

アドバイス・レポート

平成 28 年 12 月 28 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 28 年 8 月 30 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京都老人ホーム）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 (※)	<p>1) サービスの質の向上への取り組み</p> <p>利用者本位のサービスの提供ができるよう、施設独自で作成、改良されたケアの質のシートの活用により、サービスの質の向上に取り組まれています。</p> <p>各フロアの特性や個別性、違った雰囲気も活かし、フロアごとにケアが解決できるように独自のケアサービスを提供されています。法人内での他事業所からの評価を取り入れるなど、サービスの質の振り返りについても積極的に取り組まれています。</p> <p>2) 看取りケアに対する取り組み</p> <p>ターミナルケア委員会を設置し、施設全体で看取りケアに取り組んでおられます。その人らしい看取りができるよう、本人や家族の意向を重視し、主治医を含めて多職種協働で看取りケアの実践をされています。また、施設職員が講師となり看取りケアの研修を開催されるなど、看取りについて学ぶ姿勢ややりがいについても感じることができました。</p> <p>3) 地域事業への取り組み</p> <p>在宅の事業を学ぶことを目的の一つとして、施設の介護職員、看護職員を訪問入浴サービスへ派遣され、また地域の集いに看護師や栄養士など専門職が外向いて話をされたり、小学校の行事に相談コーナーを設置されるなど、様々な形で介護施設の機能や専門性を活かして地域との関わりの機会を持たれています。利用者も地域のお祭りに参加し交流を図られています。ボランティアの学習会を実施したり、必要時は送迎もされるなど、施設から積極的に地域との関わりを持ち、実際に施設職員が地域へ外向くことで、施設が地域から孤立した存在ではなく、利用者の施設での暮らしも地域社会との関わりの中で捉えていくことへの職員への意識付けと実践が出来ているのではないかと思われました。</p>
---------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>1) 職員の休憩スペースの確保 フロアごとに小スペースの休憩場所がありますが、更衣室と同じ場所になっており、男女の区別はなく、都度カーテンを閉めて更衣をするなど、休憩場所としては確保できていませんでした。</p> <p>2) マニュアルについて 業務マニュアルや感染症マニュアルなど、ファイリングし整備はされていますが、行政からの既製のものや、インターネットからのダウンロードしたもので施設独自のものではなく、日常的に活用できていないとのことでした。また、更新や見直しの時期も明確化されておらず、実際、更新ができていないものもありました。</p> <p>3) 事故や緊急時の対応の研修の実施 災害時の訓練については年 2 回実施できていますが、日常のケアにおける事故や緊急時の対応についての研修が実施されていませんでした。事故発生時の報告書は作成され、対策も記載されていますが、実際に検討された内容がわかりにくいものになっていました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) 職員の休憩スペースの確保 各フロアでのケアの実践もあり、フロアごとで職員の体制作りもしっかりとされていますが、更衣室や休憩場所については、施設内の共有スペースを活用するなどされてはいかがでしょうか。夜勤の仮眠休憩はとれているとのことでしたが、日勤においても現場と区別した空間での休憩をとることで職員のストレス軽減にも繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>2) マニュアルについて 各委員会が設置されていますので、委員会でのマニュアルの見直しや更新時期も含めて検討されてはいかがでしょうか。施設の設備や環境など実際の施設の状況に合わせた内容にすることで、業務手順や対応を確認し、日常的にも活用できるものになるのではないのでしょうか。</p> <p>3) 事故や緊急時の研修の実施 災害時だけでなく、介護現場で日常的におこる事故についても対策や緊急時の対応など繰り返し、研修することで更に事故を防止する意識ができるのではないのでしょうか。事故報告書については実際に検討された内容を記載したり、事故の分析や統計で事故発生に対する対策や防止策を研修に盛り込むことや、各委員会での研修内容の協議、必要な研修の実施を検討されてはいかがでしょうか。事故や緊急時の対応など研修を行うことでマニュアルの見直しに繋がる機会にもなるのではないのでしょうか。</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	2670900139
事業所名	京都老人ホーム
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成28年10月31日
評価機関名	一般社団法人京都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) 法人理念に基づいて施設事業部として事業計画を総括主任が策定し、その事業方針に沿って各フロアの目標を立てられています。また、家族会の総会にて説明をされています。2) 理事会は定期的開催され、月1回開催される施設事業部会議において、運営や災害対策、経費に関わることを検討されています。			
(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	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) 法人による中・長期計画は策定されており、施設の事業についても年間の収支に計画的に載せられているとのことでした。また、法人理念に基づき、各委員会で課題の明確化、目標設定がされています。4) 施設独自にケアの振り返りのために作成、改良されたシート（ケアの質シート）を活用し、定期的にケアの質についての振り返りを実施されています。			
(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り組みを行っている。	B	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) 事務局で管理されているインターネットソフトにより、法令に関わる内容が閲覧できる体制が整えられています。6) 運営責任については運営規定に規定されているとのことでした。年2回、各役職に応じてヒアリングを行い、方向性を確認されています。7) パソコンを活用し、タイムリーな状況把握ができるようになっています。			

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。	B	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) 法人として人材確保の方針は確立され、ホームページにも採用方針を載せられています。9) 法人として研修体制が確立されており、施設では特に看取りについての委員会を設置し、職員が講師となり研修に力を入れて取り組んでおられます。10) 社会福祉士、介護福祉士、看護師、栄養士など各種実習の受け入れをされています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11) 「明るい職場委員会」を設置し、職員の意向等を確認されています。介護ロボット等の介護機器についても活用されています。12) 「健康相談室」によるストレス対策がされています。職員の更衣室と休憩場所が一緒になっており、休憩スペースとしての確保ができていませんでした。		
(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。	B	B
		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) ホームページの作成や地元のお祭りへの参加等、地域との交流を図っておられます。情報の公表については更新されていますが、広報ができていないとのことでした。14) 施設職員を訪問入浴の在宅事業への派遣やボランティアの学習会に講師として派遣されています。また、ボランティアの送迎を実施するなど積極的に地域との関わりを持たれています。		

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) 重要事項説明書を具体的で見やすいものに工夫され、ホームページ、パンフレットも見やすいものになっています。見学はいつでも対応できるようになっています。		
(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) 重要事項説明書に加え、利用料金を具体的な金額で表示することでより分かりやすくされています。成年後見制度の利用もされています。		

(3) 個別状況に応じた計画策定				
アセスメントの実施	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) アセスメント様式を統一し、パソコンで管理され、介護職員とケアマネジャーが連携されています。18) ケアプラン作成には本人、家族の意向を確認され、担当者会議への参加も呼びかけられています。19) ケアカンファレンスには多職種が出席され、看取り時期には主治医も出席されています。看取り時期以外は照会文書をチェック形式にするなど、主治医の意見を明確に頂きやすいよう工夫されています。20) モニタリングは3ヶ月、ケアプランは6ヶ月ごとに多職種で見直しをされています。		
(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) 入退院時は主治医間での連携を図り、主治医からの情報を受け、受け入れ体制を整備されています。		
(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) 業務マニュアルは作成されていますが、施設独自のものでなく、日常的に活用ができておらず、更新時期が明確になっていませんでした。23) パソコンによる記録システムで情報の共有化ができています。24) 引き継ぎノートや会議での情報が共有化されており、パソコンで管理者も確認できるものになっています。25) 家族に対しては、3ヶ月に1回、おたよりにて状況報告をし、ケアプランの意向確認もされています。		
(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	B
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) 感染症のマニュアルはファイリングされていましたが、行政による既製のもので施設独自のものになっていません。見直し時期も明確になっていませんでした。27) 施設内は外部委託により清掃されており、以前に家族より指摘があった臭気対策も脱臭機の設置で改善されたとのことでした。		
(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	B
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) 事故発生時の報告書やマニュアルは作成されていますが、事故や緊急時の研修の実施ができていませんでした。29) 事故報告書は対策も記載されていますが、詳しい検討内容や、事故の分析をされると、更に再発防止に繋がるのではないのでしょうか。30) 災害時のマニュアルを作成し、年2回の防災訓練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
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)利用者本位のケアを事業方針に掲げ、委員会において人権、拘束について話し合われていますが、一部エレベーターの電子ロックによる施錠の解除についても検討されてはいかがでしょうか。32)家族を含むくらし安心委員会の設置でプライバシー保護について検討されています。33)月1回の入所判定委員会には第三者や医師も出席され、公正に利用者を決定されています。		
(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)意見箱の設置による利用者等の意見を施設事業部門会議で共有されています。利用者満足度のフィードバックができると更によくなるのではないのでしょうか。35)苦情については共有され、個人情報に配慮した上で、公開されています。36)現在は介護相談員等の導入が無く、第三者委員は設置されていますが、利用者が直接相談できるシステムにはなっていないようですので、第三者委員が直接利用者の相談が聞けるようにすることや、施設や法人で第三者的立場の人材の確保を検討されてはいかがでしょうか。		
(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。	B	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)満足度調査を毎年実施し、施設事業部門会議で検討されています。サービス改善までは繋がっていないとのことでした。38)他の事業所の評価や取り組みについては外部の各種部会に出席し、報告はできているとのことでした。39)法人内の内部監査にて、他事業所からの評価を実施されていますが、分析を担う部署や委員会の設置が確認できませんでした。		