

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 8 月 21 日

平成29年5月10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まほろば 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 9 継続的な研修・OJTの実施 研修計画が整備されており、日常で気づいたことを、気づき報告書として作成し、職員間で共有されています。また、外部の介護アドバイザーと契約し、サービスの質の向上に努めています。</p> <p>通番 29 事故の再発防止等 事故や緊急時の対応、事故の再発防止等に関して、各フロアでリスクマネジャーを1名任命しています。リスクマネジメント委員会が必要と判断した事例に対して、事故調査を行い、再発防止に努められています。</p> <p>通番 38 質の向上に対する検討体制 サービスの質の向上にかかる検討委員会を定期的開催し、各職種が参加しています。その内容を記録し、職員に周知徹底されています。具体的には、利用者の意欲向上のための外出（墓参りや買い物、外食等）の企画や、他の施設を見学して風呂場の改修の参考にする等の取組を行っています。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>通番 12 ストレス管理 職員の休憩場所や仮眠室が広く整備されています。外部の産業医と契約し、職員の意見を聞く機会がありますが、より個人情報に配慮して相談できる仕組みを検討されることをお勧めします。</p> <p>通番 20 個別援助計画等の見直し 計画を見直す時期や手順、計画を変更する基準を定めたものが確認できませんでした。計画作成に関するマニュアル等を作成され、一連の流れを整理されることをお勧めします。</p> <p>通番 25 利用者の家族等との情報交換 利用者の家族には面会時に利用者の日々の様子を伝え、情報提供・意見交換を行っているとのことでしたが、全利用者・家族と定期的に情報提供や意見交換されることをお勧めします。</p>

具体的なアドバイス

- ・職員から外部の産業医にメール等で直接相談できる体制を整備することで、職員の相談に対する不安が解消され、更なる安心につながると思われます。
- ・家族との情報共有や意見交換について、全ての利用者・家族と定期的実施できるようなルールを定めることで、今以上に家族との信頼関係が構築されると思われます。
- ・個別援助計画作成に関する手順書等を作成され、個別援助計画作成の流れ、それに関する記録の整理をされるとケアマネジャーのみでなく、個別援助計画作成の流れが他職種にも周知でき、チェックの体制が一段と確立すると思われます。

※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	2674000027
事業所名	特別養護老人ホームまほろば
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 介護予防短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成29年5月23日
評価機関名	一般社団法人京都私立病院協会

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)		組織の理念は、利用者・家族には施設内の掲示やホームページ・パンフレット等で周知されています。職員には院内研修で周知されています。運営管理者はリーダー会議にて組織としての意志決定について報告し、組織規程にて職務権限を明確にしています。			
(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。	A	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)		事業計画を作成し、目標を設定し、課題等を取り上げ、リーダー会議にて職員間で共有しています。また、その取り組みに対し、評価シートを用いて6ヶ月ごとに評価しています。			
(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。	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)		法令遵守については、管理者等が研修会に参加し、施設での勉強会も実施しています。施設内外の事故等の状況がすべて運営管理者に報告される体制がありますが、職員が運営管理者を評価する制度はありませんでした。			

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
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。	B	B
		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)		有資格者を優先的に採用し、年間の研修計画が作成されています。外部の介護アドバイザーと契約し、研修・指導を受け、施設内で知識・技術の向上を図られています。採用後の資格取得支援制度がありませんでした。		
(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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		有給休暇消化率・時間外労働は事務局が管理し、休憩室等の環境も整備されています。外部の産業医と契約し、月1回相談できる体制があります。しかし、相談は施設の事務局を通じて行わなければならない、より個人情報に配慮した仕組みの整備が課題とされます。		
(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	B
		(評価機関コメント)		ホームページや広報誌「十人十色」で広報を行い、地域の運動会や中学校の行事に職員が参加しています。また、管理者が介護認定審査会の委員を務めています。施設の行事としてまほろば祭を実施していますが、地域での専門的な講習・研修の実施が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
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)		広報誌を年2回発行されています。また、施設の玄関には重要事項説明書や施設案内、満足度調査の結果等を掲示し、施設の概要がわかりやすく伝わるよう工夫されています。施設見学や問い合わせにも事務職員、生活相談員が随時対応されています。		
(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)		生活相談員より、入所前に重要事項説明書や契約書を用いて、サービス内容や料金等について説明し同意を得られています。		

(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	B
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	B
(評価機関コメント)		生活相談員が入所前面接にて利用者から収集した情報をもとに個別援助計画書を作成しています。計画書の作成に関して、計画の見直しやアセスメントの時期、モニタリングの頻度等をより明確することが望まれます。また、医師や看護師等への意見照会や、家族への状態説明、意向の確認等に関する記録が確認できませんでした。		
(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)		医師との連携体制は確立されており、看護師とも毎朝、毎夕に連絡を取られています。また、関係機関・団体のリストも作成されています。入所者の入退院時には協力医療機関との連携もしっかり取られています。		
(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。	A	A
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)		業務マニュアルは、マニュアル検討委員会にて年1回見直しをされています。文書保存規程に保管、保存、持ち出し、破棄に関するルールを明記されています。個人情報保護マニュアルを作成し、勉強会にて周知されています。また、入所者の状況等を面会時に家族に伝えているとのことでしたが、定期的な取り決めはなく、記録が確認できませんでした。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		感染対策委員会にて感染症の対策及び予防に関するマニュアルを作成されています。また、勉強会は全職員が受けられるよう、フロア毎に同じ内容を3回実施されています。清掃専属の職員を配置し清掃が行き届いています。臭気対策も十分に行われており、臭気は感じられませんでした。		

(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・緊急時の対応に関するマニュアルを作成し、研修も実施されています。事故の再発防止に対して、各フロアに1名のリスクマネージャーを設置し、必要に応じてリスクマネジメント委員会が事故に関する調査を行い再発防止に取り組まれています。災害発生時の対応はマニュアル化され、消防訓練や水害訓練を実施されています。マニュアルには、施設内での対応や手順、役割等は記載されていますが、地域との連携に関しては記載されておらず、訓練も施設単独で実施されていました。今後、地域との連携を意識され、より地域に根差した施設へ発展されることを期待いたします。		

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
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)		法人理念や基本方針に利用者の尊厳や個別性、主体性を尊重する記載があり、利用者・家族に説明されています。人権尊重やプライバシー保護のマニュアルを作成し、研修会等を開催し、具体的な対応がなされています。利用申し込みを断ることはないとのことですが、施設として対応が困難な場合は適切な機関に紹介することができる仕組みが整備されています。			
(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。	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	B	
	(評価機関コメント)		意見箱の設置や利用者アンケート、茶話会の実施以外にも、日々の生活の中で要望や意見に対し迅速に対応する仕組みが確認できました。苦情に対しては相談受付窓口を設置し、管理者に速やかに報告され、迅速に対応する仕組みが確認できました。利用者の第三者への相談機会の確保について、外部の人材として傾聴ボランティアを受入れていることが確認できましたが、市民オンブズマンや介護相談員の設置はありませんでした。			
(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。	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)		年1回利用者アンケートを実施し、結果を分析し、利用者・家族に公表されました。サービスの質の向上を図るため、利用者の個別の外出を企画したり、職員が他の施設を見学して風呂場の改修の参考にする等工夫を行っています。自己評価は年1回実施され、組織的に評価を行う仕組みが確認できました。			