

様式 7

アドバイス・レポート

令和6年11月25日

令和6年9月30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和園 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.組織体制</p> <p>事業を取り巻く環境が厳しさを増す中、経営状況の分析を行いアクションプランを作成し、職員の意見・提案を反映することで組織一体となって業務改善に取り組んでいました。</p> <p>2.サービス移行組織体制時の連携・相談対応</p> <p>利用終了後の利用者及び家族からの相談は、事業所で定めた相談窓口（相談員）で受け付けて対応する仕組みとなっていました。また、居宅介護支援事業所に支援を繋ぎ、家で看取りたいという家族の要望に応える連携を取っていました。</p> <p>3.利用者満足度の向上の取り組み</p> <p>年1回満足度調査を実施しており、利用者・家族からの要望に対し、施設の入り口に統計とともに掲示を行っていました。また改善の状況についての説明は郵送にて伝えており、1つ1つの意見に対し真摯に対応していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. 個別援助計画等の見直し</p> <p>介護支援専門員職務項目に業務内容が記載してありましたが、見直しを行う時期など、計画変更の基準や手順がありませんでした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>フローチャートなどを活用した実用的な各種マニュアルを整備して一部更新していましたが、見直し時期の基準がありませんでした。また、見直し時に苦情内容や満足度調査、事故防止策などの結果を反映する仕組みがありませんでした。</p>

	<p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>定められた評価基準に基づいた自己評価がなくサービス内容についての課題の明確化や事業計画への反映が来ていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 個別援助計画等の見直し</p> <p>実際にはケアプラン作成に携わる職員は限定的であり、適切に作成されていますが、担当者が替わった時や、経験の浅い介護支援専門員が担当者となった場合でも、ケアプラン作成に関連する一連のケアマネジメント作業を同じ手順や基準で実施できるように、手順書やマニュアルを作成してはいかがでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>マニュアルを見直しする時期を設定し、苦情内容や満足度調査結果、事故防止策の分析結果を用いて検討するなど、反映できる仕組みを構築してはいかがでしょうか。例えば、施設の年間計画予定に見直しの時期を明記し、主任会議で見直しを行うなど取り決めて実施されれば、確実に見直しが実行でき、よりサービス提供に即した実用的なマニュアルとなるのではないのでしょうか。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化</p> <p>年に1回定められた基準に基づき自己評価を行うことでサービスの質の向上・維持につながります。例えば、今回の第三者評価受診で使用した共通評価項目チェックシートを活用することで、定められた基準に基づいた自己評価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	2670700463
事業所名	特別養護老人ホーム 豊和園
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6年10月28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。	B	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	A
		(評価機関コメント)		1. 理念及び運営方針は施設内に掲示し、職員へは年頭訓示で施設長から理念の説明をしていました。また、日々のミーティングの中で主任から理念について説明することで浸透を図っていました。利用者や家族等へは、年に1回開催する家族会及び3ヶ月に1回発行する機関紙を通して理解が深まる取り組みをしていました。 2. 事業経営を取り巻く環境と経営状況はアクションプランを作成して、地域の状況を分析し事業運営に繋げる取り組みをしていました。職員の意見・提案は、毎月開催する主任会議にて吸い上げる仕組みがありました。各職員の責任範囲は「職務遂行レベル一覧表」にて明確化していました。		
(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	A
		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	A
		(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画に加え、令和10年度までの中期経営改善計画を策定していました。介護サービスの内容・組織体制、運営状況の現状分析・課題に関しては、主任会議で吸い上げた職員の意見・提案もアクションプランに反映する仕組みがありました。事業計画はファイルに綴じ玄関の棚に置くことで、利用者・家族が閲覧できるようにしていました。 4. 各部門（介護課・医務課・業務課事務部門・栄養士等）ごとの課題を毎月主任会議の中で確認・見直しを行うとともに、課題解決についてはアクションプランに取り上げ継続的な改善に取り組んでいました。		
(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	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. 管理職以上は、法人全体で年に数回行う労務ミーティングの中で、顧問社労士からのレクチャーによる研修会を受講していましたが、遵守すべき法令のリスト化はしていませんでした。 6. 施設長は「職務遂行レベル一覧表」にて、自らの役割と責任を文書化し職員へ表明していました。毎月開催する主任会議に施設長が出席し、運営方針を伝達するとともに、各部署の意見を吸い上げる仕組みがありました。施設長の評価についてはコンサルタントが実施したアンケートにその項目があり、今後の事業展開を検討するグループワークの中で施設長の評価も含め検討・話し合いを実施していました。 7. 施設長は、業務用携帯電話を常時所持し連絡体制を確保、指示ができる体制にありました。緊急連絡網も整備し各部署に配布していました。		

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

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。	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)		8. 年2回実施する、人事考課で個人の能力考課表に「期待する職員像」を明確にし、個人面談の中で成果や貢献度を評価していました。能力考課表は職員自らが、将来像を描きステップアップが出来る仕組みとなっていました。ステップアップ後の給与体系は、給与表にて明確化していました。 9. 人材の確保については法人主体で実施していましたが、事業所においても主任会議で職員の声を吸い上げ、専門職の配置・必要な人材や人員について事業計画および中期計画へ反映していました。また、外国人労働者雇用の積極的利用のほか、地域商業施設へ採用案内ポスターの掲示を依頼するなど積極的な採用活動を実施していました。 10. 職員の経験年数に応じた研修計画があり、人事考課の能力考課表で目標管理を実施していました。外部研修は、職員が希望する研修へ参加が可能であり費用は施設負担としていました。 11. 実習指導マニュアルを作成し運用していましたが、基本姿勢の明文化・実習受け入れ時の連絡窓口、事前説明、オリエンテーション実施方法の記載がなく、実習指導者への研修も行っていませんでした。		

(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)		12. 職員の有給休暇消化率・就業状況は施設長が管理していました。職員との定期面談の中で、就業について意向確認および相談を受ける体制がありました。就業規則内に育児休業・介護休業について記述があり、介護主任も育児休業を取得するなどワークライフバランスに配慮した取り組みを行っていました。職員の負担軽減策として、スライディングシート及び移乗用ボードを活用しているほか、職員連絡ツールとしてインカム（簡易無線）の導入を進めていました。 13. 職員の健康診断時にストレスチェックを実施しており、必要に応じて産業医へ相談できる体制がありました。職員の要望・不満については、年2回の定期面談のほか、常時施設長・主任が職員とコミュニケーションを取る状況がありました。福利厚生制度については、パースデー休暇の他、永年勤続者には費用施設負担の研修旅行制度がありました。就業規則内にハラスメントに関する記述がありました。カスタマーハラスメントについて記述はありませんでしたが、事例が発生した場合、組織として対応する体制がありました。休憩場所は、職員室内にスペースを確保しており、会議室も会議がない場合は休憩に利用できるようにしていました。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>14. 地域とのかわり方については、施設の経営理念『「共に生きる」利用者と共に・地域と共に・仲間と共に』として明文化しており、機関紙は敷地内の居宅介護支援事業所・地域包括支援センターにも配布し、施設の情報発信をしていました。また、地域の業者・商店へも配布していました。</p> <p>15. 地域の催しに利用者が参加する場合、職員とボランティアが送迎・付き添いをしていました。しかし、ボランティア受け入れマニュアルを作成していませんでした。</p> <p>16. 地域の小中学校・高校で介護職員による介護講習会や、地域のサロンで栄養士が夏バテ予防講習会を実施していました。地域ニーズは施設の介護支援専門員が病院や社会福祉協議会と連携し情報入手をしていました。その対応の一環として、買い物支援送迎サービス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

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. ホームページやパンフレットを活用してサービス内容や事業所概要について情報発信していました。見学問い合わせは「施設見学記録」に対応状況を記録していました。		

(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. 契約時には重要事項説明書を用いて、利用者が負担する料金について説明し同意を得ていました。また、成年後見制度や権利擁護については、パンフレットや「すこやか進行中」を施設入り口に常備して必要に応じて対応していました。		

(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	B
(評価機関コメント)		<p>19. 利用者の心身状況や生活状況等について、3か月ごとにアセスメントを実施して状況を把握していました。またセンター方式（認知症の人のためのケアマネジメント）の一部を活用していました。利用者の心身や生活状況等に変化があった場合は、各専門職が出席するサービス担当者会議を開催して情報を集約し、ケアプランに反映していました。</p> <p>20. 21. 各専門職や利用者が出席するサービス担当者会議を3か月ごとに開催し、出席困難な家族は事前に意向を聴取してケアプランを作成していました。</p> <p>22. ケアプランに対する「実施モニタリング」「評価表」を活用して状況を把握・記録していました。実際に骨折前後で状況変化があった利用者に対して、医療機関や各専門職が協議した上でケアプランを見直していました。介護支援専門員職務項目に業務内容が記載してありましたが、見直しを行う時期など、計画変更の基準や手順がありませんでした。</p>		

(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	A
(評価機関コメント)		<p>23. 嘱託医との連携は元より、入退院時には協力医療機関と連携を密にとり、実際の骨折事案に際しては入院前後の情報を共有して細やかな連携を取っていました。また、地域ケア会議参加により関係機関との連携を取るほか、同敷地内にある地域包括支援センターがあることで連携が取りやすい環境となっていました。</p> <p>24. 利用終了後の利用者及び家族からの相談は、事業所で定めた相談窓口（相談員）で受け付けて対応する仕組みとなっていました。また、居宅介護支援事業所に支援を繋ぎ、家で看取りたいという家族の要望に応える連携を取っていました。</p>		
(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。	A	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)		<p>25. フローチャートなどを活用した実用的な各種マニュアルを整備して一部更新していましたが、見直し時期の基準がありませんでした。また、見直し時に苦情内容や満足度調査、事故防止策などの結果を反映する仕組みがありませんでした。</p> <p>26. サービス提供内容を具体的に記録し、業務日誌や共有フォルダ（情報共有専用）を活用して共有していました。利用者の記録の保管、保存、廃棄について文書規程に定めていましたが、個人情報保護を目的とした研修は実施していませんでした。</p> <p>27. ミーティングで、利用者の状況や変化など情報・意見交換をしていました。また、パソコンの記録を活用するほか、業務日誌や申し送りノートを活用することで、情報共有できる仕組みとなっていました。</p> <p>28. 3か月毎のサービス担当者会議で利用者及び家族と面談しサービス状況を伝えていました。また、オンライン面会や写真の送受信を活用して情報提供していました。</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. 感染防止マニュアルを整備し、感染予防対策に関する情報更新のほか、年間研修計画に位置付けて感染対策研修を実施していました。また感染症発生時の具体的対応については感染対策BCP（事業継続計画）を整備しており、実際に新型コロナウイルス感染症が発生した際に活かしていました。</p> <p>30. 清掃は全館職員が実施していました。事務所内や備品ロッカーは整理整頓できており、清潔で効率的にサービス提供できる環境となっていました。</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	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	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。	B	B
(評価機関コメント)		31. 事故防止・緊急時対応マニュアルを作成し、緊急連絡網で指揮命令系統を明確にしています。また、消防署と連携した普通救命講習の実施や、KYT訓練（危険予知トレーニング）など実施していました。 32. 事故・ヒヤリハット報告書を作成・報告し、リスクマネジメント委員会で共有・分析・事故防止に向けての取り組みを実施していましたが、マニュアルや事故防止策等の定期的な評価・見直しなどに活用する仕組みはありませんでした。 33. 地震や水害などの災害対応マニュアルを整備し、災害時BCP（事業継続計画）を作成して、地域との連携や職員・利用者の安否方法などを定めて消防避難訓練を実施していました。 34. 大規模災害発生時を想定した災害時BCPや感染対策BCPを整備していましたが、調査時点で研修や実践的な訓練は実施していませんでした。		

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。	B	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	A
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. 理念・運営方針、業務マニュアル、事業計画に利用者の人権保護や意志を尊重したサービス提供について明文化していました。年2回権利擁護の研修を実施していました。申し送り日々振り返しを行い、月1回の職員会議で申し送りの内容を検討し対応していました。 36. 権利擁護・高齢者虐待防止についての規定・マニュアルを整備し、マニュアルに基づいて年2回研修、テストを実施していました。身体拘束禁止について運営方針・マニュアルに明示し、不適切ケア発生時の対応方法を定めていました。 37. プライバシーに関するマニュアルを整備し、マニュアルに基づき各ユニットで年1回チーフ（リーダー）がプライバシーに関する研修を実施していました。日々の業務の中で気づいた内容をユニット会議や申し送り・連絡ノートで共有し、プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供を行うことを職員に意識づけていました。 38. 入所選考規程を基に協議・決定していました。緊急の短期入所や措置入所にも対応していました。制度上申請が難しい方については介護支援専門員へ説明し、同法人内の他サービスを紹介する対応をしていました。又、待ち期間についても相談員より目安の期間を伝えていました。		
(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。	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。	A	A

(評価機関コメント)	<p>39. 施設玄関に意見箱の設置・面会時家族からのヒアリングや年1回の利用者満足度調査アンケートを実施し、意見や要望の収集を行っていました。聞き取り時に出た意見・要望は、サービス向上委員会で検討し、主任・チーフ会議にて対応を精査しユニット会議で周知・改善に取り組んでいました。3か月に1回担当者会議を実施しており、定期的に希望や要望を聞き取る機会を設けていました。</p> <p>40. 苦情相談対応マニュアルに基づいた苦情解決の仕組みがあり、受付書・報告書をサービス向上委員会、主任・チーフ会議で検討し、職員会議にて周知、改善に取り組んでいました。また、改善状況を利用者へ周知するために個人情報に配慮した上で機関紙や手紙で公開していました。</p> <p>41. 第三者委員を設置し連絡先を掲示していました。重要事項説明書に公的機関等の相談窓口の電話番号・FAX番号・対応者氏名の記載があり、施設の玄関にも掲示がありました。傾聴ボランティアの受け入れを行っており、来所記録を残し、聞き取った内容を職員に伝え生活の質を向上させる役割がありました。</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。	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	B	B
(評価機関コメント)		<p>42. 年に1回利用者満足度アンケートを実施し、意見・要望に対してサービス向上委員会、主任・チーフ会議で検討を行い職員会議で周知、改善に努めていました。改善状況については機関紙や玄関に掲示していました。</p> <p>43. 3か月に1回サービス向上委員会を行っていました。苦情や意見があった際、随時サービス向上委員会を行いサービスの質の向上を検討し、改善に取り組んでいました。検討の内容は、職員会議で周知や対応の検討を行い次月に評価をしていました。</p> <p>44. 評価を行う担当は設置していましたが、定められた評価基準がなく自己評価は実施していませんでした。自己評価を実施していない為、サービスの内容についての課題を明確にし次年度の計画への反映はしていませんでした。</p>		