

## アドバイス・レポート

平成23年3月28日

平成23年2月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（いちがお園）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>I-3 (通番7) 管理者は、事業実施状況をリアルタイムに把握できるシステムを構築し、常に連絡が取れる体制で、強いリーダーシップを持って施設運営をされていました。</p> <p>II-1 (通番9) 施設内で経験等を考慮した段階別研修が取り入れられており、その内容も多岐にわたり、研修内容の充実に努めておられました。</p> <p>III-4 (通番21) ケアプランに利用者・家族の意向が盛り込まれ、また医師・理学療法士の指示・評価もしっかりと活かされたプラン作成がなされていました。</p> <p>IV-3 (通番37) 他施設と、定期的な交流の機会を持ち、活発な情報交換を行なっておられました。他施設から得られたアドバイスをケアの質向上へ繋げておられました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>I-2 (通番3・4) 各種計画の策定や達成に向けた各種の取り組みは実施されていますが、特に現場職員間では現状分析や評価が充分行えていない様子が伺えました。</p> <p>III-6 (通番27) ユニットのフロアを出ると、ベッド・車イス等が雑然と置いてあり、移動時に危険に感じられました。</p> <p>IV-3 (通番36) 施設内で作られた自治会や家族会において、利用者・家族からヒアリングにて意見を収集されていましたが、限られた方が対象で、全利用者対象の満足度調査や、日常的に意見を収集する仕組みが構築されていませんでした。また、寄せられた意見を公表されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I-2 (通番3・4) 計画策定の段階から、全職員参画のもとで実施すると、職員間に浸透しやすく、職員のモチベーションにも繋がるのではないのでしょうか。更に4半期ごとの短期目標を明確にすれば、現状認識や評価が容易になると思われます。</p> <p>III-6 (通番27) 施設内の環境整備を再度ご検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>IV-3 (通番36) 利用者アンケート等、全利用者・家族を対象とした満足度調査を実施されて、質の向上につなげられてはいかがでしょうか。</p>

(様式6)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2672300015
事業所名	特別養護老人ホームいちがお園
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・訪問介護 通所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年2月15日
評価機関名	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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1)組織の理念・運営方針</b>						
	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。	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		理念等は事業計画書に明記され、職員・家族・利用者への周知に努められています。また各種会議を利用して職員からの意見を聴取し、各種委員会を通して質の向上を目指す自主的活動を支援する等、職員全体の意見を運営に反映させるシステムが構築されていました。			
<b>(2)計画の策定</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		幹部職員が事業計画等を策定し、施設全体で取り組み、年に1回の現状分析も幹部職員により実施されていました。各業務レベルの課題は、事業計画をもとに各部署で策定されましたが、達成状況を評価するまでには至っていませんでした。			
<b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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)		管理者は事業実施状況をリアルタイムに把握するシステムを構築し、強いリーダーシップで積極的な施設運営をされています。しかし把握すべき法令が管理者の頭の中にあり、自主点検は役職者で実施する等、現場職員に浸透されていない点が目立ち、温度差を感じました。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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	B
		(評価機関コメント)		無資格者を採用することが多いが、採用後に資格取得に向けた勉強会を実施し、また現任研修はレベル別研修が整備されています。研修内容も外部講師の招聘や積極的な情報収集等で充実に努められていました。今後は実習受け入れマニュアルの作成を期待します。		
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		有給休暇消化率が低い現状が見受けられました。しかし、職員の心身の負担軽減に関しては、外部講師を招いての腰痛軽減対策や、ストレスカウンセラーがダイレクトに職員からの相談に応じる等、前向きに取り組まれていました。		
<b>(3)地域との交流</b>						
		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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		広報誌の配布や地域の行事参加等で地域との交流の機会を設けていますが、施設内利用者に対しては積極的な地域情報の提供がない状態です。また地域住民に対しては、包括支援センター等と連携して事業所の持つ技術や情報の発信に努められていました。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)		ホームページは現在見直し中の事でしたが、広報誌を利用者家族・地域向けと内容を分けて配布されていました。施設の内容を分かり易く知る事がものでした。		
<b>(2)利用契約</b>						
		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)		契約時に、重要事項説明書にて利用者・家族に説明・同意を取られていました。権利擁護の受け入れも行っておられ、成年後見人制度の体制も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)		プラン作成・見直し前には、利用者家族と面談する機会を作られ、その後ユニットごとにプラン内容の評価→サービス担当者会議の流れを確立されていました。月1回訪問される理学療法士の評価・指示も現場に取り入れられている事が、記録から伺えました。		
(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	A
(評価機関コメント)		医師は週2回と随時24時間体制で往診体制があり、ターミナル時の体制も確立されていました。		
(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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		見直し基準がありませんでしたが、各種マニュアルが整備されており各委員会にてマニュアルの追加は行っておられました。職員間の情報共有は、朝夕の申し送りを確実にしておられました。利用者家族への情報交換は3カ月に1度近況報告として各専門職から報告を送付されていました。		
(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。	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	B
(評価機関コメント)		感染症は、委員会にてマニュアルの追加を行っておられましたが、使いやすいようにファイリングがなされていませんでした。		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
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
(評価機関コメント)		ヒヤリングにて事故発生時には、事故内容にあわせた連絡方法が確立されている事が確認出来ました。事故簿・ヒヤリハットの記録も整備されていましたが、マニュアルとして日中の連絡方法の整備がな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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		人権等の尊重	30	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	31	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	32	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)		定期的に人権研修を行っておられ、利用者の尊厳を守る仕組みがありました。利用者の決定は半年に1回入所検討会議を開催し、公平・公正な決定をされていました。医療処置が必要な利用者も受け入れる仕組みや近隣施設と連携した利用者決定がなされていました。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		意見・要望・苦情の受付	33	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	34	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。	B	B
		第三者への相談機会の確保	35	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)		苦情があった際は、リスクマネジメント委員会にて話し合いをもち、全職員への周知も実施されていましたが、苦情内容や改善方法が施設内掲示されていませんでした。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		利用者満足度の向上の取組み	36	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	B
		質の向上に対する検討体制	37	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	38	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)		全利用者を対象とした満足度調査は行っておられませんが、利用者や家族の意見を収集するために、施設内で自治会を設けたり家族会でヒアリングを行っておられました。また、ユニットケアを通じて他施設との交流の機会を定期的に持ち、ケアの向上に繋げておられました。		