

様式 7

アドバイス・レポート

令和4年1月24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3年10月7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け苑につきましては、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>○情報共有の仕組み 共有ソフトを活用し、全職員に各会議録や必要な情報の周知が徹底できるようにしておられます。各種マニュアルや研修報告も閲覧することが可能で情報の共有もしておられます。会議録等は、誰が閲覧したかを確認する仕組みもあります。</p> <p>○労働環境への配慮 有休休暇取得状況を3か月ごとリーダーに配布して、計画的に取得できるようにしています。また、負担軽減につながるように、浴槽のかさ上げを行い、スライドシートや手袋が準備されており、マッスルスーツ等の介護負担軽減の機器の活用については積極的に検討しておられます。</p> <p>○サービス計画の作成 半年ごとにきめ細かくアセスメントを行い、利用者や家族の意向を聞き取ってサービス計画書に反映しておられます。策定時には、主治医・介護主任・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に基づいてサービス計画書を作成しておられ、担当者会議も半年に1回開催しておられます。モニタリングは担当職員が毎月行い、利用者の状態の変化等必要に応じて計画を見直しています。</p> <p>○管理者のリーダーシップ 施設長は広報誌を通じて、利用者や家族、関係先に対して方針や今後の取り組みについて表明しておられます。また、年度初めに職員を集めて訓示を行い、理念や方針について周知しておられます。毎年実施されていた職員との食事がコロナ渦で中止となったことで、管理職に向けての職員アンケートを実施、職員から施設長への意見箱を設けて直接意見を聞き取る仕組みを取られています。意見箱には様々な意見が寄せられているとの事です。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p>○地域交流</p> <p>広報委員会中心に、年4回、広報誌「月華」を発行し、利用者家族や関係先、地域の集いの場に配布しています。以前は学区内にある集いの場である喫茶店で、介護に関する質問会を開催したり、施設で見学相談会を開催したりしていましたが、今は人員体制等の事情等で行えていないとの事です。</p> <p>○満足度調査</p> <p>毎年満足度調査を実施し、集計結果と利用者、家族からの意見をまとめて広報誌「月華」に掲載しております。しかし、結果の分析、改善の取り組みが不十分です。</p> <p>○自己評価</p> <p>毎年、事業計画の進捗状況を事業報告にまとめておられますが、事業所が提供しているサービスの内容や質についての自己評価までは実施出来ていません。</p>
---------------------------	---

具体的なアドバイス	<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、浄土宗大本山清浄華院の境内に位置しており、御所の東側で交通の便が良い場所でありながら、静かな環境にあります。アクセスが良い場所ということで、ご家族の面会が頻繁にあるとの事です。</p> <p>施設での新型コロナウイルス感染症対策では、面会が中止となる中で、少しでも面会したいとご家族の要望に配慮されて、回遊式のベランダを利用して、外側から居室のベランダの窓越しに面会できるように取り組まれたということです。新型コロナウイルス感染症対策の関係で、施設行事等活動が制限されているとの事ですが、これからさらなるサービスの質の向上に向けて取り組んで頂きたいと思えます。</p> <p>○地域交流</p> <p>コロナ渦でもあり地域との交流が滞っているとは思いますが、今後の状況をみながら、地域に向けて専門性をいかした講習や相談会を実施されてはいかがでしょうか。今までも近隣の事業所と連携した取り組みを実施しておられたとの事で、今後も地域の事業所とイベント等の取り組みを検討されて、地域に根差した施設となるよう取り組んで頂きたいと思えます。</p> <p>○満足度調査</p> <p>満足度調査は毎年実施されており、これからも継続していただきたいと考えています。さらに、今後は意見や要望を検討した上で、必要な事項はサービスの改善や次年度の事業計画に取り入れると共に、どのように改善しているかを公表していかれることを期待します。</p> <p>○自己評価</p> <p>サービスの内容や質について、組織的に自己評価を行う仕組みを検討して下さい。受診されている第三者評価と合わせて、定期的にサービスの質について自己評価を行うことで、課題を明確にし、次年度の事業計画に反映して頂きたいと思えます。</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	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	令和3年11月26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。	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	A
	(評価機関コメント)			1. 理念、基本方針はホームページ、広報誌「月華」に掲載しています。施設内に掲示して、年度初めに施設長による訓示の際に職員に伝え、館内放送で入居者にも伝えています。 2. 理事会、評議員会を定期的に開催しています。フロアミーティング、各種委員会の意見を運営会議に上げています。会議録を共有ソフトに掲載して全職員が確認出来るようにしています。		
(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。	A	A
	(評価機関コメント)			3. 事業計画を策定し、年度末で事業報告にまとめて、運営会議で評価を行っています。平成26年度に長期計画を作成していますが、中間評価、見直しが不十分です。 4. 各種委員会フロアごとに課題を設定し、目標を定めて、中間評価、年度末評価を行っています。議事録は、共有ソフトで全職員で共有しています。		
(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。	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	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。	B	A
	(評価機関コメント)			5. 新人職員研修で必要な法令について説明しています。厚生労働省の通知や必要な法令の情報は共有ソフトで全職員が確認できるようになっていますが、法令のリスト化までは至っていません。 6. 「職能資格基準表」に施設長の役割について明記しています。施設長は運営会議に参加して運営方針について話し合っています。職員からの意見を投書できる意見箱を設置して施設長が直接意見を聞ける工夫をしています。また、施設長、管理職に対するアンケートを実施して評価の基準としています。 7. 施設長には常に連絡を取れる体制をとっています、また緊急時に指示を仰ぐ体制を明確にしています。報告書等の記録は共有ソフトで随時状況を把握することが出来ます。		

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	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。	B	B
		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	A
		(評価機関コメント)		8. 常勤職員、非常勤職員の比率は定期的に検証しており、人材の確保の方法について運営会議等で検討しています。採用後の資格取得時には試験日を出勤扱いにして、資格更新研修費を出しています。しかし、人員体制に関する基本的な考え方や方針の確立までは至っていません。 9. 職能資格基準を策定しており、新人職員研修をカリキュラムに基づき実施しています。施設内研修計画を策定し、月2回同じテーマで研修を実施して全職員が参加できるように配慮しています。OJT指導マニュアルを策定していますが、職員が学び合う機会までには至っていません。 10. 実習生受け入れマニュアルを策定し指導要綱を定めています。職員が実習指導者講習に参加して、実習生の受け入れを行っています。現在はコロナ禍の為実習生の受け入れは止めています。		
(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。	B	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。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有休を計画的に取得できるように有休取得状況一覧をリーダーに配布しています。時間外勤務状況は運営会議で毎月報告しています。職員の負担軽減の為、スライドシートや手袋を準備しており、マッスルスーツ等負担軽減につながる機器等取り入れの検討は積極的に行っています。 12. ストレスチェックから必要に応じて産業医に相談する仕組みがあります。職員の休憩場を設けてくつろぐ工夫をしていますが、福利厚生での取り組みは十分ではないとの事です。		
(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	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	C
		(評価機関コメント)		13. 広報委員会を設けて年4回広報誌「月華」を発行して地域の関係先に配布しています。情報の公表についてはホームページで紹介し、情報開示に取り組んでいます。しかし、入居者が地域の行事に参加できるようにするための取り組みは行っていません。 14. 事業所の専門的な技術や情報を地域に提供するような取り組みは実施出来ていません。		

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. 広報誌「月華」、ホームページ、パンフレット、重要事項説明書にてサービス内容を提供し、施設見学も随時受け入れています。		

(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. 重要事項説明書を利用者、家族、成年後見人等に相談員が説明し、同意を得ています。成年後見制度利用について、情報提供を行い相談員が説明しています。		
(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. アセスメントは、包括的自立支援プログラムに基づき、生活歴や心身状況を把握しています。入所1ヶ月後と3ヶ月後、以後は半年ごとに再アセスメントを行っています。 18. 利用者及び家族と面談を行い、利用者や家族の意向に基づきサービス計画を策定しています。 19. サービス計画策定は、主治医を初め、各専門職の意見を聞き策定しています。必要であれば外部の専門職とも相談員が連携を取っています。 20. 担当介護職員が毎月モニタリングを行い、半年ごとにサービス担当者会議をしています。状態に変化がある場合はその都度、評価を見直しています。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		21. 利用者の主治医と連携を図り情報交換を行っています。入退院時には看護師や相談員が、病院側と情報の提供や収集を行う等の連携しています。他関係機関のリストを作成して利用者の状況に対応できるようにしています。		
(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。	A	B
(評価機関コメント)		22. 共有ソフト内に各種マニュアルを掲載し、いつでも見られるようになっていますが、マニュアルの見直し基準は設けていません。 23. 毎月モニタリングを行い介護記録ソフトに入れています。新人研修時に個人情報保護に関する研修を行い、フロアミーティングでも個人情報と取り扱いについて指導しています。文書保存規定はありますが、持ち出しに関する規定がありません。 24. ユニット単位でのカンファレンス、フロアミーティングや朝夕の申し送り時に情報の共有を行い、議事録は共有ソフトにより全職員で共有しています。 25. 個別援助計画策定の時に家族との面談を実施し情報交換を行っていますが、定期的ではありません。		

(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. 「感染予防マニュアル」「新型コロナウイルス対応マニュアル」を作成し研修を行っています。看護師は外部研修にも参加しています。しかし常に最新の情報を入手してマニュアルの更新を行っているとは言えません。 27. 毎日、次亜塩素酸による全館共用部の消毒を行い衛生管理、整理整頓に努めています。紫外線発生除菌機、空気清浄機、消臭剤を設置し、外部委託業者による清掃も行っていきます。		
(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。	B	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. 緊急時対応マニュアルや事故発生防止のための指針を整備し、年1回研修を行っています。連絡網を使ってのシュミレーション訓練や夜間を想定しての訓練も実施しています。 29. 事故報告書やヒヤリハットは共有ソフトにより全職員で共有し、毎月リスクマネジメント委員会で過去の事例も含め検証し、マニュアルに反映しています。 30. 年2回上京消防署と連携して夜間も想定した防災訓練を行っています。食料や飲料水の備蓄を行っています。しかし、水害、地震、台風に対する災害時マニュアルは策定していません。		

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
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。	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. 身体拘束防止マニュアル、虐待防止マニュアル、人権擁護マニュアル等を整備していますが、サービス提供時の対応について評価見直しする仕組みがありません。 32. プライバシー保護についてのマニュアル（接遇マニュアル）を整備し、研修を実施しており、フロアミーティングや月1回のケア・リスク委員会で徹底、情報共有を行っています。 33. 入所選考規定に基づき、月1回の入所判定会議を実施しています。施設見学、入所申し込みの相談を事務所が窓口となり対応しています。利用申し込みを受け入れられない場合等は、現状の説明を丁寧に行っています。		

(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	B
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)		<p>34. 定期的を実施しているケアプラン面談時や、苦情・要望箱の設置等により、利用者やその家族から意向や希望、問題点を聞く機会を設けていますが、利用者懇談会は実施していません。</p> <p>35. 意見・苦情等については受付後、要望内容票にて報告する仕組みがあります。苦情・要望については広報誌にて公開しています。リスクマネジメント委員会を通じて全職員に共有する仕組みはありません。</p> <p>36. 第三者委員を設置して、苦情対応規定に基づき苦情受付体制を掲示しています。苦情・要望受付マニュアルを整備していますが、外部の人材による相談の機会は確保できていません。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>37. 年1回満足度調査を実施し、結果を掲示するとともに広報誌で公表しており、運営会議で問題点や改善内容を検討しています。しかし、調査後の改善を行う仕組みがありません。</p> <p>38. サービスの質の向上をめざし各委員会で協議し、議事録を共有ソフトで共有しています。京都市老人福祉施設協議会関連の各部会に参加し、他事業所の取り組みや事例など、各種情報を収集していますが、改善に向けた取り組みが不十分です。</p> <p>39. 第三者評価を3年に一度受診しています。しかし、サービスについての自己評価、課題を明確にし、次年度の事業計画への反映が不十分です。</p>		