

アドバイス・レポート

平成28年9月28日

平成28年7月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた はまなす苑通所介護事業所 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13 地域への情報公開) フェイスブック、ホームページを開設して情報を公開しています。毎月「さとメール」を地域に配布しています。外出活動を地域とのかかわりを意識したもの(買い物、大衆演劇、文化祭やミカン狩り、学童との交流等)にしています。</p> <p>(通番29 事故の再発防止等) 法人内のすべての事故・ヒヤリハット報告書をパソコン内に共有化していました。事故、ヒヤリハットの報告はタブレットパソコンにて入力できるようにしていました。事故防止委員会にて要因分析、改善策を検討し、その後の経過までをミーティングで周知し、再発防止に取り組んでいました。</p> <p>(通番31 人権等の尊重) 利用者の人権や尊厳を尊重したサービス提供については権利擁護行動指針に基づき支援が実施されています。身体拘束委員会を設置しています。不適切ケアの検討会や実践報告会等で、虐待防止についての具体策を周知しています。</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) 単年度事業計画については、その過程で利用者アンケートなどをもとに現状分析を行い、課題や問題点を明らかにして、各事業所において事業計画を作成していました。 しかし、中長期計画が策定されていませんでした。近年、めまぐるしく変わる情勢の中で、安定した組織運営を行っていくうえでは、中長期のビジョンが必要とされます。構想はあるとのことですが、ぜひ明文化するとともに職員と共有化されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番4 業務レベルにおける課題の設定) 年間の各業務レベルにおいて課題が設定されていましたが、事業計画の課題評価が行われていませんでした。あわせて、見直しの時期と方法について定められていませんでした。年度途中の振り返りをされるとともにPDCAサイクルを意識した取り組みを検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者ごとの記録について通所介護計画に基づいた記録が十分になされていませんでした。記録にかかる研修をされてはいかがでしょうか。また、法人の「文書取扱い規定」「個人情報取扱い規定」はありましたが、見直しがされてませんでした。</p> |

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>はまなす苑通所介護事業所は由良川河口の西側、宮津市の東南部に位置し、若狭湾に面した海岸平地の集落にあります。</p> <p>平成12年に法人内の組織再編で天橋の郷が主体となって定員20名の通所介護事業所として運営されています。「利用者の活力となる支援」「利用者が元気になる支援」「人としての尊厳を維持できるような支援」という3つの柱を大切に実践がされていました。</p> <p>当日の訪問の中で、「施設の中のことだけでなく、その根本となる地域の問題に働きかけることが大切」とお伺いしました。</p> <p>その言葉はすべての実践に位置付けられており、隣接した公民館の学童の受け入れや地域住民を対象にした介護教室や相談会やオレンジカフェを実施したり、外出プログラムでは、近隣での買い物や食事、ミカン狩りなど地域とのかかわりを意識したものとなっていました。</p> <p>具体的な支援場面については、小グループに分かれ、一人ひとりに合ったプログラムが取り組まれていました。また、職員の子どもが日常的にボランティアで通ってくるなど家庭的な雰囲気がお伺いしました。</p> <p>運営面においては、法令順守規定が策定されており、それに基づいた関係法令等の情報収集もしっかり行われていました。個別援助計画の策定に当たってはFIM補足介護情報(アセスメント様式)を利用した、身体的な状況について正確なアセスメントが実施されていました。また、多職種の連携によるアプローチがきちんと行われており、評価できます。</p> <p>あわせて、人権の尊重もしっかりと位置付けられ、権利擁護行動指針に基づく支援の徹底、不適切ケアの検討などが行われていました。</p> <p>これまでの取り組みは、住み慣れた地域で暮らし続けるそのものと思われま。今後も、由良地域に根差した高齢者福祉の推進役としてますます発展していかれることを期待します。</p> <p>特に改善が望まれる点以外の具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・管理者の役割については権限委譲確認書や職務内容等に定められていましたが、管理者の自らの権限と責任について表明したものを確認できませんでした。また、自らの行動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。人事考課の項目に加えるなど具体化されることを期待します。 ・実習生に対するオリエンテーション資料やマニュアルは整備されていました。しかし、基本姿勢の明文化及び受け入れのための態勢の整備がされていませんでした。改めて見直しされることを望みます。 ・介護マニュアルをはじめとした業務マニュアルはきちんと作成されていました。また、法人の委員会にて、必要に応じて見直しはされていました。しかし、定期的な見直し及びその基準が定められていませんでした。定期的な見直しのルールを定めることを望みます。 |
|------------------|--|

※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 | 2672100043 |
| 事業所名 | はまなす苑通所介護事業所 |
| 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) | 居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 平成28年7月29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思決定を行い、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) 理念については、ホームページに掲載しているとともに事業所内に掲示されていた。年度初めの職員会議にて職員に周知している。パソコン内の共有フォルダーで閲覧可能な状態にしている。 2) 管理者が作成した施設方針に基づき課題を提示し、事業所の会議を経て事業計画等を作成していた。職務権限については権限移譲確認書に明記されていた。 | | |
| (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) | | | 3) 利用者アンケートなどをもとに現状分析を行い、課題や問題点を明らかにして、各事業所において事業計画を作成している。しかし、中長期計画は策定されていない。 4) 年間の各業務レベルにおいて課題が設定されているが、27年度活動計画の課題評価が行われていない。見直しの時期と方法について定められていない。 | | |
| (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。 | 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) 法令順守規定が策定されており、それに基づいた関係法令等の情報収集も行われている。個人情報保護や人権擁護等の関係法令に関する研修を管理者が職員会議にて行っている。 6) 管理者の役割については権限委譲確認書や職務内容等に定められている。管理者の自らの権限と責任についてを表明していない。自らの行動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ない。 7) 日常的業務は業務日誌等で確認をしている。緊急時対応についてはマニュアルが整備されている。職員は携帯電話を所持しているとともに連絡体制が明確化されている。 | | |

| 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 8)きょうと福祉人材育成認証制度の認証を受けている。採用後の資格取得にあたっては支援を行っている。介護福祉士の資格手当制度がある。三つの誓いで求める職員像を示している。非正規から正規登用への道がある。 9)キャリアパスに基づく研修体系がある。新人に対してはプリセプター制度を導入している。委員会を中心とした実践報告会を年度末に実施している。 10)実習生に対するオリエンテーション資料やマニュアルが整備されている。基本姿勢の明文化及び受け入れのための態勢の整備がされていない。 | | |
| (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、スタッフが充分に休むことができ、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) | | 11)有給休暇の取得、時間外労働などを本部にて把握している。必要に応じて勤務上の配慮を行っている。京都府のワークライフバランス認証を受けている。職員の負担軽減のため、腰痛ベルトの支給、リフト浴を導入している。 12)産業医の配置と合わせ、安全衛生委員会を中心として職員のストレスチェックを含めたメンタルヘルス対策を行っている。ソウエルクラブに加入して、職員の福利厚生を図っている。職員意見箱を設置し、意見を出しやすい工夫をしている。相談室を活用し、職員の休憩室を用意している。 | | |
| (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)フェイスブック、ホームページを開設して情報公開している。毎月「さとメール」を地域に配布している。外出活動を地域のかかわりを意識したもの(買い物、大衆演劇、文化祭やミカン狩り、学童との交流等)にしている。 14)ゆら・リング・カフェ(認知症カフェ)や介護教室を開催している。食事、介護技術、高齢者医療などについて業所が持つ機能を還元している。 | | |

| 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。 | B | A |
| | | (評価機関コメント) | | 15)事業内容を確認できるホームページやパンフレットで情報提供をしている。随時、施設見学や体験できる体制をとっている。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 16)重要事項説明書や契約書においてサービスの内容や料金が記載されている。契約時に担当者が説明している。 | | |

| (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 | 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 | 定期的又は必要に応じて、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)アセスメント様式(FIM補足介護情報)を利用して、身体的な状況把握等正確なアセスメントを実施している。定期カンファレンスにて利用者の状況評価を確認している。 18)サービス担当者会議等を通じて、利用者や家族の希望・意向を把握している。それに基づいた個別の通所介護計画が作成されている。 19)介護支援専門員から提供される計画書及びサービス担当者会議等の情報をもとに、通所介護計画を作成している。サービス担当者会議には多職種が参加している。 20)「個別機能訓練計画書」は毎月作成し、3ヶ月に1回の頻度でモニタリングを実施している。 | | |
| (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) | | 21)近隣にある利用者の主治医である診療所の医師と日常的にかかわっている。地域包括ともサービス提供状況についての照会を送るなど連携をとっている。退院前カンファレンスを行っている。 | | |
| (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、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 | B |
| 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) | | 22)介護マニュアルをはじめとした業務マニュアルが作成されている。法人の委員会にて、必要に応じて見直しているが、定期的な見直しの基準が定められていない。 23)利用者ごとの記録について通所介護計画に基づいた記録が十分になされていない。法人の「文書取扱い規定」「個人情報取り扱い規定」はあるが、見直しがされていない。 24)朝礼、就業後のミーティングにて利用者の情報共有を行っている。月1回開催されるデイ会議で利用者の状況について話し合い、ケアの統一を図っている。小規模の事業所であり、日常的に全職員が情報共有できる体制である。 25)家族とはサービス担当者会議、連絡帳や送迎時に情報交換している。自宅での介護の相談にも応じている。広報誌「さとめーる」を配布して日常の様子を伝えている。 | | |
| (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、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 | A |
| (評価機関コメント) | | 26)来所時の手洗い等の対応を徹底している。感染症対策マニュアルを項目ごとに整備している。年に1回は研修会を実施している。嘔吐物処理は写真で表示し、感染予防対策委員が物品の確認を行っている。 27)利用者が利用するスペースは整理整頓及び衛生管理を行っている。清掃は毎日夕方に専門の職員が行っている。超高度銅イオン水にて手指消毒や臭気対策などの衛生対策を行っている。 | | |

| | | | | |
|------------|----|--|---|---|
| (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。 | C | A |
| (評価機関コメント) | | 28) 事故・緊急時対応マニュアルを作成して、場面に応じた対応をしている。事故・緊急時の責任者、指揮命令系統をマニュアルに明記している。マニュアルの改定時に職員への周知を行っている。 29) 法人内のすべての事故・ヒヤリハット報告書をパソコン内に共有化している。事故、ヒヤリハットの報告はタブレットパソコンにて入力できるようにしている。事故防止委員会にて要因分析、改善策を検討し、その後の経過までをミーティングで周知し、再発防止に取り組んでいる。 30) 災害発生時対応マニュアルを作成している。地域を意識した消火、避難訓練を年2回実施している。行政の指示している原子力災害に対する訓練を地域ぐるみで行っている。 | | |

| 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) 利用者の人権や尊厳を尊重したサービス提供については権利擁護行動指針に基づき支援が実施されている。身体拘束委員会を設置している。不適切ケア検討会や実践報告会等で、虐待防止についての具体策を周知している。 32) プライバシー及び個人情報の保護に関する規定がある。それを用いて管理者が年に一度研修を行っている。実習生やボランティアにも徹底を行っている。 33) サービス利用者等の決定は、公平公正に実施されている。基本的には対象となるケースで断ったことはない。 | | | | |
| (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。 | B | A | | |
| (評価機関コメント) | | 34) 定期的に行われるサービス担当者会議やアンケート調査等から、利用者の意向を把握している。苦情解決のシステムについては利用契約書に明記している。外部の窓口として第三者委員を5人置いている。 35) アンケート調査で得られた利用者の意向は、改善策と共に公開し、サービスの向上に役立っている。法人居宅部門のサービス検討委員会にて対応して具体的改善を行っている。 36) 公的機関等の相談窓口の電話を重要事項説明書に記載して契約時に説明している。宮津市の介護相談員に3か月に一度、訪問してもらい相談機会の確保を行っている。 | | | | |
| (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。 | B | 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 | 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 | A | | |
| (評価機関コメント) | | 37) 利用者アンケート調査を年1回実施し、調査結果を職員で共有してサービスの質の向上に役立っている。 38) 業務運営会議、居宅部門運営会議、拘束禁止・事故防止委員会を定期的に行い、サービス改善のために取り組んでいる。また、改善策等を職員に報告、共有するという仕組みがある。 39) 定期的に第三者評価を受診している。自己評価を組織的に行う仕組みがあり、サービス内容の課題を明確にしている。 | | | | |