

アドバイス・レポート

平成29年12月12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29年9月25日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた介護老人福祉施設まどかにつきましては、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13) 地域への情報公開 広報誌・パンフレット・ホームページ等を媒体に事業所の情報提供に努め、ボランティアや近隣、町等との交流を積極的にされています。</p> <p>(通番30) 災害発生時の対応 災害時におけるマニュアルでは、地域特性を意識した内容のマニュアルとなっており、水害の恐れのある時に実際に運用されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 事業所の単年度計画は、多角的な視点から課題を把握して策定されていましたが中・長期計画が策定されていませんでした。</p> <p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 細やかなケアプランの立案が立案されていましたが、プラン数が多くPDCAサイクルがうまく機能していませんでした。</p> <p>(通番24) 職員間の情報共有 各種マニュアルを適切に準備・保管されてましたが、事務所にすべて保管されていました。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情の受付 アンケートBOXを事務所の窓口と3階エレベーター前の2ヶ所に設置されてましたが、投函率は低く、直接、利用者及び家族から意向を確認するに留まっています。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番3) 事業計画等の策定 事業所開設5年を経過され、介護保険法の改正などもあり立案しにくい点もありますが、単年度及び中・長期の達成期間を明確にした課題や目標を可能な部分から明確にされることをお勧めします。</p> <p>(通番23) サービス提供に係る記録と情報の保護 サービス担当者会議で優先的に取り組む内容を明確にしてプランにする事や、日常的に取り組んでいる内容については24時間シートに反映する事で、内容を整理できプランの記録の充実が図れ、モニタリング時により課題がどの様に変化したのか分かりやすくなると思われます。</p> <p>(通番24) 職員間の情報共有 各種マニュアルを事務所の他に、職員がすぐに確認できる場所に保管されては如何でしょうか。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情の受付 利用者及び家族の中には、直接、意向を伝えることが出来ない方もおられるので、利用者の意向を広く、細かく汲みとれるようにアンケート以外の文書での意向の収集方法や、アンケートBOXを増設したり、設置場所を他者から見られにくい場所に変更したりするなどの取り組みを実施し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)

※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	2690900168
事業所名	介護老人福祉施設 まどか
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設
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	2017年11月13日
評価機関名	特定非営利活動法人 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	A
	(評価機関コメント)			組織の理念及び経営方針をホームページ・広報誌・会議で周知し、理念を基に業務目標が策定されています。組織図や職務権限規定も整備されており、各種会議議事録から職員の意見を聴取しつつ、自主性を大切に考えた施設運営がされていることが窺えます。		
(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。	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。	A	A
	(評価機関コメント)			中・長期計画が作成されていませんでしたが、各職種での単年度計画が設定され、改善達成状況も定期的に部署の会議にて確認されています。		
(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。	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)			各種法令は、都度研修にて周知を図れています。介護保険法は保管されていましたがその他の法令については事務局に問い合わせる体制を取られています。管理者は職員と連携して施設状況を把握し、リーダーシップを発揮して運営にあたる体制が整えられています。		

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						
		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。	B	A
		(評価機関コメント)	キャリアパス制度が確立されており、法人内外の研修に関しては、キャリアパスを基に企画・実施されています。職員ヒアリングの際に外部研修で学んだ事をもっと現場に伝えられるようにしたいとの意見もありましたのでご検討下さい。実習生の受け入れ態勢も整備されています。			
(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)	計画的な有給消化、サービス残業を無くす努力等、労働環境に配慮をされています。またスライディングボードの活用やラクニエを取り入れる事で職員の負担軽減を図っておられました。休憩は各フロアにある相談室を使用し現場から離れられる環境を整えておられました。ただ相談室なので難しいとはおもいますが、くつろげる設えを検討されては如何でしょうか。			
(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)	広報誌・パンフレット・ホームページ等を媒体に事業所の情報提供に努められ、包括支援センターと連携し施設を地域に開放する取り組みや運営推進会議で近隣住民等との交流を積極的にされています。			

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)	パンフレットだけでなく、ホームページにおいて、ブログなどを利用し、雰囲気や利用できるサービス内容・活動内容がよくわかるように工夫されています。また、施設便りの特養とショートと別々に毎月発行し、利用されている方や利用を検討されている方に配布されています。			
(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)	利用料金について重要事項説明書と別に料金表を作成されたり保険外のサービスについては、別紙にして利用者がわかりやすいように工夫をされています。アンケートでも職員からわかりやすく説明を受けていると、90%の方が回答されています。			

(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。	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)		アセスメントは、包括的自立支援プログラムを使用されて6カ月ごとに、24時間シートともに見直しが行われています。利用者の自立支援にむけた課題を明確にするために、他職種と連携を図りながら課題把握に取り組まれています。モニタリングは3ヶ月ごとに実施されて、プラン変更の必要性がないか検討し、適切な計画策定がおこなわれていました。		

(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)		嘱託医の医師・歯科医師等と連携を図り利用者支援の体制を整えられています。入退院時は、地域の医療機関と連携をとり、受け入れ態勢を整えるように努めておられました。ショートステイもご利用の方の退院時カンファレンスに参加し、退院後スムーズにサービス利用ができる様に、連携を図られています。		

(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。	B	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)		入職時に業務マニュアルを使用し指導を行ったり、介護技術はチェックリストを用いて手順や留意点をチェックしていく仕組みがあります。家族の方へは普段から利用者の状況を伝えるようにされている他、家族会を年に2回開催し、家族の方々と情報共有できる機会を設けられています。職員間の情報共有をパソコンで実施されていましたが、職員間の情報の伝達漏れを今回のアンケートで指摘されている方もありました。		

(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、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)		計画的にマニュアルの見直し・研修計画がたてられ実施されています。研修に参加できなかった職員はレポートを提出する事で全ての職員に周知が出来る体制をとられています。衛生管理についてチェック表を使用し職員全員で取り組むようにされています。施設内の衛生管理については、職員全員で取り組まれています。		

(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。	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)		事故が発生した場合は、すぐに本人・家族に報告を行い、事故報告書を作成し検証・再発防止に取り組まれています。事故報告書・ヒヤリハット報告書は、法人共有し同じ事故が発生しないように情報を共有できる仕組みとなっています。災害発生時の対応として、火災時だけでなく、水害を想定し簡易担架を使用した搬送方法等の訓練を実施するなど、地域特性を意識したマニュアルと実施訓練となっています。		

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
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)	利用者本位のサービス、高齢者の尊厳の保持に配慮したサービスが提供できるよう、人権マニュアル、倫理規定等を用いて、職員一人一人に周知する他、「高齢者虐待防止法」等の研修を実施し、不参加の職員に対しても文書研修を行い、報告書の提出を求めるなど、細やかに対応されています。				
(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	公的機関等の窓口で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)	苦情が発生した場合は、苦情解決委員会等で議題に挙げ、解決策、対応方法を検討されており、パソコンにて職員への周知も図られるなど、組織として取り組まれています。家族会の開催等により、利用者及び家族との信頼関係を構築し、直接、相談等を受ける事が多く、相談しやすい環境を整える取り組みが行われています。				
(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。		B	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。		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	B
	(評価機関コメント)	各事業所で立てた年度目標を年2回評価し、サービスの質の向上に繋がってらるる他、サービスの質の向上に係る体制構築のため、各種委員会や会議等にて検討、情報の共有が図られており、アンケートの実施により苦情や意見の把握に努められています。今後は意見等の把握だけでなく、分析、対応策も分かり開示されては如何でしょうか。				