

アドバイス・レポート

平成 29 年 4 月 11 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

平成 28 年 12 月 1 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 ビハ
ーラ十条）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) 実習の受け入れ</p> <p>実習指導者講習修了者の 5 名を中心に、年間約 100 名の実習生を受け入れておられます。実習前に実習内容の希望を聴き取り、多職種での実習が実施できるように配慮されています。</p> <p>2) 地域との交流</p> <p>施設内にある地域交流センターを地域住民の方に無料で貸し出されており、ほぼ毎日サークル活動等に使用されています。また、広報誌には地域のお店の情報を掲載され、地域との繋がりを大切にされています。</p> <p>生活相談員が南区認知症あんしんサポートネットワークの代表となるなど、地域の活動にも積極的に参加されています。</p> <p>3) 労働環境への整備</p> <p>職員満足度調査を実施し、その内容を福利厚生委員会で検討し、年間の休暇日数の見直しを実施したり、定年の見直しも検討されています。また、外部のスーパーバイザーが定期的に来所し、職員が相談できる体制を整えられています。</p> <p>平成 28 年 4 月より、人事が刷新され施設運営の中心となる人たちが昇格されていました。身近な人が昇格していく姿をみることで、後進者への目標となり、モチベーションアップにも繋がると考えられます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1) ケアマネジメントの充実</p> <p>家族会は年 6 回実施され、参加率も高い一方で、サービス担当者会議への家族の出席率は低いとのことでした。また、課題分析についても、アセスメントの結果から課題を導き出した過程がわかりにくい形になっていました。</p> <p>支援経過記録についても、ケース記録の中に記入されており、介護支援専門員のケアマネジメントに関わった内容の実施状況がわかりにくい記録の仕方になっていました。</p> <p>2) パソコン閲覧・データ管理の工夫</p> <p>前回の第三者評価受診時の指摘事項にもありましたが、各種の記録やデータ、マニュアルがパソコンに保存されており、緊急時に必要なマニュアルのみプリントアウトされていますが、データ管理のみでは停電時や災害時等に不安があります。また、新規採用職員やパソコンに不慣れな職員でもわかるような工夫をされたほうがいいのではないのでしょうか。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) ケアマネジメントの充実</p> <p>家族会の参加率からみても協力的なご家族が多いと思われるので、事前にご家族の参加しやすい日程を把握し、サービス担当者会議を開催されてはいかがでしょうか。その際にご本人にも参加していただければ、よりご本人・ご家族の希望にそったケアプランが作成できると思われます。</p> <p>課題分析については、「課題整理総括表」を活用し、専門職である介護支援専門員としてどのような考えでご入居者の「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」を導き出したかを表してはいかがでしょうか。</p> <p>支援経過記録については、ケアマネジメント実施内容を記載する際、標題をつけるようにし、介護支援専門員がかかわった経緯を記録として残すようにされてはいかがでしょうか。</p> <p>2) パソコン閲覧・データ管理の工夫</p> <p>パソコン内でデータ管理しつつ、内容によっては紙媒体との併用し、すみやかに記録を見ることができるよう、整理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)

※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	2670500350
事業所名	特別養護老人ホーム ビハーラ十条
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、予防短期入所生活介護、 居宅介護支援、訪問介護
訪問調査実施日	平成28年12月16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) 法人の理念、事業計画を職員会議にて報告され、職員会議は全員が参加できるように3日に分けて実施されています。参加できなかった人に対しては、ビデオで内容の確認ができるようにもされています。2) ユニット、各部署における会議で上がった意見は、案件により役職者に報告・相談し対応されています。			
(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) 事業計画は、5年後の方針もふまえて計画され、各委員会・会議において具体的な取り組みを計画し、半期ごとに見直しを行っておられます。4) 各委員会・会議ごとに中心となる担当者を決め取り組んでおられます。			
(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。	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) 必要な参考図書は1階の休憩室に設置されています。カテゴリー別に分けることで、現場職員でも分かりやすくなるのではないのでしょうか。6) 現場職員から話をしたい幹部を選び直接話ができる機会を作っておられます。7) 緊急時には連絡がつくように、施設長はいつでも携帯電話を所持されています。また、施設長も委員会に参加し、状況を把握して、適切な指示を出しておられます。			

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) 月2回会議を開催し、人材確保について検討されています。9) 研修については、キャリアパスを元に、年間計画をたて実施されています。また、外部機関（生活介護研究所）から月2回、アドバイザーを招き研修を実施されています。10) 実習指導者講習修了者が5名おられ、年間100名近い実習生を受け入れておられます。			
(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) 職員満足度調査を行い、福利厚生委員会で分析検討し、職員の労働環境を整えておられます。12) 外部のスーパーバイザーが定期的に来所され、職員が相談できる環境となっています。			
(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。	B	B
		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) 広報誌に地域のお店情報を記載し、地域にも配布されています。14) 地域交流センターを無料開放されており、ほぼ毎日地域の方が利用されています。また、生活相談員が南区認知症あんしんサポートネットワークの代表をされ、地域活動に積極的に参加されています。			

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	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) 広報誌をA2の見開きにし、高齢者にも見やすい形にされています。また、見学には随時対応をされています。			
(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) 契約時に料金表を利用して一か月に必要な費用について説明されています。また、入居後も家族会で説明をされているとのことで、事前に実施したアンケートにもほとんどの方が理解していると答えられています。			

(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) 課題分析について、アセスメントの結果から課題を導き出した過程がわかりにくい状況でした。課題整理総括表の活用を検討されているとのことで、早期の導入を期待致します。18) 事前の意見聴取等で希望を確認されていますが、サービス担当者会議へのご家族の参加率が低いので工夫して頂ければと思います。19) 機能訓練指導員、言語聴覚士、歯科衛生士を直接雇用されており、それぞれから意見を聴取しておられます。20) 定期的及び必要に応じて計画の見直しは実施されていますが、ケース記録上に記録されており、実施状況が分かりにくい記録の形となっていました。		

(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) 入院されている利用者には1週間に1回程度面会にいかれ、随時病院と連携を図っておられます。		

(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) マニュアルはパソコンの共有ファイルに保存されています。緊急時対応等、必要な物はいつでも見ることができるところに設置活用されていますが、他の内容についてもすみやかに確認できるようにされてはいかがでしょうか。23) 記録ソフトを使用し、データ管理されています。24) ユニット内で連絡ノートを活用し共有されています。25) 家族会には130名の方が登録されており、2～3ヵ月に1回家族会を実施し、情報交換されています。		

(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) 感染防止委員会を設置し、予防策の検討・周知を統括されているとのことでしたが、利用者アンケートでは感染症発生時の対応について、不安を感じておられるご家族もあるようでしたので、職員だけでなく入居者の方にも手洗いを徹底して頂ければと思います。27) 清掃職員により掃除が実施され、臭気も気になりませんでした。		

(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) 全職員を対象に、夜勤の際の緊急時シュミレーションを実施されています。29) ヒヤリハット報告書が100件提出されており、事故予防への意識の高さが感じられました。30) 防災訓練だけでなく、自主訓練（シェイクアウト）にも積極的に参加されています。		

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	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) 苦情解決委員会にてご利用者の満足調査を年4回実施し、サービス提供の内容を検討されています。また、リスクマネジメント委員会が中心となり人権研修を実施されています。32) 排泄・入浴・更衣介助については、他者と同じ空間で実施しないように整備されています。33) 毎月、医師、施設長、生活相談員、第三者委員が出席して入所判定会議を実施されています。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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	公的機関等の窓口にご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)		34) 意見箱の設置はもちろん、広報誌に切り取り記載スペースを設け意向を伝えやすいように工夫されています。35) 苦情へ迅速に対応され、1階玄関前に掲示し情報公開されています。36) 外部のアドバイザーが各ユニットを巡回し、利用者の話を聞き、職員にフィードバックされています。		
(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っている。	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) お客様満足度調査を実施されています。38)、39) 内部監査委員会を設置し、施設の自己評価を実施されています。		