

アドバイス・レポート

平成 28 年 4 月 15 日

※平成 25 年 4 月 1 日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成 27 年 12 月 31 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（春日丘センター）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

特に良かった点とその理由 (※)	1) 働きやすい労働環境 退職者が少なく、職員の定着率がよいことで安定したケアが行われています。有給休暇の取得もしやすいように配慮されていて、働きやすい労働環境を整えられていることが窺えます。 2) 事業所内の衛生管理 トイレ、浴室、居室、食堂の清掃を外部委託し、定期的に清掃が行われています。気になる臭気もなく過ごしやすい空間になっていました。 3) 直営の給食体制 業務委託ではなく直営の給食体制にこだわっておられます。すべて手作りで利用者からの評判も良く、地域の行事にも食事の提供をしておられました。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	1) 人権、プライバシーへの配慮 デイルームのベッドがテーブル席のすぐ後ろに置かれ、仕切りも何も無い状態でした。また男子トイレには入り口に暖簾がかかっているものの、人が出入りする際に隙間から中が見えている状態でした。前回の第三者評価の際に指摘されていたことが改善されていなかったのは残念です。特に重点的にプライバシー保護に取り組んでいただくことが望まれます。また施設見学の際、利用者に対して職員が友達口調で話されている所が見られました。サービスを提供する上で、より適切な職員の言葉遣いについて再度確認する必要があるのではないかと思います。 2) マニュアル整備 各種マニュアルは整備されていましたが、定期的な更新、見直しがされていないものが複数見受けられました。 3) サービス計画の策定 アセスメントからモニタリングまで一連の流れが定期的に行われていませんでした。

具体的なアドバイス	1) 人権、プライバシーへの配慮 スペース面で難しいところがあるかもしれませんが、人目につかない場所にベッドを移動したり衝立を立てたりするなどプライバシーに配慮した対応をとられてはいかがでしょうか。言葉遣いに関しては外部講師を招いて接遇マナー研修を行うなど、言葉遣いの重要性を職員が学ぶ機会を持たれてはいかがでしょうか。 2) マニュアル整備 必要時にすぐにマニュアルを確認し、業務に役立てることができるようにすることで、マニュアルの不備、不足に気づき更新もしやすくなるのではないのでしょうか。 3) サービス計画の策定 現在、色々な面で見直しを行っているとのことでした。現状はアセスメントやモニタリングを行う頻度、方法など、定めていることが実行できていないようでしたが、確認や見直しが行いやすい様式に変えてみてもいいのではないのでしょうか。ひとつひとつをバラバラに行うのではなく、PDCAサイクルがにつながる仕組みを確立されることが重要です。
------------------	---

※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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2670900147
事業所名	春日丘センター
受診メインサービス (1種類のみ)	短期入所生活介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	介護予防短期入所生活介護、通所介護、介護予防通所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成28年1月15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）及び事業所の職員全員が、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) 法人理念や運営方針は分かりやすく掲示されていました。2) ボトムアップを重視した組織運営をされています。毎月のリーダー会議等で職員の意見を反映させておられています。			
(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	B	
	(評価機関コメント)		3) 法人全体の事業方針に基づき、施設の事業方針を作成されていました。4) 課題の達成状況について半期の見直しはされていましたが、通年での確認ができていませんでした。			
(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。	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、いつでも職員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) 毎朝職員ミーティングを行い、その中でコンプライアンスについて取り上げられています。6) 管理者がリーダー会議に参加されています。7) 管理者は毎朝のミーティングに参加して現状把握に努められています。			

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。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 採用は法人で行われ、資格取得のための支援や有資格者への手当てが行われています。9) 研修内容は法人で整備されていましたが、中途採用の職員に対するOJTは不十分でした。10) 実習は、地域の小学生や中学生を受け入れておられます。		
(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、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	12	職員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) 有給休暇は法人から取得日数の連絡があり、取得しやすい環境になっていました。12) 1階2階それぞれに休憩室を設けられています。法人内に健康相談室が設置され、心理相談員の有資格者が配置されていて職員が相談出来る体制を整えられています。		
(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) 地域の広報誌に施設の情報を掲載されています。14) 社会福祉協議会が行われているすこやかサロンに地域の要請で、施設から昼食を提供されています。		

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
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) 法人でホームページを作成されています。		
(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。	B	B
		（評価機関コメント）		16) サービス内容や料金等は重要事項説明書で説明されていますが、分かりやすい料金表等は用意されていませんでした。		

(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。	A	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。	A	B
(評価機関コメント)		17) アセスメントは初回利用時のみで、定期的には実施されていませんでした。18) 居宅サービス計画、担当学会議の要点を踏まえて個別援助計画を作成されています。19) 嘱託医が週1～2回来園し、情報交換が行われています。管理栄養士の意見も個別援助計画に反映させておられています。20) 計画の見直し、モニタリングの基準が曖昧で計画通り実施されていませんでした。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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) 困難ケースに対しては、地域包括支援センターや行政とも連携して対応されています。医療は主治医や嘱託医の指示、助言を受けるようにされています。		

(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、職員に活用されている。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。	A	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22) マニュアルは作成されていましたが定期的な見直しができませんでした。23) 記録はされていますが、保存、廃棄に関する規定が確認できませんでした。24) 毎朝のミーティングで情報共有が行われていますが、全員に確実に伝わっていないようでした。25) 書面での連絡や、送迎時に直接様子を伝えたり、電話で連絡も行われています。		

(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、職員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	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、効率の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) 感染症マニュアルの見直しがされていませんでした。27) 事業所内は、今年度から臭気もなくきれいに清掃されていました。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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
災害発生時の対応	30	災害発生時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
(評価機関コメント)		28) マニュアルが事務所に掲示されています。救急救命法の研修が行われていました。29) 事故報告書、ヒヤリハット報告書を作成し、その分析も行って再発予防に努められています。30) 年2回の消防訓練を行い、マニュアルも作成されていましたが、地域との連携を意識したものにはなっていませんでした。		

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	31	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	32	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	B	
	利用者の決定方法	33	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)		31) 法人理念に人権の尊重を明示し、サービスを提供されています。32) デイルームに仕切りがなくテーブル横にベッドが出ていたり、男子トイレの中が見える状態になっていました。33) 利用者の決定は満床時以外断ることなく受けられています。			
	(2) 意見・要望・苦情への対応					
	意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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	36	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)		34)35) 意見や苦情は報告書に記載して共有し、改善に努められています。36) 法人で第三者委員を設置されています。介護相談員は受け入れら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	37	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	B	
	質の向上に対する検討体制	38	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職員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	39	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)		37) 今年度は満足度調査ができていませんでした。38) 法人内他事業所と共同で研修を行ったり質の検討をしたりされています。39) 第三者評価を3年に1回受診されていませんでした。			