に応じて見直しをされていました。今後、各種マニュアルにおいて見直しの時期を決めて改定日を明記されていくことが求められます。また個人情報の保護の観点からの記録の管理について、持ち出しについての規定を追加されることをお勧めします。</p> <p>《評価の実施と課題の明確化》 サービス提供状況の質の向上に向けて、特に利用者の人権、権利擁護や虐待防止などに真摯に取り組んでおられます。ぜひ評価基準を設けて定期的に評価を実施し、次年度の事業計画に反映させるとともに、改善に向けた取り組みを公表し、組織としての透明性を確保することをお勧めします。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2671400063
事業所名	社会福祉法人三福福社会 特別養護老人ホームきはだの郷
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)	
訪問調査実施日	令和5年11月13日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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)		組織の理念及び運営方針はパンフレットに掲載するとともに全ユニットの壁に掲示されています。また、全職員が閲覧できるビジネスチャットツールでも共有されています。 理念に基づいて策定された法人の事業計画内にはサービス毎の運営方針が策定されています。 「組織規程」「業務分掌表」等が整備されており、各会議（管理会議・チームリーダー会議・課内会議・ユニット会議）を通して意思決定する仕組みがあります。		
(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。	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)		単年度の事業計画はありますが、中長期計画は策定されていませんでした。また、事業計画を利用者や家族に説明・周知する機会は設けられていませんでした。 事業計画の中に稼働率等の目標は設定されていましたが、その目標を達成するための具体的な計画がありませんでした。		
(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	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、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)	<p>全職員を対象に定期的に法令遵守に関する研修を実施するとともに、常務理事と施設長は毎月1回来所する社会保険労務士による勉強会に参加しています。遵守すべき法令は法人から貸与されたスマートフォンや事業所のパソコンを使用して検索できるようになっているとともに、必要時には保健所に直接確認をしています。</p> <p>職員への上司によるヒアリングは実施されていますが、施設長を評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>報告書・議事録・利用者に関する特記事項等はすべてビジネスチャットツールを利用してリアルタイムで把握できる仕組みになっています。</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

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。	A	B
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。	A	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>人事管理は、「きはだの郷キャリアパスの体系」及び「人材育成方針」「教育訓練計画」「人材育成基本方針」等をもとに実施されていますが、人材確保の方針や職員採用に關しての具体的な計画はありませんでした。</p> <p>「実習マニュアル」「実習指導マニュアル」が整備されており、実習指導者は研修にも参加しています。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>施設内の職員用掲示板には、男性職員が育児休業を取得した際の経験談が掲載されており、育児休業等を推奨している姿勢が確認できました。</p> <p>清掃業務が負担になっているとの現場職員の意見をもとに、清掃専門職員を雇用する等職員の負担軽減につながる工夫が多く実施されていました。</p>		

(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。	B	B
地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、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	A
(評価機関コメント)		<p>地域との関わり方は「倫理規定」に明文化されており、「木津川ネット」等の地域のネットワークへの参加、敷地内に京都府社会福祉協議会の防災備蓄倉庫を設置する等地域貢献にも積極的に取り組んでいます。</p> <p>地域に役立つ情報の開示や提供、ボランティアの受け入れに関するマニュアルは確認できませんでした。</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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		施設のホームページやパンフレットに事業所の情報やサービス内容を載せて随時更新されています。またユニットごとに職員がブログで利用者の様子や季節行事など新しい情報を提供されています。問い合わせ・申し込み方法、利用料金表も更新したものが掲示されていました。特養の体験入所はされていませんでしたが、ホームページの紹介動画では施設の回廊をゆっくり歩くイメージで各ユニットの設備、室内の様子まで公開されていました。			
(2) 利用契約						
		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)		サービス開始にあたっては重要事項説明書、契約書を交わして説明されています。利用料金表も保険対象、保険外に分けてわかりやすく説明しておられます。成年後見人と契約を結ばれている方の事例も確認しました。権利擁護事業についても必要に応じて対応できるよう、パンフレット等の準備をされていました。			
(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)		アセスメントは半年に一度の計画見直し時および入退院などで利用者の状態に変化があった時などに随時行われています。各利用者の担当職員が作成する「日課兼支援内容表」「ADL評価兼介助内容表」をユニットリーダーが集約しケアマネジャーが施設サービス計画の見直しに役立てています。サービス担当者会議には家族への参加を2か月前には呼びかけ、欠席でも意見を聞くようにしています。サービス担当者会議には多職種が参加しておられます。計画を変更する基準は「介護サービス計画作成についてのマニュアル」に定められており、変更した計画はユニットで回覧し、ビジネスチャットツールでも情報共有されていました。			
(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。	A	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)		主治医とは定期診察の他、必要に応じて緊急時や看取りの近い利用者などにはオンコールの看護師を通してすぐに対応できる仕組みがあります。他医療機関への入院・退院時には看護・介護サマリーで情報交換を行い、必要に応じてカンファレンスに参加しています。地域包括支援センターとも連携し虐待などの地域課題にも取り組んでいます。施設退所者には在宅サービスをスムーズに利用できるよう居宅ケアマネジャーに情報提供を行い連携しています。			
(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)	各種業務マニュアルは整備されており、ビジネスチャットツールで職員全体に共有されています。昨年度の「満足度調査」を踏まえ「事故報告マニュアル」の見直しをされた事例を確認しました。しかし、マニュアルの見直しの基準は定められていませんでした。個人情報保護規定においては記録の持ち出し規定がありませんでした。また記録の管理についての研修が行われていませんでした。利用者の施設サービス計画等の情報共有は随時ビジネスチャットツールを使って職員間でされています。またご利用者の家族への情報交換は、サービス担当者会議、面会（コロナ等で制限があったときはリモート面会）で、さらにユニットごとの行事など利用者の様子を、ブログや四半期に一度のスタッフからの手紙で随時情報提供をされていました。
------------	---

(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。	B	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)		「感染症対策マニュアル」の見直し基準は定められていませんでしたが、感染状況や行政通達に従って随時追加・更新されています。研修も年2回以上され、二次感染を防ぐ方法（ユニット内で収める）を守り、新規入所者の受け入れ体制を取られています。施設内清掃は一部外部委託で行われており、日々のトイレやリビングの清掃はチェックシートで実施状況を確認されていました。施設内臭気もなく、物品は整理されていました。		

(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。	B	B
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。	A	A
(評価機関コメント)		「身体拘束等適正化等委員会」にて事故も含めて管理、検討されていました。「事故・緊急時対応マニュアル」があり、研修や訓練も年2回以上行っておられます。事故が起きた時の「インシデント・アクシデント事故報告書」をパソコンで作成し提出、委員会で検討されていましたがマニュアルの見直しがされていませんでした。施設は災害時の福祉避難所として木津川市と協定を結んでおり、市の備蓄も施設内に預かっておられました。「自然災害及び感染症のBCP」が作成されておりシュミレーション研修（座学）や避難訓練（夜間想定も含む）もされていました。消防署との合同訓練や木津川市の合同防災訓練、福祉避難所訓練等への参加はされていましたが、地域との連携を意識した計画やマニュアルの作成ができていませんでした。		

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
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	B	
	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)		<p>利用者の人権にかかる研修や認知症ケアの研修を実施し、利用者の人権や自尊心を尊重したサービス提供をされていることを利用者ヒアリングから確認しました。虐待については「身体拘束等適正化委員会」で取り扱い「虐待防止マニュアル」を整備し、研修を実施されています。また、外部の専門家を含めた「虐待防止第三者委員会」を設置されています。「虐待(うたがい)発生時の対応について」で不適切ケアが生じた場合の対応を定め、「虐待の芽チェックシート」を職員が実施し、気づきの機会にされています。「プライバシー保護マニュアル」は作成されており、職員に周知されています。利用申し込みは、断らずに受け付けておられますが、申込者のニーズと提供できるサービスに内容に齟齬がある場合には他施設や専門職へ紹介されています。</p>			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		<p>「満足度調査」の実施や、エントランスに投書箱の設置、メールやユニットごとに設置している携帯電話、利用者家族の懇親会の開催などを通して、利用者や家族の意向を収集されています。自らの意向を表明できない利用者に対しては家族からの聞き取りや、本人の日ごろの様子から意向をくみ取る工夫をされています。「相談苦情解決要綱」を定め、施設のエントランスやユニットの玄関に「相談・苦情への対応フロー」を掲示、実際に改善された事案を確認しました。また、意見・要望・苦情の改善状況は「家族へのお手紙」で公表されています。事業所関係者以外の第三者を相談窓口として設置し、連絡先を契約書・重要事項説明書や「相談・苦情への対応フロー」に記載し周知されていますが、事業所内にボランティアやオンブズマンの受け入れはありませんでした。</p>			
(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	A	
	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		<p>1年に1回「満足度調査」を実施し、結果を「管理会議」で分析、検討されています。また、「管理会議」ではサービスの質の向上についても検討し、現場からの提案を取り入れ、サービス改善の取り組みにつながっていることを議事録から確認しました。施設長はじめ、各専門職が職能団体や地域の会議に出席し他の事業所の情報を積極的に収集されています。第三者評価は前回2018年に受診されています。年に1回以上自主点検表以外の自己評価をされていませんでした。</p>			