

様式 7

アドバイス・レポート

2019年6月17日

2018年10月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（亀岡たなばたの郷）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(※)	【通番2】組織体制 運営会議・主任会議・フロア会議・ユニット会議が毎月開催され、組織的な意思決定が行われています。組織横断的に設置している広報委員会や身体拘束廃止委員会をはじめ10の委員会が毎月開催され、職員の意見が反映されています。組織図と業務分掌で責任を明確にしています。 【通番4】業務レベルにおける課題の設定 身体拘束廃止、感染症等の委員会で課題を検討しています。月1回のフロア会議で各委員会からの取組状況や課題の達成状況を確認しています。さらに、フロアごとに目標を「目標シート」に書き、毎月、進捗状況の点検を行っています。フロアごとの成果は、事務担当部署で集約し全てのフロアで情報共有できるように周知しています。 【通番31】人権等の尊重 施設運営の方針の中で「利用者の意思及び人格の尊重」が謳われています。日々の業務の中での気づきは連絡ノートに記し、フロア会議にて検証されています。またコミュニケーションや身体拘束についての研修を行い人権に配慮したサービス提供に繋がっています。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	【通番14】地域への貢献 施設内に誰もが無料で利用できる「多目的ホール」を有し、そこで社会福祉施設協議会主催の研修会を開催するなどし、地域の方々への参加を呼び掛けています。一方で地域の介護ニーズ等についての把握が十分に行われていませんでした。 【通番20】個別援助計画等の見直し 利用者の状況の変化の有無について、ケースカンファレンスにより確認する仕組みはありますが、見直しを行う手順が定められておらず、適切なモニタリングが行われていませんでした。 【通番34】意見・要望・苦情の受付 【通番35】意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者毎に職員は担当制で配置されており、ご家族からの意向も伝えやすい環境が整備されていますが、定期的な個別面談や懇談会の実施については行われていませんでした。また、利用者からの意向についての改善状況について施設内に掲示されていますが、ホームページ等外部への公開はされていませんでした。

具体的なアドバイス	「亀岡たなばたの郷」は、平成21年に全ユニット型の施設として開設され、少人数ごとの人と人とのふれあいや地域との絆を大切にすることを理念に掲げ、ご利用者やご家族と共に学びあうケアを目指されています。平成24年にはデイサービス、そして平成27年と30年には、すばる館西棟が増設され、定員もショートステイとデイサービスを合わせて225名となり、大きな規模となりました。 JR亀岡駅からバスで10分程の山や田畑に囲まれた自然豊かな場所にあります。また、屋上の遊歩道散策や一望できる景色は、利用者にとって癒される空間となっているようです。 また、「たんとおあがり 京都府産」施設に認定され、地元産の野菜を使った食事で、国産のこだわりやソフト食にも力を入れておられ、食事を通して、利用者の笑顔を大切にされているのも大きな特徴です。 今回の第三者評価の受診にあたっては、約1年前に急遽、前施設長が体調を崩されて新施設長に代わり、新体制の中で模索の状態から組み込まれました。その中で改めての課題と自覚されているものも多く、受診を通しての気づき等、これからの取り組みに大きく期待しております。 以下、アドバイスも参考になればと思います。 ・事業所が有する機能を地域に還元しているということでは、恵まれた施設環境で講演会など地域への参加を呼び掛けて積極的に活動されています。一方で「地域の介護ニーズ等についての把握が十分に行なえていない」ということでした。「アンケート等を通じて地域のニーズ把握に取り組んでいきたい」とのことでしたので、今後は、これまで以上に、施設の有する専門性を地域に還元していかれることを期待しています。 ・ケアマネジメントにおいては、担当者が代わり、手順書もなく整備も不十分な中で苦勞が伺えました。アセスメントやケアプランはあるのですが、見直しについての手順やモニタリングが不十分で、見直して次のケアプラン策定に繋げるのに一連の流れが機能していないようでした。まずはその一連の流れを整理して手順書等に定め、ケースカンファレンスやモニタリングを適切に実施できるようにし、そして介護職員にも理解と指導も必要かと思われます。担当者ご自身は十分認識されているので、今の苦勞をぜひ成果に繋げていただきたいと思います。 ・意見・要望・苦情の受付など、利用者毎に職員の担当制や施設長も頻回にラウンドをする中で、直接に聞き取ったことを記録され熱心さが伺えます。随時の個別対応だけに留まらず、施設の体制として定期的な個別面談や懇談会の実施、及び公開についても検討して頂き、より一層の介護サービスの質の向上に努めていただきたいと思います。 今後もさらに地域に根ざし、利用者一人ひとりの生活を尊重したサービスの提供を期待します。
------------------	--

※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	2671600423
事業所名	特別養護老人ホーム亀岡たなばたの郷
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)	短期入所生活介護
訪問調査実施日	2019年1月29日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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)理念を玄関に掲示し、来所者にも見えるようにしている。また、事務所にも掲示し、職員には朝礼時や申し送り時、会議前に唱和し、周知徹底している。 2)運営会議・主任会議・フロア会議・ユニット会議が毎月開催され、組織的な意思決定が行われている。組織横断的に設置している広報委員会や身体拘束廃止委員会をはじめ10の委員会が毎月開催され、職員の意見が反映されている。組織図と業務分掌で責任を明確にしている。			
(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)法人の中長期計画、毎年の事業計画が策定されている。各委員会やフロア会議等で、計画推進の振り返りを行い、計画策定に反映させている。利用者ニーズを踏まえ、元旦の「行事食」には、見た目が良く咀嚼しやすい「ソフト食」を提供し、利用者に食事をより楽しんでもらっている。 4)身体拘束廃止、感染症等の各委員会で課題を検討している。月1回のフロア会議で各委員会からの取組状況や課題の達成状況を確認している。さらに、フロアごとに目標を「目標シート」に書き、毎月、進捗状況の点検を行っている。フロアごとの成果は、事務担当部署で集約し全てのフロアで情報共有できるように周知している。			
(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	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	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)施設長を中心に、医療・福祉関連や労務、会計、消防等の関係法令を把握し、法改正があれば職員に周知している。関係法令は紙でファイリングし、法改正等があれば差し替えを行っているものの、リスト化がされていない。 6)組織図や運営規程等で管理者の役割や責任が明確に定められており、年4回発行する広報誌「たなばた」でも管理者の思いを発信している。年1回の職員面談を実施し、職員の意見を聞く機会を持っている。職員面談の際や、フロア会議等の内容を経営層が参加する運営会議で報告する際に、経営責任者が職員から信頼を得ているかどうかを把握している。 7)管理者は毎日の申し送りやPHS、内線電話等で現場の状況を把握するとともに、随時施設内の各ユニットに出向き状況把握に努めている。管理者、不在の時は携帯電話で連絡が取りあえるようになっている。			

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)人事に関する基本的な考え方が確立している。採用後は、資格取得の勉強や受験の際にシフトを配慮したり、資格取得に要する交通費等を支給するなどの支援をしている。 9)毎年度末には職員から受講したい研修の希望を聞き、年度当初に年間研修計画を策定し、計画的に研修を実施している。さらに年度途中に、当初の研修計画に必要な研修項目を加えて、研修を実施している。 10)「実習受け入れマニュアル」を整備している。一方、ここ数年は高校、大学や専門学校からの実習希望者がいないため、実習指導者に対する研修を実施していない。		
(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	B
		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)職員の就業状況を、データ管理し、時間外勤務の削減や休暇取得の促進に活かしている。個々の利用者のニーズに応じた電動ベッド、入浴設備等を整えるなど職員の負担を軽減している。一方、最新の育児・介護休業法に定められた内部規程の整備がされていない。 12)ストレスチェックの結果等を踏まえ、産業医との面談やカウンセラーとの面談ができる体制が整備されている。「互助会」があり、職員親睦会への補助制度等がある。各フロアに休憩室、仮眠室が整備されている。		
(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	B
		(評価機関コメント)		13)運営理念をホームページやパンフレットで広報している。年4回「たなばた」を発行し、近隣の自治会や福祉事業所等に配布している。季節に応じて、近隣にある「コスモス園」や「バラ園」等の散策に利用者が出掛けられるよう支援している。 14)施設内に誰もが無料で利用できる「多目的ホール」を有し、そこで市社会福祉施設協議会主催の研修会を開催するなどし、地域の方々への参加を呼び掛けている。しかし、地域の介護ニーズ等についての把握が十分に行われていない。		

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に事業所の情報を掲載し、問い合わせや見学希望には、その都度対応している。 個別の状況に応じて記録に残している。		
(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) 契約時に重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金の説明をし、書面で同意を得ている。成年後見人との利用契約等の事例もある。		

(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	B
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	B
(評価機関コメント)		17) 所定様式によりアセスメントを行い、記録されている。 18) 本人または家族の希望を尊重した介護計画が策定されているが、遠方の家族や連絡がすぐに取れない場合もあり、サービス担当者会議に本人の判断能力に支障がある場合に家族が参加できていないことがある。 19) 個別援助計画の策定には、在宅から入所された場合はかかりつけ医、施設入所者は嘱託医や看護師、また管理栄養士など意見を聴取し、多職種協働により策定されていた。 20) 利用者の状況の変化の有無について、ケースカンファレンスにより確認する仕組みはあるが、見直しを行う手順が定められていない。		
(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) 嘱託医の診察が2週間に1度あり、医師との連携は十分とれている。また亀岡市内の関係機関とは日ごろから連携しており、支援体制が確保されている。		
(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。	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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	B	B
(評価機関コメント)		22) サービス提供に関わる業務マニュアルは作成されているが、それに基づいてサービスが標準的に実施されているかを確認する仕組みがない。 23) 入所者ひとりひとりの記録は整備され、適切に管理されている。法人の「特定個人情報取り扱い規定」に保管・保存・持ち出し・廃棄に関しても規定され、職員に教育されている。 24) 利用者の状況等、申し送りにより情報共有している。会議が体系化され、ユニット会議の情報は主任会議や全体職員会議で検討される事例もある。 25) 施設全体としては、定期的な機会として、敬老会やお便りなどで事業所のサービス提供について状況を伝える機会はあるが、個別には遠方の家族など、お便りは出すが一方的な情報発信になっている。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		26) マニュアル整備とともに感染症対策委員会を設置し、全職員に研修を実施している。 27) 安全衛生委員会の中で、本館と東館と担当者が互いに見守りをし発表しあっている。臭気対策には、毎日2回の換気と、空気清浄機も可動させている。		
(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。	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) 事故発生時の対応マニュアルを整備し、また緊急時における対応としてAED講習や普通救命講習にも参加している。 29) インシデント・アクシデント報告書を作成し委員会にて集計・分析し、改善策を検討する仕組みがある。また受診に至った事故については亀岡市、南丹保健所に報告している。 30) 緊急時対応マニュアルが詰所内に掲示されている。施設内では3日分の備蓄が管理され、消防訓練の際には自治会へ参加の声掛けを行っている。		

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)施設運営の方針の中で「利用者の意思及び人格の尊重」が謳われている。日々の業務の中での気づきは連絡ノートに記し、フロア会議にて検証している。またコミュニケーションや身体拘束についての研修を行い人権に配慮したサービス提供に繋げている。 32)居室は全て個室であり、排泄時や入浴時においても羞恥心に配慮されている。利用者から相談があった場合は相談室を使用している。 33)入所決定は点数化による公平・公正な基準により行われている。これまでに入所を断ったケースは無い。				
	(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てている。	A	B	
	第三者への相談機会の確保	36	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)	34)利用者毎に職員は担当制で配置されており、家族からの意向も伝えやすい環境となっているが、定期的な個別面談や懇談会の実施については確認できなかった。 35)利用者からの意向についての改善状況について施設内に掲示されているが、ホームページ等への公開はされていない。 36)相談窓口として事業所関係者以外の第三者の設置がされていない。介護相談員を受け入れ、利用者の相談機会の確保を行っている。				
	(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。	A	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。	A	A	
	(評価機関コメント)	37)今年度、利用者アンケートを実施されている。結果の集計、検証については未実施である。 38)施設協議会主催の見学会への参加や、法人内において同じ職種同士の見学交換など、サービス向上のための取り組みが行われている。 39)月1～2回、施設内に第三者評価委員会を設け、各評価項目について討議されている。				