

アドバイス・レポート

平成26年5月26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25年10月11日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた特定非営利活動法人水度坂友愛ホーム小規模多機能型居宅介護 ゆうあいの家につきましては、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 (※)	○組織の理念・運営方針 組織の運営方針は明確に規定され、各専門職の事務分掌は細部まで細かく定められています。専門職である理事長の介護観が職員に浸透しています。人間性教育がされています。専門職がいきいきと働き、職員は管理者に話しやすく、自由な雰囲気があります。 ○個別状況に応じた計画策定 経験、知識ある介護支援専門員により、介護度を軽くするという明確な目標が設定され、具体的対策がケアプラン上に詳細に記述され、実際の介護に落とし込まれています。充実した介護になっています。 ○地域とのつながり 地域に根付いた、地域の介護の砦として、2か月に1回の運営推進会議で地域住民に情報開示を行っています。医師、民生委員、自治会役員が利用者からの相談、要望、苦情を聞き第三者委員的に活動されています。施設行事へ地域の方の参加があり、「花いっぱい事業」では、地域の方と一緒に花植えをされています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○高齢者虐待防止法への対応 身体拘束禁止に向けマニュアル整備、施設内研修で周知徹底を図られていますが、高齢者虐待防止法に基づく対応の仕組み明確となっていません。 ○書類の整備 書類は整っていますが、ケアマネジメントの流れを意識して、サービス担当者会議、プラン作成、実施、モニタリングと続くサイクルでの書類整備が求められます。 ○ストレス管理 職員が自分の悩みなどを事業所外部で相談できる仕組みがありません。

具体的なアドバイス	本事業所は、特定非営利活動法人（NPO法人）水渡坂友愛ホームの一事業所として、同法人の事業所と連携を図りながら、地域に密着した活動を展開しています。 事業所は階段を利用した生活リハビリ等利用者が自然とリハビリをできる環境を意識して作られています。また、「車いすを使わない介護」を目的とし、独自の取り組みを展開しながら、利用者の生活の質を向上を図っており、今回の調査でも感心するところが多くありました。 今回の調査における具体的なアドバイスは下記の通りです。今後の事業所運営などの参考にしていただけたらと考えます。 ○書類の整備はできていますので、今後はケアプラン作成のサイクルを意識して、書類の順序を変更するなど、より分かりやすい書類作成に取り組んでいただければいかがでしょうか。 ○高齢者虐待に対応する仕組みは、職員全員で共有するためにもマニュアル化することが望まれます。 ○管理者はカウンセリング資格をもっておられますが、直属の上司には相談しにくいこともあるので、外部の専門家や相談機関も確保してはいかがでしょうか。
------------------	--

※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	2692800044
事業所名	特定非営利活動法人水度坂友愛ホーム 小規模多機能型居宅介護ゆうあいの家
受診メインサービス (1種類のみ)	小規模多機能型居宅介護事業
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	認知症対応型共同生活介護、通所介護、 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年12月18日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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. 専門職である理事長の介護観が職員に浸透しています。車いすを使わない介護、介護度を軽くする目的、生活リハビリを職員が意識しています。 2. 会議録から組織としての透明性が読み取れます。			
(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。		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。		A	A
	(評価機関コメント)		3. 理事会、運営委員会、センター会議などにより課題を把握し、サービス向上の取り組みを行っていることが、中長期計画、議事録より読みとれます。 4. センター会議議事録、年間計画があつて、目的達成表シートがあり、課題と達成状況を細かく配布、作成し把握していると読み取れます。			
(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. 会議で周知し、施設内研修により、さらに法令理解の取り組みを行っています。 6. 業務分掌により、役割・責任が把握できます。 7. 外部コンサルタントを導入し管理者自らを評価し、事業実施状況等を把握し、運営管理者が具体的な指示を行って、事業運営をリードしていることがヒヤリングから把握できます。			

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。	B	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. 質の高い介護サービス提供のために運営基準以上の厚い人事配置を行っています。認知症介護実践者研修やリーダー研修にも積極的に参加しています。 9. 毎月の施設内研修を行うとともに、外部研修にも参加しています。毎月の体系的な研修計画を定めて実施しています。 10. 地域の中学生の職場体験を受け入れをしています。体系的なマニュアルを整備しています。			
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A	
		ストレス管理	12	お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。	A	B	
		(評価機関コメント)		11. 有給取得は希望時に取得されています。休憩室は確保されています。 12. 年2回センター長と管理者による職員へのヒヤリングを行い、意向や不満、ストレス等解消できるように勤めています。カウンセラーの資格を持つ管理者がいます。車いすを使わない介護のため、厚い人材が配置されています。ただし、職員が悩みなどを外部に相談する仕組みはありません。			
(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. 法人機関紙の定期的発行を行っています。地域の住民参加可能な絵画教室を先生に協力得たり、敷地内で地域住民にボランティアで野菜を作ってもらい利用者の食事に使用しています。 14. 地域住民へ施設行事へ招待する等積極的に地域との関わりを持たれています。			

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
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. ホームページを開設、パンフレットを作成して情報を提供しています。利用希望の人には、無原則的応じるのではなく、その人に応じた案内をしています。		

(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. 契約時には利用者宅を訪問、重要事項説明書でサービスの内容や利用料金を説明しています。保険外料金についても、わかりやすく説明しています。利用者によっては成年後見制度などの案内もしています。			
(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. アセスメントは一定の様式に応じて行われ、毎日のミーティングなどで状況を把握、その変化に対処してカンファレンス行ない、独自のアセスメント様式に記録しています。 18. 日頃から利用者や家族と話し合い、「訪問伝達ノート」も活用し、希望を聞き、それを受け止めて、介護支援計画を策定しています。 19. 個別援助計画の策定に当たっては、主治医などの専門職の意見を反映し、計画を策定しています。 20. モニタリングはサービス利用表の裏面を使って、利用者・家族が分かりやすいように工夫をしています。利用者、家族のサービスに対する満足度も確認し計画の見直しを行っています。			
(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. 利用者の主治医との連携を図って、体調管理の支援を行っています。利用者入退院に際しては、医療機関との連携に留意しています。			
(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. 業務マニュアルを整備しており、それをもとに多職種による支援を行っています。また、定期的な見直しを行って、サービスの向上に努めています。 23. 利用者の記録は状況の変化はその都度記録しています。外部持ち出しも基本的には行わないなど管理に努めています。記録の情報については個人情報について研修を行って注意を払っています。 24. 業務の始めと終わりには必ずミーティングを行い、それを記録して情報の共有を図っています。また、非番の職員はその記録を確認・捺印をして情報の共有の徹底に努めています。 25. 家族には、連絡ノートでその日の様子を伝え、重要なことは電話や送迎時に家族に伝えるなどして家族との情報交換、連携を図っています。			

(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。	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. 感染症に罹患していても対策を講じて受ける入れようにしています。 27. 汚物はトイレには置かず、臭気対策も含めてナイロン袋に入れて直ぐに処理しています。		
(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
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・緊急時のマニュアルを作成し、それを基にミーティングで確認、周知を図っています。施設内研修でもこれらを中心に話し合い、リスクマネジメントに対応しています。 29. 事故対応はミーティングで報告し、その日のうちに事故報告と分析改善策を指示しスタッフ間の情報の共有を図っています。 30. 災害発生時マニュアルはフローチャート掲示、職員はいざという時にそれを確認しながら対応できるようにしています。地域の人も参加する敬老会日に訓練を行うなど、施設としての工夫をして利用者だけでなく災害への対処の意識高揚に努めています。		

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
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	B	
	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. 身体拘束禁止に向けマニュアル整備がされていますが、高齢者虐待防止法に基づく対応の仕組みで定められていることを具体的にマニュアルに加えてはいかがでしょうか。 32. プライバシーの施設内研修を行っており、希望者には同性介護を行っています。 33. 定員などで利用を受けられない場合、他の事業所に繋ぐなど相談を行っています。			

(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。	A	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てている。	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
(評価機関コメント)		34. 個別カンファレンス、家族懇談会、連絡ノート、送迎時などの様々な場面を活用して利用者、家族の希望をしっかりと受け止めて対応しています。 35. 苦情対応もマニュアルに沿って誠実に迅速に対応しています。2か月に1度の運営推進委員会で、地域の方に意見・要望・苦情を公開しています。 36. 第三者委員という言葉は使われていないが、2か月に1度自治会、民生委員、医師、行政の方が第三者委員同様な役割をされ、それは利用者に周知されている。		

(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てている。	B	A
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。	B	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	B
(評価機関コメント)		37. 毎年利用者満足度調査を実施し、利用者から高い評価を受けています。 38. 結果をセンター会議、運営委員会で評価されています。 39. センター長は、満足度調査の分析結果に基づくサービスの改善に向け責任主体を組織化するなど更に努力が必要であると課題に位置づけておられます。		