

## アドバイス・レポート

令和 4 年 1 1 月 2 2 日

令和 4 年 2 月 2 5 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 総合老人福祉施設はごろも苑 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><b>(通番 8) 質の高い人材の確保</b>  「skipper」という法人の魅力発信チームがあり、求める人材像を明確にし、人材確保に向けた戦力としての職員を育成し、計画的な人材確保委が行われています。また、ホームページは見やすく、親しみやすいように工夫されており、作成された動画にもホームページからアクセスできるようになっています。  ホームページでは職員の研修計画や実績などを写真を交えて発信しており、職員や就職希望者が採用後の人材育成のイメージを持ちやすくなっています。  有資格者の採用・配置を行っていますが、無資格者にも資格取得の補助、斡旋を行っており、資格取得者には資格加算を行っています。このような努力の結果、現在、ほぼ職員全員が介護福祉士を取得しています。  職員定着の取組としては福利厚生充実と共に、ケア改善委員会を法人で行い、働きやすさについても話し合いが行われています。</p> <p><b>(通版 1 3) 地域への情報公開</b>  ホームページによる情報公表の他に、ブログやフェイスブックでの情報発信が行われています。ホームページでは理念や事業所紹介の他、利用者等からの苦情・要望もわかりやすく公表されています。  また、地域に対してあっと峰夢（広報誌：年4回）、ぶどうの樹（年1回）ほっとプレスといった紙媒体での広報も行われています。利用者への広報も施設内の掲示版を利用して行われています。</p> <p><b>(通番 3 4) 意見・要望・苦情の受付</b>  CSアンケート（抽出）を実施し、とりまとめ結果は広報誌に掲載されています。デイサービスの利用者意向調査も行い、その結果を踏まえ、映画の上映などの企画実施に繋がっています。送迎時や面談時、電話で家族等との会話の中から苦情や要望の聞き取りを意識して行われています。また、意見箱を玄関に設置するなどの工夫も見られました。  積極的な利用者の声を吸い上げる工夫と、それをサービス向上として実現させる取組として評価できます。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番9) 継続的な研修・OJTの実施</b>  法人では新人研修を始め、階級別研修を行っています。また、デイサービスでは独自に感染症等の研修が行なわれています。  年間の研修計画は事業計画にも記載されており、法人への就職を希望される方等もホームページで人材育成の内容を見られるように工夫されています。  また、外部研修の情報については施設内で案内が行われており、研修に参加する職員が偏らないように配慮されていました。  しかしながら、OJTの仕組みは法人ではありましたが、デイサービスでは未整備でした。  職員が互いに学びあう機会としては、会議時に他職員から助言を受けたり、実践研究にて法人内で意見交換を行なう取組もありましたが、支援の現場で日々行われるOJTは特に若手職員や現場経験が浅い職員の介護技術やコミュニケーション技術の向上に非常に有効と考えます。これまでから、現場で行われている支援を改めてOJTとして整理して、取組を組織的に進めることが望まれます。</p> <p><b>(通番20) 個別援助計画等の見直し</b>  毎月モニタリングを行い、評価書に記載されています。また、要介護度等が変わり、ケアプランに変更があった場合にも計画の変更が行われています。しかしながら、変更等の手順・機会については明確に定められていませんでした。個別援助計画等の見直しにかかる業務について、その時期や手順をマニュアル化し、見直しの進行管理を行われてははいかがでしょうか。</p> <p><b>(通番22) 業務マニュアルの作成</b>  マニュアル一式を綴じたファイルがあり、入浴、送迎、運転手順、外出、事故対応、災害、緊急時、救急等のマニュアルが整備されています。また、デイサービスの1日として、1日の行動をまとめられていました。  しかしながら、介護業務全体の体系的なマニュアルはまだ作成されていませんでした。支援内容の平準化を図り、職員が変わっても安定的に同じ水準のサービスが安心・安全に提供できるよう、必要なマニュアル類の整備が望まれます。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>社会福祉法人みねやま福祉会は、戦後の混乱の中、1950年に乳児院を開設された事が社会福祉事業への取組の第1歩です。その後、京都府北部地域において児童福祉のみならず、高齢、障害分野でも地域ニーズに応える事業展開を進められ、現在では20を超える事業所を運営されています。  特に、近年は北部の福祉人材養成・確保や共生社会の実現に向けて、リーダー的な役割を果たされています。  今回、第三者評価で伺った「総合老人福祉施設はごろも苑」は受診メインサービスの通所介護の他に、介護老人福祉施設を核に、短期入所や訪問入浴、訪問介護など複数の事業を実施され、まさに地域包括ケアが目指す「住み慣れた地域で暮らす」ことの実現のために具体的なサービスを実施されている事が確認できました。  理事長の強いリーダーシップのもと、利用者を大切に、また職</p>

	<p>員を大切にされ、さらに丹後地域、京都府北部地域を大切に、法人の役職員が一丸となって取りまれていることが見て取れました。</p> <p>今後とも、京都府北部のみならず、京都府全体の福祉の向上のため、引き続き先進的な取組を進められることを期待します。</p> <p>以下、今回の第三者評価で気づいた点を記載します。</p> <p>○業務マニュアルの作成等 介護業務全体の体系的なマニュアルについては、作成されていませんでした。支援内容の平準化を図り、職員が変わっても安定的に同じ水準のサービスが安心・安全に提供できるよう、必要なマニュアル類を整備するとともに、定期的にその内容が見直せるよう、マニュアルの一覧を作成し、見なおし時期を明確にしておかれることをお勧めします。</p> <p>また、直接の介護業務以外にも災害時対応や個人情報保護等事業運営に必要な各種マニュアルを作成されていますので、それも含めて一覧化して管理されることをお勧めします。</p> <p>○評価の実施と課題の明確化 自己評価の継続実施はサービスの質の向上のために有効です。今回受診された第三者評価の結果を今後の運営に活かすと共に、事業所内でも定期的に職員が主体的に参加する形で自己評価を実施されることで、事業所内のサービス向上が一層進むと考えられます。自己評価の仕組みを構築されることをご検討ください。</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	2672200017
事業所名	総合老人福祉施設はごろも苑
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護
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、通所介護、訪問介護、居宅介護支援、介護予防短期入所生活介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、介護老人福祉施設
訪問調査実施日	令和4年3月11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) 理念はホームページや広報誌、契約書類等に掲載され、施設内にも掲示されている。職員への周知は、事務室掲示、毎日の唱和を行っている。 (2) デイサービス会議（月に1回）、主任会議（月1回）、法人施設長会議月1回が行われ、デイサービス会議でスタッフの意見を吸い上げ、主任会議、施設長会議で報告される仕組みがある。人事管理制度実施要領に資格基準、昇格基準が明記されている。		

(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。	B	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) はごろも苑全体の中長期計画（2020～2023年）、デイサービスの短期の事業計画を策定している。半期に一度、主任会議、施設長会議を通じて確認を行うとともに、法人理事会で全体の見直しを行っている。 (4) デイサービスとしての取り組みは、2、3か月に一度及び年度末の振り返りを行っている。稼働率の検討、利用者の利用の促進をスタッフ間で意識付けをしている。年度初めにスローガンをデイサービス会議で決めている。		

(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り組みを行っている。	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)		(5) 副園長が府の研修等に参加し、その内容は書面等で各職員へ周知している。関係法令にかかるリスト化はパソコン上で整理されている。法人内、各部署で虐待など、日々の業務に関する研修を行っており、具体的に取組んでいる。 (6) 管理者の役割と責任は人事管理制度実施要領に明記されており、職員への表明もされている。副園長がデイサービス会議、主任会議に参加し職員との意見交換を行うとともに、必要に応じて個人面談も実施している。職場活性化のアンケートを年に1回行っている。 (7) 管理者は携帯電話を所持し、不在時の非常時の連絡が取れる体制がある。平常時は日誌等の報告に加え、副園長へも報告している。事故対応マニュアルを作成し、非常時の連絡網が記載されている。		

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
<b>Ⅱ 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>(8) 求める人材像を明文化している。skipperという魅力発信チームを設置し、人材確保に向けた戦力を育成し計画的に採用を行っている。動画作成やホームページ作成などを行い福祉の魅力を発信している。有資格者の配置を行い、資格取得の補助、斡旋を行っている。資格取得者には資格の加算を行っている。介護福祉士はほぼ全員が取得している。職員定着の取組として福利厚生の実施ではかっている。ケア改善委員会を法人で立ち上げ、働きやすさについても話し合っている。</p> <p>(9) 法人で研修計画を立案し、階級別研修を行っている。年間の研修の計画は事業計画に記載されている。デイサービスでは感染症等の研修を行っている。外部研修は施設内で案内を行っている。(研修をする職員が偏らないように配慮している。)職員が互いに学びあう機会としては、会議時に他職員への助言を行ったり、実践研究にて法人内で意見交換を行なっている。しかし、OJTの仕組みは法人ではあるが、デイサービスでは未整備である。</p> <p>(10) 社会福祉士等実習を法人全体で受け、デイサービスでも行っている。実習生受入マニュアル、基本方針を作成している。学校とも連携を取っている。(デイサービスでは3名が実習指導者講習を受けている。)</p>		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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) 有給取得や時間外労働の把握はデイサービスで行い、法人でデータ集計を管理している。超過している職員については、声掛けなどの対応を行っている育休、産休も取得しやすい環境にあり、復職も同じ部署でできるように配慮している。自動掃除機を活用し職員の負担軽減をはかっている。特殊浴槽、リフト浴、チェアインバスを活用している。</p> <p>(12) メンタルヘルスチェックを年に1回プライバシーに配慮して行い、専門医への対応(産業医)も行っている。主任、副主任が人事面談のほか必要に応じて面接を行っている。ストレス解消の福利厚生は共済会、スポーツ大会への参加などを行っている(ただしコロナにて休止中)。休憩室は男女別で設置している。ハラスメント対応はハラスメント防止に関する規程を作成し、ハラスメントの相談窓口を整備している。</p>		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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) あっと峰夢(年4回)、ぶどうの樹(年1回)、ほっとプレスにて広報をしている。ホームページ等にて情報公表をしている。利用者への広報も施設内の掲示板を利用して行っている。コロナ禍において制限される中で納涼祭は苑内のみで行っている。地域のごみ拾いは現在も行っている。</p> <p>(14) コロナ禍でも小中学校への訪問し、中学校での認知症サポーター養成講座の開催を行っている。24時間体制で地域への対応を行っている。</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
<b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
	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) ホームページに見学対応の情報を掲載している。パンフレットは写真を多用しわかりやすいものとなっている。見学希望に随時対応しており、日誌に記載している。見学はケアマネジャーを通じて依頼が多く、体験も受け付けている。			
<b>(2) 利用契約</b>						
	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) サービス内容、料金等は重要事項説明書に明示し契約時に利用者に説明している。重要事項説明書がある。その中に料金等の記載がある。保険外のサービスについても記載あり。現在成年後見を利用している方が1名おられる。			
<b>(3) 個別状況に応じた計画策定</b>						
	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	B	
	(評価機関コメント)		(17) 所定のシートを活用し、アセスメントを行い通所介護計画を作成している。アセスメントは毎月行い、ケアマネジャーと共有している。 (18) 通所介護計画の策定にあたっては、フェイスシートを活用し利用者・家族の希望を受け止めている。また、ケアプラン更新時に見直し。デイサービスから変化を伝え再検討を促すこともある。計画の同意にかかる署名、捺印を確認した。 (19) サービス担当者会議にて福祉用具、相談員、ケアマネ、訪問看護等が参加して多職種で対応している。サービス担当者会議の記録を確認した。(コロナ禍のため照会という形を取っている。) (通番20) 毎月モニタリングを行い、評価書に記載している。要介護等が変わりケアプランに変更があった場合等には計画の変更を行っている。しかし、「計画を見直す必要のある状況」等にかかる基準を定めたものは明文化されていない。			
<b>(4) 関係者との連携</b>						
	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) 医療との連携は、サマリーの提供を受けたり、ケアマネを通して医師の方針を聞いている。また、入退院のカンファレンスには相談員が参加している。利用者の状況に応じて、地域包括支援センター等関係機関との連携を行っている。2、3か月に1度、京丹後市福祉サービス事業者協議会の高齢者部会に参加して情報交換を行っている。電話番号一覧に各連絡先がまとめられている。			

(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。	A	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		(22) マニュアル一式を綴じたファイルが作成されており、年度初めに見直しを行っている。入浴、送迎、運転手順、外出、緊急時、救急等項目別には分けられているが、介護業務全体の体系的なマニュアルとしては整備されていない。 (23) デイサービス日誌を作成し、パソコンで管理（ケアカルテ）している。実施計画に基づいて実施されたかをモニタリングで確認している。文書取扱規程、個人情報管理規程、個人情報開示等請求書があり、保管は鍵のかかる場所に行っている。文書管理委員会（年1回）にて確認、周知を行っている。 (24) デイサービス日誌は全職員が確認し確認欄でチェックをしている。会議で周知し、欠席者はデイサービス会議録にて利用者の状態を確認している。申し送りは毎朝のミーティングで行っている。 (25) 連絡ノートで利用者全員の状態を伝えている。連絡ノートには次回の利用日、気分や食欲、睡眠の状態等を記載している。2か月に1度ほどプレスにて広報している。送迎時にも職員が情報共有をしている。		

(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。	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) 感染症マニュアルがファイリングされている。法人全体の感染症予防対策委員会を毎月実施し報告書を作成している。その内容をデイサービス会議で報告し職員間で共有している。感染者はベッドを離れた位置に置くなど対応をしている。 (27) 施設内は整理整頓されている。毎日、職員が風呂掃除、トイレ掃除を行っている。チェック表もトイレ内に掲示している。カーペット掃除は外部委託されている。空気清浄機（脱臭、消臭、空気清浄）を設置している。		

(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)		(28) 事故対応の概要（マニュアル）を策定している。責任者及び指揮命令系統を明確にしている。法人防災委員会が中心となった救急救命の研修を受講している。 (29) 事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成している。事故やヒヤリハットの原因分析は、主任会議等で分析・検討をしている。また、事故ヒヤリハットの記録を業務日誌で閲覧するとともに朝のミーティングで周知している。 (30) 「災害対策マニュアル」を作成して責任者及び指揮命令系統が明らかになっている。合同避難訓練（夜間想定訓練含む）を毎年数回実施している。担当者を定め備蓄を保管している。福祉避難所となっている。BCP（事業継続）計画は策定中である。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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。	B	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)		(31) 理念、運営方針等に人権尊重を明記している。CSを毎年行い「あっと峰夢」に結果を掲載している。虐待にかかる事業所内研修を行うとともに、身体拘束の規程を整備している。 (32) 入浴介助の基本等にプライバシーの配慮について明記している。デイサービス会議で話す機会を設けている。新人研修の中で行っている。入浴や更衣、おむつ交換について配慮し、同性介助を基本としている。 (33) 利用者決定方法マニュアルを整備し、原則断らないが、看護師が常勤ではないため、医療的ケアが必要な場合は断る場合はあり、ケアマネジャーと連携を図り対応している。		
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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	公的機関等の窓口に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)		(34) CSアンケート(抽出)を実施して、とりまとめを広報誌に掲載している。デイサービスの意向調査も行い、集計のもと、映画の上映に繋がった。送迎時や面談時、電話で家族等との会話の中から苦情や要望を聞き取っている。意見箱を玄関に設置している。担当者会議時に個別の相談を受けている。 (35) 「苦情解決」を整備するとともに、様式を定めている。苦情の受付と対応については、法人のホームページ、広報誌に掲載し、玄関にも掲示している。 (36) 「苦情申出窓口」に一覧を明記している。窓口や対応方法、第三者委員は重要事項説明書の他、施設内の掲示している。		
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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。	A	B
		(評価機関コメント)		(37) 利用者満足度調査(年1回)を実施し、結果は広報に掲載している。アンケートの声をもとに畑の取組や映画の実現に繋がった事例がある。 (38) 毎月の主任会議、デイサービス会議で質の向上に対する検討を行っている。法人内の同業種での情報交換や市の高齢者部会等で他施設との情報交換を行っている。 (39) 第三者評価を3年に1回の受診をしている。しかし、年に1回以上自己評価を行う仕組みはない。(自主点検表以外)		