

# アドバイス・レポート

令和6年5月9日

令和5年12月4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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>○管理者等によるリーダーシップの発揮</b> 施設長が事業所において実施するすべての会議に出席し職員からの意見を聴取する機会を確保しています。また、会議における意見や声は理事会上に上程し、運営に反映されるようにしています。</p> <p><b>○継続的なOJTの実施</b> 新規採用職員には、選任の育成担当者を配置し長期的にフォローアップする体制を実施しています。その期間については、職員の業務習得状況に応じて柔軟に対応しています。</p> <p><b>○地域との交流</b> 地域との関りは事業計画に「地域交流・貢献事業」として定めています。その具体的な活動の一つとして地域の民生委員と施設で会議を実施し地域の状況を把握するとともに、「ふれあい給食事業」を年2回、地域の民生委員と協力して実施しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○業務課題の把握と目標の設定と管理</b> 毎月実施されるユニット会議でユニット目標を立てるとともに、現状と課題の把握を実施しています。しかし、定期的な確認と達成状況の評価及び課題の明確化について組織的な取り組みが確認できませんでした。</p> <p><b>○ストレス管理</b> ハラスメント対応については、セクシャルハラスメント・マタニティハラスメントに対応した就業規則は定めていますが、他のハラスメントに対する規定について確認できませんでした。</p> <p><b>○利用者満足度向上の取り組み</b> 年1回家族へ満足度アンケートを実施し、サービス向上委員会によりアンケート結果を分析し、職員間で共有しています。アンケート前後でどのようにサービスを改善したかを確認する仕組みはありません。</p>

具体的なアドバイス

特別養護老人ホーム豊の郷は、福知山市大門の自然豊かな環境に位置し地域住民の方との関係の構築と相互協力の下、地域とともに歩む施設を目指すという理念の下で活動されています。また、施設内の環境も全室個室ユニット型施設としてプライバシーと個々人に適応した環境配慮が実施されており、各種介護機器および見守り機器の導入も推進されており清潔、安全、安心な環境となっています。コロナ禍で、目標とする活動について大きく制限を受けた状況下であっても、努力と工夫で理念を実践する為に活動されています。コロナ禍が落ち着きつつある中、今後より一層の発展を期待し、以下の通りアドバイスさせていただきます。

○目標管理について

毎月実施されるユニット会議では、年度当初は目標設定、年度末はその達成状況が確認されていますが、ユニットごとの取り組みにとどまっておらず、施設内での共有と検討、確認を行う仕組みとなっておりませんでした。ユニット単位で実施されている取り組みを施設全体の取り組みとし、定期的な進捗の確認と共有の方法を構築されることを提案いたします。

○ハラスメント規定の充実

職務規定において、セクシャルハラスメント・マタニティハラスメントの規定は確認できました。しかし、ハラスメントの概念が多様化する中、職員間の関係性においてトラブルを回避するためにも、パワーハラスメントなどの規定も必要と思われます。また、利用者・利用者家族との関係性において、職員を保護する目的でもカスタマーハラスメントを規定されることも併せて提案いたします。

○サービス評価と振り返り

利用者アンケートが実施され、また利用者へのヒアリングは所属するすべての職員が実施することになっており、すべての職員がサービスの点検をする機会となっています。しかし、その結果について共有した後の改善確認の機会は確保されていないとのことでした。目標管理の件と併せて、定期的な確認の場を設けることを提案いたします。

※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	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	令和6年3月13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
<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。	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思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	B
		(評価機関コメント)		1. 施設長は、施設内で行われるすべての会議に出席し職員意見を聞く機会を確保するとともに、運営状況について確認する機会を確保しています。しかし、組織の理念及び運営方針を浸透させる取り組みについては、以前は実施していましたが、現在はできていません。 2. 施設長が全ての会議に出席することにより、職員の意見を聞く機会を確保しています。しかし、それを反映する仕組みについて確認できません。		
<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。	C	B
		(評価機関コメント)		3. 単年度、中長期の事業計画を策定していますが、その計画について事業の実施状況や現状分析・課題や問題点について確認・改善する体制について確認できません。 4. 毎月実施しているユニット会議でユニット目標を立て、現状と課題の把握を実施しています。しかし、定期的な確認と達成状況の評価及び課題の明確化について組織的な取り組みは確認できません。		
<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。	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、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>5. 施設長は、民間社会福祉施設施設長研修等に出席し、法令遵守に関する研修機会を確保しています。また、関連法令については書籍を配置するとともに、インターネット検索できる環境を構築しています。しかし、職員が法令遵守に関する研修は実施していません。</p> <p>6. 施設長の役割や責任については職員就業規則の中で明らかにしています。また、施設長はすべての会議に出席することで意見を述べる機会および意見を聴取する機会を確保しています。しかし、自らの行動について職員から信頼を得ているかどうかを評価・見直す方法については確認できません。</p> <p>7. 施設長は常に連絡および指示ができる体制を確保しています。また、職員間も連絡体制一覧表を作成しており連絡体制が確立しています。連絡体制の確立と併せて緊急時の対応についても対応フローを作成し運用しています。</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。	A	B
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。	B	B
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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 京都府人材育成認証制度の認証を受けており、キャリアパス制度を定めています。それに基づき人材育成計画を定めて実施していますが、職員を一定の基準に基づき評価する仕組みが確認できません。</p> <p>9. 事業計画で人材確保に関する計画を定め、実行しています。また、有資格者の採用の他に特定技能実習生の受け入れを積極的に実施し、幅広い分野からの採用に取り組んでいます。</p> <p>10. 年度で施設内の研修計画を策定して実施しています。また、外部研修についても年度単位であらかじめ計画を立て派遣しています。他、職員が自らのスキル向上のために自主的に参加した研修についても施設運営に貢献が期待される研修である場合には、分野を問わず参加費を補助する仕組みがあります。一方、研修実施に関して定期的に計画の評価と見直しをする仕組み及び職員個別の目標管理をする仕組みについて確認できません。</p> <p>11. 実習受け入れに関するマニュアルがあります。しかし、受け入れに際してオリエンテーションや職種ごとの実習内容や注意事項等を定めたものではなく、専門職種の特性に配慮した実習プログラムの定めたものではありません。</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。	B	B
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)		<p>12. 見守りセンサーやモニターカメラの導入など、ICTの活用を積極的に行い職員の負担軽減を図っています。</p> <p>13. 職員のメンタルヘルスの維持に関して産業医である施設嘱託医に相談する体制を確保しています。また、組織や上司に対する意見・要望・不満をくみ取る仕組みとして、職員目安箱を設置しています。ハラスメント対応については就業規則に定め、セクシャルハラスメント・マタニティハラスメントに対応していますが、他のハラスメントに対する規定について確認できません。</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	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. 地域との関わりは事業計画に「地域交流・貢献事業」として定めています。また、地域の民生委員と施設で会議を実施し地域の状況を把握するとともに、「ふれあい給食事業」を年2回地域の民生委員と協力して実施しています。 15. ボランティア受け入れ要綱は定めていますが、コロナ禍もあり近年は受け入れなどが実施できていません。 16. コロナ禍以前は認知症および認知症介護に関する研修会を地域住民に対して実施していました。また、民生委員との連携した活動を継続して実施しています。しかし、地域住民のニーズや状況を把握するための相談事業等に関する活動については主体的には実施できていません。		

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	B
(評価機関コメント)		17. 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。毎月、施設だより「せせらぎ」を発行し、近隣の自治会に回覧しています。ホームページやパンフレットの内容は定期的に見直し、更新はできていません。		

#### (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. 重要事項説明書や契約書により、利用者または家族、後見人等の代理人にサービス利用に関する説明を行い、同意を得ています。介護保険外に該当する実費負担金については、重要事項説明書や別紙料金表を用い説明しています。		

#### (3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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。	B	B
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)		<p>19. 介護ソフトのアセスメント様式を用い、利用者の心身状況や生活状況等を把握し記録しています。適切にモニタリングを実施し、併せてアセスメント情報の見直し及び更新を行っています。</p> <p>20. アセスメントに基づき、利用者一人ひとりに対する具体的な個別援助計画等に目標が設定され明示されています。日々の関わりの中で利用者から、電話や面会時に家族から希望を確認していますが、サービス担当者会議には利用者及び家族は参加していません。</p> <p>21. サービス担当者会議の検討課題は、利用者や家族の意向を踏まえ、介護職、医務、管理栄養士、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。個別援助計画等は家族が来所した際に、直接説明した上で、同意を得ています。</p> <p>22. 「モニタリング総括表」の様式を用い、ケアマネジャーが適切にモニタリングを実施しています。また、利用者の入退院時や心身の状況が変化した時など、必要に応じてサービス担当者会議を開催し、個別援助計画の見直し・変更を行っています。</p>		
<b>(4) 関係者との連携</b>				
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。	B	B
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。	C	B
(評価機関コメント)		<p>23. 嘱託医の週1回の往診時に、情報や意見交換を行っています。福知山市民間社会福祉施設連絡協議会や地域民生児童委員協議会に参画し、有機的な連携を図っています。民生児童委員と協働して、『ふれあい給食』（地域の独居高齢者の方への弁当の配食）を年2回実施しています。利用者の状況に対応できる関係機関・団体リストや資料を作成していますが、職員間の情報の共有化は図られていません。</p> <p>24. 他の介護施設・事業所や在宅に移行する際には、「看護サマリー」等で情報を提供しています。また移行先の事業所の書式に合わせて情報を記載し、サービスの継続性に配慮した対応方法を定めています。しかし、施設退所による地域受け入れ先との連携について事例がなく、確認できませんでした。</p>		
<b>(5) サービスの提供</b>				
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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>25. 基本的な業務の各手順を示した「介護業務マニュアル」を作成し、各ユニットに配置しています。しかし、内容の見直しや実務的な活用はできていません。</p> <p>26. 介護ソフトで利用者個々の生活の様子や状態の推移など、適切な記録と管理をしています。新入職員研修のプログラム内容に「守秘義務」を取り上げ、個人情報保護の観点からも記録管理について職員に教育をしています。</p> <p>27. 介護ソフトや業務日誌、各ユニットで申し送りノートを活用し、利用者に関する情報を職員間で共有しています。月1回ユニットミーティングを開催し、利用者の支援等についての意見集約を行っています。</p> <p>28. 家族とは利用者の面会で来訪された時や電話連絡で、利用者の日常の様子やサービス提供時の状況等を伝えています。面会に来くことができない家族に対しては、ケアマネジャーがモニタリングの結果等の資料と合わせて、生活の様子等を記入した手紙を送付しています。全利用者の家族に対して、3カ月に1回以上の連絡はできていません。</p>		
<b>(6) 衛生管理</b>				
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	B
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)	<p>29. 厚労省作成の「介護現場における感染対策の手引き」を基に感染症対策に努め、オンライン動画研修を活用して職員の感染症対策等に関する研修を実施しています。最新の情報を基にした感染症対策に関するマニュアルの更新はできていません。</p> <p>30. 事業所内は、介護職員がユニットリビング、用務員が廊下やトイレ、居室等と清掃箇所を分担しており、設備や備品等は衛生的な状態を保っています。リビングに空気清浄作用のある加湿器を設置し、感染症予防や臭気対策にも努めています。</p>
------------	--

(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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>31. 事故防止・発生対応マニュアル」や「緊急時対応マニュアル」を作成し、事故や緊急時における責任者、指揮命令系統を明らかにしています。昨年度は「誤嚥・窒息時の対応」に関する研修を実施しましたが、今年度は事故や緊急時に関する研修や訓練は実施できていません。</p> <p>32. 事故に関しては、「事故報告書」、「ヒヤリ・ハット報告書」、「内出血痕報告書」、「表皮剥離報告書」の様式を定め、発生から組織としての対応経過を記録しています。発生した事故は、各種報告書を基にユニットミーティングを経てリスクマネジメント委員会で、発生要因の分析と改善策・再発防止策を検討しています。しかし、事業所で収集した事例や事故等報告書の内容をマニュアル等の更新に反映できていません。</p> <p>33. 災害時発生マニュアルを作成し、災害発生時の責任者や指揮命令系統を明らかにしています。また、マニュアルに基づき、夜間と火災想定で年2回避難訓練を実施しています。しかし、地域を意識したマニュアルとはなっておらず、消防署や自治会等と連携するなど、体制をもった訓練は実施できていません。</p> <p>34. 「非常時災害対策計画」「自然災害発生時における事業継続計画」のBCPを作成し、不測の事態が生じた場合に事業を維持・継続するための体制を整えています。BCPに基づいた研修や実践的な訓練、またサービス提供を継続するために必要な対策は実施できていません。</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

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。	B	B
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。	B	B

(評価機関コメント)		<p>35. 利用者の尊重について、施設介護方針や事業計画の基本方針に明示していません。サービス向上委員会が年に1回職員アンケートを実施し、職員が自身の日常業務を振り返る機会があります。新入職員研修では尊厳について学ぶ機会を設けていますが、現任者に対する勉強会や研修は行っていません。</p> <p>36. ご利用者権利擁護指針、高齢者虐待防止についての指針、身体拘束廃止指針、高齢者虐待防止マニュアルを整備し、不適切ケアが生じた場合の対応フローチャートを定めています。虐待防止委員会、身体拘束廃止委員会を定期的に開催し、虐待防止や身体拘束廃止についての職員研修を実施しています。</p> <p>37. プライバシー保護に関するマニュアルを整備し、新入職員研修ではプライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供について説明しています。しかし、現任者がマニュアルを振り返る機会やプライバシー保護について研修を受ける機会は設けていません。</p> <p>38. 入退所に関する指針に基づいて、利用者を決定しています。支援が困難なケースに関しては、行政や地域包括支援センター等地域の関係者と連携して支援しています。医療ニーズが高いなど、利用申し込みを受けられない場合に、他の施設や機関を紹介する等の対応を行ったケースはありません。</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。	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。	B	B
第三者への相談機会の確保	41	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>39. ユニット内の日々の関わりの中で利用者の意向を聴き取ったり、家族面会時に生活相談員や介護支援専門員が家族へ声をかけたりしています。意向を引き出す取り組みは複数ありますが、利用者自ら選択できる形には至っていません。</p> <p>40. 苦情対応規定、苦情処理対応マニュアルを定め、それに基づいて迅速に対応しています。苦情報告書(要望報告書)に対応の内容を記録し、職員へ回覧・周知してサービス改善につなげています。ただし、改善状況について公開はしていません。</p> <p>41. 重要事項説明書に公的機関等の相談窓口を記載し、施設の共有部に相談窓口を記載したものを掲示しています。しかし、相談窓口の一つとして、事業所関係者以外の第三者の設置はできていません。</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	B
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	B
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	B	B
(評価機関コメント)		<p>42. 年1回家族へ満足度アンケートを郵送し、それとは別に、職員による利用者への聴き取りで利用者アンケートを実施しています。その際は、どの職員も少なくとも1人の利用者の聴き取りは行うようにしています。また、サービス向上委員会によりアンケート結果を分析し、職員間で共有しています。しかし、アンケート前後でどのようにサービスを改善したかを確認する仕組みはありません。</p> <p>43. サービス向上委員会を定期的に開催し、利用者アンケートや職員アンケートを取りまとめしています。ただし、他の事業所の評価や取り組み等について情報収集するには至っていません。</p> <p>44. 令和2年度に第三者評価を受診しており、改善に取り組んでいます。年に1回以上、自己評価を実施できるような評価基準は定めませんが、来年度に取り組めるよう検討中です。</p>		