

## アドバイス・レポート

令和2年1月9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

令和元年9月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた壬生老人ホームにつきましては、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>○労働環境への配慮</b> 介護主任等が職員の希望休暇を聴取し勤務表を作成しています。管理者自ら率先して有給を取得するとともに、事務職員等から各職員に対して有給休暇取得を促しておられることもあり、介護職員の有給取得率が80%程度あります。また、勤務年数が十年以上ある職員も多く存在し、働きやすい職場が具現化されているといえます。</p> <p><b>○人権等の尊重</b> 半期ごとに「(利用者に対して)使用してはいけない用語」を設定し、利用者の人権を尊重したサービス提供を行っています。「使用してはいけない用語」は全職員が意見を出しています。選ばれた「NGワード」について、ポスターを作成・掲示し、「NGワード」を使用しないように意識してサービスを提供しています。また、「NGワード」を使用せずにサービスが提供できたかを自己評価する取り組みもされています。パソコンで「気づきポスト」という全職員が入力できるソフトを活用し、職員が職員の気になる言動や行動、他の職員の参考になった言動や行動を入力する等、職員の日常業務を互いに振り返る仕組みがあります。</p> <p><b>○利用者満足度の向上の取組み</b> 年1回、定期的に利用者アンケートを実施しておられます。また、利用者アンケートと同一内容で家族アンケートも実施しておられます。アンケート結果については、サービス向上委員会で分析や改善すべき事項について検討し、調査前後でサービスが改善したことを確認し、ホームページ上で公開されています。この結果は、本調査にあたっての家族へのアンケートでもほぼ同様の結果が得られています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>○地域への貢献</b> 専門的な技術講習会や地域住民の生活に役立つ講演会等を開催する等、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みが行われていません。社会福祉法人の公益性を鑑み、施設の有する強みを生かした地域貢献への足掛かりをつくっていただければと考えます。</p> <p><b>○業務マニュアルの作成</b> サービス提供にかかる標準的な業務マニュアルは作成されていますが、活用されているマニュアルと活用されていないマニュアルがある等、バラつきがみられます。活用されているマニュアルの中には、各種委員会で見直しをしているものもありますが、定期的にマニュアルの見直しを行う基準がありません。</p> <p><b>○サービス提供に係る記録と情報の保護</b> 個人情報の取り扱いに関する規定として「文書管理規定」を作成していますが、規定に遵守した取り扱いになっていません。また、記録の管理についての研修が行われていません。社会福祉施設の特性上、個人情報を取り扱う場面が多く存在することから、職員一人ひとりに対し、個人情報、とりわけ文書の取り扱いについての研修を早急を実施することが望まれます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>当事業所は、昭和55年に壬生寺創建千年記念事業として設立された社会福祉法人により、市内中心部（上京区・中京区・下京区）で初めて開設した特別養護老人ホームです。そのため、ハード面ではやや古くなっていますが、「人の和・地域の輪・ふれあいの場」を理念として、施設サービスにおいては潤いのある生活を、また在宅サービスにおいては利用者が可能な限り住み慣れた自宅や、地域において生活が継続できるようなサービスの提供に努めています。</p> <p>引き続き地域に根ざしたサービス提供と更なるサービスの向上を期待して、以下の通りアドバイスいたします。</p> <p><b>○地域への貢献</b>      専門的な技術講習会や地域住民の生活に役立つ講演会等を開催する等、事業所が有する機能を地域に還元する取り組みを行っておられないとのことでした。併設しているデイサービスは、地域住民が多く利用されておられますので、デイサービスの利用者を通じて地域への貢献ができる場がないかを模索されてはいかがでしょうか。また、事業所が福祉避難所として指定を受けていることや、法人の職員の中に京都災害派遣福祉チーム員が所属しているとのことですので、例えば「壬生寺総合防災訓練」でダンボールベッドの組み立てや防災グッズを作成する等のブースを設置することも考えられると思います。</p> <p><b>○業務マニュアルの作成</b>      活用されている業務マニュアルと活用されていない業務マニュアルが存在する等のバラツキがみられました。感染症マニュアルは感染症委員会が主体的になってマニュアルの見直しや更新をされておられますので、業務マニュアルについても、既存の委員会のいずれかでマニュアルの見直し等をされてはいかがでしょうか。既存のいずれかの委員会で担うことが難しいのであれば、業務マニュアルを主体的に見直し等をする委員会を新たに立ち上げることも考えられると思います。</p> <p><b>○サービス提供に係る記録と情報の保護</b>      個人情報の取り扱いに関する規定として「文書管理規定」を作成されましたが、その規定が活用されていないとのことでした。既に「文書管理規定」がありますので、まずはその規定を活用した「記録の管理について」の研修会を開催されることをお勧めします。研修会を開催することで、個人情報保護と情報開示の観点から職員に対する教育ができ、且つ、「文書管理規定」の内容を職員に周知、浸透することができ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	2670300025
事業所名	壬生老人ホーム
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)	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、通所介護、介護予防通所介護
訪問調査実施日	令和1年12月17日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
<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。	B	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		1. 法人理念や運営方針は事業所内に掲示していますが、職員全員に周知する取り組みは行っていません。 2. 月1回の調整会議で、各部門からの事業報告や法人との意思決定を図っていますが、各職種の権限が不明確で職務権限等の規定がありません。			
<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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3. 中・長期計画に基づき、事業計画を策定しています。月1回開催するフロア会議で職員の意向を汲み取る仕組みがあります。 4. 各部門の管理者や主任が事業計画の重点課題を設定していますが、課題の達成状況を定期的に確認できていません。			
<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、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. 管理者は法人役員研修等に参加していますが、事業を実施するうえで把握すべき関係法令について、リスト化をしていません。 6. 管理者は職員の個人面談や各種会議等で職員の意見を聞く機会を持っていますが、管理者としての自らの役割と責任について文書化していません。 7. 管理者は、各種の報告に目を通し、パソコンによるケア記録等で事業の実施状況を把握しています。また、事故や災害、設備の破損等の緊急事態の発生時には、連絡網により指示を行う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
<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。	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。	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		8. 職員の夜勤回数に配慮した人員配置や職員採用を行っています。また、職員の採用については基本的に有資格者を優先しています。 9. 新規採用職員には、エルダーといわれる指導者を付け、OJTを実施できる体制がありますが、職員が互いに学び合うための勉強会等を開催していません。 10. 実習を受け入れるための「実習生受け入れ・指導マニュアル」を整備し、介護福祉士や社会福祉士等の養成を行うための実習を受け入れています。		
<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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 介護主任等が職員の希望休暇を聴取し勤務表を作成しています。管理者をはじめ事務職員等から、各職員に対して有給休暇取得を促しています。 12. 産業医の配置や精神科医を配属医とし、職員に対してカウンセリングを行う体制があります。セクシャルハラスメントに関する規定はありますが、パワーハラスメント等の規定がありません。また、職員が休憩する休憩室がありません。		
<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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		13. 同敷地内にある保育園行事への参加や園児の慰問等による交流会を実施しています。地域にあるコンビニエンスストアが月1回訪問売店に来る等、利用者と地域との関わりを大切にしています。 14. 施設の介護支援専門員等が学区で開催する地域ケア会議に参加し、地域の介護や医療等のニーズを把握に努めています。事業所が有する機能を地域に還元する取り組みは行っていません。		

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. 事業所のサービス内容等はホームページやパンフレットで情報提供しています。また、利用者の問い合わせは「相談受付票」、見学希望者については「見学受付票」を活用し対応しています。		
<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. 契約時に重要事項説明書でサービスの内容や料金等について説明を行っています。また、判断能力に支障がある利用者には成年後見制度の利用支援を行っています。		

(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。	B	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. 独自のアセスメント様式を用いて、利用者の心身の状況や生活状況を適切に把握しています。ケアプランマニュアルに基づき定期的にあセスメントを行っています。 18. 利用者とのコミュニケーションの中で本人の希望を聞き取りしています。また、サービス担当者会議に参加するよう家族に働きかけたり、家族が面会に来た際に聞き取りをしたりするように努めています。 19. サービス担当者会議において、介護職員のほか、配属医師や看護職員等が参加できるように配慮しています。また、参加できない専門職種には事前に照会し、意見収集を行いケアプランに反映しています。 20. 毎月行うモニタリングで計画内容等における達成状況を確認しています。ケアプランの短期目標の期間ごとや新たな課題が発生する等、必要に応じて計画の変更を行っています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		21. 入院時には病院側に情報提供を行い、退院前にはカンファレンスの開催を病院側に依頼する等して連携を図っています。利用者の状況に対応できる他の事業所や施設等の関係機関のリストや資料を作成していません。		
(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	A
(評価機関コメント)		22. サービス提供にかかる標準的な業務マニュアルはありますが、活用しているマニュアルと活用していないマニュアルが存在しています。また、マニュアルを定期的に見直しをする基準がありません。 23. パソコンソフトを活用し、利用者の状況を適切に記録しています。個人情報の取り扱いに関する規定として「文書管理規定」を作成していますが、規定に遵守した取り扱いになっていません。 24. 毎朝毎夕の職員間申し送りや「申し送りノート」を活用し、職員間で情報共有をしています。また、ケアプランをサービス担当者会議で確認した後に各部署に配布し共有しています。 25. 利用者家族等に広報紙「みぶだより」を毎月送付し情報提供しています。また、居室担当者が記載した「最近のご様子」も年3回送付しています。		

(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。	B	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	B
(評価機関コメント)		26. 感染症委員会が最新の情報を入手して、感染症マニュアルの更新を行っています。また、感染症委員会主催の研修会を年2回実施しています。参加できなかった職員に対しては研修の資料や記録を回覧しています。 27. 清掃員として雇用した職員や業者委託により、事業所内の清掃を定期的に行っていますが、備品等の一部が整理整頓できていません。		
(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。	A	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. 事故対策規定やマニュアルがあり、事故対策委員会で毎年見直しを行っています。また、事故対策委員会主催の研修会を年2回行っていますが、実践的な訓練は行われていません。 29. 事故発生時には発生当日の職員間申し送りで報告、再発防止策の検討を行っています。再発防止策が有効であるかを再発防止対策の経過記録で観察し、月1回開催するフロア会議で対策への評価や見直しを行っています。マニュアルの見直しに活用していません。 30. 「壬生寺総合防災訓練」に年1回参加したり、法定の火災対応訓練を定期的実施しています。災害時マニュアルを作成していますが、地域との連携を意識した内容ではありません。		

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
		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	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。	B	B
		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. 年1回「高齢者虐待について」をテーマとした研修会を、弁護士等の外部講師に依頼する等して開催しています。半期ごとに「使用してはいけない用語」を設定し、利用者の人権を尊重したサービス提供を行っています。 32. 居室が狭小の面積であり、個人スペースとして十分でないため、カーテンの開閉等でプライバシーを確保するように徹底しています。プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供等の研修会を開催していません。 33. 月1回の入所判定委員会で利用者の受け入れに関する審議を行っています。基本的には断らない対応をとっていますが、どうしても受けることができない場合には、入所申請に関わっている介護支援専門員等に利用の見通し等を説明しています。		

(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。	B	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	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)		<p>34. 年1回、利用者懇談会や家族懇談会を開催し、利用者や家族等から意見を汲み上げる仕組みがあります。相談相手として、相談員をはじめ、介護職員や施設の介護支援専門員等に相談できる環境があります。</p> <p>35. 苦情対応マニュアルにより対応方法を定めています。意見や苦情があった場合には管理者へ報告し、組織として対応しています。意見等についての改善状況についてはホームページで公開しています。</p> <p>36. 重要事項説明書に苦情対応窓口や公的機関等の相談窓口を記載していますが、外部の人材を受け入れ利用者の相談機会を確保していません。</p>		

(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。	B	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)		<p>37. 年1回、利用者アンケートを実施しています。サービス向上委員会でアンケート結果の分析や改善すべき事項について検討し、調査前後でサービスが改善したことを確認しています。</p> <p>38. 他職種が参加しているサービス向上委員会を年6回開催し、サービスの向上について検討しています。京都市老人福祉施設協議会の部会等に参加し、他の事業所の取り組み等の情報収集を行っています。</p> <p>39. 各部署が持ち回りで3年に1回は第三者評価を受診していますが、自己評価を組織的に行う仕組みがありません。</p>		