

様式 7

アドバイス・レポート

2019年11月29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

2019年7月10日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた【久美浜苑くまのの里】様につきましては、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>1. 利用者がいつまでも「口から食べる・食事を楽しむことができる」ように支援しています</p> <p>○ 口内環境が良くないと、おいしい食事を準備しても食べることはできません。くまのの里では、月2回歯科医師の往診があり、必要な人には実際の食事場面に立ち会い嚥下・咀嚼機能の診断をしています。5～6名の利用者が嚥下リハビリの訓練を受けています。口腔ケア（歯磨き・うがい）も食後しっかりと行っています。</p> <p>○ 「選べるおやつDay」が年6回実施され、利用者自らがおやつを選んで食しています。ケーキバイキングにはプリン、羊羹等様々な手作りのおやつが並びます。利用者家族のアンケートにも『『ケーキバイキング』など、自分で選べる工夫があり、人として大事に接していただいていると感じます』とのコメントがあるように、利用者家族も喜んでいました。</p> <p>○ 利用者がえんどう豆をむきそれが食卓に並ぶ。柿をむいて吊るし、干し柿にして食べる。野菜を育て、収穫して、自分たちの食材とするというように、食べるまでの過程も楽しんでもらいながら、利用者の力を引き出しています。</p> <p>○ 季節に応じたおいしい食事が提供されています。見た目、味付け、季節感、触感、香り等五感で楽しめる食事でした。利用者からも、食事がおいしいとの感想を頂きました。</p> <p>2. 地域に根付いた施設として、施設を持つ情報や技術を地域に発信しています</p> <p>○ くまのの里が中心となり毎年「納涼祭」が行われています。地域の方の参加も100名以上となっており、入居者の方々と交流しています。祭チケットを無料で配布し、飲み物・食べ物を提供し、夜店の雰囲気味わえる催しです。</p>
-----------------------------	---

	<p>○ 地域のニーズに対応した活動として、認知症サポーター養成講座の講師、介護者教室の開催、地域のサロン活動に参加するほか、介護体操のサポーター、送迎車に青色回転灯を取り付けて自主防犯活動も展開しています。中学校福祉体験活動支援等を積極的に行うなど、地域と積極的に連携しています。</p> <p>3. 職員に「接遇マナーの心得」が浸透しています</p> <p>○ 介護施設においても「接遇」は重要です。くまのの里の職員は全員、身だしなみ・挨拶・言葉づかいが優れていました。接遇研修での学びを日々の業務で意識し利用者に関わっています。</p> <p>今後も、ますます利用者から信頼される現場環境を職員自ら実行されることを期待します。</p>
特に改善が望まれる点とその理由（※）	<p>1. 課題や取り組み内容について職員全員で協議する場が必要です</p> <p>○ 朝夕の申し送り時には、業務の報告や連絡、事業所内の報告等が効率よくコンパクトに行われています。また、職員間で業務内容の点検も行われています。しかし、業務上重要な課題や問題点については、職員全員が意見を出し合い協議する場（ユニット会議）が以前は開催されていたようですが現在は開いていませんでした。ユニット会議を早急に再開される必要があります。</p> <p>2. 利用者満足度調査の実施について</p> <p>○ くまのの里において、利用者満足度のアンケート調査は行われていませんでした。職員は、家族の面会時には、必ず利用者・家族の声を聴き取る機会を設ける等努力はされています。しかし、対面では「お世話になっている」思いが強いため感謝は伝えやすいと思いますが、もう少し〇〇して欲しい等の希望は伝えづらいのではないのでしょうか。その一つの方法として利用者満足度アンケートの実施をご検討ください。</p> <p>3. 利用者家族との情報共有について</p> <p>○ 家族の面会も頻回にあり、施設から家族に対し電話連絡もこまめにして、情報共有しているとのことでした。しかし第三者評価アンケートでは、「定期的に様子を教えて欲しい」との声もありました。家族との情報伝達の方法をご検討ください。</p>

具体的なアドバイス

1. 課題や取り組み内容についてユニット職員間で協議する場が必要です

現在職員は、朝夕の申し送りとし送りノート、介護ソフト「ほのぼの」等で利用者情報の共有や業務内容の点検を行っていますが、他に話し合う場はありません。朝夕のこの時間帯は、繁忙な時間帯と考えられます。落ち着いた環境で利用者の個別対応について協議することや、現場の状況を職員全員で振り返ることが必要ではないでしょうか。その結果、現状の把握や課題発見ができ、解決に向けての話し合いもできるのではないのでしょうか。普段一人で行っている業務であっても、事業所の一員として職員間で統一したケアや、確実な職員間の情報共有のためにも、ユニット会議の早期再開を提案します。

2. 利用者満足度調査の実施について

利用者に対する満足度調査の方法として、アンケートの実施をご検討ください。利用者アンケートを実施することで、苦情とまではいかない普段利用者が何となく感じていることを知ることができ、またアンケート結果を集計・分析することで、ユニット間の特性、課題が見つかるのではないのでしょうか。

施設・職員が考える良いケアと利用者本人にとっての望むケアに差異がある場合があります。

法人全体で同様のアンケートを実施することで、法人理念にある「より質の高いサービスの提供」に繋がるのではないのでしょうか。

3. 利用者家族との情報共有について

近隣の利用者家族は、頻回に利用者の面会にいられており、また何かあれば電話連絡で情報の共有をしているとのことでしたが、中にはもう少し普段の様子を知らせて欲しい家族がいることも事実です。

利用者家族と情報共有のため、くまのの里の機関紙や手紙等を発送・発信されてはいかがでしょう。また、個人情報への配慮等課題はあると思いますが、利用者の普段の様子や各種イベント参加時の本人の写真を送れば、家族は安心されると思いますし、今以上に大切にされていることが伝わります。一度ご検討ください。

※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	2693300143
事業所名	社会福祉法人北丹後福祉会 久美浜苑くまのの里
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護
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	2019年 10月 8日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと介護保険にかかわる会

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)		① 法人理念や行動指針は、パンフレットやホームページ等に明示し、施設内にも掲示しています。利用者や家族には、契約時に重要事項説明書で説明しています。職員は、朝礼時に理念の唱和を行い、年度初めの事業計画配布時に施設長から理念と事業の説明を受け、理念を意識したサービスの提供を行っています。 ② 理事会は定期的開催され、組織図や職務分掌表にて役割分担が明確に定められています。毎月の主任会議やリーダー会議等で職員の意見を確認し、組織運営に反映しています。		
(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)		③ 法人として2025年までの中・長期目標を定め、これに基づいて事業所の単年度計画を作成しています。主任会議やリーダー会議、各種委員会等において現状分析を行い課題等明らかにしています。今後は、取り組み内容をより具体的にすることで、着実に実行でき評価しやすくなるのではないのでしょうか。 ④ 各種の委員会別に課題を設定し、事業所としての取り組み課題を集約して目標達成に取り組んでいます。達成状況を主任会議や各種委員会で定期的に確認し、計画の見直しを行っています。		

(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)		<p>⑤ 遵守すべき法令は、最新情報も含めすぐに調べられるよう事務室にて完備しています。職員には、法人総務課が発行する「ガーベラ通信」等で、法令内容や順守についてわかりやすく説明し、周知しています。また、責任者は法令遵守等の研修会に参加しています。</p> <p>⑥ 組織図や職務分掌表で役割と責任を明確にしています。年1回主任による職員へのヒアリングや施設長による管理者へのヒアリングを実施し、管理者自らを評価する機会としています。</p> <p>⑦ 運営管理者は施設内で業務を行い、事業の実施状況を把握しています。管理者不在時にも、携帯電話により連絡し、緊急時にも具体的な指示ができる仕組みがあります。各ユニットに、事故発生時のマニュアル、報告指示のフローチャートが整備されています。</p>		

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)		<p>⑧ 人材の確保には苦勞していますが、地元での採用を積極的に行い、法人全体で今年度15名の職員を採用しています。入職後はそれぞれの事業所に配属となります。資格取得支援のための試験対策講座の実施や、受験諸費用の補助、資格取得後の手当等のサポートがあります。</p> <p>⑨ 階層別人材育成計画・年間研修計画があり、職責に応じた知識や技能を身につけることができるプログラムで実施されています。新任職員には1年間トレーナー制度でOJT研修を実施しています。外部研修は、本人の希望する研修に参加できています。</p> <p>⑩ 実習生は、マニュアルに基づき受け入れています。地域の高校生、中学生の体験学習等を積極的に受け入れています。実習指導者は実習指導者講習会に参加しています。</p>		

(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
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)		<p>⑪ 法人として「全ての職員が仕事と生活の調和を図り働きやすい環境の整備」のため有給休暇を取得するよう働きかけています。有給休暇消化率は昨年より増加しています。また、時間外労働も少ないと職員ヒアリングで確認しています。毎月の事業所連絡会議で有給休暇の消化率を報告し、法人全体で労働環境の整備に努めています。男性職員の育児休業の実績もあります。</p> <p>⑫ ストレス管理についてはカウンセラーによる相談体制があり、職員にはガーベラ通信「総務の窓」で周知しています。各種ハラスメント規定が就業規則に明記されています。休憩室は、和室で仮眠や休憩が取れる十分なスペースとなっていました。</p>		

(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)		<p>⑬ 法人のホームページは、事業所情報が詳しく分かりやすく掲載されています。広報誌やパンフレットを地域に配布し、施設玄関にも設置しています。また、フェイスブックやインスタグラムも活用し、広報活動を行っています。年1回有線放送で事業所の紹介も行っていきます。利用者は、地域の祭りに参加し、施設の納涼祭には地域住民を招待し、地域との関わりを大切にしています。</p> <p>⑭ 毎年「納涼祭」を実施し、地域住民（100人以上）が参加されています。職員は、地域ケア会議に参加し、情報収集や意見交換を行っています。また、認知症サポーター講座や介護者教室を開催し技術や情報を提供しています。施設内で毎週1回「コミュニティカフェともに」を開催し、高齢者の社会参加の機会とし多数の地域住民の参加があります。</p>		

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	B
(評価機関コメント)		<p>⑮ 施設の情報は、ホームページやパンフレット、フェイスブック等で提供しています。また、施設入口の掲示板に事業所の概要を掲示しています。問い合わせや見学希望者にはその都度対応していますが、記録として残していませんでした。見学後に簡単なアンケートを取ることで、見学者のリストとなるのではないのでしょうか。</p>		

(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 サービスの利用に際して、内容や料金については重要事項説明書を用いて説明し、利用者・家族から同意を得ています。介護保険外サービスも内容や料金を明示されています。現在権利擁護の利用対象者はいませんが、判断能力に支障の可能性のある利用者に関して対応する仕組みはできています。利用者アンケートからも、ほとんどの利用者が分かり易く説明を受けたと回答がありました。		
(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑰ 利用者の状況は、本人、家族、ケアマネジャー、介護士、看護師、生活相談員等から情報を収集しニーズや課題を明らかにしています。往診時や通院時に主治医より意見を聞く場合もあります。しかし、アセスメントシートには、記載のない項目等が目立っています。アセスメントシートの利用を検討して下さい。</p> <p>⑱ 利用者及び家族の希望は、本人に直接確認したり、家族の面会時や家族が遠方の場合は電話連絡をし確認しています。利用者の「外出したい」の希望に対してケアプランへの位置付けがありました。</p> <p>⑲ 職員は個別援助計画の作成にあたり、本人、家族、介護士、看護師、管理栄養士等と意見交換し、計画に反映しています。主治医・OT/PT・介護支援専門員や他のサービス事業所に意見を照会しています。</p> <p>⑳ 個別援助計画の見直しは、介護認定更新時、状態の変化があった時に行っています。必要に応じて専門家からの意見を聞いています。退院時は必ず退院カンファレンスに参加しています。モニタリングは3か月毎に実施しています。</p>		
(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 施設の嘱託医や利用者の主治医と連携しています。利用者が入退院の場合は、情報の提供や退院日時を調整し、スムーズに受け入れができるようにしています。		

(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)		<p>⑳ 各種業務マニュアルは整備され、マニュアルの見直しは毎年及び必要に応じて行っているようですが、記載内容は「確認」とのみ記載されていました。今後は年に一度マニュアルの見直しを決め、複数人で見直しをされてはいかがでしょうか。そうすることでより実践に即したマニュアルとなり、職員も利用しやすくなるのではないのでしょうか。事故報告書やヒヤリハットの分析は行っています。各ユニットに緊急時マニュアルは整備されています。</p> <p>㉑ 利用者の状況やサービスの提供状況は、介護ソフト「ほのぼの」で情報共有しています。プライバシーの基本方針を明文化し、研修も行っています。朝夕の申し送り時に利用者の状況等を伝達し、パソコン内に申し送り事項を記録し情報共有に努めています。利用記録の管理について、個人情報保護と情報開示の観点から職員に対し教育や研修も行っています。記録の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する規程もありました。</p> <p>㉒ 利用者情報の共有は、朝夕の申し送り時に行っています。申し送りノートも活用しています。介護ソフト「ほのぼの」で情報の共有をしています。</p> <p>㉓ 家族の面会時に職員は、利用者の状況を伝えるようにしています。また、電話連絡もこまめに行っています。しかし、頻回に来苑できない家族に対して、利用者の普段の様子への伝え方の検討が必要です。第三者評価アンケートの記載にも「定期的に様子を教えて欲しい」とのコメントがありました。</p>		

(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)		<p>㉔ 感染予防や対策について、マニュアルを作成し全職員に研修を行っています。また外部研修にも参加し、知識の向上を図っています。看護師が中心となって、感染症の利用者に対する具体的な方法を職員に周知対応しています。昨年は感染症に罹患した利用者はいませんでした。職員に対してインフルエンザの予防接種の補助があります。</p> <p>㉕ 清掃担当職員を配置し、日々清潔に努めています。施設内の物品は整理整頓され、臭気対策も行き届いています。</p>		

(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)		<p>⑳ 「緊急時・事故発生時対応マニュアル」は職員に周知され、指揮命令系統も明らかです。毎年、消防署の救急救命講習に参加しています。リスクマネジメント研修、摂食嚥下研修、急変時の対応についての研修を行っています。</p> <p>㉑ ヒヤリした場面や事故が発生した場合は、ヒヤリハット・事故報告書の作成を義務づけ、分析し改善策を検討して再発予防に努めています。また、事故防止委員会による、事故の集計・分析・検証を職員に周知しています。利用者が転倒した際は、ADLの低下につながるケースもあり、再発防止の視点と合わせて利用者の安全について検討が必要と思われます。</p> <p>㉒ 非常災害対応マニュアルが作成され、夜間を想定した消防避難訓練を年2回実施しています。第三者評価訪問時も避難訓練が行われていました。責任者及び指揮命令系統も明らかにされています。重要事項説明書にも非常災害対策の項目がありました。災害発生時の協定を京丹後市と結んでいます。</p>		

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)		<p>㉓ 利用者の尊厳の保持について法人理念に明記し職員に周知しています。身体拘束廃止マニュアルを整備し、内部研修で学びを深めています。他事業所で発生した虐待事例を回覧し職員に啓発しています。</p> <p>㉔ 職員は、プライバシー保護の研修を毎年受講しています。全室個室で入浴はマンツーマンで対応し羞恥心に配慮したサービスの提供を行っています。基本は同性介助としています。</p> <p>㉕ 利用者の決定方法は公平公正に行われています。医療的処置の必要な方や認知症等を理由に断ったことはありません。</p>		

(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
(評価機関コメント)		<p>③④ 利用者や家族には、日常生活の中や来苑時に意向を聴くようにしています。面会簿に希望や要望記入欄があり、裏面は苦情記入欄となっていました。年6回運営推進会議を開催し、利用者代表、利用者家族、児童・民生委員、行政、職員が参加し、近況報告を行うとともに、意見・要望・苦情等聴く機会としています。その議事録は玄関にファイルにて設置し、誰でも見られるようにしています。</p> <p>③⑤ 利用者の意見・要望・苦情は先ず主任へ報告し、迅速に対応策を検討し組織として対処しています。以前、「外出したい」の要望に対応した事例がありました。公開については地域性も勘案する必要がありますが、公開する準備はあるとのことでした。</p> <p>③⑥ 公的機関の相談窓口は重要事項説明書に記載し、施設内にも掲示しています。京丹後市では介護相談員や市民オンブズマン等の配置はありませんが、受け入れたいと考えています。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>③⑦ 利用者の満足度の把握は、職員が利用者から日常的に聞き取りで行っていますが、利用者満足度調査は行われていませんでした。</p> <p>③⑧ サービスの質の向上への取組みは、各種会議（事業所連絡会議、主任会議、リーダー会議）の中で職員の意見を反映し行っています。地域の施設サービス事業所協議会（2か月毎）に参加し、他事業所の情報を得ています。</p> <p>③⑨ 各種会議で計画の達成状況を確認し、次年度の計画を立てています。第三者評価を3年毎に受診しています。</p>		