

アドバイス・レポート

平成28年1月21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27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特別養護老人ホーム岩滝あじさい苑につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	(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、入職後に施設内で勉強会を実施して資格取得を支援し、介護職の40%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、キャリアパス制度の導入や福利厚生を充実させるなど、4分野17項目の必要項目を整備して「きょうと福祉人材育成認証事業所」の認証を受けている点は高く評価できます。 (通番30) 災害発生時の対応 地域との連携を意識したマニュアルは確認されなかったが、緊急時の連絡体制がしっかりと確立されており、各フロアにて月に1回災害発生時の訓練が実施されています。防火管理者資格保持者も多く、災害発生時の対応に積極的に取り組まれています。 (通番31) 人権の尊重 理念、運営規程に明示され、職員に対する研修が実施されています。研修に参加出来ない職員にも資料を配布し、全職員が理解できるようにされていました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	(通番3) 事業計画等の策定 法人として中長期計画を具体的に示されておらず、単年度計画に従って、利用者アンケートの調査結果等を勘案した事業計画が策定されています。また計画の達成状況を見直す体制が整備されていない点も残念でした。 (通番25) 利用者の家族等との情報交換 家族が施設近隣に居られる場合は、利用料を支払いに施設に来て頂いた際に利用時の様子を伝える等の取り組みを実施されていますが、遠方にお住まいのご家族や施設に来所される機会が少ない家族への状況報告は6ヶ月に1度となっている為、状況報告の実施時期の見直しが必要と感じられます。 (通番37) 利用者満足度の向上の取組み 満足度調査を実施し、検討はされていますが、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたか計画的に検討が出来ていない点に関して見直しが必要だと感じられます。また「苦情やご意見が一件もないことはあり得ない」ということが現場に定着することが必要であると感じます。
具体的なアドバイス	(通番3) 事業計画等の策定 調査当日、中長期計画は立てられていないが、今年度より法人内の施設長会議で検討し始めているとのことでした。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、可能な部分から明確にされることをお勧めします。また、計画達成状況の見直しが出来ていないとのことでしたが、業務レベルでの計画達成状況に関しては各部署の毎月の会議にて確認されていたので、同様の流れを構築されては如何でしょうか。 (通番25) 利用者の家族等との情報交換 状況報告の実施時期を検討されては如何でしょうか。 (通番37) 利用者満足度向上の取組み 検討会議の中で定期的に確認を行い、サービスの質の向上に役立てる仕組み作りをされては如何でしょうか。

※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)

※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	2672000045
事業所名	特別養護老人ホーム 岩滝あじさい苑
受診メインサービス (1種類のみ)	特別養護老人ホーム 岩滝あじさい苑
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護、短期入所生活介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成27年11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。	B	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ホームページ・広報誌・掲示板・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。	B	A	
	(評価機関コメント)		中長期計画が明確でないため、単年度計画に従い利用者満足度調査と職員意向を反映した事業計画が策定されていますが、達成状況を見直す体制は整備されていません。業務レベルでの計画は設定され、改善達成状況も部署の毎月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)		法令遵守に関する規定があり、法人や施設で研修を開催し事業所内で各種法令が閲覧できます。管理者は職員と協働して施設運営にあたり、アンケートや面談等で職員の思いを汲みとる努力をし、管理者自身も法人から面談・評価・指導を受ける体制が構築されています。			

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
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	A
		(評価機関コメント)		介護職の40%以上が介護福祉士の資格を取得し、キャリアパス制度や福利厚生を充実させ、きょうと福祉人材育成認証事業所に認証されています。研修に関しては、キャリアパスを基に企画・実施し、受け入れ態勢を整備した上で数多くの実習生を受け入れられています。		
(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)		スライディングボードの活用・腰痛ベルトの無償配布・腰痛体操・リフレッシュ休暇や有給休暇の取得推進・職員用意見箱・個別面談等、数多くの取り組みを実施し、産業医と共に館内巡視をして環境整備の必要性をチェックする等、働きやすい環境作りに努力されています。		
(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。	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、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。また町の公的な委員会に職員を派遣したり、施設内でキャラバンメイト委員会を作って地域の認知症サポーター養成に努力されています。		

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)		利用者が見やすいホームページやパンフレットの作成がなされており、施設見学についても随時希望に応じて対応されていました。見学者の対応記録が整備をされていない点が残念でした。		
(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)		サービス開始時には、契約書・重要事項説明書使用して利用者への説明がなされている事が、ヒヤリングや書類から確認できました。現在成年後見制度利用者は居られませんが、受け入れ実績がありました。		

(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。	B	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。	B	A	
(評価機関コメント)		3ヶ月・6ヶ月毎の定期的な見直し、体調に合せた見直しが多職種確認のもと行われており、利用者・家族の意向を確認したアセスメントが実施されていました。			
(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)		利用者が退院をする際には、必要に応じて退院カンファレンスに出席し連携室との連絡調整も行っておられました。			
(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、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。	A	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	B	
(評価機関コメント)		各種マニュアルが整備され、入職時には配布・新人研修等で説明が実施されていました。また日々の情報を共有する仕組みがしっかりと確立されていました。マニュアルの見直し時期、家族への近況報告を配布する時期の検討が必要と思われます。			
(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。	A	A	
(評価機関コメント)		施設内は、整理整頓がなされ臭気対策も実施されていました。感染対策マニュアルの見直しが年1度実施されていませんでした。			
(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。	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)		事故報告書やヒヤリハット報告書が作成され、検討会が実施されていました。月に1度、各フロアで防災訓練が実施されており施設全体としては年2回の避難訓練も実施されていました。地域との連携を意識したマニュアル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。	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)		運営規程に明示し、職員への研修を実施することで高齢者の尊厳に配慮したサービス提供が行われています。また、入所基準を設け、入所検討委員会で優先入所に関する評価表を用いて公平、公正に審議されていました。			
	(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	B	
	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)		満足度アンケートを実施し、意見・要望・苦情を拾い上げる仕組みや公的機関等の窓口を重要事項説明書等に記載し周知されていましたが、利用者への個別の相談面接や利用者懇談会が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	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)		満足度アンケートは実施されていましたが、検討結果に基づくサービスの改善が計画的に検討できていませんでした。各種委員会・各部署会議内で検討体制を整備されており、出席できない職員にも内容を回覧し、周知されていましたが、定期的な自己評価の実施がされていませんでした。			