

アドバイス・レポート

平成29年1月27日

平28年6月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会医療法人社団正峰会アザレア舞鶴につきましては、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><質の高い人材確保・育成に着目した制度> 京都府人材育成認証制度を取得、宮津市、高浜市及び市内の福祉就職フェアにも足を運び、人材確保に努めておられます。入社後1週間の宿泊研修を実施し、新人教育に関してはプリセプター制度でマンツーマンの指導や機能チェックリストの活用による評価を行い、積極的な人材育成を実践されています。</p> <p><事故発生時の対応> 事故発生時の対応は、リスクマネージャーを中心に行い、事故発生時及び翌日に報告、1週間後に改善策を確認し、2週間後にはその対策に有効性があるかを確認され、速やかに再発防止対策の周知・徹底と、その対策の有効性を確認する仕組みが組織として有効に機能しております。</p> <p><地域のニーズに沿った取り組み> 地域の方を対象に、「サロンさざなみ」を月2回開催され、地域の回覧板で参加を募り、パン作りや手芸作品作り等、毎回参加者が楽しめる工夫をされておられます。又、希望者には出張講座でリハビリや栄養指導を行う等、「介護予防」「地域交流」といった着眼点での取り組みを継続しておられます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><事業計画等の策定> 年次計画については、月次の進捗確認と半期に一度の見直しを実施されていますが、中・長期計画については策定されていませんでした。</p> <p><災害時発生時の対応> 災害時を想定し、地域の消防団と連携して避難訓練を実施されていますが、地域との連携を意識したマニュアルが作成されていませんでした。</p> <p><実習指導者に対する研修> 次世代の担い手事業の職場体験として、地元の中学1年生を毎年40名～50名積極的に受入れ、また市内に専門学校が出来てから毎年実習の受け入れをされていますが、実習指導者に対する研修は実施されていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><事業計画等の策定> 理念、「クレド」(企業信条)の下、組織の目指すべき方向性と複数年でクリアすべき課題を明確にされ、策定された年次計画と連動し、より組織の安定的な運営と計画的に実践されては如何でしょうか。</p> <p><災害時発生時の対応> 地域との連携を意識した訓練やマニュアルを作成され、併せて福祉避難所も視野に入れた取組を検討されては如何でしょうか。</p> <p><実習指導者に対する研修の実施> 積極的に受け入れられている実習が、より充実するよう、実習指導者に対しての体系的な研修を企画・実践されては如何でしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2652780020
事業所名	アザレア舞鶴
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人保健施設
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	(介護予防)短期入所療養介護 (介護予防)通所リハビリテーション
訪問調査実施日	平成 28 年 10 月 21 日
評価機関名	公益社団法人京都府介護支援専門員会

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。	B	B	
	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)		理念の掲示はもとより携帯用カードで各自名札に入れ、「クレド」（企業信条）と合わせ、朝礼にて唱和し、周知・実践されています。施設内の責任者会議や舞鶴市のグループ施設の責任者の会「赤れんが会」等で現場の声を吸い上げ、参加できないメンバーについてもグループ内情報共有システムにより確認されています。			
(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	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		中長期計画の確認が出来ませんでしたが、年次計画については、業務レベル毎に担当者を決め課題の達成状況について、月次の進捗確認と半期毎の見直しが実施されています。			
(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)		遵守すべき対象となる法令は、品質マネジメントシステム（QMS）により定められた文書管理対象リストを定め、定期的に確認されていました。また、「チャレンジシート」を作成し、半期毎に目標と役割を決めて、個別面談を行い実践されています。係長連絡会、責任者会議において各部署からの課題を吸い上げるしくみとなっています。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)		市内のみならず他市の就職フェアにも参加され有資格者の確保に努めておられます。きょうと福祉人材認証制度の取得もされています。プリセプター制度による新人教育や、職能チェックリストによる技術習得の確認などがされています。中学生や専門学校から実習の受け入れを行っておられますが、実習指導者に対する研修を実践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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	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)		フロア毎にノー残業デーを設けたり、施設内に保育室を設置されています。月1回病棟の臨床心理士が訪問し相談ができる「ふくちゃんルーム」の開設や、福祉職場満足度アンケートの実施など職員が働きやすさを高める取組みをされています。休憩室は、客観的にみて十分なスペースがありましたが、職員の思いとしては更に充実を図りたいとの意見を頂きました。		
(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。	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「ふれあい」を発行し地域に配布したり、送迎付きで介護予防の観点も踏まえてうどん作りやパン作りなど「サロンさざなみ」の取組みを実施されていました。また地域への専門職を派遣する出張講座や、地元中学校への高齢者の体験講座を実施されておられました。		

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徹底						
(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)		ホームページやパンフレットに法人及び施設について分かりやすく記載されていました。施設見学に関しては電話等の依頼があった時点で詳細に記録、他の職員でも継続して対応し、実際に見学に繋げておられます。		
(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)		契約書・重要事項説明書を確認、サービス内容や料金について説明を行い、利用者・家族に同意を得ておられます。成年後見制度利用のパンフレットを用意されており、成年後見制度を利用されている実績があります。		

(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	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)		課題分析には施設で統一したアセスメントシートを使用されていました。入所翌月には必ず再アセスメントを実施、その後は3ヶ月毎の「ケアプラン会議」を開催しております。その他状態の変化、区分変更等必要に応じて会議を開催されています。事前に会議での検討内容を記載した書面を配布、施設内の多職種が要点を記入しておくことでスムーズな会議進行に努めておられます。ターミナルケアも実施されており、「ターミナルプラン会議」を開催し利用者・家族の意向に沿った対応をされています。		
(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。	B	B
(評価機関コメント)		主治医との連携、入退院時の連携、カンファレンスへの出席を記録で確認しましたが、施設として、利用者の状態の変化に応じて対応できる機関の情報等の準備がありませんでした。		
(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、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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		介護業務に関するマニュアルは、手順がチェック・評価できるシートになっています。利用者個々の状態や変化は、朝礼や申し送りの他、各自が電子カルテを随時確認できる体制をとり、情報共有に繋げておられます。面会時以外、必要に応じてご家族への報告を行っておられますが、ユニット毎に年に1回家族会を開催されています。		
(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、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	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)		感染防止委員会を設置され、年2回研修を実施されています。マニュアルは平成18年度作成のものを毎年更新されていますが、今年度はまだ改訂されていませんでした。清掃は外部委託せず、職員が定期的実施し、点検表をつけられています。		
(7) 危機管理				
事故・緊急時の対応	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)		緊急事態発生時のマニュアルや部署ごとの緊急連絡網が整備されています。リスクマネージャーを中心に、事故発生後、翌日に報告、1週間後に改善を確認し2週間後にはその対策に有効性があるかを確認されています。事故報告書、「ひやり・はっと報告書」にその内容が具体的に、記載されていました。地域の消防署立会いでの避難訓練は年1回実施されていますが、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。		
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
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	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。	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)		利用者アンケートから接遇委員会で検討し、各部署に掲示し改善する取組みなどをユニット会議議事録等にて確認しました。排泄ケアの講習と合わせてプライバシー保護の研修を外部の業者に依頼して実施されています。入所待機者等相談票からも、公平・公正に利用者の決定をされていました。		
(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。	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	公的機関等の窓口に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)		施設内の至る所にポストが設置されており、実際に利用者・家族からの投函があります。また法人理事長あてのはがきも設置されており、利用者・家族からの意見を広く拾い上げる取り組みがなされていました。第三者委員は設置されておりませんでした。		
(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スタッフ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。	A	A
		(評価機関コメント)		顧客満足度調査を年1回居宅介護支援事業所、利用者・家族を対象に実施され、分析等もされました。「赤れんが会」で市内の法人の経営者的な立場の方々が集まる場で施設の取組みを報告し、情報交換等積極的にされておりました。ISO認証取得及び第三者評価を2年毎に受診されておりました。		