

アドバイス・レポート

平成 27 年 2 月 13 日

平成 26 年 10 月 1 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人 みつみ福祉会 三愛荘通所介護事業所 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 8) 質の高い人材の確保 法人で人材育成部が設置され、「人材確保と育成計画」に組織としての具体的な方針や管理体制を整備するとともに、資格取得に対しても費用の一部負担や法人内で受験対策講座を開催するなど積極的に人材の確保・育成を行っています。また、人材認証制度も受け、就職フェアや学校訪問等を通して、人材確保の方策も取られています。</p> <p>(通番 21) 多職種協働 利用者のかかりつけ医とは、必要に応じてケアマネを通じて連携を図っています。また、その他の関係機関とは、常に顔の見える関係づくりを心がけており、有機的な連携が図られています。</p> <p>(通番 30) 事故の再発防止等 災害発生地域であるため、水害発生に備えたマニュアルを作成し、職員に周知している。毎年、災害を想定した法人合同訓練を実施している。平成 25 年 9 月の台風 18 号では水害に対応すべく法人で災害対策本部を立ち上げ、地域との連携を取られ、その後も復旧対策委員会を組織され、周辺地域の復旧に取り組みされました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 10 実習生の受け入れ) 実習受け入れの基本姿勢、マニュアルは整備されていましたが実習指導者に対する研修は未実施でした。</p> <p>(通番 22 業務マニュアルの作成) 業務マニュアルは整備されており、業務の中で活用されている状況はあるが、定期的な見直し基準が明確化されていませんでした。</p> <p>(通番 28 事故・緊急時の対応) 緊急時対応マニュアルは作成されているが、計画的な研修や訓練が実施されていませんでした。また、マニュアルの内容が介護事故を想定したものが多く、幅広い事故や緊急時の対応についての検討が望まれます。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>三愛荘通所介護事業所は平成12年に開設され、「共に生きる」を理念に地域の中核として役割を果たしてきました。</p> <p>高台に立地しており、四季を通じて、美しい自然を満喫できる恵まれた環境で事業所の窓からは街並みが一望でき心安らぐ空間となっています。</p> <p>在宅生活の継続とリハビリテーションに力を入れており、機能訓練指導員として看護師を3名配置し、個々の利用者のリハビリニーズに対応できるよう体制を整備するとともに専門機器の導入を図っていました。また、独自の「元気シート」を活用してアセスメントを行い個別援助計画ではきめ細かく数値も記入されていました</p> <p>生活場面では、楽しみの一つである食事において誕生日に希望メニューを提供したり、プログラムの中で園芸やスイーツ作りが取り入れられ、ひとりひとりの思いを大切にされていると見受けられました。</p> <p>また、地域に出向いて介護教室を開催したり、コーラスの演奏などで地域のボランティアを多く受け入れており、地域を意識した取り組みは高く評価できます。</p> <p>一方で、各職員がデスクで休憩をしているなど休憩場所の確保等に課題が感じられました。</p> <p>今後、ますます法人全体で福祉サービスの質の向上に取り組まれることを期待しています。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現場責任者による関係法令（保健・医療・福祉関連法令、労働基準関係法令など）のリスト化は出来ていませんでした。今一度見直しをして、法令のリスト化を図ってください。 ・運営管理者が職員から信頼を得ているかどうかを把握する仕組みがありませんでした。職員の面接の機会の活用やシートの作成を検討されてはいかがでしょうか ・個別援助計画についてはきめ細かく数値も記入されており大変素晴らしいと感じました。さらに変更前後の数値がひと目でわかるようにされてはいかがでしょうか ・業務等各種マニュアルは整備され、活用されている状況ではあるが、定期的な見直し基準が明確化されていませんでした。見直しの基準、更新の時期について検討されてはいかがでしょうか。
------------------	--

※ 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	2672600109
事業所名	三愛荘通所介護事業所
受診メインサービス (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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成26年11月20日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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。	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)			1)理念である「共に生きる」は、パンフレットやホームページに掲載されているとともに事業所内に掲示されている。理念をもとに事業計画が策定され在宅部門会議で職員に周知されている。利用者、家族には広報誌を配布し周知している。 2)法人に4つの部があり、施設内には各委員会が設置されるとともにデイ会議が月1回開催され職員の意見が反映される仕組みがある。		
(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	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)法人中長期計画(平成23年～27年)があり、それをもとに各事業所で事業計画が策定されている。在宅会議等において進捗状況の報告、課題を明らかにしている。 4)事業計画において重点課題を設定するとともに個人目標、チーム目標を設定している。課題の達成状況は半年ごとに見直しを行っている。		
(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)			5)法人全体で法令遵守に関する研修会を行っている。また、管理者は法令に関する研修に積極的に参加しているがリスト化の取り組みが行われていない。 6)管理者の役割については専決事項に定め合っているが、自らの行動について職員から信頼を得ているかどうか確認する方法を持ち得ていない。 7)日常的には業務日誌等で確認を行っている。緊急時の対応についてはマニュアルが整備され、連絡体制が構築されている。		

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	B
		(評価機関コメント)		8)法人人材育成部で人材確保と育成計画が作成され計画的に人材確保を行っている。資格取得支援については費用の一部負担、職務専念免除があるとともに法人内で受験対策講座を実施している。 9)法人において年間研修計画が定められている。デイ会議等の研修報告に管理者が出席し助言を行っている。 10)実習受け入れの基本姿勢、マニュアルは整備されているが実習指導者に対する研修は未実施である。		
(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。	A	A
		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	B
		(評価機関コメント)		11)有給休暇や時間外労働のデータ把握を行うとともに配慮している。また、入浴介助については利用者にあわせて機器を導入、送迎車についてもリフト車を導入している。 12)共済会に加入しているとともに法人として産業医と契約し週1回の来所がある。また、外部の相談窓口を紹介している。休憩室が確保されていない。		
(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)事業所情報についてはホームページ等で公開している。見学等は随時受けつけている。花火などのスポットとして地域に開放している。 14)地域貢献委員会によるクリーンキャンペーン、地域に出向き介護者教室を開催している。		

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)ホームページの内容については、閲覧者にわかり易く、必要事項についても整理して掲載されている。又事業所パンフレットを地域の行政、医療機関等に設置し、事業内容について幅広く情報提供されている。施設見学希望者に対しては、柔軟に対応できる体制が整っている。		
(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)		16)重要事項説明書を基に丁寧に説明を行い同意を得ている。また、成年後見制度、地域福祉権利擁護事業については、必要に応じて説明を行うなど活用を推進できる体制を整えている。		

(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	B
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)新規受け入れ時、退院後等身体、生活状況に変化がある場合は、アセスメントを行っているが、定期的なアセスメントの実施は行っていない。 18)利用者、家族のニーズを聞き取りそれらを基に個別援助計画策定を行っている。又必要に応じてサービス担当者会議を行っており、ご利用者自身の希望を聞き取るようにしている。 19)個別援助計画策定の際は、それぞれの分野の専門家から意見徴収を行い、計画に反映させている。 20)定期的に(6ヶ月)モニタリングを行い、個別援助計画の見直しを行っている。		

(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)利用者のかかりつけ医とは、必要に応じて(担当ケアマネを通じて連携を図っている。また、その他の関係機関等とは、常に顔の見える関係づくりを心がけており、有機的な連携が図れている。		

(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22)業務マニュアルは整備されており、業務の中で活用されている状況はあるが、定期的な見直し基準が明確化されていない。 23)管理ソフトにより一元的に管理がなされている。個人情報保護に関しては、法人として職員全員に対する研修が定期的に行われている。 24)ご利用者の状況については日々の引継ぎや毎月実施のデイ会議等で情報共有を行っている。 25)ご家族等との連携を図る為に連絡帳を作成し、利用時の様子や必要事項を伝えている。さらに送迎時の機会をとらえ、情報交換を行っている。		

(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。	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。	A	A
(評価機関コメント)		26)マニュアルを整備し、対策及び予防について職員全体が認識できる対策がとられている。しかしながら罹患利用者の受け入れについては対策が十分とはいえず、今後二次感染予防対策を行い、必要に応じて受け入れる体制づくりが望まれる。 27)利用者の帰宅後毎日施設内清掃を行っている。また、同法人の障がい者施設の利用者により浴室の清掃を行っている。		

(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
災害発生時の対応	30	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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)「緊急時対応マニュアル」は作成されているが、実践的な研修や訓練が実施されていない。(昨年度AEDが導入され、AEDについては実践的な研修を行っており、緊急時に活用できる体制を整えている。) 29)事故及びヒヤリハット報告書が対応経過まで速やかに記録され、パソコン上で確認されている。 30)水害発生地域であるため、水害発生に備えたマニュアルを作成し、職員に周知している。毎年、災害を想定した法人合同訓練を実施している。		

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)		31)「身体拘束委員会」を設置して、毎年全職員が参加する虐待防止研修を実施して防止策を確認している。 32)プライバシー保護について個別対応を検討して、同性介助を基本とし、更衣や排泄介助時にはパーテーションで区切る等の配慮をしている。 33)利用申し込みに対しては、医療行為の必要性等を検討し、可能な限り受け入れている。		
(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)		34)日頃から利用者、家族とのコミュニケーションに大切にしている。嗜好調査や意向調査を実施して、利用者や家族の声を引き出す努力をしている。 35)「苦情解決委員会」を設置して、要望や苦情を収集しサービス提供に役立っている。 36)重要事項説明書に第三者への相談方法について記載し契約時に説明している。また、法人本部に総合相談センターを設置して必要に応じて対応している。		
(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スタッフが積極的に参加している。	B	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	B
		(評価機関コメント)		37)毎年、嗜好調査、満足度調査を実施して、サービスの質向上に役立っている。 38)毎月、施設全体で「企画運営会議」を開催して、運営進捗状況、サービスの質の向上について検討している。 39)3年に一度は「第三者評価」を受診している。質の向上のため、各種委員会で検討されているが、その課題を次年度に反映されるしくみがない。		