

# アドバイス・レポート

平成27年10月27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

平成27年7月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「介護老人福祉施設つきかげ苑」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>○質の高い人材の確保 介護職員の常勤比率は80%以上と高く雇用の安定化を図って人材を確保しています。介護福祉士、社会福祉士等には、資格手当があり、居宅介護支援専門員の更新研修は、介護支援専門員の業務従事者でなくても業務扱いとし、費用も施設が出しています。</p> <p>○実習生の受け入れ 「実習生受け入れマニュアル・指導要綱」に実習生受け入れの基本姿勢を示し、詳細なプログラムを整備しています。実習指導者研修を終えた職員を2名配置してユニットでプリセプター方式を用いて受け入れをしています。</p> <p>○意見・要望・苦情の対応 介護支援専門員が利用者との個別面談を通じて利用者の要望等を確認しています。又、家族に対しては面会時などを活用しその把握に努めています。出された要望等は、社内メールで共有しています。季刊紙に毎号受け付けた要望を載せて利用者等から要望を出しやすい環境を作っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○継続的な研修・OJTの実施 年間の研修計画を作成して研修を実施していますが、参加者は多くありません。また、新人研修はありますが、経験年次別研修などスキルアップ研修の実施がありませんでした。</p> <p>○地域への貢献 平成25年度までは、地域の小学校の社会見学を受け入れていましたが、平成26年度以降は、事業所の機能を地域に還元する取り組みはありません。</p> <p>○利用者の満足度の向上の取り組み アンケートを実施したことはありますが、定期的にアンケート調査を実施し満足度を確認する仕組みはありません。</p>

	<p>つきかげ苑は、御所の東側の清浄華院の境内にあり、静かな環境でかつ商店街などにも近いという恵まれた立地にある定員70名の介護老人福祉施設です。</p> <p>平成26年度には10周年を迎え、それを機に5年の達成期間を明示した計画を策定して事業所の今後のあり様を定めていますが、さらにサービスの質を上げていくために以下のアドバイスをいたします。</p> <p>○継続的な研修・OJTの実施 施設内でほぼ毎月実施している研修会は、新任職員の参加が中心となっていて参加者が少ないのが実態です。中堅職員向けの研修も企画してはいかがでしょうか。積極的に参加するために職員自身が自分の目指すべきところを明らかにした上で研修計画を作成すれば多くの参加があると思います。</p> <p>○地域への貢献 今後さらに高齢化が進み、介護老人福祉施設に期待されるものは大きいと考えます。認知症への不安を抱える方も地域には多くおられると思います。「認知症かな?と思ったら・・・」、「在宅介護、施設介護を比べてみましょう」等、施設の持つ専門知識を講演会などの形で地域に還元してはいかがでしょうか。民生委員等に協力してもらい、一人暮らしで不安を持たれている地域の方などに声かけをして、生活に役立つ講演会等を実施していただければと考えます。</p> <p>○利用者の満足度の向上の取り組み 毎年利用者の満足度調査を実施して分析・検討の結果とアンケートに書かれた利用者の要望から施設の課題を明らかにし、サービス改善につなげていくことが重要と考えます。そのためには、満足度調査に関する担当部署を組織するところから始められてはいかがでしょうか。</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	2670200431
事業所名	介護老人福祉施設 つきかけ苑
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)	
訪問調査実施日	平成27年10月6日
評価機関名	一般社団法人京都社会福祉士会

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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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	A
	(評価機関コメント)			1. 理念、基本方針、事業目的を玄関、各スタッフルームに掲示して職員に浸透するような取り組みをしています。季刊紙「月華」にも毎月理念を掲載しています。 2. 理事会、運営会議、各種委員会やフロアミーティングを定期的に行い、組織としての意思決定に職員の意見を反映する仕組みがあります。		
	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. サービスの質の向上に向けた単年度事業計画を策定しています。平成26年度には、5年の達成期間を明示した計画を策定しています。 4. 年度初めにフロアごとの目標を設定し、6か月で振り返りを行い、年度末に総括することで課題の達成に取り組んでいます。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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。	B	B
	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. パソコンを利用して介護保険法改正に関する情報等を職員に周知できるようにしています。 6. 管理者の役割は文書化して明らかにしています。昨年度初めて施設長、副施設長と全職員の面談を行ったところです。管理者自らが信頼を得ているかどうかを把握する方法はありません。 7. 個人の記録を含め業務についてパソコンで確認できるようにしています。緊急時の連絡体制は、マニュアルに定めて周知しています。		

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)		8. 介護職員の常勤比率は80%以上と高く雇用の安定化を図って人材を確保しています。 9. 新規採用者には、春と秋の2回まとめた研修をしています。また、施設内で月2回程度研修をしていますが、参加者が少ないのが実態です。スキルアップのための体系的な研修計画等は確認できませんでした。 10. 「実習生受け入れマニュアル・指導要綱」を作成して実習生受け入れの基本姿勢を示しています。実習指導者研修を終えた職員を2名配置しています。		
<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。	B	B
		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. 有給休暇の消化率等は、把握していますが、ユニットによって消化率に差があります。その是正には至っていません。 12. 休憩室は一定の広さを確保していますが、メンタルヘルスのための相談体制はありません。		
<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。	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	C
		(評価機関コメント)		13. ホームページを充実して積極的に情報を開示していますが、地域へ季刊紙、広報紙の配布などは行っていません。利用者に対して活用できる社会資源や地域の情報の提供は確認できませんでした。 14. 25年度までは、地域の小学校から社会見学があり、車いすの使い方を講習する等の機会がありましたが、昨年度以降事業所の機能を地域に還元する取り組みはありません。		

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. ホームページを作成し、随時更新をしています。季刊紙「月華」を発行し、利用者等への情報提供に取り組んでいます。施設見学は、随時受け入れ対応し、パンフレットを使用しながら施設内の案内を行っています。		
<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. 生活相談員が、契約時に重要事項説明書でサービスの内容や料金を説明して同意を得ています。また、成年後見人が選任されている場合も同様に対応しています。		

(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)		<p>17. 包括的自立支援プログラムに基づいたアセスメントを定期的に行い、心身状況を把握するように努めています。</p> <p>18. 個別援助計画作成前に利用者や家族の意向を確認していますが、サービス担当者会議への利用者・家族の参加の調整がなくごく一部の参加しか確認できませんでした。今後は、参加を求めていく予定とのことです。</p> <p>19. 個別援助計画書の策定時には、主治医・看護主任・生活相談員・管理栄養士から意見を聴取しそれを計画に反映しています。</p> <p>20. 個別援助計画は、3～6ヶ月毎の定期的見直しと、心身状態に変化が生じた場合に随時見直しをしています。</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. 利用者の入所前のかかりつけ医師とも連携をしています。利用者の病院への入退院時には、看護師・生活相談員が病院との情報交換を行い、連携を図っています。		
(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	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	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)		<p>22. 各部署のパソコンの共有フォルダ内に業務マニュアルを整備し、常時閲覧できるようにしています。業務マニュアルの見直し基準が定まっていません。</p> <p>23. パソコンの介護記録システムを用いて利用者の状態を記録していますが、保管、保存持ち出し等の規定が確認できませんでした。</p> <p>24. パソコンの介護記録システムにより、全職員が情報を共有できるようにしています。また、朝夕の申し送り時に介護・看護部間で情報を共有しています。</p> <p>25. 介護支援専門員を中心に、家族の面会時や個別援助計画の説明時に面談の機会を設けています。</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。	B	B
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. 感染症予防マニュアルはありますが、マニュアルの更新が確認できませんでした。</p> <p>27. 臭気対策は専用機器や消臭剤を用いて行っています。外部委託業者は日常清掃作業日報を提出しています。外部委託部分も含め清掃は行き届いています。</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)		28. 緊急時対応マニュアルを作成して、研修を実施しています。 29. 事故があった場合は事故報告マニュアルに基づいて記録を作成しています。リスクマネジメント委員会で事故やヒヤリハットの原因分析、再発防止のための対応方法について検討しています。 30. 災害時のマニュアル(火災時)、連絡体制を整備して年2回昼間と夜間に防災訓練をしています。災害時における食料や飲料水などが確保できるよう給食業者と契約を結んでいます。		

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	B		
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	B		
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)		31. つきかげ苑身体拘束マニュアルを用いた新入職員に対する研修会を実施していますが、全職員に対する明示、周知に関する取り組みはありませんでした。 32. プライバシー保護についてのマニュアルを整備してプライバシーに配慮したサービス提供を心掛けていますが、研修会は実施できていません。 33. 夜間吸引が必要な申込者に対しては、申し込みを受けられない理由などを分かりやすく説明し、他の介護保険施設や医療機関等を紹介しています。				
(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	B		
(評価機関コメント)		34. 介護支援専門員が利用者との個別面談を通じて利用者の意向を確認しています。又、家族に対しては面会時などを活用し、意向等の把握に努めています。 35. 利用者などからの苦情や要望については、苦情・要望受付マニュアルに基づいて対応しています。季刊紙「月華」を活用し公開しています。 36. 重要事項説明書に公的相談窓口の連絡先を明記していますが、市民オンブズマンなど外部の人材を受け入れての相談機会を確保する仕組みがありません。				
(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。	C	C		
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	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)		37. つきかげ苑設立10周年の際に、現在利用している方や過去に利用した方等を対象にアンケート調査を実施し、分析しましたが、定期的にアンケート調査を実施し満足度を確保する仕組みはありません。 38. 京都市老人福祉施設協議会関連の各部会に出席したり、浄土宗社会福祉協会での交流を通じて情報収集しています。 39. 各委員会単位で評価を実施していますが、第三者評価を3年に1回受診できていません。				