

# アドバイス・レポート

令和 2 年 3 月 2 7 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 2 年 1 月 6 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（介護老人福祉施設市原寮）様につきましては、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

特に良かった点とその理由 (※)	<p><b>1) 継続的な研修・OJTの実施</b></p> <p>京都市老人福祉施設協議会が実施する新任職員研修やファーストステップ研修をキャリアパスの中に位置付け、外部の力をうまく活用しながら、職員の資質向上を図っておられます。施設内の全体研修の内容は主任以上で話し合って決め、毎月同じ研修を各 4 回実施することで全職員が参加できるよう配慮されています。常勤・非常勤の区別なく、誰が何の研修に参加したかを個別でデータ化し、外部研修の参加者が偏らないようにされています。</p> <p><b>2) ストレス管理</b></p> <p>安全衛生委員会に毎回産業医が参加するとともに、月 1 回、職員が産業医に自由に相談に行ける仕組みがあります。毎年ストレスチェックを実施し、衛生管理者と産業医が連携して、ストレスに対するリスクの高い対象者に声掛けするなどの取り組みを行われています。休憩場所は 5 か所あり、それぞれソファやマッサージ機などが配備されていました。</p> <p><b>3) プライバシー等の保護</b></p> <p>プライバシーや羞恥心について記載された「介護マニュアルチェック表」を用いて、実践の有無を職員自らが確認することで、意識付けをされていました。「介護マニュアルチェック表」には、プライバシー保護に関する具体的な行動が例示され、それをチェックすることで、具体的な行動の見直しに繋がる仕組みを作っておられました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1) サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <p>一人ひとりのサービス記録はありますが、機能訓練の実施に係る記録以外の情報が読み取れず、ケアプランとの連動性や、利用者の状態の推移に係る具体的な記載が薄いように感じました。</p> <p><b>2) 業務マニュアルの活用</b></p> <p>各種マニュアルが綴じられていますが、細かな見出しがなく、いざというときに活用しにくい状況にあると思われました。実際、活用度合いはフロアによって差があるとのこと。また、苦情や満足度調査結果がマニュアルの内容に反映される仕組みがありませんでした。</p> <p><b>3) 課題改善への取り組み</b></p> <p>当該年度の事業計画における実施状況を、年度中に 2 回程度評価を実施し、翌年度の事業計画に反映されており、サービス内容についての課題は明らか</p>

様式 7

	<p>にされているものの、期限を切って実施するなどの、課題を改善するための取り組みが不十分と感じました。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) サービス提供に係る記録と情報の保護</b>          たとえば、毎月家族に報告されている「利用者の様子」を具体的にケア記録に残しておかれると良いのではないのでしょうか。普段の関わりの中にご利用者の表情や何気なく発せられた言葉などを拾っておくと職員間で情報共有ができるので、利用者の精神的・身体的な状態が把握しやすくなります。いくつかの課題解決のために、介護ロボットの導入などを検討してみられてはいかがでしょうか。</p> <p><b>2) 業務マニュアルの活用</b>          業務マニュアルはセクションごとの小冊子にまとめられてはいかがでしょうか。また、内容もイラストや写真を用いながら見やすくする工夫や、1枚もののフローチャートで仕上げることによって、より実用性の高いものになると思います。</p> <p><b>3) 課題改善への取り組み</b>          明らかになった課題を改善するために、具体的な行動計画を、期限を切って実施されてはいかがでしょうか。そうすることによって、PDCAサイクルが回り、施設の取り組みが螺旋状に向上していくと思われれます。</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	2670600010
事業所名	介護老人福祉施設市原寮
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)	短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、 居宅介護支援、通所介護、介護予防通所介護
訪問調査実施日	令和2年1月31日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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
<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) 玄関や各フロアに法人の理念が掲示されていました。運営方針は年度当初に全体会議の場において理事長から全職員に対し説明されます。起案書の目的欄に「～によって理念を感じてもらえるように」と書き込むようになっていて、常に理念と事業との連動性を意識できるよう工夫されています。広報誌「市原寮だより」に理念や運営方針が掲載されています。2) 現場の意見はプロジェクトやフロア会議から、案件によって運営会議、業務改善会議、施設長会議、理事会にて検討されます。年2回、全職員を対象に個別のヒアリングを行い、意見を聴取する仕組みがあります。職員ヒアリングにて、現場の意見を中心に運営されていることが確認できました。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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) 2018年～2025年までの長期計画、2021年までの中期計画に基づき単年度計画が定められています。単年度計画は可能な限り現場で策定され、全体研修で発表し、半年ごとに振り返りを実施されています。全体研修は同じ内容を4回実施し、さらにビデオ撮影して参加できなかった職員に見せるなどして周知徹底を図られています。4) 部署ごとに事業計画及び事業報告書を作成されています。課題並びにその解決策は具体的に設定され、介護職員、相談員、栄養士、看護師が参加する連絡調整会議にて半年に1回、中間評価を実施されています。		

(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。	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
(評価機関コメント)	5) 管理者は京都市や京都市老人福祉施設協議会が主催する各種研修に参加し、情報を得られています。必要な法令のリストは事務所に掲示されています。相談員が講師となり、全職員対象に法令遵守に係る研修を実施されています。自主点検表に、職員全員で取り組むことで、法令遵守の意識づけが行われています。6) 業務分担表に各々の役職の役割が明記されています。運営方針などの決定者は施設長であると位置付けられています。年2回の考課査定時面接において、管理者は直接職員の意見を聞く機会を確保されています。毎年、雇用者管理改善チェックリスト「チェック&do25」を実施することで、客観的な指標を用いて管理者を評価する仕組みを持たれています。施設長と室長代理の権限の違いを明確にされるとなお良いと思います。7) 緊急連絡網を活用し、常に管理者に連絡がつく体制が確保されています。「緊急時マニュアル」にて、緊急事態における連絡の流れがフローチャートで明示されています。早朝に大雨が降り、交通網が麻痺した際には、緊急連絡網を用いて対応した実績があります。			

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。	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	A
(評価機関コメント)	8) 少子化に伴う労働力減少を見越し、少数精鋭でやっていくという意思を持って、生活支援室の設置やインカム（小型無線機）の導入など、様々な工夫をされています。以前は正職員比率50%程度だったところを、正職員を増やすべく取り組まれています。受験対策講座の実施や初任者研修、実務者研修の受講料補助など、様々な取り組みにより資格取得を支援されています。9) 京都市老人福祉施設協議会が実施する新任職員研修やファーストステップ研修をキャリアパスの中に位置付け、外部の力をうまく活用しながら、職員の資質向上を図られています。施設内の全体研修の内容は主任以上で話し合って決め、毎月同じ研修を各4回実施することで全職員が参加できるよう配慮されています。常勤・非常勤の区別なく、誰が何の研修に参加したかを個別でデータ化し、外部研修の参加者が偏らないように努められています。10) 「実習指導マニュアル」に実習を受け入れるにあたっての心構えが明記されています。マニュアルには、連絡窓口や実習内容の説明項目などが示されています。実習指導者研修は外部研修に参加し、伝達研修を行うことによって対応されています。			

(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) 年次有給休暇取得数や超過勤務のデータは毎月「連絡調整会議」で一覧表として配布され、気になる職員には声掛けをしたり、「業務改善会議」で対策を検討されています。これまで、定時に退勤する意識が薄かったところ、各シフト上の退勤時刻の5分前に、インカムでアナウンスすることにより、速やかに退社するよう促されています。産前産後休業、育児休業、介護休暇については、法人全体で工夫して取得実績を積み重ねられています。走行式リフトやスライディングボードを活用されています。12) 安全衛生委員会に毎回産業医が参加するとともに、月1回、産業医に自由に相談できる仕組みがあります。毎年ストレスチェックを実施し、衛生管理者と産業医が連携して、対象者に声掛けするなどの取組みが行われています。リフレッシュ休暇や、宴会への補助制度がありますが、予算の関係で今年度は中止したとのことでした。休憩場所は5か所あり、それぞれソファやマッサージ機などが配備されています。各種ハラスメントに関する規定が就業規則に記載され、相談窓口も明記されています。			

<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	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) 毎月「市原寮だより」を発行し、市原野学区の回覧板で回覧されています。区民運動会や地域のクリーン作戦に、職員や学生ボランティアとともに、利用者も参加されています。施設が開催するコンサートを地域住民にも案内し、一緒に鑑賞して頂かれています。情報の公表制度については、特に案内はされていませんでした。14) 毎年、市原野小学校の授業で車椅子体験等の講義を行っています。圏域の地域包括支援センターからの情報や要請に基づき、認知症サポーター養成講座に職員を派遣する体制がありません。		

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

### 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) フェイスブックや広報誌を活用し、こまめに情報発信されています。食事を摂る時間や場所、理容の時間など、丁寧に情報提供されていることが見て取れました。急な見学対応にも丁寧に応じておられました。		

#### (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) 入所時に重要事項説明書を用いて説明して同意を得、書面に残しておられました。保険外サービスについても一つひとつ丁寧に説明されていました。必要に応じ、成年後見人等とも契約を締結されていました。また、制度利用が必要な方には、成年後見制度や日常生活自立支援事業について情報提供されています。		

#### (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	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) 入所時には、それまでのかかりつけ医と連携しながら本人・家族・在宅時の専門職等から聞き取り、包括的自立支援プログラムのケアチェック表を用いてアセスメントされています。また3ヵ月に一度介護職員によるモニタリング面接を実施し、記録に残されています。18) 毎月第2木曜日をサービス担当者会議の日と設定されていますが、家族が出来る限り参加できるよう柔軟に対応されています。欠席の場合でも電話で家族の意向を確認されています。19) 毎月第2木曜日にサービス担当者会議が開催されています。会議には管理栄養士、看護師、介護職員が必ず参加し専門職の意見が計画に反映されています。20) 定期的なものとして入所1ヵ月目、及び年に1回の個別援助計画の見直しをされています。その他必要に応じて各専門職の意見を聞きながら変更する仕組みがあります。		

#### (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) 施設配置医とすぐに連絡が取れる体制があり、情報や意見の交換ができます。協力病院が複数あり、スムーズな受入れが可能です。関係機関のリストを各フロアに配備し、いつでも見ることができるようになっています。退所の場合は、看取りか入院がほとんどですが、看取りの場合でも、一時帰宅を支援するなどの対応を行われており、そうでない場合も行き先が決まるまでは関係機関と密に連携を取りながら調整を行われています。		

(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。	B	B
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) 介護マニュアルや各種マニュアルが作成されており、1年に1回更新されています。業務改善会議において、マニュアルの内容と実践に齟齬があるときは、その原因について検討し、場合によっては改定が行われています。活用度合いはフロアによって差があるとのこと。苦情や満足度調査結果がマニュアルの内容に反映される仕組みはありませんでした。23)、24) 一人ひとりのサービス記録はありますが、ケアプランとの連動性や、利用者の状態の推移に係る具体的な記載が薄いように感じました。個人情報保護規定に保管、保存、持ち出し、廃棄に係る内容が記載されています。「個人情報扱い及びプライバシー保護に係るチェックリスト」を活用して、職員への教育、意識啓発が行われています。朝夕のミーティングや定期的なカンファレンスにより、情報を共有する仕組みがあるものの、確実に全職員に共有できているとは言えないとのことでした。25) 毎月のおたよりと一緒に、利用者の様子を記入して家族に送付されています。サービス担当者会議や夏祭りなどの行事について案内し、家族の参加を促されています。体調の変化があった際などこまめに連絡されており、連絡手段も家族に合わせて電話、メールを使い分けるなど工夫されています。		

(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。	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) 毎月開催される感染症プロジェクトを中心に、感染マニュアルの作成、見直しが行われています。全体研修において、最新の知見の周知を図られています。啓発ポスターの掲示、始業前点検の実施などにより職員への意識づけを徹底するとともに、感染症に罹患した利用者に対しては、個別の対応策を立てて対応されています。大きな加湿器を多数設置し、適切な加湿に努められています。27) 清掃は担当者が毎日スケジュールに沿って実施されています。整理整頓もしっかりできていることを施設見学で確認しました。脱臭機（サリール）を数多く設置したり、時間をあらかじめ定めて換気を徹底するなどして、臭気対策が行われています。		

(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。	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及び緊急時連絡体系のフローチャートにより周知されています。研修会は非常勤を含む全職員が参加できるように同じ内容で4回開催されています。また、全部署でインカムを使用されているため緊急時には必要に応じて他職種が瞬時に対応することができます。29) ヒヤリハット、事故共に報告書が作成され重大事故については行政への報告もされています。事故検討会では原因を分析し再発防止が図られています。30) 防災プロジェクトが中心となって防災計画が策定されています。地域住民を交えての土砂崩れ想定訓練や炊き出し訓練等も実施されています。		

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>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。	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)		31)全職員が参加できるよう、虐待・身体拘束等権利擁護の全体研修を同内容で4回開催されていました。また、利用者本位の援助を具体的に進めるため、「認知症・身体拘束プロジェクト」にて協議を実施されていました。32)プライバシーや羞恥心について記載された「介護マニュアルチェック表」を用いて、実践の有無を自ら確認することで、意識付けをされていました。「介護マニュアルチェック表」には、プライバシー保護に関する具体的な行動が例示されていました。33)入所判定委員会には地域の民生委員を第三者委員として迎え開催されていました。また、外出レクリエーションや行事等には参加希望者を募り、できるだけ偏りのないよう公正に対応されていることを聞き取りの中で確認しました。		
<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。	B	B
		(評価機関コメント)		34)年1回、利用者満足度調査を実施されていました。館内にはご意見箱を3か所設置されていましたが、投函は2カ月に1度くらいと聞き取りました。また、施設職員のOBがボランティアとして活動され、利用者の要望等を聴きとられ施設職員に伝える仕組みがありました。35)利用者からの意見や苦情は「苦情解決票」に記入し、全部署で回覧して、情報の共有をされていました。36)苦情の相談窓口である公的機関や第三者委員などの連絡先を事業所内に掲示しておられました。以前は介護相談員の受け入れをされていましたが、現在はされていないとのことでした。		
<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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		37)利用者満足度調査を年1回実施し、その結果を業務改善会議にて分析共有し、改善策や対応策を協議されていました。検討時間が必要な内容については事業計画として策定することで、改善に向けての取り組みを確認する仕組みがありました。38)月1回の業務改善委員会や日々のフロア会議においてサービスの質の改善について検討されました。また、その結果は毎朝のミーティングにて伝達し共有されていました。他のフロアの良い取組みを他のフロアで共有し、取り入れる仕組みがありました。39)当年度の事業計画における実施状況を、年度中に2回程度評価を実施し、翌年度の事業計画に反映されていました。サービス内容についての課題は明らかにされていますが、期限を切って実施するなどの取り組みが不十分と感じました。		