

様式 7

アドバイス・レポート

2020年4月30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

令和元年8月22日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいたメゾンパルテール福知山につきましては、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>	<ul style="list-style-type: none"> ● 組織の理念及び運営方針の明確化と職員周知 <p>仏語で「花壇」という意味を持つ「パルテール」を名称とされた「メゾンパルテール福知山」は、平成21年に開設された全室個室の介護付き有料老人ホーム(特定施設入居者生活介護)です。法人の社是、経営理念、経営方針に基づいて介護理念「心に寄り添う介護」と介護方針「気づきと実践/3項目」、介護目標「10項目」を策定し、「経営指針書」に、利用者本位の介護の理念・方針・目標等が職員に理解しやすく具体的に記載されています。単年度の事業計画が10年ビジョンと中期経営方針に基づいて作成されています。職員は冊子「経営指針書」を手元にサービスの品質の確保に努めています。</p> ● 職員教育の充実 <p>質の向上に向けて職員の育成や研修に取り組んでいます。職員は「京都認証制度」の体系的研修や外部派遣研修、各種の介護技術をテーマとした内部研修を履修し、介護現場の業務を通じて知識や技術を深めるOJTに取り組んでいます。上級スーパーバイザー養成研修の修了者が内部の職員教育及び地域の様々な研修や講座で活躍している他、地域の医療・介護・福祉分野の職員の職場体験実習生を受け入れ、施設が福知山市近隣地域にとって大切な社会資源として、また、住宅の延長線上の生活の場になるように努め、「頑張る人を応援する会社」をモットーに、職員の仕事に向かう意欲を高めることに力を注いでいます。</p> ● 個別状況に応じた計画策定 <p>利用者一人ひとりに対するサービスの実践記録(Pケアプラン、D観察・対処、C見直し、A改善等)を個別のファイルに整備しています。特に個別支援計画の基となるアセスメントの実施では、グループアセスメント「班会議」を取り入れ、職員間でディスカッションを行う等、アセスメントの実施を多職種協働で行なっています。また、サービス担当者会議には利用者と家族等の参加を原則とし、本人や家族等の意向、関係機関の専門職から情報を取り</p>
-----------------------------	--

	<p>入れ、個別支援計画に反映させています。利用者の医療機関への定期受診は医療情報収集の機会と考え、可能な限り家族等に付き添っています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●法令遵守の取り組み <p>事業を実施する上で必要な数多くの法令等に基づいて各種のマニュアル等を整備し、職員がいつでも確認できる様にスタッフルームに設置しています。しかし、パワーハラスメントに関するマニュアルや災害対策における地域との連携を意識したマニュアル等の整備、プライバシー保護に関する職員研修、法令集のリスト化等が充分ではありませんでした。</p> ●業務マニュアルの見直し <p>各種の業務マニュアルを作成していますが、モニタリング等で吸い上げた利用者や家族等の意向、顧客満足度調査の結果、ヒヤリハット報告書等で把握したリスク等を各種のマニュアルに反映させる仕組みを確認することが出来ませんでした。</p> ●質の向上への取り組み(地域との連携) <p>月例の業務改善委員会で業務改善に関する検討会議を行い、職員の意向をサービスの質の向上に反映させていますが、近隣の施設や事業所等と相互評価を行うなどの取り組みについては確認出来ませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●法令遵守に関する取り組み <p>パワーハラスメントに関するマニュアル、災害対策における地域との連携を意識したマニュアル等の整備やプライバシー保護に関する職員研修の実施等は事業を実施する上で遵守すべき法令に値すると考えます。これらのマニュアルの策定と研修の実施、法人が事業を実施する上で把握すべき法令等のリスト化等を行うことで職員に遵守すべき法令等を周知する取り組みが望まれます。</p> ●各種のマニュアルの見直し <p>利用者や家族等、職員、法人外の地域の施設や事業所等からサービスの質の向上に役立つ情報を積極的に収集し、また、今回初めての第三者評価受診(自己評価・利用者評価も含む)の結果等を各種のマニュアルや研修プログラムの見直しに活かされてはいかがでしょう。</p> ●質の向上への取り組み(地域との連携) <p>地域の介護施設や事業所と連携を深める中で介護サービスに関する共通課題の共有、相互評価等により、第三者の目から見た様々な事象による自社の強み・弱み、実施が可能となる課題等に気づきが生れ、各種の業務マニュアルの見直しや業務改善等につなげることが出来ると考えます。</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。

(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	2672600489
事業所名	メゾンパルテール福知山
受診メインサービス (1種類のみ)	特定施設入居者生活介護
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	令和2年3月24日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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	B
	(評価機関コメント)			1. 経営理念及び経営方針、介護理念『心に寄り添う介護』及び介護方針『「気づき」と「実践」』を明示している。ホームページやパンフレット等に掲載し、「経営指導書」に明記している。理念や方針を朝礼及び各フロアの引き継ぎ時や月例の全体会議等で唱和し、事務所に掲示する等で地域及び利用者・家族等、職員に周知している。また、年1回開催の運営懇談会で利用者・家族等に周知している。 2. 組織図及び委員会図等を基に各種の検討会議を定期的に開催し、組織としての意思決定に職員の見解や取り組み状況等を反映する仕組みを構築している。介護保険指定基準に位置づけられた「各職種」の職務内容は運営規程で確認できたが、権限移譲による職員の責任を明確に定めた職務権限等の規定等を確認することができなかった。		
(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。	C	B
	(評価機関コメント)			3. 法人の「10年ビジョン」に基づいて、「経営指針書」に中期経営方針及び単年度経営方針を定めている。中期及び単年度の経営方針は法改正や利用者のニーズ等に基づいて施設の内・外部の環境分析や課題、問題点を明らかにした上で策定している。しかし、内部の環境分析に、利用者満足度の調査結果や各種の委員会・検討会議で把握した職員の意向等を反映させる取り組みは十分とは言えない。中長期計画や単年度計画の職員周知は年1回開催の社員総会でやっている。 4. 経営方針に基づいて、役職・役割に応じて職員一人ひとりが取り組む課題(目標)を設定し、年2回実施の個別面談の場で「個人目標共有シート」を使って確認し合っている。看護・介護・生活相談・ケアマネジャー等の職種別の課題が明確に文章化されておらず、その達成状況の確認や見直しを行う等の取り組みを確認することができなかった。		

(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	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. 事業を実施する上で必要な関係法令に基づいて各種のマニュアル等を整備し、職員がいつでも確認できる様にスタッフルームに設置しているが、法令遵守に関する研修会の実施や資料のリスト化等による職員周知への取り組みが十分であるとは言えない。 6. 経営責任者は「経営指針書」で自らの役割と責任について職員に表明し、施設内に常駐し日常的な対話を通して職員一人ひとりの意向を把握している。管理者が年2回、職員個人面談を行い、「個人目標共有シート」を使って、職員個々の目標の達成度と職務の妥当性について確認している。管理者等自らの行動等の妥当性を検証する仕組みは構築されていなかった。 7. 管理者等は施設の業務日報や管理者の業務日報、各種の議事録や報告書等で事業の実施状況を把握している。また、携帯電話で受けた職員からの報告・連絡・相談に対しては、その都度、適切で具体的な指示を行う体制を構築している。		

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	B
		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	A
		(評価機関コメント)		8. 実務経験者を優先的に採用している。スローガンに「がんばる人を応援する会社」を掲げ、必要とする人材に関する基本的な考えにつなげている。資格取得制度を整備し、介護職員初任者研修修了者の介護福祉士資格取得を支援し、法人が研修費を負担し合格者に祝金を給付している。必要な人材や人員体制に関する法人の考え方や人事管理に関する方針が文書等で確認することができなかった。 9. 質の向上に向けて職員の育成や研修に取り組んでいる。職員は京都府主催の「きょうと認証制度」の体系的研修や外部派遣研修、また、アセスメント・感染症・メンタルヘルス、移乗・移動等の介護技術をテーマとした内部研修を履修し、研修報告書と伝達研修で研修成果を職員間で共有している。職員に対して個人面談と業務を通じて学ぶOJTを行う等でスーパービジョンの体制を構築し、認証制度を受ける準備を行っている。 10. 「実習生受け入れに対する基本的方針」に基づき積極的に受け入れている。実習指導者は京都府社会福祉協議会の上級スーパーバイザー養成研修を履修している。		
(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)		11. 労基法に基づき、職員の有給休暇の消化率や時間外労働のデータを管理している。法が定める育児休暇や介護休暇等を就業規則に明示している。職員が所持する専用スマホ端末とパソコンの「ねむリスキャン」で利用者の覚醒・睡眠や離床等の状態が確認でき、利用者の「見える化」を図ることで介護負担の軽減につなげている。介護職員の腰痛予防として浴室に回転盤を設置し、腰痛ベルトを支給している。 12. 産業カウンセラー協会と連携し、職員のストレス解消やメンタルヘルスの維持に努めている。福利厚生制度として、忘年会や職員間の会食などの費用を法人が負担している。就業規程にハラスメントに関する規定を定め、廃止に努めている。職員が仕事を離れて休息できる専用の宿直室や休憩室を設置している。		
(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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		13. 施設を1週間を開放した「文化祭」を開催し地域との交流を深めている。利用者と職員の作品を展示し、お茶と手作りお菓子でもてなす茶話会を開催している。訪問時に施設内の至る所で展示作品を鑑賞できた。また、京丹波町民正委員協議会、福知山5か所のボランティア団体等の施設訪問を受け入れている。令和2年度には認知症カフェの開催を計画している。「情報の公表制度」を利用者や地域住民に広報する等、施設の基本情報等を自ら開示するには至っていなかった。 14. 職員が積極的に施設が持つ専門的な技術や情報を地域に提供している。毎月、市民病院セラピストや主任ケアマネジャー、地域包括支援ケアマネジャー、市議員等をメンバーとする「福知山☆真辺塾」を開催し、福知山在宅介護応援チーム「笑くぼ」で活動する施設職員を支援している。また、京都府医師会やシェア福知山会議、京都府リハビリ支援、福知山子育て支援等の研修会等で講師を務めている。		

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
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. ホームページやパンフレット(カラー印刷)で地域や利用者・家族等にサービスの選択に必要な情報を開示し、多目的ホールに介護保険情報、地域イベント、権利擁護事業等の資料を整備し、来訪者や利用者・家族等に関連情報を提供している。見学希望者に対しては随時、生活相談員が対応し「入居相談受付簿」に入居判定やアセスメントに活用できる基本情報を記載している。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		16. 入居契約時には重要事項説明書等を使い分かりやすく説明し同意を得ている。また、判断能力に支障がある場合は身元引受人や正当な家族代理人等に説明し同意を得ている。生活相談員が相談窓口となり、必要に応じて成年後見制度や地域福祉権利擁護事業を紹介している。			
(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. 独自のアセスメント様式でアセスメントを実施し、利用者のニーズや課題を抽出し記録している。アセスメントは『班会議』と称したグループアセスメント（ディスカッション）で生活相談員やケアマネジャー、看護師、ケアスタッフ等とが協働で実施している。 18. 19. サービス担当者会議に本人と家族等、または代理人等の出席を原則とし、個別援助計画の策定にあたり本人と家族等の意向、専門家等から得た情報や意見を反映させている。施設サービス計画書/個別援助計画は利用者・家族等の同意を得ている。 20. モニタリングを3か月に1度実施している。見直しの際は専門職等に意見照会を行っている。医療機関からの退院時には、関係者から医療情報(診療情報提供書や看護サマリー等)を受け、個別援助計画等の見直しに反映させている。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		21. 地域連携室と健康管理室(看護師)等が協力医療機関「京都ルネス病院」と連携し、利用者の健康管理と医療ケアを行っている。また、福知山医師会や保険者、京都市中丹保健所等の関係機関と連携体制・支援体制を確保している。			

(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	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. 各種の業務マニュアルは毎年見直し、必要に応じて随時更新している。医療廃棄処理に関しては協力病院の協力のもとで独自の実務的マニュアルを作成している。しかし、各種の業務マニュアルの見直しにあたり、顧客満足度アンケートの結果等を反映させる仕組み等を確認することができなかった。 23. 利用者一人ひとりのファイルに個別援助計画に沿ったサービス提供内容の記録を整備している。日々の経過記録はスマホの「ケアカルテ」に入力している。記録の保管等の規定を定め、個人情報保護や情報開示については「個人情報保護法マニュアル」明記し、職員は研修で周知している。 24. 全職員が利用者の個別援助計画を基に支援している。朝礼や夕礼時、申し送りノート「連絡ノート」で日々の利用者の情報を共有し、月例の「班会議」で多職種からの情報を基に利用者の意向や課題等を確認し合っている。 25. 通院時には家族に付き添い、診察時の情報を共有している。サービス担当者会議以外でも生活相談員やケアマネジャーが直接、家族等の電話相談等に応じている。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		26. 感染症マニュアルを整備し、全職員に対して年2回研修を実施している。毎年マニュアルを見直し、最新のマニュアルをファイルし、職員に周知している。 27. 清掃担当者として職員を雇用して館内の衛生管理を徹底している。害虫駆除やエアコンのメンテナンス等を外部に委託しているが、業者からの点検表等施設内の衛生管理の記録が確認できなかった。		

(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	B
(評価機関コメント)		28. 事故及び緊急時の対応マニュアルを整備し、年1回職員研修を実施し実践的な訓練も行っている。事故や緊急時における責任者及び指示命令系統を明らかにし緊急時に備えている。夜間救急対応マニュアルに救急車の要請等を盛り込んでいる。 29. 事故が発生した場合は速やかに家族や関係者に報告している。事故報告書とヒヤリハット報告書に発生時の状況から対応経過、そして終結までの記録を時系列に具体的に記録している。リスクマネジメント委員会と班会議で事故報告書を基に再発防止に向けた検討会議を行っている。 30. 防災マニュアルを整備し、年2回、消防訓練を実施している。特に風水害対策に関しては、過去の経験から情報収集には注力している。心身機能に応じて部屋のドアに「赤色リボン」を貼付し、スムーズに移動等の対応ができる様にしている。入居者と職員分の2日分の備蓄を行っている。自然災害が発生した時の対応について、地域との連携を意識し、地域と協働で訓練を行う等のマニュアルが作成されていなかった。		

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		<p>31. 組織や事業所の理念・運営方針に、利用者の人権に配慮したサービス提供と支援について明記し、「身体拘束禁止」「虐待防止」をテーマとした職員研修を実施している。理念や運営方針に基づき利用者本位、人権尊重に配慮したサービスの提供に努めているが、組織全体で実践内容と振り返り等を確認する仕組みが十分とは言えない。</p> <p>32. 全室個室である為、プライバシーは保護されている。また、介護サービス(排泄や入浴介助等)は利用者のプライバシー保護の観点に立って提供しているが、年間研修計画のカリキュラムにプライバシー保護に関するテーマがなかった。</p> <p>33. 入所申し込みは、本人・家族の施設見学の後、入所判定会議(現場主任と管理職)で確定している。入所希望に応えることができない場合は、その理由を説明し、希望者のニーズに適したサービスの利用方法や提供事業者を紹介している。</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。	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	B	
	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)		<p>34. 「意見箱」を各階に設置している。家族等の要望や意見等は、運営懇談会や利用者アンケート等で吸い上げている。また、フロアの担当職員や生活相談員、看護師、ケアマネジャー等が面会時等で聴き取っている。苦情の申し入れを受けた職員が即日ミーティングで報告するとともに、月例の全体会議で検討し、結果を申し入れた本人にフィードバックしている。利用者の意向はサービス改善の機会であると認識している。</p> <p>35. 複数の公的機関の相談窓口を施設内掲示し、重要事項説明書等に明記し、来訪者や利用者・家族等に周知している。苦情や意見には迅速に対応しているが、意見や苦情等についての改善状況等を個人情報配慮しながら公開するまでには至っていない。</p> <p>36. 相談窓口に事業所以外の第三者として近隣地域の役職者を設置し、随時相談できる体制を整備しているが、介護相談員等の外部の人材を活用し、利用者の相談機会を身近に確保する仕組みがなかった。</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。	C	C	
	(評価機関コメント)		<p>37. 毎年、運営懇談会の開催前に「顧客満足度調査」を実施し、その結果を懇談会で報告している。顧客満足度調査の実施とその結果を利用者に対して報告しているが、サービス向上委員会や業務改善委員会等で改善策の検討、改善計画の立案・実施、再評価の流れ(PDCAサイクル)に沿って具体的に取り組んだ事象が議事録等で確認できなかった。</p> <p>38. 毎月開催の業務改善委員会で改善課題を検討し、全体会議で職員に周知しているが、出された意見や提案等を改善につなげる仕組みが書面等で確認できなかった。他事業所と情報交換や相互評価を行うことについては、現在、近隣に特定施設がない等の理由から行っていない。</p> <p>39. 第三者評価の受診と第三者評価に基づく「自己評価」を行ったのは、今回が初めてである。今回の第三者評価受診では、規定の「自己評価」を担当者・担当部署・委員会などを設置し、数名の職員で取り組まれていた。</p>			