

アドバイス・レポート

令和 2 年 1 月 8 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 1 月 2 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レーベン横大路）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) 健全な組織体制</p> <p>会議や委員会が案件ごとに定められ、組織としてトップダウンとボトムアップが双方向に機能する仕組みが整備されています。また、各種委員会では委員会の自主性を重んじ、議題や内容について正副委員長に権限が移譲され、職員自らが振り返ることを育成の視点として大切にしておられました。職場全体の意思疎通が良好で、風通しの良さがヒアリングでも感じられました。</p> <p>2) 災害及び事故・緊急時の対応</p> <p>横大路学区の自主防災会と災害時等における連携体制が具体的な内容で記載された「覚書」を取り交わされ、災害発生時に的確に連携ができるよう取り組まれています。また、事故や緊急時の対応を動画で撮影し、実際の動き方を見える形で訓練に取り入れておられました。新人職員など経験の少ない職員にとっても、口頭や書面による訓練だけでなく可視化されていることで、より現実的な想定ができ、確実な対応ができると思われま</p> <p>3) 丁寧なアセスメントの実施</p> <p>アセスメントは、6ヶ月ごとに事業所独自の書式と包括的自立支援プログラムを用いて実施し、さらにセンター方式の一部も活用してきめ細やかなアセスメントを実現させておられました。アセスメント結果はケアプランに反映され、全職員で共有されていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1) 個別援助計画等の見直し</p> <p>ケアプラン作成に関して、一連の業務は的確に実施されていますが、作成手順が記載された基準がありませんでした。</p> <p>2) マニュアルの見直し・更新管理</p> <p>各種マニュアルは整備されていますが、年 1 回マニュアルの見直しをされた記録が確認できませんでした。</p> <p>3) 利用者の相談環境の工夫</p> <p>相談窓口として第三者委員の設置や学区社協の役員が参画される運営推進会議においてサービス内容の確認や点検を行っておられますが、利用者が直接相談できる機会として、介護相談員など外部の人材の受け入れは現在されていないとのことでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 個別援助計画等の見直し</p> <p>職員の異動や急な退職などでケアプラン作成担当者が変更となり、十分な引継ぎができないことも想定されます。このような際に作成手順や基準が明確化されていれば、適切に対応することが可能となります。ケアプラン作成の一連の業務は適正かつ丁寧に実施されていますので、マニュアルなど書面化されたものを作成しておかれてはいかがでしょうか。</p> <p>2) マニュアルの見直し・更新管理</p> <p>各種マニュアルは整備され、感染症など最新の情報を入手した際も適時に更新をされています。研修計画は年度できちんと管理されていますので、研修と同様に委員会等で見直しや更新時期を定められ、年度計画として明確にされてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 利用者の相談環境の工夫</p> <p>京都市の介護相談員受け入れ事業については、介護相談員の員数の限りもあり、申し込みをしても事業所への派遣が厳しい状況ですが、外部の人材を受け入れることで利用者の権利擁護や事業所の透明性の確保、サービス向上に対する意識にもつながります。たとえば、職員のOB・OGに協力をいただいたり、設置に関して、事業所や法人単位で設置されるほか、近隣施設や関係団体とのネットワークを活用した合同での設置も考えられますので、取り組み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	2690900150
事業所名	特別養護老人ホームレーベン横大路
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)	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、通所介護
訪問調査実施日	令和1年11月29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、運営方針は館内各部署に掲示され、パンフレットやホームページでも発信・周知されていました。2) 会議や委員会が案件ごとに定められ、組織としてトップダウンとボトムアップが双方向に機能する仕組みが整備されています。また、各種委員会では委員会の自主性を重んじ、議題や内容について正副委員長に権限が移譲されていました。			
(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。	B	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) 単年度の事業計画は作成されており、現在、認知症ケアに関する中・長期ビジョンを作成中とのことでしたが、認知症ケアにとどまらず資格取得や研修・育成など多角的な視点で検討されており、特に中期ビジョンまでは具体的な内容となっていました。4) 各部門で事業計画を策定され、レーベン会議（事業所内の各部署代表による会議）では3か月ごとに、各委員会では半年ごとに進捗状況を確認し、見直しを行っておられます。			
(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) 法人で法令研修を実施されているほか、関係法令をすぐに調べられるようインターネットの項目を集約されるなど検索しやすい工夫をされていました。6) 管理者は各種会議や委員会に参加され、方針の伝達や意見を述べられるとともに、全職員に対して年2回個別ヒアリングを行い意見を聞く機会を持たれています。7) パソコンによる電子決済システムを導入し、日々の業務状況や各種会議の報告書など適時に確認・把握されています。			

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) 資格取得に関して勉強会の開催や受講費負担など支援体制が整備されています。今後の人材獲得の社会情勢を見据えて、外国人労働者の受け入れについても3年前から取り組まれているとのことでした。9) 新人職員に関してはプリセプター制を導入され、丁寧な育成に取り組まれています。研修体制は階層別を実施され、多くの職員が受講できるよう複数回の開催を予定されるなど年間計画に組み込まれていました。10) 実習指導者を介護福祉士6名、社会福祉士2名と手厚く配置され、資格実習のほかインターンシップや職場体験など積極的に受け入れをされていました。		
(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) 職員の負担軽減のため、腰痛ベルトの購入補助やスライドボードを導入されており、実際に介護機器を活用して身体的な負担を減らす意識が浸透していました。12) 各階に職員休憩室があり、横になって体を休められるスペースが確保されています。ハラスメントの相談窓口は設置されていましたが、窓口としての機能だけでなく、ハラスメント防止の理解や周知の促進などの啓発活動等にも取り組まれているかでしょうか。		
(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) ホームページやフェイスブックを活用し、事業所の運営理念や取り組みなどを発信しておられます。14) 地域のネットワーク会議への参加や近隣学区のイベントでの健康相談や備品の貸し出し、運営推進会議にて地域と関わりを持たれ、地域のニーズ把握に取り組まれています。		

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) ホームページやパンフレットで事業所情報を提供されています。また、フェイスブックを活用した情報発信にも取り組まれました。		
(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) 契約時には重要事項説明書を用いてサービス内容の説明や料金、保険外サービスについて説明し、同意を得ておられます。掲載内容については、専門用語を極力使用しないよう配慮されています。また、成年後見制度や権利擁護事業のパンフレットを事業所玄関に常備して必要時に適切に関係機関へつなぐことができる体制を取られています。		

(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	B
(評価機関コメント)		17) 6か月ごとにアセスメントを実施し、ケアプランに反映させておられます。アセスメントは、独自の様式と包括的自立支援プログラムで使用され、さらにセンター方式（一部抜粋）を活用してきめ細やかなアセスメントを実施されています。18) アセスメントから導き出された課題や利用者・家族の意向を反映したケアプランを作成されています。サービス担当者会議で各専門職や利用者・家族に説明・同意を得ておられます。19) 6か月ごとに開催するケアカンファレンスに各専門職が出席し、意見を集約してケアプランに反映させておられます。また、カンファレンスやサービス担当者会議に複数のケアワーカーが参加することで意見の集約やケアプラン内容の周知が容易となる仕組みになっていました。20) 心身状態の変化時や介護認定の更新・区分変更時に加えて、必ず6か月ごとに計画を見直ししておられます。また、毎月ケアマネジャーが実施するモニタリングのほか、ケアワーカーが3か月ごとにモニタリング結果を記録することで、より詳細な状況把握を実現されています。ただ、ケアプラン作成の一連の作業は的確に実施されていますが、作成手順などを記載した基準はありませんでした。		

(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. 各専門職でのカンファレンス実施や日常的な情報共有の仕組みで多職種連携が取れる体制になっています。また、運営推進会議や地域ネットワーク会議への参加により、関係機関等との連携強化に取り組まれていました。		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		22) 各種マニュアルは整備され、年1回の見直しをされていますが、見直しをされた記録が確認できませんでした。23) 利用者に関わる書類は、常時施錠された部屋や書庫で適切に管理されていましたが、個人情報保護など記録に関する研修は新人研修時のみで現任者を対象とした計画がなく、文書管理規定の中で記録の持ち出しについても明記されていませんでした。24) 出退勤時の引継ぎと併せて業務連絡ノートやホワイトボードも活用し、情報共有に取り組まれていました。25) ご家族に月1回以上の面会やカンファレンスへの参加を促しておられ、家族がカンファレンスに参加ができない場合は、事前に連絡をして意向等を聴取してケアプランに反映されています。なかなか面会に来られない家族には手紙で利用者の状況を報告しておられます。		

(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	B
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) 感染症の流行時期にあわせた研修の実施や、感染症に関する最新情報を即時に発信されています。感染防止マニュアルを整備され、年1回見直しをされていますが、見直した記録が確認できませんでした。27) 倉庫としてのスペースが確保されており、倉庫内の介護材料など備品の整理・整頓もきちんとされていました。オゾン消臭器の設置など臭気対策の徹底に取り組まれ、館内は気になる臭気が全く感じられませんでした。		

(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) 緊急時対応マニュアルを整備し、事故や急変時対応など具体的な事故を想定した実践的な訓練を実施されています。29) 事故・ヒヤリハット報告書を作成・報告し、対応策を検討されています。また、毎月の事故防止管理委員会で一定期間の状況を定量化して原因分析し、業務やケアに反映されています。30) 防災マニュアルを策定し、年3回の防災・災害訓練を実施されています。横大路学区自主防災会と災害時に連携する具体的内容が記載された覚書を取り交わし、災害等発生時に的確に連携できるよう取り組まれています。		

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) 身体拘束廃止や高齢者虐待について、事業所内研修や委員会での勉強会を実施し、提供しているサービス内容をユニット会議やリーダー会議にて見直し・検討をされています。32) マニュアルの中でプライバシーの配慮が明記され、新人職員への研修も行われていますが、現職の職員に対しても定期的な研修を実施されてはいかがでしょうか。33) 入所申し込みについては、入所検討委員会で検討し、入所者を決定されています。入所受け入れに関しては、基本的に断らない方針で、実際に断ったケースも無いとのことでした。		
(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	B
(評価機関コメント)		34) 意見箱の設置のほか、利用者・家族へアンケートを年1回実施し、意見や要望を収集されています。また、サービス担当者会議には利用者も参加され、意向や満足度を把握する機会とされています。35) 意見や要望・苦情に関しては、マニュアルに沿って迅速に対応し、利用者・家族へのアンケート内容については、フロアに掲示されています。36) 第三者を相談窓口として設置し、公的機関の連絡先を重要事項説明書に記載されていますが、利用者が直接相談できる機会として、介護相談員など外部の人材の受け入れは現在されていないとのことでした。		
(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。	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・家族へ年1回アンケートを実施し、その結果をリーダー会議等で分析して、サービスの改善に取り組まれています。38) 事業所内でのリーダー会議、レーベン会議のほか、法人での主任会議や経営会議にてサービスの質の向上について評価・検討する体制が整備されています。39) 事業計画の振り返りを四半期ごとにレーベン会議で実施し、評価・見直しが行われていますが、外部の自己評価表を活用するなど客観的な基準に照らし合わせた評価にも取り組まれてはいかがでしょうか。第三者評価は3年ごとに受診され、評価結果を各種会議にて周知されています。		