

# アドバイス・レポート

令和 8 年 3 月 2 4 日

令和 7 年 1 2 月 3 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ビハークラ十条）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>1) 活発な人材確保の仕組み</b> 介護職員も参画する採用担当チームを作り、人材確保のために意見を出し合って採用活動に取り組まれています。SNS を活用し施設の状況を発信することで若い人が興味を持ち、採用に繋がっています。採用された職員がまた、次の担い手を集めるためのアイデアを出し、毎年多くの若手職員の確保ができています。SNS の利用については、京都市内でもいち早く取り入れてこられた実績があり、現在も採用活動など様々な場面で活かされていました。</p> <p><b>2) 多様性を活かした環境作り</b> 高齢者施設に加え、障がい者就労支援としても施設内の清掃や売店運営などの働く機会を提供されています。高齢者、障がい者が共生し、同じ空間で過ごすことが自然にできあがっています。高齢者施設での人材不足を補うこと、障がい者の働く場所を提供すること、どちらにも有益な取り組みであることがわかりました。介護職員が専門業務に専念できる環境づくりに努めておられることが窺えました。</p> <p><b>3) 職員満足度の向上に向けた取り組み</b> 職員の帰属意識が非常に高く、職員同士が相談し合える関係性が自然とできあがっていることが職員ヒアリングでも確認できました。働く職員向けの満足度調査や、福利厚生充実、定期的な面談の機会など、職員の困りごとや悩みごとにいち早く対応できる仕組みが構築されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p><b>1) 中・長期計画の策定</b> 5 年間の中期計画を基に単年度の事業計画を作成されていますが、5 年の計画は毎年変わることを前提に作成され、見直し・変更・更新をされています。</p> <p><b>2) 家族との交流機会の確保</b> 家族への連絡や情報発信は担当介護士によって実施されていますが、コロナ禍以降家族会の開催は中止されています。サービス担当者会議への家族参加も少ないようです。苦情件数も少なく、お客様満足度調査も以前は年 4 回実施されていましたが現在は年 1 回になっています。</p> <p><b>3) プライバシーへの配慮</b> 利用者を「お客様」として対応される方針で運営されることは、介護施設ではなかなか定着しづらいですが、職員の認識も定着していることがわかり</p>

	<p>ました。しかし、見学時に複数箇所の居室の扉が開いたままになっており在室中の利用者の様子が見えるため、プライバシーへの配慮が必要と思われました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 中・長期計画の策定</b>          中・長期計画は、通常は複数年先に事業所がどうあるべきかを見据えて計画されるもので、毎年更新されてしまうと主旨や方向性が変わってきます。5年先に達成すべき目標、計画を策定されているのであれば、5年先に向けて、単年度の事業計画を作成し、見直し・更新は単年度計画を中心にされてはいいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 家族との交流機会の確保</b>          感染症対策を講じた上で家族会の再開を検討されてはいいかがでしょうか。SNSでの発信は強みですが、直接お会いになることで関係性が深まることもあると考えます。またサービス担当者会議への家族の参加を増やすためにも、できれば家族の都合を優先した日程調整を試みるなどされてはいいかがでしょうか。苦情が少ないというのは一見良いことですが、実際、家族が苦情や要望を伝える機会がなくて言えない可能性もあります。サービスの質の向上や利用者に対するケアの改善にも繋がることもありますので、多くの家族との交流機会を持つように施設から積極的に働き掛けてみられてはいいかがでしょうか。</p> <p><b>3) プライバシーへの配慮</b>          居室で臥床中の方の姿が見えてしまう環境は、利用者のプライバシーの配慮にも欠けており、運営方針からも外れます。家族は安全配慮の観点からいつでも様子が見て欲しいと望まれることもわかりますが、扉が開いていれば事故を防げるものでもありません。運営方針に沿って、個人の尊厳を守ることの大切さを家族にも説明し、理解を得ること、できるところから扉を閉めることを目標に、暖簾なども活用しながら居室内が見えないような工夫を検討されてはいいかがでしょうか。</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)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2670500350
事業所名	特別養護老人ホーム ビハーラ十条
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(予防含む)・居宅介護 支援事業所・訪問介護事業所(予防含む)
訪問調査実施日	令和7年12月22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
<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。	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) 定期と随時で理事会を開催されています。理念は全職員対象の職員会議で周知され、当日不参加の職員は動画視聴されています。理念はSNSでも発信されています。 2) 職員の職務権限は職務分掌に記載されています。毎年、職員満足度調査を実施し、職員の意見を吸い上げるシステムがありました。		
<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。	A	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) 中期計画を5年の期間で策定されていますが、変更することを前提に単年度で更新されました。昨今、介護サービスを取り巻く環境は目まぐるしく変わるため見直しは必要ですが、中・長期計画が毎年変わると法人の将来的なビジョンや方向性も明確になりません。また、コロナ禍以降、家族会が実施できておらず、事業計画を利用者・家族に説明する機会が確認できませんでした。 4) 事業計画は毎月の部署会議でも進捗状況を確認され、半年後に中間報告の機会を設けておられます。		
<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、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) 関係法令リストの項目は各フロアのパソコンで確認できますが、インターネットに繋がっていないため、法令の内容は1階事務所で閲覧となり、すぐに調べられる環境になっていませんでした。インターネット取り扱いの規定や環境の整備、関係法令を帳票にして各フロアに設置するなど、必要時に確認できるようにされてはいかがでしょうか。 6) 施設長は役職者による「360度評価」を定期的の実施されています。役職者のみの評価ではなく、一般職からの評価も実施されてはいかがでしょうか。 7) 館内では施設長もPHSを所持されており、それ以外も携帯電話で常に連絡を取ることができる仕組みになっています。緊急時の連絡だけでなく、職員の悩み相談室としての機能も兼ね備えておられます。			
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) 法人人材育成計画に、期待する職員像が明記されています。3年ごとの個人評価制度があり、評価結果が昇給要件となっています。 9) 法人定例会議で職員の配置状況を常に確認されています。SNSを使用しての発信を京都市内でもいち早く取り入れておられ、現在も積極的に活用されています。 10) 入職3年目までの職員には定期的に研修がありましたが、4年目以降は仕組みがないため、研修の一環として2024年度から法人内他事業所の職務体験制度を導入されています。定期的な個別面談は直属の上司が実施されています。 11) 実習受け入れマニュアルが整備され、ユニットごとの実習担当者には直前研修を実施されています。		

### (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。	A	A
(評価機関コメント)		12) 職員くじ引き大会など独自の福利厚生も充実しています。年5日のリフレッシュ休暇があり、連続取得を推奨されています。年1回の上司面談では職員の思いを聴き取るようにされています。 13) 休憩は施設内の空きスペースが利用できますが、夜勤者がフロアで休憩することもあるようですので、交代制にするなど現場から離れて休憩できる体制を作られてはいかがでしょうか。		

### (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）	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。	A	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) 認知症予防啓発の普及活動や、コミュニティサロンへの送迎など、地域住民との交流を図られています。 15) ボランティアマニュアルが確認できませんでした。地域交流スペースはありますが、コロナ禍以降ボランティアや地域住民の来訪を止めておられ活用はできていませんでした。 16) 音楽療法教室の開催や、学区社協の教室に職員を派遣するなど、積極的な地域活動を実施されています。
--	------------	---

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	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) 利用希望者には、パンフレットと共に別紙で作成された料金表や広報誌と一緒に渡して説明されることで施設の雰囲気や取り組みをわかりやすくされています。今後は体験入所を兼ねて、ショートステイのお試し利用を進めていく意向を確認しました。		

#### (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) 契約書、重要事項説明書は書面にて説明し、同意を得られています。本人の判断能力に支障があったり、家族がおられない場合に後見人と契約されているケースも確認できました。入所後に後見人が必要になった際には成年後見制度の紹介をされています。		

#### (3) 個別状況に応じた計画策定

アセスメントの実施	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) 入所時には施設独自の「ADL(日常生活動作)表」を用いてアセスメントを実施されています。入所後2週間経過した後、包括的自立支援プログラムの「ケアチェック表」を使用して再アセスメントを実施し、以後6ヶ月ごと、必要時は3ヶ月ごとにアセスメントを実施されています。 20) 専従の施設ケアマネジャーとフロアリーダーが共同でケアプランの作成をされています。サービス担当者会議に利用者本人は参加されていますが、家族の参加が少ないようでした。参加できない家族には電話や面会時に要望等を聞き取られ、またケアプラン交付時に要望を聞き取る書面を添付されていますが、サービス担当者会議は家族の都合に合わせて実施するなど工夫をされていますでしょうか。 21) 主治医、管理栄養士には照会で意見を聞き取られています。機能訓練指導員の理学療法士はほとんどのサービス担当者会議に出席をされています。 22) ケアプランマニュアルを作成されていますが見直しの時期等の記載をわかりやすくされてはいかがでしょうか。ケアプランの変更があれば、介護ソフトの申し送り機能を活用し、職員に周知されています。		

#### (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) 協力病院との連携がよく、退院時には医師間の情報共有も図られています。長期入院により退所となるケースについても病院と連携し、再入所についての説明を行い、理解を得られるようにされています。 24) 居宅介護支援事業所と連携し、看取りのための在宅復帰をされた事例がありました。利用者の退所後に施設ケアマネジャーが家族からの相談を受けることもあり、良好な関係が築けていることが窺えます。退所後も希望者には広報誌を送付されています。
------------	--

(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	B
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。	A	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) マニュアル（ケア基準書）は必要時に見直しをされていますが定期的な見直し基準、見直し変更の内容が確認できませんでした。 26) 介護記録ソフトを使用し、日々の記録、個別援助計画の内容は実施チェック表にて管理されています。職員に対してUSBの取り扱い等についての取り決めをされていますが、個人情報を持ち出しを含む管理規程が確認できませんでした。 27) 介護記録ソフトを活用して情報共有をされるほか、各ユニットでは連絡ノートを設置し、申し送り等をされています。施設内でのネットワークシステムは端末にパスワードを設定し、共有ファイルを使用して情報共有をされています。 28) 家族との情報交換には法人のLINEを活用したり、毎月1回電話で家族に状況を伝えておられます。個室のため、面会は各居室を利用されています。コロナ禍以降中止となっている家族会の再開も検討されてはいかがでしょうか。		

(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、効果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)		29) 動画による感染症研修を視聴されています。BCP（事業継続計画）を作成し、感染症委員会が統括し、ゾーニング（感染拡大防止のための隔離）等の対応を共有されています。 30) 館内清掃は施設内にある障がい者就労支援事業所の業務として行われており、清潔に保たれています。オゾン脱臭機が設置され、排泄物は都度レジ袋に入れて処理されており、臭気もありませんでした。しかし、各ユニット共有の洗面台に尿取りパッドや施設の備品、利用者の私物が無造作に置かれている箇所が散見され、2つの洗面スペースのうち1つが使えない状態になっていました。		

(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。	A	A
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)	<p>31) 事故防止の指針を作成し、年2回全職員対象の事故防止研修を実施されています。新入職員には夜勤時に緊急時対応の訓練も実施されています。</p> <p>32) 事故発生時には即時カンファレンスを開催し、事故検討をされています。行政への事故報告のみを事故として取り扱われているようですが、行政報告の事案だけを事故と捉えると職員の事故に対する認識が薄くなってしまうことが懸念されます。受診等を伴わないものを事故と捉えると、事故報告件数は多くなりますが、事故報告の定義や、ヒヤリ・ハットとの境界について、改めて検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>33) 年2回、1回は消防署立ち合いの下で避難訓練を実施されています。隣接する自治会と防災協定は結ばれていますが、コロナ禍以降中止となっている訓練の再開を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>34) BCPを作成し、災害時は近隣の老人保健施設と連携が取れるようにされています。BCPに基づく訓練、研修の実施もされています。</p>
--	------------	--

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	B	
	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)		<p>35) 人権委員会を設置し、法人理念にて利用者の意思尊重を明確にされています。またケアカンファレンスを通じてケアの振り返りも実施されています。</p> <p>36) 不適切ケアを発見した場合は、上司に報告するよう職員には指導されています。また、事例検討として振り返りのロールプレイ研修を実施されています。</p> <p>37) プライバシー保護マニュアルなどは整備されています。家族からの要望でやむを得ずという事情があるとのことですが、見学時に利用者が過ごされている居室の扉が数箇所開いており、居室内が見えてしまうところがありました。</p> <p>38) 入所申込は「断らない」ことを基本方針として、医療ニーズの高い利用者の受け入れもされています。</p>			
(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。	A	A	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>39) 意見箱の設置やメールで要望等を受け付けておられます。担当職員が、毎月家族に近況報告を行われています。要望は面会時などに随時聞き取ったり、年1回の「お客様満足度調査」で聴き取られています。</p> <p>40) 苦情対応マニュアルは整備されており、窓口の設置も確認できました。調査時に苦情はありませんでしたが、苦情があればその改善状況まで玄関に掲示する仕組みは確認できました。</p> <p>41) 苦情の受け付けはホームページからもできる仕組みが重要事項説明書に記載されていました。京都市の介護サービス相談員の受け入れをされています。</p>			
(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	B	

		(評価機関コメント)	42) 毎年「お客様満足度調査」を実施されています。退所時にもアンケートを実施されています。アンケート結果等は施設会議で共有し、関係職種での協議、改善に取り組まれています。 43) 施設会議でサービスの質の向上について検討し、共有されています。他施設との交換研修も実施されています。京都市老人福祉施設協議会の部会での情報収集もされています。 44) 3年ごとに第三者評価を受診されていますが、年1回のサービスの質の向上に対する一定基準による自己評価は確認できませんでした。
--	--	------------	--