

様式 7

アドバイス・レポート

令和3年4月19日

令和2年 6月18日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた三愛荘通所介護事業所につきましては、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>【通番3 事業計画等の策定】 法人の中長期計画（5か年）をもとに単年度の事業計画を策定されています。事業計画は前年度の各部門別委員会等の反省をもとに策定されており、職員ごとの「目標管理シート」にチーム目標を定め、半期ごとに進捗状況についてチェックしています。法人と事業所の計画が連動されており、PDCAサイクルの基づく取り組みが行われています。</p> <p>【通番31 人権等の尊重】 理念、運営方針、倫理綱領に人権等の尊重について明記しています。倫理綱領は施設内に複数掲示し、名刺の裏にも印刷しています。身体拘束、虐待防止委員会を設置して全職員を対象とした研修会を行っています。また、虐待予防にかかるチェックリストを活用して振り返りも行い日常的に意識啓発に努めています。</p> <p>【通番30 災害発生時の対応】 「三愛荘防災計画」及び災害マニュアル及び三愛荘全体の避難計画に基づいて、行政や地域住民と一緒に集団避難訓練を実施しています。地域の防災訓練にも毎年参加しています。（今年度は実施できていない。） 水害の多い地域でもあり、水害にかかるマニュアルも作成して非難の受け入れ先としての役割も担っています。</p> |
|-----------------|--|

| | |
|-------------------------------------|---|
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>【通番12 ストレス管理】 法人として総合相談窓口「総合相談センターゆう」を設置し、ハラスメント対応含め職員からの相談体制を整えています。 一方で事業所として職員の休憩室が確保されていません。構造的に困難であることが考えられますが、職員の方々が少しでもゆっくりできるスペースを確保することで、より良い支援につながると考えます。是非ご検討ください。</p> <p>【通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護】 個人情報保護規定が策定され、個人情報の保護や開示について規定されています。入所時には個人情報使用に関する同意を得ています。記録の管理体制については保管や保存には規定を確認できましたが、廃棄、データ処理、持ち出しは確認できませんでした。パソコンによるデータ管理を行っていることも鑑み、リスク管理の観点から文書と合わせデータの取り扱いについても見直しされることを推奨します。</p> <p>【通番39 評価の実施と課題の明確化】 第三者評価を3年に一度受診しています。また、年に1度、自主点検表を行っていますが、一定の評価基準に基づいた自己評価を行い、課題を明確にする取り組みができていませんでした。評価にかかる委員会等を設置して自己評価を行う仕組みを整備されてはいかがでしょうか。</p> |
|-------------------------------------|---|

具体的なアドバイス

社会福祉法人「みつみ福祉会」は、社会福祉法人みつみ福祉会は、「ともに生きる」の理念をもとに京都府福知山市と兵庫県丹波市において、高齢、障害、保育の施設を運営しています。その中で三愛荘は、福知山市にて特別養後老人ホーム、デイサービス、訪問介護、居宅介護支援事業所を運営しています。

三愛荘通所介護事業所は介護保険が始まった年に事業が始まり、地域での知名度が高く、地域の高齢者福祉の中心的存在として実践を続けられてきました。

利用者は中重度の方々が多く、幅広く利用者に門戸を開いています。機能訓練に力を入れており、機能訓練指導員と看護師を複数名配置し、個々の利用者の機能訓練計画を立て、実施されています。種々の運動機器を設置し、個々のニーズにあわせ有効的に活用されています。また最新の入浴設備を備え、介護度の高い利用者にも安心して入浴ができるように配慮されています。食事については、併設されている特別養護老人ホームとは異なった献立を、アンケート調査をもとに日々、工夫されています。食器や喫食環境も工夫され、より良いものを提供できるように、配慮されていることがうかがえました。

今後も質の高いケアマネジメントを目指していかれるとともに、引き続き地域に根差した居宅介護支援事業所として活動されることを期待します。

以下、今回の調査で気付いたことを記載します。

- ・法令遵守の取り組みについて社会福祉法や介護保険法以外にも、遵守しなければならない法令はたくさんあります。どのような法令に基づいて事業運営がなされているのか職員に周知するためにも、ファイルの表紙に一覧を表示したり、ハイパーリンクを貼るなどの取り組みをされてはいかがでしょうか。

- ・実習生の受け入れについては、良い実習プログラムを提供し、後進を育成することは、業界の発展や人材の確保にも繋がります。職能団体が主催する外部研修もありますので、折を見て、実習指導者に対する研修を受講されることをお勧めします。

- ・各種マニュアルの整備は整っていますが、見直しについてのルールや根拠について明確化されていません。今後は利用者アンケートの結果やヒヤリハット・事故などの分析を踏まえ、定期的な見直しについて、実施されてはいかがでしょうか。

※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 | 2672600109 |
| 事業所名 | 三愛荘通所介護事業所 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 通所介護事業所 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 訪問介護、認知症対応型通所介護 |
| 訪問調査実施日 | 令和2年11月10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 |
| 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。 | 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. 理念、運営方針、倫理綱領を定め、施設内に掲示するとともにホームページに掲載している。職員への周知については、毎月運営方針の中の項目を決めて毎日の朝礼時に唱和している。4月の年度始めの在宅部の会議にて事業計画とともに周知している。広報誌「さんあいの和」に掲載して、利用者や家族に配布している。 2. 三愛荘専決事項に管理者の役割等を定めている。職員業務分担表で職務を明確にして年度初めに職員に示している。法人の組織図を図表化し、ホームページにも掲載している。デイ職員会議や施設横断的な各種委員会からの意見を集約し、法人の施設長会議で意見を反映している。 | | | |
| (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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | 3. 5年間の法人中長期計画を策定し、それをふまえ事業所の中期計画及び単年度の事業計画を策定している。デイ職員会議において評価をしている。 4. 事業計画は前年度の各部門別委員会等の反省をもとに策定されている。また、職員ごとの「目標管理シート」にチーム目標を定め、半期ごとに進捗状況についてチェックしている。 | | | |
| (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。 | 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、ワムネットを活用して介護保険関係の情報を得ている。今年度はコロナウィルスの関係で研修会の開催が少ないため、所管の行政からのメールやインターネットからの情報をとるようしてデイ職員会議や終礼で職員に周知している。しかし、介護保険以外の法律等に関してのリスト化はできていない。 6. 管理者の役割は、三愛荘専決事項で明示されている。管理者は、事業所の運営方針を決定し、デイ職員会議で役割や責任について表明している。自己報告のヒヤリングを居宅部門統括のセンター長が担い、ヒヤリング項目の中で管理者を評価する方法としている。 7. 管理者は、パソコンシステムにおいて日々の状況を確認をしている。また、デイ職員会議や朝礼、終礼に参加している。緊急連絡網を整備して連絡が取れる体制をとっている。 | | | |

| 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。 | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 8. 法人内の人材育成部が中心となり計画的に人材確保に努めている。採用後の資格取得を推奨するとともに補助制度を設けて費用の負担等を行っている。 9. キャリアパスの仕組みを構築し階層別研修等を整備している。また、三愛荘で研修計画を作成し、法人内高齢事業所合同で研修等を行っている。今年度はコロナの影響で実施されていないが、外部研修にも積極的に参加させている。 10. 介護福祉士、社会福祉士や看護学生の実習を受け入れている。実習指導者に関する研修を受講している。しかし、受け入れマニュアルの更新がされていない。 | | |
| (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。 | B | 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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 11. 有休、時間外は管理者が把握して必要に応じて対応している。育児休業、介護休業について規定している。職員の負担軽減を図るため、リフト浴、個浴槽を導入している。 12. 法人で総合相談窓口「総合相談センターゆう」を設置し、ハラスメント対応含め職員からの相談体制を整えている。福利厚生として、民間社会福祉施設職員共済会及びリロ倶楽部にも加入している。しかし、休憩室が整備されていない。 | | |
| | | 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。 | C | A |
| | | (評価機関コメント) | | 13. 事業所の情報は、ホームページに掲載するとともに、広報誌「さんあいの和」で地域に配布している。また、地域の資源や情報のチラシを配架するコーナーを玄関に設置している。地域の行事については居宅支援事業所と連携して参加している。 14. 毎年、法人の居宅介護支援事業所が地域サロンにて介護に関する相談会を実施している。法人で地域貢献委員会を設置し、子ども向けの映画上映会を行っている。(地域向けのリハビリ教室等行っていたが、今年はコロナウィルスの影響もあり取り組めていない。) | | |

| 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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | 15. ホームページやパンフレットにて事業内容を分かりやすく紹介している。問い合わせや見学等には随時対応しているお試し利用など柔軟に対応している | | | |
| (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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | 16. 重要事項説明書を用いて、サービス開始時には十分な説明を行い同意を得ている。日常生活自立支援事業や成年後見制度利用の活用等に関してはケアマネージャーと連携している。 | | | |
| (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 | 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。 | B | 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。 | B | 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. パソコンソフトのアセスメントシートを活用して利用者の心身状況や生活状況の把握を行っている。（アセスメントについては新様式を今年から試行中。）担当者会議には多職種連携のもと行い、主治医や専門職からの情報を得ている。 18. 個別援助計画等の策定にあたっては、サービス担当者会議等を通じて利用者、家族の聞き取りを実施して、サービス提供内容に反映させている。 19. ケアマネージャーを通じて医師や他の専門職の意見聴取を行っている。個別援助計画策定にかかるサービス担当者会議を実施している。 20. 個別援助計画の短期目標設定期間に合わせてモニタリングを実施している。しかし、3ヶ月ごとの見直しは、すべてのケースで実施されていない。 | | | |
| (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) | | 21. 利用者の入退院には医療機関の関係者との連携を行っている。かかりつけ医からの情報について把握している。必要に応じて退院前カンファレンスに参加している。福知山市の介護関係の情報マップを活用している。 | | | |

| (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。 | 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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 22. 業務マニュアルを策定するとともに、毎年度定期的な見直しをしている。 23. パソコンソフトにより記録の管理をしている。個人情報保護規定が定められ開示請求についても明記している。しかし、文書取扱規則に記録の廃棄が明記されていない。 24. 日常的な情報共有については終礼時などに行っている。特に留意する事項等については連絡簿を活用している。利用者情報については月1回のケース会議で確認している。不在の職員には連絡簿に記載することで情報共有している。 25. 家族等とは送迎時及び連絡帳を活用して情報交換を行っている。不在等の場合は電話連絡をしている。モニタリング結果を3か月に1回報告している。 | | |
| (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。 | B | 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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 26. 法人全体の看護師会を中心に感染症に対する内部研修や対応策を確認し対応している。感染症対応マニュアルを整備している。 27. 事業所内は整理整頓されており、清掃は毎日職員で行っている。浴室は、同法人の障害者事業所の作業に委託をしている。 | | |
| (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。 | B | B |
| 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 | 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) | | 28. 緊急時・事故対応マニュアルを策定し指揮命令系統も明記している。事故発生後には対応策について、職員会議等において検討している。しかし、実践的な研修・訓練ができていない。 29. 事故やヒヤリハットの原因分析は、当日の終礼において共有している。また、事故ヒヤリハットの記録をもとに、毎月の会議で再発防止策を講じている。 30. 「三愛荘防災計画」及び災害マニュアルを作成し、毎年、合同避難訓練を実施している。地域の防災訓練にも毎年参加している。（今年度は実施できていない。） | | |

| 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 |
| 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 | 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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | <p>31. 理念、運営方針、倫理綱領に人権等の尊重について明記している。倫理綱領は施設内に複数掲示し、名刺の裏にも印刷している。計画書やモニタリング様式に意識的に本人の思いを取り入れるよう工夫をしている。身体拘束、虐待防止委員会を設置して全職員を対象とした研修会を行っている。虐待予防にかかるチェックリストを活用して振り返りを行っている。</p> <p>32. 定期的な事例検討の研修とともに「守秘義務を厳守しよう」というポスターを貼り、職員へのプライバシー保護の啓発をしている。入浴や更衣、おむつ交換についてはパーテーションやカーテン等で配慮している。同性介助を基本としている。</p> <p>33. 原則申込に係る受け入れを行っているが、地域によって送迎の時間の問題等でやむを得ず利用を断る事もあるが、ケアマネジャーを通じて他の事業所へ繋げている。</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。 | 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。 | B | A | |
| | (評価機関コメント) | | <p>34. 送迎時の家族等との会話の中から苦情や要望を聞き取っている。事業所内にご意見箱を設置している。担当者会議時に個別の相談を受けている。</p> <p>35. 苦情・要望については、様式を定めて適宜、法人への報告を行っている。苦情の受付と対応については、法人の広報誌、ホームページ等を通じて公表している。</p> <p>36. 窓口や対応方法、第三者委員は重要事項説明書に記載するとともに施設内の掲示している。介護相談員や介護支援サポーター等外部の方による相談の機会を確保している。（現在は休止中）</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職員が積極的に参加している。 | B | B | |
| | 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) | | <p>37. 嗜好を含めた利用者満足度調査を年に1回実施している。結果について施設内に掲示している。管理者と相談員が中心となって実施しているが、分析検討及び改善まで至っていない。</p> <p>38. 京都府老人福祉施設協議会の会議等に参加して他事業所の情報を収集している。毎月のデイ会議、法人内の横断的各種委員会、三愛荘各事業所連携会議等でケース検討等を行っているが、サービスの質に関する検討には至っていない。</p> <p>39. 第三者評価を3年に一度受診している。しかし、自主点検表以外に自己評価を実施していない。</p> | | | |