

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 3 月 17 日

平成 29 年 2 月 5 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>1. 継続的な研修・OJT の実施</p> <p>・法人内、研修体系(初任者・中級職・監督職・管理職)に加えて、施設内年間研修計画が詳細に策定され実施されていました。各研修に参加できない職員のために、月 1 回のユニット会議で伝達研修が行われていました。高齢者疑似体験なども研修に組み込み、気づきを促すための取り組みが行われていました。日々の業務に関して質の向上のため施設内に書庫が完備され、常時閲覧が可能であり、書籍の貸し出しも行われていました。</p> <p>2. 地域への貢献</p> <p>・相談員が企画し、地域住民向けに、成年後見制度の勉強会を実施されました。また月 1 回「ふれあい食堂」(地域で暮らす子ども・高齢者を中心に孤食の解消、様々な年代の居場所づくり、地域コミュニティの促進、ボランティア活動の促進を図る事が目的)が開かれていました。施設が地域の自治連合会に加入し、職員が消防団に入団されるなど、積極的に地域との関わりを持たれていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>・年 1 回、施設長と職員の面談が実施され職員の意見を聞く機会が設けられていました。各職員は人事考課制度が用いられ評価が実施されていましたが、施設長に対し職員から評価する仕組みがありませんでした。</p> <p>2. 利用者・家族の希望尊重</p> <p>・個別援助計画書は、利用者や家族の意向・希望を確認し策定され同意を得ておられましたが、サービス担当者会議には本人の参加が確認できませんでした。</p>

	<p>3. サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>・利用者の記録はパソコンで一元管理し見やすく整理され、また、個人ファイルは施錠できるキャビネットで集中管理されていました。記録の保管や保存、破棄については規程に従って適切に管理されていましたが、持ち出しに関する規程が定められていませんでした。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <p>・人事考課制度を用いて各職員の評価を実施しておられました。また年1回施設長、総務部長と職員（三者面談）が全職員に実施されていました。ヒアリング時には各職員が自分の思いを伝えておられましたが、上司評価がなく例えばアンケート等による施設長を含めた上司評価を実施することで職員の意見を把握し、事業運営のリードに活用することが、組織全体の運営をさらに円滑に進められるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 利用者・家族の希望尊重</p> <p>・個別援助計画の策定に伴うサービス担当者会議には利用者や家族の参加が望まれます。多職種で検討する会議で利用者や家族の思いを直接聞き取り共有することで計画や目標が統一しやすくなるのではないのでしょうか。また利用者や家族にとっても個別援助計画の重要性が認識され、家族・職員が一体となつての利用者支援ができるのではないのでしょうか。認知症の利用者や家族の家庭事情で会議に参加しにくい状況ではあると思いますが、計画的に家族に知らせ理解を求めていくとも必要なのではないのでしょうか。</p> <p>3. サービス提供に係わる記録と情報の保護</p> <p>・記録と情報の保護の規程については法人全体の規程でもあり改定に時間が必要とのことですが、管理体制のない状態で常に持ち出しが可能であれば漏洩するリスクがあります。そこで、施設独自の持ち出し規程を整備されてはいかがでしょうか。そうすることで、利用者やご家族の個人情報保護における安心に繋が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	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、介護予防通所介護 短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成29年2月21日
評価機関名	一般社団法人 京都府介護福祉士会

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) 基本理念を事務所前等の目立つ所に複数カ所掲示し、朝礼時には理念の唱和をされ職員に浸透する取組みを実施されていました。また家族懇談会を年2回開催し、家族にも理念や運営方針の理解が深まるよう説明されていました。 2) 理事会を3ヶ月に1回開催されており、施設内の会議や委員会も各職員の意見を吸い上げながら定期的に開催されていました。権限の委譲においては、「事務分掌専決及び文章・公印の管理に関する規則」に明記されていました。			
(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) 事業計画においては、法人本部で作成される計画を基に、自施設での中・長期計画及び単年度の計画が作成されていました。 4) 介護サービスの内容や組織体制・運営の現状分析を上・下半期で評価し、各部署各職種での課題を明確にされていました。また、評価を数値化し分かりやすくされていました。			
(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、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)	<p>5) 職員が把握すべき法令等について詳細に渡り書籍やパソコンで閲覧できる体制がありました。</p> <p>6) 年1回、施設長と職員の面談が実施され職員の意見を聞く機会が設けられていました。各職員は人事考課制度が用いられ評価が実施されていましたが、施設長に対し職員から評価する仕組みがありませんでした。</p> <p>7) 管理者は緊急時の職員連絡網を備え、職員に指示を出せる体制がありました。</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>8) 法律で定められている人員配置基準よりも加配配置が行われていました。また資格取得に向けて、法人内で介護福祉士の受験対策講習会が行われていました。</p> <p>9) 法人内、研修体系(初任者・中級職・監督職・管理職)に加えて、施設内年間研修計画が詳細に策定され実施されていました。</p> <p>10) 実習生受け入れマニュアルが整備されていました。また受け入れ担当者が法人内の実習指導者部会に参加され、施設内では独自の実習生タイムテーブルが作成されていました。</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>11) 1年以上勤務している正職員には、リフレッシュ休暇を年間12日(月1日)を付与されていました。また年1回施設長とのヒアリングが実施され、仕事に対する意見などを直接伝えられる仕組みがありました。性別に関係なく育児休暇を取得されていました。</p> <p>12) メンタルヘルス相談窓口の一覧が掲示されており、いつでも相談しやすい体制が整えられていました。。各フロアに仮眠が取れるスペースが休憩室として確保されていました。</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>13) 毎月各部署の広報誌と年2回施設機関誌「よろしおす修徳」を発行し、利用者家族への配布が行われていました。また職員利用者共に地域の三大大行事(夏祭り、運動会、地域防災)に参加されていました。</p> <p>14) 相談員が企画し、地域住民向けに、成年後見制度の勉強会を実施されていました。また月1回「ふれあい食堂」(地域で暮らす子ども・高齢者を中心に孤食の解消、様々な年代の居場所づくり、地域コミュニティの促進、ボランティア活動の促進を図る事が目的)が開かれていました。施設が地域の自治連合会に加入し、職員が消防団に入団されるなど、積極的に地域との関わりを持たれていました。</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)		15) 施設パンフレットや法人パンフレット、機関誌等を通して施設の概要や取り組みなどの情報が提供され、施設独自の利用料金早見表等を活用し具体的なサービスの説明が行われていました。また、見学希望者も随時受け入れられ、施設入所相談だけでなく介護保険に関わる各種相談にも対応されていました。			
(2) 利用契約						
	内容・料金の明示と説明	16	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) 契約時には重要事項説明書や契約書によりサービス内容や保険外利用料についての説明が行われ、同意を得ていました。成年後見制度についてはサービス利用開始時、また入所後であっても必要に応じ制度を活用し利用者を支援されていました。後見人等との契約も確認しました。			
(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	B	
	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) 所定のアセスメント様式により、定期的（6ヶ月に1回）に利用者の心身状況や生活状況が把握し見直しがされるとともに、適宜カンファレンスやモニタリングの結果も踏まえながらの再アセスメントも行われていました。 18) 個別援助計画書は、利用者や家族の意向・希望を確認し策定され同意を得ておられましたが、サービス担当者会議には本人の参加が確認できませんでした。 19) 個別援助計画書の策定にあたり、カンファレンスを全職種が参加する形式でユニット会議内で行い意見を集約していました。また、必要に応じ施設医や歯科医師、歯科衛生士等と連携を図り情報収集が行われていました。 20) 個別援助計画書通りにサービスが提供されているか、計画書の見直しの基準や作成手順に従い、適宜モニタリングが行われ、定期的及び必要に応じて見直しが行われていました。			
(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) 施設医や歯科医の診察時や歯科衛生士の口腔指導時、また、必要に応じて適宜電話にて意見交換が行われていました。利用者の入退院時には病院の主治医や病院連携室と連絡を取り合ったり、職員が週に一度は面会に行き、直接主治医や看護師から情報を収集されていました。			
(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	A	
	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	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や手引き書が作成され、業務の振り返りや苦情、事故を受け月1回のユニット会議で対策を検討し対応されていました。今年度からマニュアルの見直し基準を作成し年1回見直しが行われていました。 23) 利用者の記録はパソコンで一元管理し見やすく整理され、また、個人ファイルは施錠できるキャビネットで集中管理されていました。記録の保管や保存、破棄については規程に従って適切に管理されていましたが、持ち出しに関する規程が定められていませんでした。 24) 利用者の記録は一元管理されたパソコンの情報や各ユニットの連絡ノートを活用し、利用者の情報を共有されていました。また、毎月のユニット会議でケアカンファレンスを行い、職員の意見を集約されていました。 25) 家族懇談会や広報誌で利用者情報を家族に知らせておられました。		
(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)		26) 常に新しい情報入手し感染マニュアルが作成され、毎年研修も実施されていました。また、感染症対応物品も整備され、感染症発生時には、各階の移動禁止、感染集団発生サーベイランス・フォーム(積極的疫学調査表)などによる二次感染対策を実施していました。 27) 4SKY(整理・整頓・清潔・清掃・危険予知)活動や特殊クロス(水だけで雑菌を除去する)の導入、年に2回のワックスがけをされるなど、施設内は臭気も無く清潔な環境が整えられていました。		
(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	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)		28) 事故や緊急時対応マニュアルを整備し、施設内研修や普通救命講習会にも参加されていました。 29) 事故報告書を作成し、事故発生時には家族等に連絡、説明が行われていました。事故についてはユニット会議や事故検討委員会で分析・検討が行われ、施設内研修で対応策の周知が図られています。 30) 災害発生時の各対応マニュアルを整備し、年2回防災訓練が実施されていました。また、地域の消防団に施設職員が3名加入され、地域と密な連携を図られ地域との合同訓練を実施されていました。また福祉避難所のマニュアル等も作成されていました。		

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)身体拘束・高齢者虐待・精神的なケアに関する研修を行い、高齢者の尊厳に配慮する取り組みが行われていました。 32)プライバシー保護・羞恥心の観点から、トイレのカーテンをドアに変更する方向で取り組みが行われていました。さらに、使用したオムツは家族や利用者の目に触れないよう専用のケースを使用してゴミ箱へ移されていました。 33)原則断らない方針とされ毎月入所判定会議を開催し、さまざまな状態(胃瘻造設・経鼻経管栄養、若年性認知症、精神疾患の方)の受け入れが行える体制がありました。			
(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)		34)意見箱・年1回アンケート・家族懇談会で意見を収集されていました。 35)苦情・意見・要望については、多職種で構成する運営会議で改善策を検討され、写真や文章で改善内容が利用者家族にわかるように掲示されていました。 36)第三者の相談窓口を設置し、重要事項説明書・ホームページに掲載されているほか、玄関ホール、エレベーター内にポスターの掲示がありました。		
(3) 質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	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)		37)年1回のアンケートが実施され、結果は運営会議やユニット会議で職員に周知されていました。家族には家族懇談会で改善策が報告されていました。 38)サービス向上に係る各種委員会(食事・口腔ケア・ケア向上・イベントボランティア・、生活支援・ケアマネ委員会は2ヶ月に1回、事故プロジェクトは不定期)で検討されていました。 39)法人による内部監査が実施され、施設運営に関する自己評価を法人にて実施されていました。また、第三者評価を毎年受診されていました。		