

アドバイス・レポート

平成 21 年 8 月 10 日

平成 21 年 5 月 22 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（山城ぬくもりの里）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(※)	Ⅱ－(1)組織的な研修・OJTの実施 有資格者を採用して、その上で更に積極的な人材育成を行っています。法人として職員に積極的な研修参加を促し、外部研修への参加を勤務として保証すると共に、費用も事業者が負担しています。 Ⅱ－(3)地域との交流 法人の広報誌を年に1～2回、旧山城町域全戸に配布し情報提供しています。また法人主催のシンポジウムには、100～200名が、夏祭りには、800～900名の参加があり、しっかりと地域に根付いた存在になっており、それが地域住民のサービス理解の促進につながっています。 Ⅲ－(4)関係者との連携 積極的に地域の医療機関との連絡を取ることで、医療ニーズの高い利用者の受け入れや退院時のスムーズな対応や受け入れにつながっています。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	Ⅰ－(2)事業計画の策定 事業所の単年度の事業計画は、職員のレポートを6ヶ月に1度、集約して職員の意向が反映したものを策定していますが、中長期計画が明文化されていません。 Ⅱ－(2)ストレス管理 施設長以下管理職の方々は、職員の意見や要望をよく聴くように努めていますが、

	カウンセラーや外部の相談機関の確保までには至っていません。 Ⅲ－(5)業務マニュアルの作成 業務マニュアルは作成されていますが、マニュアルに基づいてサービスが実施されていることを確認する仕組みがなく、また見直しの基準が定められていません。
具体的なアドバイス	本事業所は認知症対応型通所介護も実施しており、その利用者の方々の笑顔が大変印象的でした。事業所のハード面での問題への対応に苦心している場面も見られましたが、様々な工夫をしたり、職員がじっくりと利用者に関わったりすることで、問題の解決を図っています。また、事業所の「日々の介護を振り返り、やさしく、あたたかく、分かりやすいケアができるように、職員の資質と専門性の向上を図り、良質なケアを目指す」という方針に基づき、サービスの向上に日々努力していると感じました。全般的に見て、しっかりとしたサービス提供が出来ていると感じましたが、更なる向上を目指して、以下の項目について検討していただきたいと思います。 ■中長期計画を策定されることが、地域の方々や職員に事業所の方向性を示し、法人の方針である「21世紀にふさわしい施設に」をより明確にすることにつながるのではないのでしょうか。 ■一般的に福祉施設は、たいへんストレスの多い職場であり、サービスの質の向上に向け努められれば、さらに職員には負担がかかることが多くなりがちです。職員の相談希望に対応できるカウンセラーや、相談先として外部の専門機関を確保する体制を整えられてはいかがでしょうか。 ■業務マニュアルについては整備されていますので、今後は定期的に見直しを行い、日々の業務の再点検を行うと同時に、現場や研修で培った技術や知識をマニュアルに反映させ、より一層のサービスの質の向上を図っていただければと考えます。

※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	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)	介護老人福祉施設・訪問介護・ 短期入所生活介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成21年8月10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
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)		1.全体会議や各委員会において職員全員に周知しています。利用者および家族等へは『介護方針』を配布説明しています。 2.組織図、各委員会構造図により組織運営システムが明らかにしています。			
(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.単年度計画は策定していますが、中長期計画は策定していません。 4.各委員会で目標を設定し、職員会議で各委員会の報告がなされています。職員会議では本年度の目標である「考える介護」の具現化としてケース検討が行われています。			
(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.報酬改定説明会への参加、ワムネットの利用等で管理者が理解しています。府の「自主点検表」により点検活動を年2回担当者を決め実施しています。 6.「デイサービス職務分担」「役割分担変更について」に従って詳細に役割と責任が明示されています。 7.管理者もしくはリーダーが常に現場で状況把握を行い、即時対応しています。			

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
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	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。	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)		8.人材募集時に必要な資格は明示していますが、人事体制に関する基本的な考え方が明文化されていません。 9.内部研修、外部研修とも業務として位置づけられています。全職員に毎年3～4回「身体拘束ゼロ推進アンケート」を実施し、自らの取り組みを振り返る仕組みができています。 10.実習生の受入れに関する基本姿勢が明文化されていません。実習指導者研修は今年度に受講予定です。		
(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、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。	B	B
		(評価機関コメント)		11.勤務表作成マニュアルに従い、希望休の回数等も定められており、不公平感が生じないような仕組みができています。歩行器、車椅子等は豊富にあり、適切に整備され活用されています。 12.休憩場所等の環境整備に努めていますが、職員が相談できるカウンセラー等の確保はできていません。		
(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	A
		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.利用者と職員が共に地域の清掃ウォーキングに参加して、地域との交流を図っています。 14.法人主催のシンポジウム、介護予防教室等を開催し、参加者200名という実績があります。夏祭りも毎年、800～900名の地域の方や家族の方々の参加があり、地域の一大イベントとなっています。		

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
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. 法人の広報誌を年に1～2回、関係機関や旧山城町域全戸に配布し、きめ細かな情報提供を行っています。また、問い合わせや見学にも随時対応しています。			
(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。	A	B	
	(評価機関コメント)		16. 利用者には契約前に介護保険利用にかかる説明を行っています。その中で料金等についても詳しく説明をして同意を得ています。しかし、制度を活用した利用者がおられないこともあり、成年後見制度等の利用に関する仕組みは十分ではありません。			

(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。	A	B
(評価機関コメント)		17. 医療的な情報については、直接又は介護支援専門員を通じて主治医の意見を聞き、アセスメントに役立てています。 18. 本人及び家族の希望・要望を聞いて、脳トレーニングやバランス訓練等を含めて具体的な支援計画を立てています。 19. サービス担当者会議に積極的に参加しています。当事業所には作業療法士もあり、他職種の意見や情報も密に収集しています。 20. 個別援助計画は日々のミーティング、毎月のモニタリング等で得られる情報をもとに、随時にも見直しを行っていますが、見直しを行う基準が明確になっていません。		

(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)		21. 利用者の状況に応じて地域の医療やリハビリテーション機関とも連携を密に取り、通所している利用者の日々の機能訓練等も事業所の作業療法士が対応しています。地域外の医療機関に関しては家族等を通じて連携を図っています。		

(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。	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. 業務マニュアルが実用的な表現を用いて作成していますが、それが適切に実施されているかを確認する方法がありません。 23. 記録様式を工夫して状態把握を行っていますが、管理規定はありません。 24. 日々のミーティングや個人記録、現場の責任者からの情報により、共有されています。 25. 利用日の様子は連絡ノートで、緊急や重要な内容に関しては担当職員や看護師が訪問や電話で対応しています。		

(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	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	B
(評価機関コメント)		26. 感染症マニュアルを作成し、随時に研修も行い、感染症のある利用者の受け入れも行われています。ただしマニュアルの更新や、二次感染を防ぐ体制の整備は十分ではありません。 27. 全員が清潔を心掛け、整理・整頓し効率良く業務を行っていますが、清掃業務を外部に委託している部分の点検確認等が明確ではありません。		

(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. 各種緊急時の対応マニュアルを作成しており、消防分団とも連携して研修、訓練が行われています。 29. ヒヤリハット、事故報告書が事故対策委員会において検討分析され、再発防止に向けた取り組みをしています。		

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

Ⅳ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	A	
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. 高齢者の尊厳と権利を守ることを明確にし、身体拘束委員会により職員アンケート、研修を実施しています。 31. 施設の構造上の問題を、パーテーションなどで補い、プライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供に努めています。同性介護の希望のある方にはきちんと応じています。 32. 胃ろう等の医療処置の必要な方も受け入れしています。			
(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。	B	B	
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. サービス担当者会議や連絡ノートの活用、送迎の場面などで意見・要望を収集しています。 34. 利用者の意向に迅速に対応していますが、改善状況についての公開がされていませんでした。 35. 第三者委員を三名設置し、相談機会の確保をしています。			
(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)		36. 年一回、利用者満足度調査を実施して、質の向上を図っています。また、今年度からは調査結果を公表する予定です。 37. 感染対策、ターミナル、事故対策などの9委員会を併設施設と共同で設置しています。また、サービスの質の向上への検討体制や、職員全体への伝達の体制も明確にしています。 38. 定期的に第三者評価を受診していますが、その評価結果を利用した改善への仕組みが確立できているとは言えません。			

|