

アドバイス・レポート

令和2年3月16日

令和元年5月23日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた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>(通番8 質の高い人材の確保) 人事管理制度実施要領等で求める人材像が明文化されていました。社会状況を鑑みながら、計画的な正職員へ登用や介護福祉士等の資格取得への支援を実施されています。また、職員の勤務年数や階層別により体系的な法人研修が計画され、施設の状態に合わせて施設内研修を企画するなど、職員の確保から定着に繋がる仕組みが充実していました。</p> <p>(通番30 事故の再発防止等) 浸水、火災、地震、停電等、項目ごとにマニュアルが整備されていました。そして、実際に災害が発生したときの指揮命令系統もマニュアルの中で明記されていました。また、所在地の自治組織と災害協定を結び、地域の避難訓練にも参加されていました。</p> <p>(通番38 質の向上に対する検討体制) 法人内に設置する実践研究発表委員会(QC委員会)でサービスの質向上に向けて検討がされていました。当該事業所では、今年度、排泄ケアを中心に利用者への支援の取組みがあり、自然排便につなげる実践がありました。この排泄ケアに関する実践は、京都府老人福祉施設協議会の研究大会で発表し高い評価を得ています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番22 業務マニュアルの作成) 各部門、職種ごとの職務基準書が作成されていました。各マニュアルの見直しはそれぞれの委員会で行っていましたが、その見直しの基準は定められておらず、見直しがされているもの、させていないものが混在していました。</p> <p>(通番37 利用者満足度の向上の取組み) 利用者の食事に関する嗜好調査は実施されていました。しかしながら、CS委員会は組織されていましたが、利用者満足度調査やその結果の分析検討はされていませんでした。</p> <p>(通番39 評価の実施と課題の明確化) 事業所評価基準に基づき1年ごとに自己評価が実施されました。第三者評価は定期的には実施されていましたが、評価結果を分析し事業計画に反映する状況はありませんでした。</p>

具体的なアドバイス

社会福祉法人みねやま福祉会は、1950年に理事長の両親が戦後の混乱の中、大人の身勝手に苦しんでいた子どもたちに対して大人の責任を果たすため乳児院を開設して以来、70年近く地域のニーズや要請に応える形で、京都北部地域において児童・高齢・障害の各分野で20を超える事業所を展開しています。今回、調査に訪れた弥栄はごろも苑は、2008年に弥栄町に特別養護老人ホームとして開設され、短期入所やデイサービス、居宅支援事業を含む総合施設として、地域に密着した事業を展開されています。利用者支援では、開設当初からユニット単位での支援により個別支援を重視し、利用者一人ひとりの生活ペースに合わせたきめ細やかな支援がされています。近隣には、京丹後市立弥栄病院があり医師をはじめ医療関係者とも有機的な連携により、その人らしい人生の最期を迎えられるような看取り支援を実施されていました。また、法人全体としては「ごちやませの福祉」に取組まれており、高齢者が子どもたちのエネルギーに元気をもらい、障害のある人が子どもたちに剣玉を教えるなど、それぞれの存在が、日常の支えや楽しみにつながるような取組がされていました。これまで「あたりまえ」だと思って暮らしてきたことをこれからも「あたりまえ」にできるように「管理より生活を」大切にしたい時代や地域の中で必要とされる福祉支援が展開されていました。今後も京都北部地域のリーダーとして事業を展開されることを期待します。以下、今回の評価で気づいた点を記載します。

① 各部門、職種ごとの職務基準書が作成されていました。各マニュアルの見直しはそれぞれの委員会で行っていましたが、その見直しの基準は定められておらず、見直しがされているもの、させていないものが混在していました。マニュアルは、組織が一体となり利用者支援をする基礎となるものです。弥栄はごろも苑が必要とする一定の水準を維持するためには、マニュアル類の定期的な評価、そして必要な改善が不可欠です。マニュアル類の評価・見直しに関する基準の整備が望まれます。

② 利用者の食事に関する嗜好調査は実施されていました。しかしながら、CS委員会は組織されていましたが、利用者満足度調査やその結果の分析検討はされていませんでした。利用者への満足度に関する調査は、小さな声や少数意見を吸い上げることや施設の気づきに繋がり、利用者の意向に沿ったサービスに役立つと考えられます。施設全体で満足度調査の実施を期待します。

③ 事業所評価基準に基づき1年ごとに自己評価が実施されていました。第三者評価は定期的には実施されていましたが、評価結果を分析し事業計画に反映する状況はありませんでした。第三者評価は、受診に際しては事業計画に掲載し、事業所全体で取り組む。そして、その結果をもとに必要な改善を行うため、次年度の事業計画に反映させていくことが求められています。

※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6)

評価結果対比シート

事業所番号	2673300162
事業所名	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、居宅介護支援
訪問調査実施日	令和1年12月11日
評価機関名	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
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。	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理念・品質方針が明文化され、ホームページやパンフレットに掲載されている。毎年、全体会議で理念をテーマに研修をしている。広報誌等で利用者や地域住民に周知している。 ②人事管理制度実施要領が整備され職務権限が規定されている。理事会⇄施設長会議⇄主任会議⇄ユニットリーダー会議等が設置されトップダウンとボトムアップの仕組みがある。		
(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)			③短期・中期・長期の達成目標を示した中長期計画が策定されている。短期計画の進捗の確認と見直しはされていない。単年度事業計画が策定され半期で評価見直しが行われている。 ④単年度計画に基づきユニットごとに目標を設定して1か月ごとに振り返りを実施している。事故防止などの委員会でも目標設定と振り返りを行っている。		
(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。	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)			⑤施設長が経営者セミナー等に参加し、情報収集に努め必要な情報を提供している。前回課題であった法令のリスト化がされている。法令遵守の研修が実施されている。 ⑥人事管理制度実施要領により管理者の職務権限が明文化されている。組織活性化プログラムを活用し、管理者評価を実施している。 ⑦SNS(LINE等)を有効に活用し必要な情報を得ている。管理者は携帯電話を保持し、緊急時に対応している。日々の記録はPCソフトを活用している。		

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。	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人事管理制度実施要領等で求める人材像を明文化している。社会状況を鑑みながら、計画的な正職員へ登用や介護福祉士等の資格取得への支援を実施している。 ⑨職員の勤務年数や階層別により体系的な法人研修が計画されている。また、施設の状況に合わせて施設内研修を企画し、全職員が均等に参加できる仕組みがある。 ⑩実習受入マニュアル等を整備している。また、実習指導者には講習会に参加させている。福祉専門職に関する実習のほか、地元中・高校生向けの体験学習を受入れている。		
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		⑪有給休暇取得を促進するために夜勤体制を見直すなど、職員の意見を聴取しながら働き方改革を進めている。リフト浴の設置や腰痛ベルトを準備して職員の負担軽減をしている。 ⑫全職員を対象としてストレスチェックを実施するとともに、外部のメンタルサポートサイトを周知している。休憩室は足が伸ばして休憩ができるように配慮されている。		
(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。	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)		⑬広報誌を発行するとともにホームページで閲覧できるようにしている。地域のサロンに職員と利用者が参加するなど交流が図られている。情報の公表制度を周知している。 ⑭認知症サポーター養成講座を開催する。介護の日に介護相談を実施するなど、施設の機能を可能な限り地域に開放している。		

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
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法人全体と施設を紹介したパンフレットを作成している。また、ホームページには写真を多く掲載し、理解しやすい内容として情報を提供している。また、廊下等に重要事項説明書を掲示し施設利用に必要な状況が提供されている。		
		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ホームページの料金表が拡大して表示される仕組みなど、わかりやすく説明する配慮がなされている。		

(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	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。	B	A
(評価機関コメント)		<p>⑰入所時に独自様式でアセスメントを実施している。本人が意思表示できない場合は「暮らしのシート」を活用してご家族に聞き取りを行い利用者の情報収集に努めている。アセスメントは1年に1回、定期的に見直がされている。</p> <p>⑱サービス担当者会議は、多職種が協働で開催し多くの家族出席していた。個別援助計画の策定に関して、家族の意見が反映できる仕組みとなっている。</p> <p>⑲近隣の医師と連携も取れており、適宜必要に応じて相談している。</p> <p>⑳「サービス計画書作成等の流れ」に沿って、毎月モニタリングを実施、改善等が必要な場合は計画の見直しがされている。</p>		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>㉑弥栄町は以前から「福祉のまち」とされ医療など関係機関との連携が活発に行われている。具体的には、2ヶ月に1度の割合で京丹後市内の職種別会議が開催され情報共有がされている。</p>		
(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。	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)		<p>㉒各部門、職種ごとの職務基準書がある。マニュアルの見直しは各委員会で行っているが、見直しの基準は定められておらず、できているものとできていないものがある。</p> <p>㉓ケアプランに沿った内容が、ちようじゅシステム(PCシステム)の記録と連動している。文書取扱規定に、文書の保管、保存、持ち出し、廃棄に関する内容が定められている。</p> <p>㉔申し送りは口頭や、ちようじゅ(PCソフト)の掲示板をプリントアウトして配布している。</p> <p>㉕サービス担当者会議や面会時に、日ごろの様子を伝えている。面回数が少ない家族等には、3ヶ月に1回、写真入りの「お便り」を送付している。</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、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	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)		<p>㉖感染症に関するマニュアルは整備され、研修も年2回実施している。肝炎等感染症がある利用者も受け入れている。塩素消毒やアトミックウォーター噴霧などにより感染予防に努めている。</p> <p>㉗ユニット内の清掃は、職員やシルバー人材を活用し、毎日実施されている。臭気は、排せつ物から発生する機会が多いが、いち早く処理することで感染症対策と同時に臭気対策に繋がっている。</p>		
(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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
事故の再発防止等	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>㉘「事故対応の概要」に事故発生時の対応手順がまとめられている。毎年、テーマを変えて年1回の研修を行うとともに、危険予知訓練や救命講習を実施している。</p> <p>㉙毎月、事故防止検討委員会を開催し、事故報告やひやりはつと報告の内容について検討している。委員会で審議した事項は各委員が自ユニットに持ち帰って伝達している。</p> <p>㉚浸水、火災、地震、停電のマニュアルが整備されている。災害時の指揮命令系統もマニュアルの中で明記されている。所在地の自治組織と災害協定を結び地域の避難訓練にも参加している。</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)		①職員倫理綱領を定め利用者本位のサービス提供に努めている。職員個人個人の振り返りは人事考課の面談時に行っている。定期的には人権をテーマに勉強会を実施している。 ②職員倫理綱領にプライバシー保護について明記している。プライバシー保護をテーマにした研修が実施されている。 ③入所判定会議において合議の上で決定をしており公平公正に判断している。待機者が多く中、申し込み者に対して老健や小規模多機能などの提案等を実施している。		
(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。	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)		④意見箱を備えるとともに、計画更新時などを利用して定期的に、生活に対する意向及び身体状況シートを活用して意見等を聞く仕組みを構築している。 ⑤苦情対応マニュアルを整備している。利用者等からの意向があった場合は、管理者に共有して報告する仕組みがある。個人情報に配慮して公表されている。 ⑥重要事項説明書に公的相談機関を記載するとともに、第三者委員は京都経営協会に委託している。外部の人材を活用した相談機会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	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。	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)		⑦嗜好調査は実施しているが、CS委員会による利用者満足度調査やその結果の分析検討はされていない。 ⑧実践研究発表委員会(QC委員会)でサービスの質向上に向けて検討がされている。今年度は特に排泄ケアを中心に取り組み、自然排便につなげる取組があった。 ⑨事業所評価基準に基づき1年ごとに自己評価を実施している。第三者評価は定期的に実施している。評価結果を分析し事業計画に反映されていなかった。		