様式７

介護サービス第三者評価事業

アドバイス・レポート

令和２年１０月２１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２年２月６日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（　京都市修徳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

特に良かった点とその理由（※）	**1)労働環境への配慮** 年次有給休暇の消化率が約 90%と高く、休日も年間 126 日あり連続休暇も取りやすい環境にあり、育児・介護休暇についても取得しやすいように配慮されていました。また、３連休の取得の推進や今年の 10 月から有給休暇の時間取得が可能となるなど、職員の生活スタイルに合わせた労働環境が整えられるなど働きやすい環境づくりがされていました。 **2)研修の充実** 法人内において階層別（初任者・中級・監督職・管理職）の研修が年間研修計画で示され、また施設独自に、月１回研修担当が企画した研修が実施され、受講者は事前課題を記載し、研修終了後報告書を役職者に提出しコメントを受ける等学び合える研修になっていました。また、高齢者疑似体験研修を必ず受講することになっており、内容も１日終日行われ午前中は体験、午後はフィードバックが行われるなど障害の実感を通じて気づきを促す取り組みが法人全体で確立されていました。 **3)地域貢献** 前身の小学校の設立の経緯などから、地域に根差した取り組みとして、施設長が自治連合会に参加され、また職員が地域の消防団や体育振興員として地域の活動を地域住民と行われるなど、地域住民との交流を積極的に行っておられました。専門知識の発信という点では、歯科医師会と連携されている口腔ケアの取組み等を積極的に発信しておられました。また、隣接する児童館と連携して月１回、誰でも参加できる子ども食堂「修徳カレーの日」を夕方に開催されるなど地域の交流イベントを展開されていました。
特に改善が望まれる点とその理由（※）	**1)意見、要望、苦情に対する回答の発信** 意見箱の設置や利用者アンケート等により施設宛に寄せられた意見、要望、苦情について把握しておられますが、施設からの回答は家族アンケートの個別の返信以外に、第三者への発信は見られませんでした。 **2)管理者等によるリーダーシップの発揮** 人事考課制度で上司と部下が双方意見交換する機会は持たれておられますが、管理者等が自らの行動が職員から信頼を得ているかどうかを把握する仕組みがありませんでした。 **3)第三者への相談機会の確保** 施設本部において第三者委員を選任され、苦情等の相談窓口は設置、周知

様式７

	され、定期的に家族懇談会を開催されるなど第三者への相談の機会の確保に努められていましたが、施設内において利用者が日々の生活の中で相談できるような外部の人材を確保されていませんでした。
具体的なアドバイス	**1)意見、要望、苦情に対する回答の発信** 施設宛に寄せられた意見、要望、苦情について、施設からの回答は発信された利用者、家族以外の方にも広く発信されることが望まれます。定期的に発行される広報誌を通じて寄せられた意見、要望、苦情の内容やそれに対する回答内容を伝えることで利用者や家族が施設の考えや動きを知ることができ、他の利用者にとっても意向を発信をしやすい環境づくりになると思います。多くの意見を聞くことは施設のケアの向上につながりますし、発言しにくい方も回答内容を見ることで施設利用者の共感をも得られると思います。 **2)管理者等によるリーダーシップの発揮** 年に１回管理者による職員ヒアリングを実施されていますが、ヒアリングという直接的な場面では職員の思いはなかなか伝えにくいものです。日頃から施設内において意識的に職員とのコミュニケーションの機会を増やされ、各種会議や研修においても管理者の思いを伝える、聴くことでお互いに理解し合えることにつながると思います。管理者と職員が理解し合えることで管理者の行動が信頼を得られているかを把握しやすくなると思います。ただ、職員が管理者に対しての思い等を直接伝えるのは難しいと思われます。例えば、職員用の意見箱のようなものを設置し、公表されるのではなく管理者自らの気づきの手段として活用してみられてはいかがでしょうか。 **3)第三者への相談の機会の確保** 年１回家族懇談会を開催し、家族アンケートも毎年取られ結果を家族懇談会で報告されるなど意見、苦情、要望を把握し適切に対応されており、また施設本部には第三者委員会が設置され、利用者、家族にも周知されていますが、施設内には利用者が日々の生活の中で気軽に相談できるような外部の人材が確保されていませんでした。利用者の方は日々の生活の中での不満や、要望を直接職員には伝えにくいものですが、第三者委員会に苦情として挙げるほどではない些細なことも多々あります。定期的に施設に訪問し、気軽に利用者と話しをされる中で要望等を聴き取り、施設側に伝える第三者を選任されてはいかがでしょうか。京都市の介護相談員は枠もあり常時の派遣は難しいですが、貴施設では地域との交流を積極的に行われ、利用者も地域に出られ人間関係のある方もいらっしゃると思いますので、地域の役員の方など密接にかかわられている方に相談の役目をお願いしてみられてはいかがでしょうか。

※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	2670400296
事業所名	京都市修徳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)	短期入所生活介護、通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	令和2年9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	評価結果 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)理念は朝礼で唱和され、運営方針等については全職員が参加する年２回の職員全体会議で確認され、併せて事業計画についても確認されています。　2)月２回開催されるユニット会議で検討された内容が月２回開催される管理監督者会議において協議され、法人の運営会議において必要に応じて検討されています。権限委譲については書面において確認できました。		
	(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。	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)中・長期計画については、法人で達成期間を明確にして計画されています。単年度の事業計画については年２回全体会議において振り返りを行い改善内容については次期の事業計画に反映されています。　4)各職員が課題設定を行い、達成状況については年１回開催される職員ヒアリングにおいて確認されています。		
	(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。	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)必要な法令集はリスト化され事務所内においていつでも閲覧できるようになっています。法令遵守にかかる研修については年２回開催されていました。　6)職務分掌については文書化されており、職種ごとに職責等が明記されています。責任者が職員からの信頼を得られているかを把握、評価する方法について明確なものはありませんでした。7)緊急時対応マニュアルを作成し、施設長にはいつでも携帯電話で連絡できるようになっています。また、管理職は同時に休まないようにされています。		

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)法人内の職員が講師となり資格取得のための勉強会等を開催し、研修費用も法人での負担や資格取得時のお祝い金が支給されるなど資格取得に前向きに取り組んでおられます。また、正規職員の比率が高く、65歳嘱託職員として定年後も雇用でき、65歳を超えても雇用されるシステムがありました。　9)法人において階層別の研修が用意され、施設においても計画に基づいて月１回の研修が開催されていました。在職中必ず高齢者疑似体験を受講しなければならないなど研修からの学びや気づきの体制が確立されていました。　10)法人において実習の受入れマニュアルがあり実習指導者は法人内において研鑽されていました。また、新型コロナに対応した実習生の受入れについても法人内でマニュアルを共有されていました。		
	(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)育児休業や介護休業は取得しやすい環境にあり、実際に取得されていました。年間126日の休日があり有給休暇の取得率も90%と高く、三連休の取得についても推進されるなど職員にとって働きやすい環境であると思います。　12)法人内に弁護士資格を持つ職員や産業医を配置し、いつでも職員の悩みやストレス管理ができる仕組みがありました。ハラスメント対策についても法人本部にハラスメント窓口があり、施設内においても男女、別々の部署の２名が窓口になられていました。		
	(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)広報誌の発刊やホームページ、情報の公表を開示し地域に施設の情報を周知されいます。また、玄関や図書館に直接通じるエレベーターの中にも様々な情報を掲示されていました。また、隣接する児童館と連携してふれあい食堂「修徳カレーの日」を定期開催されるなど地域住民との交流を積極的に行われていました。　14)施設の交流スペースを地域の文化活動の場として提供されたり、毎月受け入れておられるボランティアと年１回ねぎらいの交流会を開催し、意見交換をされています。		

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)法人のホームページや総合パンフレットだけではなく、年１回事業所独自の機関誌や月１回各部署広報誌を作成し、利用者や家族等に説明されています。施設見学の相談があった場合には相談記録を作成し、必要があれば入所に関する情報提供等が行われています。		

(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)介護サービス利用に際し、重要事項説明書と契約書を提示し、利用料金早見表等を用いて利用者や家族に説明した上で同意を得られています。利用者や家族が理解しやすいように説明時間に余裕をもってあたられています。認知症や身寄りのない方に対しては、成年後見人制度を活用し、代理人等に説明して、同意を得られています。事業所が取り組まれている看取りについては、最後をどこで・どう迎えたいかを「生前意思確認書」で利用者・家族、事業所双方で確認し合っておられます。		

(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)所定のアセスメント様式を用い、施設配置医師や専門職とも連携してアセスメントが実施されています。さらにアセスメント様式にとらわれず多職種が日々の援助の中で状態把握を行われています。各自が得た情報を月２回の多職種参加のユニット会議で共有し、その都度利用者の状態に合わせた援助内容の変更が実施されています。　18)個別援助計画の策定にあたり、利用者や家族等からの希望や課題を確認し、自立支援を意識した計画が策定され、同意を得られています。サービス担当者会議には利用者・家族等の参加が記録で確認できました。　19)個別援助計画策定等には、全職種が参加できる形式がとられています。主治医や歯科医師等から意見聴取を行い、サービス担当者会議における合議により計画を策定されています。　20)モニタリングについては適宜行われており、個別援助計画についても６か月に１回見直しがされています。計画策定については、入所時・入所１か月後・６か月後・入退院時・退院１か月後・退所時と施設独自の取り決めがされています。この取り決め以外にも、利用者の状態に合わせ適宜計画が変更されていることを記録から確認できました。		

(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）施設配置医師には週２回の回診時や必要に応じて、適宜電話やメールにて意見交換が行われています。通院や入院時には職員が同行し、施設生活の状況や病状を説明されています。主治医からの説明や指導についても、職員も確認を行うなど情報共有が図られています。協力病院と施設医間での協力・連携体制が整っており、情報を密にしての退院の受入れがなされています。		

(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。	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)業務マニュアルと手順書が作成、整備されていますが、定期的な更新はなされていませんでした。但し、状況等に合わせた変更が都度行われていることを聞き取りで確認できました。　23)利用者に関する記録は介護ソフトを使用し一元管理し、情報共有されていました。個人情報の持ち出しについては「個人情報持出簿」にて管理されており、記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関しては運営規程にて規程を定めて、遵守されています。電子情報に関しては「コンピュータ規則」によって取扱いについて規定されていますが、情報の破棄についてまでは定められておらず、廃棄までの規定策定が望まれます。　24)利用者の状況は、パソコン内の介護ソフトや申し送り簿・チェックBOXにて行われ、情報伝達は確実に行われています。　25)身体状況に変化があった場合等は、多職種参加でのカンファレンスの開催を調整し、家族等との話し合いの場を設けられています。毎月発行の広報誌で情報を発信するだけではなく、請求書を送付する際に利用者の写真を添付し、利用状況のコメントを合わせて記すことで状況報告を行われています。また家族の面会時には、ユニット職員や多職種から状況報告を行うとともに、家族からの意向確認が実施されていることを聞き取りから確認できました。		

(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。	A	A
（評価機関コメント）		26)感染症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提供を行っておられます。処理キット（感染症対応バケツ）の中に写真付きの手順書が入れられており、全職員が適切に対処できるよう準備されています。　27)廊下やトイレ等の共有スペースの掃除は清掃業者が行い、清掃チェック表で確認されていました。また、環境にも配慮した清掃が行われていました。		
(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)事故や緊急時の対応及び予防マニュアルが整備されています。さらに緊急連絡フローチャートや職員連絡網にて即応体制が取れるようになっています。年に１回以上必要な研修や訓練が行われていることを研修計画等で確認しました。訓練については、事故・褥瘡委員会が主となり事故の仮想体験をしてみることで実際に対処する際の確認・心構えとされています。　29)事故発生時には適切に対応した上で、利用者・家族等に説明し、必要に応じて保険者等にも報告がなされています。ヒヤリ・ハット報告書、事故報告書を作成し毎月評価・分析がなされ職員間で共有されています。施設・本部とも連携し、弁護士等の第三者的視点から再発防止に向けてのアドバイスを受け、その都度ユニット会議内で改善策が話し合われ、変更実施されています。ヒヤリ・ハット報告書については、４段階の項目を事業所独自で設け、全職員の気づきや危険察知能力の向上に役立てておられます。　30)災害発生時の対応マニュアルが整備され、マニュアルに基づいて研修や実践的な訓練が行われています。災害時食事提供マニュアルが事業所独自に作成されており災害発生時から３日間の献立や提供方法などが明記されており、不測の事態が発生した際にも落ち着いて食事提供ができる工夫がされています。		

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)採用時にコンプライアンス研修を実施するとともに毎年定期的に全職員対象の身体拘束・権利擁護・虐待防止の研修を実施されており、マニュアルも整備されています。やむを得ず身体拘束が必要な利用者には家族や施設長、医師の意見を含めたカンファレンスを繰り返し行い、詳細な記録を残して事業所全体で共有しておられます。　32)全職員対象に「高齢者疑似体験」研修を実施し、羞恥心等の体験を通して高齢者の心理状態を把握、理解する取り組みをしておられます。　33)毎月の入所判定会議では、施設長や看護師、栄養士、作業療法士など多職種参加のもと施設配置医師の意見を聞き検討されています。医療的ニーズ等の関係で受け入れられない方には申込者に分かりやすく理由をしっかりと説明し、適するサービスの情報を提供されています。		

(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てている。	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)家族懇談会で会話の中から意見要望等を聞いたり、年１回実施されるアンケートや意見箱で意見を集めておられます。アンケートの回収率は８割近くと高く、一人一人の意見に対しコメントをフィードバックされています。　35)意見、要望、苦情に対しては、法人の広報誌等において開示されており、当該事業所においてもパソコンの通信連携ソフトのツールを利用して事業所内で共有し、事故とともに運営会議や各種会議、委員会等で改善策を検討し、家族へお便り等とともに開示されていましたが、個別の回答以外は当事者以外の第三者には開示されていませんでした。　36)第三者の相談窓口を重要事項説明書やホームページに掲載されており、玄関やエレベーター内にもわかりやすく掲示されていました。一方、利用者が相談できる外部の人材が確保されていませんでした。		
(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)年１回アンケート調査を実施し、分析した結果を会議や回覧で周知共有し、些細な意見でも取り上げて、改善策を検討されています。例えば、家族からの意見でトイレ用のスリッパを買いそろえる等改善を積み重ねておられました。　38)ユニット会議や多職種の会議を月２回開催し、介護現場の課題やサービスの質について協議されています。また、会議で取り上げられら課題については管理監督職の会議や施設長会議の議題にも上げられ、法人全体で検討される仕組みがありました。　39)事業計画策定の前に各部署で前年度の目標に対する評価を行い、次の事業計画に反映されています。また、法人内で他部署同士がお互いをチェックし合う「相互チェック」の仕組みがあり質の向上に役立てておられます。第三者評価は３年に１度受診されています。		