

アドバイス・レポート

令和 7 年 5 月 1 2 日

令和 7 年 2 月 1 7 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 ）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) 管理者等によるリーダーシップの発揮 事業所内に設置された各種委員会やプロジェクトにおいて、担当となった職員が自ら考え協議した内容が事業運営に反映される、主体性を尊重する仕組みがあります。また年 2 回、人事考課面談にて直属の上司や施設長と個別に面談の機会があり、普段から風通しの良さが職員ヒアリングでも感じられました。 2) 個別援助計画の見直し 介護支援専門員は毎月個別援助計画のモニタリングを実施し、介護職員も 6 ヶ月に 1 度モニタリングとアセスメントを実施されています。アセスメントは介護職員と介護支援専門員が個々に実施する事で、介護支援専門員が独りで実施するものより多角的な視点でのアセスメントとなり、個別援助計画のサービス内容が利用者にとってより良いものとなっています。 3) 利用者の権利擁護への日々の配慮 虐待防止委員会で、虐待につながる不適切ケア自体の原因が何かということに着目し事業所独自のスピーチロック集を作成し、普段から利用者への声掛けに対して自分自身また職員同士が意識できる仕組みがあります。また職員が利用者との関わり方において、一人で抱え込むことのないようストレスマネジメントについても取り上げるなど、利用者の権利擁護について職員一人一人が意識できるような取り組みをされています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1) 中・長期計画の策定 毎年、単年度の事業計画を策定し四半期に一度振り返りを行われています。認知症ケアに関して法人で「認知症に強い法人」という目標を設定し、各部署で中・長期の達成目標を設定して取り組まれています。運営する事業全体の中・長期計画の策定は確認できませんでした。 2) 災害発生時の対応 施設として火災、地震に加え、水災害も起こりうる災害と想定し、災害に関するマニュアルを作成し、定期的な避難訓練等も実施されていますが、地域との連携を意識したマニュアル作り、地域と連携した訓練の実施には至っていませんでした。 3) 第三者への相談機会の確保 京都市の介護サービス相談員を受け入れておられた時期もありましたが、

	現在は定期的に市民オンブズマンや介護サービス相談員等、利用者の声を直接聴くための外部人材の受け入れは行われていませんでした。
具体的なアドバイス	1) 中・長期計画の策定 中・長期計画は法人が運営する各事業が、中・長期的に目指す方向性を示す程度に具体的である必要があると思われます。認知症への対応は、福祉・介護サービスに止まらず広く社会で受け止める必要のある重要なテーマですが、そのニーズに対して介護サービス事業で計画を策定して取り組んでいくためには、運営する各事業の特性に合わせて具体的な目標設定をしておく必要があると考えられます。事業運営の中で特に認知症ケアの高度化を目指すのであれば、例えば、認知症の態様に応じた介護技術、コミュニケーション技術等をはじめとする職員育成計画やストレス対応体制の整備等、中・長期的に法人や事業所で計画的に取り組むことなどがその内容として考えられるのではないのでしょうか。 2) 災害発生時の対応 災害発生時には施設のマンパワーだけでは限界もあり、また地域から支援を求められることも想定されます。施設の立地から地域との連携の難しさはあるかと思いますが、ヒアリング時に近隣企業との連携を検討されておられましたので実現に向けて取り組んで頂ければと思います。また運営推進会議を活用して地域との連携を検討されてはいかがでしょうか。 3) 第三者への相談機会の確保 事業所が倉庫街に立地していることもあり、地域住民とのつながりを持つ事が難しい環境かと思われますが、直接利用者の声を聴き取る第三者として、事業所のイベントに来られるボランティアや運営推進会議に出席される地域の方などから紹介を頂くなどの働きかけにより、地域住民の方に主旨を理解して頂いた上で、定期的に訪問をお願いしてみられてはいかがでしょうか。また今後の事業所と地域との繋がりを持つきっかけともなるのではないのでしょうか。

※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)

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入所者生活介護
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、 居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	令和7年3月7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	A
	(評価機関コメント)		1) 法人理念や基本方針が明文化され、各フロアに掲示されています。また事業所パンフレットやホームページにも掲載されています。毎年の法人研修や人事考課の評価項目で理念について触れられており職員に理念が浸透する取り組みをされています。2) 各種委員会の開催、及び法人単位・事業所単位で階層別に会議が開催されており、各種会議で出た意見を集約し事業所の運営に活かされています。			
(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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。		A	A
	(評価機関コメント)		3) 毎年、単年度の事業計画を策定し四半期に一度振り返りを行われています。「認知症に強い法人」という中・長期目標に沿って、各部署で達成目標を設定されていますが、法人、事業所として運営する事業が中・長期的に目指す目標や方向性を明らかにした中・長期計画の策定は確認できませんでした。4) 事業計画は3ヵ月で進捗状況の確認や現状分析を行い、目標達成に向け取り組まれています。			
(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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) 関係法令をパソコン内のフォルダに集約し誰でも閲覧できるようにされています。法令遵守研修が年間の研修計画に組み込まれています。また研修に参加できなかった職員は動画研修後、小テストで理解を深める取り組みをされています。6) 各種会議に管理者が参加する事で現場職員の意見を直接聞く機会を持たれています。また管理者が全職員の人事考課の面談を担当される事で異動希望等の個別意見を聞く機会を設けられています。7) 管理者は日々の運営状況を記録で把握されています。緊急時はタイムリーに管理者へ報告・相談が出来る体制があり、管理者が不在時にも重要な案件に関しては、常に連絡がとれる体制になっています。管理者不在時の緊急対応として2人の代理主任を立て、3人の誰かが出勤できる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						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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) 人事考課制度を活用して等級別に「求められる職員像」を明確にされています。取得した資格が給与の資格手当に反映される仕組みがあり、職員のスキルアップに繋がる取り組みをされています。9) 人員体制を定期的に確認し、幅広く採用活動に取り組まれています。またSNSを活用して採用情報等の発信をされています。法人独自の就職説明会も実施されています。10) 主任会議で年間研修計画が作成されています。定期的に研修の進捗状況や見直しもされています。施設長が講師となり介護福祉士試験の勉強会を実施されています。11) 実習マニュアルが整備されており、毎月、実習連絡委員会を開催し実習担当者の勉強会や情報共有がなされています。社会福祉士・介護福祉士等の多くの実習を受け入れておられます。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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)		12) 有給休暇の取得状況や時間外労働は総務部が管理し、管理者と情報共有されています。毎月ユニット毎でノー残業デーを設定したり、リフレッシュ休暇の活用など働きやすい職場環境作りに取り組まれています。13) 会員制ホテルの利用、職員旅行など法人独自の福利厚生を行っておられます。各種ハラスメント規程があり相談窓口も明記されていますが、カスタマーハラスメントの規程がありませんでした。パワハラの相談窓口が施設長だけとなりましたが、パワハラに組織的に対応するためには、事業所内または法人内で複数の相談窓口を設けることが必要と考えられます。		
(3) 地域との交流						
		地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみのみ）	15	ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
		地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		14) 基本方針に『地域に根差し、地域と共に生きる施設づくり』と地域とのかかわり方を明文化されています。運営推進会議に学区社協、民生委員が参加され定期的に事業所情報を発信されています。15) ボランティア受け入れのマニュアルが整備されていますが、ボランティアに事業所や利用者の理解を得る研修や利用者との交流の場を設ける仕組みがありませんでした。16) 羽束師、久我の杜健康まつりに職員が参加し健康相談や備品の貸し出しをされたり、年1回、事業所独自の取り組みとして地域の清掃活動を行うなど地域貢献活動に取り組まれています。運営推進会議等で地域のニーズを把握されていますが、利用者・家族の参加された運営推進会議の記録が少ないように思われました。定期的な利用者・家族の参加を検討されてはいかがでしょうか。		

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	17	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)		17) ホームページ、パンフレット、SNS等で施設の情報を外部に発信されています。SNSの更新は現場職員が担当され利用者の普段の様子がタイムリーに発信されています。見学時に希望があればユニット内で施設の雰囲気を体験できる取り組みをされています。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	18	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)		18) サービスの開始にあたり、契約書や重要事項説明書等を用いて、利用者、家族、成年後見人等と説明の上、契約を交わしておられます。また成年後見等を相談できる体制があります。			
(3) 個別状況に応じた計画策定						
	アセスメントの実施	19	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	20	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	
	専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		19) 担当職員は施設独自のアセスメント様式を使用し、介護支援専門員は包括的自立支援プログラムのケアチェック表を使用してアセスメントを6カ月ごとに見直しをされています。見直しの後にサービス担当者会議を開催し利用者のニーズや課題について話し合いをされています。20) 6カ月の個別援助計画書見直しの際には意向の確認の為、利用者への聴き取りや家族等にはサービス担当者会議への参加の声掛けもしくは、電話での聴き取りを実施した上で個別援助計画書を作成されています。立案後は家族等に同意の署名を貰われています。21) 個別援助計画書作成にあたり、介護職員、看護師、管理栄養士等がサービス担当者会議に参加されています。主治医・歯科医師には意見照会を行い、訪問マッサージを利用されている方には訪問マッサージ事業所への意見照会もされています。22) 毎月介護支援専門員はモニタリングを実施されています。6カ月に1回、計画書の内容について各専門職が集まって確認・見直しを行い、計画書について家族等に同意の署名を貰われています。見直した計画書については、各フロアに置かれたファイルに綴じ現場職員に計画書の周知を図られています。			
(4) 関係者との連携						
	多職種協働	23	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	
	サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A	
	(評価機関コメント)		23) 定期的な健康管理は嘱託医の週2日の往診があり、緊急時にも指示を受けられる体制があります。また歯科医師や歯科衛生士の定期的な訪問があります。協力病院とは月1回会議を開催し利用者の体調等の情報交換をされており、急変時や看取り期にスムーズな受け入れを依頼出来る体制があります。伏見区事業者連絡会にも定期的に参加し他事業所や関係機関とも連携されています。24) 施設退居時の手続きについては、契約書、重要事項説明書に記載されています。退居の多くは看取りによる医療機関への入院ですが、自宅での看取り事例もあります。			

(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。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	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		25)業務マニュアルが作成されており、年度末にマニュアルの確認と必要に応じて更新をされています。業務マニュアルに基づいてケアが実施できているか確認する仕組みも確認できました。26)利用者の日々の記録はパソコンで管理されており、事業所全体で確認や情報共有できる体制となっています。個人情報に関する研修を全職員対象に実施されています。個人情報の取り扱いに関する説明は、入所契約時に行い同意を貰われています。個人情報書類の保管期間は規程にありましたが、破棄方法についての定めがありませんでしたので破棄方法に関する記載を検討されてはいかがでしょうか。27)職員は出勤時に利用者に関する情報をパソコンで確認し、勤務交替時には口頭での申し送りもされています。月1回のユニット会議でも意見交換、情報共有をされています。今年度は正職員のみですがコミュニケーションツールを導入し情報共有に活用されています。令和7年度には全職員が導入予定との事です。28)利用料の支払に施設を訪問された際や面会時に、直接家族と情報交換をする機会を設けられています。また3カ月ごとに近況報告を作成して家族等に送付されています。その他コミュニケーションツールを活用し情報提供をされています。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		29)感染症に関するマニュアルを整備し、3カ月毎に感染症予防の委員会を開催されています。マニュアルの確認、更新も委員会で実施されています。感染症BCP（事業継続計画）に基づく研修や訓練を定期的に実施されています。外部研修で得た情報は施設職員に伝達研修が実施されています。30)施設内の清掃は職員が定期的に行われています。オゾン脱臭機等を設置する事で臭気対策にも取り組んでおられました。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		31)事故や緊急時に関するマニュアルが整備されており研修も実施されています。32)『事故』『ヒヤリ・ハット』を施設で明確に定義して対策を検討されています。事故発生時には発生状況・原因・防止策を迅速に職員で検討し、事故報告記録を作成して再発防止に繋げる体制があります。家族への事故報告は相談員が担当されています。事故内容はデータ化し毎月の事故予防委員会で検討されています。ただ記録方法が『事故簿』として綴られているのではなく記録ソフトのケース記録内にある為、職員がすぐに確認できる状態ではありませんでしたので事故内容を検討・今後の対策を立案後に印刷するなど、職員に周知しやすい方法を検討されてはいかがでしょうか。33)火災・地震に加え、水災害が施設で起こりうる災害と想定してマニュアルを作成し、定期的に避難訓練等も実施されています。リストを作成して備蓄の管理もされています。地域との連携を意識したマニュアル作りや地域と連携した訓練が出来ていませんでした。施設の立地から地域との連携の難しさはあるかと思いますが、ヒアリング時には近隣企業との連携を検討されておられましたので実現に向けて取り組んで頂ければと思います。また運営推進会議を活用して地域との連携を検討されてはいかがでしょうか。34)感染症、自然災害に関するBCPを作成し、感染症の研修や避難訓練等の実施に加え、新型コロナウイルスのクラスター発生などの経験から業務継続についての対応策も検討されています。		

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	35	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	
	利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	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)	35)法人理念、基本方針を部署ごとに貼り出されており、職員だけでなく利用者も一緒に声に出して唱和する事で理解を深める取り組みをされています。36)身体拘束廃止、虐待防止委員会を定期的に開催されています。委員会で事業所独自のスピーチロック集を作成したり、職員のストレスマネジメントについて取り上げるなど、虐待につながる可能性がある不適切ケアを原因から対策していく取り組みを行っておられます。37)介護マニュアルにプライバシーに配慮する内容を盛り込むことで、職員間で常に意識をする取り組みをされています。38)利用者は日常生活圏域に事業所がある方が多く利用されています。利用者の決定は多職種で検討し、費用面や医療面に対応できない内容がない限り全て断らず申し込みを受け付けておられます。				
	(2) 意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	A	A	
	意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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)	39)毎年、利用者アンケートを実施されています。サービス担当者会議では利用者や家族が参加される事で直接ケアに対する意見・要望・苦情を確認する機会を設けておられます。また直接要望を訴えることの難しい利用者は「私の暮らしシート」の活用や、普段の関わりでの表情や様子を記録に残すことでケアに反映されています。40)利用者や家族からの意見や要望に対しては丁寧にに対応し記録に残されていますが、個人情報保護に配慮して公開する仕組みがありませんでした。意見や要望すべてを公開する必要はありませんが、他の入居者や家族も同様の意見や要望を感じておられる可能性がある内容は公開する仕組みを検討されてはいかがでしょうか。今年度のアンケートは集計中であり、年度末までにはアンケートで頂いた意見に対しコメントを記載し公開する予定との事でした。41)苦情窓口は重要事項説明書に記載されており、事業所内にも掲示されています。第三者委員も設置されていますが、市民オンブズマンや介護サービス相談員等を受け入れる仕組みがありませんでした。				
	(3) 質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	42	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	43	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	44	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)	42)毎年の利用者アンケート実施に加え、食事に対する満足度調査も年1回実施されています。アンケート結果をもとに、どのようにサービスの改善に繋がったかをリーダー会議で話し合い、ケアの改善に取り組まれています。43)各種会議や委員会において、サービスの質の向上について話し合われています。外部研修や事業所連絡会へ積極的に参加することで、他事業所の取り組み等を情報収集し自施設のサービスに反映されています。44)3年に1回の第三者評価を受診されています。受診結果は事業運営に反映できるように取り組まれています。「定められた評価基準に基づく自己評価」項目に関しては、第三者評価の評価項目で定期的に自己評価を実施されています。				