

様式7

アドバイス・レポート

令和8年1月13日

令和7年11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丹後園 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. 理念の周知と実践 玄関フロアに理念を掲示していました。年度初めに「理念・倫理・法令遵守テキスト」を配布し理念の周知をしていました。またホームページにも理念を掲載し利用者及び家族に理念を周知していました。</p> <p>2. 内容・料金の明示と説明 サービス利用契約に関し、重要事項説明書および保険外のサービス料金についても本人、家族、後見人へ説明を実施していました。認知機能の低下により、判断能力に支障がある場合は、介護支援専門員と相談の上、後見人等と契約を結ぶ事例があり、その仕組みもありました。</p> <p>3. 第三者への相談機会の確保 第三者委員は玄関に掲示し、公的機関の相談窓口は重要事項説明書に記載することで利用者や家族に周知していました。京丹後市に介護サービス相談員の制度がないため、「ユニットin北京都」（京丹後市でユニットケアの考え方に同意し、志を同じくする法人で組織）の施設長間で施設の評価を含めて利用者の相談に応じる機会を作っていました。</p>
-----------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者の役割と責任は管理規則で文書化していました。また管理者はユニット会議やリーダー会議に出席し職員から意見を聞く機会を持っていました。しかし、管理者自らを評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 入浴介助マニュアル、排泄介助マニュアルの中に尊厳の保持、プライバシーの保護や権利擁護を明示するほか、危機管理マニュアルを作成していました。しかし、苦情や顧客満足度調査、事故防止策等の内容を踏まえた、マニュアルを見直す手順を定めていませんでした。</p> <p>3. 評価の実施と課題の明確化 定められた評価基準に基づく自己評価はありませんでした。また第三者評価は前回実施後4年を経過していました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮 運営管理者自身が自らの行動や方向性について評価する仕組みを作ることで、部下の指導方法や業務体制の見直しを考える機会となります。職員面談を実施していますので、その機会を活用し部下からの評価を記載する様式を検討されてはいかがでしょうか。また、直接では思ったことが言えない場合もありますので、職員用意見BOXを活用して匿名で評価を受ける仕組みを考えてはいかがでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 現在マニュアルの見直しに関する明確な基準や、苦情・事故防止策、顧客満足度調査の結果を反映させる仕組みが整っていませんでした。マニュアルは作成して終わりではなく、現場の事象をフィードバックすることで、常に最新の状態にアップデートし「PDCAサイクル」を回して初めて、サービスの質向上やリスクマネジメントに機能します。さらなる質の向上を目指すために、マニュアルの見直し基準を作成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 各種多くの会議体を持ち、日々サービス向上に努め、自己評価もされていますが、一定の基準が定まっていないと評価結果が不安定なものになります。毎年同基準で実施することで、できていることできていないことが明確となり、さらにサービス向上に取り組みやすくなるのではないのでしょうか。また第三者評価については3年ごとに受診され、受診結果に基づき検討を行い、改善される仕組みを作ら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	2672300023
事業所名	特別養護老人ホーム丹後園
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)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	令和7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志決定を行い、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. 玄関フロアに理念を掲示していました。年度初めに「理念・倫理・法令遵守テキスト」を配布し理念の周知をしていました。またホームページにも理念を掲載し利用者及び家族に理念を周知していました。 2. 理事会は3ヶ月に1回定期的に開催していました。施設内の会議体もユニット会議・リーダー会議・特養主任会議と体系的に運用しており、各会議で職員が現状と課題を報告し、抽出した意見を運営に反映する仕組みとなっていました。職務権限に関しては、管理規則に定めていました。		
(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設定	4	各業務レベルにおいて課題が設定され、各部門全体が課題の達成に取り組んでいる。	A	A
		(評価機関コメント)		3. 単年度の事業計画に加え、法人全体の中・長期計画（令和5年～令和7年）を作成していました。また事業計画の評価はユニット会議にて半期に1回に行っており、次年度につなげていました。 4. ユニット会議で介護・看護・相談員・栄養の各部門の目標を作成し、課題の評価を半期に1回行っていました。		
(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、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. 管理者は「改正女性活躍促進法」等の研修に参加していました。把握すべき法令はパソコンフォルダ内に保管して調べられる体制がありました。「理念・倫理・法令順守テキスト」で職員へ法令の周知をしていました。</p> <p>6. 管理者の役割と責任は管理規則で文書化していました。また管理者はユニット会議やリーダー会議に出席し、職員から意見を聞く機会を持っていました。しかし、管理者自らを評価する仕組みはありませんでした。</p> <p>7. 管理者は携帯電話を所持し、常に連絡が取れる体制がありました。また、介護記録ソフト内の掲示板で日々の状況把握をしていました。</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。	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	B
(評価機関コメント)		<p>8. 「人材育成指針」にて、期待する職員像を明確にしていました。また、人事管理制度要綱に人事考課の基準を定めていました。年2回の面談を実施する他に、自己能力開発計画書に今後のキャリアビジョンについて記載し支援する仕組みがありました。</p> <p>9. 組織図に必要な職員数を定めていました。ホームページを活用し、募集活動を行っている他、地域の高校にも求人活動を行っていました。</p> <p>10. 法人全体での年間研修計画を立案し実施していました。また、「教育訓練給付金（教育訓練助成金）の支給申請及び通学講習の取り扱い」を定めており、看護学校の学費補助を行っていました。互いに学び合う研修・勉強会として、今年度は外部講師を招き「皮膚トラブル」を学んでいました。</p> <p>11. 実習受け入れに対する基本姿勢を受け入れマニュアルに記載していました。実習指導者に対する研修は出来ていませんでした。</p>		

(2) 労働環境の整備

労働環境への配慮（動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. 就業状況や意向について安全衛生委員会にて具体的に分析、検討していました。育児・介護休業等に関する規則を定めていました。また介護記録ソフトや見守り支援システムなどICT機器を活用し、職員の負担軽減に繋げていました。</p> <p>13. カウンセラーによる専門職の相談体制は産業医を活用していました。年2回の面談時に要望等をくみ取っていました。福利厚生は共済会を活用していました。また、ハラスメント規程を定めており、相談窓口も設置していました。</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。	A	B
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。	A	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	B
	(評価機関コメント)		14. 地域とのかかわりは理念に明文化していました。ホームページで事業所の情報提供を行っていました。しかし、社会資源や地域の情報を利用者に提供できていませんでした。 15. ボランティア対応マニュアルに基本姿勢を明文化していました。近隣の中学校で認知症サポーター養成講座や車いす体験学習を開催していました。しかし、ボランティアへの研修を実施していませんでした。 16. 近隣の中学校で認知症サポーター養成講座や車いす体験学習を開催していました。しかし、地域住民に対しての相談事業等を通じて具体的な地域の介護、医療、福祉ニーズの把握が出来ていませんでした。		

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. 利用者・家族等へ提供するサービス内容や事業所の概要は、ホームページ・パンフレットを活用し情報を提供していました。情報の表記や内容は、文字・数字を大きく表示して見やすいよう工夫し、介護保険改正・料金の改定等が施行される都度、見直しを行っていました。見学は随時受け付けており、見学しながらパンフレットや重要事項説明書の抜粋資料で説明をしていました。		

(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. サービス利用契約に関し、重要事項説明書および保険外のサービス料金についても本人・家族・後見人へ説明を実施していました。認知機能の低下により、判断能力に支障がある場合は、介護支援専門員と相談の上、後見人等と契約を結ぶ事例があり、その仕組みもありました。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		19. 介護記録ソフト内のアセスメントシートを使用し、利用者・家族等の要望を聞き取り記録を残していました。施設サービス計画書の変更・更新はアセスメント結果に基づき、利用者・家族等の意向を尊重し実施していました。 20. モニタリングおよびアセスメント結果を基に、利用者・家族等の意向を尊重した施設サービス計画書を作成し、同意を得ていました。サービス担当者会議には、家族等の出席があり、直接意見・要望を聞く機会を設けていました。 21. 施設サービス計画書の策定にあたり、サービス担当者会議を開催し多職種（主治医、看護師、管理栄養士、相談員、介護職員）の意見を収集し、反映していました。 22. 施設サービス計画書作成時には専門家等への意見照会を行い、定めた手順に基づき6ヶ月に1度再アセスメントを実施していました。		

(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	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。	A	B
(評価機関コメント)		<p>23. 利用者が抱える課題は、多職種連携のためのコミュニケーションツール「医療介護専用SNSメディカルケアステーション」を活用し、主治医との連携体制を確保していて、いつでも情報共有が図れる支援体制を構築していました。しかし、地域関係機関・団体の共通の問題に対して解決に向けた具体的な取り組みは行っていませんでした。</p> <p>24. 施設から退所する場合は、同法人内で連携体制を整えており対応すると定めていました。しかし、利用者の状況変化等により、他の介護サービス等へ移行する際の手順・手続きを定めた文書がありませんでした。また、利用者のサービス終了後に家族等から相談がある場合の相談窓口の明示もありませんでした。</p>		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	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)		<p>25. 入浴介助マニュアル、排泄介助マニュアルの中に尊厳の保持、プライバシーの保護や権利擁護を明示するほか、危機管理マニュアルを作成していました。しかし、苦情や顧客満足度調査、事故防止策等の内容を踏まえた、マニュアルを見直す手順を定めていませんでした。</p> <p>26. 介護記録ソフトに利用者一人ひとりの活動・体調面を日々具体的に記録を行い、個人情報管理に関する研修を年1回実施し、個人情報取扱規則に定めたルールに基づき、情報を持ち出していました。</p> <p>27. 介護記録ソフトの日常記録管理に利用者ごとの記録を行い、申し送り事項は紙媒体でも出力して全職員が確認できる仕組みがありました。利用者の支援に変更があった場合も書面での回覧で共有を行い、ユニット会議で意見の集約を行う仕組みがありました。</p> <p>28. 面会に制限はありましたが、直接家族に利用者の状況を伝え情報交換を行う機会を設けていました。希望者にはリモート面会を行い柔軟に対応していました。</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. 感染症対策における責任と役割を明確にした管理体制を「感染予防マニュアル」に明示していました。また、「危機管理マニュアル」を整備し、年1回の見直し・改訂を実施していました。感染対策研修は感染症委員会が中心となり、年2回実施していました。1回目は保健所職員による講義、2回目はガウンテクニックをテーマとして実技の研修を行っていました。</p> <p>30. 整理整頓が行き届いた環境の中でサービスを提供していました。トイレ・浴室は清掃担当者が実施し清潔を保っていました。</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	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. 「危機管理マニュアル」「介護事故対応マニュアル」を作成し、緊急連絡網により指揮命令系統を明確にしています。マニュアルの内容に基づき年1回、事故報告・再発防止研修を実施していました。研修を通してリスクマネジメントリストを作成し、職員の意識向上を図っていました。</p> <p>32. 事故の発生の状況、対応、原因分析、家族等への報告について、事故報告書を用いて上司への報告及び共有をしていました。また、起きた事故の情報を収集しリスクマネジメント委員会にて分析及び評価を行い必要に応じて、マニュアルの見直しにも繋げていました。</p> <p>33. 「大規模災害マニュアル」「非常災害対策計画書」を作成し、計画に基づき年2回訓練を実施していました。利用者及び職員の安否確認方法として、「安否確認シート」を活用して全員が避難したかを把握できるように工夫していました。備蓄リストは「自然災害発生時における業務継続計画（BCP）」に記載し、管理・把握していました。</p> <p>34. 「自然災害発生時における業務継続計画」を作成していました。半年に1度「BCP研修・訓練」を実施し、初動対応、各担当者の役割、自家発電機の使用方法を確認して職員の意識向上を図っていました。</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. 事業計画には「これまでの暮らし方や生き方を尊重し、個別ケアを充実します」を掲げるほか、「理念・倫理・法令遵守テキスト」を配布する事で利用者本位のサービスに努めていました。また利用者の尊厳については、「認知症に関する技術的指導に係る会議」の中での勉強会やユニット会議で業務を振り返っていました。</p> <p>36. 虐待防止指針（対応マニュアル含む）と「身体拘束ゼロマニュアル」を整備し、研修も年2回実施していました。不適切な事案が生じた場合は、「苦情受付書」を作成し、毎月のユニット会議や年4回のリスクマネジメント委員会で検討する他、不適切ケアチェックリストの実施や利用者に対する職員の声掛けをユニット会議で検討することで虐待に至らないよう対応していました。</p> <p>37. 「プライバシー保護の取り組みに関するマニュアル」を職員に周知する他、排泄用品メーカーを活用して職員に対しアンケートを実施することでプライバシーや羞恥心への配慮の意識づけを行っていました。</p> <p>38. 入所要綱を定め、入所検討委員会（囑託医、施設長、生活相談員、丹後園居宅介護支援専門員、施設介護支援専門員が参加）を毎月開催し、受け入れていました。入所申し込みを断ったケースはありませんでした。</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	B
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. 面会時、サービス担当者会議時、家族会で利用者及び家族からの意向を収集していました。日常の相談は生活相談員や副施設長が対応していました。意思表示が明確でない利用者には、表情の読み取りや声掛けの工夫で対応する他、家族から情報を得て意向を共有していました。</p> <p>40. 「利用者及び家族等の意見、要望又は苦情の相談解決対応マニュアル」に基づき対応していました。しかし利用者からの苦情等の内容及び改善状況の公開はありませんでした。</p> <p>41. 第三者委員は玄関に掲示し、公的機関の相談窓口は重要事項説明書に記載することで利用者や家族に周知していました。京丹後市に介護サービス相談員の制度がないため、「ユニットin北京都」（京丹後市でユニットケアの考え方に同意し、志を同じくする法人で組織）の施設長間で施設の評価を含めて利用者の相談に応じる機会を作っていました。</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	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。	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	C
(評価機関コメント)		<p>42. 毎年、「サービス向上に向けてのアンケート」を実施し、まとめをホームページで公開していましたが、把握した結果の検討やサービスが改善したかを確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>43. 毎週の運営会議（部長級以上）、毎月の法人全体主任会議、主任会議（部の副主任以上）、リーダー会議、ユニット会議で意見交換を行い、サービス向上に努めていました。例として介護助手が食事介助できるよう、研修体制を含めて検討していました。他施設の取り組みの情報収集は、京丹後市福祉サービス事業者協議会やユニットin北京都の参加で把握していました。</p> <p>44. 定められた評価基準に基づく自己評価はありませんでした。また第三者評価は前回実施後4年を経過していました。</p>		