

アドバイス・レポート

平成28年 5月 8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28年4月4日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたあいらの杜京都桃山につきまして、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 (※)	<p>通番1・通番8 理念の実践・資格取得支援 理念『高齢者にとって住み慣れた地域で「医療と介護と住まいの一体化（三位一体）」が実現している安心・安全な終の棲家としての役割を担い、社会と地域に貢献する事を目指します』に沿った取り組みとして、重度の方を積極的に入所に結び付け開設1年で4人のターミナルケアの実績があります。職員も重度の方に対応可能なように「喀痰吸引研修」を受けて資格取得に臨み、事業所も経済面や勤務でいける様に全面的に応援をしています。</p> <p>通番2 組織体制 役職者会議（施設長・介護主任・看護主任・副主任）を随時開催し、検討事項等を定期的開催する全体会議・ヘルパー会議・フロア会議・各種委員会会議で検討・決定するシステムを作っています。7種類の委員会には職種異なる職員がそれぞれに参加をして協議・計画・実施に至る権限を委譲され、組織としての意思決定に反映する仕組みになっています。本部とのつながりは管理者が会議に2か月毎に出席し、人事・営繕・方針等随時連携を取っています。明確に組織化され開設1年ですが、円滑に運営されています。</p> <p>通番3 1 人権等の尊重 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供は運営方針3で明確にし、入浴時同性介助の希望者にはシフト調整を行う等、利用者の思いを尊重した柔軟な対応をするケアに取り組んでいます。虐待防止委員会・身体拘束廃止委員会による勉強会を年二回以上実施し、利用者の人権について学び、振り返る機会としています。</p> <p>等・開設後1年余りですが、第三者評価を受診し課題の明確化とその改善、そしてサービスの質の向上に具体的に取り組もうとされる姿勢は高く評価できます。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>通番13・通番14 地域との交流 地域の交流・貢献は開設以来出来ていませんでした。</p> <p>通番25 利用者の家族等との情報交換 家族にはサービス担当者会議への参加でサービスの実践状況を伝え、比較的面会も多いため情報交換しやすい状況にありますが、利用者の様子等を定期的に家族に知らせる事が出来ていませんでした。</p> <p>通番12 ストレス管理 職員の精神的なケアは主任・管理者が年二回面談をして聞き取っていますが、産業医、カウンセラー等専門職に相談できる体制の確保や福利厚生制度も導入されていませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>通番 13・14 地域との交流 平成28年度事業計画の目標に沿って「地域交流の開拓」で①地域基盤の開発 ②地域ケア会議への参加を実践計画として表明されています。地域に事業所の姿勢を明確にする等で、地域の方に知って貰う事が第1歩になるでしょう。知って貰う為の取り組みとして、駐車場を使つての避難訓練等の実施で地域の方に来て貰い易くしたり、自治会長・民生委員への声かけや自治会の一員となる事で自治会の行事を知り・参加等で利用者が地域の人々と良好な関係を持つ事が出来る様な支援を望みます。</p> <p>通番 25 家族との情報交換 毎月の利用者の様子をお便り等で知らせて、喜ばれている事例もありますが、利用者の面会の頻度も多い事でもあり、毎月行っているモニタリング結果を家族に渡されると共に、広報紙等で事業所の概況等を知らせる方法も考えて行かれては如何でしょうか。</p> <p>通番 12 ストレス管理 産業医、カウンセラー等専門職に相談できる体制の確保やその他福利厚生制度の導入で、ストレス解消や親睦をはかり、リラックス出来る環境や職員のモチベーションを上げていかれる事を期待したい。</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)

※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	2670917125
事業所名	あいらの杜 京都桃山
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)	
訪問調査実施日	平成28年4月27日
評価機関名	京都府認知症グループホーム協議会

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。	B	B
	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)			<p>1 運営理念『高齢者にとって住み慣れた地域で「医療と介護と住まいの一体化（三位一体）」が実現している安心・安全な終の棲家としての役割を担い、社会と地域に貢献する事を目指します』と明示し、重度の利用者を積極的に受け入れ、終の棲家になれるように努めている。運営方針と共に重要事項説明書を記載し、一階掲示板や事務所に掲示している。職員には開設時の研修や新年度採用時に話し、利用者・家族には運営懇談会や契約時に説明はしているが、2階の掲示板への掲示や、今年度の運営懇談会では説明が出来ていない。</p> <p>2 全体会議、ヘルパー会議、フロア会議、各種委員会会議を定期的に開催している。役職者会議（施設長・介護主任・看護主任・副主任）を随時開催し検討事項等を話し合いそれぞれの会議・委員会に下ろしている。7つの委員会に職種の異なる職員がそれぞれに参加をして協議・計画・実施に至る権限を委譲している。本部とのつながりは管理者が会議に出席し、随時連絡をとることにより滞りなく行えている。</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	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。	C	B
	(評価機関コメント)			<p>3 単年度の事業計画は目的実現の為に「経営基盤の安定」「地域交流の開拓」「サービスの質の向上」「職員の資質向上」「離職防止対策」を計画として作成している。中長期計画は作成されてなかった。利用者・家族に対して実施したアンケートや苦情・相談が出てきた時はその日のうちにカンファレンスを行い、サービス向上委員会が中心になり分析・検討を行っている。職員は各種委員会に参加し年間計画を作成し、取り組みの評価、課題の分析を行っている。</p> <p>4 介護職・看護職・機能訓練指導員・生活相談員・ケアマネジャーそれぞれの業務に関しての役割に応じて、協議をしているが、それぞれの課題の設定と具体的解決に向けて計画の設定までには至ってなかった。しかし、各種委員会を組織し、それぞれの課題と具体的解決に向けて計画を設定し、年度末に見直しをおこなっていた。事業所内で部門の考え方を再考願いたい。</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り組みを行っている。	B	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。	B	B
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)		<p>5 管理者は行政主催の集団指導への参加やワムネットを活用して最新の情報を収集し会議で職員に伝達研修を行っている。法令のリスト化は出来ていなかった。法令に関する情報は看護師がインターネットで常に取り込み資料を事務所に保管し常に閲覧できるようにしている。昨年度は、介護保険法・高齢者虐待防止法の研修を実施した。</p> <p>6 管理者の役割と責任は就業規則に明記し各種会議開催時やホームページで表明している。管理者は各種会議や各委員会にも参加をして、職員の意見を聞く機会を持ち運営方針に反映させている。年二回の個別面談を行い、職員の意見や要望を把握する仕組みをもっているが、職員から信頼を得ているかどうかを把握する方法は持っていない。</p> <p>7 管理者は事務所にとどまらず、日常的に館内の巡回を行い、事業の実施状況を確認している。管理者は事業所を離れた場合でも業務日誌、朝礼の申し送りで状況把握を行っている。管理者は、携帯電話を所持し、常時対応できる体制を整えている。緊急事態が発生した時は「連絡マニュアルフロー」に沿って対応している。</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	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。	C	C
		(評価機関コメント)	<p>8 職員の採用に当たっては資格保持者や経験者を優先し、無資格者は一年以内に資格取得する事を条件にしている。常勤と非常勤の比率や有資格者の配置は人員換算表で確認し、配置の適正化を図っている。採用後の資格取得に関しては【喀痰吸引】【実務者研修】には費用の負担（一部～全額）をしたり、研修日を出勤扱いとする等、支援している。</p> <p>9 年間研修計画は役職者が作成し各専門職や委員会が主催する形で実施している。外部研修の資料は職員に周知し、参加希望書を募り、交通費、研修費を施設で負担し、積極的に参加を促している。研修報告書には「何を学び、今後どう活かしていくのか」のレポートを作成し「気づき」を促している。採用後1ヶ月はプリセプター制度を導入している。職員各々に対して体系的な研修計画は立てられていない。</p> <p>10 実習生の受け入れについては会社の方針を確認できていないため、手つかずであるが、【喀痰吸引】の実習について今後受け入れを行えるよう前向きに考えている。</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、職員の労働環境に配慮している。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)	<p>11 管理者・役職者会議で担当し、有給休暇管理表により管理が行われ、失効前に声掛けして有給休暇の取得を促している。育児休暇・介護休暇は就業規則に定めている。職員の介護負担軽減につながる機器は福祉用具業者にアドバイスを求め、移乗シート・バスボード・車いすもアームレストやフットレストが可動できる新しいものを導入している。</p> <p>12 職員の精神的なケアは主任・管理者が年二回面談をして聞き取っているが、産業医、カウンセラー等専門職に相談できる体制がなかった。休憩室は事務所の中にあり、多少手狭ではあるがパーテーションで仕切られ、くつろげるようお茶のポットが用意されている。体調不良時は健康管理室にて休むことができるが、宿直室は相談室の奥に位置し、日中は使用することが難しい状況である。ハラスメントに関する規定は就業規則に明記している。福利厚生制度の導入が図られていなかったため、今後ストレス解消や親睦をはかる制度などを導入し職員のモチベーションを上げていく事を期待したい。</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。	C	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)	<p>13、14 事業所の情報はホームページで地域に開示しているが、運営理念や方針はホームページやパンフレット共に明示がなかった。開設以来出来ていなかった地域との交流・貢献は平成28年度事業計画の目標に沿って「地域交流の開拓」①地域基盤の開発②地域ケア会議への参加を実践計画として、今後取り組んでいくことを表明している。</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)		15 ホームページやパンフレットにて事業所の情報をわかりやすく説明している。見学については、営業職か管理者が対応している。飛び込みで来られた場合や満床でも説明している。パンフレットは提供できるサービスを写真で詳しく載せている。			
(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 契約時に有料老人ホーム契約書と特定施設入居者生活介護サービスの重要事項説明書を用いて、サービス内容や料金、保険外のサービスにかかる料金等、詳しく説明している。成年後見制度の利用が必要と思われた方には、管理者が家族に成年後見制度を推進している。			
(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	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)		<p>17 特定施設介護サービス計画書と個別機能訓練計画書作成のため、所定のアセスメント様式を2パターン使用し、利用者の心身の状況をより詳しく聞き取って利用者のニーズを把握するよう努めている。アセスメントは基本的には年一回実施し必要に応じて見直している。</p> <p>18 サービス担当者会議には、家族、本人の参加を原則としているが、参加できない時はケアマネジャーが事前に電話をして意向を聞き取っている。計画書は個別性があり、本人や家族の思いが反映されているのを確認した。計画策定時には本人・家族の同意を得ている。</p> <p>19 計画策定にあたり、主治医や訪問リハビリ、薬剤師など専門職の意見照会を行い、介護職・看護職・機能訓練指導員・生活相談員の施設職員の合議を得ている。特にターミナル期の方や訪問リハビリを受けている方については意見を聞き、プランに反映している。</p> <p>20 ケアマネジャーは担当介護職員が実践状況の報告を基に、毎月モニタリングを実施している。介護計画書の見直しは介護認定期限、状態の変化があった時、定期的におこなっている。</p>			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		21 主治医、協力医療機関との連携体制を確立し、特に医療的サポートの必要な方を積極的に受け入れている。地域医療連携室と連絡を取り合い、看護サマリー、退院時カンファレンスにて情報を得ている。地域包括支援センターや関係機関のリスト化を行っているが、有機的な連携の取り組みは今後の課題としている。個々の利用者のかかりつけ医療機関などの緊急時の連絡先などのリストを作成している。			

(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。	C	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	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	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)		<p>22 業務マニュアルを作成し、事務所内の書庫の上に置き必要な時は手に取り見られる様にしているが、それぞれのサービス提供実施方法を書いた手順書は作成されていなかった。マニュアルの見直しも出来ていない。利用者一人ひとりに合った手順書を作成すると共に、一年に1回マニュアルの見直しをされる事を期待する。</p> <p>23 利用者の心身の状況・サービス提供状況・支援内容は適切に記録されている。利用者の日々の様子を記入するケア記録の前に個人の介護計画書の第2表と第3表を添付してサービス計画の周知と計画に沿った支援記録が書けるようにしているが、まだ十分に活用されていない状況である。利用者の記録の保存は規定に有るが、保管・持ち出し・廃棄に関する規定は見当たらなかった。個人情報保護と情報開示の研修は5月に実施の予定である。</p> <p>24 朝夕の申し送り時の内容は業務日誌で全職員が把握できる様にしている。サービス担当者会議・事故・苦情ヒヤリの報告があった時は迅速にカンファレンスを行い、所定の様式で記録に残し伝達をしている。</p> <p>25 利用者の家族にはサービス担当者会議へ参加してもらいサービスの実践状況を伝えている。面会も多いため情報交換をしやすい状況にある。利用者の日常の様子を定期的に知らせてはいない。今後は、毎月行っているモニタリング結果を家族に配布されては如何でしょうか。</p>		

(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)		<p>26 感染症については、業者・ワムネットから最新の情報を入手し、感染症対策委員会が研修を年二回開催し、感染キットの使用方も学んでいる。感染対策としてビルトイン加湿器の設置、毎日、手摺り・テーブルの消毒、来客・職員の手洗いうがいを徹底している。発病時には看護師が応急処置をしたうえで医師の指示を仰いでいる。</p> <p>27 施設内共有部分は職員によって一日一回清掃している。居室は24時間換気システムが配置され、週一回生活支援として職員が清掃している。臭気対策としてオゾン発生装置を設置し、不快な臭気は感じられなかった。</p>		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>28 「緊急時対応マニュアル」と「通報フローチャート」を作成して事務所に掲示している。年一回消防署員による救急救命講習でAEDの使い方を学んでいる。居室のネームプレートに利用者ごとの医療機関が分かるシールを貼り、緊急時連絡先がすぐわかるようにしている。</p> <p>29 事故・ヒヤリハットの報告があれば当日中にカンファレンスを行い、対応策を決め、職員に周知している。事故の発生時は家族に説明し、受診の必要な事故が発生した場合は速やかに行政に報告している。事故防止委員会で対応策の検討を行い、毎月分析し必要時はマニュアルの見直しを行っている。</p> <p>30 災害対策マニュアルを作成し、災害対策委員会が中心となり、年二回消防署立ち合いのもと昼夜想定消防訓練を実施している。京都市の3.11のシェイクアウト訓練に参加し地震発生時の対応を伝えている。「連絡マニュアルフローチャート」で責任者・指揮命令系統が明らかになっている。備蓄は水・非常食を3日分準備しその後は業者がヘリコプターで運ぶ契約が出来ている。地域との連携は今後の課題である。</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
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。	B	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)		<p>3 1 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供は運営方針3で明確にしている。入浴時同性介助の希望者にはシフト調整を行う等、利用者の思いを尊重したケアに取り組んでいる。虐待防止委員会 身体拘束廃止委員会による勉強会を年二回以上実施し、利用者の人権について学び、振り返る機会としている。</p> <p>3 2 プライバシーに配慮した排泄・入浴マニュアルを作成し、勉強会を行っている。排泄介助は本人の同意を得て、素早く行い、入浴は個室で行いバスタオルを使用している。、同性介助希望者にはシフト調整を行って対応している。相談援助は相談室か居室で行い、肖像権は入居時に確認し同意を得ている。</p> <p>3 3 利用を断った事例は2件あるが、1件は夜間のたん吸引が頻回で対応困難な事例である。現在は職員が研修を受け、対応できるようになっている。もう1件は見学時の家族による迷惑行為であるが、基本的にサービス利用者の決定は公平・公正におこなっている。</p>		
(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っている。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>3 4 意見箱を各フロアに設置すると共に、家族の来訪時に声を掛け話を聞くようにしている。アンケートで利用者・家族の要望を聞いている。利用者には日々生活の中で意向の把握をおこなっているが、定期的には行っていない。職員は、「苦情ヒヤリ」の書式を使い、苦情に繋がりそうな案件についての報告書を提出している。</p> <p>3 5 サービス質向上委員会で「苦情・相談・苦情ヒヤリ報告書」の分析を行い施設運営に反映させている。アンケート結果や苦情は個人情報に配慮した上で運営懇談会で内容を報告しているが広義の公開には至っていない。今後、掲示板やホームページでの公開が望まれる。</p> <p>3 6 苦情対応窓口は重要事項説明書に明記し1階掲示板に掲示している。苦情に対する措置の概要についても明記している。苦情や苦情ヒヤリの報告書が出た時はカンファレンスを行い協議している。相談窓口には、事業所関係者以外の第三者の設置や介護相談員等外部の人材の受け入れができていなかった。</p>		
		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	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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>3 7 サービス質向上委員会が中心となり利用者・家族のアンケートを実施し、検討・課題分析は行っているが、評価・改善には至っていない。</p> <p>3 8 各職種から1名ずつ出ているサービス質向上委員会を月1回開催し管理者もメンバーとして入り、検証・課題分析をしている。特定施設入居者生活介護の他の有料老人ホームとの交流で情報交換をしている。</p> <p>3 9 開設1年目で自己評価を行い、今回の第三者評価の受診に至っている。サービス質向上委員会を検証・課題分析する担当部署としている。</p>		