

## アドバイス・レポート

平成 29 年 1 月 16 日

平成28年 9月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 総合老人福祉施設 弥栄はごろも苑 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><b>(通番7 管理者等による状況把握)</b> 日々の状況については、ラインでの共有する仕組みや日誌や報告書などにより把握していました。管理者は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあるとともに、毎日事故報告責任者を置き、必要に応じて適切な指示を出せるようになっていました。</p> <p><b>(通番13・14 地域との交流)</b> 法人ホームページや広報誌を通じて、事業所の取り組みをはじめ福祉に関する情報を地域に発信していました。清掃活動に参加したり、地域のサロンや花見に利用者と一緒に参加していました。また、交流スペースを地域に開放していました。認知症カフェへの協力や認知症サポーター養成講座の講師派遣を行い、施設が有する機能を地域に還元していました。</p> <p><b>(通番38 質の向上に対する検討体制)</b> QC（品質管理）委員会、CS（顧客満足度）検討委員会などを設置して常にサービスの質の向上を目指していました。QC発表大会等でも質の向上への職員の意識を高めていました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><b>(通番22 業務マニュアルの作成)</b> サービス提供に関わる全般的なマニュアルは作成され、各ユニットに配布されていましたが、定期的見直し及び利用者アンケートや事故防止策などの具体案が反映される仕組みは構築されていませんでした。</p> <p><b>(通番34・35 意見・要望・苦情への対応)</b> CS（顧客満足度）検討委員会が設置されており、意見箱を設置など利用者の意見などを聞く仕組みは整備されていました。しかし、定期的な利用者への個別面接や懇談会は実施されていませんでした。また、苦情は対応マニュアルに沿って迅速に対応していましたが、改善状況は公開されていませんでした。（以前は広報誌に掲載されていた。）</p> <p><b>(通番39 評価の実施と課題の明確化)</b> 第三者評価は3年に1度受診しているが毎年自己評価を行う体制にはなっていませんでした。また、事業所が提供しているサービスそのものに対する定期的な自己評価の実施について確認できませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人みねやま福祉会は、北部地域において老人・障害・児童・保育と包括的な福祉事業に取り組み、地域に根ざした信頼性を基本とし、地域福祉の向上を目指されています。</p> <p>弥栄はごろも苑は、平成20年に開設されたユニット型施設です。全室が外に面した広い窓から山や田畑が見えるくつろげる居室空間となっています。廊下等の共有スペースには、デッドスペースが数ヶ所あり、ひとりになる空間が設けられていました。トイレや浴室、脱衣場などもしっかりプライバシーに配慮されていました。また、その人に合わせて5種類の介護食を提供するなどきめ細かい支援が行われていました。</p> <p>法人の理念及び基本方針に基づいて中期計画を策定するとともに、定期的に業務の振り返りを行い、日々の意識化を職員が自覚することでサービスの質の向上に努めています。</p> <p>また、QC委員会、CS委員会など各委員会を設置して、常に検討するシステムやキャリアパスに基づく階層別職員研修の体系が整備されていました。</p> <p>法人ホームページや広報誌を通じて、事業所の取り組みをはじめ福祉に関する魅力発信情報を地域等に発信していました。</p> <p>地域との関係では、清掃活動に参加したり、地域のサロンや花見に利用者と一緒に参加していました。また、交流スペースを地域に開放したり、子どもとの交流を積極的に行っていました。</p> <p>一方で、法令遵守に係る取組として関係法令のリスト化ができていませんでした。また、個別援助計画の策定において定期的なアセスメントの実施及び個別援助計画の変更に関する基準は確認できませんでした。日々の利用者支援の記録についても記録はされていましたが、個別援助計画に基づく記録は確認できませんでした。今後も、丹後地域に根差した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>今回の評価において改善が望まれる点のアドバイスとして以下に記載します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供に係るマニュアルは整備されていましたが、定期的な見直しやヒヤリハット、事故報告書などを分析し、マニュアルの見直しに繋げたり、ケアの改善に生かすことができていませんでした。マニュアル一覧表を整備するとともに委員会を活用して順次見直されてはいかがでしょうか？</li> <li>・苦情対応マニュアルを整備して意見要望苦情などについて迅速に対応したり、CS検討委員会を設置して検討をされていますが、その結果についての検討や公表が不十分でした。汎用的な内容については施設内の掲示や広報誌への掲載を検討されてはいかがでしょうか。</li> <li>・サービス向上のために第三者評価は受けられていますが、定期的な自己評価（自己点検を除く）の実施について確認できませんでした。自己評価基準の作成を行い、定期的な実施を検討されてはいかがでしょうか。利用者の満足度調査と連動して、サービスの提供状況を確認するための自己評価を行うことで、事業所の課題が明確化され、より一層、サービスの向上に繋がるのではないかと考えます。</li> <li>・広いスペースがある中で十分な活用ができていないと感じました。地域交流室や屋外スペースの活用方法を検討されてはいかがでしょうか。</li> </ul>
------------------	---

※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	2673300162
事業所名	総合老人福祉施設 弥栄はごろも苑
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、 地域密着型通所介護、介護予防通所介護、 居宅介護支援
訪問調査実施日	2016年11月14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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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。	A	A
	(評価機関コメント)			1. 事業所理念及び基本方針がホームページに記載され、各ユニットにも掲示している。職員への周知は、月1回のユニット会議で唱和している。事業所広報紙「yasapo」に掲載し、家族等に周知している。 2. 組織図、運営規定に職務権限等が明記されている。会議は、主任会議、リーダー会議、各種委員会等があり、職務に応じた意思決定、職員の意見が反映できる仕組みとなっている。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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)			3. 法人中期計画が策定され、連動して事業所の中期計画が策定されていた。単年度事業計画は前年度を振り返り、策定されている。 4. 前年度の課題をふまえた事業計画になっており、それに基づいてユニットごとに目標を立て、サービス状況の点検を毎月行っている。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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	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。	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)			5. 管理者は法令順守等の研修に参加し、職員に対し伝達研修や会議録の回覧等を実施している。法令等についてはインターネットで閲覧できるようになっているが関係法令のリスト化はされていなかった。 6. 職務基準書を整備して、施設長をはじめ役職者の職務権限等が明文化され周知されていた。人事考課面談等を通じて職員の意見を把握している。管理者が職員から信頼を得ているかどうかを確認する仕組みとして組織活性化プログラムや組織風土アンケートを行っていた。 7. 日々の状況については、ラインでの共有する仕組みや日誌や報告書などにより把握している。管理者は携帯電話を保持し、日常的に連絡が取れる状況にあるとともに、毎日事故報告責任者を置き、必要に応じて適切な指示を出せるようになっている。		

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

## 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)		8. 採用時の面接評価表や行動指針に基づき、求める人材像を明確にしている。資格取得希望者には、補助負担、内部で勉強会を開講する等の支援体制が構築されていた。非常勤から常勤への登用の道がある。 9. 福祉人材育成認証を取得するとともにキャリアパスに基づく研修計画を策定し、体系的な研修がされている。 10. 法人として実習受け入れマニュアルを整備し、受け入れ窓口を設置している。実習指導者に対する研修も実施されている。		

### (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)		11. 労働時間や休暇取得に関しては、事務部門で管理している。パースデー休暇や有給休暇を連続取得するよう働きかける等、労働環境が配慮されていた。育児休業・介護休業法に基づく規程が整備され適切に対応されていた。職員の負担軽減についてはリフト浴、スライディングボードの活用がなされている。 12. 産業医を配置するとともに外部の相談窓口を設置して、職員の希望に応じて専門家によるカウンセリング等が行える体制を整えていた。また、ソウエルクラブ（福利厚生センター）への加入、法人の互助会を組織して、職員のストレス解消への取り組みがされていた。十分な休息が取れるよう休憩室、宿直室が整備されていた。		

### (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。	A	A
(評価機関コメント)		13. 法人ホームページや広報誌を通じて、事業所の取り組みをはじめ福祉に関する情報を地域に発信していた。清掃活動に参加したり、地域のサロンや花見に利用者と一緒に参加している。 14. 交流スペースを地域に開放している。認知症カフェへの協力や認知症サポーター養成講座の講師派遣を行っている。		

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

## 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)		15. ホームページを利用して、事業所の情報を提供している。情報は、写真が多く使われ視覚的にわかりやすい内容であった。パンフレット、見学等の要望に適宜対応をしていることを記録で確認した。		

### (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)		16. 入所時に重要事項説明書の内容を説明し、利用者、家族の同意を得ている。また、看取りに関する説明も行っている。玄関にパンフレットを置き、必要に応じて、成年後見人制度等の活用を推進している。		

(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。	B	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	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。	B	B
(評価機関コメント)		17. アセスメントを行い、利用者の状況を把握していたが定期的な見直しが実施されていなかった。 18. 計画の策定にあたって、必ず家族・本人の参加または意見の聞き取りを行い、利用者及びその家族の意向が尊重されている。 19. 策定にあたって、看護師や栄養士など多職種が協働で合議を行っており、参加できない場合は書面で確認をしている。 20. 個別援助計画は、3か月ごとに見直しが行われている。しかし、計画を変更する基準は確認できなかった。		
(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)		21. 地域の協力病院から週1回、回診に来てもらうなど利用者支援に必要な連携がされている。SOS徘徊ネットワークに参画したり地域ケア会議に参加して、関係機関と有機的な連携を図っている。		
(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、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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. サービス提供に関わる全般的なマニュアルは作成され、各ユニットに配布されている。しかし、定期的な見直し及び事故防止策などの具体案が反映される仕組みは構築されていなかった。 23. 日々の利用者支援の記録はされていたが、個別援助計画に基づく記録は確認できなかった。文書管理に関する規程は確認できたが個人情報及び情報の会議に係る教育や研修は行われてなかった。 24. 「ちょうじゅ」システム、連絡ノート、業務日誌で日々の情報共有がされ、押印で確認している。また、毎月のユニット会議により、利用者の状況を把握している。 25. サービス担当者会議や家族参加の行事の開催時に情報交換を行っている。また、広報紙を3か月ごとに家族に郵送している。		
(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、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)		26. 感染症対策委員会を設置し、感染症マニュアルを作成している。毎年感染症予防リーダー研修に派遣するとともにロールプレイ研修を行い感染症予防に努めている。 27. 定期的に清掃を行い衛生管理に努めている。物品等整理整頓され、オゾン脱臭等により臭気対策を行っていた。		

(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。	B	B
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)		28. 毎日その日の事故責任者を決めていて、事故に関する対応や指揮命令の窓口を明確にしている。事故対応マニュアルがあり、救命救急やAED研修はほぼ全職員が受けている。 29. 事故やヒヤリハットの報告書は作成されているが、速やかに分析して改善するには至ってなかった。 30. 災害時を想定した対応マニュアルを整備し、夜間避難訓練もしている。地域との話し合いに参加しているが、連携は不十分である。		

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。	B	B
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. 利用者の人権尊重を職員倫理綱領として明文化すると共に、勉強会、研修を実施して周知徹底を図っている。 32. 共有スペースには意識的にデッドスペースを作って他人の目を避けられるようにしている。トイレは個室にあるか2部屋に一つあり、浴室の脱衣場などもしっかりとしたドアで閉じられ、ほぼ一人で使用するなど施設のハード面からプライバシーに十分配慮されている。しかし、プライバシー保護にかかる研修会の開催は確認できなかった。 33. 入所判定会議で決定する仕組みがあり、入所資格のある人を断ることはない。		
(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。	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)		34. CS（顧客満足度）検討委員会が設置されており、意見箱を設置など利用者の意見を聞く仕組みはあるが、定期的な利用者への個別面接や懇談会は実施されていない。 35. あがってきた苦情は苦情対応マニュアルに沿って迅速に対応している。しかし、改善状況は公開されていなかった。（以前は広報誌に掲載されていた。） 36. 第三者委員として、「京都経営者協会」が関わっている。苦情相談窓口と共に施設内にポスター掲示、重要事項説明書にも公的相談窓口と共に記載、契約時に説明している。外部の人材を受け入れての相談の機会の確保は確認できなかった。		
(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	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	B
(評価機関コメント)		37. CS（顧客満足度）検討委員会において改善されたか確認する仕組みがある。 38. QC（品質管理）委員会、CS（顧客満足度）検討委員会などを設置して常にサービスの質の向上を目指している。QC発表大会などでも質の向上への職員の意識を高めている。 39. 第三者評価は3年に1度受診しているが、事業所が提供しているサービスそのものに対する定期的な自己評価の実施については確認できなかった。		