

様式 7

アドバイス・レポート

平成 29 年 2 月 26 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 28 年 12 月 22 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】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、一人ひとりに向き合った個別ケアの質の充実を目指されています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 研修の中で、権利擁護や高齢者虐待防止等、人権尊重に関する学びを職員は多く受けておられ、利用者の人権に配慮する風土が育ち、サービスの提供に活かされています。 ○ 利用者の家族等とは、送迎時に口頭で情報交換をするだけでなく、連絡帳にデイでの個別状況をパソコンで記録したプリントを貼り付け手渡されています。家族等も家での様子、伝えたいこと、相談したいこと等を連絡帳に記入され、利用者・家族の意見や希望や苦情が出しやすいものとなっています。職員はその意向に対し、迅速・丁寧に対応されています。また、匿名性を確保したうえで、要望・苦情・その対応を公開されています。 <p>2、職員がゆとりを持って利用者に関われるように、職員の労働環境が良好であるように努められています</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 事業所は、365 日無休のサービス提供をされています。それに応じて、職員を多く配置し、有給休暇が取り易く、時間外勤務が少なくなるようにし、ストレス管理等のメンタル面にも配慮するなどされています。スタッフヒアリングからも、子育て中の職員にも働きやすい職場環境で、人間関係も良い様子が感じられました。 ○ 人材育成環境に優れ、階層別研修や施設内研修が充実し、外部研修も参加しやすい環境で、職員はキャリアを積み質の高いケアを提供されています。また、業務の見直しとスリム化を事業計画の課題の一つとして、職員がゆとりを持って利用者に関われるように、努力されています。
-----------------------------	---

	<p>3、衛生管理等が行き届いています</p> <p>○ 施設は築 15 年を迎えていますが、施設内は衛生的で整理整頓され、換気、室温、湿度調整に絶えず配慮されています。特に、水回りの衛生管理は徹底されています。プラズマクラスター、イオン清浄器が設置され臭気無く、感染症対策も徹底し、利用者が安心安全に過ごされる努力もよくされています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由（※）</p>	<p><u>さらに改善が望まれる点について</u></p> <p>1、中長期計画について</p> <p>○ 「高齢者福祉施設 紫野」は、特別養護老人ホーム・居宅介護支援・地域包括・通所介護・認知症対応型通所介護の各事業を、互いに連携し合い一体化してサービス提供しています。法人の中長期計画を基に、施設全体の事業計画並びに各事業所の計画を立案されていますが、さらに、施設の中長期計画をご検討願います。</p> <p>2、内部研修不参加の職員への周知について</p> <p>○ 日々の利用者状況や各会議内容は、欠席の職員にも連絡ノートやパソコン内の情報を確認することで、全職員に共有できています。さらに内部研修について、参加できなかった職員にも研修内容が把握できるような仕組みが望まれます。</p> <p>3、アセスメント記録について</p> <p>○ アセスメントシートは記録しやすい様式で、PCにて情報を共有しやすくされています。利用者や家族等から意向や希望をさらに詳細に記録するように努めてください。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1、中長期計画について</p> <p>○ 法人の平成 28 年度事業計画の基本方針として中期経営計画の推進があげられ、地域の特性を踏まえた総合的な福祉サービスの提供を目指すとして多くの項目があげられています。「高齢者施設 紫野」においては施設・各事業所の単年度計画は作成されていますが、法人の方針の基、地域の特性把握や紫野独自の課題を踏まえた中長期計画を職員参加で作成されてはいかがでしょうか。</p>

	<p>2、内部研修不参加の職員への周知について</p> <p>○ 施設内研修は良く精査した計画のうえ、毎月開催されています。参加できなかった職員にも研修内容を記録で知らせ、全職員が把握できるようにして下さい。</p> <p>3、アセスメント記録について</p> <p>○ 利用者をより理解するために、フェイスシート(成育歴)記録や趣味嗜好の記録などを充実されることが望まれます。また、そのうえで、具体的な解決すべき課題である援助目標をもち、モニタリングで目標の達成度を見直され、利用者の自立支援に向けた取り組みの一層の強化を願います。</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)

※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	2670100433
事業所名	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
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 認知症対応型通所介護 認知症対応型介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成29年1月24日
評価機関名	特定非営利活動法人 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 法人の理念をふまえた高齢者福祉施設『紫野』の理念「いつまでも“あなた”らしく“わたし”らしく」は事業所内に掲示、ホームページやパンフレット等に明記されています。全体会議や施設内研修の中で理念や運営方針を職員に浸透するようにされており、サービスの提供はその理念に基づいて行われています。利用者・家族には、パンフレットや重要事項説明書を用いて理念の説明を行っています。 ② 施設内では幹部会議・運営会議・デイサービス会議を毎月開催し、運営情報の共有や職員との意思疎通が図られています。案件別の意思決定方法が明確に定められ、理事会等の諸会議が定期的に行われています。施設長は法人の施設経営会議・施設運営会議に参加し意見を述べています。デイサービス部会には課長や各担当者が参加しています。また施設長は、年1回個別ヒアリングを実施し、職員全員の意見を聴いています。		
(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 法人の「中期経営計画」及び施設理念・運営方針に基づき、利用者ニーズや職員の意向等も反映し、事業計画を策定しています。さらに施設・事業所の中長期の計画を検討されることが望まれます。 ④ 各業務レベルにおいては、職種や担当ごとに課題が設定され、具体的な解決方法を盛り込んだ計画を立て、年度末に達成度を確認しています。さらに年度途中に振り返りや見直されることが望まれます。個人レベルの目標は、6か月経過した時点で評価を上司とともに進めています。		

(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)		<p>⑤ 法令改正等について受講・聴取した内容や収集した情報は、研修会で職員に周知し、資料を配布しています。関係法令集等は、施設の事務所に設置するとともに、パソコンで直ぐに調べることも出来ます。</p> <p>⑥ 施設長等の役割と責任については明文化され、職員に示されています。施設長は法人及び施設の運営方針を決定する会議に出席し意見を述べています。年度初めの全体会議では、施設の全体方針を施設長が説明しています。また、年1回の職員との個別ヒアリングは、管理者自らを評価する機会ともしています。</p> <p>⑦ 施設長は朝礼や業務日誌・管理ソフトで随時事業の実施状況を確認しています。事故対応マニュアル・緊急連絡網が整備され、不在時には携帯電話によって具体的な指示を行う体制ができています。</p>		

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)		<p>⑧ 指定基準以上の職員配置があり、かつ、正規職員・有資格者が多く配置されています。人材育成には体系的に取り組み、資格取得試験は出勤扱いにし、合格者には報奨金を支給しています。</p> <p>⑨ キャリアアップの仕組みがあり、法人の年間研修計画で新人研修をはじめ、段階的に必要な知識や技能を身につけています。施設全体の質の向上に資する施設内研修は毎月実施し、外部研修は職員に情報提供を行い、勤務調整とともに参加費用を支給し、積極的に参加できるようにしています。</p> <p>⑩ 法人に実習指導者部会が設置され、実習生の受け入れ体制はよく整備されています。事業所では、地域の小・中学生の体験学習を受け入れていきます。</p>		

(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)		<p>⑪ 365日無休のサービス提供体制の中で、個別の意向や就労状況に配慮した勤務体制が取れています。子育て中の職員も働きやすい職場環境で、育児休業取得者もいます。スタッフヒアリングからも勤務条件の評価が高いです。職員の負担軽減のため、ギャジッベッドやリフト浴、スライディングボード等を活用し、腰痛予防研修にも参加しています。</p> <p>⑫ 毎年全職員にストレスチェックを実施し、産業医に相談できる体制を確保しています。また本部にハラスメント等の相談窓口があり、職員に周知できています。職員に厚生会のフィットネス利用推奨や親睦会・日帰り旅行開催等、健康増進の意識付けと職員交流の機会がつけられています。職員の休憩場所は、休憩室の他、和室・屋上庭園等があります。</p>		
(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)		<p>⑬ ホームページに理念や施設・事業所情報を分かり易く詳細に開示し、情報の公表制度も利用しています。パンフレットの他、法人発行「きょうほのぼの」・施設発行「紫野だより」「紫野ひだまり」(ボランティアに関わる紹介記事)を毎月地域の民生児童委員や自治会等にも配布しています。デイサービス発行「レクレーション通信」でも事業所や施設の情報を利用者・家族・地域に開示しています。また、施設玄関横の展示ケースに施設情報等を掲示し、玄関前のバス停からよく見える立地環境が生かされています。利用者は、法人内の他のデイサービスとの卓球・バレー大会等に参加し交流されています。また、施設ではボランティア等の受け入れを積極的に行い、事業所では毎月ピアノ演奏・お茶会・ちぎり絵等を受け入れています。</p> <p>⑭ 同施設内の地域包括支援センター主催の「講習会」「認知症安心サポーター講座」「地域ケア連絡協議会」に施設の一員として参加し、地域の福祉ニーズの把握にも努めています。</p>		

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)			<p>⑮ パンフレットは一日の流れや行事などの紹介も有り、活動状況や料金・保険外料金も分かり易く表示されています。見学等の来館者は受付簿でわかるようになっており、相談員が対応しています。事業所内には作品の展示や事業所だよりが掲示され、活動状況が分かり易く、体験利用もできます。</p>		

(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 サービス開始に際し、「契約書」「重要事項説明書」「パンフレット」「利用にあたってのしおり」を用いてサービス内容や料金説明等を行っています。成年後見制度等の活用が必要な利用者には、的確に取り組んでいます。		
(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	A
(評価機関コメント)		<p>⑰ アセスメントは専用ソフトを活用し、利用者の心身状況や生活状況を記録しています。さらに趣味嗜好やデイサービスに期待されることなども含め、聞き取られたことを詳細に記録されることが望まれます。3ヶ月毎及び必要時にアセスメントの見直しを行っています。</p> <p>⑱ 個別援助計画は、利用者・家族の意向を反映し、同意を得ています。目標も設定されていますが、自立支援に向けた具体的なものになっているかの確認が必要と思われます。サービス担当者会議には、家族と本人の参加があります。</p> <p>⑲ 個別援助計画は、居宅介護計画との整合性を図り作成しています。利用者の心身の状態に合わせて、主治医等に意見を求めています。床ずれの治癒や食事形態の改善等、医療的ケアの必要な利用者に関しては、専門家等との連携がよく取れています。</p> <p>⑳ 3か月毎にモニタリングを実施し、デイサービス会議において、定期的及び必要に応じて適宜個別援助計画の見直しを行っています。</p>		
(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 各利用者の主治医等関係機関連絡先を「緊急対応表」に作成し、個別ファイルに保管しています。入院時の受け入れ機関との連携や退院前カンファレンスに参加し、主治医・看護師・PT・OT・ケアマネジャー・福祉用具専門員・生活相談員等との連携が取れています。		

(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑳ 業務マニュアルは整備され、職員に周知されています。毎年見直し、特に今年度からは分担して見直す担当制にし、より実用的なものに改訂しています。中にはフローチャート化し理解しやすく工夫しているマニュアルもあり、事務所に設置し、何時でもだれでも確認できるようにしています。</p> <p>㉑ サービス提供記録はパソコンにてデータ管理し、職員が必要に応じて閲覧できるようにしています。個別ファイルは持ち出し禁止扱いで鍵のかかる書庫にて保管されています。記録の保管や廃棄については、マニュアルの規定が徹底され、情報保護についての研修会も行われています。</p> <p>㉒ 毎朝の申し送り時に情報の伝達や共有が図られ、連絡ノートやパソコンにて情報を確認することができます。また毎月デイサービス会議で利用者のケース検討を行い、会議欠席者には議事録で情報を伝達しています。</p> <p>㉓ 利用者の家族等とは、連絡帳のやり取りで、情報や意見交換をしています。また、毎月機関紙で全体の状況も知らせ、送迎時に家族等と会話することに努めることで、苦情等への早急な対応がなされています。</p>		
(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	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)		<p>㉔ 感染症利用者 に即した行動や支援に取り組めるようにマニュアルを更新し、研修は年2回実施し、二次感染を起こさないように対策を講じています。職員は日々の手洗いの徹底や加湿や換気の調整、消毒等をこまめに行っています。ノロウイルスでの嘔吐対策キットも完備されています。感染症である利用者については医療機関等と相談して対応を決めていますが、スタンダードプリコーション（標準感染予防策）にて、対応可能な範囲は受け入れています。</p> <p>㉕ 事業所内は整理整頓され、清潔が保たれています。害虫防除等は業者に託して行われています。プラズマクラスター、イオン空気清浄機が設置されており、臭気はありません。</p>		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>⑳ 事故・緊急時対応マニュアルは、フローチャート入りでわかりやすく、指揮命令系統も明らかで、訓練、研修も行われています。</p> <p>㉑ 事故発生時の報告書類が作成されており、その後の対応について検討し文書に残しています。本人・家族に対しては速やかに事故の状況を説明し、事後の対応についての相談を行っています。ヒヤリハットは、報告しやすい様式で多く提出され、業務終了時やデイ会議でそのたびごとに報告し、事故報告書とともに原因を分析し対応を改善（例えば配薬方法の見直し等）しています。</p> <p>㉒ 災害発生時のマニュアルがあり、年2回避難訓練を実施しています。各利用者の緊急時・災害発生時の家族等との連絡方法が書かれた書類が作成されています。消防計画、防災計画を整備しています。</p>		

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	A
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)		<p>㉓ 法人全体の研修で、権利擁護や高齢者虐待防止等、人権尊重に関する取り組みがあり、施設・事業所の中で、利用者の人権に配慮する風土が育ち、デイ会議でも研修し、尊厳に配慮したサービス提供が行われています。</p> <p>㉔ 利用者のプライバシーの保護等に関しては、研修や会議にて取り組まれています。「個人情報管理チェックシート」の提出を義務づけることで、常に問題意識をもってサービスの提供が行えるようにしています。</p> <p>㉕ 基本的にどんな条件の利用者も受け入れています。空き状況の関係で利用申し込みの受け入れ困難な場合は、他施設の利用を提案するなど、利用者の要望に沿った対応をしています。</p>		

(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。	A	A
第三者への相談機会の確保	36	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>③④ 苦情相談は『サービス改善の大切な意見』であることが職員に浸透しています。利用者の意向は、家族とやり取りをしている連絡帳や利用者アンケートから、意見・要望等を引き出しています。利用者の相談相手は主として相談員が、苦情相談窓口になり、丁寧に意向を聴き記録しています。</p> <p>③⑤ 利用者の意見・要望・苦情等は、マニュアルに沿って迅速な対応が出来ており、組織の会議に報告しています。また、職員にはその都度デイ会議で報告し、サービス改善に向けて検討しています。苦情相談内容は、匿名性を確保したうえで施設内に掲示しています。</p> <p>③⑥ 苦情解決のための第三者委員会・公的機関の相談窓口を重要事項説明書に記載、事務所入口前・事業所内に掲示し周知を図っています。傾聴ボランティアの受け入れを行っています。</p>		

(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。	A	A
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	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。	A	A
(評価機関コメント)		<p>③⑦ 年1回利用者アンケートを実施し、集計した内容をデイサービス会議で検討し、対応結果を施設内に掲示しています。</p> <p>③⑧ 毎月の幹部会議、運営会議、デイサービス会議で、サービスの質の向上についての検討がされています。法人のデイ部会では、各デイサービスの取り組みについて意見交換し、良い事例を取り入れています。</p> <p>③⑨ 年度末に事業計画の振り返りを幹部会議、運営会議、デイサービス会議で行い、サービスの体制・内容・質などについての検討した結果を、次年度の事業計画に反映しています。</p>		