

アドバイス・レポート

令和2年8月5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2年2月13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 京都ミモザの郷）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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1. 職員体制の確立 3年前に職員の離職が数人あり、現在の施設長を中心に体制を立て直し、現在では落ち着いている。3ユニットの主任、医務や調理等のリーダー等の組織のもと、職員はお互いに意思疎通を図り、情報を共有し、法人理念の実践に向けてチームワーク良く業務に励んでいる。有休消化が良く、時間外労働は通常の範囲、サービス残業はない等労働環境が良い。施設長への信頼感がある。</p> <p>2. 利用者を第一に考え、尊厳や人権、自尊心を尊重、虐待や身体拘束はみられない。職員は常に利用者を観察、利用者の思いに添いたいと対応している。第三者評価受診は今回が初めてということで、必要な文書や規定の作成が不十分であるものの、サービスの実質的な実施は問題がない。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>認知症ステージの高く、意思疎通の困難な利用者も多い。一人ひとりの利用者が「どんな暮らしを望んでいるのか」「したいこと何か」等を聴取したいとケアマネジャーや職員はゆくり時間をかけて聞こうとしている。しかし、利用者の意向把握が不十分である。そのため介護計画は身体介護の項目が多く、暮らしでの楽しみはその利用者だけの「したいこと」ではなく、施設の行う行事に参加等としている。</p> <p>人間は一人ひとり異なる、「したいこと」や「楽しいと思うこと」も一人ひとり違う。利用者ごとにその人なりの「暮らし方」を目指した個別援助計画ではない。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 家族と時間をかけて面談、利用者のこれまでの暮らし、つまり利用者の生活歴をなるべく詳細に聞き出す。生活歴をあまり知らない家族なら、利用者の趣味、好きなこと、好きな食べ物、よく出かけていた場所、仲の良かった友人等の情報を得る。</p> <p>2. 日常生活のなかで利用者が話したことを「〇〇さんのノート」等を用意して、聞いた職員が書きとめる。聞いたことの情報を増やしていく。その情報をカンファレンスで話し合い、共有する。</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	2690400086
事業所名	特別養護老人ホーム 京都ミモザの郷
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
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
訪問調査実施日	令和2年7月8日
評価機関名	特定非営利活動法人 野の花

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思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	B
	(評価機関コメント)			法人の理念を1階ロビーに掲示、パンフレットやホームページに明記、利用者や家族に周知を図っている。職員に理念を研修、職員は毎朝唱和している。職員は利用者「穏やかにゆったりと過ごしてほしい」と常に意識し、ふだんの対応を心がけている。法人及び施設の組織図があり、理事会は年3回開催、議事録がある。理事長と各事業所の施設長が参加する会議を毎月開催、当施設では施設長と主任が参加する運営会議を毎月開催、会議の前にユニット会議、部門会議、委員会等を開催、すべての部署の職員の意見が法人及び施設の運営に反映している。施設の上記の会議の開催頻度、参加者、検討案件等を記載した規定がない。		
(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。	B	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)			施設の単年度の事業計画は各業務、各部門別に職員が課題を抽出、解決に向けた対策を検討、運営会議で集約し、作成している。課題と目標を明記している。実施状況は半年ごとに、業務別、部門別に点検、集約している。中長期の事業計画は作成していない。		

(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	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)		遵守すべき法令は1階事務室に設置、必要なものはユニットにも置いている。施設長が法改正等の情報を収集、毎月の運営会議で職員に周知を図っている。施設長は自身の義務として「働きやすい環境をつくり、職員が利用者に集中できるようにする」ことと考えており、年頭や年度初めの運営会議で表明している。施設長に対する職員の信頼感は職員ヒヤリングや訪問調査時の相互の態度や会話から確認できる。施設長は運営理念と介護観に基づき会議や日常業務において職員と意見交換、具体的指示やアドバイス等でリーダーシップを発揮している。日常の業務や交流が順調に進んでいることで、それが自身への評価と判断している。日常の業務状況は随時口頭の報告と業務日誌で確認している。		

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。	B	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	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		施設として質の高い人材を確保する方針を掲げているものの介護人材不足の社会状況に苦戦している。採用基準は常勤、有資格者であるものの非常勤や無資格者にも視点を向け人柄、向上心、やる気等を判断している。現在の体制は常勤換算で基準人数をクリア、常勤比率や有資格者比率も高い。3年前に職員の派閥による数人の離職があったものの現在落ち着いている。法人事務局が職員獲得に向け就職フェアや専門学校訪問等をしている。職員には資格取得や研修受講に受講料等の援助をしている。職員の採用時研修、現場でのOJT、スーパービジョンを実施、フォローアップ研修はユニットで実施等により職員を育成している。職員の段階を踏んだ系統的な研修計画はない。実習受け入れマニュアルを作成、窓口、責任者を定め、高校や専門学校の実習を受け入れている。その際利用者への配慮をしている。		

(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)	公休は月8～9日、夏季休暇3日、有休の取得率が高い。時間外労働も通常の数値であり、職員ヒヤリングでは「サービス残業がないので良い」と。職員の就業状況は事務が把握、ユニットの主任も認識しており問題はない。育児休業や介護休業は就業規則に規定、該当者は取得している。ハラスメントは規定があり発生事例はない。業務上の悩みやストレスは毎年職員がストレスチェックシートに記入、法人のセラピストが判断し対応している。さらに必要な場合は契約している専門機関が結果判断、受診や相談を促している。職員の介護負担軽減のためにリフト浴と機械浴を備えている。職員の休憩室や宿直室は問題ない環境である。福利厚生制度があり制服のクリーニングと食事代の補助がある。			
(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	B
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。	C	B
(評価機関コメント)	パンフレット、ホームページにより法人や施設の理念と情報を発信している。電話や来訪による問い合わせや見学に対応している。施設の広報誌『ミモザ通信』は町内会に回覧、1階の地域交流スペース（会議室）は地域の会議やサークル活動に提供している。会議室で塗り絵、折り紙等のサークルが開催される時、興味ある利用者が一緒に参加している。社協が開催している「いきいきサロン」、地域の「助け合い活動」等に協力している。利用者が地域の行事に参加していない。施設が介護保険制度や認知症についての講演会、介護教室、オレンジカフェ等を実施していない。			

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)	「京都ミモザの郷」にある特別養護老人ホームだけでなく、ショートステイ、グループホームを含めて大判カラフルなパンフレットに掲載、読みやすく、わかりやすく書いている。パンフレットは玄関と地域包括支援センターに置き、地域の人に提供している。ホームページでも広報しており、問い合わせや見学がある。				
(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)	契約の際は相談員、ケアマネジャー、看護師等が利用者や家族、後見人等と面談、契約書と重要事項説明書を時間をかけてわかりやすく説明、署名・捺印をもらっている。重要事項説明書には保険外料金、事業方針、身体拘束をしない介護、要望の受付窓口等を明記している。				

(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。	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	B
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)		利用者の生活や心身の状況に応じてケアマネジャーがアセスメントし、個別援助計画を策定している。計画は利用者の課題や目標を明記、個別具体的であり、自立支援をめざしている。計画策定にあたっては利用者や家族の意向を聴取しているものの認知症ステージの高い利用者等意向が聴取できていない利用者もある。計画策定にあたってはサービス担当者会議を開催、利用者や家族のほか、利用者の担当職員、医師、看護師、栄養士、訪問マッサージ士等、専門職の参加や意見聴取をしている。計画を実施したかどうかの点検表をつけている。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		法人グループである協力医療機関と連携、入退院カンファレンスに看護師等が参加等、種々の情報交換をしている。京都市、下京区等行政とは種々の相談や報告をし、行政主催の研修に参加している。地域包括支援センターとはショートステイの利用者に関して情報交換している。区社協とは日常的に地域活動等で交流している。		
(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、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	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	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)		業務マニュアルは他の項目に書いた以外に「生活援助マニュアル」「食事介助マニュアル」「口腔ケアマニュアル」「排泄マニュアル」「入浴介助マニュアル」「移動マニュアル」等々作成しユニットに配置、職員に研修し職員は活用している。事故防止につながり自立支援を目指す内容である。マニュアル見直しの基準を書いている。利用者の記録はバイタル、食事量、水分量、服薬、排泄、入浴等のデータと時間ごとの利用者の様子を書いている。援助計画を実施したかどうかの点検表はある、その時の利用者の反応や様子を書いた記録はない。利用者の心身の変化は書いている。「個人情報保護マニュアル」があり、職員に研修している。職員の情報共有はユニット会議、申し送りノート等で行っている。家族への情報提供は面会来訪時に相談員、主任、ケアマネジャー等が対応、利用者の変化、モニタリング結果等を伝えている。		

(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)		感染防止マニュアル、感染症対応マニュアルがあり、ノロ対策やインフルエンザ対策をしている。新型コロナウイルス対策には来訪者に体温測定、アルコール消毒、マスク着用を課している。感染症の情報を収集、マニュアル更新に生かしている。感染症である利用者の受け入れをしている。施設内は整理整頓し、徹底した清掃と適切な廃棄物の処理等環境整備により臭気はない。清掃は外部委託で毎日実施、チェック表により点検している。異物や汚物は適切に処理している。		

(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。	B	A
(評価機関コメント)		緊急時対応マニュアル、フローチャートがあり、緊急時の責任者は施設長、発見者が直接報告あるいは主任等に報告、施設長は具体的指示を出している。事故とヒヤリハットの定義を定め事故記録、ヒヤリハット記録を残している。事故記録は発見者が事故状況、原因、利用者や家族への説明、最終結果まで書いている。職員はヒヤリハット記録の重要性を認識している。事故発生をユニット会議で検討、事故防止策やマニュアルの見直しに生かしている。災害対応マニュアルがあり、責任者（施設長）と指揮命令系統を明確にしている。火災対応の避難訓練を消防署の協力のもと年2回実施、風水害は上の階に避難する方針である。備蓄を準備、ハザードマップは事務室に掲示している。地域の防災訓練や夜回りに参加している。		

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
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)		利用者本位のサービスを常に心掛けているものの業務によってできないこともあり、そのことは利用者に説明している。職員は「利用者は利用者である前に1人の人間である」という意識をもち人間としての尊厳、人間としての権利(人権)を大事にして利用者に対応することを徹底している。接遇マニュアルがあり職員に研修している。排泄介助や入浴介助の際、利用者のプライバシーや自尊心に配慮して対応している。身体拘束や虐待に関してはリスク委員が常に点検し介護方法、環境、利用者の様子等に注意を払っている。利用者の決定は判定会議を開催、中立公正な立場で検討している。			
(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。	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	
	(評価機関コメント)		利用者が話しやすいのは担当職員やユニットの職員であり、安心して言いやすい相手である。職員は利用者の意見や要望はサービスにとって大事であると認識、常に聞く姿勢をもっている。苦情対応マニュアルがあり苦情記録を残している。利用者の個別面接や時には利用者の話し合いの会をしている。家族からの苦情は相談員を中心に受け付け、苦情記録に残すと共に改善に取り組み、職員間の情報共有をしている。苦情や要望にはできるだけ迅速に対応している。苦情とその対応について1階ロビーに掲示、ホームページで公開している。苦情の公的受付窓口として京都市、下京区、国保連等を利用者や家族に周知している。			
(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。	A	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)		サービス向上委員会が利用者の満足度調査を年2回実施、集計結果をグラフ化している。調理部が嗜好調査を年2回実施している。サービスの質の向上に関しては全部署が常に意識、調査結果をユニット会議や部門会議等で検討している。課題は法人の各事業所の施設長会議に提出、また常に連携をとり、学びあっている「京都指月の郷」との検討会議に提出している。第三者評価の受診は今回が初、自己評価の実施はしていない。			