

アドバイス・レポート

平成22年6月10日

平成21年9月23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 高齢者福祉施設 紫野につきましては、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> | <ul style="list-style-type: none"> ●地域福祉への取り組み 併設する地域包括支援センター、居宅支援事業所等と協働し、地域の高齢者への福祉活動に熱意を持って取り組んでいます。緊急一時ショートステイやホームシェア等を行い、独居や認知症高齢者で見守りや支援が必要な方々を積極的に受け入れ、安全・安楽な生活につなげています。また、併設事業所の専門機能を活かし、認知症の方の介護等に関する個別相談についても積極的な取り組みを行っています。 ●食への関心を高め、楽しく食べるさまざまな工夫 京都府が取り組んでいる食の地産地消に熱心に取り組み、京都府から表彰を受けています。屋上を利用して季節の野菜などを栽培している様子を見ていただく事で、利用者の食への関心を高めていくという取り組みが行われています。 また、個々人のなじみの食器や箸が使用でき、タオル地の温かいおしぼりを衛生管理して提供するなど、食事に対する気配りをしています。 ●ボランティア、体験学習の受け入れ ボランティアを重要なマンパワーとして捉え、受け入れの方針、体制を整えています。各種クラブ活動、行事、外出時の付き添い、話し相手など多様な活動に積極的に参加・協力を得ています。また、地域の中学生の体験学習も毎年受け入れています。 |
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <ul style="list-style-type: none"> ●管理者等によるリーダーシップの発揮 管理者は法人・事業所の各種会議に出席し、職員運営方針の決定に参画するとともに、職員の意見等をくみ取り、サービス提供に反映させるように努めています。ただし、管理者が職員から信頼を得ているかどうかを検証する方法は確認できません。 ●事故の再発防止 発生した事故に対しての報告書の作成、分析・検討、再発予防の対策については、リスクマネジメント委員会を中心にしっかりと行われています。しかし、保険者（京都府）に報告する必要があると思われる案件について、適切な報告がなされていませんでした。 |

| | |
|-----------|---|
| | <p>●意見・要望等の公開</p> <p>直接の聞き取りの他に、年2回の家族アンケートの実施、第三者・公的機関の相談窓口の掲示（受付時間、FAX番号の明記はありません）する等の取組みを通じて、利用者・家族からサービスに関する意見、要望等を出してもらっています。出てきた意見等に対しては職員に周知するとともに、委員会で検討をし、サービス内容の改善に努めていますが、公開するまでには至っていません。</p> |
| 具体的なアドバイス | <p>本事業所は京都市北区紫野にあり、デイサービスセンター、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターが併設されています。</p> <p>地域との積極的な関係作りに努めるとともに、「食」に関する独自の取組みの実施、第三者評価の毎年受診等、サービスの質の向上に積極的に取り組んでいると感じました。こうした取組みの成果は着実に上がっていると思います。</p> <p>そこで、今後も継続してサービスの質の向上を目指していただくために以下のことをアドバイス致します。</p> <p>●運営管理者は職員の意見に耳を傾け、熱意をもって良質なサービス提供に努めていますが、自らの行動を客観的に把握できる仕組みをもつことは必要かと思えます。</p> <p>●「ヒヤリハット」「事故報告書」等は作成されていますので、保険者（京都府）への報告は速やかに行われることが望まれます。</p> <p>●利用者・家族の意見・要望を把握し、改善していくよう努めていますが、公開にまでは至っていません。現在、ホームページで改善状況の報告ができるように準備をしているのですが、多くの方が容易に見ることができる工夫を期待します。より一層の情報開示に努めることで、利用者・家族との信頼関係をさらに強いものとする事ができるのではないのでしょうか。</p> <p>●併設デイサービス浴室の出入り口の仕切りは不十分で、入浴時のプライバシーへの配慮が求められます。</p> <p>●公的相談窓口にFAX番号及び受付時間等を記載することが求められます。</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 | 2670100433 |
| 事業所名 | 高齢者福祉施設 紫野 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 介護老人福祉施設 |
| 併せて評価を受けた サービス(複数記入可) | 通所介護、介護予防通所介護、 短期入所生活介護、居宅介護支援 |
| 訪問調査実施日 | 平成22年2月25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. 理念はホームページに公開し、理念に沿った取り組みも分かりやすく説明しています。 2. 理事会、施設長会、委員会等の会議体を定期的に開催し、組織としての活性化、透明性を図っています。 | | |
| (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. 現場からの意見・要望も取り入れて法人全体で事業計画を作成し、定期的に進捗状況を管理しています。 4. 事業計画は理事会の承認を経て、実行しています。各事業別、職種別、委員会別など、各部署ごとで報告がなされ、次年度へと継承しています。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | 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. 法人全体で、遵守すべき法令の改正に対応しています。 6. 管理者が職員から信頼を得ているかを検証するため、どのような取り組みをしているのかが明らかではありません。 7. 管理者は随時、事業所内を巡回し、現場の状況を把握し、適切な指示をしています。 | | |

| 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 |
| 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. 9. 法人本部で人事管理を行っています。介護関連の資格取得については法人全体で奨励し、合格時には報奨金を給付する等の制度があります。 10. 実習担当部会があり、介護福祉士、社会福祉士の実習指導者研修に参加し、実習生の受け入れを積極的に行っています。 | | |
| (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な環境を整備している。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 11. 職員の労務管理には細心の配慮をし、休日取得の調整をするほか、仕事をしやすい環境整備に努めています。 12. 福利厚生制度が充実しています。また法人内で産業医、カウンセラーを配置して職員のケアに当たっています。 | | |
| (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・14. 事業所1階の展示コーナーを地域の方に開放しており、絵画、ちぎり絵などの作品が展示されています。また小中学校の総合授業の受け入れや、地域の方々を対象にした認知症安心サポーター講座を開催する等、事業所の機能を地域に還元しています。 | | |

| 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 |
| 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. ホームページや広報誌で事業内容を公表しています。問い合わせや見学の対応記録を作成し、相談内容まで詳しく記載しています。 | | |
| | | 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. サービス内容や料金は、サービス開始時に重要事項説明書にて説明を行い、利用者、家族の同意を得ています。成年後見制度の理解もあり、利用者の権利擁護のために後見人との連携も積極的に行っています。 | | |

(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. 事前面接の際には利用者の希望、意向を聞き取り、また家族には認知症高齢者のアセスメントシート(認知症介護研究・研修東京センターの方式)を用いて過去の生活歴などを書いてもらい、利用者のニーズや課題を明らかにしています。 18. サービス担当者会議には可能な限り本人が参加しています。今後は家族が参加しやすいような取り組みを行っていく予定です。 19. サービス担当者会議には専門職が参加し、意見を出し合い、個別援助計画等に反映しています。 20. ケアプランは定期的に見直しを行っています。 | | |

| | | | | |
|------------|----|---|---|---|
| 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. 入退院時や通院時には、医療機関に情報提供を行うとともに、十分な情報共有に努めています。 | | |

(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 | 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. 業務マニュアルはいつでも確認できるよう各ユニットに設置しています。また、見直しも各委員会で行っています。 23. 24. 利用者一人ひとりの状態やサービス提供状況は、日々細かく記載しています。個人記録をパソコンで管理し、支援を担当する職員全員が共有できる仕組みになっています。また、サービス計画の重点課題は、各ユニットのホワイトボードや連絡ノートに記載し、いつでも閲覧できるようにしています。 25. 家族参加の行事を開催する等、家族と積極的に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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 26. 職員全体に感染症に対する対策、予防の知識を伝達しています。また、各ユニットに感染症予防の用具を常備しています。 27. 施設内は外部委託業者が衛生管理を行っています。また、職員も整理整頓、速やかな汚物処理などに努め、清潔な環境を維持しています。 | | |

| | | | | |
|------------|----|--|---|---|
| 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 | B |
| (評価機関コメント) | | 28. 事故、緊急時対応マニュアルを整備し、定期的な研修、訓練を行っています。 29. 発生した事故に対する報告書を作成し、再発防止のための職員研修を行っています。しかし、重大な事故が保険者に報告できていませんでした。 | | |

| 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 | 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. 利用者本位のサービス提供に努めています。人権・高齢者虐待防止法については専門家による研修を実施しています。 31. プライバシー保護・羞恥心に配慮した介護についての研修を実施しています。マンツーマン入浴を実施し、同性介助を基本としています。また、周囲の人に排泄介助をしていると気づかれないように、トートバックで排泄セットを持ちこむ等、利用者の羞恥心に配慮をしています。 32. 身体状況・認知症状が重度の利用者も受け入れています。胃ろうの利用者に対するケアも徹底しています。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 33. 2009年から1回であった『家族アンケート』を年2回実施しています。アンケートの結果は施設内の人目につきやすい場所に掲示しています。また、アンケートで上がった要望等については「改善策」を具体的に上げ、実施努力をしています。 34. 利用者の意向等についてはパソコンに記録し、全職員への周知を図っています。苦情・相談については、法人内で迅速に対応をし、業務改善につなげています。現在、ホームページで改善状況の公開をする準備をしています。 35. 第三者の相談窓口を設置し、施設内に掲示しています。しかし受付時間、FAX番号などの記載がありません。 | | |
| (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. 利用者との日常会話や表情などから不満や希望をくみ取ること、また、家族会のアンケートを「利用者の気持ちを代弁してもらっているもの」との認識を持ち、サービスの質の向上に向け努力をしています。 37. 京都福祉サービス協会内の6施設の職員が集まり、199項目にわたる『特別相互評価チェックリスト』を作成し、平成22年4月以降に実施する予定です。このチェックリストは「利用者目線でのケア」に重点を置いた項目で構成され、職員の切磋琢磨とサービスの質の向上を目的としています。 38. 第三者評価を毎年度受診すること等で、外部からの客観的な意見をサービスに活かす努力をしています。 | | |