

## アドバイス・レポート

平成26年12月28日

平成26年6月4日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 社会福祉法人七野会 はつねデイサービスセンター 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><b>(通番 2) 組織の体制</b><br/>管理委員会、ブロック会議、主任会議、職員会議など階層別に会議を開催し、それぞれの職務に応じた意思決定を行っています。法人で「キャリアパス」を作成し、業務内容、職責、人材像、具体的行動等を文書化し、各職員の役割を明確にしています。</p> <p><b>(通番 13・14) 地域との交流</b><br/>ホームページを開設し情報提供すると共に、法人の広報誌「なのの」や、事業所の「くつろぎ新聞」を地域の関係機関に配布しています。また、「ふれあいサロン」を毎月実施し、地域の独居高齢者の集いの場を提供しています。京都市北区の介護事業所の集い「きたくのわ」に参加し、地域の介護ニーズの把握に努めています。</p> <p><b>(通番 31) 人権等の尊重</b><br/>利用者の人権尊重を理念や運営方針で明確にしています。人権研修や高齢者の虐待に関する学習会を実施しています。利用者の認知症状を的確に把握し、今できること、今やりたいことを実現する支援が行われていました。</p> <p><b>(通番 35) 意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善</b><br/>満足度調査や家族懇談会等で、意見や要望を聞いています。夕食後送りや18時以降の送り等の要望を聞き対応しています。利用者からの希望を、食事や個別が外出等の活動内容に取り入れています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p> | <p><b>(通番5 法令遵守の取り組み)</b><br/>法令遵守の施設内研修の実施や、各職員に自己評価表を配布して法令遵守の確認を行っています。しかし、現場責任者による関係法令のリスト化は出来ていませんでした。</p> <p><b>(通番22 業務マニュアルの作成)</b><br/>介護業務・事故対応・個人情報保護等のマニュアルが作成されています。しかし、マニュアルの見直し基準が定められておらず、見直しが出来ていないマニュアルがありました。</p> <p><b>(通番39 評価の実施と課題の明確化)</b><br/>第三者評価を行う担当者等を設置し、サービス内容についての課題を明確にしています。しかし、年1回の自己評価（自主点検を除く）が実施出来ていませんでした。</p>  |

|                  |  |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>はつねデイサービスセンターは、1日の定員が10名の認知症対応型の通所介護事業所です。地下鉄北大路駅（北大路バスターミナル）から南東に徒歩5分のマンションの1階部分で運営されており、地下には定員9名のグループホームが併設されています。</p> <p>少人数のデイサービスのため、利用者の見えるキッチンで手作りの食事やおやつを提供し、一人ひとり順番に個浴での入浴介助を実施する等、家庭的な雰囲気でのサービス提供が実施されていました。</p> <p>利用者支援の面では、重度の認知症のため、他事業所で対応が難しい利用者に対して、何度も迎えに行ったり、短時間利用で対応したりする等して、きめ細やかな配慮で利用に繋げていました。また、利用者の生活歴を大切に、食事づくりや買物を職員と一緒に行動したり、希望に応じた個別外出を実施したりする等の柔軟な運営が行われていました。</p> <p>管理者は相談業務や介護業務にも兼務されて常に現場を把握されています。職員全員で利用者のことを常に考え、家族や地域の他職員とのコミュニケーションも密に図られています。管理者の熱意とそれをサポートする職員のチームワークで、一人ひとりの利用者を大切に運営する姿勢には好感が持てました。今後も職員間で意見交換しながら、利用者にとってのより良い環境整備や介護サービスの提供を追究して頂きたいと思います。</p> <p>具体的なアドバイスは下記の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 事業所では直接実習生を受入れていないため、実習指導者に対する研修が出来ていませんでした。外部の指導者養成研修受講や、法人内で実習指導者としての一定の基準（経験年数や有資格などを考慮した基準）を定め、各事業所の指導者を集めた内部研修を実施されては如何でしょうか。</li> <li>・ 通所介護計画に利用者や家族の意向が記載されていませんでした。アセスメント記録や介護支援専門員からの居宅サービス計画書の意向欄を参考に、通所介護計画書にも意向を記載されては如何でしょうか。</li> <li>・ 業務マニュアルの見直し基準が定められておらず、マニュアルの見直しが不十分でした。職員間で定期的にマニュアルの内容を確認し、見直しを行うことで、職員への浸透が図られると考えます。</li> <li>・ 自主点検を除く、年1回以上の自己評価が実施出来ていませんでした。自己評価表の形式については、法人内の他の通所事業所と情報交換したり、第三者評価項目を利用したりされては如何でしょうか。サービス内容に対しての職員の意識向上に繋がると考えます。</li> </ul> |
|------------------|--|

※ 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                    | 2670100078                    |
| 事業所名                     | はつねデイサービスセンター                 |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 認知症対応型通所介護                    |
| 併せて評価を受けた<br>サービス(複数記入可) | なし                            |
| 訪問調査実施日                  | 平成26年11月19日                   |
| 評価機関名                    | 特定非営利活動法人<br>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 |
| <b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>   |                   |     |   |      |      |       |
| <b>(1)組織の理念・運営方針</b>      |                   |     |   |      |      |       |
|                           | 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)        |     | 1)年度初めの方針会議や6月に全事業所に配布する冊子(「昨年のおまとめと今後の方針」)の中で今年度の方針を確認している。毎年「実践報告会」で理念を確認している。組織の理念や運営方針を、「家族懇談会」や「男性介護者の座談会」で伝えている。<br>2)階層別の会議において、それぞれの職務に応じた意思決定を行っている。法人で「キャリアパス」を作成し、職責、人材像、具体的行動等を文書化し、各職員の役割を明確にしている。 |      |      |       |
| <b>(2)計画の策定</b>           |                   |     |   |      |      |       |
|                           | 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)法人の中長期計画が策定されている。「はつねデイヒアリングシート」を全職員に配布して意見を聞き取り、単年度の事業計画に反映している。<br>4)職員会議等で各職員の意見や思いを聞き取り、計画に反映している。四半期毎に事業計画の進捗状況を確認し、振り返りと分析を行っている。   |      |      |       |
| <b>(3)管理者等の責任とリーダーシップ</b> |                   |     |   |      |      |       |
|                           | 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    | B    |       |
|                           | 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)法人内のデイ同種部会議やブロック会議で遵守すべき法令等の情報交換を行っている。現場責任者による関係法令のリスト化は出来ていない。<br>6)組織図や事務分掌で管理者の役割が明確にされている。「はつねデイヒアリングシート」を全職員に配布し、職員の意向を把握している。<br>7)管理者は常に現場で指揮し、各種記録や報告書に目を通して。公休日等でも携帯電話で連絡が取り、必要に応じて指示をしている。         |      |      |       |

| 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 |
| <b>Ⅱ 組織の運営管理</b>   |     |               |    |  |      |       |
| <b>(1)人材の確保・育成</b> |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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)有資格者を採用し、入職後も資格取得フォローアップ制度や金銭的な支援制度で職員の資格取得を推奨している。<br>9)法人内のキャリア開発支援部で階層別の研修を計画的に実施している。毎月、学習会を実施している。年1回、全職員を対象にした実践報告会を開催している。<br>10)法人全体では社会福祉士や介護福祉士等の実習生を受け入れ、マニュアル等も整備されているが、当該事業所の職員は実習指導者研修を受けていない。 |      |       |
| <b>(2)労働環境の整備</b>  |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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。   | A    | A     |
|                    |     | (評価機関コメント)    |    | 11)育児・介護休業規定やセクハラ防止規定等が整備されている。ヒアリングシートや面談で職員の意見や希望を聞いている。<br>12)メンタルヘルスを専門とする「京都心の健康支援センター」と契約し、職員が相談できるようにしている。職員の厚生会があり、様々な補助制度実施や行事企画を行っている。   |      |       |
| <b>(3)地域との交流</b>   |     |               |    |  |      |       |
|                    |     | 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)ホームページを開設し情報提供している。法人の広報誌「なのの」、事業所独自の「くつろぎ新聞」等を地域の関係機関に配布している。<br>14)ふれあいサロンを毎月行い、地域の独居高齢者の集いの場を提供している。京都市北区の介護事業所の集い「きたくのわ」に参加し、地域の介護・福祉ニーズの把握に努めている。  |      |       |

| 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 |
| <b>Ⅲ 適切な介護サービスの実施</b> |     |             |    |   |      |       |
| <b>(1)情報提供</b>        |     |             |    |   |      |       |
|                       |     | 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)事業所のパンフレットや広報誌を作成している。見学や相談等に対応し、「伝達ノート」に記録している。                           |      |       |
| <b>(2)利用契約</b>        |     |             |    |   |      |       |
|                       |     | 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)重要事項説明書に利用料金を明示し、利用者・家族に説明し同意を得ている。利用者の必要に応じて、成年後見制度や日常生活自立支援事業をアドバイスしている。 |      |       |

| (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 | B |
| 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)介護認定更新時や状態に変化があった時に再アセスメントを行っている。利用者や家族の希望も聞き取り記録している。<br>18)サービス担当者会議に参加し、個別援助計画書は作成されているが、利用者・家族の意向が記載されていない。<br>19)訪問看護師や介護支援専門員等の多職種が参加するサービス担当者会議に参加し、その意見も踏まえた個別援助計画を策定している。必要時には受診に付添い、主治医の意見交換している。<br>20)介護認定更新時や状態の変化に応じて、個別援助計画を見直している。見直し時には看護師の意見や介護支援専門員からの情報も参考にしている。     |   |   |
| (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)家族や介護支援専門員を通じて看護サマリー等を入手し、情報を得ている。必要に応じて受診時に付添い、主治医に情報提供している。徘徊の可能性のある利用者の情報を提供する等して、地域包括支援センターと連携している。  |   |   |
| (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。  | 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、利用者の家族との情報交換を行っている。  | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | 22)介護業務や認知症ケア、緊急時対応等のマニュアルが作成されている。マニュアルの見直し基準が定められていない。<br>23)利用者一人ひとりの記録を整備し、目標に応じたサービス提供状況を記録している。個人情報の取り扱いの規程は定められているが、記録の持ち出しや廃棄に関する内容は確認出来なかった。<br>24)毎日、朝・夕のミーティングを行い情報交換している。「職員伝達ノート」を職員が閲覧し、情報共有を図っている。<br>25)送迎時の会話や連絡帳を通じて家族と情報交換している。必要に応じて「家族との連絡ノート」の作成や、電話・FAX等で情報交換を行っている。 |   |   |
| (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)感染症についてのマニュアルを作成し、最新情報の入手に努め、マニュアル更新も実施している。感染防止のための勉強会を開催している。<br>27)毎日職員で分担して清掃しており、事業所内は清潔に保たれている。消臭剤等を活用して臭気対策を実施している。   |   |   |

|            |    |   |   |   |
|------------|----|---|---|---|
| (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。   | 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 | 災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年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) |    | 28)「緊急連絡網」を職員事務所に掲示している。緊急時マニュアルを整備し、必要に応じて改定している。各利用者ファイルの見開きに緊急連絡先や主治医等の電話番号を記載している。<br>29)「事故報告書」の作成を義務付け、職員会議で振り返りや検証をしている。ヒヤリハット事例等も「できごと・気づき報告書」に記載し共有している。<br>30)防災マニュアルを作成し、避難訓練や夜間想定訓練を実施している。運営推進会議に消防署職員に出席してもらい、必要なアドバイスを受けている。 |   |   |

| 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                | 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)利用者の人権尊重を理念や運営方針で明確にしている。人権研修や高齢者の虐待に関する学習会を実施している。ミーティングで身体拘束について話し合っている。<br>32)プライバシー保護マニュアルを作成し、職員間で確認している。勉強会の実施や研修会の参加は出来ていない。<br>33)他の通所事業所に断られた対応の難しい利用者や若年性認知症の利用者を積極的に受入れている。   |   |   |  |  |
| (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)送迎時や連絡帳、家族懇談会等で意見や要望を聞いている。夕食後送りや18時以降の送り等の要望にも対応している。食事内容や活動内容に利用者の意見を取り入れている。<br>35)満足度調査を毎年実施し、その中で意見・要望を全家族に返答している。毎月の職員会議等で苦情内容や対応方法を報告し事業所で共有するとともに、法人の第三者委員にも報告している。<br>36)重要事項説明書に公的機関の窓口を記載している。法人に第三者委員を設置している。施設内に介護相談員等の外部人材を受け入れが出来ていない。            |   |   |  |  |
| (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。   | B | B |  |  |
| (評価機関コメント)            |    | 37)毎年、利用者満足度アンケートを実施して集計し、その結果を利用者・家族に返答している。満足度アンケートの中の利用者の声を基に、「男性介護者向けの座談会」を開催している。<br>38)毎日、朝と夕方にミーティングを行うと共に、伝達ノートにも細かく記録して情報共有している。京都市主催の「地域密着型通所部会」や法人内のブロック会議やデイ同種会議に参加し、情報収集している。<br>39)第三者評価を行う担当者等を設置し、サービス内容についての課題を明確にしている。年1回以上の自主点検以外の自己評価が実施出来ていない。 |   |   |  |  |