

アドバイス・レポート

令和元年 8 月 2 6 日

平成 3 0 年 1 2 月 4 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 やすら苑ましては、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 キャリアパス制度を導入しており、それに基づいた階層別研修体系を整備するとともに施設内研修計画も策定しています。外部研修への派遣も積極的に行っています。研修受講履歴一覧表を作成し、確認できる仕組みを作っています。新人職員には、担当職員が半年間かけて配置されています。また、スケールメリットを生かし、法人内の他施設研修を受講できるようになっています。充実した研修環境があり高く評価できます。</p> <p>(通番 13) 地域への貢献 「やすらの里便り」を地域(町内、関係機関、近隣の事業所、店舗など)に配布しています。自治会に加入し、夏の地域祭りや文化祭、清掃活動に参加しています。また、1階にあるスペースは、外部団体や地域の方が自由に使用できるようにしています。子育て支援センターを開催している時には、利用者が散歩に行き、子どもと交流する機会になっています。</p> <p>(通番 31) 人権等の尊重 「虐待防止委員会」を設置して、不適切ケア等について研修を行っています。不適切なケアの芽を摘んだり、言葉遣い、強い口調などが虐待に繋がらないように気をつけています。法人においてコンプライアンス研修や新人研修を実施して虐待防止や身体拘束について伝えるようにしています。</p>
-----------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番 2 2) 業務マニュアルの作成 「業務マニュアル」、ユニットごとの「業務の流れ」を整備しています。パソコン内の共有フォルダーに保存しており、職員がいつでも見ることができる仕組みになっています必要に応じ見直しはされていますが、定められた期間における見直しがされていませんでした。</p> <p>(通番 2 3) サービス提供に係る記録と情報の保護 「特定個人情報取り扱い規程」「文書取り扱い規程」に記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が定められている。コンプライアンス研修の中で記録の管理について、職員に周知、研修されています。利用者にかかる記録はパソコンソフト「長寿」を活用して具体的かつきめ細やかに記載されていました。しかし、サービス実施計画に基づくサービスが実施されていることを記録により確認することができませんでした。</p> <p>(通番 3 9) 評価の実施と課題の明確化 第三者評価を3年に1回受診しておられますが、自主点検を除く自己評価を1年に1回以上実施することはできていませんでした。第三者評価で求められる自己評価は、施設が基準とする利用者支援の一定水準を維持向上するために、施設自らがチェックし、必要な改善を行うことを目的としています。利用者支援のさらなる向上のためにも是非実施されることをお勧めします。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>与謝野町地域共生型福祉施設やすらの里は、加悦地区の中心地にあり、やすら山を一望できる自然豊かな場所にあります。与謝野町総合計画をもとに町内の4つの法人が分野（高齢・障害・児童・医療）が運営協議会を立ち上げ、同一敷地内に一体型運営施設として2013年に開設されました。</p> <p>その中の一つである特別養護老人ホームやすら苑は、定員60名のユニット型施設です。法人理念「いのちを支え いのちに支えられ いのちを育む」を掲げ、住み慣れた地域でひとりひとりに合わせた支援を目指されています。</p> <p>ユニットは、6ユニットに分かれ、建物の設計にもひとつひとつにこだわりが施され、木目調で施設の外観は明るく、直廊下と各部屋の角度を変えたり、静かな落ち着いた空間環境となっています。</p> <p>利用者の支援においては、常に丁寧な言葉遣い、丁寧な対応ケアを大切にして、質の高いサービス提供に取り組んでいます。具体的な支援場面では、ユニット内のオープンキッチンでは、3食ともに調理職員が調理を行い、食事作りのにおいや雰囲気は通常の生活風景として見られました。また、ほとんどの利用者が個浴での入浴であり、できる限り、自らの力でできるだけ動き、自立した生活が送れるように生活支援をしていました。</p> <p>地域との連携も重視しており、自治会に加入し、夏の地域祭りや文化祭、清掃活動にも参加しています。また、1階にあるスペースは、外部団体や地域の方が自由に使用できるようにしています。子育て支援センターを開催している時には、子どもと交流する機会になっています。共生型施設のメリットとして利用者にとっても日常的な子どもとの交流はよい効果があるとのことでした。障害者の就労の場としても同一敷地内にある</p>

	<p>障害者施設に清掃や食事の下ごしらえなどを委託されていました。</p> <p>職員が働きやすい環境づくりにも積極的に取り組んでおられ、法人独自のリフレッシュ休暇（連続4日間）の取得推奨や子育て支援として事業所内保育所を設置されていました。</p> <p>一方で、個別支援計画の策定、記録の書き方、マニュアルの更新などに課題が見受けられました。</p> <p>今後ますます、利用者が笑顔でいられるように質の向上に取り組むとともに、この地で暮らし続けたい人のために、地域福祉の推進役としてさらに事業展開されていかれることを期待いたします。</p> <p>改善が望まれる点のアドバイスとして以下に記載致します。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 新人職員が配属された場合には、担当職員が配置されましたがOJTとしては位置付けていないとのことでした。仕組みの構築が望まれます。・ ハラスメントにかかる規定は整備されていましたが、受付窓口が確認できませんでした。より具体的に取り組むに窓口の設置を検討されてはいかがでしょうか。・ ケアプラン立案の作成過程の整理が必要と考えます。特に再アセスメントの際の記録や様式等の振り返りを期待します。・
--	---

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672000284
事業所名	特別養護老人ホームやすら苑
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)	
訪問調査実施日	2019/3/29
評価機関名	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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1)パンフレットやホームページに明示している。回議書の下部に理念を常に記載して周知を図るとともにコンプライアンス研修及び新人研修で職員に理念の考え方を伝えている。しかし、家族や利用者には入所の際に、パンフレットを渡し、理念や考え方を話すようにしているが、継続的な取り組みになっていない。 2)ユニット会議(月1回)、運営会議(月1回)、管理会議(月1回)等で階層ごとに職員の意思が反映される仕組みがある。組織図や「業務分掌表」が整備されており、各責任を明確にしている。			
(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質の向上に向けた計画を策定すると共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)「与謝福祉会 経営目標」(平成30年～32年)を整備し、経営や運営分析を行っている。施設長会にて、半期ごとに確認をし、必要に応じて見直しをしている。職員には、経営分析について、決算時に費用的なことや稼働率について説明して現場職員が意識するように働きかけている。 4)法人として「平成30年度事業計画書」を策定しており、各施設ごとの目標が記載されている。それをふまえ、施設として担当者ごと、ユニットごとに目標を立てている。各ユニットの目標に対する評価年度途中い年度末に行い、その振り返りをふまえ、新年度の目標の策定を行っている。部署目標を基に個人目標を立てている。			
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)		5)京都府の集団指導に参加した内容を各ユニットに周知している。法人として法令遵守の委員会を設置して、研修を年1回実施している。また、「ユニットイン北京都」が主催する高齢者虐待防止等の研修に参加している。しかし、関係法令のリスト化がされていない。 6)施設長は、「やすらの里」通信にあいさつ文を記載しており、対外的に広く配布している。人事考課とは別に「自己申告書」を個人に作成して提出してもらい、パート職員を含め、全職員が施設長と面談をしている。(年1回)「自己申告書」に現在の上司や職場に要望や意見があるか聞く項目を設け、責任者の評価などを把握している。 7)施設長は携帯を常に所持しており、連絡が取れる体制にある。施設長と連絡が取れない場合は、担当課長に連絡するようになっており、緊急連絡網として、職員に周知している。施設長は、業務日誌、介護ソフト等で利用者の様子など日々の状況を確認している。利用者の誕生日会の写真撮影等は施設長がするようにして、ご利用者とのかかわりをもつ機会としている。			

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。	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。	A	A
				8) 法人全体として、「採用・退職状況」を作成し、これに基づいて採用を行っている。無資格であっても入職後に取得できるようにし、金銭的な補助、資格手当などを行っている。正職員比率を上げており、4分の1がパートであるが、介護職のパートは1名のみとなっている。介護福祉士の有資格者が7割になっている。 9) キャリアパス制度を導入しており、それに基づいた階層別研修体系を整備している。また、施設内研修計画も策定されている。外部研修への派遣も積極的に行っている。また、「ユニットイン北丹後」が主催する研修など職員に合った内容があれば、参加の声掛けを管理職より行っている。研修受講履歴一覧表を作成し、個人が確認できる仕組みを作っている。新人職員が配属された場合には、先輩の担当職員が半年間かけてつくようにしている。法人内の他施設研修が一覧になっており、自施設で主催することができない研修を受講できるようになっている。 10) 介護福祉士、社会福祉士、看護師実習等の受入を行っている。「実習生の受入のために」という受け入れマニュアルを作成し、受け入れを行っている。「社会福祉援助技術実習プログラム」も策定している。また、施設長が実習受け入れ指導者の研修受講をしている。		
(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	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)		11) 有給休暇や超過勤務に関しては総務課で状況を把握している。2年に1回リフレッシュ休暇(連続4日休暇を取る)を実施し、ほとんどの職員が取得できている。個浴にリフトが備えてあり、スライディングボードの活用なども行っている。 12) ストレスチェックの実施や産業医を各施設に配置している。人事考課以外に施設長による面談を実施している。民間社会福祉施設職員共済会加入するとともに法人の互助会がある。職員休憩室を完備している。就業規則にハラスメントの規程を設け、規程を職員はいつでも見ることができる。		
(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)		13) 「やすらの里便り」を地域(町内、関係機関、近隣の事業所、店舗など)に配布している。自治会に加入し、夏の地域祭りや文化祭、清掃活動に参加している。ユニットの廊下に地域の祭りの情報などを掲示している。1階にあるスペースは、外部団体や地域の方が自由に使用できるようにしている。子育て支援センターを開催している時には、利用者が散歩に行き、交流する機会になっている。 14) 1階交流スペースを貸し出ししたり、認知症サポーター養成講座を近隣小学校で行っている。また、「町福祉事業所連絡会」に加入し、他の居宅介護支援事業所と連携している。京都府主催の「涼やかスポット」を喫茶スペースで実施しており、来場者もある。		

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
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) 「やすらの里」のパンフレットをリニューアルし、写真を多用して、分かりやすくするための工夫をしている。「やすらの里」として見学を受け入れており、いずれかの団体が受付を行い、担当を分担している。		
		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、利用者にわ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) 重要事項説明書に利用料等が明示され、入所時に説明し、同意を得ている。成年後見人がついているケースが現在はないが、以前はご家族が担当されていた例がある。申し出があった場合には、法人内の後見人ができる者に相談することができる。社会福祉協議会と連携して、権利擁護事業を紹介することができる。		

(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。	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	B
(評価機関コメント)		17)18) 初回面接の際に申し込みの経緯や要望などを聞き取り、「入所面接記録・情報提供書」に記載している。「フェイスシート」を更新の度に見直している。また、「生活史」シートを活用して家族から利用者の過去の生活の様子を聞きとり、その内容を計画に落とし込んでいる。骨折など、身体に変化が生じた際には再アセスメントを実施している。サービス担当者会議には、家族の参加及び本人は状態に応じて参加している。 19) 看護師、栄養士等の専門職の意見を聴き取り、次のプランに反映するようにしている。様式を定めるなど仕組みとして整備している。 20) 1年に1回モニタリングを行うようにしているが、1ヶ月～3ヶ月ごとの評価(確認)ができていない。		

(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)		21) 病院の連携室や「やすらの里」内の居宅介護支援事業所と連携を取っている。退院時にはサマリーをもらい、情報共有するようにしている。施設内においても多職種や家族が入り、カンファレンスを実施している。しかし、関係機関、団体のリストや資料の作成ができておらず、必要に応じてインターネットで検索するなどして対応している。		

(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、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。	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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) 「業務マニュアル」、ユニットごとの「業務の流れ」を整備している。パソコン内の共有フォルダーに保存しており、職員がいつでも見ることができる仕組みになっている。入職時に各職員に配布している。見直しはされているが、定められた期間における見直しはされていない。 23) 「特定個人情報取り扱い規程」「文書取り扱い規程」に記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程が定められている。コンプライアンス研修の中で記録の管理について、職員に周知、研修されている。利用者にかかる記録はパソコンソフト「長寿」を活用して記録をしている。しかし、サービス計画に沿った記録が不十分と認識している。 24) 利用者の様子については、業務日誌を活用し、申し送りをパソコンソフト「長寿」で行っている。情報共有については、申し送りノートを活用して、見た人はハンコを押すようにしている。毎月のユニット会議でケアカンファレンスを行っている。看護師は日勤帯で申し送りを毎日実施している。 25) 家族の面会が多く、その機会に情報交換を行っている。家族に広報誌を送付するとともに行事案内を行っている。面会の頻度が限られる方については、請求書を送付する際に、写真や近況を書いたものを同封している。		

(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等の作成により、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) 「感染症対策マニュアル」を整備している。年2回感染症の研修を実施している。マニュアルは、定期的な更新を行っている。感染者には、自室で対応し、移動制限や居室配膳として対応している。 27) 同敷地内の障害者施設に清掃を委託しており、清掃記録を保管している。各ユニットに2～3台、空気清浄機を設置し、臭気対策をしている。感染予防の観点からも空気の入替えなどを実施している。安全衛生委員会で整理整頓を目標に掲げ、職員に周知したり、備品整理の担当者をおくなどして職員の意識付けを行っている。		

(7)危機管理

事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	A
(評価機関コメント)		28) 「事故防止及び事故発生時の対応マニュアル」が整備されており、リスクマネジメント研修を実施している。頻度の高い事故内容について、事例検討を行っている。事故対応時の連絡先を明示している。救急救命の研修を毎年実施している。 29) 事故報告書を作成をし、リスクマネジメント委員会で検討をしている。検討結果について、各ユニットへ周知している。 30) 「防災マニュアル」を整備しており、「地震発生時の職員の行動チャート」を明記し、対応方法を明確にしている。地域との連携については区役員などと大雨などの際には共同で作業を行っている。		

大項目	中項目	小項目	通番	連携を	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	
	、		31)「虐待防止委員会」を設置し、不適切ケアについて研修を行っている。不適切なケアの芽を摘んだり、言葉遣い、強い口調などが虐待に繋がらないように気をつけている。コンプライアンス研修や新人研修で虐待防止や身体拘束について伝えるようにしている。 32)「利用者権利擁護指針(コンプライアンスルール)」にプライバシー保護について定め、研修会で周知している。具体的なプライバシー保護の内容についてコンプライアンスルールにも明記している。 33)「入所検討委員会」において、基準にもとづき、入所判定を行っている。			
(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。	B	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。	A	A	
			34) 毎年満足度調査アンケート調査を行っている。アンケート結果は家族に返送している。1階のエレベーター前に苦情受付のシステムを掲示している。利用者には担当職員がついており、いつでも伝えることができ、その他にも利用者ごとに意見を伝えやすい職員を把握するなどして配慮している。 35)「苦情解決マニュアル」を整備しており、苦情対応方法が定められている。苦情があれば、施設長に情報が届くシステムとなっている。利用者の相談や苦情を記録するようにしている。 36) 苦情受付簿を用いて内容を記録している。重要事項説明書に相談窓口の電話等を記載している。第三者委員を設置し、ポスターで施設内に掲示している。第三者委員会を年2度実施している。その際に満足度アンケートの結果を報告している。町が委託している介護相談員が定期的に施設訪問をしている。			
(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スタッフが積極的に参加している。	C	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	
			37) 満足度調査を毎年実施しており、郵送で家族より回答を得ている。結果を家族に回答するとともに、担当部署で共有し、改善等を検討している。しかし、法人として満足度調査結果に基づいて改善されたかをどうかを返す仕組みがない。 38) ユニット会議や運営会議でサービス改善の検討を実施している。事例として、シャンプーを皮膚トラブルを軽減するために変更することを検討している。「ユニットイン北京都」で他施設のサービスについて情報収集及び情報共有している。 39) 第三者評価は定期的に受診しているが、事業所が提供するサービスに対する自己評価は実施されていない。			