

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 3 月 22 日

平成 23 年 11 月 17 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（**深草センターほっこり**）様につきましては、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>1) 資格取得支援 法人内に独自の介護福祉士受験対策講座があり、また、資格取得に係る職務免除規定や資格取得報奨金規定があるなど資格取得支援に努められ、介護福祉士等の有資格者を多く配置しておられました。</p> <p>2) 建物環境への配慮、個人の尊厳への配慮 限られた建物の中で、利用者がゆったりと過ごせるよう少人数の3つのユニット型でのサービスを実施され、利用者の個性や自立度に合わせたしつらえや利用者が落ち着いて過ごしやすい環境をユニットごとに独自に整えておられました。また同性介助へのこだわりや、従来あったエレベータや階段の施錠を職員間での話し合いの結果無くすなど、利用者の尊厳に配慮する姿勢が職員に定着し実施されていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1) アセスメントの工夫 通所介護計画を作成するにあたり所定の様式でアセスメントを行っておられますが、利用者の心身の状況や利用者が望まれる生活像を具体的に通所介護サービス計画に反映させるという点でのアセスメントが不十分なように思われました。</p> <p>2) 業務マニュアルの活用 業務マニュアルは作成しておられますが、内容の更新が不十分と思われ、また一部の職員には周知されていないなど徹底されていないため実質的に日常的に使える手順書として活用されていないように思われました。</p> <p>3) 事故の再発防止への取り組み 今年度リスクマネジメント委員会を立ち上げられ、事故・ヒヤリハットの集計分析を行い事故報告書等も作成しておられますが、再発防止のための改善策が職員に周知されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

1) アセスメントの工夫

利用者の心身の状況や望まれる生活像等を把握しサービスに反映させることが大切です。居宅サービス計画書を基に事業所でもアセスメントが行えるよう簡易なものでも独自のアセスメント様式を工夫されてはいかがでしょうか。また、職員ひとり一人が利用者のニーズや課題を把握してそれを検討し通所介護計画書に反映できるような手順や計画の見直しの基準などを文書化されてはいかがでしょうか。

2) 業務マニュアルの活用

業務マニュアルは、ただ備え付けられているというだけでなく、日常的に業務を行うにあたり、その標準的な実施方法を示すことで介護業務等の統一化を図る手引書として活用される必要があると思います。各種会議等で検討した事項等状況に合わせて、また苦情や満足度調査の結果を反映させる形でマニュアル類の見直しを行い、職員に周知徹底することが望まれます。形にこだわらず簡単なものでも日常的に活用できるマニュアルを作成し、フロアごとにいつでも見ることができるようになってはいかがでしょうか。

3) 事故の再発防止への取り組み

発生した事故やヒヤリハットの内容は、集計・分析し原因を探ることだけでなく、再発防止のためその原因を踏まえた上で、職員間で改善策を考え、実施していくことで分析結果が生きてくると考えられます。改善策を職員へ周知徹底することは再発の防止に欠くことのできないものと思われまので、マニュアルに盛り込むなどしてその改善策が全職員に共有され実施されることが望まれます。

※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	2670900493
事業所名	深草センターほっこり
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護(介護予防通所介護)
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	認知症対応型通所介護、介護予防認知症対応型通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年12月5日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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は明確化・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。	B	B	
	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)組織の理念・運営方針は明示されていましたが、パート職員には口頭でも周知されておらず、また、ほっこり通信やブログで取り組み内容は掲載されていましたが理念の周知は行われていませんでした。2)組織図で案件別の意思決定方法が決められており、理事会等も定期的に行われていました。権限委譲は明確にされておらず、管理者・主任に権限が集中しているように思われました。職員の意見はルームミーティングの内容をリーダーから役職者会議に上げるシステムがあり事業運営に反映されていました。			
	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	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)法人においては中長期の計画を立てられていました。事業所でも中長期の目標を設定されたら良いと思われます。4)7月より毎月研修、リスクマネジメント、サービス向上各委員会を立ち上げ、一般職員が参画して各々の職員が責任と自覚を持ち意見を出し合い、課題や問題点を明らかにしておられます。課題の達成状況の確認は半期ごとに行われていました。			
(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。	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)責任者が集団指導等の法令遵守の研修に参加し職員に周知されていますが、パート職員には周知されていませんでした。法人において作成された法令遵守のマニュアルは全職員に配布、徹底されていました。6)組織図において管理者の位置づけは明文化されていましたが、役割と責任までは文書化されていませんでした。事業所の計画策定前に法人の管理者会議に参加し法人の方針を確認しそこで事業所としての意見を法人に伝えられています。年2回職員面談を行い勤務・健康・不満・フロアの悩み・人間関係等について職員の意見を聞く機会があり、また管理者への意見、注文等も聞き取っておられます。7)管理者は日誌・会議等で状況を把握しておられ、日誌・会議の記録は会議中に記録しているので当日もしくは翌日に確認できるようでした。緊急時は個人の携帯電話にていつでも連絡が取れるようにされています。			

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
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。	B	B
		(評価機関コメント)		8) 法人の人事に関する方針が確立されており、ホームページでも就職情報サイトが充実しています。離職率は低いとのことでした(過去2年間で60歳以上のパート職員2名のみの退職)。介護職員の有資格率(介護福祉士75%、ヘルパー含めると94%)が高く、法人独自で受験対策講座(4ヶ月間週1回1日2時間)があり昨年3名が受講され全員が合格されています。受験日は職務免除となり有給、資格取得報奨金規定は1回1万円で、介護福祉士、ケアマネ等介護関係だけでなく簿記や社会保険労務士等多岐の職種にわたっており資格を取得すれば何度でも支給されるようになっています。9) 研修は法人全体で階層別に体系的に計画実施されています。事業所で尊厳やプライバシーの研修が実施されていますが体系的とはいえませんでした。今年度より新人研修にプリセプター制を導入し、法人で新人同士、プリセプター同士で集まり意見交換を行い振り返りを行っておられます。10) 実習の受け入れ方針は明文化されていますが、現場の職員には周知されておらず、実習指導者研修があることも職員は知らされていないようでした。		
(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。	B	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) 管理者が、有給や超勤の取得状況をデータ化し状況を把握しておられます。有給休暇の消化率は67%と高く、離職率の低下につながっていると考えられます。職員の就業の意向を確認し、希望者には正規職員への登用試験もありモチベーションは高いように思われました。休暇は法定どおり定められ時間単位の有給も1/4日まで取得できるようにされています。浴室のリフト等はあまり活用されていませんでしたが、事業所として環境面等で工夫をされるなど負担軽減への配慮はされていました。12) カウンセラーは配置されていませんが、法人に健康相談室がありメンタルケアに対応されています。セクハラ・パワハラの窓口が法人に設定され事務所内に張り出されていましたが、職員への周知は低く窓口の連絡先等を職員個々に知らせる配慮が必要と思われました。休憩場所は十分に広く数名が同時にゆっくりくつろげる空間が確保されていました。		
(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。	B	B
		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
				13) 機関紙「ほっこり通信」を毎月発行し事業所の様子を地域にも広報しておられますが、理念等を地域に発信しているとは言えず、ブログでも運営理念等は発信されていませんでした。地域の行事へはデイの利用日に参加されており、職員ボランティアが援助を行われています。14) 法人の地域向け講演会や事業所の10周年記念行事に著名人等呼び専門性を地域に発信しておられます。また職員が大学等で講師として職務免除、有給で講義を行っておられます。		

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) 事業所の内容はパンフレットやホームページに情報提供され、利用料は重要事項説明書とは別に料金表を作成し分かりやすい配慮がなされています。見学や体験利用(600円の食事代のみ徴収)は随時受けておられ利用時の様子をケアマネジャーに報告されています。問い合わせ・見学・体験利用等記録はされていないよう確認できませんでした。			
(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)		16) 保険外利用料は外出レクリエーションの実費分と食費のみで、全ての料金は料金表と重要事項説明書で説明され、同意の上署名を得ておられます。後見等の利用者も数名おられ、後見や権利擁護のパンフレットは事務所前に置かれていました。			
(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	B	
	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	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	B	B	
	(評価機関コメント)		17) 所定の様式はなく、今後「ほのぼの」を導入する予定とのことですが、現状はアセスメントが不十分と思われました。18) 居宅サービス計画をもとに通所介護計画に作成されておられますが、独自の聞き取りを行い介護職員以外の職員も参加し多職種共同で通所計画を作成する手順が周知されていないようでした。また、通所介護計画作成時に利用者やご家族の参加も現在では行われていないようでした。19) 計画策定には医師の意見書の情報、ケアマネジャーの情報を反映され、カンファレンスには多職種が参加しておられました。20) 計画の見直しについて、文章化はされていませんでしたが計画の変更基準は明確にもたれており、状況に応じた見直しが行われていました。			
(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)		21) 主治医の意見書や情報提供書はケアマネジャーを通じて情報を得るなど連携しておられました。関係機関・団体の連絡先などはリスト化いつでも活用できるようにされていました。			
(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。	B	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。	B	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)業務マニュアル等は整備はされていましたが、実質的な手順書になっておらず、職員にもあまり周知されていない様子でした。見直しの基準は定められておられませんが、必要に応じて見直されていました。23)利用者一人ひとりの記録は個別に管理されていました。個人情報の管理についての規定は未整備でしたが個人情報の研修は年1回開催されていました。24)連絡ノート等で情報の共有はされていましたが、職員が確認したかをチェックする仕組みがありませんでした。定期的なカンファレンスは開催され職員の意見は集約されていました。25)家族といつでも面接できる機会を持てる環境にあり、連絡帳でも介護職員及び看護師から利用時の状況が伝えられています。また、ほっこり通信やブログでも利用時の状況を掲載しておられました。			

(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。	B	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	A
(評価機関コメント)		26)感染症のマニュアルは確認できましたが、そのマニュアルを全職員に周知できておらず、更新もされていませんでした。MRSAや肝炎の対応マニュアルはあり、個別に対応されておられますが個別の対応マニュアルは作成しておられませんでした。27)事業所内は整理整頓されており、フロアがじゅうたん張りにもかかわらず臭気についても感じられませんでした。		
(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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		28)緊急時のマニュアルは事務所に設置されており、職員は一日一回事務所でのミーティング時に確認することができるようになっています。災害に対する訓練は行われていますが事故や緊急時の実践的な訓練は行われていませんでした。また、地域と連携したマニュアルは無く、合同の訓練も実施されていませんでした。29)事故が発生した場合はすぐにケアマネジャーや家族に報告されています。保険者への報告については報告事例がなかったとのことでした。リスクマネジメント委員会において毎月事故及びヒヤリハットの報告集計がされていますが再発防止のための改善策が記録されておらず職員への周知が徹底されていないようでした。		

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。	A	A
(評価機関コメント)		30)人権尊重については、法人の理念に掲げられていました。事業所内の全体研修で人権、プライバシーの研修が行われていました。身体拘束の観点よりエレベータや階段に取り付けられていた施錠を無くす検討を職員間で議論され、この夏より実践されています。31)プライバシーの研修は年1回実施されており、入浴は午前が女性、午後は男性で同性介助を徹底されています。32)利用者の申込みはエリア外以外で断られているようなケースは無く、待機者の無いように努力されておられます。受け入れられない場合にはケアマネジャーに近隣のデいの空き情報を提供しておられます。				
(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)サービス向上委員会を立ち上げ、満足度調査を実施され、その意見をもとに今後改善に取り組まれる予定とのことでした。意見箱が設置され、またほっこり帳(連絡ノート)で要望希望を聞かれています。特に意見等を出しやすくする配慮はされていませんでした。34)利用者からの意見、要望等はサービス向上委員会や役職会議に諮られ検討されていますが改善状況は公開されていませんでした。今後は満足度調査の結果を機関紙等で公開される予定とのことでした。35)法人で第三者委員を選任され明示されていました。また、法人独自であんしん巡回という内部監査が実施されておられますが、市民オンブズマンや介護相談の受入れはされていませんでした。				

(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		36)今年度より満足度調査を実施され、今後も継続的に実施される予定であるとのことでした。調査の結果はサービス向上委員会で検討され改善内容については機関紙で利用者へ知らせる予定とされていました。37)多職種の職員で構成されているサービス向上委員会が毎月開催されていて、フロアごとに出された意見を検討されています。京都市老人福祉施設協議会や法人で開催される研修等にも積極的に参加されています。38)年1回の自己評価は行われていませんでしたが、今後サービス向上委員会において実施されていかれる予定とのことでした。		