

アドバイス・レポート

平成 27 年 3 月 28 日

平成 26 年 11 月 21 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天神の杜 通所介護」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>記特に良かった点 と その理由(※)</p>	<p>(通番2) 組織体制</p> <p>法人理念「その人らしく生きていける的確なケアサービスの提供」の浸透の徹底化に向け、部署ミーティング・リーダー会議・施設連絡会・運営会議において、意思決定の有機的な体制が整備されております。各事業のリーダーに一定の権限を委譲した上で「職能基準書」に基づき、責任と役割が明文化され、質の向上のために職員の「気づき」が反映できる仕組みとなっています。</p> <p>職員の「気づき」を言葉にし、記録に残しています。この研修を積み上げフィードバックしていくことで、天神の杜の目指すケアの質の向上の取組みは、職員個々人と組織として非常に大きな力となっております。</p> <p>(通番10) 実習の受け入れ</p> <p>事業計画書において実習受け入れに関する基本姿勢を示し、担当者を定め、積極的に実習生を受け入れています。府内の養成校や大学の介護福祉士・社会福祉士の実習生だけでなく、理事長が理事を務める「日本ユニットケア推進センター」の実習も受け入れ施設として、毎年100名ほどの実習生を受け入れています。</p> <p>個別ケアを推進していく上で、全国から施設研修を受け入れる体制を可能としています。相互に実習の振り返りやレビューすることで、自施設だけの職員のみならず、介護業界全体の質向上に繋がるものと大きな期待があります。</p> <p>(通番14) 地域への貢献</p> <p>居宅介護支援事業所を通し、ボランティア委員会と共に地域住民との勉強会を毎年開催されています。</p> <p>デイサービスの利用されている時間帯だけをサービス提供するという考え方ではなく、デイサービス利用の前後の時間帯や夜間も含め自宅において、特に認知症を抱える方の見守りを地域ぐるみで支えようという観点で、施設職員に対して機能性だけでなく、地域の方々の啓発も実践されている取組みは大きく評価されます。</p>
-----------------------------------	---

	<p>(通番22) 業務マニュアルの作成</p> <p>その人らしい生活のリズムを大切にして、個別の生活支援の実施という観点から帰宅後の生活にも繋げて支援できるように独自の「8時間シート」「24時間シート」が書式で作成されています。介護技術的なマニュアルは「介護ガイド」として纏められ活用されています。</p> <p>個別ケアをデイサービス提供として考えるのではなく、全人的な暮らしや人生そのものと捉えてケア実践されていることは、従来のなデイサービス提供の在り方の原点を考えさせられます、デイサービスとショートステイにも24時間を通した一貫的な手引書は、職員にとっても共通認識や連携に大きく活かされ、チーム力にも繋がっているものと思います。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番37) 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>家族や本人の満足度については、送迎時のコミュニケーションや地域共有の「在宅療養手帳」の記載等を活用され、ニーズや要望については相談苦情解決委員会、食事については「食彩委員会」で話し合い対応されておりますが、サービス全般を対象としての満足度調査は実施されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイ ス</p>	<p>(通番37) 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>長岡天満宮に隣接した立地の施設では、自然の景色が窓から眺められ、利用者には落ち着ける快適な空間で、心穏やかな安心なケアを実践されております。また、利用者にご満足いただけるようにサービス時の利用者の声や送迎時にご家族とのコミュニケーションでニーズ把握など、日々工夫を重ねてサービスの向上に努めておられます。おひとりおひとりの声を大切にされており、このことはとても評価できることと思いますが、全体を把握する取組みとしての満足度調査等はされておられません。普段声を出すことがない方のニーズや要望の拾い上げ、また調査を実施することで、全体の統計や分析・評価ができ、全体像も把握できるものと思います。そこで、その全体的な傾向や個別的な事由を分析・評価し、更なるサービスの改善・向上に向けてアンケート等の調査を実施されることをお勧め致します。また、この結果や取組みをホームページや「デイ便り」等で公表されることで、一層の満足度や信頼が深まるものと考えます。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673000168
事業所名	特別養護老人ホーム天神の杜
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護予防通所介護・短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成27年2月17日
評価機関名	京都府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. 基本理念は明文化され、ホームページ・パンフレットにも掲載し、玄関にも掲示している。法人理念をもとに事業別・部門別の方針を定め、サービス提供につなげています。 2. 施設内では、部署ミーティング・リーダー会議・施設連絡会議・運営会議が設置され、意思決定の有機的な体制が整備される。各事業のリーダーに一定の権限を委譲した上で「職能基準書」に基づき、責任と役割が明文化されています。			
(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。	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. 基本理念に基づいた9年毎の長期計画及び3年毎の中期計画が策定され、具体的実践計画として単年度事業計画が策定され、年度末に振り返りをして次年度に繋げています。 4. 各事業・部門毎に年間計画を作成し、目標や課題を設定している。LANIにて全職員に周知するとともに職員からの意見を求め、毎年必要な見直しや改善が行われています。			
(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. 年度初めに法令遵守に関して理事長の講和もあり、「個人情報保護」に関する勉強会も毎年実施して、職員に対して施設運営に必要な法令等の理解や、コンプライアンスの徹底が図られています。 6. 組織図を掲示し、運営の体制と責任の所在を明確化している。職員へのヒアリングは、年3回実施し、「みつまめシート(自己啓発シート)とともに施設や管理職に対する意見を聴取しています。 7. 日々の施設運営の状況は、業務日誌により把握している。夜間等においても「緊急時宿直マニュアル」も用意し、管理者は利用者急変時を含め緊急時に対応するため、常に携帯電話を所持しています。			

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. 「人員配置一覧表」において、必要な人材や人員体制について管理・整備している。「介護職ガイドライン」により質の高い介護サービスを提供できる人材を育成し、資格取得に向けては勤務シフトの配慮や受講料助成を実施しています。 9. 「介護ガイドライン」により経験年数に応じた研修カリキュラムを実践している。「法人研修委員会」もあり、職位に応じた研修を行い、中間管理職の育成にも力を入れています。 10. 事業計画書において実習受け入れに関する基本姿勢を示し、担当者を定め、積極的に実習生を受け入れている。また「日本ユニットケア推進センター」の実習受け入れ施設として、100名ほどの実習生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、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. 有給取得については、ユニットのリーダーの管理のもと、積極的かつ公平に取れるようにしています。 京都府より「ワーク・ライフ・バランス認証」を受け、配偶者出産特別休暇制度などを就業規則に定めています。「福祉用具プロジェクト」により、利用者及び職員の負担軽減にもつなげる対応をしています。 12. みつまめシート(自己啓発シート)を用いて面談で目標達成度を相互に確認すると共にメンタルケアにも繋がっています。ストレスマネジメントについては、外部講師によるメンタルヘルスクアの勉強会も実施しています。共済会の福利厚生制度と共に独自のリフレッシュ休暇制度も設けています。		
(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。	B	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. ホームページで施設の情報を提供し、日常の取組み等については広報誌を作成し、地域にも配布しています。施設内の喫茶店には毎日ボランティアによる運営がされており利用者との関わりも深いです。 14. 居宅介護支援事業所を通し、ボランティア委員会と共に地域住民との勉強会も毎年開催しています。		

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
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及びデイ便りには写真を多く掲載し、利用時の様子がわかりやすくなっている。急な見学や飛び込みの体験にも丁寧に対応されている。		

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.サービス利用契約時には、重要事項説明書等の資料を基に、サービス内容やその料金、保険外サービスの内容等について生活相談員より丁寧に説明されています。又、認知症等により判断能力の低下がみられる利用者や虐待が疑われるケースについては、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等の制度に繋がるように担当ケアマネジャーや地域包括支援センターと連携が取れています。		
(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	定期的又は必要に応じて、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. 事業所独自のアセスメント書式を作成し、それに沿って担当ケアマネジャーの情報や主治医の健康診断書、又、生活相談員による事前面接等の情報が詳しく記入されています。6ヶ月ごと、あるいは必要に応じて見直しも行われています。 18. 開始時の事前面接やサービス担当者会議で、本人・家族の意向が必ず確認されています。利用時の送迎の際に、家族とコミュニケーションをとり、積極的にニーズの掘り起こしが行われています。特に、利用時に独自の8時間シート、24時間シートに、時系列的に利用者の意向・好み、要望などが記入されており、その都度の職員の細やかな対応も記入されています。 19. 事前面接や開始後のサービス担当者会議等を通じて、他事業所の意見が集約されています。毎月の多職種参加のミーティングにおいて意見交換後に、個別援助計画の策定や評価が行われています。 20. 策定された個別援助計画は、基本的に6ヶ月ごとに評価・見直しがされ、利用者の様態変化等によっては必要に応じて見直しがされています。地域共通の「在宅療養手帳」の記載事項や担当ケアマネジャー等の意見が集約され、適切な見直しが行われています。		
(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. 地域共通の「在宅療養手帳」を常に活用することによって、医療の情報が細かく集約され、必要に応じて主治医、家族、担当ケアマネジャーとの情報交換も出ています。入退院の際は、主に担当ケアマネジャーからの情報を基に利用再開に向けて、送迎や入浴等の体制づくりが整えられています。		
(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、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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A

(評価機関コメント)	<p>22. その人らしい生活のリズムを大切にして、個別の生活支援の実施という観点から帰宅後の生活にも繋げて支援できるように独自の「8時間シート」「24時間シート」が独自の書式で作成されています。介護技術的なマニュアルは「介護ガイド」として纏められ活用されています。感染予防・事故防止・苦情対応・行方不明者捜査などのマニュアルが作成され、委員会としての活動・評価が行われている。年1回の事業計画作成時に全てのマニュアルが見直しされています。</p> <p>23. 記録は、全職員が記入・閲覧できるようにLANで接続されたパソコンを使用して、健康状態等を随時入力・確認が出来るようになっています。利用者の記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規定も定めてあり、情報開示の請求には、すぐに対応出来る体制が整えられています。</p> <p>24. パート職員まで含めた全職員が常時閲覧できるように、施設内の予定やボランティア活動の状況等が随時更新されています。朝礼による申し送り、連絡ノート、ミーティングにおいて情報交換が行われています。又、デイサービスとショートステイを在宅部門として位置付けし、看護師の所属も従来の体制より変更して、共通の利用者の情報は常に双方の職員間で情報共有がなされる体制となっています。</p> <p>25. 毎月発行されている「デイ便り」は、利用時の様子がよく分かるようにレイアウトされている。サービス担当者会議への出席や送迎時に情報交換や意向などの収集に努めています。</p>
------------	---

(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	B
(評価機関コメント)		<p>26. 「事故防止・感染防止委員会」による勉強会が開催され、各部署への嘔吐物処理物品の設置等も適切に行われている。手洗い・うがい励行のポスター掲示で啓発もされており、厚生労働省や京都府のホームページを確認し、常に最新の情報を入手しながら利用者の安全に努めている。</p> <p>27. 事業所の記録物は、それぞれのファイルにきちんと見出しが付けられ、整理整頓はきれいにきちんとされている。カーテンの洗濯やマットレス、浴室、循環ろ過装置の殺菌・洗浄等も定期的に行われ、清潔に保たれている。臭気に関しても、個別ケアの徹底で排泄のリズムが周知されているので、早めの対応により排泄の臭気は漂わない。館内には脱臭装置が設置され、またユニットの方ではアロマの香りで癒される空間にもなっている。</p>		

(7)危機管理

事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
事故の再発防止等	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)		<p>28. 事故発生、緊急時の対応・予防マニュアルは整備されています。緊急連絡フローチャートの作成、利用者のキーハンソン、職員への連絡体制も整えられています。長岡京市と防災協定が締結され、非常食の備蓄もあり、入れ替えも行われています。行方不明者対応マニュアルが整備され、独自の模擬訓練として法人理事長が行方不明者に扮して大掛かりな訓練も実施されました。</p> <p>29. 事故発生後1週間以内に事例分析を行い、再発防止に繋げています。「事故として取り扱う事例」「事故報告書の書き方」等の勉強会の開催も職員間の意識向上につながっています。職員の気づきを重視する目的で、ヒヤリハットの記入方法を用紙形式からノート形式に変更しました。</p> <p>30. 災害時対応マニュアルを整備している。消防署との連携で、デイサービス・ショートステイにおいて発火場所を変えての訓練を年2回実施しています。</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

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. 法人理念を念頭に策定された年間の研修計画に基づき、常に利用者本位の支援を行うために身体拘束や接遇マナーに関する研修を実施しています。 32. トイレ内や排泄用品が目につかないように配慮している。利用者に必要ないものは綺麗に整頓されている。「介護ガイド」に沿ってプライバシーに配慮した支援を行っています。 33. 認知症や医療的に配慮が必要なことを理由に利用者を断ることはしていません。痰吸引等研修の受講など医療処置の必要な利用者の受け入れができる体制を整えています。
------------	---

(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	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。	A	A
		34. 「ご意見箱」を設置し匿名による意見・要望・苦情の収集ができています。投書への対応も解決までの過程の記録をファイルに整理し自由に閲覧できます。相談苦情解決委員会を設置し解決策を考え返答しています。 35. 寄せられた相談・苦情に対しては、解決までの過程を記録し、自由に閲覧できるようにしています。 36. 事業所関係者以外の第三者委員を設置しています。第三者委員および公的機関等の相談員について重要事項説明書に記載し事業所入口付近に掲示しています。1年に1回、第三者委員との会合を開催しています。長岡京市介護相談員を受け入れ、利用者との相談の場を設けています。		

(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。	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	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	A
(評価機関コメント)		37. 家族や本人の満足度については、送迎時のコミュニケーションや在宅療養手帳の記載等を活用しています。ニーズや要望については相談苦情解決委員会、食事については「食彩委員会」が話し合い対応しています。満足度調査はできていません。 38. サービスの質の向上に係る10の委員会と、「福祉プロジェクト」と「薬プロジェクト」を設置し、職種・職制を超えて検討し、内容については職員で共有に努めています。 39. 運営会議にて法人理念に基づいた事業計画を策定し実施しています。年度末に計画について振り返りを行い、課題について検討し翌年度の事業計画に反映させています。定期的に第三者評価を受診し現状把握と課題を明確にすることにより、サービスの質の向上に努めています。		