

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 24 年 5 月 15 日

平成 24 年 2 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 京都市本能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>特別養護老人ホーム本能は『本能寺の変』の跡地という由緒ある場所であり、京都らしい街の雰囲気を漂わせている施設です。</p> <p>(1) 地域との交流</p> <p>運営方針の1に「地域との連携を密にして、地域の一員として、また、地域の福祉サービスの拠点としての役割を果たします。」と表明されている通り、本能自治連合会の元本能南町会5組に、利用者全員が入会して施設長が組長となっており、地域住民として地域活動に参加されておられる事は高く評価できます。また、施設内の広間を地域に開放し、様々なイベントを開いたり、地域の住民の為に福祉講座等に職員を講師として派遣したりして、地域との交流に大変寄与しておられます。</p> <p>(2) 利用者・家族の希望尊重</p> <p>ユニット型特養で、介護体制を固定チームにされている事で職員は入所者との関係を深め、状況把握ができています。家族の面会も月一回以上はあり、その都度入所者の日常生活状況を報告され、家族からも希望・要望の聞き取りをされています。それを、次の介護計画に反映されています。日常的に入所者や家族の意向をくみ取る姿勢が職員間に確立されています。</p> <p>(3) 利用者の決定方法</p> <p>入所者の決定方法は、選考規定を明確にされ公平・公正にされています。特に、胃ろう対応の方やインシュリン注射を必要とされる方等、医療ケアの必要なケースも積極的に受け入れておられる事は、入所希望者にとって有難いことです。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(1) 事故の再発防止等</p> <p>事故発生時の事故報告書など作成され、原因究明・分析に関してマニュアルに基づき実施されていますし、改善もされていますが、再発予防の計画立案に至っていない現状がありました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(1) 事故の再発防止等</p> <p>事故の再発予防の計画立案をたて、事故を未然に防ぐ手立てとし、更に長期にわたっての経過観察や支援を行っていかれる事を望みます。</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)

# 評価結果対比シート

事業所番号	2670300553
事業所名	社会福祉法人 京都福祉サービス協会 京都市本能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)	短期入所生活介護 通所介護 居宅介護支援 介護予防支援
訪問調査実施日	平成24年3月27日
評価機関名	京都ボランティア協会

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）及び事業所のスタッフ全員が、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 今回理念の見直しを行い、新理念作成には全職員が関わる体制をとり、利用者・職員に周知させている。また、事業計画は、理念・運営方針に基づいた介護サービス計画となっており、日々のサービスに生かされている。 2 組織の意思決定方法は、定款などに明確に定められており、組織としての機能を果たしている。		
<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 法人の理念・運営方針を基本として、職員（介護・看護・栄養・ケアマネージャー・相談員など）の意見も踏まえて介護サービス計画（事業計画）が策定され実践されている。利用者の満足度調査を実施し、その結果を家族・職員に周知させて、介護サービス改善につなげている。 4 半期毎に計画の進捗状況・課題の見直しを行っている。		
<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	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、いつでもスタッフ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 法令遵守に関しては、管理職・職員ともに研修やインターネットなどに依って情報収集し、理解に努めている。 6・7 事業運営に関しては、職能基準書を作成し、管理職を含め各役職別の職務内容や権限を明確にして、円滑な運営を目指している。		

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>II 組織の運営管理</b>							
<b>(1)人材の確保・育成</b>							
		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 人材確保については、実習生の中から優秀な人材を採用したり、有資格者を積極的に採用している。現在7割の職員が介護福祉士の資格を有している。人員体制についても常時状況把握を行っている。9 研修に関しては、法人で年度計画を作成し、内部・外部研修に参加できる様に努めており、伝達研修も充実させている。10 実習生受け入れについては、マニュアル等整備し、積極的に受け入れる体制を取っている。実習生指導者講習会にも4名の職員が参加している。				
<b>(2)労働環境の整備</b>							
		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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	A	
		ストレス管理	12	スタッフ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。	A	A	
		(評価機関コメント)	11 職員の労働環境の配慮としては、リフレッシュ休暇・有給休暇を活用できる様に、また、時間外労働に対しても職員毎に把握して管理職が配慮している。12 職員の業務上のストレスなどに関しては、協会として産業医と契約を結んでいるが、日常的には、管理者やユニットリーダーが対応できる様にしている。休憩室はくつろげる場所が確保されている。				
<b>(3)地域との交流</b>							
		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 事業所の運営理念は、ホームページで開示しており、定期的に記念誌を作成して地域に配布している。また、利用者全員が地域の自治会に入会しており、地域住民として各種のイベントに職員と共に参加している。14 事業所が有する機能として、中京ボランティア養成講座等に職員を講師として派遣している。				

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>III 適切な介護サービスの実施</b>							
<b>(1)情報提供</b>							
		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 法人のホームページやパンフレットで情報提供できている。広報誌「のぶなが君だより」には入居者の日常や行事が写真で掲載され、施設での生活状況がわかる。見学の希望には適宜対応し、相談員日誌に記録を残している。玄関にはパンフレット類が並べられている。入所希望で遠方の方にはパンフレット・料金表等、郵送している。				
<b>(2)利用契約</b>							
		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 利用契約時に入居契約書・重要事項説明書の説明を行い、代理人・身元引受人・本人の同意を得ている。成年後見制度の活用者が1名おられる。				

(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 入居者のアセスメントは3か月毎に行っており、生活リズム把握に24時間シートを活用、心身の状況や生活状況の変化を見ることができている。介護計画に沿った記録方法や達成可能な介護目標設定の検討は必要。 18 1回/月以上は家族の面会があり希望・要望の聞き取りを行い介護記録または連絡ノートに記載している。入居者・家族の意向に沿った計画立案はできていて、1回/6か月家族の同意を得ている。 19 サービス担当者会議には医師・看護師・栄養士の意見記載があり、計画に反映できている。 20 退院時のカンファレンスに看護サマリーを活用し計画見直し行っており、入居者・家族に参加を呼びかけている。			

(4)関係者との連携

多職種協働	21	利用者の主治医をはじめ、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 嘱託医(内科医・精神科医)往診時に入居者の情報を得ている。提携病院や入居者個人のかかりつけ病院との連絡は看護師・相談員が行っている。退院時面談にも相談員・ケアワーカー・看護師等必要に合わせ出席している。連携・支援体制は整っている。			

(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、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	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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)	22 マニュアル類は各ユニットに設置、施設内インターネットでも閲覧でき改定は毎年度末に行っている。23 介護計画は各フロアごとに一冊にまとめ、いつでも確認できるようになっている。モニタリング時には計画実施項目一つ一つの評価を行っている。新人研修で守秘義務研修は行い、外部委託業者との契約にも明記がある。 24 介護計画にかかわる書類には職員は確認印を押している。申し送り時はパソコン内の申し送り事項を確認しあい、その他連絡ノートなどを確認して互いに情報を共有している。 25 日常の状況説明は家族面会時に行っている。連絡の必要性の程度を相談し取り決めもしている。サービス担当者会議の説明は面接で行っている。			

(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、スタッフ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 マニュアルは整備され職員は外部研修にも参加、施設内の感染症対策委員会では会議・勉強会が開催されている。 27 書類・介護用品等は整理整頓されている。床のワックスがけは1回/3か月行われ廊下・フロア共に清潔感がある。風呂脱衣所は床暖房され、個人浴槽は檜で湯は個人毎に入れ替え1対1対応である。			

(7)危機管理

事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、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	B
(評価機関コメント)	28 マニュアルは各フロアに設置され訓練も行っている。地域の防災訓練には職員も参加している。 29 事故発生後報告・書類作成・原因分析までマニュアル化し対応している。原因除去も出来ているが計画に反映させ介護統一を図ることが望ましい。			

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>IV利用者保護の観点</b>							
<b>(1)利用者保護</b>							
		人権等の尊重	30	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	31	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	32	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)	30・31 利用者保護の観点から、人権擁護については運営方針に明文化されており、人権や自尊心に配慮した介護サービスが提供されている。また、サービス提供の振り返りとして、フロア会議・ユニット会議において行われており、勉強会・研修会も積極的に実施されている。 32 入居者選考は選考規定に定められており、胃ろう・インシュリン注射など医療ケアの必要な方も受け入れている。				
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>							
		意見・要望・苦情の受付	33	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く広い上げ、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	34	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	35	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)	33 34 利用者の意向に対しては、ご意見箱を4か所設置し、家族にもアンケートを実施して出来る限り利用者・家族の意向に即する様に努めている。寄せられた意見等は、会議にかけ改善策を講じその結果を施設内の掲示板を利用して公表している。個人的な場合は個別で対応している。 35 相談窓口等は、重要事項説明書に記載し説明を行っている。外部の第三者委員に関しては、施設内掲示板にて案内している。				
<b>(3)質の向上に係る取組</b>							
		利用者満足度の向上の取組み	36	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	37	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スタッフ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	38	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)	36～38 利用者への満足度の調査を実施しており、その結果を管理者を含む管理会議・各種委員などで報告・検討し介護サービス改善の資料としている。第三者評価を毎年受診することでも、サービス改善の糧としている。				