

様式 7

アドバイス・レポート

令和 3 年 5 月 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

平成 2 年 10 月 28 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。

記

<p>特に良かった点とその理由 (※)</p>	<p>○日々の多彩な活動の取り組み デイサービスのフロアでは訓練用具による機能訓練や趣味活動（創作活動・書道・華道・麻雀・茶道など）、新聞や本を読むなど利用者の得意な好きなことが継続的に取り組み、それぞれが取りかかっている作品を利用者ごとに大切に保管されています。また、福祉プログラムを搭載したカラオケシステムを活用し、カラオケやゲーム、脳トレなど、みんなと一緒に楽しむ時間も作られています。フロアには利用者の絵画や書道の作品も掲示してできる力や、してきた力をみんなに披露して自信につなげています。アクションプラン 21 年でも『休みたくない』と提供いただけるサービスの提供」を快適さ・楽しさ・機能維持等を目的に企画されるなど、職員が一丸となり、サービスづくりを模索されています。</p> <p>○アセスメント、個別支援計画、モニタリングの連動 ツクイ独自のアセスメント方式でのアセスメントシートは、本人や家族の意向・希望、長・短期目標、送迎、移動、更衣、排泄など細部にわたって記載されていました。アセスメントを実施しないと、通所介護計画書が作成できないシステムとなっていて、アセスメントの記載内容が通所介護計画に連動し、モニタリングも定期的実施され、通所介護計画と連動するプログラミングされた仕組みを活用されていることは評価できます。</p> <p>○「サービスクオリティーチェック」による内部監査と自主点検 会社の社長直轄の組織による内部監査を「内部監査用チェックリスト」で 2 年毎に実施し、環境・接遇マナー・ケアの項目を確認、指導がおこなわれていました。また、各職員には自己評価用の「サービスクオリティーチェック」を実施し、25 項目からなる基本姿勢・食事介助・排泄介助・移動・移乗介助・入浴介助・リスク管理等のチェックを実施し、サービスの質の向上に向けた取り組みをされていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○事業所理念の利用者、家族、地域への浸透 社訓や経営理念はデイサービスのパンフレットに記載されていますが、読み取りにくく、またホームページにも明文化がされていませんでした。</p> <p>○「運営規程」「重要事項説明書」「相談窓口・苦情処理の対応」の掲示 施設内には、運営規程、重要事項説明書や相談窓口・苦情処理の対応」等を、利用者に分かりやすく掲示されていませんでした。</p> <p>○マニュアルの整備 法人として各種マニュアルはパソコン内で整備され、誰でも閲覧できることは確認できました。しかし、各職員がすぐに確認できる体制ではありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○理念の利用者、家族、地域への浸透 社訓や経営理念は事務所に掲示され、また、毎日の出勤時には、社訓と理念の唱和で職員にはそれらを浸透されていました。しかし、社訓や経営理念としてのパンフレットへの記載方法に弱さを感じられるとともに、ホームページには明記はなく、事業所内の利用者、家族や地域に見えるところへの掲示もされていませんでした。社訓や経営理念に基づき、各職員が良質なサービスを実施されていることが調査で確認できていますので、その姿を、利用者、家族、地域に向けての理念の事業所内での掲示と、パンフレットやホームページへの掲載で発信されることを期待します。</p> <p>○「運営規程」「重要事項説明書」「相談窓口・苦情処理の対応」の掲示 運営規程、重要事項説明書や相談窓口・苦情処理の対応等が、事業所内で掲示されていませんでした。運営方針で、「利用者の意思及び人格を尊重して、常に利用者の立場に立ったサービスの提供に努める」と明言されているとおりのサービス提供をされていますので、利用者、家族に分かりやすく掲示されることは必須です。</p> <p>○マニュアルの整備 法人のスケールメリットを生かし、各マニュアルは詳細に作成され、パソコンで誰でもが閲覧できるシステムの確認ができました。しかし、介護マニュアルは、個々の事業所や利用者の状況で手順が異なることや、職員がすぐにマニュアルを確認することができないことから、マニュアルの取り扱い方の見直しを検討されるの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	2670501150
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)	日常生活支援総合事業 (通所型サービス)
訪問調査実施日	2021年4月5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。	B	B	
	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)		通番1会社の経営理念を「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もって、お客様と社会に貢献します」とし、ツクイのデイサービスパンフレットで地域に根差すのページに掲載、事務所に掲示している。職員は全体ミーティングで説明を聞き朝礼で唱和し、職員に浸透していることが、ヒヤリングで確認できた。事業所スローガンと事業計画で「快適さ・楽しさ・機能維持等」を明記し実践に努めている。経営理念や事業所スローガンを玄関やロビーの利用者・家族が見える場所に掲示することで、利用者・家族の理解を深められることを期待する。 通番2 事業所内の朝礼・夕礼・全体ミーティングで職員は意見を交わし、吸い上げた意見を、管理者は会社のエリア会議（隔月）、ブロック会議（3ヶ月毎）に出席し、事業所からの提案や職員の意見を反映する仕組みがある。運営規程や重要事項説明書で職種に応じた役割、責任を明確にしている。			
(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)		通番3 会社の中・長期計画に基づき、単年度計画「アクションプラン2021」を詳細に作成している。管理者は単年度事業計画を作成後、「全体ミーティングで説明をして職員の意見を聞き反映している。しかし、全社で実施された利用者アンケートは分析し課題を検討されているが、事業計画への反映は確認できなかった。 通番4 全職種ごとに課題を設定し課題解決に向けて全体ミーティングで議論をして達成状況を話し合っているが、記録が不十分で、具体的な解決策を盛り込んだ計画策定は確認できなかった。			
(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。	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)		通番5 管理者はエリア会議やブロック会議で把握すると共に法改正があった時は社内メールで直ぐに情報が入り、全体ミーティングで職員に伝達し休憩室に掲示している。パソコンやiPadでも見られるようにしている。また、集団指導（今年度は書類受け取りのみ）にも参加して情報を収集している。特に必要な担当者には詳細にレクチャーしている。 通番6 運営管理者の役割と責任は運営規程や重要事項説明書、また分掌規程に明記し、職員には全体ミーティングで事業計画を説明するとともに表明し、職員の意見を常に聞くようにしている。会社が一部の職員に抜き打ちで行うアンケートには、上司に対する評価の項目があることが確認できた。 通番7 管理者は常にサービスの実施状況を把握できる場所で勤務している。外出や公休日には携帯電話で常に連絡が取れる体制となっている。日々のサービス実施状況はパソコン上の介護記録や申し送りノート、そして報告をもらうことで、不在時の状況を把握している。緊急事態時や夜間は携帯電話に連絡が入り、指示をしている。		

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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		通番8 介護保険法の人員基準より高い、ツクイ独自の人員基準を設け手厚い介護サービスの提供をしている。介護福祉士の取得率は50%とし、有資格者の採用を優先している。また資格取得支援制度があり、取得後に祝い金や経費・手当が支給されている。 通番9 本社の階層別の研修は細かくステップが決められ、パソコンによる研修を受講できる体制を整えている。加えて、事業所内でも必要な研修を計画し毎月実施している。外部研修の案内は休憩室で回覧し、希望があれば管理者は内容を吟味し勤務調整や費用の援助をしている。職員の「気づき」を大切に全体ミーティングや個人面接で気づけるように話すこともある。 通番10 実習生受け入れに関しては、「本部のリクルーターが受け入れの相談窓口」となり、受け入れが決まれば、事業所にマニュアルが送られてくる仕組みとなっている。過去に職場体験やインターンシップの受け入れ実績がある。受け入れに関しては明文化しているが、実習指導者に対する研修は実施出来ていなかった。		
(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)		通番11 管理者が職員の有給休暇の取得率や時間外労働を分析・検討して本部に報告、そして現場に指導が入る仕組みになっている。会社は有給休暇やリフレッシュ休暇の取得を推奨している。育児休業・介護休業は就業規則に記載され、現在も1名が育児休業を取得している。介護負担軽減のために機械浴やシャワーチェアを活用している。 通番12 「ツクイの各種相談窓口」を設け、毎年職員のストレスチェックをおこなうとともに職員の悩みやストレスは内容により4つに分類し、専門家による相談が受けられるようになっている。ハラスメントの規程は就業規則で確認ができた。休憩は事務室や相談室を使っている。相談室は独立した部屋にもなり、職員からは「順番に休憩に入るの、リラックスできる」とコメントをもらう。福利厚生制度として「ツクイ倶楽部」があり、親睦会、健康診断、予防接種、慶弔費の支給、生活の利便性が得られる物品の割引などで、職員はパソコン上や掲示物で確認し活用している。		

(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。	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。	C	B
(評価機関コメント)		通番13 事業所の概要を掲載したパンフレットを玄関のラックに置き訪問者が持ち帰れるようにしている。また開設時の内覧会や隔月に地域の人を対象に炊き出しを行い好評だったが、今はコロナ禍でできていない。地域の情報は玄関のラックに入れて自由に持ち帰れ、地域の行事に利用者が参加する時は職員が援助を行う体制が整っている。情報の公表制度はファイル化されているので、利用者・家族・地域住民への開示が望まれる。 通番14「子ども110番のいえ」の登録で地域の子どもの避難場所となっている。地域への炊き出しなどに取り組んでいたが、現在はコロナ禍のために停止している。見学や相談は随時に受け入れている。		

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)		通番15. パンフレットは写真を取り入れ、デイサービスの一日の様子が良く分かるように工夫されている。事業所の玄関にはパンフレットを設置し誰でも自由に持ち帰ることができる。体験利用の申し込みの際は、そのつど記録して事前に利用者の情報を入手し、その利用者の状態に応じた体験利用を提供している。			
(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)		通番16 利用開始前には、利用者や家族に重要事項説明書でサービス内容や料金、保険外のサービス料金について詳しく説明し、同意を得ていることを確認する。判断能力に支障がある利用者の場合、成年後見人等と契約をしている事例を確認できた。また、成年後見制度や地域福祉権利擁護事業の促進の事例はなかったが、必要性を感じた時は担当のケアマネジャーと連携していく仕組みがある。			
(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う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)		通番17. 介護支援専門員、医療機関等から利用者の情報を収集し、独自のアセスメント方式を作成している。アセスメント内容は、利用者・家族の希望、長・短期目標、送迎、移動、更衣、排泄など細部にわたり記載し、誰が見ても利用者の詳細がうかがえる内容になっている。 通番18. 通所介護計画書作成ソフトは、アセスメントをおこなわないと計画書ができない独自のシステムで、アセスメントの項目が通所介護計画作成に連動し、整合性が保たれている。通所介護計画には利用者や家族の署名、捺印で同意を得ている。また、サービス担当者会議には本人や家族が参加していることが議事録で確認できた。 通番19. 通所介護計画の作成にあたり、専門家の意見照会をおこない、計画書に反映していることが現地調査で確認できた。 通番20. 日々の介護記録で計画に沿ったサービスの実施状況が確認できる。モニタリングは、利用者が要介護の方は3カ月に1回、要支援の方は毎月実施し、看護師等の専門職に意見照会をおこない、計画変更時は介護支援専門員と相談し、その内容は支援経過記録に記載している。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)		通番21. 介護支援専門員を通して医療機関や看護師とは情報を共有し常に連携している。関係機関や団体などのリストは事業所内に掲示している。また、利用者が入退院する場合は、介護支援専門員と連携し情報を共有している。		
(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)		通番22. 業務マニュアルは本社で詳細に作成しパソコンで誰でも見られるようにしている。業務マニュアルの見直しの基準は確認できなかったが会社でつど見直しをしていることが業務マニュアルの改正の年月日で確認ができた。しかし、介護マニュアルは、個々の事業所や利用者の状況によって異なるので、事業所独自の見直し基準を設けること、マニュアルがパソコンの閲覧であり、すぐに見ることができないことから、業務マニュアルの取り扱い方を事業所として検討されることを期待する。 通番23. パソコン上の訪問介護記録で個別援助計画に沿った個々のサービス実施状況の記録を確認できた。また、利用者の状況の変化などは支援経過記録で詳細に記録していることも確認ができた。さらに、文書管理規程で記録の保管、保存、持ち出し、破棄に関する規程等を定めている。個人情報保護と情報開示に関しては、倫理・法令順守・プライバシー保護の研修により職員に周知している。 通番24. 利用者の必要な情報はタブレットに入力するとともに、申し送りノートに記録し、各職員が確認した上でサインをし情報を確実に共有している。月1回の全体ミーティング後にカンファレンスを実施し各職員から情報を得ている。 通番25. サービス担当者会議に家族が参加するので、日々の利用状況を報告する機会となっている。また、利用状況報告書を毎月作成し、連絡ノートとともに渡している。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		通番26. 感染マニュアルは本社で作成し、更新も本社でおこない、パソコン上で各職員が確認できるようにしている。新型コロナウイルス感染に関する最新のマニュアルや感染に関する研修は、年間研修計画に沿って実施していることが確認できた。二次感染を防ぐ対策は、利用者を一時的に隔離する「静養室」を設け対策も講じている。 通番27. 事業所内は整理整頓ができています。半年に1回、外部事業者によるワックス掛けやエアコンのメンテナンスを委託している。日々の清掃は各職員がおこなっている。		
(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)	<p>通番28. 事故や緊急時のマニュアルを作成し各職員に周知している。管理者の指揮命令系統は現地で確認ができ、年間研修で職員に周知している。今後は実践的な訓練を期待する。</p> <p>通番29. 事故が発生した時は家族や関係者に説明をし適切に対応している。事故の発生の状況、原因、再発防止策の検討を記録していることが現地で確認できた。保険者に報告する重大事故の事例はなかった。事故に関するマニュアルの見直しは本社でおこない現場でルールづくりをし活用している。</p> <p>通番30. 災害発生時のマニュアルを作成し、年2回の避難訓練の実施と研修で職員に周知しているが、地域との連携を意識したマニュアルの策定や地域と連携した訓練は実施していなかった。厨房で食料の備蓄をしている。</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

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>通番31 運営規程や重要事項説明書で「利用者の意思や人格を尊重して、常に利用者の立場にたったサービスの提供に努める」と明記し、利用者の日々の変化を細かく観察し申し送りノートで振り返り検討している。事業所内研修「接遇・身体拘束禁止」の項目で学んでいる。「高齢者虐待防止法」もマニュアルが作成されマニュアルに沿って研修をしている。</p> <p>通番32 年1回プライバシーの研修で管理者が実例を話し、職員で話し合い注意喚起をしている。施設内のトイレ・浴室のカーテン設置は会社の規定で決まっている。トイレが5室並んでいるコーナーの前にもカーテンを設置し、羞恥心やプライドに配慮されているが、利用者の転倒を危惧し使用されていなかった。また、静養室は各ベッド周囲のカーテンレールの仕切りなどを利用してプライバシーに配慮されていた。</p> <p>通番33 利用の申し込みを受けられない場合は（定員オーバーや送迎範囲外）詳しく説明をして、担当のケアマネジャーを通じて、同法人の事業所や他の事業所を紹介している記録を確認する。</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っている。	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>通番34 意見箱や連絡帳、電話、送迎時、サービス担当者会議等、利用者・家族からの意向を聞く機会をたくさん持っている。「ご意見・ご指摘受付票」を作成し管理者・生活相談員を中心にスタッフ全体で利用者・家族の意見を取り入れている。</p> <p>通番35 聞き取った意向は「苦情処理の対応」に沿って、申し送りノート、生活相談員ノートに記録し、全体ミーティングで話し合い、管理者・生活相談員が迅速に対応している。改善状況の公表は行っていなかった。</p> <p>通番36 苦情に対するマニュアルを整備し、迅速な対応が出来る体制となっている。重要事項説明書に苦情窓口を明記し利用者や家族に説明をしている。しかし、事業所内の利用者の目につくところには「相談窓口・苦情処理の対応」の掲示はなかった。第三者を相談窓口としての設置はされていなかった。外部の人材を受け入れた利用者の相談機会の確保もされていなかった。</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。	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>通番37 年1回会社で利用者の満足度調査を実施し、改善事項は全体ミーティングで課題を抽出し改善策を検討している。しかし、改善前と改善後のサービス内容を確認する記録がなかった。</p> <p>通番38 月1回開催する全体ミーティングでサービスの質の向上に関して話し合い、欠席した職員にはミーティングの内容を伝達している。サービス改善内容は申し送りノートに記載し、全員が把握できるようにしている。他事業所の情報収集は、隔月に開催するエリア会議で同一会社内事業所の取り組みと比較検討している。</p> <p>通番39ツクイ独自の「サービスクオリティーチェック」は内部監査用と自己評価用の様式により内部監査を定期的に行うとともに自己評価も実施しているが、分析・検討やそれを活かしての取り組みは書面で確認できなかった。第三者評価は3年に1回受診している。</p>			