

アドバイス・レポート

平成 29 年 11 月 29 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 29 年 8 月 25 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（ツクイ京都吉祥院）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。

<p>特に良かった点とその理由（※）</p>	<p>経営理念を「ツクイは地域に根付いた真心のこもったサービスを提供し、誠意ある行動で責任を持ってお客さまと社会に貢献します」とし、介護が本当に大変だと、知ったこと、だからこそ介護で世の中の役に立ちたいと決意した事が、ツクイの福祉サービスの原点で、訪問入浴サービスからスタートしニーズに合わせて様々な介護サービスを提供・展開しています。</p> <p>●利用者のニーズに合わせた対応</p> <p>機能訓練に重きをおいたサービスを基本に、利用者一人ひとりの思いや要望を大切に、笑顔で過ごせるように様々なレクリエーションが工夫されています。また、食事は毎日 2 種類のメインを用意し利用者が選べることや体調に合わせた食事形態などにも個別対応をされています。</p> <p>●労働環境への配慮とチームケア</p> <p>開設当初からの職員も多く、朝礼や会議だけでなく、日々の活動の中で、職員間の交流の機会を積極的に持ち、情報共有に努めています。個々の職員のスキルの高さや職員同士の声の掛け合い、視野の広さや気付きからの実践（職員間でその場その場に応じて仕事の分担や持ち場を守るなど）が感じられます。職員は笑顔で楽しく仕事をすることで、利用者が笑顔で利用できるように管理者を先頭に全職員で利用者に対してのサービス提供が行われています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>●質の向上のための取り組み</p> <p>記録については事業内容の検討や利用者の意見・要望についての話し合いが終礼やミーティングなどでされている事の記録を確認する事が出来ました。事業所の年間計画にもとづいて行われている様々な取り組み（年間行事や研修計画など）の実施状況や評価、今後に向けての課題や改善点等が検討され、今後の活動に繋がられている記載が確認できませんでした。</p>

	<p>●マニュアル</p> <p>法人としてのマニュアルを使用していますが、マニュアルの見直しが行われた事の記録を確認できませんでした。また、最新の情報によるマニュアルの検討や感染症の二次感染予防対策マニュアルについては不十分さがありませんでした。質の高いサービスを実施していく為にも、最新の情報を常に収集し、定期的にマニュアルの見直しをされることをお勧めします。</p> <p>●衛生環境</p> <p>臭気対策等をこまめにされて清掃も丁寧に行い、点検表でのチェックを実施されていますが、清潔・不潔が混在している箇所が見られました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>利用者一人一人の思いを大切に、思いやりの心を持って運営を行っていただける事が感じられました。</p> <p>●質の向上のための取り組み</p> <p>事業所として、さらなるサービスの向上を目指す観点からも、事業の取り組みを記録し、課題の抽出、目標を設定し次年度の事業に反映できるよう工夫されることをお勧めします。</p> <p>●申し送りノートの充実</p> <p>日々の利用者の様子や伝達事項について、朝礼や終礼等で伝えられています。更なるサービスの質の向上を目指すためにも、記録として記載されることをお勧めします。</p> <p>●地域への関わり</p> <p>研修等を通じて地域への関わりをつくり、社会福祉協議会で行われる炊き出しにも参加をされていますが、なお一層普段から地域とのつながりを深め、事業所が地域の一員として関わられるような工夫をされることを期待します。</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。

※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	2670500913
事業所名	ツクイ京都吉祥院
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)	介護予防型デイサービス
訪問調査実施日	平成29年11月7日
評価機関名	一般社団法人京都ボランティア協会

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。	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)		<p>1 会社の経営理念をもとに、開設時スタッフと共に話し合いを重ね事業所のコンセプトを作成し利用者の自己実現を目指している。事務所に掲示し、朝礼で「経営理念」「社訓」「安全運転ルール10か条」を唱和している。年に1回以上、スタッフ会議でコンセプトの確認をしている。利用者や家族にはフロアに「コンセプト」を掲示し理解が深まるようにしている。</p> <p>2 会議は会社の取締役会を定期的に開催し、管理者は本社での会議に年2回出席、エリア会議に隔月で参加をしている。事業所では朝礼・終礼のミーティング、スタッフ会議を開催し職員の意見を大切に話し合いや会社の取り組みの伝達などを行っている。職種ごとの仕事に合わせた権限の委譲など、日々の運営について各責任を明確にしている。</p>			
(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	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	B	
	(評価機関コメント)		<p>3 会社の中・長期計画をもとにスタッフ会議で出された職員の意見を取り入れながら、単年度の事業計画を管理者が作成し、スタッフ会議で明確にしている。利用者アンケートの現状分析・課題・問題点は出されているが、事業計画には反映されていない。</p> <p>4 専門職ごとに現状の把握や課題の設定に取り組み、ミーティングやスタッフ会議で課題の共有と改善の立案をしているが、記録に不十分さが見られたり、具体的な解決策を盛り込んだ計画策定までには至っていない。</p>			
(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。	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。	A	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	

		<p>(評価機関コメント)</p>	<p>5 管理者は本部の法令改正研修や集団指導に参加し、スタッフ会議やミーティングで周知している。会社は法令遵守を基本方針とし、法令遵守責任者の配置や内部監査を行っている。パソコン内に各種法令が整理され職員各自のタブレットを活用して見られる様にしている。事業所の事業計画は法令遵守で適正化することを目標に掲げている。</p> <p>6 運営管理者の役割は業務分掌や重要事項説明書に明記し、職員や利用者に役割と責任を明確にしている。各種会議時に方向性を提案しながら職員意見を取り入れ、リーダーシップを発揮している。本部での年2回の会議や隔月のエリア会議に参画し意見を述べている。年1回行われる、外部委託のアンケートで管理者についての職員評価が行われている。</p> <p>7 管理者は実施状況が確認出来る場所で業務を行い、携帯電話で常に連絡が取れる体制が作られている。日々運営に関しては申し送りノート・業務日誌に明記し随時状況を把握できる。緊急時は管理者への連絡や指示が組織図で明確にされている。社内メールを活用してエリアマネージャーに報告・相談のシステムがとられている。</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
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。	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。	A	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。	A	B
		(評価機関コメント)		<p>8 必要な人材や人員体制はハローワークへの申し込み書に記入され、資格取得者を優先的に採用している。資格取得支援制度による、受験料・お祝金の支給が制度化されている。社員と非常勤の割合も決められている。</p> <p>9 新人研修、フォローアップ研修、管理者研修と段階的に行い、研修終了後は報告書を作成している。研修の年間計画に沿って毎月勉強会を行っている。外部研修は回覧で周知し、希望者は仕事として参加し費用も会社負担である。ミーティングやスタッフ会議で職員の気付きを出し合い意見交換や助言をしている。</p> <p>10 実習の受け入れ実績はないが基本姿勢やマニュアルは作成されている。実習指導者への研修の実施は出来ていなかった。他事業所の実習やインターンシップの見学実習は受け入れた実績がある。</p>		
(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)		<p>11 職員の有給休暇の取得率や時間外労働のデータは年間管理表で管理者が管理し、本部の人事部で就業状況を分析検討している。リフレッシュ休暇制度も取り入れられている。育児休業法・介護休業法は就業規則に明記され適切な対応がされている。寝台浴やシャワーチェアーを使用し職員の負担軽減に繋がると共に腰痛予防研修を実施している。</p> <p>12 外部・内部の相談窓口を開催し職員にはメンタルな悩みやハラスメントや不利益な取り扱いをされていないか、社内で法に反する事を目撃などを相談しやすい三ヶ所の相談窓口を設けている。ハラスメントは就業規則に明記されている。福利厚生はツクイクラブがあり健康診断や予防接種・親睦関係・慶弔費は子どもの入学金や非常災害時などに対応されている。また入社10年目に報奨金が支給される制度がある。休憩室は相談室と兼用で事務室の一角も使われ、気分転換が出来ている。</p>		
(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。	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 会社・事業所のホームページを立ち上げて、誰でも見られる様にしたり屋外フエンスに事業所情報は掲示している。開設時には内覧会を行い地域の方にも公開を行った。地域の情報は玄関のラックに置き自由に見る事ができ、行事は利用者に伝えている。ボランティアは日本舞踊、フラダンス、バンド、オカリナ演奏などで2ヶ月毎にそれぞれに来て貰い利用者と地域の人の楽しみ事になっている。地域の保育所・児童館との交流や「子ども110番」で子ども達が来やすくしている。自治会と合同開催の夏祭りは近隣にポスティングやポスターで知らせ、地域の方との交流の場になっている。</p> <p>14 会社は「地域の関わり」をテーマに報告会を開催し、その場で事業所は事例報告をして地域住民に聞いて貰った。相談受け付けのチラシを窓に貼り、相談内容によっては地域包括支援センターに繋いでいる。地域認知症ネットワークへの参加をしている。</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
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 事業所の情報等についてはホームページやパンフレット等で写真や情報を載せて提供している。見学やお試し利用なども希望があれば個別に応じて対応している。見学の記録は相談員の連携ノートに記入している。			
(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 利用契約時に、サービスに関する内容や料金等をパンフレットや重要事項説明書、契約書で説明し同意を得ている。また、現在、成年後見人制度の利用対象者があり、活用を推進している。			
(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	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	A	
	(評価機関コメント)		17 ケアマネジャーからの基本情報や医療情報をもとに、ツクイ独自の様式でアセスメントを行っている。居宅サービス計画に沿って通所介護サービス計画を作成し、個別機能訓練の目標を個々のニーズに合わせて計画に入れている。アセスメントの見直しは年1回または計画の見直し時に行っている。 18 利用者・家族の思いを聞き目標を設定したうえで通所介護サービス計画を策定し、同意を得ている。利用者・家族が入るサービス担当者会議に事業所も参加をしている。 19 退院時のカンファレンスやサービス担当者会議での意見交換は通所介護サービス計画に反映している。 20 計画に添ってのサービスの実施や、利用者の状況変化は介護記録で確認する事が出来る。モニタリングは通所介護サービス計画は3ヶ月に1回、個別機能計画は1ヶ月ごとに行い、変化に応じケアマネジャーと連携の上で計画書の見直しをしている。			
(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)		21 ケアマネジャー一覧表を作成し、医師との連携体制はケアマネジャーを通じて情報の交換を行っている。地域包括支援センターや行政、消防署、警察署など関係団体とは常に連携をしている。利用者の入退院時のカンファレンスに参加をしている。			
(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。	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)	<p>22 業務マニュアルを作成し、それをもとに新人研修や各業務内容ごとの研修で職員に伝え、マニュアルに添って業務にあたっている。欠席者には資料を配布し共有している。見直しにあたっては本部からの通達があれば差し替えている。見直しにあたっての検討事項の記載が確認できなかった。</p> <p>23 介護記録に記載し、マニュアル通り出来ているか全社で定期的にチェックするシステムがある。利用状況を毎月記入してエリアマネージャに報告をしている。個人情報保護と開示については入社時や年1回は研修をし、文書管理マニュアルで適切に文書の廃棄や管理をおこなっている。</p> <p>24 朝礼や終礼、カンファレンス、スタッフ会議で共有し、申し送りノートにも記載して利用者に変化のあった情報も共有している。</p> <p>25 家族との情報交換は送迎時や介護記録、利用状況報告書、モニタリングの結果を手渡している。サービス担当者会議には同席し説明している。</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	B
	(評価機関コメント)		<p>26 感染症の対策及び予防に関するマニュアルがあり、対応マニュアルをもとに職員に研修を行っているが、最新の情報の入手やマニュアルの見直しは確認できなかった。二次感染を防ぐ対策を講じた上での受け入れ態勢の不十分さがある。</p> <p>27 施設内の清掃は職員が定期的に行い、管理者が清潔点検を実施し衛生管理を行っている。消臭機器で臭気対策をしている。消耗品の置き場の工夫をして清潔・不潔の棲み分けをされることをお勧めする。</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	B
	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	B
	(評価機関コメント)		<p>28 緊急時対応マニュアルが作成され、年1回以上、研修や訓練を行っている。マニュアルで指揮命令系統が明らかにされている。</p> <p>29 ヒヤリハット・事故報告書を作成し、家族や関係者に報告をし、対応経過も記録されている。事故の再発防止のためのマニュアルの見直しなどに、ヒヤリハット・事故報告書が活用されている記録の確認が出来なかった。</p> <p>30 風水害対策マニュアル、地震等災害対応マニュアル、災害時マニュアルを作成し、年2回消防署と連携した訓練を実施している。災害時のフローチャートで指揮命令系統を明確にしている。地域との連携を意識したマニュアルや訓練等に不十分さが見られる。</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
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)		<p>31 利用者の人権や意思を尊重したサービスの提供を重要事項説明書やコンセプトに明記している。朝礼や終礼で日々の活動を振り返りながら、高齢者の尊厳の保持に努めている。接遇、倫理、認知症ケア、高齢者虐待防止・身体拘束排除に関する研修を毎年開催している。</p> <p>32 プライバシーについての研修を毎年実施し必要に応じて朝礼やスタッフ会議で勉強会をしている。トイレのドアの前にカーテンを設置し、ズボンがあげられない人には気が付いた職員がトイレの中で対応出来るようにしている。風呂の前のカーテンや脱衣所の中もカーテンで仕切り、着脱が他の人の目に触れないようにし利用者の羞恥心に配慮している。</p> <p>33 基本的には申し込みのある時は受け入れているが、定員等の状況により待機して貰わなければならない場合には都度説明をしている。</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。	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てている。	A	B
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	B
(評価機関コメント)		<p>34 意見箱の設置や利用者個々の話しやすい職員の対応、利用者が不安になっている時に対応する職員の工夫などの配慮をしている。利用者・家族の意見を取り入れてサービスの向上に努めている。サービス担当者会議やモニタリング訪問を相談機会と捉えている。</p> <p>35 苦情の対応方法が定められ、利用者の意向は管理者に報告すると共に朝礼・終礼で共有し、苦情受付表に記入して迅速に対応している。解決に時間のかかる内容も、いつまでに対応するかを明確にしている。意見や苦情、要望などの改善状況を公開する仕組みはなかった。</p> <p>36 相談窓口の電話番号やファックス番号、公的機関は重要事項説明書に明記して説明をしているが、事業所内の掲示は見られなかった。また、第三者の相談窓口は設けられていなかった。市民オンブズマンや介護相談員など外部の相談機会の確保が望まれる。</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てている。	A	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。	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)		<p>37 満足度調査を年1回、外部委託で行い分析・検討・課題の抽出も行われている。管理者が担当者になっているが、管理者の交代が2016年10月や今年度の調査結果が11月に出了れた…で具体的な改善は今後の課題である。</p> <p>38 スタッフ会議を毎月、管理者会議を隔月で行い、サービスの質向上について話し合い、改善が行える様な仕組みがある。管理者は法人内の他の事業所との交流は隔月で行い情報交換を行うと共に、職員は行事のときに交流をしている。</p> <p>39 内部監査のチェックリストで年1回自己評価を行っている。第三者評価初受診で実施体制の設置を行った。内部監査は毎年受診し、分析・検討をしているが、課題を明確にしたり、事業計画に反映するのはこれからの課題である。</p>		