

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 12 月 28 日

平成 23 年 7 月 1 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第二天神の杜につきましては、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

特に良かった点とその理由()	(1) 組織理念と運営体制 法人理念・施設方針を施設全体に浸透させ、入居者の自己決定、残存能力の活用を目指した個別支援やユニットケアが展開されていました。ユニット職員の主体性を重視した運営は、職員自身の意識付けや労働意欲の向上に繋がり、組織全体を通して理念に沿った運営体制が確立しています。 (2) 人材育成と労働環境 国のユニットリーダー研修の指導者養成研修修了者を介護責任者に置き、全国レベルでのユニットケアの人材育成に関わっています。その育成ノウハウをユニット職員の資質向上、労働環境改善等に活用され、サービスの質・職員の意識向上に繋がっていると考えます。 (3) 家族・地域との連携 家族の会の設立により、今まで以上に施設・職員・入居者・家族・地域のボランティア等の交流が活発になっています。家族と職員が連携しながらも、家族の主体的活動を側面から支えていく姿勢は高く評価されます。第二天神の杜と長岡京市は防災協定を締結しています。地元のかたたちから第二天神の杜と防災における連携や協力についてお声を頂戴しており、施設としても検討や準備を進めていきたいと考えています。 (4) 適正な介護サービスの実施 「24時間生活シート」を基本とした一連のケアマネジメント過程が第二天神の杜独自の型でシステムとして機能しており、ユニットケアにおける個別支援に非常に有効に活用されていました。実際に、このマネジメントシステムをモデル化することで、広く他の特養にも導入されていくことを期待します。
------------------------	---

特に改善が 望まれる点と その理由()	(1) 職員のストレス管理 産業医との契約待ちの状況ですが、出来るだけ早期に契約を締結することで、専門職による職員のメンタルヘルス管理、ストレス軽減に向けたサポート体制を整備されてははいかがでしょうか。 (2) 利用者・家族の意向収集 利用者満足度調査のための法人独自のアンケートが未実施の状況でした。今回の第三者評価による利用者アンケート・自己評価結果等を分析・検討することで、第二天神の杜独自の事業運営に効果的に活用されると思われます。
具体的なアドバイス	平成22年6月開設の新しい施設ですが、同法人「天神の杜」の運営ノウハウをもとに、施設立ち上げ前より詳細な事業計画のもと運営されています。 「共に支える仲間作り」、「その人の暮らしを支える」、「あなたを支える話・和・環」の3つの施設方針に則った事業運営を着実に展開されています。あらゆるマニュアルが整備され、各種会議・委員会等による検証体制がシステムとして構築され、有効に機能している点は高く評価されます。今後も更なるステップアップに向け、マニュアルやシステムの評価・見直しに努められることを期待いたします。 アドバイスというほどではありませんが、今回の評価で気付いた点を記載します。 家族の意向、相談・苦情等への対応について 利用者満足度アンケートを早急 to 実施されることで、調査結果の分析・評価によりケアの質を見直し、更に翌年度の継続的調査等、定期的に次年度事業計画に反映することで、サービスの質向上に繋がっていくと考えます。 また、アンケート結果から、契約時の重要事項説明書内に苦情・相談窓口が記載されていることを忘れていた方が2名確認できました。イベントや面会時などを利用して、苦情・相談窓口があることを伝えてははいかがでしょうか。さらに相談窓口等のお知らせは、大きな文字、利用者の目に留まりやすい場所に掲示することをお奨めいたします。

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)

評価結果対比シート

事業所番号	2673000333
事業所名	特別養護老人ホーム第二天神の杜
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)	
訪問調査実施日	平成23年10月4日
評価機関名	特定非営利活動法人 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
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) 法人の理念と行動指針・施設方針を施設内の見やすい場所に掲示するとともに、事業計画書に法人理念・運営方針等を明文化し、「法人職員として」をテーマとした接遇研修や委員会等で職員としての姿勢、心構えなどを周知しています。 2) 法人運営会議の検討、決定事項を各部署に指示・発信するとともに、平成23年度からは「各職種ミーティング」を施設全体の横断的検討場と位置づけ、各委員会とも連携をとりながら透明性のある組織運営が行われています。また、ユニットリーダーを中心として各ユニットの自主運営による「4SDの合言葉」（自己設計・自己開発・自己実施・自己責任）に基づいた個別ケアが実践されています。			
(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) 法人運営会議において長期、中期、年度事業計画を検討・策定されています。又、施設、各部署・委員会等において、前年度の運営評価を実施し、次年度に反映されています。家族と職員による「ユニット懇談会」→「家族の会総会」と現場レベルから家族の意見・要望を拾い上げる仕組みも構築されています。 4) 職員個々には「みつめまシート」をもとに年3回の個人面談が実施され、ユニット単位では、年間ユニット目標を設定し、中間振り返りと年度末の評価・総括を行い、常にサービスの質向上に繋がるよう努めています。			
(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、いつでもスタッフに対して具体的な指示を行うことができ	A	A	

		(評価機関コメント)	5) 施設長が外部研修を積極的に受講し、必要な関係法令の情報を職員に回覧している。開設時研修等で、介護保険制度や就業規則等の勉強会を実施し、リーダーに対しては制度理解を確認する試験を実施して、知識習得に努めています。また、定期的に法令に基づくサービスが実施されているか自主点検で確認しています。 6) 施設長自らが発信文書等で積極的に提案・進言している。また、事業計画書の作成・検討・評価・振り返り等の過程をパソコンで閲覧でき、職員全てが施設の運営状況を随時確認できるようシステム化されています。 7) 施設長は携帯電話を有効に使い、24時間体制で緊急時の適切な対応が図られています。また、現場の利用者情報やユニット日誌、宿直日誌、厨房記録等の実績や状況をパソコンと併せて文書の押印時に確認しています。
--	--	------------	--

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
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	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) 職員採用時には、資格・経験を重視しつつも、人間性や倫理観等も含めて総合的に判断して採用しています。人事考課制度等の運用、昇任・昇格制度を実施することで、職員の労働意欲向上に結び付けています。人員配置率は看介護比率1.7対1以上という手厚い配置により、個別ケア・入居者の生活環境の質向上に努めています。 9) 法人研修計画に基づく各種研修会・グループディスカッション等や外部研修への派遣、開設時の詳細な研修カレンダーに基づいた研修等により、確実なフォローアップが図られています。 10) 施設の建設に関係した建築関係者や京都府行政関係者等の実習を受け入れており、事前のオリエンテーションを通し個人情報保護のお願いや実習のポイントを詳細に説明後、実習を受け入れています。また、介護責任者は国のユニットリーダー研修の指導者養成研修修了者であり、継続的に各地の研修会等に派遣されています。		
(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) 人員配置一覧表、職員個々の有給休暇、時間外労働等をデータ化し、労働環境に配慮しながら、就業規則、育児休業、介護休業などの保障や職員用休憩室の完備、介助補助機器の整備など組織全体として労働環境の配慮に努められています。 12) 産業医との契約に関しては、先方の事情で契約締結の準備が整うまでの返事待ちの状況でした。「みつめまシート」に基づいた全職員対象の年3回の面談により、職員の悩みや相談を聞きとる体制が整っています。また、各部署責任者による職員へのスーパーバイズや、ユニットミーティング・ターミナルケア後の「偲びのカンファレンス」等により、ストレス軽減に向けたきめ細やかな対応が図られています。		
(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) 施設開設前より地域の二千世帯にニュースレターを11回発行しています。地域の方々に多目的スペースを開放したり、行政の広報紙等に情報を掲載するなど、地域との交流の深さが理解できました。開設後の地域ボランティア等の受け入れ人数が130～140人という実績からも施設の積極的な取組みが表われています。 14) 地域小学校との交流や、老人クラブ・女性の会・民生児童委員・公民館活動等への介護に関した講演や勉強会の講師を派遣しています。また、家族向けの介護技術講習会も実施しています。長岡京市と締結した防災協定を通じて、非常時には地域交流スペースを介護付き収容避難所として提供するなど、事業所としての幅広い利用目的を周知するため、地域への広報に努めています。
--	--	------------	---

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
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)パンフレットやホームページ、2種類の機関紙(きずな・ニュースレター)等を通じて事業所の情報を分かりやすく説明しています。問い合わせや見学も随時受け付け、サービス内容等の必要な情報を提供しています。			
(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) 入居契約締結時には、サービス内容や料金などを解かりやすく記載した重要事項説明書の説明に約2時間を費やし、理解と同意に努めています。成年後見制度の活用に関しては、現在1名の入居者が利用されており、権利擁護体制は整備されています。			
(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) 天神の杜オリジナル「24時間生活シート」を有効に活用し、アセスメント(独自なアセスメント書式)の際には利用者の今までの暮らしが継続できるよう、本人の意向・好み・支援内容を24時間の時系列表に沿って把握し、ユニットケアに向けた個別援助計画が作成されています。 18) 個別援助計画は「24時間生活シート」を活用し、利用者・家族の希望や意見を詳細に抽出して作成しています。アセスメントは定期的(6か月を標準)に見直されており、利用者一人ひとりの生活状況、心身の状況を踏まえた個別ケアが実践されています。また、サービス担当会議に家族の7割が参加している事実からも、利用者・家族の意向を尊重していこうとの施設の高い意識が理解できました。 19) ケアカンファレンスには、担当各職種のみならず、必要時は歯科衛生士や認知症専門医への受診による助言等、積極的に他職種との連携に努めています。 20) 個別援助計画のモニタリングは介護支援専門員が3か月ごとに見直しを行い、現場職員は6か月ごとのモニタリングを実施しています。また、利用者の状態変化に合わせて適宜援助計画の変更も行っています。ターミナルケアに関しても、各職種による予備ターミナルケアカンファレンス・家族も含めたカンファレンスを通して、適切な検討・見直しを図っています。			

(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) 入居者の新規利用時や入院、退院時の主治医、協力医療機関との連携体制は適切に確保されています。施設長自ら行政や地域の医師会、福祉事業所等との会議に参加し、情報収集・関係構築に努めています。		
(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、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) マニュアル一覧表を設置、分野別に目次をつけて分類・整理されおり、各ユニットに常備することで必要時に簡単に確認できるよう整えてあります。また、法人独自の「介護ガイド」を作成し、介護現場での個別ケアに活用しています。マニュアルの見直しも、定期的に「マニュアルチェックシート」に基づき実施されています。 23) パソコンをフル活用し、各ユニットの日誌と24時間生活シート内のサポート記録とが連動しており、すべての項目にチェックできるようシステム化されています。また、パソコンにはスクリーンセーバーが掛けてあり、ボランティアの新規導入時には守秘義務に関する誓約書を取るなど、個人情報保護と情報開示に関する管理・運用は確実に実施されています。 24) パソコンの活用により、24時間シート・委員会・ミーティング等の議事録・やまびこシート（相談苦情用紙）・外部研修情報等の様々な情報を随時閲覧できる体制がシステム化されています。各部署内の連絡ノートや生活相談員・ケアマネジャー等が各ユニットを周り連絡・報告する等、伝達手段を創意工夫し職員間での情報の共有化に努められています。 25) 3月に家族の会を立ち上げ、職員、家族間で連携しながら家族勉強会やユニット懇談会を実施しています。利用者の状況を伝える場として、ケアカンファレンスへの家族の参加を積極的に呼び掛けることで、家族の高い参加率も確認できました。		
(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、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) 27) 感染症予防マニュアルに沿って、日常の予防対策に努めています。事故防止・感染予防委員会を中心に、外部講師による感染予防講習会の開催・細菌数測定検査と結果講評・食中毒注意報発令に基づく注意喚起・清掃業務管理表の運用・管理栄養士による日常的な確認・指導等、感染予防への啓蒙活動が継続的に実施されています。		
(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	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
(評価機関コメント)		28) 事故発生時や緊急時に備えた緊急時対応マニュアル・防災マニュアル等を作成・整備し、実際の発生を想定した実践的な避難訓練、消防訓練等を年2回以上実施しています。 29) 事故及びヒヤリハットの発生時には迅速、丁寧に家族に説明を行い、事故防止・感染予防委員会による情報の集約・分析を通し、事業所全体で事故分析の結果を共有、注意喚起しています。家族や行政機関への報告も、適宜行われています。		

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
利用者保護の観点						
	(1)利用者保護					
	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。	B	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) 開設時の研修以降、職員に対するプライバシー研修を4回実施しています。職員等を人権擁護やプライバシー保護・身体拘束防止・虐待防止等の研修会に参加させることで、組織をあげた利用者本位のサービス提供・尊厳の保持等に努めています。 32) ガイドラインに則って、無料の体験入居→判定委員会の公平・公生な審査→入居時の丁寧な説明と、一連の決定方法が明確化されています。				
	(2)意見・要望・苦情への対応					
	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	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てている。	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) 「やまびこシート」を設置、利用者の意見や要望・苦情などの集約に取り組まれています。調査結果の分析、検討を行い、相談苦情内容の閲覧、家族の会での報告等、サービスの改善に結びつける仕組みが整備されています。 34) 利用者の意向(意見・要望・苦情)の受付・改善に関しては、マニュアルに基づいて適切に対応しています。利用者、家族からの意見・苦情等を、相談・苦情解決委員会に於いて検討後、改善策を施設内の玄関付近で自由に閲覧できるようにしています。また、第三者委員会と施設職員間の意見交換も活発に行われ、改善に向けた活動状況も確認できました。 35) 契約時の重要事項説明書に公的機関の相談・苦情窓口の連絡先を明記し、利用者・家族に周知を図っています。第三者委員の連絡先についても、「施設へのご要望等受付窓口設置のお知らせ」に記載し、施設内に掲示されています。更に、11月からは人権擁護委員による施設内の巡視や介護相談員の受け入れを検討するなど、幅広い利用者への相談窓口設置を図っています。				
	(3)質の向上に係る取組					
	利用者満足度の向上の取組み	36	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立てている。	C	B	
	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	A	A	
	(評価機関コメント)	36) 開設後間もないため、事業所独自の利用者満足度調査は未実施でしたが、近々に実施する予定とのことでした。今回の第三者評価による利用者アンケート、自己評価による振り返り等の評価事項の検証や、「やまびこシート」に寄せられた相談苦情等の再検討を通じて、サービスの質の向上に活用されることをお奨めします。 37) 毎月開催される各職種ミーティングにより、各部署を横断した施設全体の多面的・総合的な課題検討が行われています。また、決定事項についても施設長等からの発信文書として全職員が迅速に確認できる体制が整備されています。 38) 前年度の事業計画や運営・活動内容を、法人・施設・各部署・委員会等において検討・評価を行い、翌年度のサービスの質向上に向けて課題の明確化が一連のプロセスとして有効に機能しています。				