

様式7

アドバイス・レポート

令和6年12月12日

令和6年9月21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 京都指月あさがおの郷1号館 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

特に良かった点とその理由(※)	<p>1. 地域との連携・情報発信 理念に地域との関わりを明文化していました。ホームページや施設外にある掲示板に理念を掲載していました。伏見区事業所連絡会や「ももネット」(桃山圏域会議)に積極的に参画し地域の情報収集をしていました。</p> <p>2. 職員間の情報共有 職員間での情報共有については、定期的に行われるケース会議・ケアカンファレンス、毎日の申し送り等を活用し共有を図っていました。参加できない職員へは、申し送りノート、議事録、ケース記録等を作成し共有を図っていました。また介護ソフトを活用した各職種間の情報共有に取り組まれていました。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取り組み 利用者満足度調査を毎年9月に実施していました。調査結果について、運営会議で分析や検討を行い、その結果、具体的な改善や取り組みが行われていました。例えば屋上庭園の活用方法に関する意見があり、クリスマスに屋上庭園をイルミネーション化して、利用者楽しんでもらえるよう、サービスの質の向上に役立てていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 事業計画等の策定 単年度の事業計画を作成し、経営会議で組織体制や運営の分析を行っていました。しかし、中・長期計画は作成できていませんでした。</p> <p>2. 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 各ユニットでユニット目標を作成していましたが、定期的な見直しを行っていませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 3年毎に第三者評価を受診していました。しかし、定められた評価基準に基づいた自己評価を行っていなかった為、サービス内容についての課題を明確にできていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 事業計画等の策定 短期的な目標設定も重要ですが、社会情勢の変化や取り巻く地域の変化を想定して長い期間での計画も立てることが、安定した運営には必要ではないでしょうか。 例えば、介護保険改正時期等を基準とし明確な達成期間を設けることで、より具体的な課題の把握や評価もできるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 業務レベルにおける課題の把握と目標の設定 各職種や部門で目標管理を実施し、定期的な評価・見直しを行うことで、取り組むべき課題と目標の達成度がわかり、サービスの質の向上にもつながります。また、事業計画の見直し時にも重要なツールとなります。ぜひ3ヶ月毎（少なくとも6ヶ月）の評価・見直しを実施されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 定められた評価基準を作成する事で事業計画の進捗状況のチェックや課題の明確化を図ることができます。第三者評価共通評価項目チェックシートの設問項目は、サービスの質の向上に向けた内容になっています。設問項目に基づき年に1回自己評価を実施し、結果から導き出された課題を次年度の取り組むべき課題として計画に挙げることで、PDCA（計画・実行・評価・改善）サイクルの実施ができるのではないのでしょうか。</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	2670917539
事業所名	特別養護老人ホーム 京都指月あさがおの郷1号館
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
訪問調査実施日	令和6年10月21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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		1. 理念を玄関及び各フロアに掲示するほか、ホームページに掲載することで広く周知するように努めていました。職員へは、職員通用口の掲示板に掲示したり名札に入れて携帯することで浸透を図っていました。 2. ユニット会議で出た意見は運営会議、経営会議で取り上げることで、職員の意見が反映する仕組みとなっていました。各職種の職務権限については、職務分掌に明記していました。しかし、理事会の報告が口頭のみとなっており実施記録がなく、施設への周知が出来ていませんでした。		
(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。	C	B
		(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画を作成し、経営会議で組織体制や運営の分析を行っていました。しかし、中・長期計画は作成できていませんでした。 4. 各ユニットでユニット目標を作成していましたが、定期的な見直しを行っていませんでした。		
(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。	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。	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、法令遵守に関する研修に参加していました。把握すべき法令についてはパソコン内の共有フォルダーで管理・リスト化していました。また、施設内研修で法令遵守研修を実施していました。</p> <p>6. 施設長の役割と責任は、「2024年度 京都指月あさがおの郷 施設長 所信表明」を掲示するほか、職務分掌で明文化していました。運営会議には施設長が参加し、ユニット会議や各委員会から出た職員からの意見を反映していました。しかし施設長自らの評価・見直しをする為の方法はありませんでした。</p> <p>7. 施設長は携帯電話を所持し常に連絡がつく体制をとり、BCP（事業継続計画）に従って緊急時に対応していました。日常の状況については業務日誌を確認していました。</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

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	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。	B	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	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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 「期待する職員像」はスタッフ募集要綱にて明確にしていました。職員の成果や貢献度は執務考課表を用いて評価をしていました。しかし、人事に関する基準は明確になっていませんでした。</p> <p>9. 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採用計画を立てていました。また、毎月の法人グループ会議にて人員状況を共有し人材確保に取り組んでいました。ホームページの求人サイトには行事の写真を投稿し魅力発信に努めていました。</p> <p>10. 京都指月あさがおの郷研修計画を作成し、計画に基づいて実施していました。必要な研修は勤務調整や参加費の負担をしていました。また、職員が必要としている研修を実施できるよう研修枠を確保し、今年度は「移乗の研修」を実施していました。資格取得支援は施設長が講師となり介護福祉士及び介護支援専門員の勉強会を実施していました。</p> <p>11. 実習生受け入れマニュアルを整備していましたが、実習指導者に対しての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（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>12. 有給休暇の消化率や時間外労働の分析、検討を労務課で行っていました。時間外労働の発生はほぼなく、労働環境に配慮していました。育児・介護休業規則を定め対応していました。また、介護記録ソフトや見守り機器を導入し職員の負担軽減を図っていました。</p> <p>13. メンタルヘルスについての相談体制「職場の相談窓口」として産業医と相談が出来るよう連絡先を掲示していました。また、就業規則に各種ハラスメントについて規定していました。職員の休憩場所も十分な広さを整えていました。</p>		

(3) 地域と交流				
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. 理念に地域との関わりを明文化していました。ホームページや施設外にある掲示板に理念を掲載していました。伏見区事業所連絡会や「ももネット」(桃山圏域会議)に参加し、地域の情報収集をしていました。 15. ボランティア受け入れマニュアルを作成していましたが、ボランティアへの研修や学校への協力姿勢の明文化は出来ていませんでした。 16. 運営推進会議にて地域の福祉ニーズを把握していました。しかし、講演会等施設が有する機能を地域に還元する取り組みは行っていませんでした。		

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、パンフレットには行事等の写真を使用し施設の活動、雰囲気が伝わるよう情報提供をしていました。利用料金等の変更がある場合は随時更新していました。利用に関する問い合わせには面談を実施して入居相談記録を作成し、各職員に共有していました。		

(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. 利用契約時に、重要事項説明書を用いてサービス内容・介護保険サービス料金・保険外サービス料金を説明し、利用者の同意を得ていました。この説明方法を相談マニュアルに定めることで、手順の統一化を図っていました。また、判断能力に支障のある利用者に対しては、成年後見制度の活用を行っていました。		

(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)		<p>19. 「介護計画及びサービス提供記録作成マニュアル」にアセスメントについて定めていました。介護記録ソフトの活用により、心身の状況と生活状況の把握、課題分析を行っていました。入所前、入所時に相談員、施設介護支援専門員が利用者の心身の状況、生活状況等を把握するとともに、希望等も聴取していました。</p> <p>20. 施設介護計画の作成、課題解決のための目標設定においては、施設介護支援専門員が医療職との連携を図りながら作成していました。利用者・家族の希望、要望を入所前後に聴取していました。サービス担当者会議には、原則利用者・家族が参加し、施設介護計画に意見を反映していました。</p> <p>21. サービス担当者会議には、医師、管理栄養士、看護師、介護職の参加を求め、参加できない状況では意見照会を行っており、専門的な意見を施設介護計画に反映していました。</p> <p>22. 施設介護計画の見直しについては「介護計画及びサービス提供記録作成マニュアル」に沿って定期的な見直しのほか、転倒、入院後等の状態変化がみられたときに適切に行っていました。また、専門職への意見照会も実施していました。</p>		
------------	--	--	--	--

(4) 関係者との連携

多職種協働	23	<p>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。</p>	A	A
サービス移行時の連携・相談対応	24	<p>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。</p>	A	B
(評価機関コメント)		<p>23. 運営推進会議の開催を定期的に行っており、自治会、地域包括支援センター等との連携を図るための取組を進めていました。また、地域の問題解決に向けてネットワーク構築に努めていました。利用者の入退院時には、情報提供が所定の書式（看護サマリー）によって詳細に情報提供を行っていました。協力医療機関についても、連絡先をリスト化し、緊急時にスムーズに連絡できる体制を構築していました。</p> <p>24. サービスの終了後には相談、施設介護支援専門員が中心となり他機関、利用者等の対応ができる体制がありました。しかし、他の介護施設、事業所へのサービス移行については、継続性に配慮した手順等が文書で作成していませんでした。</p>		

(5) サービスの提供

業務マニュアルの作成	25	<p>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。</p>	B	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	<p>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。</p>	B	B
職員間の情報共有	27	<p>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。</p>	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	<p>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。</p>	A	A
(評価機関コメント)		<p>25. サービス提供に係る標準的な実施方法については、職員が理解しやすい表現を用いたマニュアルを整備しており、各部署、各ユニットへ配置していました。標準的な実施方法を確認する仕組みと、マニュアルの内容の見直しについては、定期的に関係するユニット会議、委員会、運営会議等で確認・修正ができる仕組みを構築していました。</p> <p>26. 個人情報保護規程を作成していました。個人情報の取扱いについては、入所時に説明していました。しかし、記録の管理についての研修の実施はありませんでした。</p> <p>27. 職員間での情報共有については、定期的に行われるケース会議・ケアカンファレンス、毎日の申し送り等を活用し共有を図っていました。参加できない職員へは、申し送りノート、議事録、ケース記録等を作成し共有を図っていました。また介護ソフトを活用した各職種間の情報共有に取り組んでいました。</p> <p>28. 利用者、家族等との情報交換では、毎月作成のユニット便りを発行して、職員の自己紹介、施設で行う行事、運営推進会議の参加等を記載していました。また、面会が難しい場合は、オンラインでのビデオ通話を活用し、情報交換がより円滑に行う工夫をしていました。</p>		

(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)	<p>29. 感染症の対策については、感染症対策指針、BCP（事業継続計画）、感染症対策マニュアルを整備していました。感染症の具体的な計画、対策として、ゾーニング、手技等を明確に定めていました。感染症の利用者の受入れについても、2次感染を防ぐ対応を明記していました。感染症の研修については年間研修計画を作成し、職員に対して、計画的に研修機会を提供していました。</p> <p>30. 清掃業者による毎日の全館清掃を実施し、点検表にて実施確認をしていました。書類や備品は整理整頓して保管していました。</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 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 A
	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)	<p>31. 「事故防止・事故発生時対応マニュアル」「緊急時対応マニュアル」を作成していました。10月に危険予知（KYT）の研修を行っていました。また緊急連絡網を用いた訓練を全職員で実施していました。</p> <p>32. 事故が発生した場合は、家族や関係者に説明を行い、事故報告書に記録していました。また、月1回開催の事故防止適正委員会で、事故の発生要因や対策等を検討し、事故防止に繋げていました。</p> <p>33. 「災害発生マニュアル」を作成し、指揮命令を明確にしていました。災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識したマニュアルがなく、訓練等も実施していませんでした。</p> <p>34. 利用者へのサービス提供を止めない視点で、BCPを作成していました。また、7月に緊急連絡網を活用した訓練を実施していました。</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
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>35. 8月に「不適切ケア」の動画で、利用者の尊厳や基本的人権への配慮についての研修を行っていました。</p> <p>36. 2ヶ月に1回開催する虐待防止適正化委員会で、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か検証をしていました。また、虐待防止についての研修は、12月に予定し資料も作成済みでした。</p> <p>37. プライバシー保護マニュアルを整備していました。しかし、プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの勉強会や、研修会を行っていませんでした。</p> <p>38. 「入所者選考規定」に基づき、定期的に開催する入所検討委員会で利用者の決定を行っていました。</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。	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)		<p>39. 3ヶ月に1回介護支援専門員が利用者と面接を行い、意見・要望・苦情等を吸い上げる仕組みがありました。毎月ケース会議を開催し、利用者の意向等を話し合い職員間で情報を共有していました。</p> <p>40. 「苦情対応委員会運営規程」に基づき、毎月の運営会議の中で苦情対応等について検討していました。また、苦情等は、個人情報保護に配慮し、2ヶ月に1回開催している運営推進会議（自治連合会、民生児童委員・障害者施設職員・地域包括支援センター職員等が出席）で報告していました。</p> <p>41. 第三者の相談窓口を設置していました。重要事項説明書に公的機関の電話番号やFAX番号、受付時間を記載していました。しかし、利用者の相談機会の場として、介護サービス相談員やボランティア等、外部の人材を受け入れていませんでした。</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	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。	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. 利用者満足度調査を毎年9月に実施していました。調査結果について、運営会議で分析や検討を行い、改善や、意向、要望を実現していました。</p> <p>43. 毎月開催の特養会議にてサービスの質向上について協議・検討していました。しかし、他の事業所の取り組みなどについて、情報収集を行っていませんでした。</p> <p>44. 3年毎に第三者評価を受診していました。しかし、定められた評価基準に基づいた自己評価を行っていなかった為、サービス内容についての課題を明確にできませんでした。</p>		