

アドバイス・レポート

平成 23 年 3 月 20 日

平成 22 年 7 月 2 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「社会福祉法人芳梅会指定通所介護事業所」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>Ⅱ－(3) 通番 13・14 地域への情報公開と貢献 年 4 回発行される広報紙「芳梅園だより」や、充実したホームページを通じて事業所の様子が紹介されていました。また、利用者の皆さんの手作り作品を地域の福祉展示会等に積極的に出展して鑑賞に出かけるなど外出の機会を増やして、利用者の皆さんが元気で楽しい日々を過ごされている現実の姿がよく発信されていました。 また、木津川市と共同して地元地区の福祉・医療関係講習会を開催し、講演等を行うほか、在宅介護支援センターを運営して、事業所が有する機能を地元を提供していました。</p> <p>Ⅳ－(1) 通番 30 人権等の尊重 レクリエーションや食事、送迎などに複数のメニューを用意して、一人ひとりの選択の機会を増やすよう工夫され、利用者の精神的、身体的自立（自律）に向けた個別・グループ活動のプログラムが組まれていました。</p> <p>Ⅳ－(3) 通番 37 質の向上に対する検討体制 事業所全体で、ADL（日常生活動作）の向上における口腔ケアの重要性を良く認識し、職員全員が口腔ケアに取り組んでおられました。 その結果、認知症の利用者も含め、出来るだけ立った姿勢で、口腔洗浄をすることを習慣化され、大きな成果を挙げておられました。 また、この事業所の取組を事例発表することで、職員の意欲の向上につなげていました。</p>
------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>I－(2) 通番 3 事業計画等の策定 中長期計画について、成文化されたものではありませんでした。</p> <p>II－(2) 通番 1 2 ストレス管理 現在特にストレスはないとのことでしたが、職員の休憩やストレス緩和への取組みが不十分でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I－(2) 通番 3 事業計画等の策定 中長期的視点を持って事業運営をされておられました。これを「中長期計画書」として成文化されることをお勧めします。 成文化することにより事業の将来展望が明確になり、単年度事業計画も中長期的視点から位置づけられるため、計画のフォローアップも容易になると共に、職員と計画を共有することで職員の意欲の向上にも繋がるのではないのでしょうか。</p> <p>II－(2) 通番 1 2 ストレス管理 ヒヤリングの結果、現在のところ、職員は特にストレスを感じているようなことはないとのことでしたが、将来、様々な要望や不満等が生じる場合に備えて、あらかじめ上司とコミュニケーションできる場を制度化しておかれてはいかがでしょうか。 また、休憩の取り方や休憩場所等についても他の事業部門と連携し、法人全体として専門家の支援を得ながら充実させる工夫をされてはいかがでしょうか。</p> <p>IV－(3) 通番 3 6 満足度向上への取組 利用者・ご家族の満足度の向上へむけて熱心に取組んでおられました。今後更なるサービスの質の向上に向けて、次のことを検討されてはいかがでしょうか。 ①サービス別に、何回かに分けて、サービスの改善のヒントが得られるように具体的な調査を実施する ②サービス方法を改善し、定期的な調査で、改善度(向上度)を評価して、新たな改善策を検討する ③その結果を、利用者・ご家族へ公開する</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は「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	2671400022
事業所名	(福)芳梅会指定通所介護事業所
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(介護予防含む)・訪問介護(介 護予防含む)・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年2月24日
評価機関名	NPO法人 京都ビジネス・サポート・センター

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)		法人としての理念・運営方針が明確に定められ、正面玄関に明示されている他、ホームページにも掲載されていました。予算・決算等の重要事項は年4回開催される理事会で審議・決定され、日常的には法人全体で11ある委員会や毎月の職員会議で検討されていました。		
(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。	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)		単年度事業計画や各部門別の年度目標・課題などは前年度の反省等を踏まえて、明確に定められていました。中長期的視点から、施設の大幅な改修や受入定員の増加等、事業運営は実施されていましたが、中長期計画として成文化されたものがありませんでした。		
(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。	B	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	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)		運営管理者（現場責任者）は常に現場にあって、職員の信頼も厚く、サービスの提供上必要な指示を適時・的確に与えていました。経営責任者（施設長）とは常に連絡がとれる体制になっていました。		

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
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。	B	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)		パート職員も常勤職員と同様に人物本位で採用し、OJTを行うほか研修委員会により計画的な研修が行われていました。資格取得に対しては必要経費を支援していました。実習生の受け入れについては、担当責任者を決めて養成校と連携し万全を期していました。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		業務の繁忙に応じて運営管理者が有給休暇の取得を積極的に勧めていて、取得率も高く、また職員の定着率も極めて良好でした。ヒヤリングの結果、上司にも相談がしやすく特にストレスは感じていないとのことでしたが、職員の休憩についての対応が不十分でした。		
(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。	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)		年4回の広報紙「木津芳梅園だより」の発行やホームページを通じて情報発信に努めています。地域行事等へ積極的に参加するほか、利用者の元気な姿を見てもらえるよう外出の機会を増やすよう努めていました。木津川市と共催の福祉・医療関係の講習会では、その講師を務めていました。		

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
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)		パンフレットやホームページを通じて情報発信されていました。見学や体験利用も希望に応じて随時実施されていました。		
(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)		利用契約時に、本人、家族、後見人などに対して、詳しく書かれた重要事項説明書をもとに丁寧に説明され、同意を得ていることがアンケート調査で確認できました。。		

(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うえでアセスメントを行っている。	B	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	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)		アセスメントや個別援助計画については3ヶ月ごとにモニタリングを行っていました。主治医や介護支援専門員等とは密接に連携をとり、連絡・調整結果の記録は完備されていました。		

(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)		利用者に変化があった場合には、直ちに、主治医・看護師・介護支援専門員・介護士等と連携が取れるよう、日常的に、報告・連絡・相談業務を行っていました。		

(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)		マニュアル委員会を設け、サービスごとに事業所独自のマニュアルを作成し、適宜見直しも行われていました。サービス提供に必要な情報は毎日2回行われるミーティングで共有されると共に、パソコン上の記録は厳重に情報管理されていました。利用者の家族との情報交換は、朝夕の送迎時の会話や連絡ノートを利用してきめ細かく行われていました。		

(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)		感染症予防委員会を設け、外部研修に積極的に参加して、その情報を施設内研修で全職員に伝達していました。清掃は職員が丁寧に、点検表で確認チェックしていました。		

(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。	B	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)		事故や緊急時の対応マニュアルが整備されており、利用者も参加した事業所独自の避難訓練も実施されていました。ヒヤリハット事例はすべて報告書にまとめ、職員全員参加の再発防止会議で検討していました。		

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
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。	B	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)	レクリエーションや食事、送迎などについて利用者の選択の機会を増やし、個々の希望に沿ったサービスが提供できるように努めていました。利用者が安心できるようにプライバシーや羞恥心について特に配慮した改修がなされていました。利用者の決定は入所判定規定に基づき公正公平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。	B	A
		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	A
		(評価機関コメント)	サービス向上委員会でアンケート結果などを分析・検討するほか、日常的に会話を重視して利用者の要望を汲み取り、運営管理者はこれらの要望に迅速に対応していました。地元の住職を第三者委員に委嘱するなど、苦情等への対応体制が整えられていました。			
(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。	B	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)	年1回満足度調査を実施するほか、特に食事についてはきめ細かく要望に対処していました。外部研修に積極的に参加すると共に、事業所全体で口腔ケアに取り組み、大きな成果を挙げました。年度末には部署会議で反省会を行い次年度へつなげていました。			