

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 25 年 4 月 18 日

平成 25 年 2 月 18 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長生園 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3 事業計画等の策定)</b>          中期事業計画の重点目標に、「現行のデイサービスの小グループ化対応」「新拠点での小規模デイサービスの展開」を位置付け、地域における多様なサービス展開について具体的なアクションプランを実行されています。また、そのプロジェクトに意欲と資質のある職員養成が進められていました。</p> <p><b>(通番9 継続的な研修・OJTの実施)</b>          人事考課制度を平成22年度から実施し、職員が自分の目標・課題を明確にして職務への意欲向上につながる仕組みが構築されています。法人の研修委員会が計画を立て、事業所の年度計画に内部外部の研修が位置付けられ、計画的に研修受講できる体制が整備されました。資格取得奨励金の支給等、資格取得には積極的な支援が行われていました。平成23年度には、法人の正規職員全員が視察研修を行い、職員資質の向上が図られていました。</p> <p><b>(通番28 事故・緊急時等の対応)</b>          指示命令システムを示した組織表、緊急時マニュアルが作成され、事故発生時の対応方法が具体的に明記されていました。施設内にAEDを設置するとともに、毎年法人で20人程の職員が救命救急講習に参加して、緊急時への対応力を強化していました。年2回防災訓練を行い、自衛消防隊を整備し、地震災害訓練も実施されていました。</p> <p><b>(通番33 意見・要望・苦情の受付)</b>          利用者やその家族の意見・要望・苦情を広く拾い上げ収集しようとする積極的な姿勢がみられ、満足度調査・家族懇談会の実施、相談援助担当職員の設置等、様々な方策が実行されていました。苦情受付書では各苦情について内容・確認・記録・想定原因・処理経過・結果、と各項目に渡って記録され、改善へのプロセスが構築されていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番6 管理者等によるリーダーシップの発揮) 管理者が会議や面談、自己評価等を通して職員の意向を聴取し把握する仕組みはありますが、職員が管理者を評価するなど、管理者への意見を把握できる具体的な取り組みは確認できませんでした。</p> <p>(通番22 業務マニュアルの作成) 各部門で基準となる業務手順、および、必要な各種業務マニュアルは完備されていました。マニュアルの見直しは、会議、委員会で必要に応じて行われていましたが、更新基準が定められておらず、定期的な見直しや改訂がなされていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>デイサービスセンター長生園の母体である社会福祉法人長生園は、昭和31年開設以来50年以上の歴史を持ち、平成11年には当時の園部小学校跡(現南丹市役所)を仮施設として利用しながら増改築を経て、高齢者福祉の総合施設として地域の要望に応じてこられました。自然豊かな南丹市園部町に位置し、多目的に使えるスペースを備えた6階建ての施設は広々として明るく、現在、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、グループホーム、ケアハウス、ショートステイ、デイサービスセンターを合わせると約400名が利用され、職員も総勢230名におよび、地域でも大規模な施設です。</p> <p>平成13年に開設されたデイサービスセンター長生園は、「法人の基本理念である『和み』、『尊厳』、『安心』を在宅の要介護高齢者やその家族に実現し、住み慣れた地域での暮らしを支援する」ことを基本方針とされています。センターでは食事・入浴などの日常のお世話とともに、リハビリ棟を活用した自立のためのリハビリが積極的に行われています。精神・身体の機能を少しでも回復させるための努力を、高齢者自らがしていただけるよう、ご家族の介護負担を和らげながら、事業所の姿勢として「家庭介護のチームの一員としての支援」に努められています。地域において多様化、重症化する利用者像と家族関係の変化、それに伴う要望に対応すべく、定期的にカンファレンスを行い、関係機関との連携を強化して、一人ひとりの利用者に丁寧なサービスが提供されています。</p> <p>法人は、平成20年6月に財団法人21世紀職業財団の「職場風土改革促進事業実施事業主」に指定されるなど、「仕事と家庭を両立しやすいしくみ」を整えています。職員研修を充実させ、優秀な人材を確保して利用者へのサービスの質向上につなげることは高く評価されます。デイサービスセンターにおいても、「職員の資質向上」を重点目標として平成24年度年間計画に位置付け、研修の充実に取り組んでおられました。</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>・ デイサービスセンター組織・役割図において役職者の権限等が規定され、「サービスの質を守る役割」として委員会等の職務分掌が明確にされていました。また、毎月の業務会議では職員の意見を吸い上げると共に、半年毎に個人面談で各職員の意向の把握に努められていました。今後は、管理者への信頼度を把握・評価する具体的な取り組みを検討されては如何でしょうか。それにより職員の声がさらに収集でき、適切なリーダーシップの発揮やチーム力の向上につながるものと考えます。</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>・ マニュアルの内容は詳細で、関連情報の収集もされていました。しかし、改訂された記録がないマニュアルもいくつかありました。会議事録でその都度必要な対応策が示されていることは確認できましたが、業務手順であるマニュアルは適切に更新される必要があります。優先順位を決め、委員会等を活用して計画的に毎年見直し、変更点がない場合でも改訂日を記載されることが望まれます。</li><li>・ 利用者・家族から日常的に意見等を聞き取ると共に、毎年満足度調査も実施されています。また、毎年、第三者評価の項目を利用して自己評価を実施されていることは評価できます。現在の項目を基に事業所の現状に合った独自の評価項目を工夫することで、視点を広げた自己評価につながると思われます。</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	2671500102
事業所名	デイサービスセンター長生園
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年3月12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
<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) 理念・運営方針は運営規程やホームページに明示され、園内にも掲示されている。新規採用研修で指導し、毎朝の職員ミーティングで唱和して浸透に努めている。 2) 法人全体の階層別会議や各種委員会や、デイサービスセンターの全職員が出席して毎月開催される業務会議等を通して、職員の声を広く吸い上げる意志決定の仕組みがあることを、組織・役割図、会議記録から確認できた。			
<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) 中期事業計画には重点目標・方針・アクションプラン等、目標達成に向けた具体的な計画が示され、それに沿った体制が整備されていた。 4) 事業所でリハビリ・介護・レクリエーション等の係を設け、各分担会議、業務改善委員会で現状確認と課題達成に向けた取り組みが実施されていた。			
<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	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) 法令が明示された自主点検表を用いて職員に法令の周知を図るとともに、制度改正に合わせて必要な研修を実施している。 6) 事業所の全職員による業務会議は、職員の声を聞き取る機会であり、個別面談も年2回実施されている。しかし、職員が管理者を評価する具体的な取り組みは確認できなかった。 7) センター長はデイルームおよび、同フロアの職員室での勤務が多く、常に現場の状況を把握し、直接指示できる体制であった。			

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
(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) 人員体制については運営規程に明記されている。資格取得奨励金の支給等も実施し、資格取得の支援を行っている。 9) 人事考課制度を実施して、職員の意欲向上を図っている。法人の研修委員会が計画を立て、事業所の年度計画に内部外部の研修を位置付けて、計画的に職員教育が実施されている。 10) 実習受け入れマニュアルを整備し、看護学校や福祉系高校等から毎年受け入れを行っている。		
(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	A
		(評価機関コメント)		11) 法人の労働管理委員会で職員の就業状況を把握し、年休やリフレッシュ休暇を取得しやすい体制が整備されている。事業所でも個別面談を行い、各職員の意向を把握している。 12) 法人のメンタルヘルス委員会が相談窓口となっている他、産業医・精神科医にも相談できる仕組みがある。昼食はダイニングとは別フロアの職員食堂で摂り、休憩のスペースとして機能している。スポーツを楽しむ会や職員旅行などの互助会事業が充実している。		
(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) 理念・方針をはじめ事業所情報はホームページで開示している。デイサービスセンターでは広報誌を年4回発行している。夏祭りなど法人内の他事業所の催しを通して、地域やボランティアの方々との交流がある。 14) 民生児童委員協議会主催の福祉体験教室開催、勤労体験の中学生受け入れ等を、法人が継続して行っている。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
(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、パンフレット、重要事項説明書等に必要情報が記載され、写真を活用するなど利用者にわかりやすく工夫されている。また、利用前には体験制度が活用できる。		

<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) 介護予防デイサービスとデイサービスに分けてパンフレットを作成し、明確に料金を表示して丁寧な説明を行い、契約書や重要事項説明書に同意を得ている。成年後見制度も活用されていた。		
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>				
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) 担当ケアマネジャーをはじめとするサービス担当者として自宅に同行訪問して生活状況を確認し、独自の様式を用いて適切なアセスメントが行われている。 18) 面接時に聴取した利用者・家族の希望や意向を尊重した長期短期目標を設定して、個別援助計画に記載し、職員が常に意識してサービス提供に反映させている。 19) サービス担当者会議に出席して多職種の関係者と意見交換を行っている。 20) 定期的にケアカンファレンスを行い、3ヶ月毎にモニタリングして、利用者の状態や変化に応じた見直しを行っている		
<b>(4)関係者との連携</b>				
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) 介護サービスガイド帳・南丹市高齢者・障がい者サービス一覧表を掲げて、関係機関を明確にしている。ケアマネジャーとは常に連絡を取り合い、主治医や訪問看護師にも相談できる体制が整備されている。		
<b>(5)サービスの提供</b>				
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	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) 必要なマニュアルを整備して常時見られる所に設置し、職員が確認する手順書として活用されていた。定期的な見直しの仕組みは確認できなかった。 23) パソコンのソフトを利用してチェック方式で詳細に記録できるようになっている。記録の管理については、内部規程を定め就業規則にも明記して職員に指導している。 24) 毎月ケアカンファレンスを実施して、業務会議で全職員に報告している。日々は口頭と連絡ノートでの申し送りで情報共有に努めている。 25) 広報誌で事業報告・稼働状況などを報告している。年2回の家族参観日も設け、懇談会で意見交換を行っている。日々の様子は連絡帳に記載して、家族との情報交換に努めている。		
<b>(6)衛生管理</b>				
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) 感染症に関しては法人の感染症対策委員会が研修を行い、事業所でも伝達研修を実施して具体的な対策及び予防を検討している。来所退所時の手洗い・うがいを徹底し、感染症の予防対策に配慮されている。 27) リネンは定期的に交換し、清掃は外部業者に委託して点検表で確認を行い、事業所内は清潔に保たれている。		

<b>(7)危機管理</b>				
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
(評価機関コメント)		28) 指示命令系統を示した組織表、緊急時マニュアルが作成され、事故発生時の対応方法が具体的に明記されている。施設内にAEDを設置するとともに、毎年法人で20人程の職員が救命救急講習に参加している。年2回防災訓練をし自衛消防隊を整備して、地震災害訓練も行っている。 29) 毎年、事故報告を基に統計を取り、事故状況を分析して再発防止に役立っている。		

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

#### IV利用者保護の観点

<b>(1)利用者保護</b>						
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) 日常業務において利用者本位のサービス提供を常に意識し、業務会議での検討、振り返りや研修を行っている。身体拘束、虐待については担当委員を設置、気付きを促し職員の意識向上に取り組んでいる。 31) 利用者の休息の場にはカーテンとパーテーション、脱衣場には扉にのれんを設置して、職員だけでなく、実習生やボランティアに対してもプライバシー保護について常に注意喚起している。また、男女別一般入浴室を設けている。 32) 希望者多数で定員を超えた場合、およその待機時間を提示し丁寧に説明している。医療処置の有無に拘らず受け入れている。				
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
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	A		
(評価機関コメント)		33) 年1回満足度調査、年2回家族参観・懇談会を実施して、利用者や家族の意見を広く聞き取っている。また、個別援助計画更新時にも相談援助担当職員が希望、意向を聴取している。 34) 苦情相談対応マニュアルに則って対応し、苦情受付書に綿密に記録して職員間で共有している。 35) 第三者委員を設置し重要事項説明書に記載、施設内にも掲示して、苦情には迅速に対応している。				
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
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。	A	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	A		
(評価機関コメント)		36) 満足度調査を毎年実施し、その結果をセンター長を中心に分析・検討する仕組みがある。その際、前年度との比較によって改善状況の把握に努め、結果を報告・公開している。 37) 「サービスの質を守る係」を設置し、毎月の業務会議でサービスの質の向上のための提案、検討を行っている。やむを得ず参加できない職員には会議録で伝達、共有している。インターネットや通所サービス連絡会を通じて他事業所の取り組み等の情報を得て比較、検討する等参考にしている。 38) 第三者評価を定期的に受けるとともに、毎年自己評価を行って結果を事業計画に反映させている。				