

アドバイス・レポート

令和 4 年 4 月 20 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

令和 4 年 3 月 7 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（京都市本能特別養護老人ホーム）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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1) 継続的な研修・OJT の実施 施設には研修担当者が配置され、認知症や介護技術といった現場に即した内容を策定し、研修後には習熟度テスト等を実施されておりました。また、法人では初任者から管理者までの階層別の研修制度が構築されており、キャリアアップに必要な資質向上のための研修が年間を通して実施されておりました。</p> <p>2) 専門家等に対する意見照会 サービス担当者会議には看護師や管理栄養士、機能訓練指導員も参加されておりました。医師や歯科衛生士等外部の専門職にも意見照会をされており、多職種連携によりケアプラン作成を実施されておりました。また、その照会様式はこれまでの症例等を記入した文書を用い、返信がしやすいように工夫されておりました。</p> <p>3) 災害発生時の対応 施設は京都市内の住宅密集地に立地しており、年 2 回の消防避難訓練に加え、ユニットフロアごとにミニ消防訓練が行われ、非常時にどのように行動するかを会議等でも話し合われています。また、地域の防災訓練に施設職員が参加されるなど、防災意識の高さを窺うことが出来ました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 事業所情報等の提供 事務所前のラックには、重要事項説明書やパンフレット等必要な規程等が設置されておりましたが、ファイルが重なり合っていて、一目では何があるか分かりにくい状況でした。</p> <p>2) 事業所内の衛生管理等 新型コロナウイルス感染症対策のための介護衛生材料が、施設ロビーの和室横に配置されておりました。量も多く整理が必要と思われます。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保 市民オンブズマンや介護相談員等の利用者の相談機会確保の為に外部人材の受入れは行っておられませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 事業所情報等の提供 設置されている書類等の一覧表を掲示したり、複数の規程を綴じたファイルにネームシールを貼るなどして、誰が見ても分かりやすい状態にすることで、必要な情報にアクセスしやすくなると思われます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>2) 事業所内の衛生管理等</p> <p>各ユニットでの管理はスペースも少なく難しいようですが、今後コロナ終息後、これまでのように地域との交流等に速やかに移行できるよう調整をお願いします。また、災害時における危機管理からも、一括して一か所で管理する対応から分別して保管する方法を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保</p> <p>介護相談員等の受入れについては、新型コロナ禍の為難しい状況かと思いますが、施設長が役員を務めておられる中京区社会福祉協議会の関係者の方や地域の自治会長等の協力による第三者の確保をされてはいかがでしょうか。また、法人本部の中に、巡回型の介護相談員等を組織化し、計画的・定期的な訪問を実施することで利用者の相談機会の確保が出来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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670300553
事業所名	京都市本能特別養護老人ホーム
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)	通所介護、介護予防通所介護、介護予防支援 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、 居宅介護支援
訪問調査実施日	令和4年3月24日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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) 理念及び運営方針は、施設ホームページやパンフレットに掲載し、館内には事務所前を含めた施設内の各セクションに掲示をされています。また、通常は年2回の全体会議の中で運営方針や事業計画の進捗状況を共有されていますが、コロナ禍の為法人内メールを活用されていました。 2) 施設内の代表者会議で話し合われた内容の中で、法人全体として取り組みが必要と考えられる案件は、法人各施設の管理職が参加する施設事業運営会議や施設経営会議にて話し合いが行われ、法人役員会にて審議されています。		
(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) 施設の当該年度の事業計画は法人の中期経営計画や施設運営方針に基づき、各部署にて作成されていました。施設ホームページの事業案内にも重点目標が掲載されましたが、かなり以前の内容も含まれていました。当該年度の内容の記載への更新を実施されてはいかがでしょうか。 4) 毎月の代表者会議にて経営・予算執行の状況、稼働率や事故等の情報を共有し、各部署の事業計画の現状分析をもとに課題を明らかにし、必要に応じて見直しをされていました。		
(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。	A	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) 法令遵守を含めたコンプライアンス研修が、特養の各フロアとショートステイの4つのユニットで複数回実施されていました。また、研修受講後には習熟度を確認するテストも実施されていました。 6) 管理者は施設経営会議や代表者会議に必ず参加するとともに、その議事録を社内メールを活用し全職員が閲覧できる体制を整えられていました。また、管理者は年1回すべての職員とのヒアリングを実施し、個々の職員の意見を聞く機会を作られていました。 7) 管理者が外部会議等で施設を離れる際はメールや携帯電話にて常に連絡がとれる状態にあります。また、施設内は双方向通信（インターカム）を利用し、複数の職員とのやり取りが一度にできる無線システムを活用されています。		

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
Ⅱ 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		質の高い人材の確保	8	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
		継続的な研修・OJTの実施	9	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
		実習生の受け入れ	10	実習生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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 新卒者採用は法人一括で実施されていますが、年度途中の採用については施設にて調整されているとのことでした。無資格者については法人の資格取得に向けての研修受講の支援をされていました。毎月の職員配置については勤務表の実績から確認をされていました。9) 施設内には研修担当者を配置し、研修計画の策定と実施に向けての調整をされていました。コロナ禍の為、オンラインによる研修で就業時間内に実施できるよう人員配置等工夫をされていました。10) 今年度も介護福祉士と社会福祉士の実習生の受け入れ実績がありました。また、法人の実習指導者部会にも参加し、情報交換をされています。ただ、実習指導者が1名とのことでしたが、複数の実習を1度に受け入れることで業務過多となることも考えられます。実習指導者の複数名の配置により受け入れ態勢の充実を図られてはいかがでしょうか。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮	11	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	12	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、スタッフが充分にくつろげ、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)		11) 有給休暇の消化率や時間外労働は事務所に管理されています。月次の超過勤務は概ね10時間以内とし、職員へのヒアリングでも確認をされています。会議や研修は勤務時間内に設定されていることを記録から確認しました。12) 法人によるストレスチェックの導入と産業医によるフォロー体制が確立しています。またハラスメントの相談窓口も設けておられ、京都府民間社会福祉施設共済会の「メンタルヘルス相談室」の案内もされていました。		
(3) 地域との交流						
		地域への情報公開	13	事業所の運営理念を地域に対して開示し、広報するとともに、利用者と地域との関わりを大切にしている。	A	A
		地域への貢献	14	事業所が有する機能を地域に還元している。	A	A
		(評価機関コメント)		13) 14) 施設は小学校跡地に立地しており、敷地内に自治会館や高等学校の学舎が設置された複合福祉拠点としての役割を持っています。特別養護老人ホームの利用者は町内会に加入され、職員は地域行事や町内の体育振興会の役員を担っておられます。利用者の方は地域で行われるお祭りや地蔵盆等にも参加され、その様子は施設ホームページに公開されています。また、高校の文化祭を利用者が見学されたり、図書館の蔵書を借りに行かれたりと、福祉教育の推進も実施されていました。区・学区社会福祉協議会との連携により民生委員や老人福祉員、社会福祉協議会役員への認知症サポーター研修の実施等勉強会を主催されていました。		

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	15	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)		15) 施設のエントランスや事務所前に、施設のパフレットや重要事項説明書、苦情相談窓口等の情報が掲示されていました。置かれている資料が多いために必要な物が分かりにくいように感じられました。ホームページには要介護度や負担割合に応じた利用料金が詳しく掲載されています。		

(2) 利用契約				
内容・料金の明示と説明	16	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)	16) 利用契約書や重要事項説明書を用いた契約が行われていました。介護保険外サービスについても重要事項説明書に掲載されていました。成年後見制度の活用もされ、後見人との契約も結ばれており、利用者の権利擁護に努められています。			
(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	17	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	18	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
専門家等に対する意見照会	19	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・OT/PT・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	20	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)	17) 法人統一による様式でアセスメントを実施されています。アセスメントやモニタリングは3カ月に1回行っておられます。18) アセスメントやモニタリングから個々の利用者の独自のプランを作成し、利用者や家族の同意を得てプランの実施をされています。19) ケアプラン作成やサービス担当者会議を行うにあたり、施設内の専門職はもとより、歯科衛生士等にも意見照会をされていました。20) ケア目標や目的をしっかりと認識した上でプランの実践が行われており、プランの実践については、日々の業務の中でケアプラン管理表を用いてケアスタッフが確認されています。入院等で大きく体調が変化された場合や現状のプランが適切でない場合は、必要に応じて更新されていました。			
(4) 関係者との連携				
多職種協働	21	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
(評価機関コメント)	21) 嘱託医、協力医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の関係機関と密接に連携されています。また、利用者の退院時には多職種でカンファレンスに出向き、情報収集をされていました。			
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	22	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル・手順等）が整備され、職員に活用されている。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	23	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	24	利用者の状況等に関する情報をスタッフ間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	25	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)	22) 各種マニュアル類が整備され、年1回の見直しが行われています。また、施設内インターネット等を活用し職員が閲覧しやすい環境が整備されていました。23) 記録の管理方法については持ち出しや廃棄等の規定が定められていました。個人情報や守秘義務の原則については、入職時に研修を実施されていました。24) 施設内メールや連絡ノート、介護ソフトを活用し利用者情報を共有しておられました。利用者個々のファイルを作成し、必要な事項はプリントアウトし保存されていました。25) 各ユニットごとに利用者個々の担当ケアワーカーが配置されていました。コロナ禍による面会中止の間は、毎月担当職員から電話等で家族に近況報告をされています。			
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	26	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	27	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)	26) 感染症予防マニュアルを作成し、年1回見直しをされています。また、感染症に係る研修も複数回実施されていました。27) 新型コロナウイルス以外の感染症にも対応できるよう、感染症対策用の処理キットと使用手順を各ユニットに設置し、感染対策に努められていました。感染対策には衛生物品等の適正な管理が必要と思われます。また、特に衛生対応が必要な浴室やトイレは外部業者による清掃が実施されていました。			

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	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	29	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	30	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
(評価機関コメント)		28)災害、介護事故、緊急時の対応のみならず、交通事故対応のマニュアルも作成されていました。業務継続計画(BCP計画)は作成途中でした。実際の有事に使用できる具体的なものにしたいたの事でした。 29)再発防止のために定期的に事故対応等の研修や訓練が実施されていました。行政報告が必要な重篤な事故については、概ね10日以内に報告がなされていました。 30)年2回の消防避難訓練に加え、フロアごとにミニ消防訓練が実施され、高い防災意識を保持していました。		

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

IV利用者保護の観点

(1) 利用者保護

人権等の尊重	31	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
プライバシー等の保護	32	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	33	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)		31)法人理念と施設運営方針には、尊厳の保持や利用者本位等が明言されており、施設の管理的立場の職員が講師となり権利擁護や身体拘束廃止の研修が行われていました。全職員が参加できるように複数回実施するなどの工夫もされています。 32)外部講師を招いた研修の中でプライバシー保護についての研修が行われていることを記録で確認しました。家族からの相談や契約には相談室が用意されていました。排泄支援の際には排泄用具等が見えないようにバッグを使用しプライバシー保護に努めておられます。 33)入所申し込みを受けた段階で受け入れは断っておられず、選考規定に基づいて入所選考されていました。また、医療行為の対応が必要な方については、施設での対応状況等を説明しておられるとの事でした。		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	34	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ている。	A	A
意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善	35	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	36	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)		34)利用者や家族からの苦情や相談は主に生活相談員が、日常のケアについては担当ケアワーカーが対応されています。複数個所に意見箱が設置されており、各部署や代表者会議で議題に取り上げ、改善に取り組まれています。利用者の家族会が組織化され自主運営されており、希望や意見を聞くよい機会となっています。 35)意見や苦情に関しては定例会議で報告と改善に向けた話し合いが行われており、施設内の掲示板に改善点を含めた内容を掲示し家族会でも報告されていました。また、過去の苦情、ご意見に関しても事務所に匿名性を確保した上で公開されていました。 36)第三者委員への相談窓口は重要事項説明書に明記されているとともに施設内の掲示板やエレベーターにも掲示されていることを確認しました。市民オンブズマンや介護相談員等利用者の相談機会確保のための外部の人材の受け入れに関しては、ここ3年程受け入れができていませんでした。		

(3) 質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	37	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	A	A
質の向上に対する検討体制	38	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	39	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)		37)利用者満足度調査は出来るだけ設問内容を変えずに、年に1回アンケート方式で行われていました。施設代表者会議等で検討・協議し、結果についてはホームページで公開すると共に、家族に郵送にて報告されていました。38)日々のケアサービスの向上については業務標準化委員会を中心に取り組まれていました。外部研修等を通じて情報収集や新しい取り組みのアイデアを吸収し実践につなげておられました。39)実際に第三者評価を受診されるのは3年に一度ですが、そのブランクの間も各部署において第三者評価の評価基準を用いて、自己点検をされているとのことでした。また、前回受診後のアドバイスレポートを参考にして取り組みをされた経緯が窺えました。		