

アドバイス・レポート

令和8年3月12日

令和7年12月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた『介護老人福祉施設 きよみず苑』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>(通番16) 地域貢献 地域貢献について法人の基本方針に明記されており、地域との繋がりの重要性を理解し地域との関係づくりに取り組まれています。昨年は、びわこ花火大会の日には施設屋上を地域住民に開放し地域の人々との交流を推進されています。山科区の福祉施設と連携した「山科区地域貢献プロジェクト」への参加など、地域における福祉施設としての役割を果たし、その機能を地域に還元されています。</p> <p>(通番32) 事故の再発防止等 事故が発生した際には、第一発見者が家族への連絡や報告書の作成をするなど、迅速に報告、連絡ができる体制が構築されています。また報告書には事故状況を再現した写真が添付されており、ユニットリーダーを中心に多職種共同で事故発生原因や再発防止策を検討する際に効果的な取り組みがなされています。事業所独自の「気づき報告書」の活用によってヒヤリハットの件数も多く挙がっており事業所全体で積極的に事故防止に取り組んでおられることが窺えました。</p> <p>(通番35) 人権等の尊重 「高齢者を尊敬し、高齢者の自律と尊厳を大切に、高齢者が、その人らしく安心して過ごすことができる社会の実現を目指します。」を法人理念に掲げ、毎年の職員研修で「権利擁護」についての研修を実施されています。また「虐待の芽チェックリスト」を活用して虐待への気づきと未然に防ぐ取り組みをされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 単年度の事業計画は丁寧に策定されて実践に取り組まれています。中・長期の計画は法人、施設ともに確認できませんでした。</p> <p>(通番25) 業務マニュアルの作成 介護サービス提供マニュアルを作成し、各ユニットのパソコンで確認できる体制となっていますが、年1回程度、定期的な介護サービス提供マニュアルの内容確認や見直しにできていませんでした。</p> <p>(通番44) 評価の実施と課題の明確化 定期的に第三者評価を受診し、サービス評価を実施されています。毎年の自己評価については未実施でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 毎年、事業計画を策定し事業運営に取り組まれています。1年先だけではなく3年、5年、10年先の中・長期の計画を策定する事で、法人や施設が事業を将来どのように進めていくのかが、各事業所に共有でき単年度の事業計画が更に充実するのではないかと考えられます。</p> <p>(通番25) 業務マニュアルの作成 介護の質を維持するうえで、マニュアルに即したサービス提供は必須と思います。年1回、介護サービス提供マニュアルの内容確認や見直しを行い、各職員に周知することで介護サービス提供マニュアルに即した介護を実践でき、より質の高いケアの提供につながることが期待されます。</p> <p>(通番44) 評価の実施と課題の明確化 京都市の自主点検表のように法令遵守の観点からだけではなく自事業所を客観的に評価できる第三者評価の評価項目や、地域密着型サービスの外部評価の自己評価等の様式を使用して、一定の評価基準で毎年事業所の自己評価を行い、検討・分析す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	2694100120
事業所名	地域密着型介護老人福祉施設 きよみず苑
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設
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8年2月20日
評価機関名	NPO法人 カロア

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) 法人の基本理念や基本方針が明文化され事業所内での掲示やホームページにも掲載されています。朝礼での唱和や全職員に理念カードを配布するなど理念が浸透する取り組みをされています。また重要事項説明書に理念等を記載する事で利用者や家族等に幅広く周知する取り組みもされています。 2) 理事会は定期的開催されており、施設の運営については運営会議、管理者会議、ユニットリーダー会議等で意見集約し、事業所の運営に活かされています。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		3) 単年度の事業計画は法人理念に沿って各事業所ごとの目標を決め作成されていましたが、中・長期計画については策定されていませんでした。 4) 毎月、運営会議にて稼働率等の現状分析が行われています。事業計画は半期ごとに進捗状況の確認を行い目標達成に向けて取り組まれています。			
(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	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) 定期的な研修の実施や必要な法令等の情報・資料を共有されています。遵守すべき法令についてはリスト化されておらず、すぐに調べられる環境ではありませんでした。 6) 各種会議に管理者が参加する事で現場職員の意見を直接聞く機会を持たれています。また年2回、職員と管理者が面談する機会があり異動希望等の個別意見を聞く機会を設けられています。管理者の行動を評価する仕組みは確認できませんでした。 7) 管理者は日々の運営状況を記録で把握されています。管理者もしくは主任相談員が常に勤務する体制があり緊急時にスムーズな報告・相談が出来る体制になっています。			

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)		8) キャリアパスで職員に求める能力を明示されています。人事考課制度において自己目標を設定し相互に評価を実施する仕組みが構築されています。 9) 採用は法人が窓口となり、毎月運営会議にて各事業所への必要職員数を確認されています。SNSを活用し事業所の魅力や取り組みを発信されています。法人内の東旺苑（従来型特養）へ相互に異動を行うことで、各施設の特色を職員が知る取り組みをされています。 10) 事業計画に年間の研修計画を組み込まれています。集合研修を主体に実施され参加できなかった職員へは資料で周知されています。また各種資格取得の支援をされています。 11) 実習受け入れマニュアルは確認できましたが、定期的な見直しは出来ていませんでした。また実習指導者のための研修が未実施でした。		
(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) 有給休暇の消化率や時間外労働は法人本部にて管理されおり、データは定期的にユニットリーダーへメールで情報共有されています。リフレッシュ休暇としてまとめて休暇をとれる仕組みがあります。 13) 毎年、法人によるストレスチェックの実施。メンタルヘルスの相談窓口は嘱託医となっています。またハラスメントの相談窓口も設けられています。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		14) 事業所の情報をホームページやSNSを介して地域に情報開示されています。また2ヶ月毎に運営推進会議を開催、地域の役員などが参加されて情報交換をされています。 15) ボランティアの受け入れマニュアルは完備されていますが、コロナ禍以降受け入れは実施されていませんでした。 16) 「山科区地域貢献プロジェクト」に参加し相談会等を催されています。また地域住民が施設を身近に感じられる取り組みとして、令和7年のびわこ花火大会の日に屋上を開放されています。		

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) ホームページやSNSを活用して、施設の概要や取り組みなどの情報提供をされています。ホームページやSNSは担当者が適宜見直しや更新をされています。問い合わせや見学については相談員を中心に対応されていますが、体験入所などは実施されていませんでした。			
(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、契約書や重要事項説明書を用いてサービス内容や料金について説明をし、利用者や家族から同意を得ています。判断能力に支障のある利用者の場合には、後見人等と契約を結んでいます。成年後見制度に関するパンフレットを準備し、権利擁護についての相談にも応じる体制があります。			
(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。	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) アセスメントは半年に1回実施。その他、退院や状態の変化時にも見直しされています。「包括的自立支援プログラム」を活用して多職種共同アセスメントを実施されています。 20) 利用者の要望は介護職員が聞き取り、家族の要望はケアマネジャーが面会時や電話にて聞き取り計画書の内容に反映されています。作成した計画書は、利用者や家族に説明を行い同意の署名を得ています。サービス担当者会議の開催時には、家族に連絡し参加をお願いしています。 21) 計画書作成にあたり、医師には事前に文書で意見照会を実施されています。サービス担当者会議には介護士、看護師、管理栄養士等が参加し、各職種からの意見や情報を共有されています。 22) モニタリングは2か月に1回介護士が行い、半年に1回ケアマネジャーが行っています。モニタリング実施には看護師や管理栄養士にも内容の確認をされています。			
(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) 週2回医師の診察に加え、週1回歯科往診があります。必要時には医師に意見照会をされています。入・退院時には協力医療機関と電話や文書にて連携を図れています。山科区地域貢献プロジェクトに参加し、行政や地域包括支援センター、他事業所などの関係機関とも連携を図れています。 24) 施設で生活が困難となった際には、医療機関と連携を図り、家族への説明・同意を得た上で入院等の支援をされています。施設から在宅復帰された事例はありませんが、事例があれば居宅介護支援事業所と連携が図れる体制を構築されています。			

(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	B
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) 介護サービス提供マニュアルを作成し、各ユニットのパソコンでマニュアルが確認できる体制となっています。マニュアルに基づくサービスの実施状況は、ユニットリーダーによる普段からの確認と、人事考課時の面談で確認されています。適宜マニュアルの見直しをされていますが、1年に1回のマニュアル確認や見直しには至っていませんでした。 26) 日常の記録はパソコン管理となっており、各職種がどこでも記録の確認や入力ができる体制となっています。個人情報保護に関する規程を定め、研修も実施されています。利用者や家族には、契約時に個人情報の取り扱いについての説明を行い、書面にて同意を得ています。 27) 日常の記録はパソコン上で管理しており、各職員は勤務時に確認し情報共有されています。日勤者から夜勤者には口頭での申し送りを行っています。各ユニットリーダーは各職員からの意見集約を行い、連絡ノートや情報共有ツールを活用して情報の共有を図っていますが、定期的に現場職員が集まるユニット会議の開催には至っていませんでした。 28) 家族とは、面会時や電話で情報交換をされています。毎月請求書を送付する際には、利用者の写真も同封して施設での様子を伝える取り組みをされています。		

(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	B
(評価機関コメント)		29) 感染症対策に関するマニュアルを作成し、毎月感染症対策委員会を開催にて感染症の流行状況や適宜マニュアル見直しをされています。また感染症に関する研修も実施されています。肝炎等の持病がある利用者については、職員間で感染の危険がある事を情報共有し受け入れをされています。 30) 事業所の清掃についてユニット内は介護補助を中心に実施。共有部分はシルバー人材センターに委託されています。施設内は気になる臭いはありませんでした。ユニットの一角に荷物が多く置いてあり、整理整頓が必要な状況でした。		

(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	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)		31) 緊急時のマニュアルやフローチャートを作成し、緊急時に対応できる体制を構築されています。毎年、日中や夜間を想定した事故や緊急時の対応研修を実施されています。 32) 事故報告書は第一発見者が作成されています。発生の原因や今後の対策についてはユニットリーダーを中心に多職種も参加して検討されています。家族への連絡は第一発見者が行っています。骨折等の重大事故については相談員が対応されています。ヒヤリハットについては、施設独自の「気づき報告書」を使用して第一発見者が作成されています。毎月、事故防止委員会で各事業所の事故やヒヤリハットの集計や事故内容の共有をされています。 33) 災害時のマニュアルを作成し、毎年火災や地震を想定した訓練を実施されています。災害発生時における利用者や職員の安否確認方法については電話や情報共有ツール、伝言サービスの活用が取り決められています。地域や行政等と連携した訓練の実施には至っていませんでした。 34) 感染症・災害ともにBCPが作成されており、感染症発生時や災害発生時にもできる限り事業が継続できるように計画されています。また定期的な訓練も実施されています。		

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)		35)利用者本位のサービス提供について法人理念に明記されており、サービス向上委員会やユニットリーダー会議等でも尊厳について話し合われています。 36)利用者の権利擁護に関する指針が整備されており、定期的に委員会も開催されています。 37)プライバシー保護に関するマニュアル等が整備されており、定期的に研修も実施されています。 38)入所検討委員会においては入所指針に基づき適切に判定されています。受け入れ困難なケースについては専門機関との連携を図られています。		
(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	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)		39)利用者の意向を拾い上げる仕組みとして意見箱の設置や利用者アンケートを実施されています。またケアプランの見直し時にはケアマネジャーが個別に要望を聞く機会があります。 40)苦情や意見に対して組織として真摯に対応されています。貴重な意見を公表する仕組みは確認出来ませんでした。 41)第三者委員への相談窓口は施設玄関に重要事項説明書等を設置し誰でもが閲覧できます。また契約時に丁寧に説明されています。利用者との施設との橋渡し役となる介護サービス相談員派遣事業を毎年申し込んでおられますが派遣には至っていませんでした。		
(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	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	B
		(評価機関コメント)		42)毎年、利用者のサービス満足度を伺う為のアンケート調査を実施されています。ユニットリーダー会議で調査結果を分析・検討されて業務改善に繋げておられます。また運営推進会議にて幅広く結果を公表されています。 43)サービスの質の向上については、毎月サービス向上委員会・生産性向上委員会で検討されています。「山科区地域貢献プロジェクト」に参加する施設間で施設見学等を実施されており、他施設の取り組みを情報収集する機会があります。 44)定期的に第三者評価を受診し、サービス評価を実施されています。毎年の自己評価については未実施でした。		