

様式 7

アドバイス・レポート

令和 4 年 1 1 月 4 日

令和 4 年 9 月 1 4 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洛南グループホーム様につきましては、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>1. 継続的な研修・OJT の実施</p> <p>段階的な研修体系として、経験年数や役職別（管理職・主任・リーダー）に応じた e-ラーニング（ビデオ研修）での研修を実施していました。毎月のテーマを決めた研修や外部研修の代わりに研修としてもビデオ研修で実施していました。会社全体で人材育成に積極的に取り組まれ、e-ラーニング研修を活用することでコロナ禍でも、安全に質の高い研修が受講できるようになっていました。</p> <p>2. ストレス管理</p> <p>メンタルヘルスの相談窓口は、法人本部に設置し、産業医も配置していました。組織や上司への要望は、「職員アンケート」での聞き取りや会社本部に直接電話で相談できる仕組みがありました。福利厚生として、「ツクイクラブ」（会費制）があり、職員の慰労会への費用負担、慶弔見舞金の支給をしていました。さらに無料の健康診断や退職金制度もありました。リフレッシュ休暇（年 12 日）や資格試験合格祝い金の支給もありました。また、十分な広さの職員の休憩室もありました。</p> <p>3. 事故の再発防止等</p> <p>事故発生時には、事故報告書を作成し、発生状況から対応経過を記録していました。事故分析や対応策を検討し、改善計画書の作成を行い再発防止に取り組んでいました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. 業務レベルにおける課題の設定</p> <p>法人の事業計画「中期計画」が策定され、法人の事業目標や各事業所の数値目標を設定していましたが、それに基づく事業所の事業計画や業務レベルの課題を設定し、具体的に取り組み、定期的な進捗状況の確認がありませんでした。</p>

	<p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>各業務マニュアルは整備していましたが、見直しの基準の定めがなく、見直しの実施日の記載がありませんでした。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>2ヶ月毎に意見要望等を聞き取る文書を全利用者・家族に送付して、集約した意見等についてリーダー会議等で改善の検討をしていましたが、年1回の設問を記したアンケート形式による満足度調査は実施していませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1. 業務レベルにおける課題の設定</p> <p>事業所は開設3年目ということで、事業を軌道に乗せることが大変だったとお聞きしました。少し落ちついてきた状況でサービスの向上や経営の安定化等について具体的に業務レベルでの課題を設定し、改善に取り組まれてはいかがでしょうか。法人の事業計画に基づき、利用者サービスや接遇・事故防止・収益状況などについて事業所の課題を明確にし、具体的な改善項目を定めて取り組み、定期的（半期・四半期）に達成状況を確認することで確実な改善が可能になるのではないのでしょうか。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <p>業務マニュアルは、サービスの標準化を目的とし職員が同じサービス提供をするために必要なものです。法人共通の業務マニュアルと事業所の業務マニュアルを策定されていましたが、年1回は内容を見直し実際の業務にそった内容になっているか確認することが必要です。そのために、見直しの基準を定め、定期及び随時の見直しの時期と実施担当者、見直した日付の記載などを明示されてはいかがでしょうか。</p> <p>3. 利用者満足度の向上の取組み</p> <p>食事・入浴・排泄・接遇などの項目を設定し、答えやすいアンケート形式の満足度調査を年1回実施されてはいかがでしょうか。アンケートの作成・配布・集計を行い、調査の結果をグラフ化することでサービス提供における課題が明確になります。調査結果を基に検討会で改善内容を検討し、取り組まれてはいかがでしょうか。また、その後調査前後でサービスがどのように改善したか確認することも大切です。調査結果と改善内容を家族に通知されることで、さらなる事業所の信頼に繋がるのではないのでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2690500190
事業所名	ツクイ京都洛南グループホーム
受診メインサービス (1種類のみ)	認知症対応型共同生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防認知症対応型生活介護
訪問調査実施日	令和4年9月29日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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。	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)		1. 理念に沿って、毎月家族等に利用者の生活状況を書面や写真で伝えることで安心と信頼を築いていました。社内研修で理念の説明をし、職員の理解を深めていました。しかし、事業所内に理念や運営方針の明示がありませんでした。 2. 法人のエリア会議、事業所のリーダー（管理者とリーダー出席）の会議やケア会議・委員会を毎月開催し、職員の意見を反映した意思決定の仕組みがありました。また「職務規程」で、各職務の内容や責任と権限を明確にっていました。			
(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。	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		3. 法人の「中期計画」（2025年まで）を策定し、法人の運営方針や数値目標と事業所の単年度の取組内容や数値目標を定めていましたが、長期計画はありませんでした。 4. 「中期計画」そって事業を進めていましたが、サービス向上のための具体的な取組み課題の設定や進捗状況の確認ができていませんでした。			
(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組みを行っている。	A	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。	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)	<p>5. 管理者は法人が行う法令の研修会に参加し、職員に伝えていました。関係法令はパソコンですぐに調べることができましたが、リスト化したものはありませんでした。</p> <p>6. 管理者は、リーダー会議や委員会に参加し、職員と意見交換していました。また、年2回「職員アンケート」を実施し、その中で管理者に対する要望や評価をする仕組みがありました。</p> <p>7. 管理者は、事業所を離れる時は携帯電話を所持し常に連絡がつく体制がありました。日々の業務は「業務日誌」や報告を聞くことで随時状況把握に努めていました。また、緊急時連絡網を掲示し、緊急時にすみやかに管理者への報告を行い、指示を仰ぐ体制がありました。</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。	B	B
(評価機関コメント)		<p>8. 人員配置は、エリア会議や会社の人事部で検討していました。採用後の資格取得支援として、介護福祉士実務者研修や介護支援専門員の受験対策講座の受講料や受験料の全額補助がありました。</p> <p>9. 経験年数や役職別（管理職・主任・リーダー）に応じたeラーニング（ビデオ研修）での研修を実施していました。コロナ禍において、外部研修の代わりに研修や毎月のテーマを決めた研修もビデオ研修で実施していました。</p> <p>10. 実習受け入れマニュアルは整備していましたが、実習指導者の研修は実施していませんでした。</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. 有給休暇は、取得しやすい状況で適切に取得ができていることを職員ヒアリングでも確認できました。年2回の「職員アンケート」で、就業状況や意向を集約し、会社本部で分析・検討していました。育児・介護休業の規程も整備していました。職員の負担軽減として、機械浴槽や離床センサーによる見守りシステムを導入していました。</p> <p>12. メンタルヘルスの相談窓口は、法人本部に設置し、産業医も配置していました。組織や上司への要望は、「職員アンケート」での聞き取りや会社本部に直接電話で相談できる仕組みがありました。福利厚生として、「ツクイクラブ」（会費制）があり、職員の慰労会への費用負担、慶弔見舞金の支給をしていました。さらに無料の健康診断や退職金制度もありました。リフレッシュ休暇（年12日）や資格試験合格祝い金の支給もありました。また、十分な広さの職員の休憩室もありました。</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	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)		<p>13. ホームページの公開や会社機関紙「ふれあい」（年4回発行）を地域に配布して広報していました。自治会に加入し、回覧板を事業所内に回覧することで地域の情報を利用者に伝えていました。しかし、介護サービス情報の公表制度の自事業所情報に対する開示の取り組みはありませんでした。</p> <p>14. コロナ禍での事業所開設であったことで、地域への貢献は取り組めていませんでした。</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. ホームページや、施設での生活風景などの写真や施設の情報を大きな文字で明記したパンフレットを作成していました。また、見学や体験利用の希望に対応した記録がありました。			
(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. 契約書や重要事項説明書を用いて料金や提供されるサービス内容について説明し、同意を得ていました。また成年後見制度が必要な方には、介護支援専門員が説明し活用につなげていました。			
(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. 介護ソフトのアセスメントシートを用いて定期的に更新していました。マニュアルに基づいたアセスメントを行い、明らかになったニーズや課題を記録していました。 18. 利用者・家族の意向にそった施設サービス計画書を作成し、交付時に説明の上、同意を得ていました。 19. サービス担当者会議や退院前カンファレンスで医師や看護師の専門家から情報収集の上、施設サービス計画書に反映していました。 20. 毎月モニタリングを実施していました。医師・看護師等の専門家が担当者会議に参加し計画の見直しをしていました。また、計画の変更をする基準をマニュアルに決めていました。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		21. 月2回の定期往診や週1回の訪問看護を通じて連携を図っていました。また、退院時カンファレンスに参加し連携をとっていましたが、地域包括支援センターや行政・関係機関との有機的な連携までには至っていませんでした。			
(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	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	A	

	(評価機関コメント)	22. 各業務マニュアルは整備していましたが、見直しの基準の定めがなく、見直しの実施日の記載がありませんでした。 23. 日常のサービス記録は介護ソフトを活用し、利用状況等を適切に記録していましたが、個人情報保護に関する職員研修を年に1回実施していましたが、記録の持ち出しに関する規程がありませんでした。 24. 業務日誌、申し送りノートや口頭での申し送りで、情報共有を行なっていました。定期的にケアカンファレンスや運営会議を実施し、職員の意見集約をしていました。 25. 現在は新型コロナウイルスの感染防止のため、ガラス越しの面会時に情報交換をしていました。2ヶ月毎に写真付きの手紙を家族に送り近況を伝えていました。			
(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. 感染対策マニュアルを整備し、年2回感染症対策の研修を行い職員に周知していました。また、事務所に感染予防ポスターや手洗い・消毒の手順を掲示し、感染対策に努めていました。 27. 清掃業務は、職員で実施していました。毎日清掃し、備品等も整理整頓できていました。時間を決めて窓を開け換気・臭気対策を行ない、プラズマイオン発生装置も活用していました。		
(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. 緊急時・事故発生時対応マニュアルを整備し、緊急時連絡網等で指示命令系統を明確にしています。事故発生時対応のビデオ研修をしていました。 29. 事故発生時には、事故報告書を作成し、発生状況から対応経過を記録していました。事故分析や対応策を検討し、改善計画書の作成を行い再発防止に取り組んでいました。 30. 防災マニュアル・消防避難訓練マニュアルを整備し、避難方法や指揮命令系統を明確にしています。火災発生の避難訓練を年2回実施していましたが、地域との連携を意識したマニュアルや訓練はありませんでした。		

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。	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. 身体拘束委員会（2ヶ月毎）の開催や、身体拘束禁止・虐待防止の研修も実施して人権や尊厳に配慮したサービス提供に取り組んでいました。 32. 排泄・入浴介助時のプライバシー保護のための注意について、申し送りノートや会議で確認していました。また、プライバシー保護の研修も実施していました。 33. 入居判定会議を実施し、公正な利用の決定をしていました。医療行為の必要な利用者の申し込みは、かかりつけ医に相談していました。			

(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	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。	A	B
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口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)		34. 利用者が参加する運営推進会議の開催や2ヶ月毎に利用者や家族に文書の送付にて意見・要望の聞き取りをしていました。しかし、苦情受付担当者の明示がなく、定期的な相談面接や利用者懇談会は実施できていませんでした。 35. 苦情マニュアルを整備し、検討する仕組みがありましたが、苦情の公開はありませんでした。 36. 公的機関の相談窓口の電話番号を重要事項説明書に記載していましたが、掲示はありませんでした。また、第三者委員の設置はなく、外部人材による利用者の相談の機会もありませんでした。		

(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。	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	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	A
(評価機関コメント)		37. 2ヶ月毎に意見要望等を聞き取る文書を全利用者・家族に送付して、集約した意見等についてリーダー会議等で改善の検討をしていました。しかし、年1回の設問を記したアンケート形式による満足度調査は実施していませんでした。 38. 2ヶ月毎に運営推進会議・リーダー会議で検討し、改善の取り組み内容は連絡ノートで職員に周知していました。他事業所の取り組みの情報収集や自事業所と比較検討はできていませんでした。 39. 年1回会社による内部監査により、事業の運営状況やサービスの提供状況（接客や人権に対する配慮等も含む）などの評価を実施していました。		