

アドバイス・レポート

平成27年3月18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

平成27年2月4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」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人材育成のための教育・研修制度が充実しています。 ・有資格者の採用が必ずしも容易ではない現状の中で、採用後の教育・研修システムが大変充実しています。新人研修、中堅リーダー研修、管理職研修、専門研修などが体系的に整備・実行されています。上位資格取得に対する支援や処遇改善も有ります。この結果各ユニットには必ずケアマネジャーと介護福祉士が配置されています。</p> <p>②職員の労働環境への配慮が充実しています。 ・職員の常勤比率は90%近い高率で、職員数が人員基準より多く配置され、毎月の勤務計画作成時から有給休暇の希望も確認、残業は少なく10時間程度、平均的出勤日数は月20日程度です。育児休業、介護休業制度もあり、メンタルヘルス維持のための産業医との契約も有ります。職員にとって働き易く、生きがいの感じられる職場であることが、職員ヒヤリングからも確認されました。</p> <p>③職員間の情報共有及び利用者家族との情報交換がよく図られています。 ・全ての利用者情報はパソコンで一元管理されており、全職員間で共有できるシステムになっています。一方、各ユニットには「申し送りノート」があり、職員は出勤時に必ず確認し、夜勤・日勤者間等の細かな情報伝達がしっかり行われています。 ・利用者の身体状況に変化のあった場合などは、医師、看護師、栄養士、介護職、相談員など多職種が参加して家族と面会するようにされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>①業務マニュアルの管理方法について ・業務マニュアルが完備され、コンピュータシステムの中でのみ管理されていましたが、サーバー事故のため一部消滅、改定記録などが復元できない事態が発生しています。定期的バックアップがされていなかったと思います。また書類での管理も出来ていませんでした。</p> <p>②利用者の意向に関する公開について ・利用者の意向については、ユニット会議から運営会議に至るまで、事実確認と並行して様々な角度から、対応経過を汲み取ったなかで改善策を検討し、積極的にケアに反映しています。しかし、利用者の意向に対する改善等を公開されていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>①業務マニュアルの管理方法について (1) 各種規程やマニュアルなどをコンピュータだけで管理することはリスクがあります。バックアップをどのタイミング・インターバルで行うか、明確に定めて実行忘れが無いようなシステムにする必要があると思います。 (2) 各ユニットでの利便性を考えると、マニュアル集はファイルで管理することも再検討されては如何でしょうか。急いで確認したい時など、パソコンが空くの待つより早く対応出来るのではないのでしょうか。また職員の目にいつでも大きな「マニュアル集」の背文字が目に入ることによる視覚効果・意識付けも期待できるのではと思います。</p> <p>②業務等改善状況の公開について ・利用者からの意見・要望・苦情の改善状況について、個人情報保護に配慮しながら公開することは、利用者、家族、地域の方、就職を考えている人等々に施設への信頼感を増すことになると思います。公開方法としてホームページを利用されるのも良いかと思ひます。是非取り組まれるように期待しています。</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	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)	通所介護、短期入所生活介護、居宅介護支援、 介護予防通所介護、介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成 27年 2月 19日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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)		<p>○組織の理念・基本方針は明確で、職員に徹底され実際のサービス提供に反映されています。また利用者等に対しても重要事項説明書をはじめパンフレットやホームページに記載し、理解が深まるよう取り組んでいます。</p> <p>○経営管理者は運営規程に従い諸会議を定期的に関催、職員の意見が反映される仕組みが確立しています。いろいろな課題を検討する各種委員会には、全職員が何らかの委員会に参加することを義務付け、第一線職員の自主性ややる気を引き出す仕組みが機能して評価できます。</p>		

(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)		<p>○運営母体の京都福祉サービス協会は「中期経営計画」で長期ビジョンも明確にしています。それをもとに、事業所年度事業計画は詳細に定められ、年2回開催の全体会議で進捗状況や達成状況を把握・確認しています。</p> <p>○各部署ごと及び各種委員会において、全職員参加で課題を設定し、改善策の達成に取り組んでいます。</p>		

(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)		<p>○介護六法を始め各種法令は備えられ、法令遵守の為の研修も毎年実施されています。本部には弁護士資格を有する職員も在籍、必要に応じて相談できる体制です。</p> <p>○運営管理者をはじめ全ての役職者の権限と責任は明確に示され、事業運営をリードしています。管理者の「自己評価書」もあり、トップに提出されています。</p> <p>○運営管理者はいつでも事業の実施状況を把握出来るシステム（グループウェア）が構築されており、緊急事態でも職員に指示できる体制が整っています。</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
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)		<p>○質の高い人材確保の方針が徹底しており、各ユニットにはケアマネジャーと介護福祉士が必ず配置されています。基準より多い人員配置で手厚いサービスが実施されています。</p> <p>○新人研修、中堅研修、管理者研修、専門研修など研修体系が明確に定められ、上位資格取得に対する支援も充実しています。また高齢者疑似体験研修では利用者の身になって「気づき」を促し、職員が互いに学びあうなど徹底されています。</p> <p>○実習生やチャレンジ体験受入れの基本方針が定められ、マニュアルに従って実習指導が行われています。実習指導者に対する研修も行われています。</p>		
(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)		<p>○職員の勤休管理は適切で、毎月の勤務計画作成時に有休も確認、残業は少なく、平均的出勤日数は月20日程度。育児休業、介護休業制度が定められ取得者もいます。</p> <p>○職員のストレス解消やメンタルヘルス維持のため産業医と契約、職場環境も整っています。毎年全職員が管理者と個別に面談、ヒヤリングでも要望や意見を言い易いとの回答があり、また上司が意欲的で見習う点が多いとの評価も聞けました。</p>		
(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)		<p>○2001年（平成13）の開設前から地域との意見交換を踏まえて、児童館、図書館、集会所などが併設されてきた経緯もあり、地域とのかかわりが大切にされています。毎年、夏祭りや運動会、地域防災活動に、施設が町内会の一員として参加していることも評価できます。</p> <p>○併設の地域包括支援センターが主体となり「認知症あんしん講習会」や講演会を開催、認知症カフェ「のほほんカフェ」を市民に開放するなど、事業所が有する機能を地域に還元しています。</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
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)		○パンフレットやホームページで事業所概要や利用料金などの情報を提供しています。利用相談や見学希望にも積極的に対応することも掲載されています。		
(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)		○重要事項説明書にはサービス内容や保険外利用料も含めた説明が丁寧に記載されています。認知症などにより判断能力に支障がある場合は、補助人や保佐人、後見人等と契約しています。施設内に地域包括支援センターが併設されているため、権利擁護事業に精通した職員と連携が図れています。		
(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	A
		(評価機関コメント)		○アセスメントは利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況などを踏まえて行い、一定の書式でパソコン管理されると共に、個人ファイルとしても書類で管理されています。 ○個別援助計画の策定に当っては利用者や家族の希望を十分尊重するとともに、サービス担当者会議には本人や家族の参加ができるように配慮されています。 ○個別援助計画は利用者の主治医やPT（理学療法士）、OT（作業療法士）等の専門職、介護職、介護支援専門員等、関係する多職種が参加して策定しています。 ○基本的には6ヵ月に一度モニタリングを行ない見直しと共に、利用者の心身に変化があった場合や退院時、看取り期に入った場合などは、その都度計画の見直しを行っています。		
(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)		○週2回施設医が回診するほか、入退院時には利用者の主治医や病院連携室と連絡を密に行い、情報聴取や面会による確認・支援も行っていきます。		

(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。	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。	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)		<p>○業務マニュアル（大分類14種、総マニュアル数62）が完備されていましたが、パソコン管理の中で一部消滅事故があり、改廃記録などが完全復元できない事態が発生しています。定期バックアップと各ユニットでの利便性も考え、現場にはマニュアル集の常備がベターではと考えます。</p> <p>○利用者へのサービス実施記録はパソコンで一元管理すると共に、個人別ファイルとしても1階事務所内の施錠できるキャビネットで集中管理されています。記録の保管や保存、持ち出し、廃棄は、規定に従って適切に管理され、毎年度初めに一斉確認されています。</p> <p>○全ての利用者情報はパソコンで一元管理されており、職員間で共有出来るシステムになっています。また各ユニットには「申し送りノート」があり、職員は出勤時に確認すると共に、毎月1回のユニット会議でケアカンファレンスを行ない、チームケアに反映する仕組みになっています。</p> <p>○利用者の身体状況に変化があった場合などは、必要に応じて医師、看護師、栄養士、介護職、相談員など多職種が参加して家族と面会するようにされています。またケアプラン作成・見直し時には、家族に連絡しています。</p>		

(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)		<p>○感染症マニュアルがあり毎年研修も実施されています。感染症利用者が発生した場合は、各階の移動禁止など二次感染の予防に努めています。職員は全員インフルエンザの予防接種を受けています。</p> <p>○4SKY（整理・整頓・清潔・清掃・危険予知）活動を行ない、施設内は臭気も無く居室・トイレ・水回りなど綺麗な環境に有ります。手すりやテーブル等の清掃には水だけで除菌効果のあるACTクロスを使用、雑菌数の減少効果が確認されています。ただ段ボールが廊下隅（利用者には影響ない場所）に置かれていたのは気になりました。</p>		

(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)		<p>○事故や緊急時対応のマニュアルが整備され、研修・訓練も毎年実施されています。</p> <p>○事故報告書は迅速に作成され家族等への連絡・説明はもちろん、必要な場合は行政への報告も行われています。更に「事故検討委員会」で原因分析・改善策等が検討され、会議などで職員への周知が図られています。検討されたことはマニュアルにも反映され、事故対策や予防策が打ちだされています。</p> <p>○非常災害時対応マニュアルなど、防災関連マニュアルだけでも11種整備され「夜間対応訓練」や「地域住民との合同訓練」等が実施されています。</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	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)		<p>○サービスの実施に当っては利用者の人権や意思、尊厳の保持に配慮することが理念・基本方針で明確にされ、研修やOJTを通して徹底されています。</p> <p>○プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの実施を心掛け実行もされています。しかし以前から三評や利用者アンケートで改善を要望された「トイレカーテン」問題は未だに改善されていません。最善策が無理ならば次善の策を検討することも一つの考えではないでしょうか。</p> <p>○入居選考は判定指針に加え、独自の点数化により公平・公正に行われています。医療職と介護職が連携し胃ろう造設や経鼻経管栄養対象者、若年認知症者も受け入れています。</p>		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	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	B
		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	A
		(評価機関コメント)		<p>○毎年、家族懇談会（年2回開催、一部利用者も参加）や家族アンケートを実施し、利用者の意向を汲み上げ、サービス改善に反映するようにしています。</p> <p>○利用者や家族からの意見・要望・苦情に対しては迅速に対応していますが、公開はされていませんでした。</p> <p>○重要事項説明書に公的機関の相談窓口と第三者苦情窓口も記載し、直接連絡できる携帯電話番号も明記しています。</p>		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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)		<p>○毎年家族アンケートを実施し、運営会議等でサービスの質の向上に向けた取組みを行なっています。</p> <p>○全職員がケア向上委員会、食事委員会、口腔ケア委員会、生活支援委員会、環境衛生委員会など、何らかの委員会に所属してサービスの質向上に向けた取組みを行なっています。</p> <p>○KES（京都環境マネジメントシステム=ISO14000相当）のステップ2を取得、PDCAサイクルの実施に取り組んでいます。第三者評価は受診サービス（通所介護、短期入所生活介護）を変えながら毎年受診しています。</p>		