

様式 7

アドバイス・レポート

平成 23 年 2 月 7 日

平成 22 年 11 月 30 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 紫野老人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

特に良かった点とその理由()	<p>1. 人材確保・育成を重視し、介護技能および管理・運営能力向上のために体系的な研修プログラムが実施されています。 (理由) 職員配置基準が定められ、採用時には質の高い人材確保のため、経験者、有資格者を優先し、採用後には資格取得への積極的な支援がなされています。 各種介護関連研修・中堅職員研修・管理職候補者育成研修・リーダー研修等段階的、専門的研修が実施され、人的資源の充実への努力が介護事業の展開に結びついています。</p> <p>2. 施設内の衛生管理の徹底と新しいKES(環境マネジメントシステム)に挑戦されています。 (理由) 感染症対策では、マニュアルによる日常の衛生管理の徹底、全体研修や年2回のデイ会議での感染症予防研修が行われ、擬似物を用いたノロウイルス感染者の嘔吐物処理実習などが注目されます。また、施設内は外部委託による衛生管理の徹底が図られています。さらには、最近のKES登録による環境問題への取り組みは大きな効果が期待されます。</p> <p>3. 施設内環境が明るく、活気に満ちた雰囲気を感じられます。 (理由) 施設は広く、明るく、職員も利用者を楽しんで、笑って帰ってもらいたいとの思いで、自らも楽しみ、笑顔で対応しておられるようです。また、事業所の屋上に庭園が造られ、園芸にも親しめ、美しい山々に囲まれた景観は気分転換や健康に寄与しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由()	<p>1. 食堂が、浴室の出入り口に隣接しており、昼食時間帯にも入浴サービスが続いている場合、プライバシー等への配慮に問題があります。</p> <p>2. 施設内の湿度の調整が不十分です。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 入浴施設が食堂のすぐ横ですので、昼時間帯の入浴・入浴者の出入りが見えないようにする配慮等が必要です。入浴者のプライバシーの配慮だけでなく、食堂にいる利用者に対しての配慮も必要と思います。</p> <p>2. 施設内の湿度が低いようです(適温は40 ~ 60)。冬期の湿度があまり低いとインフルエンザのウイルスが活発化するおそれがありますので、調整した方がいいと思います。</p> <p>3. 今回のアンケートの「職員は、あなたの生活をさらに良くするために、色々な提案・家族にアドバイスしてくれますか」「職員は、サービスを提供する際、あなたの気持ち・家族の思いを大事にしてくれますか」の項の回答結果、半数の方が「分からない」と回答されています。利用者や家族に施設の取組みの状況をより理解してもらえよう工夫が必要だと思われます。</p> <p>4. 仏教大学と隣接しており、文化会美術部の絵画作品を展示した交流ギャラリーとして利用されていますが、地域の方々も気軽に見られるスペースとして、地域に還元される事にもなります。そのことにより、施設・利用者に対する地域の理解も深まると思います。今後も継続されることを期待します。</p> <p>5. 職員が自ら楽しみ、笑顔で対応しておられる姿は素晴らしく、今後も継続していただきたいと思います。</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	紫野老人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、介護老人福祉施設、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12月15日
評価機関名	NPO法人 きょうと介護保険にかかわる会

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)		・「みんなの心得」に集約された理念及び運営方針が明確化、周知されされています。 ・4月の「職員全体会議」と10月の半期の会議で、意思決定のプロセスも透明化され、施設長等のヒアリングで職員の意見も反映されています。			
(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)		・事業計画が組織的に立案され、年度の課題や目標を明らかにされている。年度末の各部署・各委員会で達成状況を確認・評価されています。			
(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)		・全体会議で法令遵守に関する講義が介護職員経験のある弁護士により行われています。 ・施設長は毎月の幹部会議に出席し、運営方針の決定に参画して職員の周知をはかっています。			

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・新規採用には、経験者・有資格者を優先的に採用しています。 ・資格試験への支援、各種総合的な研修プログラムを実施し、実習指導者部会の設置等人材確保・育成の体制が整備、実践されています。 		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・職員に配慮した勤務体系の実施、育児・介護休業法実施の就業規則への規定を守っています。 ・ストレス管理のため、外部専門機関によるカウンセリングの導入、身近な職員との相談も行われています。 ・年休の他に月に1日のリフレッシュ休暇を設けています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・運営理念の地域への開示、「紫野ひだまり通信」等の広報誌の配布、仏教大学生作品による美術ギャラリーの地域への開放を行っています。 ・地域包括支援センターの行事への職員参加などを積極的に行っています。 		

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ホームページ、パンフレットによる事業所概要の紹介、見学・問い合わせ、体験利用の受け入れ等に生活相談員が中心になり対応しています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・パンフレットや重要事項説明書を活用して、説明、同意を得ています。 ・判断能力に支障のある利用者の権利保護については併設の地域包括支援センターと連携して対応しています。 		

(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)		・ケアプラン作成時・更新時に、本人、家族の意向を聞き、アセスメントを実施しています。 ・利用者ごとにに見直し時期を定め、看護師、ケアマネと意見交換、職員ミーティングで確認・見直しを行っています。		

(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)		・主治医や関係機関を記載した緊急時対応表を作り、ケアマネのリスト、エリア・マップを資料として使用、入退院時や必要に応じて関係者との連携が図られています。		

(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)		・各種マニュアルは、1年1回の基準で見直しを実施しています。 ・サービス提供の記録、情報の保護、職員間の情報共有はパソコンにより管理体制が出来ていて、家族からの希望があれば、適切に開示されています。 ・連絡ノートの活用、レクリエーション通信(月1回)等の広報誌の配布のほか、利用者の家族等との面接は常時生活相談員を窓口として対応する体制がとられています。		

(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)		・全体研修とデイ会議(年2回)での感染症予防研修、職員へのワクチン接種、清掃委託による施設内、特にトイレ、床面の清浄化、オゾンによる殺菌・消臭の他、KES登録(環境マネジメントシステム)を行い、環境の改善を図っています。		

(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)		・緊急時対応マニュアルの整備、責任者および指揮命令系統の明確化、消防計画書による地域との防災協定の締結をしています。 ・年2回の防火訓練の実施、事故報告書に基づく再発防止のミーティング等を生活相談員が中心になって行われています。		

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・人権、プライバシー、虐待等について介護職員の経験のある弁護士による講義が行われ、利用者保護の研修、サービスが行われています。 ・利用制限の基準は設けていません。 		
(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	公的機関等の窓口にご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"> ・相談員体制が充実しているので、相談対応がし易くなっており、サービスの向上につながっています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・年1回利用者の満足度を把握し、計画に反映させています。 ・運営会議(サービス評価会議)が毎月開催され、サービス改善の取組みが議論されています。 ・第三者評価は3年に1回受診されています。 		