

アドバイス・レポート

平成31年2月14日

平成30年11月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた老人保健施設アゼリアガーデンにつきましては、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>通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮 現場のリーダーは限られた人員で、各職種間の協力を得て、通所リハでの送迎、接遇、介護ケア業務等に取り組んでいます、現場職員が気持ちよく協調できる体制を引き出す仕組みができています。</p> <p>通番11 労働環境への配慮 有給休暇は月に1回は使えるよう配慮し、通所の職員の消化率は73.1%と非常に高率で、職員のヒアリングからも有給休暇は柔軟に取得でき、超過勤務時間も平均10時間強であった。また、年2回の目標カード面接を通じキャリアパスを明示され、ストレスやメンタルヘルス対策が充実しており、働きやすい環境が整えられています。</p> <p>通番21 多職種協働 平時より、医師をはじめ他のサービス提供事業者がご利用者の状況を在宅療養手帳に記入し、情報の共有を図ることにより、きめ細やかで充実した地域包括ケアを実践されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>I 介護サービスの基本方針と組織 (2) 計画の策定 課題の達成状況は定期的に確認されていますが、その資料が確認できません。また、通所リハビリにおける中・長期計画が確認できませんでした。</p> <p>通番22 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは作成されており、見直しはされていましたが、見直しの基準として、明記されたものではありませんでした。</p> <p>通番36 第三者への相談機会の確保 第三者の相談窓口が設置されておりませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I 介護サービスの基本方針と組織 (2) 計画の策定 法人、施設の中・長期計画にあわせ、通所リハビリとして施設・設備の更新等の計画も含め計画的な運営を実践されることをお勧めいたします。業務レベルにおける課題について、定められた年間計画に関しては資料の説明根拠となる書面の作成及び分かりやすいファイリングが求められます。</p> <p>通番22 業務マニュアルの作成 業務マニュアルについては、見直しの手順を文書により定めて、他のスタッフと共に見直しをされてはいかがでしょうか。スタッフが、日常業務を見直す良い機会となると考えられます。</p> <p>通番36 第三者への相談機会の確保 貴法人のスケールメリットを活かし、一事業所だけでは難しいかもしれませんが、ご利用者の声を聴く機会の確保、潜在的意向や相談がしやすい環境を充実する意味で、公平・公正な立場でのご利用者的心声を聴く役割と事業所への意見や助言をされる役割が、事業所の活動の透明性をより高めると考えます。</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。

(様式 6)

評価結果対比シート

事業所番号	2653080016
事業所名	老人保健施設 アゼリアガーデン
受診メインサービス (1種類のみ)	通所リハビリテーション
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護老人保健施設、短期入所療養介護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成 31 年 1 月 22 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)		理念となる財団ミッションは玄関に掲示され、広報誌「ティータイム」、パンフレット等に掲載されています。職員名札の裏側にも記載があり、毎日、朝礼で全員唱和し、理念に沿うケアを行っています。様々な会議体を通じて法人側と現場の意思疎通が行われており、円滑な業務ができるように努めています。			
(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	B	
	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	B	
	(評価機関コメント)		理念である財団ミッションに基づいた年度ごとの事業計画が作成され、運営状況、稼働率等を勘案した達成状況が、検討・評価されています。中・長期計画は確認できませんでした。課題達成を定期的に行っていますが、その検討資料が確認できませんでした。			
(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	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。	B	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)		法令遵守等の研修には参加し、研鑽をつんでいます。管理者である施設長は、広報誌「ティータイム」で所信を表明しています。施設長は定期的に通所リハの現場へ出向き、ご利用者、職員と会話しながら現場的的確な指示、助言を行っています。			

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
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	B
		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)		通所における介護職員の介護福祉士比率は77.1%と充実されています。資格取得については、実務者研修補助金制度を設けられ、育成と定着に努められています。通所での実習生の受け入れは年間30名以上と積極的に受け入れられています。		
(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、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)		有給休暇消化率は73.1%と高率であり、休憩は2回に分け職場を離れてリラックスできる場所を設けられています。メンタルヘルス相談窓口を設置し、気軽に相談できる体制を整え、必要に応じカウンセラーを選任するなどの対応が充実しています。		
(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)		ホームページや機関紙「ティータイム」「アゼリアだより」による広報を行っておられます。法人として、地域との交流の機会として毎年11月に約3,000名が参加される文化祭を開催されています。		

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)		ホームページには、利用料金表や申込の流れについて明示され、わかりやすく工夫がされています。		
(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)		サービスの利用にあたり、適宜、併設の地域包括支援センター等と連携し、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業を活用されています。		

(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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		利用開始時にご利用者の主治医より情報提供書を受け取り、療法士、介護士が協力してアセスメントを行っています。アセスメントは利用開始時と、その後は3か月毎に1回実施し、個別援助計画見直しと策定のためのカンファレンスが行われています。ご本人・ご家族の意向は事前に確認されていますが、サービス担当者会議へは参加されていませんでした。		
(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)		乙訓地域で使用されている在宅療養手帳を活用し、医師をはじめ関係機関との間で、情報や意見の交換がなされています。ご利用者が退院する際に、退院前カンファレンスに参加することや、診療情報提供書や看護サマリーを受け取り、連携しています。		
(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、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	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	A
(評価機関コメント)		業務マニュアルは年に1回、8月頃と決めて見直しをしていますが、明確な見直しの実施方法や基準を定めたものではありませんでした。ご利用者の状況や、サービス提供状況は、カルテに記録されています。送迎時の注意事項は業務連絡ノート、ご利用者の様子は経過記録に記入され、申し送られています。送迎時には、ご利用者の様子を聞き、また、伝えることで、ご家族と情報交換をしています。		
(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	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)		感染症対策マニュアルは、整備され、年に1回見直しがされています。感染症予防と対策については、年に2回、研修が行われており、ミーティングで報告することで、知識は伝達されています。清掃は外部委託され、日報は、事務所で保管されています。月に1回は、業者との清掃についての話し合いをされています。		
(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。	B	B

	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。	B	A
	(評価機関コメント)		急変時マニュアル、事故対策マニュアルは、整備されており、送迎中の事故の指示命令システムも明らかなです。事故報告書には、対応経過までの記録がありましたが、ヒヤリ・ハット事案についての原因や対応方法についての分析の確認ができませんでした。法人は、長岡京市との防災協定で、福祉避難所として登録されています。年に2回は、法人全体の地震や火災発生時の避難訓練に参加されています。		

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

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)		デイケア全体ミーティングにおいて事例を通じた高齢者虐待防止法の研修を実施されています。また、マニュアルも整備されていました。身体拘束禁止やプライバシーの研修も実施されています。京都縦貫自動車道や新駅の開設等により、交通網が整備され、これまでよりも利便性が上がっており、利用申し込みを出来るだけ受ける努力をされ、お断りする際は他の事業所を紹介されています。		

(2) 意見・要望・苦情への対応

意見・要望・苦情の受付	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	公的機関等の窓口にご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	B
(評価機関コメント)		乙訓医師会の独自の取組である「在宅療養手帳」からの意向等の汲み取りや3か月ごとのケアカンファレンス前のヒアリングの際にも個別に意見を聴取するなど常にご利用者の意向を確認する機会を設けておられます。第三者の相談窓口は設置されていませんでした。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		サービスの質の向上については、毎月開催する運営委員会及びコンプライアンス委員会にて検討されています。また、年に3回、地域の通所リハ事業所同士で「通りハ連絡会」を開催され、情報交換をされています。自己評価は、「居宅サービス事業者のサービス評価項目」を活用し、運営に係る評価を網羅的に実施されています。		