

アドバイス・レポート

令和 6 年 3 月 8 日

令和 6 年 1 月 9 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はなぞの）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) 研修の充実</p> <p>法人内研修計画に基づき、全体研修・採用時研修や階層別の第一課程研修・第二課程研修・役職者研修・管理職研修等行い、また、外部の研修（ユニットリーダー研修・ファーストステップ研修・認知症実践者研修等）には業務扱いで参加させておられました。また、職員が法人独自に作成された「自己申告書」で研修目標を立て、それに基づき自ら受けたい外部研修にも参加できる等自らの学びの機会を得られる環境であることを、職員ヒアリングでも確認しました。</p> <p>2) 地域との連携・交流</p> <p>特養の職員が地域ケア会議にも出席し、地域のニーズを把握するとともに理念の「地域に開き、そしてつなぐ・・・」の下、施設内の地域交流室を開放し、地域住民が気軽に訪れ、喫茶や図書スペースを利用できるなど地域との関係性を重視されていました。また、現在は新型コロナの感染予防の観点から縮小されていますが、地域の方が中心となって俳句の会、水墨画等のサークル活動に利用者地域の方が盛んに交流できる環境を作っておられました。</p> <p>3) 環境整備</p> <p>施設内がきれいに整理整頓され、嫌な臭いも感じられず衛生的な空間にされていました。特に臭いについては、消臭剤やオゾンなどに頼らず、外注の掃除スタッフを配置していない中で、職員一人ひとりが我が事としてとらえ、環境整備が利用者にとって大切なことであると認識し、普段から環境整備に取り組まれている証だと思えます。</p> <p>また、環境整備専属の職員が配置されており、介護材料・備品等が整理・整頓されていました。浴室の清掃チェック表も付けておられ、普段から意識して取り組まれていることを確認しました。</p> <p>利用者の動線に対しても必要な物以外置いておられず、整理・整頓が行き届き、安全なサービスが提供されていました。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 業務マニュアルの見直し 業務マニュアルの見直しの時期を定められており、施設長の確認を受け毎年7月に更新することになっていましたが、施設長の確認が取れている年と取れていない年があり、マニュアルの更新がされていないものもありました。</p> <p>2) 情報発信の工夫 ホームページやInstagramを使って施設の行事や取り組みを積極的に発信しておられました。問い合わせがあった際はパンフレットと料金表を渡されているとのことでしたが、パンフレットから得られる施設の概要や生活の情報が少なく、施設での生活の様子が伝わりにくいのではないのでしょうか。</p> <p>3) 利用者からの意見・要望・苦情の聴き取り 家族に対して、送付物の中に意見・苦情等の受け付け用紙を同封したり、毎年満足度調査を実施し調査結果を公表する等丁寧に聴き取りを実施されていましたが、利用者、特に自らの意思を表現しづらい利用者からの要望等の聴き取りをする仕組みがなく、満足度調査も利用者にはされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 業務マニュアルの見直し 業務マニュアルは業務の手順書であり、状況に応じて加筆修正が必要となります。マニュアルの更新の時期や手順は決めておられ、変更する場合には各種委員会において検討を加えられていましたが、更新された場合には更新の日を明確にされる必要があると思います。更新された際には更新日をマニュアル等に記載されることをお勧めいたします。</p> <p>2) 情報発信の工夫 パンフレットに居室や浴室、地域交流室の写真に掲載する等し、生活をイメージしやすい工夫をされてはいかがでしょうか。また、パンフレットとは別に行事の様子や施設の特徴や取り組みを記載した冊子を作成しパンフレットと一緒に配布されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 利用者からの意見・要望・苦情の聴き取り 家族からの意見等の聴き取りは丁寧にされていますので、利用者からの意見等の聴き取りについても今一度方法を考えられ、特に意思の表現が難しい利用者からの意見の引き出し方については、利用者と距離の近い職員の意見を参考にされるなど検討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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670700703
事業所名	特別養護老人ホームはなぞの
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	令和6年1月29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)		1) 理念に照らし合わせて、実践の取組みを評価する法人内事業報告会や事例検討会、法人内全体研修やはなぞの全体研修において実践の価値の共有を図っておられました。また組織理念や運営方針をホームページやインスタグラムで発信されています。2) 法人内施設長会や事業種別会議にて、法人の意思決定に現場の監督職の意見が反映される仕組みがありました。また、事業経営を取り巻く環境把握のため、会議の中で入居申込者の状況の分析を行っておられました。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3) 法人の中・長期計画に基づき、現場職員の意向を確認しながら事業計画を作成していました。コロナ禍で、利用者や家族等に事業計画を説明・周知する機会がありませんでしたが、今後ホームページ等に掲載予定とのことでした。4) 法人施設長会、事業種別会議で、各事業所レベルにおける課題を設定し、半期に一度事業計画の振り返りを行われていました。			
(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、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。	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) 運営管理者（施設長）は、適時研修会に参加され、常に社会保障の動向と介護保険制度について情報収集を行い、全職員対象の研修を実施されていました。また、必要な法令のリスト化もされ、職員がインターネットで検索できる環境となっていました。6) 職務分掌を作成され、職員全体会議で自らの役割と責任を明確にされています。運営管理者は、職員ヒアリングの中で自らの評価を受けたり、「自己申告書」にて個別に評価を受けておられました。7) 緊急時の対応、事故、苦情対応マニュアルを整備し、発生した場合は速やかに報告を行う体制を取られています。運営管理者が不在の際は、携帯電話やLINE、災害時メールを使い分け報告されています。			

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						
		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。	A	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	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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 法人で作成されている「キャリアマトリックス」に期待する職員像が明記されていました。また、介護福祉士や介護支援専門員の資格取得に向けて、研修会を開催していました。9) 採用時には有資格者を積極的に採用されており、現在は介護福祉士の割合が9割とのことでした。事業所の魅力を発信するために、情報発信委員会を立ち上げ積極的にInstagramで発信されていました。10) 法人内研修で、階層に合わせた研修計画を整備されています。新規採用職員には実習レポートを活用し、日々の業務の振り返りと上司からのフィードバックを行っておられます。職員の「気づき」を促す仕組みとして各委員会で勉強会を企画・実施されています。また、職員一人一人が研修目標を立て、その内容に合わせて外部研修に参加する支援を行っておられます。11) 実習の受け入れマニュアルを整備され、社会福祉士の実習生も毎年受け入れておられるとのことでした。		
(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)		12) 労働実態をリーダー、サブマネジャー、運営管理者で相談しながら把握され、毎月の体制表にて必要な人員配置を検討されており、手厚い人員配置をされています。有給休暇消化率75%を目標とされており、令和4年度の実績は83.2%とのことでした。また、職員からの提案でユニットの浴室にリフトを設置されています。ICTの活用については、全館にWi-Fiを整備し、介護ソフトカルテでタブレットを活用されています。13) 職員の悩みや不満、要望を聞くため、運営管理者やリーダーが定期的にヒアリングを実施されていました。福利厚生として「けんこう会」があり、食事会や旅行等職員の親睦の機会をもっておられました。コロナ禍で中止されていましたが今年度より再開予定とのことでした。ハラスメントに対して、体制は整えられていますが周知方法が就業規則への記載だけでしたので、相談受付窓口の連絡先を記載したポスター等を掲示されてはいかがでしょうか。		

(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)		14) 地域との関わりについては、事業計画に盛り込んでおられました。地域に向けての情報開示はホームページやInstagramで行っておられます。地域ケア会議には積極的に参加をされておりました。15) コロナ禍以前は、音楽会、園芸、俳句の会、水墨画など、積極的にボランティアを受け入れておられました。現在は俳句の会だけボランティア主体で実施されており、利用者も参加されているとのことでした。他の活動についても今後徐々に再開予定とのことでした。ボランティア受け入れに関する基本姿勢の明文化、マニュアルが確認できませんでした。16) コロナ禍前は、すこやか教室などへ地域交流室を提供されており、来年度から再開予定とのことでした。地域交流室には、図書の間読スペースや喫茶パントリーがあり、家族や地域の方の憩いのスペースとなっています。また、玄関前にベンチを置くことで、地域の方の寄り合い場所を提供していました。地域に向けて、介護や医療・福祉について、専門的な技術講習会や研修会は開催されていませんでした。		

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

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)		17) ホームページやInstagramを活用し、事業所毎の情報提供を行っておられました。見学や問い合わせの際はパンフレットと料金表を使用し生活相談員が対応されています。入所希望で入所に不安を感じられる方に対しては、担当のケアマネジャーと連携し、はなぞのショートステイを利用いただき、安心して入所できるように配慮されていました。		

(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)		18) 重要事項説明書にサービス内容や料金、保険外のサービス料金が記載されているのを確認しました。成年後見制度を活用され、利用者の中に後見人がついておられるケースを確認しました。		

(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)		19) 包括的自立支援プログラムを使用してアセスメントを実施されていました。パソコン・システムの介護ソフトを通じ、看護師から医師へ報告や意見を連絡し、助言を受けておられました。サービス担当者会議内での課題抽出や、状態変化時、退院後など随時アセスメントを実施されていました。20) 個別援助計画書に利用者、家族の意向が明示されていました。サービス担当者会議に家族が参加しやすいよう時間帯や家族の都合に合わせて日程調整されていました。参加困難な際は手紙や面会時に希望等を確認されていました。21) 配置医師や、歯科医師・歯科衛生士、理学療法士に意見を照会し、個別援助計画に反映されていました。22) 個別援助計画を見直す時期を一覧表にまとめておられます。見直し後はユニット内で回覧し、個別ファイルに閉じておられました。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		23) 介護職から利用者の病状や健康状態に関する質問を介護ソフト内で発信し、医師が確認し、指示される仕組みができていました。施設内に地域包括支援センター、居宅介護支援事業所があり連携を取られています。24) サービス移行にあたり情報提供はされていますが、情報提供の手順と手続きを文書で確認することは出来ませんでした。		

(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。	A	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。	A	A
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)		25) 業務マニュアルが整備され、各ユニットに設置されていましたが、1年に1度の見直しは確認できないものもありました。26) パソコン及び情報媒体に関する使用ルールを定めておられることが確認出来ました。27) 介護ソフトに記録を入力し、全職員が確認する仕組みを確認出来ました。28) 居室での面会を再開されていました。感染症まん延時にはオンラインでの面会を実施されていました。		

(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。	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)		29) 法人内の研修プログラムに沿って感染症に関する研修を実施されています。実際の感染症のまん延を想定して委員会での検討を行い、全体研修にて講義・演習を実施しておられます。感染症対策マニュアルが整備され各ユニットに設置されています。30) 環境整備担当職員を一名雇用されています。備品の管理については各ユニットの職員が担当されています。点検表を作成され、施設内は整理・整頓が行き届いており清潔な状態が保たれていました。		

(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。	A	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。	A	A
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)		31) 事故・緊急時のマニュアルを各ユニットに設置しておられます。事故発生時の研修を行っておられます。緊急時における責任者、指揮命令系統を確認出来ました。32) 事故が発生した際、家族への報告、保険者への報告は確認出来ました。事故防止対策委員会を設置し、自身のユニット以外で起きた事故以外でも情報共有されていますが、「事故」「ヒヤリハット」の定義は確認出来ませんでした。33) 災害発生時を想定した全体研修を年に1度実施されています。防災訓練に関しても年に2回実施されています。研修に参加出来ない職員に対しては研修内容を録画し、視聴出来るよう工夫されていました。34) 事業継続計画を作成され、指示系統、緊急時の対応、備蓄の管理等について定められていることが確認出来ました。		

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。	A	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)		35) 全体会議において、高齢者虐待防止について研修を行うとともに、利用者に対する接遇について尊厳が守られているか話し合う機会を持たれていました。看取りの利用者の振り返りも行われその内容を家族に伝えておられました。36) 身体拘束、虐待防止の規程、マニュアルが整備されており、全体研修において研修が行われ、参加できない職員は1週間以内に動画で研修が行われていました。37) 排泄については、排泄介助が必要なことが他者に気づかれないよう、物品の持ち運びの工夫をしたり、同性介助の希望があれば個別援助計画に明記し対応する等プライバシーの保護について意識の徹底を図られていました。その反面、プライバシー保護についての規程マニュアルの確認ができませんでした。38) 利用者の入所の決定については、京都市の入所指針に基づき入所判定委員会において公正、公平に取り扱われていました。支援困難ケースについても断られたことがないとのことでした。		
(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。	B	B
		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。	A	A
		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)		39) 家族に対して満足度調査を定期的に行われており、意見箱の設置や書類を送付する際に意見要望等を記載できる用紙を同封する等意見や要望を確認する工夫されていますが、自らの意思を明確にできない利用者の要望等を確認する仕組みはないとのことでした。利用者への個別の面談や懇談会も実施はされていませんでした。40) 利用者や家族からの意見や苦情に対する対応方法のマニュアルがあり、施設長への報告、各種会議での検討が行われていました。家族からのアンケート結果についてはホームページにおいて公開されていました。41) 第三者委員は選任しておられ、重要事項説明書にも記載され、玄関にも氏名連絡先等が掲載されていましたが、利用者への相談の機会を確保するための外部の人材の登用はされていませんでした。法人内の他の事業所の職員や地域の自治会の方、サークルの方などに定期的に利用者の声を直接聴き取って頂ける役割を依頼されてはいかがでしょうか。		
(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	A	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。	A	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)		42) 利用者満足度調査を年1回行い、その調査結果を各ユニットで公開されており、調査結果を各職種で共有し、分析し改善に取り組まれています。43) 全部門の責任者が参加する運営会議、リーダー会議や種別会議等でサービス内容を検討する仕組みがあり、各種委員会において専門家も交えて新しい機器や技術の導入を検討されています。44) 法人内で共通の評価項目があり、その項目に沿って半年に1回自主点検を行ってられるとのことでしたが、客観的な基準での評価についても検討されてはどうか。第三者評価は3年に1回受診し、その結果をホームページに公開されていました。		