

アドバイス・レポート

平成28年12月 9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28年9月23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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>Ⅱ－(3)－通番13 介護オープンデー（見学会）、いちがお園まつりをそれぞれ年1回開催し、地域住民にいちがお園や介護のことを理解してもらうよう努め、地域との繋がりを大切にされていました。</p> <p>Ⅲ－(3)－通番18、19 計画書見直し前の事前面接の実施、本人参加のサービス担当者会議の開催等により、利用者及び家族の思いを尊重すると共に、各専門職と連携が図られた個別援助計画を作成されており、利用者本位のサービスを提供されていました。</p> <p>Ⅳ－(1)－通番31・32 利用者の人権やプライバシー保護の研修にて周知され、排泄介助時の荷物バックや介助後の移動経路に配慮するなど行動にも移されていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>Ⅰ－(3)－通番5 管理者等は遵守すべき法令等を理解し、職員には必要関係書類の保管場所を周知しているとのことですが、法令等は明確化されていませんでした。</p> <p>Ⅲ－(5)－通番22 「夏場における暑さ対策マニュアル」等、多種にわたるマニュアルを整備されていましたが、マニュアルの見直し及び、更新されていないマニュアルも多い状態でした。内容に変更がなくても年1回の見直しは必要と思われます。</p> <p>Ⅳ－(2・3)－通番34・37 平成25年以降、利用者満足度アンケートが未実施であったり、平成26年度中の苦情が2件など、利用者・ご家族の要望・意見・苦情を拾い上げる仕組みの構築が必要と感じられます。</p>
具体的なアドバイス	<p>Ⅰ－(3)－通番5 遵守すべき法令等をリスト化によって明確にし、職員がすぐに調べることができるよう整備されてはいかがでしょうか。</p> <p>Ⅲ－(5)－通番22 各種マニュアルの見直しに関する責任者（担当者）を選任すると共に、見直し時期、方法を明確にして、確実にマニュアルの見直しが行える体制を構築してはいかがでしょうか。</p> <p>Ⅳ－(2・3)－通番34・37 利用者・ご家族の意見や要望を拾い上げる継続性ある体制づくりを検討されてはいかがでしょうか。</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	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)	無
訪問調査実施日	2016年11月14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。	B	A	
	(評価機関コメント)		理念や方針は、事業所内掲示、ホームページ、広報誌、入職式、利用者家族会にて周知されています。職員が中心となって作ったユニットケアの理念に基づいてサービスが提供されていました。また目的が明確にされた各種会議によって職員の意見が集約されていました。			
(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	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		中長期計画を踏まえた単年度事業計画を策定され実行されていました。毎月利用者自治会を行い、ニーズの把握やサービス内容の分析に繋がっていました。評価について、年1回の報告書はありましたが、6か月経過した時点での評価の記録は作成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	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)		遵守すべき法令を明確にし、職員がすぐに調べることができる仕組みはありませんでした。組織図、職務分掌等によって管理者等の役割や責任が明確にされていました。緊急時対応マニュアルを整備し、管理者等が職員に対して具体的な指示ができる体制となっていました。			

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
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	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。	C	B
		(評価機関コメント)		職員の育成では、資格取得講座を開催されたり支援に取り組んでおられました。職員が自らを評価し専門性を高めるために、キャリアパスハンドブックや有資格者優遇制度の導入を予定されています。実習を受け入れておられますがマニュアルは整備されていませんでした。		
(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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		リフレッシュ休暇（有給休暇）は100%消化されています。外部から指導者を招き、介助方法を学ぶことで腰痛予防に繋げておられました。主任等が細かに職員とコミュニケーションをとったり、年2～3回面談を行い、要望や不満等の把握に努めておられました。		
(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。	B	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)		介護オープンデー（見学会）、いちがお園まつりをそれぞれ年1回開催し、地域住民にいちがお園や介護のことを理解してもらうよう努めてられました。また地域、学校などへの講師派遣や認知症サポーター養成講座開催にて地域貢献に努めてられました。		

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。	B	A
		(評価機関コメント)		適宜ホームページを更新されたり、毎月広報紙を発行して、利用者家族及び地域住民へ配布されていました。内容も施設行事や取り組み等が分かりやすく記載されていました。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		重要事項説明書を用いてサービス内容、利用料金等を説明され同意を得られておられました。成年後見制度及び地域福祉権利擁護事業に関しては、必要に応じて入所申請時から、京丹後市社会福祉協議会と連携を図り、事業を提案するなどの取り組みが行われていました。		

(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)		3ヶ月毎に、看護師・管理栄養士等の専門職が参加したカンファレンスを開催されています。また、必要に応じてショートカンファレンスを開催したり、計画見直し前には利用者面接を実施。利用者及び家族の思いを尊重する個別援助計画を作成されていました。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		嘱託医師の往診時に医療的見地からのアドバイスを受けるなどの連携体制は確保されており、協力医療機関である京丹後市立弥栄病院と入退院に関する連携が図られていました。また退院カンファレンスへの参加により、退院後の処遇に活かされていました。		
(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、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。	B	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。	B	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)		「夏場における暑さ対策マニュアル」等、多種にわたったマニュアルを作成されましたが、見直し基準が無く更新されていないマニュアルも多い状態でした。利用者の身体状況については、定時の申し送り、記録の閲覧にて職員間の情報共有をされていました。		
(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、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	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。	B	B
(評価機関コメント)		3ヶ月毎（冬季は毎月）に、感染症委員会が開催されており、マニュアルの見直し、啓発ポスター作成等の感染予防活動に取り組んでおられました。廊下に車椅子との物品が雑然と置かれており、中には汚物も有り、清潔と不潔の区別がされていない状況でした。		
(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。	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)		月1回リスクマネジメント委員会を開催、委員会では各ユニットでの事故を再分析し、再発防止に向けた取り組みがなされていました。有事マニュアルを整備し、指揮命令系統を明記。年2回の防災訓練も実施されましたが、地域との連携が未実施の状況でした。		

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	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)		入所には第三者委員が参加し公平性をもって判断されていました。利用者に対するプライバシー保護については、新人研修と2年目の研修で周知を図られていました。		
(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。	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		意見・要望を拾い上げる仕組みとして、家族会の開催・イベントへのご家族の参加など取り組みを実施されていました。利用者・家族からの苦情にも内容に合わせて素早く対応されていました。		
(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。	C	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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		毎月ユニット会議を実施されケアの質向上に取り組まれました。平成25年度以降満足度アンケートなどが未実施であったり、自主点検表以外の自己評価を実施されていませんでした。		