

アドバイス・レポート

令和 4 年 5 月 2 3 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 4 年 1 月 1 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西陣憩いの郷）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) 質の高い人材の確保と定着支援</p> <p>無資格であっても積極的に職員として採用し、規程に基づき資格取得のための支援をされています。法人の研修計画に沿った研修の実施、職員の希望する研修には自由に受講ができるなど、職員のスキルアップに努めておられ、職員のモチベーションアップにも繋がっていることが職員ヒアリングからも聞き取ることができました。また、組織としての人事考課の仕組みで職員の質の向上を目指されていることも確認できました。</p> <p>2) 情報提供と家族との関わり</p> <p>パンフレットやホームページに加え、年 3 回発行されている広報誌で随時施設の情報を更新し、地域や家族に発信されています。コロナ禍で制限がかかる中、面会の無い方に対して月 1 回は職員から家族に電話をかけて利用者の様子を伝えられるなど家族との関わりを大切にされています。また、家族から利用者への食品の持ち込みに関しては制限をかけるだけではなく、持ち込みができるようにガイドラインを定めて運用を改善されています。</p> <p>3) 事業所内の環境改善への取り組み</p> <p>施設内での「安全衛生パトロール」や、「サービス向上委員会」の中に事故防止班や美化環境班を設け、職場内の環境整備や、職員の状況把握に努め、必要に応じて改善する仕組みを作っておられます。職員にとっても処遇面や職場環境がよく働きやすい職場作りができていることが職員ヒアリングからも確認できました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>1) 中・長期計画の策定と振り返り</p> <p>事業計画は作成され実践に取り組まれています、計画は単年度のみで、中・長期の計画の策定ができていませんでした。</p> <p>2) マニュアル類の整備</p> <p>マニュアル類は作成され、見直しもされていますが、見直しの時期が明確になっていませんでした。また、個人情報保護規程は作成されていますが、個人記録を持ち出す際のルールが明確でなく、またフロアのパソコンが開いたまま個人情報が見える状態になっているなど、実際のサービス提供場面での個人記録の取り扱いについて、具体的に定めておく必要があると思われました。</p> <p>3) 利用者の意向等の聴き取りと利用者保護の仕組み作り</p> <p>家族の意向の聞き取りは工夫されていますが、利用者の意向や相談を聞く</p> |

| | |
|------------------|---|
| | <p>機会が明確になっていませんでした。また、ユニットの出入り口やエレベーターの施錠やセンサーマットの使用が習慣化し、範囲や頻度が明確になっていませんでした。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1) 中・長期計画の策定と振り返り</p> <p>毎年、事業計画を立てての運営に取り組まれています。1年先だけでなく、3年、5年、10年先にどうあるべきかを意識し、経営面、サービスの質の両面から実践できるように、先ずは中・長期の計画を作成し、目標を掲げ、介護部門の取り組みを参考に施設全体で実践し、振り返りができる仕組み作りをされてはいかがでしょうか。コロナ禍での厳しい状況ではありますが、ウィズコロナで進めていけること、いつか平常に戻った時にできることを、BCP（事業継続計画）も含めて検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) マニュアル類の整備</p> <p>マニュアルは作成されていますが、見直しの時期を明確に規定することや、マニュアルを見直すことで改訂の時期を意識できるような仕組みを作られてはいかがでしょうか。また、施設的环境や実際の職員の動きに合わせて、個人記録の持ち出しや、パソコン画面での個人情報の取り扱いについての注意事項を定めるなど、個人の尊厳を意識した具体的な個人情報の取り扱い手順を定めて運用されてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 利用者の意向等の聴き取りと利用者保護の仕組み作り</p> <p>ケアプランには利用者の意向を反映されているとのことですが、利用者が気軽に日常的な相談や要望を伝えられる利用者懇談会のような機会を作られてはいかがでしょうか。オンラインだけでなく、感染対策を講じた環境での面会の工夫や、外部の人を受け入れた利用者の相談機会を設けることなどで閉鎖的な環境の改善にも繋がります。リスクマネジメントとして、施設から出てしまわれる事故や転倒事故を防ぐことは重要ですが、施錠やセンサーマットの使用が習慣化することで職員の認識も当たり前になってしまいがちです。使用方法や範囲などについて、身体拘束廃止や利用者の尊厳保護の観点からも施設全体での検討会や研修の機会を持たれてはいかがでしょうか。申し送りや掲示物、パソコン画面など介護現場での個人情報の保護については、表現や手段だけでなく、場所や環境面からの工夫も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 | 2670200498 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム 西陣憩いの郷 |
| 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 |
| 訪問調査実施日 | 令和4年4月14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) 法人理念の他に事業所職員で定めた事業所としての運営方針を明文化され、事業所内に掲示するほか入職時研修や全体集会などで説明され、理念の共有化を図られていました。2) 法人理事会の他、日常の運営については経営会議やフロアリーダー会議、ユニットリーダー会議を開催し、会議を通じて公正・適切に透明性を保ったプロセスで意思決定がなされていることが確認できました。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | 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 | A | |
| | (評価機関コメント) | | 3) 施設長ほか幹部職員が中心となりサービスの質の向上に取り組まれていることが確認できましたが、事業計画は単年度のみで中・長期計画の策定には至っていないとのことでした。4) 各部署毎に年度目標を設定し、6ヶ月及び1年後に達成状況を評価されていました。 | | | |
| (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 | 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。 | 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) 施設長等主な職員は平素より法令遵守のため情報収集され、現場職員に情報提供されていましたがリスト化はできていませんでした。6) 管理者は、年間1回の職員ヒアリングを通じて自らの役割を表明し、職員の意見を汲み上げるとともに自らの行動が職員から信頼されているかを判断されていました。施設長も含め人事考課制度を取り入れ、役職者については理事長がフィードバックの面談を通じて職員の意見を聞く機会を持たれています。7) 管理者は、常時事業所において状況把握をし、必要な指示を出す体制をとられていました。安全衛生委員会のメンバーで施設独自に「安全衛生パトロール」を実施し、施設の状況を月1回巡回して、情報収集の機会を設けられています。 | | | |

| 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 |
| 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) 資格取得のための支援制度を設け、資格取得に対する職員のモチベーションアップが図られていました。9) 法人の年間研修計画に沿って、定められた研修を実施する仕組みが確認できました。また事業所において、定期的に職員指定の勉強会を実施し、職員のスキルアップに努めておられます。10) 実習生の受け入れマニュアルを整備し、定期的に実習生を受け入れる体制がとられています。 | | |
| (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) 職員は月間1日以上の有給休暇を取得されており、フロアや執務スペースは広く余裕をもって働ける環境であることを確認しました。12) 職員ヒアリングを通じて悩みや不安を汲み上げる体制を整え、専門家への相談を望む職員には「京都市メンタルヘルズ相談室」を案内されています。また、休憩室にも十分配慮され職員の労働環境への配慮がされていることを確認しました。 | | |
| (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) 法人ホームページ上で法人運営理念や施設内でのサービス提供状況を広報されました。コロナ禍以前は、地域主催のイベントである「乾隆まつり」にブースを出し、地域住民との交流も図られていたとのことでした。14) 職員が地域の消防団活動に参加されている他、施設スタッフによる「地域貢献プロジェクト」を立ち上げたり、地域貢献に取り組む努力が確認できました。 | | |

| 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 |
| 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) 施設見学は常時受け入れられ、感染対策としてフロア見学はタブレットで動画を用意されています。広報誌も年3回発行し、家族にも情報提供をされています。 | | |
| (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) 重要事項説明書の他、利用料の概算書やサービス利用の手引きなどを用いて説明がされています。今回の第三者評価の利用者アンケートの結果からも丁寧さが窺えました。 | | |

(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) アセスメントは3～6ヶ月ごとに実施し、電話や書面にて利用者・家族の意向の確認をされています。18) 現在は、電話や書面の運用が中心ですが、個別援助計画書に本人、家族の意向が盛り込まれています。19) 他職種については照会にて情報共有を図られています。専門医の往診もあり、意見の聞き取りをされています。20) 3ヶ月ごとにモニタリング、6ヶ月ごとに計画書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) 法人内の施設医や主治医と連携しながら支援体制を作っておられます。 | | |

(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。 | 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 | 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) 業務マニュアルの見直しや変更は必要に応じて行われていますが、改訂の時期が明確にされていませんでした。23) 個人情報の保管や処分は適切にされていますが、記録の持ち出しについては明確に管理されていませんでした。24) 毎朝の朝礼での情報共有や介護ソフトの活用でスケジュール等の周知も行われています。25) 面会に来られない家族に対して、月に1回電話で様子を伝える等工夫されています。 | | |

(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) 新型コロナウイルスを含めた感染症に関するマニュアルの整備、研修は適切に実施されています。27) 館内の清掃は外部委託され、点検も実施されるようになっていません。エレベーターとダムウエーター（小荷物専用昇降機）の使い分け、オゾン脱臭システム等、衛生管理に努められています。 | | |

(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 | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 28) 緊急事態マニュアルが整備され、昨年からは、AEDに関する専門家を招いた研修を開催されています。29) 施設独自で皮下出血に特化した「皮下出血報告書」を作成し、検討を繰り返すことで、皮下出血の件数が減少していることが確認できました。30) 自主防災の訓練は実施されていますが、地域と連携した防災の取り組みができていませんでした。 | | |

| 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。 | 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 | 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) 利用者の人権を尊重し、虐待防止については、アンガーマネジメント研修の強化、専門家を加えての委員会の実施等に取り組まれています。前回の第三者評価以降センサーマット使用方法の見直しをされ、使用数は減少しています。地域性と安全配慮から高層階のユニットの施設も範囲や時間帯を検討されるとさらに良くなるのではないのでしょうか。32) 申し送りを個人名が分からないように工夫して実施される等、個人情報の取り扱いには配慮しておられますが、パソコン画面が開いたままで個人情報が見える状態になっていました。33) 入所検討については点数制を導入し、客観性、公平性が確保されるよう工夫改善されています。 | | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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) | 34) 家族の意向確認や要望への対応はされていますが、利用者の意向や意見を聞き取る仕組みが確認できませんでした。35) 面会制限の中、職員の名前をわかりやすくするために職員の名前のプレートを作られる等、家族の要望に応える対応をされています。36) 苦情解決のための第三者委員は設置されていますが、利用者の相談機会を確保するための外部の人材を受け入れる仕組みができていませんでした。 | | | |
| (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っている。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | 37) 満足度調査については、平成30年以降実施できていませんでした。38) 介護職員による「サービス向上委員会」を設置し、施設内の環境整備やチームごとの検討により改善に取り組まれています。39) 「サービス向上委員会」の中で質の向上に向けた取り組みはされていますが、自己評価を含めた課題分析や取り組みに反映される仕組みができていませんでした。 | | | |