

様式 7

アドバイス・レポート

令和3年12月20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

令和3年9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 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

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>(通番 8) 質の高い人材確保 地域性もあり人材確保に困難さが見受けられましたが、入職後に資格取得講座を独自に開催し、資格取得支援の取り組みを行っておられます。職員が自ら評価し、専門性をさらに高めるためにキャリアパスハンドブックの導入や外部との繋がりを持ち、必要な知識や技術を身につける取り組みも行われ人材育成と人材確保に取り組まれていました。</p> <p>(通番 25) 利用者の家族等との情報交換 ほぼ全利用者の家族が定期的にリモート面会、もしくは直接面会に来ておられ、その際に普段の様子や報告や介護に対する希望などの聞き取りがされていました。また、法人の広報誌と特養のお便りを毎月発行し、家族等に送付されていました。希望される家族には LINE を利用して、利用者の写真や動画などを家族に送ることもしており、利用者の施設での暮らしの様子について、家族等に様々な方法で情報提供がされていました。</p> <p>(通番 32) プライバシーの保護 利用者の人権やプライバシー保護の研修にて周知され、「虐待の芽チェック表」「不適切ケア報告書」を活用し日々のケアの中でも特に気を付け取り組まれていました。排泄介助時のバックの使用や介助後の移動経路に配慮するなど行動にも移され施設内の臭気にも配慮されていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>（通番 22）業務マニュアルの作成 各種マニュアル類の整備はされていましたが、定期的な見直しが行なわれていることが、確認できませんでした。</p> <p>（通番 27）事業所内の衛生管理等 車いすや備品などが廊下などに雑然と置かれている印象で、施設としても改善の必要性は感じているものの、改善には至っていませんでした。</p> <p>（通番 37）利用者満足度の向上の取り組み 毎年利用者満足度調査を実施されていますが、要望等は上がっておらず、実施された事でサービスの質の向上に繋がっていることは確認できませんでした。日常生活の中でもご利用者からの要望に応じておられますが、記録に残っていないため、広くご意見やご要望を吸い上げる仕組みの構築が必要と思われます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>（通番 22）業務マニュアルの作成 各種マニュアルについて、担当者を選任するなど見直しの意識をさらに高め、また見直しされた日が一目で確認できるように、定期的な見直しの時期を決めて、その日付を各種マニュアルに記載されてはいかがでしょうか。</p> <p>（通番 27）事業所内の衛生管理等 廊下も含め、フロア全体の配置などを見直しフロアの角などに備品の置き場所などを確保したうえで、目隠し等の設置も含め整理整頓に着手されてはいかがでしょうか。</p> <p>（通番 37）利用者満足度の向上の取り組み 事前アンケート結果からも施設に対する感謝と信頼の表れが伝わりますが、小さなご要望やご意見を引き出す観点からも、満足度調査の項目や内容を一度見直しされてはいかがでしょうか。</p> <p>日々のご利用との会話の中でご意見をより多く拾い上げる仕組みとして業務の中で負担とならず簡単に記入しやすい様式の見直し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)	特別養護老人ホーム
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	
訪問調査実施日	令和3年10月28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。	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)		法人理念は重要事項説明書への記載、事業所内掲示、月に1度発行される広報誌に明記され広く周知を図られています。各会議で職員の意見がボトムアップされる組織体系が確認できました。			
(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。	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)		各事業所の事業計画書は単年度計画に従って策定されています。策定は組織的に行い、職員の意向の反映に努めておられます。進捗状況は3か月で見直しをされ、業務改善案は運営会議で確認されています。事業計画は年度初めに全体研修で施設長から職員への周知が図られています。			
(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組みを行っている。	B	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)		管理者が必要とする法令等の研修には参加され、施設職員全員が対象となるメールでの周知を図られました。またパソコン内の『共有フォルダー』を活用され、全職員がすぐに確認できる仕組みが確認できましたが、資料の量が多い為、検索に時間を要する状態でした。フォルダー内を整理されては如何でしょうか。事業の実施状況を把握される際には独自の処遇ソフトの記録閲覧によって定期的に状況を把握されており、役職者はグループLINEを使用していつでも具体的な指示を行うことができる体制が確認出来ました。			

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。	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)		人材採用に関する指針が作成されています。また資格取得講座を独自に開催し資格取得支援の取り組みを行ってられました。職員が自ら評価し専門性をさらに高めるためにキャリアパスハンドブックを導入されています。外部との繋がりを持ち必要な知識や技術を身につける取り組みも行われていました。		
(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)		事業所全体で時間外を取らない体制作りや有給休暇の取得しやすい環境作りが確認できました。上司が日頃から細かに職員とコミュニケーションをとり、また定期的に面談を行い、要望や不満等の把握に努められています。また必要に応じて産業医に相談できる環境がありましたが、上司に報告後に産業医に連絡が行くとの事でしたので、直接相談できる仕組みを検討されては如何でしょうか。		
(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)		コロナ禍で昨年・今年と実施出来ていませんでしたが、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回開催され、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られていることが確認できました。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への貢献に努められている事が確認できました。		

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。	A	A
		(評価機関コメント)		ホームページも作成されており、施設の概要などが分かるものとなっていました。施設の見学希望者には、パンフレットなどの資料や施設内の様子を写した写真などを用いて、説明がされていました。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		サービスの開始にあたり、契約書や重要事項説明書、料金表などを用いて説明がされていました。保険外のサービスについても、別紙を作成され、料金等の説明がされていました。契約書や重要事項説明書、利用にあたっての各種同意書については、利用者、ご家族もしくは成年後見人等から署名、捺印をいただいていることも確認できました。		

(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)		アセスメント、計画書については、定期的に見直しや作成がされていることが確認できました。利用者からの希望はアセスメント実施時に確認し、家族等には面会時に希望等の聞き取りがされていました。また、介護、栄養、看護、相談の各職種がそれぞれ担当する項目について利用者のアセスメントを行い、カンファレンスにも参加されていました。		
(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)		法人の診療所の医師が施設の嘱託医として、利用者の日々の診察がされており、施設職員と医師との間の連携、また施設と地域医療機関との連携がとれていることが確認できました。地域包括支援センター、その他関係機関とも地域の行事や見守り支援等を通じて、日頃から連携体制がとれていることが確認できました。		
(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。	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	A
(評価機関コメント)		各種業務マニュアルは作成され内容の変更がされた際の日付は確認できましたが、1年ごとの見直しがされていることは確認できませんでした。記録や個人情報保護の管理については規程もあり実践されていました。施設内での情報共有については、パソコンを通してどの部署でも確認ができる体制であり、加えて毎日の申し送りが口頭でされていました。家族等には、法人の広報誌や特養のお便りを毎月作成し、ご家族に送付されていました。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		各感染症についてのマニュアルも整備され、全職員対象に研修もされていました。研修はビデオ撮影もされ、参加できなかった職員が後日ビデオを見て研修できる機会も設けられていました。新型コロナウイルスについてのマニュアルも作成されていました。施設の物品については、廊下に車いすやその他物品などが雑然と置かれており、施設としても改善の必要性は感じているものの、改善には至っていないとのことでした。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		事故や緊急時のマニュアルも整備され、緊急時の連絡体制などもフローチャートで作成されていました。事故やヒヤリハットについても、起こった際にはその日のうちに検討会議がされており、報告書も作成し、家族等への報告もされていました。自然災害などへの備えも実践され、訓練も行われていることが確認できました。		

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
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)		人権や意思を尊重したサービスの提供を法人理念で明確に掲げていることが確認できました。「虐待の芽チェック表」を用いて自己覚知を行い「不適切ケア報告書」で虐待を未然に防ごうとする体制が確立できていました。入所判定会議には第三者委員の参加もあり公平性を持って開催されていました。			
(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	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)		利用者自治会や家族会が設置され面会時等でも意見や要望を広く受け入れる体制が整っていました。ご意見、ご要望等を毎月発行されている「いちがお園だより」に掲載し、公表され事業所の信頼に繋がっていました。相談窓口である第三者の方の氏名、電話番号に加え町内名が記載されたポスターがフロアに掲示され相談しやすいものになっていました。			
(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。	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)		一年に一度利用者満足度調査を実施されていますが、感謝の言葉がほとんどで、要望等は確認できず、実施された事でサービスの向上に繋がっていることは確認できませんでした。ユニット会議での検討議題をボトムアップの体制で検討しサービスの質の向上に繋がっていることが確認できました。			