

アドバイス・レポート

平成29年8月2日

平成29年6月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた エリシオン長岡京 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12 ストレス管理 職場環境は良く、夜勤者の仮眠室や職員休憩室等が確保されており、また、職員からの意見を基に制服の変更を行うことや業務上の悩みなどの意見を聞き、改善に取り組まれていたことは高く評価できます。</p> <p>通番20 個別援助計画等の見直し 月に1回の介護職によるモニタリングと、3ヶ月に1回のケアマネジャーによるモニタリングが実施されていました。ケアマネジャーは更新時、区分変更時、入退院時やADLが変化した時など、必要な時に特定施設サービス計画の見直しを行っておられました。ご利用者の状況の変化に応じて計画を見直す仕組みが機能的に構築され高く評価できます。</p> <p>通番33 利用者の決定方法 支援相談員が記録を整備し、お断りをしなければいけない事例を基に「申込みキャンセル事例集」を作成されているのは、分かり易く申込者を大切にされている姿勢がうかがえ、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>通番13・14 地域への情報公開・地域への貢献 秋祭りや餅つきなどの催しは地域へお知らせを行い開催しておりますが、事業所の理念や収集した社会資源等の情報を地域へ提供して貢献していること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 本部で作成されたマニュアルが整備されていましたが、見直しをされた年月の記載がなく、見直しが行われているかどうかの確認ができませんでした。</p> <p>通番37 利用者満足度の向上の取組み 入居者の利用に対する満足度調査が実施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 地域への情報公開・地域への貢献 より地域に根差した事業所となるように毎月発行の「エリシオンだより」への運営理念の掲載、地域へ開示するための広報誌やホームページへの情報の公表の掲載、また地域への貢献のために介護技術の講演会や地域の公的な委員会への職員の派遣などを積極的に行うことで、より地域に根ざした「エリシオン長岡京」になることに期待しております。</p> <p>通番22 業務マニュアルの作成 業務マニュアルは、職員の業務の基本となるところです。全職員が同じ内容の業務を行っていくためには、いつでも職員が確認でき、また、見直しをしていくことが必要です。原則は法人本部のマニュアルが良いと思いますが、見直しの際には、自施設に合わせた（現場に則した）マニュアルになっているかどうかの視点も必要と思われます。年に1回、実施する月を決めて、各部署で業務マニュアルの見直しをされてはいかがでしょうか。</p> <p>通番37 利用者満足度の向上の取組み 入居者の利用に対する満足度調査を実施することは、日々の業務の見直しや事業所全体の運営改善に結びつくことがあります。入居者の「生の声」を聞く姿勢、調査する姿勢は、事業所全体の質の向上や社会的評価の向上に結びつく場合があります。実施されてみてはいかがでしょうか。</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	2673000507
事業所名	エリシオン長岡京
受診メインサービス (1種類のみ)	(介護予防) 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29年6月27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）及び事業所のスタッフ全員が、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。	B	B	
	(評価機関コメント)		事業所の理念は重要事項説明書に記載されていますが、ホームページやパンフレットへの記載はありません。職員の意見を基にユニフォームの変更を実施されています。稟議規定・職務分掌規定があり職務権限は整備されています。			
(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。	C	C	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		事業所全体の事業計画は単年度、中長期ともありません。事業運営を評価し改善に結びつけるシステムもありません。ただ、部門の現状把握や計画策定は、部門会議で行われています。			
(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。	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、いつでもスタッフ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)		業務日誌や緊急連絡網、離設時マニュアルが作成され運営管理者への報告・相談、指示出しなどが明確になっています。法令遵守事項や運営管理者の役割など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
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	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		人材確保は、ヘルパー2級以上の職員を採用されており、介護の質の確保がされていることが確認できました。キャリアパス制度の確認は出来ましたが、年間の研修の実施について口頭では確認できましたが、計画や研修の企画書や報告書が確認できませんでした。実習指導者研修を受ける体制はありませんでした。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		ストレス管理	12	スタッフ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。	B	A
		(評価機関コメント)		職場環境は、職員に配慮した仮眠室や休憩室の確保などが工夫されていました。また現場の負担軽減のために脈拍や呼吸、心拍で起きているかどうか判断するセンサー見守り支援システム(NN-1310)を導入する等工夫されています。超過勤務や有給休暇の管理はされていますが傾向分析や検討をする担当者や部署が決められていませんでした。		
(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	C
		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)		ホームページ、「エリシオンだより」、パンフレットなど広報できる媒体は整っていましたが、その中に理念の確認が出来ませんでした。また、情報の公表制度についても対応はされていますが地域住民に広報されていませんでした。地域の情報などの社会資源についてもご利用者に提供されていませんでした。		

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徹底						
(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)		ホームページやパンフレットで、事業所の概要は分かりやすく提供されていました。ご利用者からの問い合わせや見学等についての記録も作成されていました。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		介護サービスの利用に際して、サービス内容や料金等については、重要事項説明書に明記されており、説明も行われていました。成年後見人と契約を結んでいる事例も、確認できました。ご利用者の権利擁護についても、パンフレットが準備されていました。		

(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	定期的又は必要に応じて、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)		アセスメントは、定期的（3～6ヶ月）に行われており、また、退院等の本人の状態の変化に応じて実施されていて、特定施設サービス計画に反映されていました。ご本人、ご家族の署名も確認できました。特定施設サービス計画の策定には、水分制限等の具体的な主治医の意見が取り入れられ、モニタリングはマニュアルに定められた通り、実施されていました。		

(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	B
(評価機関コメント)		医師とは電話連絡で対応され、また、関係機関・団体のリストの作成もされていました。入退院時の病院との連携や、特養への退所時の連携の記録は確認できましたが、地域ケア会議への参加等の地域包括支援センター等との有機的な連携が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、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。	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。	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。	C	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)		本部で整備されたマニュアルがありましたが、そのマニュアルには、見直しをされた年月の記載がなく、見直しの基準も確認できませんでした。ご利用者の記録の管理については、文書管理規定が定められていました。個人情報保護についての研修はされていましたが、情報開示についての研修の実施が確認できませんでした。ご利用者の状況は、カルテに記入されており、業務日誌や申し送りで状況が伝えられていました。サービス担当者会議の開催時期は、モニタリングのマニュアルに定められており、会議録を確認した職員が押印することで、情報共有がなされていました。ご家族へは、サービス担当者会議への参加を促しておられますが、難しい時には電話で対応をされていました。ご家族面会時には、ご利用者の状況を伝えておられました。		

(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		感染症の対策及び感染症であるご利用者に対する対応マニュアルは作成されていましたが、更新がされていませんでした。また、研修の実施が確認できませんでした。感染症であるご利用者については、受け入れマニュアルが作成されていました。清掃は直接雇用された方が行っていました。業務日誌等が確認できませんでした。		

(7)危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時、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
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	B
(評価機関コメント)		事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルは作成されていましたが、研修については、実施された記録を確認できませんでした。事故や緊急時における責任者指揮命令系統は明らかになっていました。ヒヤリ・ハット、事故報告書で、事故が発生した時の対応や分析については確認ができましたが、マニュアルの見直しは行われていませんでした。		

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
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	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。	B	B
		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)		重要事項説明書に「個性を尊重」という記載があります。身体拘束の事象はありません。「介護業務実施手順」にプライバシー保護遵守が記載されています。おむつ交換は、個人の居室で実施されています。「申込みキャンセル事例集」を作成されており、申込者への配慮がうかがえます。		
(2)意見・要望・苦情への対応				(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	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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)		ご意見箱が1階に設置され、多くはありませんがマニュアルに基づき活用されています。苦情対応のマニュアルは受付前に掲示されていました。重要事項説明書に第三者への相談窓口は記載されていますが、それ以外での掲示はありませんでした。		
(3)質の向上に係る取組				(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。	C	C
		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スタッフ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	C
		(評価機関コメント)		利用者満足度調査などは実施されていません。全体会議でサービスの向上に向けた検討をされています。その結果で入浴の手順を変更されています。同一法人ですが他事業所への見学もされています。PDCAサイクルなどのツールの活用はされていません。		