

アドバイス・レポート

平成30年12月19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30年9月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京都厚生園につきましては、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>○地域との連携 施設の成り立ちの経緯等から、地域との連携は開設当初から丁寧に行ってきておられます。事業所の情報は掲示板他、広報紙、パンフレット等で公開をしています。認知症カフェや施設見学会の開催、ボランティアの受け入れ、地域ケア会議や認知症サポーター養成講座等への積極的な関わり等、地域とのつながりを大切にしておられます。また、防災関係でも地域の防災会議に出席する等、地域との連携を意識した活動を行っておられます。</p> <p>○研修の実施 職種別、階層別の詳細な研修計画を策定し、実施されています。研修計画の作成にあたっては、人材開発室が毎年各事業の責任者等から意見集約して経営会議においても審議をし、決定しています。フロア毎に職員指導担当者を配置し、現場での教育に当たっています。また、外部研修についても受講費用を負担する等、事業所全体で職員のスキルアップに努めています。</p> <p>○個別状況に合わせた支援 アセスメント票は、事業所内で何度も検討や見直しを行った独自のものを用いて、丁寧に行っています。「アセスメント～支援計画策定～モニタリング」の過程で、利用者や家族の希望や要望を汲み取ることを心掛けるとともに、専門職とも十分に連携をしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○業務マニュアルの作成 各種業務マニュアルは、詳細に作成をされています。また、職員がいつでも手に取ることが出来るよう、各フロアに設置しています。ただし、マニュアルの更新時期は定めておらず、一部のマニュアルは更新していない状況でした。</p> <p>○記録の取り扱い 各種記録の取り扱いについては規則が定められ、運用されていますが、記録の持ち出しに関する規則はありません。</p> <p>○リラックスできるスペースの確保 各フロアに休憩室はあり、必要な設備も整っていますが、ハード面の都合もあり、リラックス出来るスペースが確保できていません。また、フロア毎で差があります。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>特別養護老人ホーム京都厚生園は、社会福祉法人京都社会福祉事業財団に所属する事業所で、近くには同法人の桂病院があり、日常的に連携を図っています。また、京都厚生園は特別養護老人ホームの他、同所でデイサービス、ショートステイ等を開設し、松尾地域をはじめ3箇所地域福祉施設運営しています。法人、事業所はしっかりと組織化されており、意志決定方法等は明確なものとなっています。</p> <p>特別養護老人ホームは、従来型の施設であり、2~4名の居室が中心となっています。1980年に開設以降、改装等により設備は新しいものになっているものの、ハード面では十分とは言えません。しかし、職員の改善に関する意識は高く、様々な工夫をして利用者が快適に生活できるような空間づくりを行っています。例えば、前回の受診の際には、臭気に関するアドバイスがありましたが、今回の調査の時には改善されていました。</p> <p>また、利用者の要介護度が重度化する中、支援については全般的にきめ細かに実施されています。利用者・家族の希望を踏まえた支援、職種間の連携や情報共有、地域との連携等が丁寧に行われています。更に、職員の研修計画も詳細に立案されており、個人個人のスキルアップが図られています。</p> <p>今回の第三者評価においてのアドバイスは下記の通りです。</p> <p>○感染症対策マニュアルをはじめ、各種マニュアルについては、最新の状況が反映されたものであることが望まれます。全てのマニュアルの更新時期を明確にし、1年に1回以上、見直しができるようにしてください。</p> <p>○記録の取り扱い（保存、廃棄等）に関する規則は整備されていますので、記録の持ち出しに関する項目を追加してください。</p> <p>○建設時期が古いため、ハード面で困難だとは思いますが、職員の休憩スペースの確保について検討していただきたいと考えます。</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	2674000035
事業所名	特別養護老人ホーム京都厚生園
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・通所介護・居宅介護支援 事業
訪問調査実施日	平成30年10月26日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 事業所の理念、基本方針を基にサービス提供ができるよう、職員は理念・基本方針が書かれたカードを携帯する等しています。理念・基本方針はパンフレット、ホームページに掲載し、事業所内にも掲示をしています。 2. 法人、事業所の組織図、業務分掌等により意志決定の方法は明確になっています。また、必要に応じて組織の見直しを行うことで、事業所運営の質の向上を図っています。個別面接や事業所内の委員会組織等を通じて、職員の意見をくみ上げる仕組みがあります。			
(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。	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)		3. 中長期的な計画として『厚生園第1次経営計画（平成27年度～平成31年度）』を策定し、事業運営を行っています。経営会議等で評価を行い、見直しも実施しています。単年度事業計画の策定にあたっては、職員の意見や利用者のニーズを汲み取り計画に反映する仕組みがあります。 4. 業務レベルにおけるサービスの質に関する重点目標を設定するとともに、定期的に評価・検討・見直しを行っています。			
(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。	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)		5. 園長は法令遵守に関する研修を受講し、事業の点検等を行っています。職員は年1回、事業所内で法令遵守に関係する研修を受講しています。 6. 組織図、業務分掌等で園長の役割を明確にするとともに、広報誌等で自らの役割を職員・利用者に表示しています。『上司とのコミュニケーションチェックシート』により、園長、副園長は自らの評価を受けています。 7. 園長は日常的な書面等でのやりとりだけでなく、法人・事業所の会議への出席や職員との面接等を通じて、事業の実施状況の把握に努めています。緊急時の対応については、マニュアル及び連絡票を作成し、速やかに対応出来るようにしています。			

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. 人材確保の方策や採用計画については経営会議で検討し、法人で人事担当を決めて法人単位で採用を決めています。特別養護老人ホーム等は配置基準を必ず上回るような配置調整をしています。喀痰吸引等研修への参加費用等は法人が負担しています。 9. 研修計画は職種、経験年数等を考慮し、詳細に作成しています。全体研修計画の作成にあたっては、人材開発室が毎年各事業の責任者等から意見集約し経営会議で審議の上決定しています。外部研修については職員に周知をし、必要と認められた場合は受講費用を負担しています。フロア毎に職員指導担当者を配置するとともに、年2回の人事考課のフィードバックの際に職員から要望等を聞いています。 10. 実習受け入れに関する基本姿勢を明示し、受け入れマニュアルも作成しています。実習指導者や職員指導担当者については、外部・内部の研修を受講させています。平成30年度は看護実習や教員介護体験、園芸療法（認知症）等を受け入れています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 時間外労働のデータを作成し、安全委員会で注意喚起等を行うとともに、経営会議においても業務改善を検討しています。ノー残業デーを週1回設け、職員の有休消化の状況確認は少なくとも年2回実施し、取得励行を呼びかけています。また、職員の負担軽減のための介護機器の導入等も進めています。 12. 職員のストレスチェックを年1回行い、必要があればクリニック等の紹介を行っています。宿直室や休憩室等には福利厚生の一環としてコーヒー等が備えられていますが、リラックスできる十分なスペースがあるとは言えません。		
(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. 事業所の成り立ちの経緯から、地域との繋がりを大切にしています。事業所の情報はホームページ、パンフレット、機関紙、掲示板等で地域に公開しています。また、認知症カフェや施設見学の開催、地域のボランティアの受け入れ等、事業所の開放に努めています。 14. 地域ケア会議、認知症サポーター養成講座には職員が協力できること伝え、積極的に参加するようにしています。講習会、研修会への講師派遣等も行っています。		

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
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. 事業所の情報はホームページ、パンフレット、広報誌等で提供しています。利用希望者等には重要事項説明書とパンフレットを活用して説明しており、現場の見学も行っていきます。入所希望の相談記録も作成しています。			
(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. 重要事項説明書等を基に内容や料金等の説明を行っています。購入費用が発生する物品については一覧を作成し、分かりやすいものになっています。必要に応じて、成年後見制度の利用説明等も行っており、複数名の成年後見制度利用者がいます。			
(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. 事業所内で何度も検討し作成した独自のアセスメントシートを活用し、詳細にアセスメントを行っています。利用者・家族のニーズを明確にし、定期的に見直しを行っています。 18. カンファレンスに可能な限り利用者、家族が出席するとともに、アンケートや個別のヒアリングを行う等により、要望や意見が出せるようにしています。利用者、家族の要望等は記録し、個別支援計画策定に繋げています。 19. サービス担当者会議等には主治医や管理栄養士等の専門職が参加しています。また、精神科医、歯科医、PT、OT等からの意見についても個別支援計画に反映するようにしています。 20. モニタリング記録票を用いて3か月毎に担当者がモニタリングを行っています。また、個別支援計画を変更する状況を定め、利用者の状態に合った支援が速やかに行えるようにしています。			
(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. 医療については、入所前のかかりつけ医、事業所の嘱託医の他、同法人の桂病院とも緊密に連携をし、手厚い支援体制を確保しています。			

(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。	B	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. 各種業務マニュアルは詳細に作成しており、現場ですぐに確認出来るように設置しています。しかし、見直し時期が明確に定められておらず、更新が行われていないマニュアルがあります。 23. 利用者の記録は詳細に作成しており、支援経過等も確認しやすいものとなっています。記録の取扱いに関する規則は定められていますが、記録の持ち出しに関する規則はありません。 24. 日々の記録、申し送りノート、台長等の書面と口頭での連絡により、必要な事項が確実に共有できるようにしています。また、全体ミーティングやプロアミーティングでも利用者の状況や支援の内容について情報の共有をしています。 25. 年1回、家族会を開催するとともに、年9回の「おしらせ」や『厚生園だより』等で事業所の情報を伝えています。利用者の状態の変化があった時やプラン変更時をはじめ、多くの機会に家族にアプローチし、情報交換等を行っています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		26. 感染症対策委員会を設置し、感染症に関する情報の収集、発生や蔓延の防止に努めています。流行期に入る前に職員はマニュアルを確認し、対策に取り組んでいます。一部の感染症がマニュアルに記載されていませんでした。 27. 事業所内の清掃は業者に委託しています。各事業所内の清掃は行き届いており、日常的に使用する物品の整理整頓も出ています。臭気も気にならず、清潔感があります。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		29. 『事故予防・再発防止に関する指針』を作成し、事故の発生予防に努めています。事故が発生した際には報告書を作成し、原因等について検討する仕組みがあります。リスクマネジメント委員会（身体拘束廃止委員会）を設置し、毎月、事故対策等について検討しています。 30. 災害発生時のマニュアル、被災時の動きを記した「アクションカード（行動マニュアル）」、連絡網を作成するとともに、夜間想定を含めた避難訓練を年2回開催しています。地域の防災会に加入しており、会合に参加しています。また、月1回、防災無線の練習をしています。		

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)		<p>31. 「高齢者虐待・不適切なケアを防止するための指針」を作成し、虐待や不適切ケア防止に関する研修等を開催して、職員に利用者の尊厳保持について伝えています。また、不適切なケアが発生しないような職場環境の構築、業務のチェック体制を構築しています。</p> <p>32. 利用者のプライバシーの確保については、各種マニュアルに記載するとともに、研修等を通じて職員に周知、意識付けしています。また、事業所内を改装することでプライバシーを確保に努めています。</p> <p>33. 入所検討委員会において、適切に判断しています。医療的な支援が必要な利用者に対しては入所時期を調整することはありますが、断ることはないとのこと。</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	A	
	第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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	A	
	(評価機関コメント)		<p>34. 利用者、家族からの相談は生活相談員、介護職員を中心に対応しています。また、年1回アンケートや面談等で要望等を汲み取るようにしています。玄関近くに意見箱の設置もしています。</p> <p>35. 利用者から出された要望等は、ケース記録等に記載し、管理者等に報告する仕組みがあります。アンケートの結果や改善内容については、ホームページや『厚生園だより』で公表しています。</p> <p>36. 第三者委員等の相談先については書面での配布や事業所内の掲示等により、周知をしています。定期的に傾聴ボランティアに來所してもらい、利用者の思いを聞いてもらうようにしています。</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	B	
	(評価機関コメント)		<p>37. 家族会やアンケート等で利用者、家族からの意見等を収集し、サービスの質の検討を行っています。また、改善策については次年度事業計画に盛り込むこともあります。</p> <p>38. サービスの質の向上については、運営会議やサービス向上委員会で検討しています。法人内だけでなく、業界団体の会議や研修会等に参加し、サービスの質の向上に向けた情報収集を行っています。</p> <p>39. 定期的に第三者評価を受診しています。前回、アドバイスのあった事項については、改善に努めており、その成果が出ています。年1回、園長が事業点検を行っています。自主点検や業務の振り返り等は行っていますが、ツールを活用した自己評価は実施していません。</p>			