

様式 7

アドバイス・レポート

平成 30 年 10 月 23 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 30 年 8 月 13 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「特別養護老人ホーム天ヶ瀬苑」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 1. 組織の理念・運営方針</p> <ul style="list-style-type: none"> ・法人としての理念「共感と信頼」を事業所において着実に実践していくために、特別養護老人ホーム天ヶ瀬苑としての理念「私たちは心の声に耳を傾けます」「私たちは、愛され信頼される専門家になります」を掲げ、職員の為すべきことを具体的に示しています。 ・職員は、毎日、お昼のミーティングで理念を全員で唱和して意思の統一を図ると共に、理念を記載したカードを常時身に着けて、利用者・家族の意向を心から聴き、職員として真摯なサービス提供に努め、これの体現を目指しています。 ・利用者家族との面談の機会を積極的に設けるため、ご家族ときめ細かく連絡を取り、利用者の心情に寄り添ったサービスの提供を心がけています。 ・サービスの提供にあたっては、利用者の尊厳、プライバシーを尊重して、機械器具や外部業者に頼ることなく、職員自らが最大限マンパワーを発揮しています。 <p>通番 6. 管理者等によるリーダーシップの発揮</p> <ul style="list-style-type: none"> ・職務分掌によって、管理者の権限と責任が明確に示されているので、職員には、その立場と役割など仕事に対する理解が出来ており、管理者に対する期待は大きいものがあります。 ・管理者は、毎月の給与明細書に添えて職員一人ひとりに対して、自分の意見・考え・思いなどを手書きした一口メッセージを渡しています。それに対して職員からも意見・提案、あるいは決意など、様々なフィードバックがなされています。この交流は管理者と職員一人ひとりとのコミュニケーションを良くし、相互の信頼関係を醸成することに繋がって、リーダーシップ発揮の源泉になっています。 ・管理者は、毎年行われる「雇用管理チェックリスト」に記入される職員の
-----------------------------	--

	<p>コメントやこれを基にした面談を通じて自らを振り返ると共に、期待される管理者への努力をしています。</p> <p>通番14：地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> ・白川地区高齢住民のニーズに応えるため、毎週木曜日と15日に地区の集会所で開催される「高齢者サロン」への送迎として、参加者宅と集会所の間を「白川ドリーム号」と名付けたバスを運行しています。 ・毎月第3日曜日の11時から14時まで、宇治橋商店街にある法人運営の「宇治橋ふれあい館」の中にある「放課後等デイサービス Calme（チャルム）」を利用して、低料金で昼食を提供する「なごみ食堂」を開き、大人も参加できる子供たちの交流の場を設けています。 ・毎年1回、「ターミナル」などタイムリーなテーマを取り上げ、福祉専門学校を対象にした講演会「翠のつどい」や研修会を開催しています。
<p>総括</p>	<p>改善事項ではありませんが、「利用者満足向上への取り組み」への提言をさせていただきます。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者ニーズアンケート調査を実施されていますが、「満足度調査」ではなく視点を变えて、不満や改善すべき点を把握し、これらを解決する「不満調査」をされては如何でしょうか。 ・また、不満等に応じて改善・解決した結果を、事業所に対する信頼向上のために、積極的に公開されては如何でしょうか。 ・「ご意見箱」は館内に設置されていますが箱自体が高い所に置かれており、色も黒く目立ちにくいため、利用者や家族が投函しやすい位置と目立つ色に改良されては如何でしょうか。

(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	2671200034
事業所名	特別養護老人ホーム天ヶ瀬苑
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	平成30年9月26日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都ビジネス・サポート・センター

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思決定を行い、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. 法人の基本理念に基づいて定めた事業所の基本理念と接遇標語を館内に掲示、毎日お昼のミーティングで全員唱和しています。また、すべての職員が理念を記載したカードを常時携帯し、指針書に示された「目指す法人像」「望ましい職員像」を旨とし、サービスの提供に努めています。 2. 組織体制は職務分掌規定により役割分担をきめ細かく定めています。意思決定は毎月行われる運営推進会議や職員会議等で意思疎通を図り、組織の透明性確保を図っています。		
(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)			3. 中長期事業計画は「選ばれ」「求められる」施設を目標として、多角的に策定。12月の運営推進会議で進捗状況を把握して、次年度計画に活かすべく課題の確認を行っています。 4. 計画策定にあたっては、職員全員の参画を原則としています。各業務グループ毎の会議で抽出された課題は次年度の計画策定に反映。計画は達成評価を行い、必要に応じて計画の見直しを行うなど、PDCAサイクルを実践しています。		
(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)			5. 事業所運営に必要な各種の法令集を整え、項目毎にファイル化して回覧すると共に、常時閲覧出来る場所に設置しています。また、介護従事者向けに判り易くまとめられたマニュアル集（小冊子）を購入し、併せて回覧するなど、法令遵守の徹底を図っています。 6. 運営管理者は給料支給日に職員一人ひとりに対して一ロメッセージを給与明細書に添えて渡しています。それに対して、職員から意見・改善提案などのフィードバックがなされるなど、その交流は意思の疎通を良くすることに繋がって、信頼関係が醸成されています。また、毎年「雇用管理改善チェックリスト」による職員の忌憚のない意見は、自己の振り返りとリーダーシップの発揮に役立っています。 7. 運営管理者はアクシデントリポート・管理日報・職員日誌などで日々の業務実施状況を漏れなく把握しています。緊急事態には迅速に指示・命令・報告等ができる体制を整えています。また、職員は出勤時一人ひとりが利用者へのあいさつ、引継ぎ、日誌の回覧などで利用者に関する情報を共有しています。		

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。	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)		8. 有資格者を優先的に採用。人員体制表によって人員の管理を行っています。職員の定着率は高く定年者の再雇用も進めています。職員のキャリアパスを明確にし、キャリアアップの意識づけを図っています。目下2名がアセッサーキャリア段位を取得、1名が習得中とのことでした。 9. キャリアアップのための研修受講資格を明確にした研修実施計画を作成。研修受講案内を館内に掲示して職員の積極的な受講を促しています。受講を承認された場合は勤務シフト表に明記しています。また、「Mog mog」と名付けた専門職グループの自主勉強会の仕組みがあり、職員がお互いに学び合う機会となっています。 10. 実習指導者マニュアルに沿って、毎年、福祉専門学校生の実習や宇治市内の中学生の体験学習を受け入れています。実習生の中には卒業後職員として採用されるケースも有るとのことでした。		
(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、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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 年間休日日数126日＋平均5日間を消化、時間外労働は指示書に基づいて行われています。職員の体調維持・負担軽減のために、腰部ベルトを貸与しています。入浴時の補助は、浴槽の改良により利用者の自力入浴が可能となったため、大幅な負担軽減となっています。また、利用者の入浴時の状況に応じて2人体制を取っています。 12. ストレス対策は、スーパーバイザーによる相談窓口を設けており、結果は毎月苑長にフィードバックされています。職員の休憩場所は、独立した個室が4ヶ所に設けられ、休憩時間を1人で自由に過ごせるよう配慮しています。		
(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。	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	A
		(評価機関コメント)		13. ホームページを開設、2ヶ月に1度リニューアルしています。イベントは毎月1回、年間行事（ホームパーティー）は4回開催。その時々の実施状況の写真や報告を館内随所に掲示しています。歳時行事は京都の歳時毎に実施。利用者・ボランティア・職員間の交流を図っています。 14. 事業所の活動状況は定期刊物物「ファミリーニュース」で2ヶ月に1度情報発信しています。地域の高齢者が集う「高齢者サロン」の開催される毎週木曜日と15日には「白川ドリーム号」と名付けたバスを運行し、参加者宅と開催場所（集会場）間の送迎を行っています。また低額で食事を提供する「なごみ食堂」も運営しています。		
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)		15. ホームページ、パンフレットのほか、「ファミリーニュース」で情報発信しています。苑内の掲示板でも、日々、情報を開示。また、見学希望者には、適切に事業所案内をしています。		

(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)	16. 入所契約時に「重要事項説明書」で利用料金、契約解除の手続き等について、利用者・家族または後見人に分かりやすく説明しています。			
(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	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)	17. アセスメントは、フェイスシートで利用者の特性・課題を明確にし、サービス担当者会議前には各専門職から情報を得て作成しています。 18. 個別援助計画は、利用者・家族の希望を取り入れて策定し、同意を得ています。 19. 個別援助計画は嘱託医に意見照会の上、事業所内の専門職と介護職員との連携により作成しています。 20. 個別援助計画の見直しは、3ヶ月毎に開催される、利用者・家族同席のサービス担当者会議で行っています。			
(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. 嘱託委と歯科医が毎週1回往診しています。また、口腔ケアの指導も行われています。			
(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	A
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。	A	A
(評価機関コメント)	22. 各種業務マニュアルを作成し、毎年度末に見直しを行っています。また、毎年度初めにはマニュアル研修を実施しています。 23. 利用者の様子やサービス提供内容は、個別記録表に日々記入しています。個人情報に記載されている書類の保管に関しては、法人の文書管理規定に基づいて適切に行っています。 24. 利用者に関する情報は、日々のミーティングや日誌・ノートで職員間で共有しています。 25. 利用者家族に対しては来所を積極的に働きかけ、面会時には利用者の様子を説明しています。また、3ヶ月毎のサービス担当者会議でも様子を伝えていきます。利用者の急な状態変化があれば、24時間時間を問わず連絡できる体制をとっています。			
(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)	26. 感染症に関するマニュアルを作成し、研修を行い、意識の向上を図っています。インフルエンザ等が発生した場合は個室対応として拡散防止に努め、毎月感染委員会を開催する仕組みになっています。また、職員からの二次感染を防止し、流行時には二次感染防止のため、家族との面会を控える措置をとっています。 27. トイレは、障害者就労支援の専従者が日々清掃をしています。利用者の居室は職員が担当の掃除場所を決めて行っています。臭気対策はお香・換気扇・空気清浄機で行われ、臭気は感じませんでした。			

(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. 日中・平日対応と夜間対応の2種類の緊急連絡網とマニュアルを整備しています。緊急連絡については、不定期に訓練を行い、緊急連絡網の機能状況を確認しています。毎年救命講習を実施しています。また、職員は回覧・引き継ぎにて、もれなく利用者の状況の共有を行い、急変などの緊急事態に即座に対応できるオンコール体制を整えています。 29. リスクマネジメントマニュアルを整備し、職員へ周知しています。ヒヤリハット事例は1ヶ月ごとに集計して対策検討会議を開催すると共に行政へ報告しています。事故発生時には迅速に対策会議を開き、家族へは相談員が電話や訪問で対応しています。携帯・電話など連絡手段が途絶えた時のため、Lineを使い確実に連絡できる体制になっています。リスクマネジメントについては専門誌を購読、回覧しています。 30. 防災・防火マニュアルで研修を行い、消防・災害発生時訓練を利用者参加のもと実施しています。		

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. 利用者本位の尊厳に配慮したサービス提供については、望ましい法人像の一つとして「利用者の生命と人権を守り福祉サービスの充実と向上を図る法人」を掲げ、日頃のミーティング等で周知徹底しています。 32. プライバシー保護に関するガイドラインを作成し、具体的な行動指針を定めて実践しています。 33. 利用者受け入れに際しては、毎月「入所検討会議」を開催して申込者の状況を確認しています。空室が生じたときは、緊急度や個別事情を勘案して公平・公正に入居者を決定しています。また状況に応じて、必要な場合ショートステイでの対応も図っています。		
(2) 意見・要望・苦情への対応				
意見・要望・苦情等の受付	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。	A	A
(評価機関コメント)		34. 毎年利用者・家族に対してニーズ調査を行うと共に、サービス担当者会議で調査結果を検討し、改善を進めています。 35. 利用者・家族からの要望・苦情等に対しては、直ちに職員を招集して対応策を講じて、その対応結果は事業所内に掲出されています。 36. 元市議員や区長、地元役員などに第三者委員を委嘱しています。介護相談員は毎月来所、相談員の顔写真を事業所内に掲示して相談しやすい状況になっています。		
(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)		37. 毎年、利用者・家族に対してアンケート調査を実施して、その分析結果をサービスの改善に役立てると共に、広報紙に掲載して公開しています。 38. 質の向上に関しては、多くの委員会を立ち上げて検討しています。他の事業者情報は外部研修時における交流や、介護専門紙、情報誌などを活用して収集しています。 39. 毎年11月から職域ごとに年度事業計画の達成状況の検証を始め、その結果を次年度の事業計画策定に反映させるなど、PDCAサイクルを回す仕組みが定着しています。第三者評価は、3年ごとに受診されています。		