

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 1 月 6 日

平成 23 年 1 月 16 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた(老人デイサービスセンター山城ぬくもりの里)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

| | |
|------------------------|--|
| <p>特に良かった点とその理由()</p> | <p>質の高い人材の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> 常勤職員の比率が極めて高く、介護福祉士や社会福祉士等の有資格者の職員も多く、資格取得についても積極的に支援されていました。 <p>ストレス管理</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員のメンタルヘルス対策の一環として、相談希望に応じる産業医や精神科医等の専門家が確保されていました。 <p>地域への貢献</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域住民への専門家を招いての講演会実施、介護者を対象とする腰痛予防体操の講習会開催等、地域への積極的な取り組みをされていました。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> マニュアルは利用者の満足度調査や施設内の各種会議での職員の意見、外部研修等で積極的に情報収集され、適宜更新されていました。 <p>人権等の尊重</p> <ul style="list-style-type: none"> 高齢者の尊厳の保持とやさしく丁寧な介護を目指し、身体拘束ゼロ委員会が設置され、2か月に1度アンケート調査が行われ、意見・要望に懇切に対応しておられました。 |
|------------------------|--|

| | |
|---------------------------|--|
| <p>特に改善が望まれる点とその理由()</p> | <p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 課題の設定及び分析や目標到達度の評価についての取組みが不十分でした。 <p>法令遵守の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者が遵守すべき関係法令についての明記、職員への周知が不十分でした。 <p>地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の地域行事等への参加を援助する体制が不十分でした。 <p>評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> 独自の自己評価基準がありませんでした。 |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念～運営方針～目標～課題設定と関連する項目を整理され、具体的な課題を設定し目標達成度の評価について取組まれてはいかがでしょうか。 <p>法令遵守の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 管理者が把握すべき法令等を明記した文書を作成し、関係法令集を設置されるか、または職員が法令等をすぐに調べられるようにインターネットの法令検索方法を明示した文書を整えて職員に周知されてはいかがでしょうか。 <p>地域への情報公開</p> <ul style="list-style-type: none"> ボランティアを有効に活用され、利用者の地域行事等への参加を援助する体制を整えられてはいかがでしょうか。 <p>評価の実施と課題の明確化</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業計画やサービスの質の向上に反映する自己評価の点検項目は、職員相互の話し合いで作成されてはいかがでしょうか。 |
| <p>その他</p> | <ul style="list-style-type: none"> 利用者や家族が選択できるようにホームページやパンフレット等に、介護保険内外の利用料金や内容の詳細、活動プログラムや行事などの写真を取り入れられ内容の充実をされてはいかがでしょうか。 |

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 | 2671400196 |
| 事業所名 | 老人デイサービスセンター山城ぬくもりの里 |
| 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) | 介護予防通所介護、介護老人福祉施設、短期入所生活介護(介護予防)、訪問介護(介護予防)、居宅介護支援・認知症対応型通所介護(介護予防) |
| 訪問調査実施日 | 平成23年12月8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 |
| 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思決定を行い、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) | | ・組織の理念はパンフレットで、また運営方針はホームページで明記されていました。 ・組織図、各種会議一覧図で組織としての透明性を確保しておられました。 | | | |
| (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 | 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 | B | |
| | (評価機関コメント) | | ・通年にわたる事業計画書で取り組むべき中・長期の課題が確認できました。 ・各業務レベルの課題への取り組みは、達成状況の確認が定期的に行われていませんでした。 | | | |
| (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り組みを行っている。 | 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) | | ・現場責任者が、遵守すべき法令等を明記した文書がありませんでした。 ・年2回の職員面接の実施や自己チェック票で職員の意見を聞く機会を持っておられました。 ・携帯電話の連絡網があり、緊急時対応マニュアルと事故報告書を確認し、意思疎通の円滑化を図っておられました。 | | | |

| 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 |
| 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 | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | <ul style="list-style-type: none"> 勤務表等で常勤の正職員の配置比率が極めて高く、また離職率が低いことを確認しました。 体系的・段階的な研修計画がありませんでした。 実習生の受け入れマニュアル等で受け入れ体制が整備されていました。 | | |
| (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、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) | | <ul style="list-style-type: none"> 介護負担軽減のため、特浴・リフター等の介護機器を活用されていました。 職員の相談に応じる産業医や精神科医等の専門職を確保されていました。 | | |
| (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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | <ul style="list-style-type: none"> 利用者が、地域の行事や活動に参加する際の援助体制が不十分でした。 地域住民を対象とした介護についての講演会、腰痛予防体操等の講習会を実施しておられました。 | | |

| 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 |
| 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) | | <ul style="list-style-type: none"> ホームページ、パンフレット、掲示物を通して利用者に情報提供を行っておられました。また、体験利用ができる仕組みがありました。 | | |
| (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) | | <ul style="list-style-type: none"> 利用に際しサービス内容や利用者負担について、重要事項説明書で利用者にわかりやすく説明されていることを利用者ヒアリングやアンケートから確認できました。 | | |

| (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くえて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。 | B | B |
| 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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | <p>・アセスメントを半年に1回定期的に行い、状態が変化した時は随時見直されていました。</p> <p>・個別援助計画は半年に1回を基準として見直し、個別機能訓練計画は3か月に1回のモニタリングを行い、介護予防の対象者には毎月モニタリングをされていました。</p> | | |
| (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) | | <p>・主治医等との連携を、利用者ファイルの記録・診療情報提供書等の添付書類で確認しました。チームで情報共有している連絡記録は色の異なるペンで記載するなどの工夫をされていました。</p> | | |
| (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。 | A | A |
| 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) | | <p>・満足度調査の結果が、「入浴マニュアル」に反映されていました。</p> <p>・管理規程に記録の保管方法から廃棄までが詳細に定めてありました。</p> <p>・週1回カンファレンスが開催され、欠席した職員には朝・夕の申し送り時にカンファレンス記録を用いて伝達されていました。</p> <p>・家族との情報交換は連絡ノートを活用し、状況により電話連絡をするなどの配慮がされていました。</p> | | |
| (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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | <p>・最新情報に沿い、適時マニュアルを更新されていました。月1回「感染対策委員会」を開催し、職員全体に周知されていました。外部研修にも積極的に参加し、情報の収集に努められ実技を含めた研修が行われていました。</p> <p>・事業所内は清潔で整理整頓されていました。清掃を外部業者に委託されましたが、業者からの点検表がありませんでした。</p> | | |
| (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) | | <p>・自主防災委員会が設置され、地域の防災訓練に積極的に参加されていました。</p> <p>・事故・緊急時対応マニュアルに沿って、全職員に「送迎安全講習」を2か月に1回開催されていました。</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 |
| 利用者保護の観点 | | | | | | |
| (1)利用者保護 | | | | | | |
| | | 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。 | A | A |
| | | 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。 | A | 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) | | <ul style="list-style-type: none"> ・2か月に1度アンケート調査をおこない、高齢者の尊厳の保持に配慮した対応がされていました。 ・フロアに置かれたベッドの周りを遮るものが少なく、プライバシーへの配慮に不足がみられました。 ・基本的に拒絶しないで利用者の受け入れを公平、公正に行われていました。 | | |
| (2)意見・要望・苦情への対応 | | | | | | |
| | | 意見・要望・苦情の受付 | 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。 | A | 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | <ul style="list-style-type: none"> ・顧客満足度調査を年1回実施し、家族とも「連絡ノート」を通じて懇切・丁寧に行われていました。 ・利用者・家族からの意見や要望に迅速に対応しておられることが「連絡ノート」で確認できました。 ・民生委員が第三者として相談窓口の役割をされていました。 | | |
| (3)質の向上に係る取組 | | | | | | |
| | | 利用者満足度の向上の取組み | 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の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。 | A | B |
| | | (評価機関コメント) | | <ul style="list-style-type: none"> ・顧客満足度調査の結果、課題や問題点を抽出し、法人の他サービスも含めて事業所全体で改善していく仕組みがありました。 ・外部のデイサービス研修会に参加され、他のデイサービス事業所の満足度調査の結果を比較する機会を設けておられました。 ・独自の基準に基づいた定期的な評価が行われていませんでした。 | | |