

アドバイス・レポート

平成26年10月28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8月25日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「デイサービスセンター つるさんかめさん」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>1. 事業所の運営が利用者目線に立って行われています。 (理由) ①商店街に位置しているにもかかわらず、施設内は静かで落ち着いていて、利用者の皆さん明るく楽しく参加しておられます。 ②施設見学希望者は必ず受け入れ、対応は管理者自らが行い、重要事項説明書の内容(特に費用負担等)の説明は、親切丁寧に行うようにしています。また、希望者には体験利用をしてもらい、理解を深めてもらっています。 ③アンケートの回収率は100%で家族の感謝の言葉も多く、職員の利用者に対する温かさが伝わってきます。</p> <p>2. 関係機関・職員間の連携及び利用者との情報交換が良好です。 (理由) ①医療機関が経営する事業所の特色を発揮し、医師との連携がスムーズに行われています。 ②利用者の状況等に関する情報は、朝のミーティング、夕方の申し送り、日誌の活用、運営会議でのカンファレンス等を通じて、職員間で共有されています。 ③利用者・家族との連絡は、連絡ノート、送迎時の情報交換、必要時の電話連絡で円滑に行われています。</p> <p>3. 研修体制が充実しています。 (理由) ①研修は、法人全体・各種委員会単位(ピア研修)・内部研修・外部研修が体系的に行われ、外部研修の情報は、掲示板で職員に周知しています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由(※)	<p>1. 業務の見直しと改善について (理由) ①送迎後の申し送りや支援の記録を丁寧にされていますが、恒常的な時間外勤務が多いようです。就業時間の短縮を図る工夫が望まれます。</p> <p>2. 物品庫の整理や職員の休憩室の整備が望まれます。 (理由) ①「つるさん」の利用者居室の隅にある倉庫には、仕切りの扉がなく物品が置かれています。 ②職員の休憩場所が利用者の居室の隅の利用者の目につく場所にあり、職員がリラックスして休憩出来る環境ではありません。また、3階のコミュニティホールにも休憩室がありますが、利用しやすいとは言えないようです。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 「つるさんかめさん」は、比較的小規模なデイサービスセンターですが、日常の利用者に対するかかわり方は濃密で、配慮に満ちた支援が行われ、利用者家族の皆さんから感謝の声が多く寄せられています。反面、職員の皆さんの時間外勤務が多くなっています。 また、アセスメント記録の記載やマニュアルの更新が十分でないといった実態があります。 この解消策として、㊦日常の申し送り記録や日誌の作成等の事務の簡素化と効率化、㊧業務分担を見直すとともに、権限と責任を下部委譲し、管理者が大所高所から業務の点検・進行管理ができるような職場環境に改善されることを望みます。</p> <p>2. 施設のスペースが限られている中で、必要な機能を維持していくためには、常に整理整頓が欠かせません。全体的には、書類・物品の整理整頓は出来ていますが、「つるさん」の居室にある物置きには不用品が廃棄されないまま置かれており、居室との間仕切りがありません。忙しい業務の中ですが、毎月1回は整理整頓日を設けるなど、点検と整理を定期的に行うとともに、物置きと居室の間にアコーデオンドアを付けるなどの改善をされては如何でしょうか。また、1階に職員が休憩できるスペースを確保されるよう望みます。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670100458
事業所名	デイサービスセンター つるさんかめさん
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)	認知症対応型通所介護、介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成26年9月18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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・理念は簡潔で分かりやすく表現されていますが、利用者・家族の理解を得る取り組みが不十分です。 ・運営法人（会社）の役員会に事業所の管理者が参加することはなく、経営責任者や法人本部の指示に従っています。 		
(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。	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・年間事業計画は策定されていますが、中・長期計画は策定されていません。 ・事業所の課題は、事業計画の中で「アクションプラン」として設定され、取り組まれています。 		
(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。	B	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・介護保険制度や法令遵守については、研修を通じて職員に周知徹底しています。 ・管理者は、事業運営をリードし、職員に対するヒアリング・面接を行い職員の意見等の把握にも努めています。 ・生活相談員も兼務している管理者は、常時職場におり、職場全体の状況を熟知し、適切に指示等を行っています。 		

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 人事は、法人本部の所掌になっており、適切に運営されています。また、資格取得の支援として研修会への派遣を積極的にしています。 ・ 研修は外部研修、法人研修（ピア研修など）、事業所研修など、質、量ともに充実しています。 ・ 実習の受け入れは、大学生の教育実習のほか、毎年沖縄県南大東島の中学生を受け入れています。 		
(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。	B	B
		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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 産休、育休明けで保育園が見つからない時に託児所入所の援助をしています。報告・記録の事務改善等を図り、時間外勤務の解消を望みます。 ・ 職員の休憩室は、利用者の近くでかつ独立した部屋の確保が望まれます。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 法人の機関紙「都の風」を年4回発行しています。 ・ 事業所の行事を地域の人々に開放するとともに、地域の行事にも積極的に参加するなど、地域交流、事業所のノウハウの還元に努めています。 		

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ ホームページは、事業所の内容が良くわかるように編集されています。 ・ 見学希望者は必ず受け入れ、管理者自ら対応しています。 ・ 見学の記録は日誌に記載されています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・ 重要事項説明書はわかりやすく書かれ、本人・家族に丁寧に説明するようにしています。また、サービスをより詳しく知りたい希望者には体験利用も活用してもらっています。 ・ 権利擁護の取組については、担当ケアマネと相談し、行っています。 		

(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	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。	B	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは利用当初に作成していますが、その後の定期的見直しは、介護計画書に基づき行っています。 ・個別援助計画策定、サービス内容の決定に際しては、「利用者・家族の希望に応じた個別ケア」を基本に作成されています。 ・担当者会議で出された主治医・ケアマネ・OT・PT等の意見を尊重して介護計画を作成しています。 ・個別援助計画の変更基準は定められていません。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・医師との連携は、医療機関グループの事業所であることから、密接に取れる仕組みができています。 		
(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。	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。	B	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・各種マニュアルは整備されていますが、定期的な見直しが出来ていません。 ・サービス提供の記録は、手書きで丁寧に書かれています。 ・職員間の情報の共有は、朝夕のミーティングと申し送り、日誌の活用、運営会議でのケース検討等により綿密に行われています。 ・利用者の家族との情報交換は、連絡ノート、送迎時の情報交換のほか、必要時には電話で連絡をしています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・感染症対策は、マニュアルに基づき素早く対応できる環境にあります。 ・事業所内はバリアフリーで、柱や壁面の角には「あて物」がしてあり、事故予防に配慮がなされています。 ・トイレは広く清潔で臭気なく、清掃が行き届いています。 ・物入れとして使われている居室の一角は、不用品の廃棄や整理整頓をするとともにドア等で仕切れば、居室と物入れの区別がつくのではないのでしょうか。 		

(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。	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。	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。	B	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・事故・緊急時の対応マニュアルはあり、研修も実施されていますが、訓練は行われていません。 ・事故やヒヤリハットは、報告・原因分析・再発防止策を検討し、運営会議でも対応を検討、確認しています。 ・火災予防避難訓練は、消防署立会で年2回行われていますが、その時に地元消防団の協力が得られるよう依頼されれば、地域の理解や連携がより深まるのではないのでしょうか。 		

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

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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の個別ニーズの把握とそれに基づく個別ケアを重視したサービスが行われています。 ・同性介護等については、利用者の意向に配慮し行うよう努めています。 ・利用者の決定については、定員オーバー時と地域外からの申込み以外は全て受け入れています。 		

(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の家族会や定期的に行われている面談日に利用者の意向を聞くなど、相談に応じています。 ・利用者・家族からの意見・要望は、把握した都度迅速に対応し、内容によっては担当ケアマネジャーと協議し解決に努めています。 ・より幅広い要望、意見、苦情を把握するため 第三者委員も委嘱されています。 		

(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	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	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・満足度調査（アンケート調査）は、事業計画に位置付けられ、年度の後半に実施されることになっています。 ・サービスの質の向上策については、グループのサービス向上委員会で検討され、各事業所で具体化し、実行しています。 ・事業の評価は、年度の間と年度末に行っています。また介護サービス第三者評価は3年毎に受診しています。 		