

アドバイス・レポート

2011 年 3 月 9 日

2010 年 11 月 15 日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンター ハーモニーおくらやま 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 style="text-align: center;">特に良かった点 とその理由（※）</p> | <p>（通番 13）地域への情報公開</p> <p>地域の学区福祉委員会と連携し、事業所の様子の記事が学区の広報誌に掲載されています。近所の小学校の見守り活動や公園サロン等の地域活動に利用者と職員が参加していました。</p> <p>（通番 14）地域への貢献</p> <p>今年度は9月に、事業所内で利用者の家族や地域住民を対象に、『口腔衛生教室』を開催していました。また、地域の互助組織『きんと雲』の立ち上げに際して、職員が介護技術講師を行うなどの支援をして、地域にある社会福祉法人として、地域住民と連携し、ともに支えあう町づくりを目指した実践を行っていました。</p> <p>（通番 20）個別援助計画等の見直し</p> <p>毎朝のミーティングで個別援助計画に基づいた活動目標の確認を行い、夕方のミーティングで達成度や課題の検討を行っていました。常勤職員全員が計画作成にかかわっているため、計画に基づいた援助を行う意識が高く、気づきがあれば職員会議で再評価し、計画書を見直していました。職員がより良い援助を行うという高い意識を持ち、サービス提供していました。</p> <p>（通番 33）意見・要望・苦情の受付</p> <p>相談・苦情があれば受付表に記録し、スタッフ間で共有した上で改善策について検討されていました。「ほめてください・しかってください」アンケート等で、定期的に満足度調査を行い、個人のプライバシーを配慮した上でアンケート結果や意見・要望・苦情を公開し、家族会で話し合われていました。</p> |
| <p style="text-align: center;">特に改善が 望まれる点と その理由（※）</p> | <p>（通番 4）業務レベルの課題の設定</p> <p>月 1 回のおくらやま運営会議で、課題目標を設定し、翌月に達成状況の確認を行っていました。しかし、業務レベルの課題設定では、介護や相談については設定されているが、看護職員の課題設定は行えていませんでした。</p> <p>（通番 28）事故・緊急時等の対応</p> <p>事故及び緊急時のマニュアルや緊急連絡先リストは整備されていました。防火訓練等の災害訓練は実施されましたが、地域との連携を意識した防災マニュアルが未整備で、地域との合同訓練は実施していませんでした。</p> |

具体的なアドバイス

『ともに生き・ともに学び・ともにささえあう』という法人理念のもと、宇治市木幡御蔵山の地域で、利用者に自宅と同じような感覚で日常生活の場として過ごして頂けるようにとの思いから民家型のデイサービスを開所され、理念に実践に取り組んでおられます。小学校がそばにある住宅街の中で『「知恵を生かし、役割を持ち、自分らしく一日を送る」私たちはそのお手伝いをします』という事業所の理念を掲げ、玄関掃除やゴミだし、お花の水代え、食事の盛り付け、食器の片付けなども利用者にして頂けるよう支援し、利用者自身の力を生かせるような職員の働きかけや関わりが実践されていきました。また、学区福祉委員や地域住民と連携し、地域内で支えあうための互助組織「きんと雲」の立ち上げも支援し、近隣住民と共に事業所づくりを行い、地域の拠点になれるように努力されていきました。具体的なアドバイスは下記の通りです。

- ・ 法人の理念が現場に浸透し実践されていますが、理念や運営方針等をより見やすい場所に掲示することで、あらためて原点に戻って日々の実践を行うことができ、さらなるサービスの質の向上につながるのではないのでしょうか。家庭的な雰囲気を大切にするため、焼き板に理念や運営方針などを記して、玄関に飾るなどし、和風の玄関に合うような掲示の仕方を工夫されては如何でしょうか。
- ・ 業務レベルの課題設定では、介護や相談については設定されていますが、非常勤である看護職員の課題設定は行えていませんでした。今後は、非常勤を含む各職員に、毎年の個人目標を設定し、面談時に振り返るなどして、個人ごとの目標に沿った研修計画や育成方法は体系的に定め、取組まれては如何でしょうか。
- ・ 介護職員が個別援助計を作成することは、サービス理解の為にも必要ではありますが、職員のレベルが違うため、作成に時間がかかる職員もあるように感じました。今後は、個別援助計画作成の内部研修の実施や、職員のレベルに応じた担当件数の適正化など、職員のレベルアップを図る取組みや分担の工夫をされては如何でしょうか。
- ・ 法人全体ではIT情報の管理はできていますが、毎日の個人記録はパソコンで全て管理しているため、情報管理を徹底できるように、情報管理マニュアルを整備されては如何でしょうか。
- ・ 業務や感染症に関するマニュアル、各種資料等は整理されていますが、職員がより閲覧しやすいようにファイリングの仕方などを工夫されてみては如何でしょうか。
- ・ 防火訓練等の訓練は実施されていましたが、災害時の地域との合同訓練などは実施されていませんでした。今後は、災害時の対応等について、近隣の住民との連携を目指して、自治会の消化訓練などに参加されてみては如何でしょうか。
- ・ 利用者アンケートやヒアリングから、趣味や教養の部分での充実を求める声がありました。ボランティア等の人材確保の問題もありますが、今後は、レクリエーションの中に、趣味や教養講座的なメニューを入れるなどして活動されては如何でしょうか。

(様式6)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|---------------------------------|
| 事業所番号 | 2671200570 |
| 事業所名 | デイサービスセンター ハーモニーおくらやま |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 通所介護事業所 |
| 併せて評価を受けた サービス(複数記入可) | |
| 訪問調査実施日 | 2011年1月24日 |
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」 |

| 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) | | 1. 運営規定を事業所内に掲示している。毎年1回、全職員対象に実施している法人研修で、運営方針や事業計画を周知している。定期的に開催する家族会で、運営方針を周知している。 2. 組織図や業務分掌が作成され、職務に応じた役割や権限が明確に定められている。理事会・評議委員会で最終意思決定がなされ、法人企画管理会議(法人の管理職以上が参加)、業務会議(主任以上が出席)、おくらやま運営会議(事業所内の常勤職員が参加)、全体ミーティング(事業所内の全職員が参加)などの会議で、意見の吸い上げを行っている。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 3. 毎年、事業計画を立て、その進捗状況を、中間報告や年度末報告で部門ごとに確認し、次年度の計画作成を行っている。 4. 月1回のおくらやま運営会議にて課題目標を設定し、翌月には達成状況の確認を行っている。職種ごとの課題設定では、非常勤である看護職員の課題設定が行えていない。 | | |
| (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。 | 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) | | 5. 集団指導やWAMネットを通じて情報を収集し、管理者・相談員を中心に努めている。毎年、現場の常勤職員全員で自主点検を実施している。 6. 組織図や職務分掌が明確になっており、管理者が毎日のミーティングや毎月の職員会議で業務に関する意見を集約し、問題解決を図っている。非常勤職員については、契約更新時の個別面談で意見を聞いている。 7. 緊急時マニュアルや緊急連絡網が整備されており、報告や迅速な指示体制管が確立されている。管理者が毎日のミーティングや日報で報告を受け、必要時には、法人の地域担当部長が状況を把握し、管理者をフォローしている。 | | |

| 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. 法人本部で計画的に採用している。介護保険の配置基準以上の職員を配置し、常勤は介護福祉士や介護支援専門員などの有資格者である。 9. 毎年、年度初めに法人全体研修を実施している。階層別では、新人職員は法人本部で、2年目以降の職員は法人がエリア分けしている各地域で職員研修を実施している。毎月の職員会議の中で、事例検討や外部研修の伝達研修を行っている。 10. 実習受入れに関する基本姿勢を明文化し、『施設実習のしおり』を作成し、実習生の配布している。本部を窓口の実習受入れ、事前説明やオリエンテーションを本部職員とデイサービス管理者とで行っている。 | | |
| (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) | | 11. 有給取得・時間外労働等を事務管理し、管理者が把握している。非常勤は、契約更新時に管理者が面談し、主任以上が集まる業務会議で、面談結果を検討している。 12. 職員専用の休憩室はあるが、面談室や更衣室と兼用であり、十分な広さではなかった。 | | |
| (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) | | 13. 地域の学区福祉委員と連携し、事業所の様子などの記事が学区の広報誌に掲載されている。地域にある社会福祉法人として、地域の互助組織『きんと雲』を立ち上げから支援し、連携を図っている。近所の小学校の見守り活動や公園サロン等の地域活動に利用者職員が参加している。 14. 事業所内で9月に、利用者家族や地域住民を対象に、『口腔衛生教室』を開催している。地域の互助組織『きんと雲』のを立ち上げにあたり、職員が介護技術の講師を行っている。 | | |

| 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. ホームページやご利用のしおり等で情報を提供している。パンフレットの写真には、利用者が玄関掃除・食事の盛り付け等をする様子や、地域講演会・家族会の様子等を掲載し、「運営方針」に沿った取り組みが行われている様子などの情報を提供している。見学は随時に受け付けており、体験利用ができるなど、利用者自身が納得して通所できるしくみがある。 | | |
| (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. 重要事項説明書や料金が記載されたしおりを用いて説明している。利用者・家族に地域内の互助組織「きんと雲」等の介護保険外サービスを案内している。週1回開催のミーティングに、地域包括支援センターの職員が出席し、権利擁護や成年後見人の必要なご利用者に対する連携が行われている。 | | |

| (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) | | 17. アセスメントを実施し、利用者の個別援助計画が作成されている。モニタリングを毎月実施し、ケアマネジャーにもモニタリング結果を報告している。 18. 常勤職員が担当制で個別援助計画を作成し、担当者が作成したものを管理者が点検し、同意を得て交付している。 19. 担当者会議において、各専門家と意見・情報交換を行い、意見を取り入れ個別援助計画を反映させるようにしている。 20. 毎朝のミーティングで個別援助計画に基づいた活動目標の確認を行い、夕方のミーティングで達成度や課題の検討を行なっている。ミーティング時に気づきがあれば職員会議で再評価し、計画の見直しを実施している。 | | |
| (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. 緊急時の連絡リストを一覧表にまとめ、すぐに見れるようにしている。サービス担当者会議には必ず出席して、他の介護サービス事業所や地域包括支援センターとの連携を図っている。隣近の醍醐地域連絡会にも参加して、情報の交換をし、連携を図っている。 | | |
| (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) | | 22. 業務マニュアルは整備されていた。 23. 介護記録ソフト『ちようじゅ』で個人記録が記載され、個人ファイルで管理されている。法人の個人情報保護規定で、記録の持ち出しは禁止されている。 24. 朝夕のミーティングや日誌などで職員が情報を共有している。 25. 家族会の開催やサービス担当者会議への出席、連絡帳や送迎時の情報交換、必要に応じた自宅訪問の実施等で、家族との情報交換を行っている。家族会は積極的に行われ、出席率も高く、家族のアンケート結果でも高く評価され信頼されている。 | | |
| (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) | | 26. 感染症の対策及び予防に関するマニュアルや資料等が整備されており、外部研修で情報を入し、施設内で伝達研修を実施している。 27. 事業所内は物品等の整理・整頓がなされており、清潔に保たれている。 | | |

| (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 | A |
| (評価機関コメント) | | 28. 事故及び緊急時のマニュアルや緊急連絡先リストが整備されている。防火訓練等の災害訓練が実施されている。地域との連携を意識した防災マニュアルが未整備で、訓練も実施されていない。 29. 事故報告書やヒヤリハット報告書はしっかり記録されており、当日のミーティングや毎月の職員会議などで事故の分析、原因の特定、解決策の検討、評価、見直しが実施されている。 | | |

| 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. 日々のミーティングでの振り返りや職場内部での人権研修を通して、人権の尊重、プライバシーの保護等について意識付けされている。 31. プライバシーや羞恥心への対応についての内部研修を実施し、排泄・入浴等の介護場面で羞恥心への配慮するケア(カーテンなどできちんと隠す、同姓介助の実施、言葉かけに気をつける)が実施されている。 32. 利用者を受け入れられなかった場合は、他事業所につなぐ等のフォローアップがなされている。 | | |
| (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) | | 33. 相談・苦情については受付表に記録し、スタッフ間で共有した上で改善策について検討している。「ほめてください・しかってください」アンケート等で定期的に満足度調査を行い、個人のプライバシーを配慮した上で、アンケート結果や意見・要望・苦情を公開し、家族会等でも話し合われている。 34. 連絡帳や送迎時、個別訪問時に受付けた相談・要望・苦情等は、スタッフ間で検討している。また、その内容を個人情報に配慮しながら、家族会でも公開している。 35. 重要事項説明書に宇治市や京都府、国保連などの窓口を掲載し、契約時に利用者や家族に説明している。苦情があった場合は、報告書に記録し、事業所内部で話し合い、必要に応じて法人の事務会議や法人の苦情解決委員会に報告している。 | | |
| (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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | 36. 「ほめてください・しかってください」のアンケートを通じて、利用者・家族に定期的に満足度調査を実施し、満足度調査の分析・検討が実施されている。 37. おくらやま運営会議を月2回実施し、定期的に理念の確認、パンフレットの作成、地域との共同、1日のプログラムの見直し、ケース検討等のサービス向上の取り組みを行っている。 38. 毎年、情報の公表を通じて自己評価を実施しており、その課題を事業計画の中で改善している。開設3年目を向かえた事業所で、第三者評価は今回はじめて受診した。 | | |