

アドバイス・レポート

令和5年9月22日

令和5年7月25日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた天橋園通所介護事業所につきまして、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

<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 施設長が年1回全職員対象に面接を実施されています。その際に異動希望調査もされています。この他に年2回自己評価シートをもとに直属の上司が面談するなど、直接職員の意見を聞く機会を多く持たれる事で、働きやすい環境作りに取り組まれています。ヒアリングからも施設長と職員との良好な関係が構築され、職員の意見が運営に反映されている様子が窺えました</p> <p>(通番19) アセスメントの実施 前回の第三者評価受審時に、アセスメントについてのアドバイスを受けた後、事業所で利用者情報が分かる様式を準備し作成されていることが確認できました。また前回のアドバイスにあった、定期的なアセスメントの見直し基準も決まっており、評価機関からのアドバイスに対して、積極的に改善に取り組む前向きな姿勢を感じました。</p> <p>(通番43、44) 質の向上に対する検討体制、評価の実施と課題の明確化 前回受審を踏まえて所定の会議にて課題を検討されて、実際に改善策を実践されています。また継続して第三者評価を受審され、事業所の取り組みについて振り返る仕組みが確認できました。より良いサービスの提供に前向きな姿勢が窺えました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 事業所の事業計画を利用者や家族に説明・周知する機会が確認できませんでした。</p> <p>(通番25) 業務マニュアルの作成 各種マニュアルが整備はされパソコン内だけでなく、紙でのファイリングも行い、マニュアルによってすぐに手に取って確認できる仕組みがありました。が、マニュアルに基づいて実施されているかを確認する仕組みがありませんでした。</p> <p>(通番38) 利用者の決定方法 利用申し込みがあれば断る事なく受入れをされ、認知症のレベルに応じ併設の認知症対応型DSを紹介する等、利用者の受け入れについては問題ないのですが、利用者記録がバイタルや食事量等の数値データ以外、関わり等に関して不十分な状況が見受けられます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 以前は広報誌配布の際に事業計画も配布されていたとの事でしたが、現在は実施されていませんでしたので配布の再開など利用者や家族へ広く周知できる手段を検討されては如何でしょうか。</p> <p>(通番25) 業務マニュアルの作成 介護手順を確認する職務基準書の様式はありますが、活用されていないとのことでした。この様式を活用してマニュアルに基づいた手順で実施されているかを確認する仕組みを構築されては如何でしょうか。</p> <p>(通番38) 利用者の決定方法 記録は特に支援困難な方について職員間で対応の共有化を図る上で必要となります。些細な事でもご利用者への対応とその反応、関連機関との連携があればその事も含めて具体的な記録をして頂くと、新たに採用や異動で来られた職員も利用者支援がスムーズに行い易くなると思います。又終業時ミーティングの際の反省会に関しても、利用者支援にとって良い取組みとなっていますが記録されていない状況です。これを機に記録を残されては如何でしょうか。</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。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2672100027
事業所名	天橋園通所介護事業所
受審メインサービス (1種類のみ)	通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	訪問介護・居宅介護支援・ 認知症対応型通所介護
訪問調査実施日	令和5年8月22日
評価機関名	NPO法人 カロア

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)		法人の運営方針が明示されそれらに沿った各種事業の計画も作成されています。各種会議が定期開催され管理者も参加し職員からの意見が反映される仕組みがあります。ただデイサービスの職員が集まる会議が無く日々のミーティング時間しか意見を集約する場がありませんので月1回、デイサービスでの会議を開催されては如何でしょうか。		
(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質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把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A
		(評価機関コメント)		単年度の事業計画だけではなく、中・長期の計画が策定されています。事業所ごとの事業計画は業務運営会議で進捗状況の確認や現状分析を行い、目標達成に向け取り組まれています。また令和5年度に実施する満足度調査を令和6年度の事業計画に反映させられるよう取り組んでおられました。		
(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、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため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)		法令等を調べられる体制が事業所にあるパソコンでのインターネット検索でしたので、職員が分かりやすいよう法令サイトのショートカット作成や法令一覧の作成されては如何でしょうか。管理者は年1回全職員を対象に個人面談を実施されています。また事業所の主任が年2回、自己評価シートを基に職員面談を実施され職員からの意見を聞く機会を多く持たれています。		

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
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
		質の高い人材の確保	9	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
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	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
		実習の受け入れ	11	実習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)		「期待する職員像」を理念に掲げ、法人・事業所がSNSの活用等、積極的に人材確保に取り組んでおられます。また無資格者に対しては資格取得の支援を行い職員の質の確保に努められています。実習受け入れマニュアルは更新中でした。前回調査時同様に実習指導者の研修が未実施でしたので実習受け入れ事業所の担当会で会議等の連携できる仕組み作りを検討されては如何でしょうか。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	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	13	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、職員が充分にくつろげ、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)		育児休暇・介護休暇の制度があり、バースディー休暇や職員親睦会の助成など福利厚生の実施も図られています。職員ヒアリングから休憩時間や時間外が適正に管理されている事が確認でき働きやすい職場環境である事が窺えました。		
(3) 地域との交流						
		地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	B	B
		地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		広報誌やホームページ・SNSを活用し事業所の情報を広報されています。月に1度、地域の自治会単位で認知症カフェを開催したり地域ケア会議への参加。また社会福祉協議会の理事に法人本部局長が就任されており地域の具体的なニーズの積極的に把握に取り組まれています。ボランティア・地元小・中・高等学校の体験学習受け入れをされています。また認知症サポーター研修を学生向けに実施する事で相互に協力しあえる関係が確認できました。		

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	17	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。	B	B
		(評価機関コメント)		広報誌やホームページの活用により、事業所の取り組みなどを広報されています。事業所入口には、重要事項説明書などもファイルリングし設置されており、利用者や家族等来訪者に確認いただける工夫をされています。通所介護の体験利用は利用者等からのニーズもなく、実施実績がありませんでした。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	18	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)		サービスの利用開始前には、利用契約書、重要事項説明書を用いて、利用者や家族等にサービス内容や料金等の説明を行い、同意の署名、捺印もいただいています。成年後見制度や日常生活自立支援事業にて支援を受けている利用者もおり、判断能力に支障のある利用者については、後見人等と利用契約を結んでおられることが確認できました。		
(3) 個別状況に応じた計画策定						
		アセスメントの実施	19	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	20	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
		専門職種を含めた意見集約	21	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・リハビリ職（OT/PT/ST等）・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	22	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)		初回はケアマネジャーから情報提供を受けた内容を基に、相談員がフェイスシートの作成をしアセスメントを行っておられます。その後は3か月ごとにアセスメントを実施されています。各専門職が入力したアセスメントや居宅サービス計画書、毎日の終業ミーティングでの意見交換を基に、通所介護計画を策定されており、3か月に1回見直しをされています。モニタリングは毎月実施し、介護士や相談員が文書を作成し、担当のケアマネジャーに毎月送付されています。		
(4) 関係者との連携						
		多職種協働	23	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
		サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
		(評価機関コメント)		ケアマネジャーとの連携を中心に、関係職種とは連携を図っておられますが医師との連携体制は確保されていませんでした。地域ケア会議等には定期的に参加し、地域包括支援センター、行政等関係機関とも連携を図り、処遇困難な利用者等の支援を協働で行い利用の受け入れをされています。利用契約書には、サービスの移行の際には必要な援助をする旨の記載があり、契約時には利用者や家族に説明をされています。		

(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）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。	A	B
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	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	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	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)		各種マニュアルは整備されており、マニュアルの種類によりパソコン閲覧と紙でのファイリングに分けて保管されています。マニュアルの見直しは1年に1回は実施されていますが、マニュアルに基づいてサービスを実施しているかを確認する仕組みはありませんでした。個人情報保護に関する規程も整備され、法令順守やプライバシーなどを含めて研修が実施されています。情報共有はパソコンでの記録に加え、関係職種が集まったの始業前、終業時にミーティング。申し送りノートによる情報共有をされています。また家族への申し送りは送迎時に利用中の様子を口頭で申し送るようにされています。入浴時等に気づいた身体症状については、看護師が個別に手紙を作成し、家族へ渡すようにされています。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	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	30	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)		感染症に関するマニュアルを整備し、1年に1回はマニュアルの見直しをされています。また感染症対策に関する研修を行い、全職員に周知を図っておられます。消毒や清掃なども1日複数回行っておられます。事業所内も清潔感があり、24時間換気、オゾン脱臭機の設置による臭気対策がなされており施設特有の臭いはありませんでした。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	31	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	32	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	33	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
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	B	B
(評価機関コメント)		事故、緊急時のマニュアルが整備され、1年に1回はマニュアルの見直しをされています。事故、緊急時の研修に加え、消防の協力を得て救急救命講習も定期的実施されています。事故があった際には報告書を作成しその日の終業ミーティングで、事故の原因、今後の対応などを検討されています。事業所に起こりうる災害として、地震、火災に加え、土砂災害、水害も想定した災害対応マニュアルを整備し、1年に1回見直しを行っておられます。併設の事業所の含め、火災や水害などを想定した避難訓練を年に2回実施されています。自然災害、感染症に対するBCP（業務継続計画）を作成されていますが、BCPに基づいた研修や訓練が未実施でした。		

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	35	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
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護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	37	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	38	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	B	B
		(評価機関コメント)		事業所の基本方針に“利用される方の意思及び人格を尊重し～”と謳われ、それに基づいてサービス提供が行われており、利用者個々の能力に応じた自立支援を実施されています。虐待防止や身体拘束についてもマニュアル化、研修等により職員への意識付けや実践に繋がっています。支援困難と思われる方の受入れもされていますが、記録に不十分な部分があり、その方への関わり方や関連機関等との連携が確認出来ない状況でした。		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	39	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、利用者等に周知されている。	B	B
		意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	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	41	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)		利用者の意向が把握出来るよう、利用者満足度調査やフロア内のご意見箱、第三者委員の設置等、色々と工夫をされています。又苦情受付に関するマニュアルが整備され組織として対応方法が明文化されています。ただ利用者個々の面談や懇談会や、コロナ禍という事もあります外部の人材の受入れも現状では実施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	42	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	43	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	44	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)		今年から利用者満足度調査を導入されています。又継続して第三者評価を受審される等、事業所の取組みについて課題の分析、改善策の実施、評価とPDCAサイクルで継続的に行われる等、サービスの質の向上に繋がられる仕組みが整備されました。		