

アドバイス・レポート

平成 27 年 1 月 8 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 26 年 9 月 9 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（丹後園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) サービス内容の充実</p> <p>時代に合わせて提供するサービスやケアの内容を逐次変化させてこられたことが見て取れました。それがトップダウンでなく、どうすれば良い支援ができるか職員同士で検討した結果として生み出されているところが素晴らしいと思います。アットホームな職場で、職員の方からも働きやすいという声を聞きました。ご利用者の表情も柔らかく、良い雰囲気ですサービスが提供されていると思います。</p> <p>2) 利用者情報の共有</p> <p>利用前の事前面談を丁寧に実施され、ご利用者個々の情報は「日誌兼連絡帳」を見ればすべてわかるようになっていたりなど、ご利用者個々への個別対応を丁寧にされている様子が見えました。</p> <p>3) 地域との連携、地域参加</p> <p>一事業所だけでなく、他事業所とも連携を密にとり、まちづくり、地域づくりまで視野に入れた活動をされている点が素晴らしいと思いました。特にデイサービスの中で、利用者が実際に店頭で販売される農作物の加工品の加工作業を農家から請け負って行い、給料も支払われる「仕事ができるデイ」という特徴的なプログラムを取り入れられるなど、ご利用者も社会資源として、地域社会に一員として参加されるという視点を事業所として持たれていることに感心致しました。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>1) 事業計画の目標設定と評価</p> <p>事業計画の目標が抽象的になっており、どうすれば達成できたかがわかる客観的な指標がないので、どうしても主観的な評価になっているように思いました。具体的な数値として客観的に表される工夫があればなお良いと思われます。</p> <p>2) デイルームの環境面の配慮</p> <p>トイレの開口部がオープンになっており、廊下側から視線を遮るものはありませんでした。男女別の入り口もわかりにくく、明示の仕方に工夫の余地があるように思われました。プライバシーや羞恥心の面からも、間仕切りや表示の検討が望まれます。また、整理整頓を心がけられているとのことですが、グループ活動の作品などが雑然と置かれている所などが見受けられましたので、より一層の整理・整頓への配慮が望まれます。</p> <p>3) 要望等への対応とサービスの質の向上への取り組み</p> <p>個々の取り組みには素晴らしいものがあるのですが、サービスの質を全体的に見直したり、組織的な質の向上への取り組みが弱いように思いました。利用者から聴きとった意見等の内容分析や公表、それに基づいた事業計画の策定など、改善の余地があるように思われます。</p> |

| | |
|------------------|--|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>1) 事業計画の目標設定と評価 事業計画の目標は、可能な限り具体的な数値として表すか、それが難しい場合は目標の達成度合いを計る定量的な指標、例えば、「期待される結果よりも非常に悪い状態」、「期待される結果よりも多少悪い状態」、「期待される結果」、「期待される結果よりも多少良い状態」、「期待される結果よりも非常に良い状態」といった具合にそれぞれの状態をあらかじめ定め、点数化して進捗を管理されてはいかがでしょうか。</p> <p>2) デイルームの環境面の配慮 設備上の制約や費用の問題はあるかと思いますが、男女の入り口を分け、それぞれにわかりやすい表示を設置するとともに、カーテンではなく折れ戸などの使用を検討してみられてはいかがでしょうか。また、より一層の整理整頓を図るため、棚や収納を確保し、それぞれの物品を収納する場所を明確化するとともに、それを具体的にマニュアル等に組み込むことによって職員の意識化に繋げる、等の方法が考えられるのではないのでしょうか。</p> <p>3) 要望等への対応とサービスの質の向上への取り組み アンケートなどから吸い上げたご利用者の声を、個々に回答するだけでなく、ホームページや広報誌の活用、施設内掲示などの手法で第三者にも公開するとともに、組織の課題として事業計画等に反映されてはいかがでしょうか。</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 | 2672300023 |
| 事業所名 | 丹後園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) | 訪問入浴介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成26年9月25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) | | 理念や運営方針がマニュアル（ケア基準書）に盛り込まれ、職員や家族に周知されるとともに、それに沿ったサービスの提供を心がけられていました。また、予算についても現場の意見を重視するなど、組織としての透明性の確保に努められていました。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | 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) | | 単年度計画に基づいた業務が各部門で行われており、それを見直す機会も持っておりましたが、中長期計画は策定されておらず、単年度計画の目標も抽象的で、達成度合いの評価が難しいのではないかと感じられました。 | | | |
| (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組みを行っている。 | B | 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) | | 運営管理者も人事考課を受けたり、理事長との懇親会においてざっくばらんな意思疎通が図られるなど、風通しの良い運営を心がけられています。職員が法令を調べたいときの方法についての周知はなされていませんでした。 | | | |

| 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 |
| 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) | | 組織的に、職員間で褒め合うことや言葉の言い換えを意識して取り組むなど、互いに気持ちよく働ける職場環境づくりに努められています。「ユニット・イン・北京都」での交換研修や外部研修、勉強会への補助など職員の育成体制は充実しています。 | | |
| (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。 | B | B |
| | | (評価機関コメント) | | 福祉機器の活用や職員面談、職員旅行など様々な取り組みによって職員の労働環境の改善、向上に努めておられますが、ハラスメントの相談窓口は定められていませんでした。 | | |
| (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。 | 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) | | 徘徊模擬訓練やボランティア情報の共有、様々な実習の受け入れなど、京丹後市全体まで視野に入れ、事業所が有する機能を最大限地域に還元しようとする意思が感じられました。 | | |

| 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 |
| 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) | | 法人発行の丹後園便りの他、デイ単独でも2ヶ月に1回通信を発行し、また、ケアマネジャーを対象にパンフレットの配布や適宜情報を伝えるなど、必要な情報の提供に努められていました。 | | |
| (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) | | サービス内容について、重要事項説明書を用いてわかりやすく説明されています。成年後見制度を活用されているケースはありませんが、日常生活自立支援事業の活用につながるなど、権利擁護に努められています。 | | |

(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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 個別援助計画の策定からサービス提供、モニタリングまでの流れは、更新洩れがないようにパソコンで管理したり、必要があれば適宜見直しを図るなど、全体的に適切になされていましたが、アセスメントの頻度が少ないように思われました。 | | |

(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) | | 各利用者ごとの主治医を把握し、必要に応じて連絡がとれるようにされていました。また地域ケア会議などを通じて、近隣の病院や関係機関と情報交換が行える体制をとられています。 | | |

(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。 | 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、利用者の家族等との情報交換を行っている。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 「日誌兼連絡帳」をプリントアウトし、それを見ればすべて情報がわかるように工夫されていました。一方で、記録の管理について個人情報保護の観点からの教育や研修は行われておらず、ファイルがフロアに置かれたままの状態になっていました。 | | |

(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、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 | B |
| (評価機関コメント) | | 感染対策や予防のためのマニュアルは整備されており、それに沿ってサービス提供がなされていますが、トイレの開口部が外から見えたり、物品が雑然と置かれているなど、環境面の整理整頓には工夫の余地があると感じました。 | | |

(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。 | A | A |
| (評価機関コメント) | | 1日1回ヒヤリハット等の振り返りを行ったり、アクシデント発生時に実際にどう動くのか実地訓練を実施するなど、様々な取り組みをされていました。 | | |

| 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。 | B | B | |
| | 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) | | プライバシー保護に関するマニュアルは、少しずつ実践を積みあげて作成された具体的なもので、たいへん実用的なものになっています。不適切なケアの具体例を挙げるなどといった、人権等の尊重に関する勉強会は実施されていませんでした。 | | | |
| (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。 | B | B | |
| | 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。 | A | A | |
| | (評価機関コメント) | | 雑談などによって様々な意見を吸い上げておられますが、定期的な利用者面談は行われておらず、また、聞き取った苦情も直接ご本人に回答していただけること、苦情内容とその対応についての公開はな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 | 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) | | 定期的にアンケートは実施されていますが、アンケート結果の内容が個別のものが多いため、サービス全体の改善の視点からの検証はなされていませんでした。また、第三者評価は2008年以降の受診となります。 | | | |