

アドバイス・レポート

平成 23 年 5 月 2 日

平成 22 年 11 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人京都福祉サービス協会 久我の杜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>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>●組織体制 会議がシステムチックに行われ、かつ現場の実務に活用されています。会議体はわかり易く明示され、会議メンバーがそれぞれに役割を自覚し、全職種、全職員への伝達方法も徹底しています。</p> <p>●継続的な研修・OJT 法人全体でしっかりとした研修体制が整っています。また、研修部会が設置され、研修体制が整っています。介護福祉士の資格取得に向けた研修を実施しており、介護福祉士、社会福祉士、介護支援専門員試験合格者に対する祝金制度があり、職員の資格取得の励みになっています。新人研修の疑似体験スケジュールでは、全職員を対象におむつ装着や寝たきり体験を行った上でグループワークから総括までなされるプログラミングになっています。さらに、法人内で計画した研修以外の外部研修の情報提供もなされ、希望受講しやすい体制となっています。</p> <p>●個別状況に応じた計画策定 現在使用中のケアプランソフトのアセスメントシート以外にも独自の総合アセスメントシートを作成し、利用者の個別状況の把握に努めています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>● ストレス管理 更衣・休憩室はありますが、リラックスできる広さや環境が十分ではありませんでした。デイサービスの全職員が利用者と同席で食事をしていますが、業務と休憩時間の区別が曖昧になると感じられます。</p> <p>● 喫煙場所 喫煙席が設けられ、仕切りや空気清浄の工夫がなされていますが、完全な分煙とはなっておらず、煙やにおいがもれていました。</p>

具体的な アドバイス	<p>久我の杜デイサービスセンターは、平成6年に開設した府内初のケアハウスに併設された通所介護施設です。長年のサービス提供の経験から、新たな発想や工夫が実現されていることを、書類の保管場所や物品の整理整頓の状況から感じられました。さらにこれまでの経験や実績に満足することなく、常に探究心を持ち、さらに質の高いサービスを提供しようとする姿勢を現場職員および幹部職員から感じました。</p> <p>トイレの数が少ない等の建築構造上の問題もあり、改善は容易ではないかと思われる部分もありますが、以下のアドバイスをいたします。</p> <ul style="list-style-type: none">● 休憩室の新設は困難かも知れませんが、面積の広い施設ですので、使用していない部屋やスペースを、時間を定めて休憩場所として活用してみてもはいかがでしょうか。また、休憩時間の活用の仕方は、職員個人が選択できるように検討してください。● 今後予測される利用者の重度化にも対応できるよう、車椅子用トイレの増設を中長期計画に組み入れてみるはいかがでしょうか。● 煙草の煙や匂いがフロア全体に漏れています。煙草を吸わない利用者が、安全快適に過ごせるように工夫してください。同時に、喫煙スペースは愛煙家にとっては憩いの場所です。他に迷惑にならないスペースに確保できるようにしてください。
---------------	---

※それぞれ内容を3点程度に掲載しています。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	2670900105
事業所名	社会福祉法人京都福祉サービス協会 久我の杜デイサービスセンター
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、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年2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. 利用者が毛筆で書かれた理念の額が正面玄関に掲示され、スタッフの気持ちを引く一助となっています。 2. 組織図、職務権限を記載した文書を年度初めに全職員に配布しています。			
(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。	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	A	
	(評価機関コメント)		3. 『事業計画・事業報告・中長期ビジョン』は、デイ会議、職員会議、久我の杜運営会議に図られたのち、施設長会議で決定されています。 4. 取組の報告が適切になされています。			
(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. 集団指導資料を全職員が確認できる書庫に整備しています。社内での情報共有は全職員のもつ社内電子メール「サイボウズ」を利用しています。インターネットアクセス権限はマニュアルで定められています。 6. 施設長が運営会議、職員会議に参加し、全体の動きを確認しています。年1回の職員全員とヒアリングを行うシステムが整っています。 7. 施設長の所在を常時明らかにし、長期不在時は法人本部に連絡する体制が整っています。			

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
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。	A	A
		(評価機関コメント)		8. 初回面接は施設長が行い、協調性、社会性を重視し現場採用します。その後、施設長推薦で法人の正規職員採用試験(月1回開催)を受験するシステムとなっています。介護福祉士、社会福祉士および介護支援専門員の資格を取得した際は、それぞれに祝い金が支給されます。 9. 年間の研修スケジュールが立案されています。また、「疑似体験スケジュール」を職員全員が体験することになっているなど、詳細な体験スケジュールにより全員に実行されています。また、希望があれば、パート職員も体験できます。 10. 法人全体で「実習指導者部会」を設置しています。社会福祉士や介護福祉士が隔週で部会に参加し、実習指導に有効な相談や検討を行っています。		
(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、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環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		11. 有休管理簿が作成されています。職員は常時誰でも、閲覧できる体制になっています。 12. 利用者と共に、サービス提供場所で利用者の様子観察をしながら昼食をとっています。		
(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。	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. 正規職員が輪番制で作成している『みどりの杜通信』『ボランティア通信』は、法人全体、関係居宅介護支援事業所、関係居宅サービス事業所、ボランティア、見学者、お試し利用者、デイサービス利用者、配食事業者、近隣の2自治会および学区社協に配布しています。 14. 併設の居宅介護支援事業所および地域包括支援センターと協力し、「介護保険制度について」の勉強会を行いました。案内は、町内掲示板、隣接住宅施設掲示板に掲載しています。勉強会への参加者には、無料送迎を行っています。		

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
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. ホームページやパンフレット等で分かり易く情報を提供し、見学、お試し利用にも対応しています。		
(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	A

(評価機関コメント)	16. 契約時には事業所の重要事項説明書を基に、利用者家族に説明、同意を得ています。成年後見人については、現在、利用はありませんが事業所として対応できる仕組みはあり、また、それに関する案内をしています。			
(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。	A	A
(評価機関コメント)	17. 所定のシート(ソフト)を用いてアセスメントを行っています。現在、そのシートで不十分なところは施設が独自に考えたシートを追加利用しています。 18. 利用者、家族から面談を通して希望を確認、尊重しています。 19. 個別援助計画の作成に当たってはサービス担当者会議などで他の職種の意見を聞き、生かしています。 20. 見直しは適切になされています。			
(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)	21. 担当者会議等を通じて、連携体制を確立しています。また、事業所内の他職種が支援体制を組んでいます。			
(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	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)	22. 業務マニュアルは整備され、業務を遂行する中で問題、疑問があればスタッフ間で相談、見直しを図っています。 23. 記録はサービスを提供したその日のうちに状況をまとめています。 24. 記録を活用して、スタッフ間で情報を共有しています。 25. 情報交換は「連絡帳」や送迎時に行っています。それでも不十分な場合は別途時間を調整し、家族との情報交換を行っています。			
(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. 感染症に関するマニュアルを整備し、事業所で研修も行い利用者に接しています。さらに、研修場面をビデオに録画し、全職員で手順を共有する仕組みがあります。 27. 事業所内は整理・整頓されて、利用者の事故を防ぐとともに、スタッフが効率的に使えるように工夫しています。喫煙場所については、課題として取り組んではいますが、対策は十分ではありません。			
(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. マニュアルを整備し、利用者も参加しての訓練が行われています。地域と災害協定書を締結し、連携を図っています。 29. 「ひやりはっと」も含めた事故を記録し、再発防止に努めています。
------------	--

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。	B	A
		(評価機関コメント)		30. 利用者権利擁護指針や国の高齢者虐待の調査結果を参考に、デイ会議において研修を行っています。 31. 同性介助でのケアを心がけ、各専門職の倫理綱領を参考に勉強会を行っています。 32. 利用申し込みに当たっては主治医の診断書を提出してもらっています。医療ニーズの高い人については、事業所の体制上受け入れられないこともあることを事前に説明しています。しかし、これまでそうした理由で受け入れなかったことはありません。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		33. アンケートをとったり、利用者ごとにケース担当を決めたりし、相談しやすい関係作りに取り組んでいます。 34. アンケート結果をホームページで公開し、サービス提供に活かしています。 35. 市民オンブズマンや介護相談員は受け入れていませんが、法人全体で第三者委員を設置しています。実習生へのアンケートを行い、月1回行われる事故苦情検討委員会で話し合っています。		
(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	A
		(評価機関コメント)		36. 利用者アンケートを実施し、結果をデイ会議・運営会議で検討し、その結果を職員会議で全職員に周知しています。 37. 各種会議で意見を聞き、質の向上を図っています。また、法人内にデイサービス相談員部会があり、他のデイサービスセンターとの交流もあります。 38. 第三者評価のほかに、京都発のKES環境マネジメントステップ2を取得し、環境問題にも取り組んでいます。		