

アドバイス・レポート

平成 27年 3月 5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26年12月15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与謝の園につきましては、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>(通番8) 質の高い人材確保 地域性もあり有資格者を採用することは困難とのことですが、入職後に資格を取得され、介護職の50%以上が介護福祉士の資格を取得されています。また人材育成と人材確保のために人事管理システムを導入し、業務管理評価シートを使用して個別指導をする等、職員のモチベーションアップに努めておられます。</p> <p>(通番18) 利用者、家族の希望尊重 個別援助計画等の策定にあたり、サービス担当者会議に家族の参加を積極的に呼び掛けていたり、要望確認だけでなく、プランに対する満足度アンケートを定期的実施しており、希望や要望を反映させられるよう努めておりました。</p> <p>(通番30・31) 人権等の尊重・プライバシー等の保護 身体拘束ゼロ検定、点検表、禁句集、委員会の設置、会議の開催等、人権の尊重に対する取り組みは積極的に行われています。事業計画にも謳われており、全職員が虐待行為に対する意識が高く、日々のケアを振り返る事で不適切なケアが提供されていなかを見直す言動チェックシートも活用されており、尊厳の保持やプライバシーの保護に努めておられます。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施 施設内研修が計画的に企画されておらず、特に施設運営基準で規定されている研修に関しては実施されることが必要と感じました。また外部研修に参加していることは旅費精算書で確認できましたが、復命書に関しては保管されていませんでした。</p> <p>(通番28) 感染症の対策及び予防 感染症に対する研修の実施が規定数確認できませんでしたので、実施する必要があると感じました。</p> <p>(通番33) 利用者の決定方法 第三者（行政担当者）も参加する入所検討委員会を定期的開催されていますが、議事録が作成されていません。議事録の作成と保管に関しては入所規程にも明記されており必要となります。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施 施設内研修を計画的・段階的に企画し、特に施設運営基準に定められている研修は漏れがないように計画に入れることをお勧めします。外部研修には積極的に参加しておられるので、提出された復命書は保管されることをご検討ください。</p> <p>(通番28) 感染症の対策及び予防 感染症に対する研修を規定数実施し、研修内容の資料や実施日時参加人数が確認できる報告書等の作成、保管をされることをお勧めします。</p> <p>(通番35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 要望や苦情については、その後の対応や実施状況を確認できる仕組みがあれば更なる質の向上に繋がると思います。その内容を家族等にも報告する事により、新たに意見や要望を事業所に伝えやすい環境が構築される為、年に1回開催される家族懇親会に報告する機会を設ける事や、アンケート集計結果と合わせて事業所内への掲示等もご検討ください。</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 | 2672000094 |
| 事業所名 | 特別養護老人ホーム 与謝の園 |
| 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、通所介護、訪問介護、訪問入浴介護、居宅介護支援、介護予防短期入所生活介護、介護予防通所介護、介護予防訪問介護、介護予防訪問入浴介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成27年1月27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) | | 組織の理念及び経営方針を、職員・利用者・家族等に対して掲示・広報誌・会議等で周知に努め、それらをサービス提供に繋げるために「三つの誓い」として具体化しておられました。各種記録から現場職員の自主性を大切にされた組織運営されていることも確認できました。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | (評価機関コメント) | | 中長期計画を法人として具体的に示されていないため、単年度計画に従って事業計画や重点目標が策定されています。策定は組織的に行い、職員の意向の反映に努めておられますが、進捗状況をチェックする体制が整備されていませんでした。 | | | |
| (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、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) | | 職務分掌には管理者分のみ記載されていませんが、実際には職員と協働して方針策定や運営にあたっておられました。管理者自らの評価をする仕組みは確認できませんでしたが些細なことでも丁寧な対応がされている点は評価できます。 | | | |

| 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。 | B | B |
| | | 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) | | 人材育成と人材確保のために人事管理システムや業務管理評価シートで個別指導をして、職員のモチベーションアップに努めておられます。施設内研修が計画的に企画されておらず、特に施設運営基準で規定されている研修に関しては実施されることが必要と感じました。 | | |
| (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 | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 計画的な有給消化、育休・産休の取得、福利厚生面に力を注ぐ等、労働環境に配慮がされています。しかし職員の身体への負担軽減の為には介護機器の導入が充分ではないと思われます。今後、ハラスメント規定策定やメンタルヘルス維持の為の体制整備が求められます。 | | |
| (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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 地域に対して複数のツールを使い法人・事業所情報の提供に努め、また与謝町社協と協働して地域ボランティアを積極的に受け入れる体制が整備されていました。数種の公的な委員会や地域の研修会等に職員を派遣していることも確認できました。 | | |

| 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 | 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) | | 利用者に対してはパンフレット・ホームページ・広報誌・施設内掲示等を利用して情報提供しています。特に初回契約時には丁寧に説明し、問い合わせや事業所見学の希望に対しても、その都度対応する仕組みが確立していることがヒアリングで確認できました。 | | |
| (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) | | 重要事項説明書にサービス内容、料金等が記載されており、同意書には本人及び家族等の代理人の署名捺印を確認しました。 | | |

| (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) | | 入所時と3ヶ月毎にアセスメントを実施し、個別援助計画を作成しておりました。また、モニタリングを元に、サービス担当者会議を多職種出席にて開催しており、個別援助計画の見直しが行われていました。 | | |
| (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) | | 地域包括支援センター等、関係機関と密に連携が図られています。医師との連携も、連携シートを使用して円滑な情報の共有が図られており、利用者の支援体制を築かれています。 | | |
| (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 | 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) | | 業務マニュアル、手順書等が整備されていました。見直しもされていましたが、PC内閲覧ではなく、職員が活用し易いよう書面として配備する等の工夫が必要と思われます。日々のサービス実施の記録がなされ、職員間の共有体制も確認できました。 | | |
| (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 | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | | 感染症の対策及び予防に関するマニュアルが整備され、施設内にも啓発ポスターや汚物処理手順の掲示がありましたが、感染症に関する研修が規定数実施されているという実施報告書が確認できませんでした。 | | |
| (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。 | B | B |
| 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) | | 事故や緊急時の対応マニュアルが整備されていました。リスクマネジメント委員会にて事故等の再発防止に向けて検討がなされていますが、マニュアルの定期的な見直しに関して活用されていることは確認できませんでした。 | | |

| 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 |
| 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。 | B | B |
| | | 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。 | B | B |
| | | 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 | B |
| | | (評価機関コメント) | | 尊厳やプライバシーに関する研修や委員会の開催等を事業計画にも盛り込まれており、計画的に行える体制が確認できました。また、「禁句集」の作成や「身体拘束ゼロ検定」など独自の取り組みは評価できます。研修の議事録や入所判定に関する記録は残しておくことが必要となります。 | | |
| (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。 | B | 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。 | B | B |
| | | 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) | | 意見や要望を拾い上げる為にご意見箱の設置や満足度調査、居室担当（主・副担当制）も複数体制で意見を出しやすいように工夫されていました。介護相談員の受け入れや、リスクマネジメント委員会、ユニット会議の定期的な開催により、情報を共有化しています。公的機関の苦情相談窓口は重要事項説明書や施設内に掲示されています。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 満足度調査や年に1回開催されている家族懇親会等で収集した意見等を会議で検討し、改善出来るところは積極的に取り組まれています。また、第三者評価も3年毎に受診されており、更なるサービス向上に努めています。 | | |