

アドバイス・レポート

平成 24 年 12 月 28 日

平成 24 年 6 月 27 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた日本いのちの花協会 居宅介護支援事業所につきましては、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お役立てください。

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>II 組織の運営管理</p> <p>(1) 人材確保・育成 通番 9</p> <p>外部研修・伝達研修・「いのちの花」独特のユニークな内部研修を年間通じて実践しています。具体的には、管理者自らが運営する「花コミ塾」における新任時からの高齢者の尊厳に纏わる教育や、職員自らを律する業務指針・指標・「ケア 30 項目」に基づく現場実践教育、選抜出場全国大会での実践報告、職員相互研鑽をねらった介護技術実技大会(年 2 回)・ユニフォームコンテスト等を行っています。報告書や記録誌、広報誌、職員ヒヤリングで確認できました。管理者等によるコンサルテーションが日常的に行われています。</p> <p>(2) 労働環境の整備 通番 12</p> <p>職員の精神的ケアが重視されています。毎木曜日、臨床心理士による「ひなぎくの心理ルーム」を開設し、その他にも、看護師による「職員のこころ委員会」や法人専任事業コンサルタントによる職員からの苦情・相談窓口を設置しています。ホームにおいては、特に新任職員のモチベーションを下げない取り組みに、他部署からの支援が入る仕組みがあります。又、近くのレストランでの食事半額補助制度により、昼食時、職員が職場を離れてゆったりとした気分ですることが出来ます。</p> <p>(3) 地域との交流 通番 14</p> <p>各部門が実施する事業やイベント等で、創業以来長年にかけて培った高齢者・障害者支援の精神を貫く専門的な知識や技術を生かしています。例えば、尊厳を大切にした介護知識や技術講座「いろは教室」やりハビリ・レクリエーション教室「お元気クラブ」、認知症サポーター養成講座の開設、最後まで口から食べるをモットーにレストラン「花カレー」の開店(京大農学部からの収穫菜の差し入れあり)、ガーデニング「花の家」庭園づくり等ユニークな取り組みがあります。理念に即したこれらの取り組みが、入居者・職員・地域の人々の「いのち」を支えていると考えます。</p> <p>III 適切な介護サービスの実施</p> <p>(5) サービスの提供 通番 24</p> <p>責任者会議、業務日誌、伝達講習、研修・ミーティング実施票、申し送りノートにより、利用者の情報を職員間で共有しています。さらに、「研修・ミーティング実施票」には、会議の報告に対する職員個々の感想が書き留められ、「成長ファイル」として綴られていました。会議の内容を全ての職員が理解し、現場の実践力を養う策として役立てています。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>Ⅲ適切な介護サービスの実施</p> <p>17) 所定のアセスメント様式を使って、毎月、利用者ひとり一人の生活状況やニーズ等を把握する為のアセスメントを行っています。有料老人ホームの入居者と地域の高齢者等のアセスメントには、経験豊かな職員等による強みが活かされています。アセスメントの流れ(手続き)を文章化されると、新任者や第三者にも理解し易くなるでしょう。</p> <p>22) 「花の家ケアマニュアル」に基づいて、業務マニュアルと手順書を策定していますが、見直しによる改訂が十分にできていません。見直しは、現場に即したマニュアルづくりに欠かせません。部署チーフで構成する「改訂委員会」による改訂作業が望まれます。</p> <p>Ⅳ利用者保護の観点</p> <p>28) 自然災害発生時に、入居者・職員の他、地域住民の支援も入れた対応策が講じられています。例えば、井戸の設置、電気を使わない米飯炊きの訓練、畑での野菜づくり等があります。しかし、地域との話し合い(連携)が不十分であるとのことでした。連携体制づくりに、事業所が率先して取り組まれることが望まれます。</p> <p>36) 利用者や家族を対象としたサービス満足度調査は行っていませんが、面会時や訪問時に要望等を聴き取り、事務局便りに掲載・公開し、サービス改善に繋げています。今後、改善の前・後を比較・明示されると、職員の改善意欲の一層の向上に繋がると考えます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>理念(創業の精神)に「老いても病んでいても、一人一人の生命の花が、最後の時まで踏みにじられることのないように、より豊かな生き支える活動を行う」を掲げられています。法人全体で理念追求に邁進されておられる姿が伝わってきました。創業者(代表)のリーダーシップの下、介護保険法と自立支援法に基づく在宅支援を展開されてこられました。これまでのぶれることのない地道な支援活動が、質の高い職員の育成と業績に繋がっている様に見受けられました。理念の共有と実践の中で、利用者・家族、そして職員の意向を大切にされてこられた結果と思われれます。有料老人ホームの利用者と地域の要介護者のQOLの向上に、法人が果たす役割は大きく、今後ますます期待されるものと考えます。今後一層、有料老人ホーム及び地域との良好な関係を続けられ、ますます、事業所の持てる力を利用者及び広く社会に貢献されることを期待いたします。</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	2670600028
事業所名	日本いのちの花協会 居宅介護支援事業所
受診メインサービス (1種類のみ)	居宅介護支援
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24年11月24日
評価機関名	社団法人 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
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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>1) 理念(創業の精神)及び運営方針は、管理者自らが運営する「花コミ塾」、法人紹介用DVD、「いのちの花」通信誌、20周年記念誌、事業所内の掲示物等で利用者・家族・地域に周知しています。</p> <p>2) 組織の意思決定にケアマネ向上委員会で話し合われた職員の意見を反映させています。組織図・委員会図を下に、職員の創意を事業の運営に活かしています。運営主体に設置された14種委員会の会議・活動記録や職員ヒヤリング等から確認できました。</p>		
(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	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<p>3) 来年度に、通所系サービス事業の開設やホーム入居者対象範囲を要支援者に拡大する等を計画しています。各部署、各種委員会それぞれが単年度事業計画に沿って、年間目標・月間目標・個別達成目標を設定しています。</p> <p>4) 年2回(前期・後期)、年間目標の到達度を把握しています。年間目標・月間目標及び職員個別達成目標に設定した課題は具体性に富み、法人・事業部署・職員ひとり一人が点検・評価できる仕組みとなっています。課題への取り組みや達成状況は、責任者会議に提出される報告書やミーティング実施票等から確認できました。</p>		

(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。	B	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)		<p>5) 就業規則・看護師業務指針・「いのちの花のケア30項目」・各種の規定・マニュアル等を策定し、関係法令の遵守に努めています。小冊子「いのちの花のケア30項目」を携帯させ、感染予防や虐待防止法等の学習会を実施する等で全職員へ周知しています。</p> <p>6) 管理者等は月毎の報告書や水曜報告書に整理された職員からの報告・連絡・相談内容を把握し、タイムリーに対応されています。組織図・職務分掌・各種規定・報告書を含む議事録等から把握できました。又、20周年記念誌・通信「いのちの花」・職員ヒヤリングから、事業運営をリードする管理者等の態度・姿勢が窺えました。</p> <p>7) PCちょうじゅ業務日誌や事務局業務日誌、緊急連絡網・緊急対応報告書、請求ミス事故発生報告書等によって、管理者等を含む全職員が利用者の現況把握ができるしくみとなっています。その結果、緊急時の対応がスムーズに行われていました。</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
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。	B	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。	C	B
		(評価機関コメント)		<p>8) 受講費用の半額を補助し、職員全てにホームヘルパー2級の資格を取得させ、高齢者ケアのツールとしての知識・技術を身につけさせています。組織内で受験対策研修を行い、介護福祉士や介護支援専門員資格の取得を支援しています。</p> <p>9) 外部研修・伝達研修・「いのちの花」独特のユニークな内部研修を年間通じて実践しています。具体的には、管理者自らが運営する「花コミ塾」における新任時からの高齢者の尊厳に纏わる教育や、職員自らを律する業務指針・指標・「ケア30項目」に基づく現場実践教育、選抜出場全国大会での実践報告、職員相互研鑽をねらった介護技術実技大会(年2回)・ユニフォームコンテスト等を行っています。報告書や記録誌、広報誌、職員ヒヤリングで確認できました。管理者等によるスーパービジョンが日常的に行われています。</p> <p>10) 母体の有料老人ホームでは、受け入れに対する基本姿勢を明文化し、管理栄養士インターンやハーブセラピストの現場実習を受け入れています。有料老人ホームも介護支援事業も特殊性から受け入れ内容に制限はあるが、基本、既成の法人マニュアルに準じて、拒むことはないとのことでした。</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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		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)		<p>11) 労基法に基づき、職員の心身の負担軽減や業務量の適正化を図っています。今後の課題に、有給休暇の取得率を上げることを掲げています。職員ヒヤリングでは、働き続けることが出来る職場であることが窺えました。</p> <p>12) 職員の精神的ケアを重視されています。毎木曜日、臨床心理士による「ひなぎくの心理ルーム」を開設しています。その他に、看護師による「職員のこころ委員会」や法人専任事業コンサルタントによる職員からの苦情・相談窓口を設置しています。ホームにおいては、特に新任職員のモチベーションを下げない取り組みに、他部署からの支援が入る仕組みがあります。又、近隣の某レストランの食事代半額補助制度により、昼食時、職員が職場を離れて休息することができます。法人の費用負担により、新年会や忘年会・食事会などの親睦会も開催しています。</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) 法人ホームページ・ブログ、パンフレット、20周年記念誌・広報誌、施設内の掲示物等で、事業所の理念や運営状況を地域に公開しています。全職員が携帯する小冊子「ケア30項目」に、地域への貢献や情報公開の大切さを明記しています。</p> <p>14) 各部門が実施する事業やイベント等で、創業以来長年にかけて培った高齢者・障害者支援の精神を貫く専門的な知識や技術を生かしています。例えば、尊厳を大切にした介護知識や技術講座「いろは教室」やリハビリ・リクレーション教室「お元気クラブ」、認知症サポーター養成講座の開設、最後まで口から食べることをモットーにレストラン「花カレー」の開設(京大農学部からの収穫菜の差し入れあり)、ガーデニング「花の家」庭園づくり・等のユニークな取り組みがあります。理念に即したこれらの取り組みが入居者、職員・地域の人々の「いのち」を支えていると考えます。</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
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)		<p>15) 法人ホームページ・ブログ、パンフレット、20周年記念誌・広報誌、自作DVD、施設内の掲示物等で事業所の情報を地域に開示しています。利用希望の相談が1週に10人程あるとのことです。豊富な事業所情報の開示と事業内容への信頼度が反映していると考えます。</p>			
(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。	B	A	
	(評価機関コメント)		<p>16) サービス提供の開始は、契約書・重要事項説明書・運営規定・DVD・20周年記念誌等を活用して、サービス内容や料金(保険外を含む)等について説明し同意を得ています。対象者には権利擁護に纏わる制度や事業の活用を積極的に推進しています。活用者数が高い数値となっていました。</p>			
(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。	B	B	
	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。	B	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。	B	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)		<p>17) 所定のアセスメント様式を使って、毎月、利用者毎のアセスメントを行い、利用者ひとりひとりの生活状況やニーズ等を把握しています。定期訪問報告書に記録し、関係する事業所に利用者の様子を報告し適切な助言を仰いでいます。経験豊かな職員等で構成されている強みを活かし、新任者や第三者にも理解し易いアセスメントの流れ(手続き)を文章化されると良いでしょう。</p> <p>18) 丁寧なアセスメントに基づいて、利用者毎の支援計画が、本人の心身・生活の状況や本人・家族の意向を重視し、自立支援の観点から策定されていました。任意抽出した2つのケース記録から確認できました。</p> <p>19) 個別支援計画の策定に、主治医・介護支援専門員・リハビリ職・福祉用具・看護職等の意見を重視しています。電話・ファクス等による意見照会や他職種との会合に出向き、必要な情報を聴取しています。照会状やサービス担当者会議等の記録により確認できました。</p> <p>20) 利用者毎の支援計画は、月1回家庭訪問により見直ししています。又、モニタリング様式は、本人の解決すべき課題(ニーズ)毎に、計画の実施→目標の達成度→提供後の効果→利用者満足度の度合い等を記録しています。サービス提供のPDCAサイクルが本人・家族等に理解し易い様式となっています。</p>			

(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。	B	A
(評価機関コメント)		21)他職種や機関と連携を図り、利用者・家族のニーズに合った支援を行っています。サービス担当者会議録や利用者の介護実践記録から読み取れました。また、近くの開業医と看護師等との有機的な連携により、法人による24時間相談可能な体制が敷かれています。		
(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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		22)「花の家ケアマニュアル」に基づいて、業務マニュアルと手順書を策定しています。見直しによる改訂が十分にできていません。現場に即したマニュアルづくりに欠かせない見直しに、部署チーフで構成する「改訂委員会」の活動が望まれます。感染予防マニュアルの周知徹底に「私の風邪予防」について、職員自らが方策を考える研修を行っています。 23)サービスの提供内容を丁寧に記録しています。又、個人情報となる帳票類の保管・保存・持ち出し・廃棄に関する規定・マニュアルの策定、PC“ちょうじゅソフト”の活用により、個人情報の正しい取り扱いと保護に努めています。「個人情報の自主点検」による職員教育を行っています。 24)責任者会議、業務日誌、伝達講習、研修・ミーティング実施票、申し送りノートにより、利用者の情報を職員間で共有しています。尚、「研修・ミーティング実施票」には、会議の報告に対する職員個々の感想が書き留められ、「成長ファイル」として綴られていました。全ての職員が会議の内容を正しく理解し、現場での実践に役立っています。 25)月1回、定期的に有料老人ホームや利用者宅を訪問し、家族や本人と情報交換を行っています。		
(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、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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		26)感染症対策及び予防に関するマニュアルを策定し、研修等で職員に周知しています。過去のノロウイルス集団発生の経験を予防に活かしています。帰社時のうがい・手洗いを励行しています。外来者にも周知徹底されました。 27)事業所内の清掃や書類等の整理・整頓が行き届いていました。		
(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。	B	B
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	A
(評価機関コメント)		28)事故・緊急時対応マニュアルを基に、指揮命令系統が明らかになっています。職員がいつでも現場から管理者等に指示が仰げる体制となっています。井戸の設置、電気を使わない米飯炊きの訓練、畑での野菜づくり等、自然災害発生時に地域の支援も入れた対応策を講じています。地域との話し合い(連携)が不十分であり、今後の課題にあげるとのことでした。 29)事故やヒヤリハット事例の発生時に「問題駆除レポート」を提出させ、その発生の原因分析・予防への気づき、実行可能な対応策を考える力を育てています。「防げる事故」に喉詰め、転倒、転落・褥瘡をあげ、又、内出血は手荒な扱いや虐待を疑うものと考え、事故やヒヤリハット事例の発生予防には、介護の知識・技術の向上に加え、介護者のメンタルヘルスが重要であるとしています。各種の会議で、事例を基に予防に関する検討会議を開いています。		

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	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。	B	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) 「移動時以外は車椅子から椅子へ」にこだわる等、人間らしく生きる為には、その人が持つ力の活用を重んじ、生活リハビリに取り組んでいます。内出血も事故扱いにする等、高齢者の尊厳保持に関する意識の向上に努めています。記録や職員ヒヤリングから、職員の人権意識の高さが窺えました。 31) 人権擁護、個人情報保護、プライバシー保護に関する研修を実施しています。職員が個々の利用者に丁寧に扱ってられる様子が利用者アンケートから窺えました。 32) サービス利用者等の決定は公平・公正であり、医療ニーズの高い人も受け入れています。		
(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。	B	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)		33) 法人全体で「変えて欲しくない生活習慣」等を聴き取るアンケート調査を10人／月ペースで実施しています。また、看護師とケアマネが、職員のマナーについて家族から直接、意見・要望を聴き取っています。本人・家族等の意向を把握するしくみがあることが、利用者アンケートの結果や職員ヒヤリング、ケース記録等から窺えました。 34) 利用者や家族からの苦情は、「トラブル(苦情)発生報告書、クレーム対応報告書、訪問票」に書き留めてあります。管理者等の指示を仰ぎ、迅速に対応しています。改善状況を個人にフィードバックし、または毎月発行の事務局だよりにて一般公開しています。 35) 苦情や相談を公的機関等に訴える手段を重要事項説明書に記しています。公的機関の窓口で第三者委員を置いています。		
(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っている。	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る。	B	B
		(評価機関コメント)		36) 利用者や家族を対象としたサービス満足度調査は行っていませんが、面会時や訪問時に要望等を聴き取り、事務局便りに掲載・公開し、サービス改善に繋げています。今後、改善の前・後を比較・明示されると、職員の改善意欲の一層の向上に繋がると考えます。 37) 今年7月に設置した「サービスの質向上に向けた検討委員会」が中心となり、今回の受診に臨まれました。検討内容が委員会議事録に詳細に記録されていました。 38) 毎月1回、ケアマネ会議を実施し、評価項目一つひとつに検討を加えていました。第三者評価受診は今回が初めてです。		