

アドバイス・レポート

平成30年12月21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30年9月18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>○個別援助計画の策定 個別援助計画については「包括的自立支援プログラム」を活用し、各部署の連携により、利用者へのサービス提供を行っておられます。援助計画作成前には家族の意見や要望を聞き、各部署の専門的な意見を収集することに努めておられ、利用者の側に立った計画作成に尽力されておられます。また、援助計画については定期的に見直しを行っておられます。</p> <p>○利用者からの意見に対する対応 利用者の意見を収集する仕組みができています。利用者の要望・希望等には適切に対応し、プライバシーへの配慮をした上で広報誌やホームページ等を使ってフィードバックをされておられます。また、公的機関への相談等の方法を周知徹底されています。第三者委員を設置して公平な対応にも心がけておられます。</p> <p>○危機管理体制 危機管理について、各種マニュアルを整備し、年に2回の防災訓練を行っておられます。事故等があった時には生活相談員が中心となり、利用者や家族に速やかに連絡をされております。再発防止に関しても施設全体で原因を分析し、情報共有を図り、体制の見直し等を行ってしています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事業計画の策定 中長期・単年度の事業計画は作られており、各種委員会や会議体で評価・振り返りは行われていますが、課題の明確化が不十分なため、その解決に向けての取り組みも弱く、解決のに向けての計画などが明確になっていません。</p> <p>○各種マニュアルの整備 各種マニュアルの見直しはされていますが、改訂履歴がありません。また、マニュアルの見直しに関する基準がありません。</p> <p>○質の向上の取り組み 満足度調査は行われていますが、分析・検討結果をもとに改善点を明確にし、周知させる方法が確立しているとは言えません。また、評価結果を次年度の計画などへ展開させることも十分ではありません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>介護老人福祉施設つきかげ苑は、社会福祉法人浄山会が運営する特別養護老人ホームです。隣には京都御所があり、静かで風光明媚な場所に位置しており、交通の便も良いです。</p> <p>老人ホームの構造は地下1階、地上4階建てで、居室は70床あり、ユニットケアを行っています。建築当初は従来型の老人ホームで計画されていたものの、建築中にユニット型に変更されたため、各ユニットの収容人数やユニットの面積も異なっており、ハード面での制約がありますが、うまくカバーされ運営されています。援助計画作成の体制がしっかりできていることもあり、利用者に満足いくサービスを提供されています。また、職員への教育・研修の体制や、休憩室を充実させたりメンタルヘルスの体制を整えられ、労働環境の整備に尽力されています。</p> <p>今回の第三者評価においてのアドバイスは下記の通りです。</p> <p>○中長期計画、単年度の計画を作成する際には、職員全員が問題点を共有し、改善に努めていくためにも課題を明確にさせていただいた方が良いと考えます。また、適切な時期に改善計画を立て、計画に連続性をもたせるようにしてください。</p> <p>○各種マニュアルは、常に最新状態のものを使用することが望まれます。このため、作成日や更新日、改訂内容などの記載をし、いつ、どのように変更したのかを明確にしておく必要があると考えます。また、最低でも年に1回は全てのマニュアルの見直しを行うようにしてください。</p> <p>○利用者の満足度向上のため、満足度調査の分析、検討結果から得られる改善点を明確にし、改善の実施をしてください。また、年に1回の自己評価を実施して、課題を明確にし、次年度の計画に反映させる仕組みを作ってください。</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	2670200431
事業所名	介護老人福祉施設つきかげ苑
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30年10月30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
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。	B	A	
	(評価機関コメント)		1. 理念は各フロアのスタッフ室に掲示し、事業所の職員全員が理念や運営方針に沿ったサービスの提供に努めています。 2. 施設長は運営会議や各種委員会、フロアミーティングに参加し、現場の声を吸い上げて意思決定を行っています。			
(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。	B	B	
	(評価機関コメント)		3. 中長期、単年度の事業計画はありますが、課題の明確化が組織的に行われているとは言えません。 4. 各委員会や部署定例会・フロアミーティング等での課題設定していますが、課題を基に具体的な解決に向けての計画を策定していません。			
(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	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. 法令等はグループで回覧していますが、周知徹底までは出来ていません。 6. 施設長が職員と個別面談を行ったり、グループ毎に面談する等の工夫をしていますが、定期的に行う仕組みがありません。 7. 施設長は、常に日常業務をパソコン等で管理しており、会議にも参加しています。また携帯電話での連絡が取れるようにし、事業の実施状況を把握しています。			

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
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. 入職後に人材育成委員会で教育し、人員体制の管理と整備を行っています。 9. 研修計画に基づき、新任者研修やOJTに取り組み、段階的に必要な知識や技術を習得できる体制があります。 10. 実習受け入れマニュアルを作成し、実習生を受け入れる体制はありますが、実際には、実習指導者に一任しており、組織的に受け入れる体制がありません。		
(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	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. 衛生委員会で職員の労働環境の改善を行っています。危険な場所のチェックを行い、情報共有に努めています。部署により有休休暇消化率に格差があり、管理指導が十分にできていません。 12. メンタルヘルスの維持のために、専門職者がカウンセリングを行っています。また、休憩場所を確保し、心身を休める環境を整備しています。		
(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	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	B
		(評価機関コメント)		13. 地域に根ざした事業所となるよう、近隣の小学校や幼稚園との交流を行っています。また、広報誌、ホームページ等で情報の発信をしています。 14. 近隣小学校の社会的体験学習を受け入れています。しかし、事業所側から積極的に研修会や講演会を行っていません。		

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
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. ホームページを作成し、随時更新しています。年4回広報誌「月華」の他、創立10周年記念誌を発行し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ています。		

(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. 契約時は、重要事項説明書にて生活相談員が介護保険以外のサービスも含めて説明し、同意を得ています。成年後見制度の活用も推進しており、当施設においては生活相談員が対応しています。		
(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。	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。	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. 「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っています。各部署が連携してアセスメントを行っています。 18. 個別援助計画の作成前には利用者や家族の意向を確認しています。また、アセスメントに基づいて利用者の個別援助計画を作成し、担当者会議への参加を促しています。 19. 個別援助計画書の策定時には、主治医・介護主任・看護主任・介護支援専門員・生活相談員・管理栄養士・担当介護職員等より専門的な意見を収集し、計画に反映させています。 20. 個別援助計画は、実地指導による見直しと、心身状態に変化が生じた場合に見直しをしていますが、3か月毎の見直しは出来ていません。		
(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. 利用者の入所前のかかりつけ医師と連携を図っています。また、利用者の入退院時には看護師・生活相談員が病院と情報交換し、速やかに引継ぎを行っています。		
(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。	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。	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. 各部署のパソコンの文書管理ソフト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。しかし、業務マニュアル等の見直し基準がなく、見直し日等の記録もありません。 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。しかし、利用者の記録の持ち出しに関する規程がありません。 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なっています。また、朝夕や各勤務帯での看護・介護間での申し送りを行っています。 25. 計画変更の時に、個別援助計画の説明時に定期的に状況報告を行っています。また、随時家族の面会時や電話にて、情報報告を行っています。		

(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)		26. 感染症予防マニュアルは作成していますが、マニュアルの更新記録が確認できませんでした。また、感染症の勉強会等も十分に出来ているとは言えません。 27. 紫外線発生装置や消臭剤で臭気対策を行っています。清掃は業者に委託し、外部委託業者に日常清掃作業日報を提出させています。		
(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。	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	B
(評価機関コメント)		28. 事故・ヒヤリハット・緊急時対応マニュアルの記録を整備しています。また、事故や緊急時の対応は、年1回0JT等により周知徹底しています。 29. 事故があった場合は、事故報告に基づいて記録を作成し、生活相談員より本人・家族に連絡しています。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、全体で情報共有を図っています。 30. 地域を意識した災害時のマニュアル（火災時）、および連絡体制を整備して、年2回防災訓練（うち1回は夜間想定）を実施しています。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。施設においても3日分の水分と食料を備蓄しています。		

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

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。	B	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。	B	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. 高齢者の尊厳に関する規定、マニュアルを整備しています。また、研修を定期的に行っていますが、周知徹底には至っていません。 32. 利用者のプライバシーに配慮したマニュアルがあり、研修も行っています。しかし、職員の意識付けが十分ではありません。 33. 利用者等の決定は、オープンな環境で行われており、サービス利用者等の決定については公平・公正に行っています。京都市老人福祉施設協議会の施設一覧等の資料等を基に、他施設の紹介等も行っています。				

(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。	B	A
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口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	B
(評価機関コメント)		34. 利用者の意見、意向が広く吸い上げられる環境作りに努めています。苦情・要望受付の掲示、意見箱の設置等により利用者の意見・要望を収集し、利用者の満足度向上の取り組みを行っています。家族へのフィードバックは広報誌やホームページの他、施設に来所した際等にも行っています。 35. 利用者からの意向や意見を各種会議で検討し、プライバシーに配慮しながら広報誌やホームページ等を通して公開しています。 36. 公的機関等の窓口相談や苦情が行える方法を利用者や家族様に周知しています。介護相談員や市民オンブズマンの受け入れはありません。		

(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。	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。	C	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. 満足度調査等を行い、利用者の満足度向上の取り組みを行っていますが、分析、検討結果をもとに改善点を明確する仕組みがありません。 38. 運営会議を定期的に行っています。全職種が運営会議に参加し、運営サービスの質の向上の検討体制を整備しています。 39. 運営会議を中心に、各種委員会で評価を行っています。様々な意見を出し合っ、サービス提供の質の向上につなげています。各種委員会からの意見や評価を議事録にまとめ、振り返りをしていますが、次年度向けの課題明確化は十分ではありません。		