

アドバイス・レポート

平成28年3月4日

平成28年2月2日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたチャームスイート京都桂坂につきましては、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>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>土地のオーナーにより提供された陶芸作品、絵画等が施設内、施設外に置かれ、良い雰囲気醸し出しています。施設にも地域交流室が設けられ、地域の方々と施設の入居者との交流が持たれており、地域と一体となった運営に向けて取り組んでいます。</p> <p>管理部門の情報は、法人本社でオンライン管理されており、その体制が整えられている点が、優れています。社外の社会保険労務士による職員各自へのヒアリングの取り組みを通じて、さまざまな意見・要望を聞き取ろうとする工夫がみられ、評価できます。</p> <p>開設後間もない状況で、自施設の振り返りと改善を目指そうと、第三者評価を受診される姿勢は今後のサービス向上のための取り組みとして高く評価できます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>身体拘束禁止やその他人権擁護にかかる研修は実施されていましたが、職員全員に対して行った記録がなく、またその研修から何を学んだか確認する事ができませんでした。</p> <p>意見・要望・苦情について、汲み取る仕組みは作られていましたが、解決に向けての活動が不明瞭で組織全体で共有できる仕組みが確認できませんでした。</p> <p>ケアプランに沿った記録が不十分です。また、ご利用者の状態に関する記録が職種別に管理され、情報の共有においても不十分でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>法人内のデータ、情報等は法人本社でパソコン管理されてはいますが、その情報にアクセス制限があります。中長期計画については、全員が閲覧できるようにされてはいかがでしょうか。</p> <p>研修のためのマニュアル等は整備されているので、それを利用して、どのように理解できたかを、グループディスカッションや個人の学びを記録することにより、その後の人材育成に役立てる事ができるのではないかと考えます。</p> <p>意見・要望・苦情等については施設の課題として捉え、会社のマニュアルを自施設用に肉付けされるなど施設の形で整えられていくことでより具体化できるのではないかと考えられます。</p> <p>日々の記録は職種ごとの用紙に記入し、それぞれで管理をされていますが、多職種協働の支援を行うためにも情報の共有方法を検討されてはいかがでしょうか。また、記録はケアプラン実行の確認やアセスメントをする上でも重要です。ケアプランに沿った記録の充実が適切なサービス提供につながります。全職員が記録の重要性を理解し業務に取り組まれることはサービスの向上にもつながると考えます。</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。

評価結果対比シート

事業所番号	2674001009
事業所名	チャームスイート京都桂坂
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防特定施設入居者生活介護
訪問調査実施日	平成 28 年 2 月 8 日
評価機関名	(一社) 京都府介護老人保健施設協会

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)		インターネットのホームページ、パンフレット等に理念が掲載され、施設内に掲示されています。理念は職員が朝礼等で唱和し、理念に沿う業務を実践されています。取締役会、幹部会議、地域ホーム長会議等が開催されて、トップダウンの指示、職員からの要望等を汲み取るシステムが構築されています。			
(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)		7月～翌年6月までを事業年度として、中長期計画、単年度の事業計画が作成され、それを基に業務が遂行されています。本社統括の介護事業本部で各施設の業務レベルの責任担当者毎に課題設定が行われ、その進捗状況の評価・見直しが行われています。			
(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)		ホーム長は本社の担当者による法令伝達研修に参加し、法令の理解に努めています。ホーム長は「楽歳だより」というお便りの中で所信を表明しています。ホーム長は絶えず現場を巡回して、職員とのコミュニケーションを図り、業務の円滑な運営に励んでいます。			

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)		本社管理部門とホーム長が連携して人事管理を行っており、採用、労務管理を取りまとめています。研修体系は経験年数・職種別に事業計画と連動してまとめられています。実習生受け入れについては、体制は整ってはいますが、受け入れ実績はありません。		
(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	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)		勤怠管理が本社とオンラインで個人別管理され、勤務過多にならないように配慮されています。職員の悩み・相談について、外部のカウンセラーによるカウンセリングが行われています。		
(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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		施設のホームページが設けられ、地域の資源を初め、様々な情報が紹介されています。「ちゃーむばれっと」という法人発行のお便りが玄関先に掲示されています。施設には地域の方々、近隣の芸術大学の学生が来られ、入居者と交流されています。施設の土地のオーナーが地域との繋がりが強く、多方面での協力を得られていますが、施設の持てる介護のノウハウを駆使した地域への貢献は確認できませんでした。		

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)		パンフレットやホームページで分かりやすく情報提供をされています。見学希望者への対応も随時されています。		
(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)		サービス内容や保険外サービスも含めた料金は具体的に記載されています。契約書、重要事項説明書はご利用者本人へ説明して同意を得ています。必要時は後見人との契約もされています。		

(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	B
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)		アセスメントは定期的に行われ、用紙は記載しやすい内容になっています。ケアマネは出勤時にご利用者とは話し、その中から要望を汲み取るようにしています。医師や理学療法士の意見は口頭で聞き取りをされることが多く、書面では確認できませんでした。施設サービス計画書は3ヶ月毎に見直しをしていますが見直しを行う規定がなく基準も定められていません。		
(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	B
(評価機関コメント)		ホーム長は病院でのカンファレンスや事業所連絡会に参加し関係機関と連携がとれています。開設後1年未満ということもあり自宅に退所されたケースはなく、地域との連携をとる仕組みも確認できませんでした。		
(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。	A	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	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	B
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。	A	A
(評価機関コメント)		医療廃棄物処理マニュアルは作成されていません。その他のマニュアルの見直し基準はありますが、見直しに当たり苦情や事故防止策等の具体策が反映される仕組みは確認できませんでした。サービス計画書に基づく記録は不十分です。ご利用者の状況は来所時や電話等で伝えられています。		
(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、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	B
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)		感染症マニュアルを作成しマニュアルに則った研修をされています。年間研修予定に沿って行われていますが、参加されていない職員への伝達方法は確認できませんでした。施設内は臭気もなく清潔に保たれています。		
(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	B
(評価機関コメント)		事故、緊急時対応マニュアルは作成されマニュアルに則った研修をされています。事故報告書は軽度、重度、行政報告と事故の状態別に管理をされています。事故、ヒヤリ・ハットは毎月のリスク委員会で集計し改善策は会議録を通して全職員に伝達をされています。災害に対しては昼間及び夜間を想定した訓練をされていますが、地域との連携マニュアルや合同訓練はされていません。		

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)		人権の尊重、虐待防止、身体拘束禁止についての研修が行われています。研修に参加できなかった職員には資料を配っているとの事でしたが、記録では確認できませんでした。また研修の学びが確認できる記録が見られませんでした。近日満床になる予定であり、正式の申し込みのあった方は皆さん受け入れておられました。また、医療度の高い方も受け入れ可能です。しかし今後、入所の待機者が増えた時の優先順位等についてはこれからの検討事項です。		
(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	B
		(評価機関コメント)		3ヶ月前よりご意見箱を設置されており、3件のご意見を確認できました。ご意見（苦情）に対して対応と検討をされていましたが、その内容や対応方法について、職員に広く周知されていませんでした。本部が社会保険労務士やカウンセラーと契約し、定期的に施設を訪問し、聞き取りをされ、必要時には対策を講じる仕組みがありました。		
(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。	A	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。	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	B
		(評価機関コメント)		1月29日に開催された、運営懇談会に先立って、ご利用者にアンケートが実施され、傾向分析をされ、自由に書かれた意見については対応が話し合われていましたが、実際の改善はこれからされるとの事でした。サービス向上委員会があり、委員会で決定した事項はリーダー会議や各フロア会議で周知され、研修にも繋がられていました。自主点検表については、その確認ができませんでした。		