

アドバイス・レポート

平成24年1月30日

平成24年9月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービス芳寿館 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(※) | <p>平成12年8月京都北部の歴史ある町、与謝野町の地に神社・寺院・診療所に囲まれた閑静な場所に、医療法人仁寿会 通所リハビリ芳寿館（デイケア）が開設され、その後、平成14年8月に有限会社ジェイズに移管されて、通所介護デイサービス芳寿館として現在活躍されています。</p> <p>デイケアとして発足した事もあり、現在も理学療法士の指導のもとでリハビリテーションに力をいれておられます。また、看護師・栄養士を手厚く配置して、健康管理・栄養管理が充実しています。</p> <p>(1) 組織の理念・運営方針</p> <p>“人に優しく限りなく優しく”を事業所のモットーとして介護サービスを提供されていて、利用者・職員の笑顔が印象的です。特筆すべきは、食堂の角に暖炉があり、赤々と薪が燃やされていることです。広々とした食堂は適度に暖かく、窓の外は庭木に白い雪がかかっている。こんな風情のある落ち着いた雰囲気の中で、利用者は「癒し」のひと時を過ごしておられます。</p> <p>夏には、事業所主催の「夏まつり」を地域の方々と共に楽しみ、日常的には風通しの良い場所で其々時を過ごしておられます。利用者から「ここに来るのが一番楽しみや」という声が聞かれました。</p> <p>(2) 衛生管理</p> <p>管理者は、感染症に関する最新情報を収集して、速やかに全職員に伝達しておられますので、職員は「感染症予防対策に関する意識」がしっかりと根付いています。職員は「月の標語」に感染予防を取り上げ実行されています。</p> <p>利用者には、口腔ケアとして「食後の歯磨き」を指導され、今では職員が声かけしなくとも利用者同志で積極的に歯磨きされています。</p> <p>事業所内も空気清浄器を設置し、職員による清掃も確実に行われています。</p> |
|---------------------|---|

| | |
|-------------------------------------|--|
| | <p>(3) 利用者保護</p> <p>利用者への尊厳を大切にする思いから、「身体拘束ゼロ」「プラバシー保護」の意識を全職員が共有する様に努めておられます。研修会や職員会議などで知識を深めたり、職員同志で意見交換を行って実践されています。また、利用にあたっても、胃ろうによる経管栄養対応の方・認知症の方もやさしく受け入れておられるので、利用者・家族にとって有難い事です。</p> <p>デイサービス利用希望者には、予め「無料体験」（希望者対象）で介護サービスの状況を実際に見聞できるのも、利用者・家族にとって有難い制度と思われます。</p> <p>全体として、「こころが温められる事業所」です。経営責任者・管理者・各専門職が一体なって、「やさしい介護」を実践されている故でしょう。</p> |
| <p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p> | <p>(1) 計画の策定（事業計画等の策定）</p> <p>芳寿館として、単年度の事業計画は策定されていますが、介護事業所の計画書としては簡素である様に思われます。又、将来の展望を踏まえた中・長期の計画策定には至っていませんでした。円滑な介護サービスの継続の為には、長期に渡っての運営（事業）計画が重要なのではないでしょうか。</p> <p>(2) 個別状況に応じた計画策定</p> <p>個別援助計画に利用者のニーズや課題は捉えられていますが、それに対する具体的な介護サービスの計画が不十分ではないかと思われます。又、実際には行き届いたサービスを提供されているのに、その記録が不十分でした。更に、計画には、目標期間と実施者名（職種）を明確に記入しておくのも責任の所在を明確にする上で必要でしょう。</p> <p>(3) 質の向上に係る取組</p> <p>定期的に第三者評価を受診されたり、毎年「利用者満足度調査」を実施されたりと「自己評価の大切さ」と「顧客サービス」に対する認識は高く、サービスの質の向上に向けて努力しようとされている姿勢は充分評価できます。しかし、折角の資料（自己・第三者からの課題・利用者からの意見など）が十分活用できていないので、今後検討される事を希望します。</p> |
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>(1) 計画の策定（事業計画等の策定）</p> <p>年度初めに、年間事業計画書を策定し、年度末に事業計画報告書を策定して、その年度の計画・実施状況から「課題」を抽出して次年度の事業計画に繋げていく事で、継続した介護サービス改善・向上に活用できるでしょう。（出来るならば、半期に一度実施状況を把握し見直しされるのも必要でしょう。）</p> <p>また5年・10年を見越した事業計画の策定に当たっては、実際の所大変困難な面があります。介護保険制度の見直しにより、大きく改正される事もあり、更に社会全体或いは地域での情勢変化が激しい中で、将来の展望を踏まえた事業計画の策定は困難であると推察できます。しかし、会社として事業所とし</p> |

て、「一貫した方針」を明確にしておかれるのも、より良い介護サービスの確立に重要と考えるのですが。

（2）個別状況に応じた計画策定

「やさしい介護」をモットーとして、利用者一人ひとりに合った介護を実践されていますが、それを個別援助計画書に明記される事をお勧めします。そして対応する職種も追記しておかれる事、計画に沿った介護を誰が実施するのかが明確になり、其々の役割分担の下でより一層充実したサービスが提供出来るでしょう。

（3）質の向上に係る取組

自己評価・第三者評価からの問題点や利用者・家族の意見を集計・分析・課題抽出・改善策の検討・実行という流れで、質の向上に向けて活用されると、事業所の発展に繋がるでしょう

※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 | 2672000136 |
| 事業所名 | デイサービス 芳寿館 |
| 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 |
| 訪問調査実施日 | 平成24年12月20日 |
| 評価機関名 | 社団法人 京都ボランティア協会 |

| 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。 | | B | 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 事業所として「人に優しく限りなく優しい」を理念とし、運営方針を明らかにして管理者・職員が共にサービス提供に努めている。事業所内の雰囲気や利用者・職員の笑顔から、理念に沿ったサービスの提供が実践されている事が窺がわれる。 2 月1回 定期的に合同会議(法人の役員・管理者・主任等)を開催し、運営全般事項について協議し、その翌日に職員会議(役員・管理者・一般職員)を開催して、合同会議での決定事項を報告している。また、この会議で、職員からの意見を聞き取って改善に繋げている。 | | | | |
| (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。 | | 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。 | | C | B | |
| (評価機関コメント) | | 3 単年度の計画の策定はされているが、事業計画としては充足されていない。多角的な見地にたって事業計画を立案される事をお勧めしたい。また、今後、中・長期を踏まえた事業計画の策定を望みたい。 4 各専門職が其々年間目標を掲げ実践に努めているのは高く評価したい。しかし、状況把握や見直しなどが明確にされていないので、今後定期的に状況を確認し、必要に応じて見直しを行い順調に目標達成ができる様に努められる事を望みたい。 | | | | |
| (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。 | | B | B | |
| 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 各種の法令などに関しては、行政や・ネット上から當時新しい情報を収集し、職員会議で説明すると共に、職員がいつでも閲覧(事務所)できる様にしている。 6 経営責任者・管理者は、合同会議や職員会議に出席し、事業運営に関する事項を検討・協議して運営を担っている。しかし、職員から管理者への評価の体制は作られていない。 7 管理者は介護現場にも入っているので、當時状況把握が出来て指導できている。休日は携帯電話などで連絡し、指示が出せる体制が出来ている。 | | | | |

| 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。 | B | B |
| 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。 | B | B |
| 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。 | C | B |
| (評価機関コメント) | | | | 8 職員の採用方針としては、有資格者を優先しているが、人員確保の為の体制つくりには至っていない。資格取得希望職員には、休日などの配慮をしている。 9 新人職員採用時(採用から3か月以内)と現任職員には年間研修計画に基づいて研修を行っているが、計画通りに実施できていない場合もある。その他、外部研修への出席・職員会議での勉強会は毎月実施出来ている。 10 実習生受け入れに対する基本的な方針など明確にはしていないが、社協主催のホームヘルパー養成受講者の実習や中学生の福祉体験学習の受け入れは行っている。今後、受け入れの体制を明文化される事をお勧めしたい。 |

(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。 | B | B |
| 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 平成24年度の介護保険制度の改正により、サービス提供時間が延長された事もあり、業務内容の見直しを行い、職員に負担がかからない様に対応を行っている。育児休業は就業規則により、取得可能な体制がとられていて実績もある。ただ、有給休暇取得率は低くなっている。 12 ストレスに対するカウンセラーや対人援助の専門職の配置はしていないが、経営責任者が医師で常時職員との接触があり、いつでも相談できる。また、月一回の職員会議にも必ず出席し職員の意見を聞き取っている。ただ、職員の休憩場所としては確保されていないで、広々とした食堂で利用者とゆっくりおしゃべりをして休憩タイムを過ごすのが日常的である。 |

(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。 | B | 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て事業所の紹介をしたり、2か月ごとに新聞「芳寿館」を発行して利用者や地域に情報提供をしている。利用希望者には、「無料体験」が出来る体制を作つて地域への関わりに努めている。 14 管理職が社協の評議員として地域活動に参加したり、与謝野町のキャラバンメイトの活動にも協力参加している。 |

| 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 |

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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | | | 15 ホームページやパンフレットなどで事業所の内容を写真や挿絵で紹介し、誰にでも理解できる様に工夫して提供している。また、デイサービス利用希望者には、一日の「無料体験」の機会を設け、利用者・家族が安心し納得して利用できる体制を作つていている。月に1~2名の方が利用をされていて、その内6~7割の方がデイサービスを利用される様になっている。 |

(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。 | B | A |
| (評価機関コメント) | | 16 重要事項説明書を基に必要事項を丁寧に説明し、理解を得た上で署名・捺印を得ている。成年後見制度などに関しては、現時点では契約の実績はないが、必要に応じて対応できる様になっている。職員研修の中にも組み入れられている。 | | |

(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 | 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。 | B | A | |
| (評価機関コメント) | | 17 利用開始前の面接での聞き取りから、利用者の心身の状況を確認してフェイスクートを作成し、アセスメントとして3か月に一度見直している。 18 個別援助計画等の策定にあたり、関係者が利用者宅に集って話し合いを行い、利用者本人・家族の希望を聞き取ってサービス計画に取り入れている。目標に期間が設定されていない事例があったので、今後確実にお願いしたい。 19 個別援助計画策定には、関係各機関の担当者(相談員・看護師・理学療法士・介護職・居宅の介護支援専門員など)がサービス担当者会議として意見交換を行って策定している。必要に応じて主治医に意見を求める事例もある。 20 毎月、居宅の介護支援専門員に利用者の状況を報告し、必要に応じて見直している。アセスメントは基本3か月で見直しを行っている。 | | | |

| | | | | | |
|------------|----|--|---|---|--|
| 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 利用者毎の主治医を把握し互いの連携体制が出来ている。また、居宅介護支援事業所のケアマネージャーをはじめ関係機関との連携体制もとれている。利用者の入院時には、必要に応じて看護師が情報提供を行い、退院時には家族と共に病院のカンファレンスに参加し情報を共有する様に努めている。 | | | |

(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 業務マニュアル等必要なマニュアルは作成され、毎年4月に見直しを行い整備している。今年はノロウイルスの大流行があり、関係機関(行政など)からの最新情報をネットから取り出し全職員に伝達し注意を喚起している。 23 提供した介護サービスの記録や利用者のその日の状況などの記録は的確に出来ている。ファイルなどの保管・管理もできている。 24 業務終了後、職員間で利用状況や特記事項の意見交換(アフター会議)を行って情報を共有している。その情報は「アフターノート」と称するノートに記録し、当日、休日の職員は必ず目を通し、情報を確認している。 25 利用者の家族には個々人の「安心ノート」に利用者の情報を記載して、家族に報告している。また、利用送迎時にも家族との情報交換も行っている。 | | | |

| | | | | | |
|------------|--|---|---|---|--|
| (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。 | B | A | |
| (評価機関コメント) | <p>26 マニュアルは定期的(4月)に見直しを行っており、また、随時社会状況によって最新の情報をネットなどから取り出し、職員に伝達している。一般的な事例は年間研修計画に組み入れて研修を実施している。</p> <p>27 事業所内は整理整頓され清潔に保たれている。トイレ・食堂・風呂場など水まわりも職員が毎日次亜塩素剤を使用して掃除している。また、年二回業者による害虫駆除を行い記録している。</p> | | | | |
| (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。 | B | A | |
| (評価機関コメント) | <p>28 事故・緊急時・災害発生時等の対応マニュアルは作成され、毎年4月にマニュアルの見直しを行っている。マニュアルは地域との連携を意識したものになっている。年一回の研修と二回の実践的な避難訓練が実施されていて緊急連絡網も作成されている。</p> <p>29 事故防止・対応マニュアルが作成され、事故報告書・ヒアリハット報告書をもとに研修会で事例検討会を開き、事故再発防止に活用している。</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 | 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。 | C | A | |
| (評価機関コメント) | <p>30 併設のグループホームの基本理念に「人としての尊厳を大切に」を掲げている様に、事業所全体として身体拘束ゼロ運動に賛同し、全職員で勉強会を開いている。また、毎日の業務終了後のアフター会議でも反省の機会を持っている。</p> <p>31 プライバシーに関する勉強会を開き、問題意識を持って日常業務に取り組んでいる。場合によっては、パーテーションを利用して目線をさける工夫もしている。</p> <p>32 認知症状のある方・経管栄養にたよっている方の受け入れも行っており、受け入れを拒否した事例はない。</p> | | | | |

(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。 | B | B |
| 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てている。 | B | B |
| 第三者への相談機会の確保 | 35 | 公的機関等の窓口に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) | <p>33 職員は、日々の業務の中で利用者の声を聞き取る様に努め、利用者からも希望や苦情を職員に伝えられる雰囲気作りを心掛けている。家族からは、利用の送迎時に聞き取れる様な関係づくりに努めている。しかし、定期的に利用者やその家族と個人面談をおこなったり、懇談会は設けていない。</p> <p>34 毎日、業務終了後その日の反省をふくめて、アフター会議を開き検討事項があれば意見交換をおこなって改善に役立てている。結果はアフターノートに記載している。今後は、職員のみではなく家族にも公表されることを望む。</p> <p>35 利用開始時の契約を締結する際、重要事項説明書を基に、相談・苦情に関して説明されている。しかし、それだけでは理解しにくいと思われる所以、事業所内に誰でも見やすい所に担当者を明記し、張り出しておかれる事をお勧めしたい。その他には、定期的に市町村から「介護相談員」を受け入れて、意見交換ができている。</p> | | | |

(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てている。 | B | B |
| 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。 | C | 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。 | B | B |
| (評価機関コメント) | <p>36 年一回顧客満足度調査を実施しているが、集計・分析・課題の抽出・検討・改善の流れができていないのが残念である。今後は調査結果をサービス向上に向けての指針になる様な取り組みを検討される事を望みたい。</p> <p>37 月一回合同会議（経営責任者・管理者・主任など）とともに、職員会議（経営責任者・管理者・主任・一般職員）を開催し、サービスの質向上の為の検討・意見交換を行っている。経営責任者が出席しているので、一般職員からの改善案も即実行されている。</p> <p>38 デイサービス芳寿館としては、平成21年度に第三者評価を受診されている。その後介護保険制度の改正や諸事情が重なり、評価結果に対しての課題の明確化と、それに伴う改善策の検討が充分であったとは言い難いので、今後一つひとつ前向きに取り組んでいかれる事を希望する。</p> | | | |