

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 4 月 日

平成 21 年 12 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスさいわい 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>III - (5) - 通番 24 職員間の情報共有</p> <p>日々のサービス提供記録が整備されているとともに、業務終了後に毎日全員でミーティングをおこない、利用者一人ひとりの気をつけるべき点や家族からの要望など、きめ細かく情報交換を行い、また、組織の方針や法令の改定その他必要な情報も適宜提供されていました。</p> <p>III - (6) - 通番 26, 27 衛生管理</p> <p>感染症対策には組織を挙げて取り組んでおられました。マニュアルの作成と研修の成果が日々のサービス提供時に活かされていました。特に、職員による 1 日 2 回のトイレ清掃を始め施設全体にわたって徹底した整理整頓が行われていました。</p> <p>II - (3) - 通番 14 地域への貢献</p> <p>「食が主で薬は従」の理念の下、地域に配食サービスを提供し、特に独居老人の栄養改善・体調維持に資するとともに、声かけによる見守り（安否確認）など、地域へのサービスを大切にされていました。</p> <p>その他</p> <p>利用者の楽しみであるお風呂（自立浴、リフト浴、個室）は明るく、坪庭風の眺めに面した場所に設けられ、脱衣所も広く清潔でした。「できるだけゆったりと楽しんでいただけるように」をモットーに、職員も施設の維持管理に努めておられました。</p> <p>利用者アンケートからも、入浴が楽しみという記述が多く見られました。</p>
------------------------	---

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>II－(1)－通番 8 質の高い人材の確保 指定基準を満たす人員は確保されていましたが、有資格者が少なく、採用後の資格取得支援体制が不十分でした。</p> <p>IV－(3)－通番 36 利用者満足度の向上の取り組み 利用者の満足度について組織的な調査が行われていませんでした。</p> <p>IV－(3)－通番 38 評価の実施と課題の明確化 自己評価を定期的に行う仕組みが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>① 人材の確保・育成 良いサービスを継続して提供していくためには、人材の育成が欠かせません。 研修等で知識や技能を伝達することも大切ですが、何より重要なのは職員一人ひとりの向上意欲ではないでしょうか。 現在レクリエーション委員会など職員の自発的な取り組みもされていますが、総合的な人材育成施策を検討されてはいかがでしょうか。 例えば、教育計画の立案、資格取得の制度化と支援、向上結果の人事評価、処遇への反映などです。</p> <p>② 利用者満足度の定期的調査 利用者満足度の調査は課題を発掘するために行われるものですから、一般的な質問によるアンケート調査ではきめ細かく具体的な課題の発見にはつながりにくいのではないのでしょうか。テーマを決めて、出来るだけ細かく具体的な質問をされると良いでしょう。例えば、「送迎時刻は守られているか。」「個々のサービスは要望どおり行われているか。」などです。 これら調査は定期的（半年とか1年毎）に実施されることをお勧めします。</p> <p>③ 評価の実施と課題の明確化 自己評価は課題（問題点）の発見につながり、対策計画の策定・実施・実施後の検討（自己評価）により、また、新たな問題点（課題）が明らかになり（PDCAサイクル）、達成度も明確にすることができます。 利用者や家族へのアンケート調査だけでなく、公的機関が定めたチェックリストなどを利用した自己評価を定期的（1年毎）に行わ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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670900683
事業所名	医療法人朗友会さいわい介護センター デイサービスさいわい
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)	なし
訪問調査実施日	平成22年3月18日
評価機関名	NPO法人京都ビジネス・サポート・センター

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。	B	A
		(評価機関コメント)		組織の理念及び運営方針は具体的で判りやすく表現され、掲示もされており、毎月のミーティングでも周知徹底が図られていました。また、組織の意思決定は、職員で組織する各種委員会の提案を元に運営会議で決められていました。		
(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	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)		運営方針は、年初に理念に基づいて定められ、日々のミーティングの際にその実施状況が確認されていました。また、取組むべき課題は組織・利用者双方のニーズに合わせて適切に設定されていました。		
(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。	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)		遵守すべき法令集が整備されているとともに、法令改定等については日々のミーティングなどで逐次伝達されていました。また、運営管理者は常に現場にいてサービス提供状況を見守り、必要に応じて的確な指示を出しておられました。		

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
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)		指定基準以上の人員は配置されていました。技能研修などは計画的に実施されましたが、資格取得支援制度やスーパービジョン体制は未整備でした。また、中学生の体験学習は受け入れていましたが、実習生を受け入れる体制はできていませんでした。		
(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、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)		介護機器の導入や時間外勤務査定など、良好な就業環境への配慮が見受けられました。また、ゆったりとした休憩室の確保や会員制保養施設への入会、年2回の慰労会の開催などストレス解消対策が講じられていました。		
(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。	B	B
		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。	B	A
		(評価機関コメント)		機関紙「さいわい」は利用者や家族には配布されていましたが、地域への広報はなされていませんでした。法人として地域の独居老人などに対して配食サービスを行い、老人家庭の栄養改善と声かけ(安否確認)に努めておられました。		

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)		デイサービスについて、パンフレットだけでなく無料体験サービスを通じて情報提供に努めておられました。玄関には理念を始めいろいろな情報が掲示されていましたが、文字が小さくやや読みにくいところがありました。		
(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)		契約時には契約書や重要事項説明書に基づき丁寧に説明し、利用者や家族の同意の署名・捺印がありました。また、判断能力に支障がある利用者の場合には代理人による署名・捺印がありました。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)	法人全体で共通したアセスメント様式を利用し、各部署間で連携してサービス提供がなされ、また、サービス担当者会議で関係機関の意見交換がなされていました。但し、モニタリングの方法・時期・手順・記録等についての仕組みが未整備でした。			

(4)関係者との連携

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)	法人の医療部門のみならず、利用者一人ひとりのかかりつけ医との連携がとれる体制にありました。また、地域包括支援センターを始め関係機関と必要に応じて連携をとっておられました。			

(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。	B	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)	個々のサービスについて業務マニュアルがあり、必要に応じて見直しも行われていました。利用者一人ひとりについてサービス提供記録があり、日々のミーティングでその他の情報も確実に伝達されていました。また、送迎時には家族と情報交換を行っておられました。			

(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、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)	法人全体で感染症の予防に取り組み、マニュアルを作成するとともに研修の成果が日々の業務に活かされていました。また、トイレは毎日2回職員により清掃され、清潔に保たれていました。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)	事故・緊急時対応マニュアルを作成すると共に、同一建物内のグループホームと共同で防災訓練を実施しておられました。地域との連携に関する防災協定などはありませんでしたが、地域の自治会に参加し、施設の防災訓練には地域住民の参加も見られました。			

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	
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。	A	A	
		(評価機関コメント)	利用者の尊厳の保護が法人全体の共通した理念になっており、運営方針の冒頭にも掲げられて、日々のサービス提供に活かされていました。利用申込みに対しては、施設の物理的な制約や送迎上の距離的観点以外の理由で断ることはなく、すべて受け順に受け入れておられました。				
(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。	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。	B	A	
		第三者への相談機会の確保	35	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)	家族との連絡ノートや生活相談員による面談、意見箱の設置など意見・要望・苦情を拾い上げる仕組みはできていました。しかし、要望や苦情は多くなく、公表するまでには至っていませんでした。第三者機関の相談窓口は重要事項説明書に記載されると共に説明もされていました。				
(3)質の向上に係る取組							
		利用者満足度の向上の取組み	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。	C	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。	B	B	
		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)	日常的な家族との面談の中で、利用者や家族の意向等を汲みあげ、ミーティングなどで意見交換はされていましたが、組織的な利用者の満足度調査はされておらず、サービス改善へ取組む仕組みが不十分でした。				