

様式7

アドバイス・レポート

令和7年3月21日

令和6年11月18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 バプテスト・ホーム 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. 利用者・家族の希望尊重 サービス担当者会議は事前に日時の希望を聞き、確実に家族が参加できるように日程調整し開催していました。また、介護支援専門員がサービス担当者会議の前後に入所者、家族に個別に意向を聴き取っていました。</p> <p>2. 利用者・家族等との情報交換 モニタリング時やサービス担当者会議の前後にも家族に入所者の状況を伝える機会を設けていました。直接面談できない場合は、1ヶ月に1回は職員が電話やメールを使用していました。また機関紙「いしずえ」を年3回、「ともに」を2ヶ月に1回発行し、施設や入所者の様子を家族に伝えていました。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取り組み 年に1回利用者満足度アンケートを実施し、意見・要望に対して運営会議で対応の検討を行い、棟会議で周知、改善に努めていました。改善状況については回答書を家族へ郵送し伝えていました。また、ホームページでも改善状況等を公開していました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 管理者等によるリーダーシップ マネージャー、主任が全職員を対象に6ヶ月に1度面談を行い、結果を管理者等に報告し、職員の意見を間接的に聞く機会を設けていましたが、管理者等の行動が職員から信頼を得ているかどうかの取り組みはありませんでした。</p> <p>2. 第三者への相談機会の確保 第三者委員を設置し、連絡先を記載して掲示していました。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、施設の玄関や各棟のフロアにも掲示していました。しかし、感染予防のため市民オンブズマンやボランティアによる相談機会の確保はありませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. 管理者等によるリーダーシップ 上司評価は多方向からの評価を受けることで、自己認識と他者認識のズレに気付くことができます。自身が自覚していない強みや弱み、上司と部下の考えの乖離が把握でき、自己認識を深めるために有効です。組織活性化プログラム内には上司評価の設問があり、管理者等の言動が信頼を得ているかを把握できますので活用されてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 第三者への相談機会の確保 ボランティアを受け入れる体制が整っているのであれば、今後の感染症の流行状況を踏まえ、感染予防に関して十分な説明と対策を講じたうえで状況を見ながら受け入れられてはいかがでしょうか。入所者が日頃話されないような意見や思いも、第三者、ボランティアの方になら話をされる可能性があります。入所者の相談機会の確保のためにもぜひ、ボランティアの受け入れを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	2670600101
事業所名	特別養護老人ホーム バプテスト・ホーム
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	2024年12月12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。	A	A
		(評価機関コメント)		1. 施設内、各部署に理念を掲示し、「喜ぶ者と共に喜び、泣く者と共に泣きなさい」の理念の基、人を思いやり、大切に介護を目指していました。家族には年度初めに法人理念・経営方針・事業計画を記載した法人機関紙「いしずえ」を配布していました。また、年に1回家族懇談会を開催し説明していました。 2. 評議員会（年1回）、理事会（年3回）、常任理事会（毎月）を定期的で開催していました。組織としての意思決定は管理規程内に職務分掌を記載し、意思決定方法を明確に定めていました。		
(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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		3. 事業計画に理念及び運営方針・目標の実現に向けた中・長期計画を定めていました。事業計画の内容は毎年1月から2月に各部署にて当年度の評価を実施し、新たに出た課題や意見をまとめ事業計画に反映していました。 4. 事業計画に掲げた取り組みには毎月開催する棟会議で協議し、副主任が中心となり進捗状況を確認していました。振り返りは四半期を目安に各部署毎に評価・見直しを行っていました。		
(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)		5. 施設管理者は社会福祉協議会や経営者協議会が主催する管理者研修に参加し、直近では「利用者家族からのハラスメント、職員を守る施設対策」を受講していました。職員が法令を調べられるように法令リストを作成していました。法令リストにはURLを記載しており、アクセスすると総務省が運営する行政サービス総合窓口e-Gov(イーガブ)のページが開き、すぐに調べられる体制を整えていました。 6. 管理規程内に職務分掌について記載し、管理者等の役割及び責任について明文化していました。管理者等は月2回開催する運営会議に参加して情報収集し、また、必要に応じて意見を述べていました。マネージャー、主任が全職員を対象に6ヶ月に1度面談を行い、結果を管理者等に報告し、職員の意見を間接的に聞く機会を設けていました。しかし、管理者等の行動が職員から信頼を得ているかどうかの取り組みはありませんでした。 7. 施設管理者は常に携帯電話を所持し、連絡がつく体制を整えていました。日々の業務は電子介護記録ソフト内の業務日誌を確認し、随時状況を把握していました。事故が起きた場合は災害時連絡体制図に基づき法人本部に連絡を入れ、指示を仰ぐ体制となっていました。		

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。	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。	B	A
(評価機関コメント)		8. 期待する職員像は「共に笑い、共に泣き、支えあって共に生きてくれる人」とし運営方針に記載していました。人事の基準はキャリアパス制度に明文化し、フォローアップ面談シートに基づき、各職員が取り組むべき方向性を示していました。 9. 採用の基準として「期待する職員像」に共感できる人材を採用していました。入職後は働きながら初任者研修、実務者研修、介護福祉士資格が取得できるように、他機関と連携した研修体制を整えていました。 10. 研修は新人研修、1～3日目研修、管理者研修、役職者研修と階層別研修を実施していました。また、それ以外にも年間研修計画を作成し外部から講師を招くなど、研修体制が充実していました。 11. 実習マニュアルに連絡窓口、事前説明、オリエンテーションの実施方法等を記載して、プログラムも作成していました。今年度は感染症予防のため受入実績はありませんでしたが、体制は整っていました。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		12. 職員の有給休暇や時間外労働は法人本部で管理していました。時間外労働は各部署の主任が把握し、傾向と対策を考えていました。職員の腰痛軽減の取り組みとして特殊浴槽、多機能ベッド、食事姿勢保持用具を導入する他、ICT促進として電子介護記録ソフト、インカムを導入し、職場環境の工夫を行っていました。 13. メンタルヘルスの相談窓口の案内を玄関、各部署に掲示し全職員に周知していました。ハラスメントについては法人本部職員の男女1名ずつが担当となり、体制を整えていました。		

(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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		14. 地域との関りは事業計画に明文化し、法人機関紙「いしずえ」に事業所情報等を掲載することで地域に情報発信していました。毎年社会福祉協議会が主催する「大根炊き」「あじさいまつり」地域の氏神様である「北白川天満宮」のお祭りに参加しているが、今年度は感染症予防のため、写真展示会を開催して、地域住民に見ていただく写真交流を行いました。 15. ボランティア受け入れ規程を作成し、基本姿勢を明文化していました。定期的に地域ボランティアを受け入れる体制を整えていましたが、感染症予防の観点から受け入れは見合わせていました。 16. 法人内の地域包括支援センターが中心となり、年2回認知症サポート講習を行っていました。また、月に1回認知症カフェを開催し、認知症当事者及び家族の集いの場を提供していました。職員が北白川消防分団に入団し、定期的に夜回り・火災予防独居全戸訪問を実施し、地域活動貢献をしていました。		

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

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)		17. ホームページに提供するサービスの内容、提供時間、料金、事業所情報を記載していました。希望があればパンフレット、機関紙、料金表を送付していました。感染症対策のため、施設内の見学は不可ですが、玄関にすべての資料を準備しているほか、スマートフォンを活用してホームページに掲載している情報を表示し、来訪者に説明していました。また、入所前に体験としてショートステイを利用したケースがありました。				
(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. 重要事項説明書の記載に基づき説明し契約をしていました。また、入所者に対して職員が成年後見制度を説明し申請を行うなど制度活用を促進していました。				
(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	A		
(評価機関コメント)		19. アセスメントは介護記録ソフトの様式を使用し、実施時期を通常3ヶ月に1回、入所時および入所1ヶ月後、状態変化時とマニュアルに定めて実施していました。 20. サービス担当者会議に、入所者、家族が参加していました。また、事前に入所者、家族の意向を聴き取っていました。 21. サービス担当者会議に介護職員、主治医、看護師、理学療法士、介護支援専門員が参加による多職種で意見を交換し、サービス計画を作成していました。 22. ケアマネジメントマニュアルに基づき、3ヶ月に1回モニタリングを実施し、半年に1回サービス計画を更新していました。また状態変化時にもサービス担当者会議を開催し、サービス計画を見直ししていました。				

(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)		23. 多様な科目にわたって地域の医師の定期訪問診療があり、サービス担当者会議にも参加していました。退院時には医療機関にて退院前カンファレンスを開催していました。また地域ケア会議に施設の職員が参加し、連携を図っていました。 24. 他施設への移行支援の手続きを定め、重要事項説明書に記載していました。また在宅復帰の可能性がある場合は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所と連携を図り、相談に対応する体制がありました。		
(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	A
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. マニュアルは法人で整備して、1年に1回見直し、更新した箇所を記載していました。また、各フロアの介護職員室に設置することで職員がいつでも見ることができるようになっていました。 26. 入所者の日々の記録は介護記録ソフトで作成し、データで管理していました。記録の管理、保存、持ち出し、廃棄に関して文書管理規程に明記していました。 27. 申し送りノートや申し送りボード、介護記録ソフトで情報を共有していました。また1日2回の申し送りや月1回の棟会議に職員全員が参加し、入所者へのサービスについて情報を共有していました。不参加者は議事録を閲覧し押印していました。 28. モニタリング時やサービス担当者会議の前後にも家族に入所者の状況を伝える機会を設けていました。直接面談できない場合は、1ヶ月に1回は職員が電話やメールを使用していました。また機関紙「いしずえ」を年3回、「ともに」を2ヶ月に1回発行し、施設や入所者の様子を家族に伝えていました。		
(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. 感染症防止マニュアルを年1回見直し、計画に基づき研修を実施していました。また、産業医や感染症サポートチームのアドバイスを受け、職員に周知し防止対策を徹底していました。 30. 居室の清掃は職員が行い、共有スペースは委託業者が清掃し点検表を設置していました。ゴミや汚物の処理は入所者が使用するスペースと動線を分けるなど衛生管理を徹底し、臭気もありませんでした。		
(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	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。	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)	<p>31. 事故や緊急時対応のマニュアルを整備し、研修計画に基づき研修を実施していました。</p> <p>32. 事故報告書には事故発生から家族への連絡、原因分析、再発防止策を記載し、対応の経過まで記録していました。リスクマネジメント委員会を月1回開催し、ヒヤリハットを含めて再発防止策を検討して、マニュアルを見直す仕組みがありました。</p> <p>33. 防災計画を作成し、土砂災害、地震についてそれぞれ年1回、火災避難訓練を年2回行っていました。職員の消防団への入団や、地域防災協定を締結するなど協力体制がありました。物品、食料の備蓄品は水害に備え最上階に保管していました。</p> <p>34. 自然災害、感染症についてそれぞれBCP（事業継続計画）を作成し、介護サービスを継続するための策を定めていました。また研修計画に基づきBCP研修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。	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)		<p>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。権利擁護の研修を実施していました。申し送りや日々振り返りを行い、その内容を月1回の棟会議で取り上げ対応策を検討していました。</p> <p>36. 権利擁護・高齢者虐待防止についての規程・マニュアルを整備し、マニュアルに基づいて年3回研修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ており、不適切ケア発生時の対応方法を定めていました。</p> <p>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棟ごとに年1回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棟会議や申し送りで共有し、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。</p> <p>38. 施設独自の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他施設を紹介する対応していました。また、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。</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. 施設内エレベーターに意見箱を設置していました。また、面会時・電話連絡時に家族へのヒアリングや年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・要望は運営会議で確認し、棟会議にて周知・改善に取り組んでいました。また、アンケートで収集した意見や改善状況について回答書を作成・郵送し伝えていました。</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、「お客様の声・報告書」を作成し運営会議、棟会議にて周知・検討を行い改善に取り組んでいました。また、改善状況を利用者・家族へ個人情報に配慮したうえで回答書の郵送やホームページで公開していました。</p> <p>41. 第三者委員を設置し、連絡先を記載して掲示していました。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、施設の玄関や各棟のフロアにも掲示していました。しかし、感染症予防のため市民オンブズマンやボランティアの受け入れによる相談機会の確保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	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)		<p>42. 年に1回利用者満足度アンケートを実施し、意見・要望に対して運営会議で対応の検討を行い、棟会議で周知、改善に努めていました。改善状況については回答書を家族へ郵送し伝えていました。また、ホームページでも改善状況等を公開していました。</p> <p>43. 毎月運営会議にてケアの質に関する検討を行っていました。苦情や意見があった際、随時検討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。改善内容は運営会議で再評価し、棟会議で再周知することで満足度を上げるように取り組んでいました。他事業所の取り組みについては、他施設の機関紙にて情報収集を行い、職員に周知していました。</p> <p>44. 施設独自評価基準があり、定期的に自己評価を実施していました。また、評価を行う担当者も設置しており、担当者が中心となり評価を実施していました。自己評価を実施してサービスの内容についての課題を明確にし、次年度の計画に反映していました。3年に1回第三者評価を受診し、常に改善を意識し取り組んでいました。</p>		