

# アドバイス・レポート

平成 30 年 5 月 1 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 30 年 2 月 28 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 居住性、プライバシーに配慮した環境作り</b></p> <p>昨年老朽化した施設内を改修し、プライバシーに配慮した設えを整えられています。4 人部屋の多床室のカーテンの仕切りを障子にして準個室化し、廊下入り口にも扉を付け、カーテンの仕切りだけのトイレも個室化される等、プライバシーに配慮した環境を整えられていました。また、玄関前に洗面所を設置したり、施設内も全体に家庭的な雰囲気環境整備されるなど、衛生面や居住性にも配慮した改修が施されていました。歴史のある建物でありながら、可能な限り環境整備を行い、生活者としての利用者が居心地よく過ごせる空間を確保されており、利用者の満足度も高く環境面で利用者の思いによく配慮された改修を施されていると思われました。プライバシーの配慮した環境整備は、職員のプライバシー保護に対する意識を高めることにも繋がるのではないのでしょうか。</p> <p><b>2) 看取り介護への取り組み</b></p> <p>施設として看取り介護に力を入れておられ、年間 6～7 割の方が施設で最期を迎えられています。狭い意味での看取り期だけでなく、ターミナルに至るまでの生活の質を重視したケアを実践されており、最後まで口から食事を食べられることを重視した取り組みをされています。医療面でも、嘱託医 3 人を配置して補い合える体制を整えられており、また系列病院と連携して吸引対応や、施設に戻ることができるタイミングを調整される等、協力医療機関ともよく連携し施設で最期を迎えたいという利用者の思いによく応えておられ、生活の場としての施設で暮らしておられる利用者の安心に繋がっていることと思われます。</p> <p><b>3) 組織体制の整備</b></p> <p>近年法人全体の組織体制の整備に取り組んでおられ、法人事業所 4 か所各拠点を担当するエリアマネジャーを置き、月一回の経営戦略会議を開かれたり、法人企画渉外部を地域との窓口として設置し、広報活動や地域の催しと法人施設をつなぐ役割を持たせられたり、法人内の内部監査を実施される等、様々な面で組織体制の充実を図られています。また、今年度より特に若手職員の育成に力を入れておられ、内部監査グループやエリアマネジャーにも若手を登用されるなど、役割を持たせて組織の中での役割の意識化に繋がっていました。人材確保が困難な中で、将来的にも安定した事業展開を目指して、確かな事業基盤を整えていく確実なビジョンを法人として持つておられると思われました。施設・地域で高齢者の生活を支える法人として、今後一層の役</p>
-----------------------------	--

	<p>割を果たして行かれることを期待致します。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><b>1) 事故態様に応じた事故・緊急時対応の訓練</b>          事故・緊急時対応のマニュアルを作成し、事故・緊急時対応の訓練として、即時報告フローチャートに基づき報告訓練を実施されていますが、具体的な事故の種類や態様に応じた訓練が実施できていませんでした。特に職員の数が少ない時間帯等に、介護サービスを提供する上で発生が想定される様々な事故に対して、限られた職員で適切に対応し、被害を最小限度に止めるために、想定される事故類型に応じて、職員間で日常的に繰り返し研修・訓練を重ねておく必要があるのではないかと考えられます。</p> <p><b>2) 行動制限への配慮</b>          人権の尊重や、身体拘束・虐待について研修を実施し、参加できない職員に対しては伝達研修も実施されていますが、日常業務への振り返りが具体的にできておらず言葉遣い等にも活かしてないとのことでした。施設見学時にも、2階フロアのエレベーターにキーロックが使用されている点が気になりました。特別養護老人ホームという施設の性格上、やむを得ず様々な行動制限が必要となる場合もあるとは思われますが、利用者の行動を制限するということには変わりなく、定期的に必要性を確認し、状況に応じてロックを解除したり、より行動制限の度合いが低い方法を検討する必要があるのではないかと考えられます。</p> <p><b>3) 苦情・要望等の内容と対応状況の公開</b>          苦情や要望等を受けたときは、ケース記録に残し、苦情報告書を作成し、事実確認を行い、対応を検討して結果を申立者に返し、第三者委員にも報告されていますが、苦情・要望等の内容と対応状況の公開が課題となっていました。施設内の掲示スペース等難しい部分があるとのこと、リニューアルされたホームページでの公開も検討されているとのことでしたが、施設に向けられた苦情や要望に対して施設として適切に対応していることを示し、同様の苦情や要望等を引き出しやすくするためには、より利用者や第三者の目に触れやすい形で公開する方法を工夫する必要があるのではないかと考えられます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 事故態様に応じた事故・緊急時対応の訓練</b></p> <p>特に夜間帯など、職員の少ない時間帯に事故が発生した場合に、適切に対応し、被害を最小限度に止めるためには日常的に、介護サービスを提供する上で発生が想定される様々な事故類型について、繰り返し対応訓練を実施しておくことが必要と考えられます。転倒・転落、誤嚥、意識消失等、介護場面で発生が想定される事故類型について、初期対応の仕方、留意点、禁忌事項、観察・連絡のポイント等をマニュアル化した上で、全職員を対象に、年間を通して繰り返し訓練・研修を実施することができるように、研修計画の中に位置付けられてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 行動制限への配慮</b></p> <p>サービスを提供する中で、様々な介護場面で、身体拘束や虐待に繋がるような場面、不適切と思われるケア等を職員間で取り上げて意見交換したり、ロールプレイ等、その場面を利用者の立場で具体的に意識できるような勉強会を工夫されてはいかがでしょうか。エレベーターロックについては、必要性を検証し、必要のない時はロックを解除したり、やむを得ず使用する場合でも、その効果や使用する意味、使用しないことによるリスクなど、様々な角度から職員間で検討する機会を持たれてはいかがでしょうか。そうすることにより、職員の行動制限に対する考え方や、エレベーターロックを使用することに伴うリスク管理の意識も高まるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 苦情・要望等の内容と対応状況の公開</b></p> <p>利用者・家族から出された苦情や要望等の内容や事業所としての対応状況は、他の利用者にも意識しやすい形で公開することにより、同様の苦情・要望等を引き出しやすくできるとともに、利用者家族を含む第三者に対しても公開することにより、苦情・要望等に適切に対応する事業所として事業所の信頼にも繋がるものと考えられます。申立者の個人のプライバシーや個人情報にも配慮した上で、苦情や、ちょっとした要望等についても、その内容と施設としての対応状況を、利用者や第三者により目に触れやすい、施設内の掲示や広報誌への記載などの方法で公開すること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)

※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	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
訪問調査実施日	2018年3月12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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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) 理念は館内に掲示し、年一回全体会議で理事長より理念、施設長より経営方針を職員に説明し、家族には年度初めの家族会で理念等を話されています。2) 法人の理事会、管理会議、経営戦略会議、連絡会議、拠点会議、事業所毎の事業所会議により組織的な意思決定を行われています。			
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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) 経営戦略会議で各事業所の事業の振り返りを行い、次年度の事業計画を各部署で作成されています。2～3年単位で中・長期計画も策定し、毎年見直しを行われています。4) 事業計画を受けて各部署の計画を策定し、半期ごとに見直しを行われています。			
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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)		5) 遵守すべき法令等のリスト化はされていませんでしたが、法人のマニュアル委員会により作成される、各事業所の手順書の元になる共通マニュアルには、関連法令分野に関する内容を取り上げられています。6) 定期的な職員ヒアリング等、管理者等の行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する取り組みは実施されていませんでした。7) 緊急連絡網を整備し、所長以上の役職者は貸与の携帯電話で24時間対応できる体制を取られています。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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。	B	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。	B	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) 加算に配慮して人員配置を行われていますが、人事考課の案は現在作成中でした。入職後の資格取得にはお祝い金制度により取得支援を行われています。9) 定期的な新規入職が無く、十分に機能はしていないとのことでしたが、経験年数、職位に応じた研修の仕組みは整備されています。10) 実習指導マニュアルを整備し、各種の実習生を受け入れられています。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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。	B	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) 時間外労働は部署の主任により把握され、法人本部に報告されています。面談等により就労状況、意向を把握し、部長、施設長により検討・対応されています。12) 産業医を配置し、外部のメンタルヘルス相談窓口についても情報提供されています。ハラスメント対応については、男性、女性それぞれの窓口を置かれています。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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) 広報誌、ホームページで事業所情報を地域に開示し、法人の地域との窓口である企画広報部を通じて地域の行事にも利用者と共に参加されています。14) 法人の事業所の実施する認知症サポーター講習に職員が参加し、認知症カフェ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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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) ホームページ、パンフレットにより事業所情報を提供されています。ホームページは今年度より設置した企画渉外部により更新し、新しい情報を提供されています。施設見学には随時対応し、必要に応じて相談対応されています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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) サービス内容や利用料金については利用契約時に重要事項説明書で説明し同意を得られています。成年後見制度は、入所後に成年後見の申し立てをした方、金銭管理のみ行われている方を含め、現在4名の方が利用されています。		

(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) 包括的自立支援プログラムを使用し、6ヶ月に一回アセスメントを実施し計画の見直しが行われています。ADL確認表、24時間シートも併用して、計画の評価見直しに繋がっています。18) サービス担当者会議には、家族、可能な場合は本人も参加され、意向等を聴き取られています。19) 事前に介護職員、看護師がアセスメント表に記入し計画を作成されています。サービス計画書には個別機能訓練や経口維持加算等の内容も盛り込まれています。20) 新規入所、退院時は1ヶ月、通常は3ヶ月に一回モニタリングを実施し、6ヶ月毎にアセスメントを実施し、計画の見直しが行われています。		
(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) 施設の主治医とは週二回の往診日以外は電話やメールで連絡をとり、往診日に家族が来られない時に、ドクターの診療所に家族をお連れして面談されたこともあるとのことでした。退院時カンファレンスには可能な限り参加し、措置入所、緊急ショート等のケースでは行政と連携を取られています。		
(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。	B	B
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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		22) 法人全体のマニュアルの他に、施設の各委員会で手順書を作成されています。法人マニュアルの更新はされていますが、施設の手順書は、苦情や満足度調査分析を反映した見直しは行っていませんでした。23) 利用者に関する記録類は適切に管理されていますが、個別援助記録に沿った記録は各種記録から拾う形で行われており、プランに対応した形では行われていませんでした。24) パソコンソフト、申し送りノート、朝礼により、利用者の状況等に関する情報を共有されています。25) ほぼ全員の家族が参加できるように担当者会議の日時を設定し、会議でモニタリングの内容等を伝えられていますが、3ヶ月毎にはなっていないとのことでした。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		26) 感染症マニュアルを整備し、定期及び状況に応じて随時に内容の改訂を行われ、研修も毎年実施されています。27) 共用部分は委託業者により清掃を行われ、施設内は清潔に保たれていました。手すり、ベッド柵等は専用クロスで拭き取り、毎月細菌検査を行い清潔状況を確認されています。		

(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	B
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。	B	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		28) 事故、緊急時の対応マニュアルを整備し、フローチャートに基づき報告も行われていますが、転倒、喉詰り等具体的な事故の訓練ができていませんでした。29) 事故、ヒヤリハットの定義づけは類型毎に行われ、事故発生時は事故報告書を作成し、事故原因等検討されていますが、検討結果について振り返りが十分行われていませんでした。30) 所定の避難訓練を実施し、3日分の食糧・水を備蓄されていますが、自然災害を想定した訓練は未実施で、地域との災害時の協定については、現在取り組まれている所とのことでした。		

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

#### 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。	B	B		
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) 身体拘束・虐待に関する研修を実施し、伝達研修も実施されていますが、日常業務の中で振り返りが十分できていないことでした。32) 施設内を改修し居室、トイレに扉を設置し、居室の扉の開放を希望される利用者には、その内容をケアプランにも位置付けられています。33) 京都市の入所指針に基づき、施設独自の入所基準で点数化して、優先度の高い方から入所者の決定を適正に行われています。				
(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。	B	B		
第三者への相談機会の確保	36	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)		34) 意見箱、年2回の家族会、担当者会議等、複数の機会を捉えて苦情・要望等を確認されています。35) 苦情・要望等に対してはケース記録に記録し、検討・対応し、対応状況を申立者に返し、第三者委員にも報告されていますが、公表・掲示方法は検討中とのことでした。36) 介護相談員等、利用者が任意に相談できる外部の第三者の確保は現在できていませんでしたが、現在検討中とのことでした。				
(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。	B	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。	B	B		
(評価機関コメント)		37) 毎年一回満足度調査を実施し、結果を家族に配布し、家族会でも報告し、家族会では前年度の結果に対する改善状況も確認し意見を聴かれています。38) 各部署の代表者が出席する運営会議でサービスの質の向上について検討し改善に繋がられています。39) 自主点検は実施されていますが、定期的な自己評価の機会は設けられていませんでした。				