

アドバイス・レポート

平成26年11月16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26年5月16日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「土ニコニコハウスりんご村」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>	<ul style="list-style-type: none"> ○人材の育成、研修とストレス管理（通番 8・11・12） 職員の資格取得に向けた取組や研修事業が充実しています。資格取得者への「祝い金」の支給や、外部研修へ勤務扱いで派遣しています。同法人内の事業所間での「交流研修」も定着しています。また、日帰りの社員旅行やグループ企業の優待券の配布など、職員中心の福利厚生制度が充実しています。更に、年3回常勤職員による非常勤職員の能力評価に基づき報奨金を支給するなど、職員の労働意欲向上やモチベーションアップにつなげています。 ○地域への貢献（通番 14） 地域の災害避難訓練に積極的に参加し、地域に根ざした事業所になりつつあります。先般の水害で地域住民の自然災害に対する意識が高まっていることもあり、地域の中で介護事業所としての専門性を活かし、主体的に活動している様子がうかがえます。 ○利用者の家族等との情報交換（通番 25） 利用者個々の連絡ノートに、その日の様子が写真付きで記載されています。また写真以外にもリハビリの様子など1日の活動が細かく記されており、一人ひとりを大切にしたい、認知症デイならではの個別支援が実践されています。
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○事業計画等の策定（通番 3） 年度ごとの短期事業計画は作成されていますが、3年から10年単位の中・長期事業計画が策定されていませんでした。 ○管理者等によるリーダーシップの発揮（通番 6） 管理者や運営責任者等が職員から評価を受ける仕組みがありませんでした。職員の率直な意見が出し易い方法として、お互いの良い点を話し合うなど何らかの仕組みを工夫されることを望みます。 ○利用者満足度の向上の取組み（通番 37） 利用者満足度調査が実施されていませんでした。 ○記録と情報の保護（通番 23） 個人情報の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が文書化されていませんでした。 ○利用者の意向への対応（通番 35） 事業所に寄せられた苦情や要望にどのように対応したか、その具体策を外部へ公開されていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○法令等のリスト化と個別援助計画について（通番 5・20） 介護保険に関する多くの関連法令をリスト化し、必要な時にすぐに取り出せるようまとめることをお奨めします。また、ケース記録の書式をよりポイントを絞って書き易いよう変更したり、ケアプランのファイリングを時系列にまとめ、第三者が見てもご利用者の全体像を把握し易くするなど、業務をより効率化できる工夫をされてはいかがでしょうか。 ○利用者満足度調査について（通番 37） 認知症のあるご利用者でもご本人の意思確認ができるよう工夫され、利用者満足度調査の実施を望みます。その調査結果を分析・検討することで、サービス内容を客観的に把握できます。職員全員の創意工夫で、定期的な調査に取り組まれることを期待します。 ○意見、要望、苦情等の公開について（通番 35） 事業所に寄せられた苦情や利用者満足度調査の結果について、匿名化して内容と改善策を施設内に掲示することをお奨めします。客観性のある介護施設として認められることにつながっていくと考えます。

※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	2672600307
事業所名	土ニコニコハウス りんご村
受診メインサービス (1種類のみ)	認知症対応型通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年11月4日
評価機関名	京都府認知症グループホーム協議会

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、法人の理念「第2の人生をいつもニコニコと過ごして頂くために、地域に開かれた施設であること」に基づき、法人基本方針、りんご村基本方針をそれぞれ掲げ、まごごろを持って支援する介護に取り組んでいます。りんご村の運営方針を毎朝のミーティングで唱和し、職員間で共有しています。また、去年から年1回開催している「家族会」の席上で、利用者や家族に運営方針を周知しています。 2、法人の決定事項は、理事会⇒部長会⇒管理者・相談員による会議（さんしょの会）を通じて現場へ伝達されています。また、各現場の意見は部長会を通して上げられていることが、各種議事録や職務分掌規程等から確認できました。			
(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。	B	B	
	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、単年度の事業計画は、年1回のりんご村全体会議で定められています。今年度は7月22日開催の家族会で「脱水から水分補給について」勉強会を実施しています。年度末に、職員会議で事業内容を振り返り、次年度の計画を定める機会を設けています。中・長期事業計画は作成されていませんでした。 4、年3回の面談時（非常勤職員）に、職員一人ひとりの課題の目標設定を行い「職員育成計画表」を作成しています。また、年度末に各事業所ごとに次年度の目標及び課題を抽出し、改善につなげる仕組みを構築しています。			
(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	B	
	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	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、毎月マニュアル集を読み合わせる「マニュアル研修」を行ったり、「月刊デイ」から法律に関する部分を抜き出し勉強会を行っています。職員が法令等をすぐに調べられるようリスト化がなされていません。 6、管理者等は「職務分掌規程」に従い、各職階に応じた事業運営を行っています。また、面談やミーティングを通して得た意見を運営に反映させています。職員から信頼を得ているどうか客観的に把握する仕組みが設けられていません。 7、管理者は毎日業務終了後のミーティングで、各事業の実施状況の把握に努めています。緊急時の連絡網が整備され、メーリングリストを活用して緊急事態に対応していることが、事故報告書等から確認できました。			

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		8、介護福祉士や介護支援専門員等の資格取得に対して祝い金を支給しています。また、外部研修へは勤務扱いで参加できるようにするなど、「研修対策委員会」が主になりキャリアアップを図るための仕組みを設けています。 9、法人内に9種類の委員会（看護・行事、広報・美化・感染症対策・防災など）を設け、職員のOJTに努めています。年間の研修計画「ニコニコ研修計画」を定め、職員の学ぶ機会を確保しています。また、法人内の他事業所との職員交流研修（3日間）も盛んに行われています。 10、実習生の受け入れマニュアルを備え体制を整備していますが、実習生の依頼はほとんどないとのことでした。実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。		
(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、職員の抱える悩みを個々のヒアリング（常勤職員は年度末の査定時）で把握しています。非常勤職員についても、年3回の面談時に聞き取っていることが「職員面談シート」より確認できました。有給消化は「有給休暇管理表」で適切に管理しています。 12、法人として、産業医やカウンセラーなどの専門職を採用していませんが、職員のストレス管理には上司が常に留意しています。日帰りの社員旅行やグループ企業内の割引券の配布（ラーメン半額やクリスマスケーキの支給）等の福利厚生制度が充実しています。		
(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、1階のデイサービスと共同で、ボランティアを受け入れ定期的な催しを行っています。また、地域の小学生との交流や高校生のインターシップを受け入れています。法人発行の「アップルパイ通信」を年2回作成し、行事内容をブログで定期的に報告しています。事業所独自の家族に向けた「りんご村新聞」を毎月発行するなど、情報発信に努めています。 14、地域の防災避難訓練や地域ケア会議などへ積極的に参加し、地域住民との連携に努めています。今後は地域の民生児童委員との連携も模索中です。		

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、ホームページやパンフレットで、事業所の概要や日々の取り組みを分かり易く表記しています。見学者の状況等（年間5～7人ほど）は「りんご村見学者記録」に一覧にして保存しています。		
(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、利用契約書や重要事項説明書に基づき、事業所の内容を丁寧に説明し理解と同意を得ています。利用者の権利擁護に関しては、現在成年後見制度の利用者はいませんが、過去1名後見人がついたケースもあり、関連資料の整備や職員への研修を行っています。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		17、所定のアセスメント様式により、利用者の状況を適切に記録していることがケースファイルより確認できました。また、認知症に関する事項も他職種の情報を取り入れて丁寧にアセスメントしています。 18、利用者や家族の希望を、サービス担当者会議や連絡ノートから抽出し、個別援助計画に反映させています。 19、個別援助計画の策定にあたり、サービス担当者会議やモニタリングを行い、他職種専門家（主治医・看護師・理学療法士など）の意見が反映されていることがケース記録より確認できました。 20、個別援助計画は、3か月ごとに定期的な見直しを行い、また毎朝の職員ミーティングでも必要に応じた見直しを行っていることが、モニタリング記録等から読み取れました。		
(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、地域の行政機関や病院の連絡先一覧を職員の連絡網と同じ紙に印刷し、即座に連絡を取ることが出来るよう対応に努めています。		
(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。	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	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を整備しています。毎月「マニュアル研修」を開催し、職員間でマニュアルを共有しています。年1回マニュアルの見直しを行っていますが、見直しにあたり顧客満足度調査の分析による改善策が反映される仕組みがありません。 23、1人1日1ページのケース記録が作成され、利用者の状況を職員全員で共有しています。利用者の記録について、保管や廃棄についての規程が文書化されていませんでした。 24、利用者一人ひとりのケース記録について、ミーティングで職員全員が閲覧しサインすることで、確実に全職員が全利用者の現状を理解できるよう努めています。 25、日々の「連絡ノート」は、その日の状況やリハビリの中身を写真やコメントにより具体的に記載し、家族へ丁寧に報告しています。		
(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	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、「感染症対策委員会」主導で、保健所の方を呼んだ研修会など実施しています。 27、施設内の清掃は業務終了後職員が行っています。各場所（トイレ、浴室など）ごとにチェックシートを置いています。		

(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。	B	B
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・災害時対応用のフローチャートを準備しています。そのチャートに基づき年2回シナリオに従い消防訓練を行っています。 29、事故報告書やヒヤリハット報告書は所定の様式で、必ず担当者が原因と再発防止策を記入し、ミーティングで報告しています。事故の事例を分析・検討し、再発防止に向けた評価やマニュアルの見直しまでは行われていませんでした。 30、災害発生時のマニュアルを作成しています。そのマニュアルに基づき7月6日に「土自治会防災訓練」に参加し、地域との連携に努めています。地域との防災協定は今後の課題として認識しています。			

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。	C	A
(評価機関コメント)	31・32、法人として同性介護を原則としています。排泄時や入浴時のプライバシー保護に関する研修・身体拘束禁止・高齢者虐待防止法に関する研修などを実施し、高齢者の人権保護の大切さを職員に周知徹底しています。 33、サービス利用希望者は原則として受け入れる方針で、これまで申し込みを断るケースはないとのことで自己評価はCでした。聞き取りから認知症デイとして公平・公正に利用者を受入れていることが分かりA判定としています。			
(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。	B	B
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	A
(評価機関コメント)	34、連絡ノートや送迎時の対話を通して、利用者の意向を積極的に聞くようにしています。利用者一人ひとりとの面談機会や利用者懇談会は特に設けていません。 35、聞き取った意見・要望・苦情を記録にまとめていますが、その内容や改善方法について、地域に向けた公開等のフィードバックはなされていませんでした。 36、苦情処理マニュアルに基づき、迅速に対応できるための仕組みが構築されています。毎月、市から派遣される「介護相談員」を受け入れ、利用者・家族の相談を受けています。			
(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。	C	C
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)	37、前回の第三者評価から引き続き、利用者の意向が把握できる「利用者満足度調査」は行われていませんでした。 38、2か月に1度、法人内の生活相談員が集まって討議する場（生活相談員会）が設けられています。また、市全体で行っている「ケアマネ研究会」に参加し、他法人との交流に努めています。 39、年1回、職員個々の「自主点検（行政主導の法令遵守等を問う評価）」は行っていますが、事業所全体での「自己評価（ケアの質などを問う評価）」は行われていませんでした。			