

## アドバイス・レポート

平成23年5月2日

平成23年7月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人仙人福祉事業会夜久野デイサービスセンターにつきましては、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<br/>と<br/>その理由(※)</p>    | <ul style="list-style-type: none"> <li>○管理者等の責任とリーダーシップ<br/>職員の意見を聞く姿勢が際立っています。全員面接、無記名のアンケートにより、施設長は組織の具体的問題を把握し、改善に取り組んでいます。その姿勢は職員からの信頼につながっています。</li> <li>○地域との交流・地域への貢献<br/>山間部を支える地域の福祉拠点として、地域住民のための相談や福祉用具の説明などを定期的に開催しています。地域特有のニーズの把握や具体的な相談対応は経験豊かな職員が行っています。</li> <li>○利用者保護<br/>雪深い地域で、孤立する利用者に対して地域の受け皿としてどのような状況でも断らない強い姿勢があります。雪中運転、車の脱輪等、都市部にはない困難な状況が多くありますが、現場リーダーの強いリーダーシップや職員の意識により、地域の多くの利用者が支えられています。このことは、高い稼働率や利用者アンケートに利用者の満足が表れています。</li> </ul> |
| <p>特に改善が<br/>望まれる点と<br/>その理由(※)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>○人材の確保・育成<br/>人員体制に関する考え方、基準が見当たりません。</li> <li>○地域との交流 地域への情報公開<br/>山間部を支える地域の福祉拠点として、ボランティアの質を高める教育を、施設の責任として続けていくことが望まれます。</li> <li>○個別状況に応じた計画策定<br/>ケアプランに基づく通所介護計画の3か月に1回の定期的見直しや、毎月のモニタリングの充実が望まれます。</li> </ul>   |
| <p>具体的な<br/>アドバイス</p>               | <p>夜久野デイサービスは社会福祉法人仙人福祉事業会のグリーンビラ夜久野（特別養護老人ホーム、ショートステイ、ケアハウス、地域密着型デイサービス、ふれあいの里ミニデイサービス、老人介護支援センター、居宅介護支援事業の高齢者総合施設）の老人デイサービス事業です。地域に密着して、地域の高齢者の生活を支えています。安全で安心して過ごせる生活の場づくりを目ざし、「やさしさ」「やすらぎ」「やわらぎ」の三つの「や」を大切に、ぬくもりのあるケアを心がけています。大きな中庭のある回廊式の平屋建ての鉄筋コンクリートづくりの建物の一角にあり常に他の事業との連携ができるようになっています。</p> <p>調査日は大雪の翌日で「デイサービスの送迎はまず雪かきからです。」とのスタッフの元気で明るい説明に、孤立しがちな地域の高齢者の在宅生活にとっての通所サービスが、生活の安心、安全を見守っていることが伝わってきました。</p> <p>第三者評価受診がさらなる向上につながるようにとアドバイスいたします。</p>            |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>○人材の確保・育成<br/>     素晴らしいサービスを継続させていくためにもスタッフ全員が施設長の思いを实践できるような、「施設長が中間管理職を、中間管理職が一般職員を」という、スーパーバイズ体制の確立が望まれます。</p> <p>○地域との交流 地域への情報公開<br/>     法人として登録されているボランティアはおられますが、地域の福祉拠点として、ボランティアの質を高める教育を施設の責任として行ってはいかがでしょうか。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定<br/>     ケアプランの具体化の通所介護計画は個別化ケアの要です。通所介護計画にケアプランを落とし込み、3か月に1回の定期的見直し、毎月のモニタリングを行う事で、さらにサービスを充実していくことを希望します。</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)

## 評価結果対比シート

|                          |                                |
|--------------------------|--------------------------------|
| 事業所番号                    | 2671900054                     |
| 事業所名                     | 社会福祉法人仙人福祉事業会<br>夜久野デイサービスセンター |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 通所介護                           |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | 居宅介護支援                         |
| 訪問調査実施日                  | 平成23年1月28日                     |
| 評価機関名                    | 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 |
| <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）及び事業所のスタッフ全員が、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)        |     | 組織の理念及び運営方針を掲し周知しています。毎月のスタッフ会議、3年に1回の自己評価委員会の評価により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ます。   |      |      |       |
| <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。   | 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 中長期計画検討会議が立ち上げられ、進行中ですが、計画の達成期間が確認できませんでした。<br>4 毎月のスタッフ会議で課題を抽出しています。給食会議、拘束防止委員会、事故防止委員会、感染症対策委員会等で各種業務課題を設定し取り組んでいます。                |      |      |       |
| <b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |   |      |      |       |
|                           | 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。  | 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、いつでもスタッフ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 管理者は法令遵守のための研修に数多く参加し、法令遵守のためのスタッフ会議（デイ職員会議）も行っています。<br>6 業務日誌、全員面接、無記名のアンケートにより、施設長は組織の具体的問題を把握し、改善を続けています。<br>7 施設長は常時指示できる体制をとっています。 |      |      |       |

| 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>II 組織の運営管理</b>  |     |               |   |   |      |       |
| <b>(1)人材の確保・育成</b> |     |               |   |   |      |       |
|                    |     | 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 人員体制に対する基本的考え方、人事管理方針が明確ではありません。<br>9 全部署研修等職員の研修計画は詳細にありますが、支持的な機能を持ったスーパービジョンの実践が確認できません。<br>10 法人として実習生の受け入れを前向きに行い、実習指導者講習会にも参加しています。 |   |      |       |
| <b>(2)労働環境の整備</b>  |     |               |   |   |      |       |
|                    |     | 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、スタッフの労働環境に配慮している。   | A    | A     |
|                    |     | ストレス管理        | 12  | スタッフ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)    | 職員処遇向上検討委員会により、職員の待遇改善を図っています。電動ベッド設置や全員に対する腰痛予防ベルトの支給により改善しています。産業医が職員からの相談を聞いています。  |   |      |       |
| <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。  | 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 職員やボランティアが地域の活動に参加する際、援助を行う体制は整っていません。<br>14 認知症サポーター養成講座、地域住民のための相談、福祉用具の説明などを定期的に開催したり、地域特有のニーズの把握、具体的な相談対応を行っています。                    |   |      |       |

| 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>III 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |   |   |      |       |
| <b>(1)情報提供</b>          |     |             |   |   |      |       |
|                         |     | 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)  | パンフレット・ホームページなどで、サービス選択に必要な情報を提供しています。  |   |      |       |
| <b>(2)利用契約</b>          |     |             |   |   |      |       |
|                         |     | 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)  | 契約書・重要事項説明書を説明し同意を得ています。成年後見制度を活用しています。 |   |      |       |

| (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 | 定期的又は必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。  | B | B |
| (評価機関コメント)        |    | 17・18・19 定期的にあセスメントを実施し、利用者・家族の希望に沿った個別援助計画がたてられています。<br>20 通所介護計画のケアプランに基づく3か月に1回の定期的見直し、毎月のモニタリングの充実が望まれます。                 |   |   |
| (4)関係者との連携        |    |   |   |   |
| 多職種協働             | 21 | 利用者の主治医をはじめ、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)        |    | かかりつけ医との情報交換記録等により連携体制が確認できています。  |   |   |
| (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、スタッフに活用されている。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、利用者の家族との情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22 業務マニュアルの見直し基準が不明瞭で、マニュアルに基づいて業務が行われているかを確認する仕組みが確認できません。<br>23 24 25 職員間ではひきつぎノート、ケアカンファレンス、家族には連絡帳及び施設広報誌で利用者の状況を伝達しています。 |   |   |
| (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、スタッフ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 感染症対策委員会を設け、施設内研修を実施しています。<br>27 ふとん等の備品衛生管理の期間が定期的ではありません。  |   |   |
| (7)危機管理           |    |   |   |   |
| 事故・緊急時等の対応        | 28 | 事故や緊急時、災害発生時等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 |
| (評価機関コメント)        |    | 28 事故や緊急時、災害発生時等における対応等を定めたマニュアルがあり、訓練が行われています。<br>29 ヒヤリハット記録を作成し、それをもとにスタッフ会議で検討し周知徹底しています。                                 |   |   |

| 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                | 30  | 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            | 31  | 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              | 32  | 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)            | 30 31人権に配慮したサービス提供や援助方法の研修は確認できましたが、日常業務を振り返り、検討や対応する仕組みがありません。<br>32 地域的な事情もあり希望される利用者はできる限り受け入れるようにしています。         |   |      |       |
| <b>(2)意見・要望・苦情への対応</b> |     |                       |   |   |      |       |
|                        |     | 意見・要望・苦情の受付           | 33  | 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 | 34  | 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          | 35  | 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    | A     |
|                        |     | (評価機関コメント)            | 33 34 法人を中心に、定期的に利用者の意向を収集する仕組みが整備されています。<br>35 アンケート結果を施設内に掲示しています。  |   |      |       |
| <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         | 36  | 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    | A     |
|                        |     | 質の向上に対する検討体制          | 37  | 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スタッフ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          | 38  | 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)            | 36 利用者意向調査を毎年行い、サービスの質の向上に役立っています。<br>37 サービスの質の向上に関わる検討体制は各委員会で行われています。<br>38 自己評価委員会は3年に1回の間隔で行われていますが定期的ではありません。 |   |      |       |