

アドバイス・レポート

平成 28 年 11 月 2 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 28 年 9 月 6 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サニ
ーリッジ ）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

特に良かった点とその理由 (※)	<p>1) 多職種協働</p> <p>乙訓医師会が発行する在宅療養手帳を活用して、医療機関や他の事業所との連携を図られています。関係者が一つの手帳を共有することで医療だけ、介護だけといった細切れではなく利用者の情報全体を共有できる仕組みを構築し、それを地域全体で活用しておられるのは素晴らしいと思います。</p> <p>2) 職員間の情報共有</p> <p>職員同士の情報共有を速やかに図るために、送迎時に確認した内容を書いたメモをボードに貼って周知するという手法をとっておられました。ケース記録や業務日誌だけでなく、タイムリーな情報を速やかに周知してサービスに結び付けられている事が確認できました。</p> <p>3) 労働環境の整備</p> <p>常勤職員と非常勤職員の関係性が良く、新しい職員に先輩職員が丁寧に指導されていることが確認できました。管理者が定期的な職員面談を実施することで各職員から悩みを聞いたり、就労しやすい環境を整備するよう努めておられました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1) プライバシー等への配慮</p> <p>スタッフが記録を書くための机や利用者の情報が書かれたホワイトボードがホールの中央に設置されていたり、利用者の休まれるベッドがホール中央に設置されているなど、プライバシーへの配慮がやや希薄なように感じました。</p> <p>2) 通所介護計画の見直し</p> <p>3 か月ごとに通所介護計画の見直しを行い、家族の意向も送迎時に確認されているとのことでした。デイ会議等で検討し通所介護計画の見直しを行われていますが、見直した内容について記載した記録が残されていませんでした。</p> <p>3) サービスの記録の取り扱い</p> <p>各種マニュアルや規定は整備されていることが確認できましたが、利用者の記録の取り扱いについて、保管、保存方法に関しては文書化されていますが、持ち出し、廃棄については文書化されていませんでした。</p> <p>4) ストレス管理</p> <p>就業規則にハラスメントに関する規定が明記されていますが、相談環境、体制を整えることについての記載がありませんでした。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) プライバシー等への配慮 個人情報^が第三者の目に触れないようにするために、机やホワイトボードの置き場所を見直してみられてはいかがでしょうか。スタッフには良くても他の利用者には知られたくない情報が無いとは限りませんので、利用者の導線から外れた位置に移動される方が良いのではないのでしょうか。また、ベッドについても衝立はあるものの現在の設置場所は人の行き来が多く、ゆっくり休めないように感じました。プライバシー保護に関する勉強会等で取り上げてみられてはいかがでしょうか。</p> <p>2) 通所介護計画の見直し せっかく通所介護計画を作成して、定期的な見直しもされているのですから、その検討過程も記録しておかれてはいかがでしょうか。検討する中では最終的に取り上げられなかった意見もあるでしょうし、次の見直しに際して役に立つこともあるかと思えます。</p> <p>3) サービスの記録の取り扱い 記録の管理体制を整えるため、保管、保存に追加して、持ち出しと廃棄についても規定を定められてはいかがでしょうか。</p> <p>4) ストレス管理 ハラスメントに関して相談出来る環境・体制を整えることは職員の意識向上、安心感にもつながると考えられますので、施設として対応を決めておか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	2673100075
事業所名	デイサービスセンター サニーリッジ
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)	
訪問調査実施日	平成28年9月23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)		理念は各部署に掲示されるとともに、パンフレットやホームページに明記されています。職員は年に2回の面談の機会が確保され、組織としての透明性を担保されています。			
(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。	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)		事業所として事業計画を作成されているだけでなく、各部門ごとにも課題を設定されています。一人一人の職員も業務チェックシートに記入し課題分析を行う仕組みとなっています。			
(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。	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)		現場管理者は、朝と夕方のミーティングに参加し実施状況を把握するとともに、事業運営をマネジメントされています。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)		有資格者を優先して採用しつつ、資格の無い職員に対しては採用後に資格取得が出来るように配慮されています。 (10)実習指導者に対する研修は行われていませんでした。		
(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)		有給休暇の消化率をデータ管理し労働環境に配慮されていました。 (12)職員のカウンセリング体制や福利厚生制度は準備されていましたが、カウンセラーは理事長ではなく法人外の第三者を確保されるのが望ましいのではないのでしょうか。		
(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)		地域住民の参加する地域交流感謝祭を実施しておられます。また、近くにある同法人の地域交流スペースを地域住民に開放し、月1～2回「きずなカフェ」をオープンして地域と連携されています。		

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)		パンフレットやホームページで情報公開し、希望者には個別に説明等も行っておられます。		
(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)		サービス内容や利用料金は、契約書・重要事項説明書に記載されていて、同意の署名も得ておられます。サービス内容や料金は面接時などにも説明をされています。		

(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。	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)		ケアプランに基づいた通所介護計画を作成し、3か月ごとに見直ししておられます。サービス担当者会議にもできるだけ参加し情報収集をされています。		

(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)		地域の医師会が発行する在宅療養手帳を活用して他の事業所や医療機関と連携をとられています。		

(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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		各種マニュアルを作成し、定期的に見直しをされていました。ミーティングや申し送りノートで職員間の情報共有を行い、家族とは在宅療養手帳でのやりとりや送迎時にコミュニケーションをとるなどして情報交換を行われていました。(23)記録の管理に関して規定内容が不十分でした。		

(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	A
(評価機関コメント)		感染症対策のマニュアルを作成し、看護師が地域の看護師部会に出席して情報収集もされていました。清掃は外部業者に委託して行われ、臭気もなく清潔にされています。		

(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)		事故対応マニュアルの作成、事故報告書やヒヤリハットの記入、年2回の避難訓練をされています。報告書はしっかり書かれていましたが、ヒヤリハットの件数が少ないように感じました。		

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。	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)		運営規定に利用者本位を明記し、選択食や選択レクリエーションなど、利用者が自身の希望する内容のサービスを利用できるように配慮されています。ホールの中央にベッドがあったりホワイトボードに利用者の名前が見える状態になっている所はプライバシー保護の観点から気になりました。		
(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。	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)		受け付けた苦情・要望はマニュアルに沿って対処し、内容は広報誌で開示しております。送迎時等に直接家族とコミュニケーションを図って意向を聴き取る等されていますが、定期的な懇談会などは開催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。	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)		満足度調査を実施して翌年の事業計画に反映させるようにしております。会議で話し合っただけで職員からも意見集約して改善を図られていますが、自主点検以外の自己評価は実施されていませんでした。		