

アドバイス・レポート

平成 19 年 3 月 14 日

平成 18 年 12 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サニーリッジ 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>評価が高かった点</p>	<p>I 健全な組織体制 (1) ①理念の周知と実践②運営方針の周知と実践 (2) ①責任者等の協働③透明性の確保④支援体制の充実 (3) ①労働環境への配慮②ストレス管理③休憩場所の確保 (4) ①重点課題の設定②業務レベルにおける課題の設定 (5) ③OJTの実施</p> <p>II 適切なサービス提供体制 (2) ②個別援助計画の作成 (4) ②事業所内の衛生管理 (5) ②事故の再発防止等</p> <p>III 利用者保護の観点 (2) ④地域への情報公開</p> <p>IV サービスの質の向上の取組 (2) ①利用者満足度の把握②質の向上に対する検討体制 (3) 評価の実施③第三者評価の受け入れ</p>
<p>理 由</p>	<p>I (1) ①②施設内に理念である「安心できる温かい暮らしを応援する」を掲示しており、更に職員から募集した「一人一人を大切に」という今年度のサブスローガ</p>

ンを掲げている。理念や運営方針に沿ったサービスを提供する為に、同法人の居宅介護支援事業所とケアハウスの職員も含めて、毎日ミーティングを行っている。各種委員会やデイサービス会議を定期的で開催している。ホームページでは、「自立意識を高める運営とシステム」として理念や運営方針と共に事業所の取り組みなどを掲載している。(2)①朝夕のミーティングや各種話し合いの場を持ち、その日の反省点や日々業務、サービスの向上についてもその都度話し合われている。スタッフについても半年毎に個人面談を行い、日常以外でも責任者に相談や意見を述べる機会を確保している。スタッフが責任者等に相談しやすい環境作り・雰囲気作りがされており、丁寧に助言や指導をしている。③法人や事業所において各種会議・委員会が定期的で開催されており、意思決定方法が明確である。議事録等もきちんと管理されており、決定事項等は職員全員に周知できるような体制がとられている。④当該事業所は居宅介護支援事業所とデイサービスが一体となっているため、ケアマネージャーと利用者の距離が近く、利用者の動向などもつかみやすい。緊急時については、対応マニュアルが整備されており、具体的にどのように対応するのかがわかりやすく書かれている。(3)①利用定員40名に対し、一日あたりのスタッフが10名程度になるように配慮し、利用者の状態に応じて配置を考えている。フロアには常時3人のス

スタッフが利用者の目の届く所にいるように配慮されているので、事業所の雰囲気はバタバタせず、落ち着けるものになっている。デイサービスのフロアが大変広く、明るい雰囲気になっている。広いフロアを有効利用することで、利用者にとってもゆったり、のんびりと過ごせる雰囲気作りが出来ている。②責任者とスタッフの個人面談が半年毎に実施されている。責任者はスーパーバイザー研修を受けており、常に相談、アドバイスができる労働環境である。希望休暇や有給休暇が取得しやすく、法人が職員共済に加盟しており、福利厚生が充実している。③ スタッフの休憩室が確保されている。交代制で休み時間はきちんと確保できる体制作りがされている。(4)①②年度毎に法人全体として方針を決め、それに従って各サービス事業所が課題を設定し、達成状況の確認を会議にて行っている。各スタッフは自己目標を決め、半年毎の面談時に達成度を評価している。それぞれの課題達成のために、繰り返し会議を開催し、見直しをはかりながら取り組んでいる。(5)③随時外部より指導者を招いて、研修会を実施している。必要時にはミーティング終了後、さらに勉強会を開催している。責任者がスーパーバイザー研修を受けており、スタッフに対して丁寧な助言や指導を常に行っている。また、相談しやすい雰囲気作りが事業所内でできている。

II (2)②同敷地内の居宅介護支援事業所との密接な連

携により、居宅のケアマネージャーからアセスメントや居宅介護計画の提供を受け、それに連動したデイサービスにおける通所介護計画を作成している。(4)②汚物は専用のダムウェイターにて、施設内の廊下を通ることなく、運搬されるシステムになっており、そのため不快なおいなどが出ない工夫がされている。(5)②事故報告書、ヒヤリハット報告書が確実に書かれ、閲覧可能な状態にされている。ヒヤリハットについては、できるだけ小さなことでも記録に残すよう心掛けており、再発防止のためにミーティング時や申し送りにて確実に伝達されている。また、報告書の書き方について、リスクマネジメント研修にて指導されている。リスク管理委員会が設置されている。

Ⅲ(2)④法人全体としてのパンフレットやホームページに加え、「サニーからの風」なる情報誌を定期的に発行している。その中で毎年度の事業報告や収支決算報告等も公開されている。居宅介護支援事業所では独自の居宅便りも発行されている。地域の公民館などで利用者が作られた作品を展示したり、併設のケアハウスの食堂等を開放して、月に数回もの様々なクッキングクラスやお茶の教室等を開催し、利用者の家族や地域の方が参加され、喜ばれている。ボランティアや実習生の受け入れをしている。

Ⅳ(2)①②提供する食事について、利用者から聞き取り調査をしている。食事サービスの質の向上のため、選

	<p>摂食を導入し、利用者の好きなものを、温かい状態で召し上がっていただけるよう、工夫している。全体的な事業所の質の向上の為、毎月1回以上、スタッフ全員参加にて会議を開催している。(3)③各サービス事業所のスタッフがそれぞれ自己評価を行い、評価実施にあたっては各サービス事業所のスタッフも多数出席され、評価結果を今後のサービスに生かすという姿勢が強く感じられた。</p>
<p>改善努力を要する点</p>	<p>I 健全な組織体制 (5)②継続的な研修の実施 II 適切なサービス提供体制 (2)⑤個別援助計画の見直し IV サービスの質の向上の取り組み (2)①利用者満足度の把握 (3)①自主点検の実施②自己評価の実施</p>
<p>理由</p>	<p>I (5)②採用時研修を実施し、その他随時研修には参加しているが、年間の研修計画がない。 II (2)⑤状態の変わらない利用者については、個別援助計画の見直しが充分でないケースがある。 IV (2)①利用者の満足度に係る調査結果が公開されていない。(3)①自主点検は2年に1回である。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I (1)①理念の掲示について、事業所内に手作りの大きな理念も掲示されていましたが、玄関に掲示する理念は、単なるコピーにとどまらず、事業所の温かさや理念に対する事業所の思いなどが伝わるような工夫(和紙に墨書きする、額に入れるなど)が期待されます。(2)④支援体制の充実について、十分な体制がとら</p>

れていますが、利用者のフェースシートには、主治医が現在いない方についても、あらかじめ家族から希望する医療機関を聞き取り、記録しておくことが望まれます。(5)②体系的な年間研修計画の作成が期待されます。職員の段階に応じた研修計画が望まれます。各自が年間目標を立てているので、その目標に応じた研修の受講や、各自が希望する研修の聞き取りなども実施されてはいかがでしょうか。また、昨年参加した研修一覧を作成し、それをもとにおおまかな年間スケジュールを立てることなども検討されてはいかがでしょうか。

II (1)②サービス提供に係る記録について、日々の記録は日時や内容など必要な事項は記録され、利用者の体調や提供したケアなどは詳しく書かれています。楽しんでいる様子やケアに対する反応が書かれていることが充分でない場合があります。利用者の様子が記録からは見えづらい部分があります。日々、職員がどのように接し、努力しているのか過程が見えづらく思われます。日々の記録は、援助された内容に加え利用者の様子や反応を記載していくことで、その援助が適切であったか、また違った援助が必要なのかなどが見えてきます。それが、評価につながり、より具体的なプランが立てられていくと思われます。④ケアカンファレンスについて、記録として残っていない部分があります。また、問題があまりないと思われる利用者について

では、ケアカンファレンスが充分でない場合があります。職員会議の議事録だけでなく、ミニカンファレンスの記録も、利用者毎にわかりやすいよう残していくことが望まれます。カンファレンスの内容は、利用者毎のファイルに綴じられる様な記録の仕方の工夫が期待されます。(2)⑤短期目標を掲げている以上は、モニタリング時やサービス担当者会議実施に合わせて、個別援助計画を見直し、または更新することが望まれます。状態がかわらないのであれば、目標自体の見直しも含めて、定期的に見直すことが望まれます。(3)①利用者・家族の希望尊重について、毎日の連絡帳や計画作成時に聞き取りがされていますが、ケアプランのシートには利用者と家族の希望や要望をそれぞれ更に明確に書きとどめておくことが望まれます。(5)②事故の再発防止等について、十分な体制が確保されています。ただ、事故報告書、ヒヤリハット報告書は閲覧だけでなく、確実にスタッフに回覧し、スタッフは確認サインを入れるなど、更なる徹底も検討されてはいかがでしょうか。

Ⅲ(1)②プライバシーの保護について、十分なプライバシー保護のための取り組みがされていますが、フロアにある5床の休憩用ベッドについては、利用者が希望される場合はパーテーションを置いています。通常特に隣との目隠しになるものはありません。フロアが広く、利用者の状態観察のためにパーテーションを置

きづらいのは充分理解できますが、やはり顔の部分だけでも目隠しされるように、大きめの観葉植物の鉢植えを配置するなど、もう一度検討していただきたいと思います。③個人情報保護について、保護規定や利用目的は明確にされていますが、事業所内にも掲示しておくことが望まれます。(2)①事業所情報等の提供について、見学を受け入れています。今後は見学記録を残しておくことが望まれます。

IV(2)利用者から食事についてなど、聞き取り調査をされていますが、その結果を公開したり、今後は更に利用者が答え易いアンケートを作成するなどされてはいかがでしょうか。アンケートは具体的な項目を挙げたり、「はい・いいえ」では答えにくい事柄もあるので5段階評価にされるなど、工夫が期待されます。(3)①居宅支援事業所については年に1回の自主点検が行われていますが、デイサービスについても自主点検は最低年に1回実施することが期待されます。また、自主点検は、責任者が一人で点検するのではなく、スタッフ全員もしくは複数スタッフによって行われることが望まれます。また、自己評価をした際には、自己評価シートを利用者や家族が閲覧できるよう、事業所内に設置しておくことも合わせて検討されてはいかがでしょうか。

(様式6)

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
サービス種別 (複数記入可)	通所介護・介護予防通所介護、居宅介護支援
評価機関名	特定非営利活動法人 京都福祉サービスをよくなる会

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
I 健全な組織体制	(1)組織の理念運用方針	① 理念の周知と実践	組織の理念が、利用者及びスタッフ等に周知され、法人の理事長及び事業所の管理者等（以下、「責任者等」という。）を含むスタッフ全員が、理念に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		② 運営方針の周知と実践	事業所の運営方針が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
		③ 運営規程の遵守	事業所の運営規程が、利用者及びスタッフ等に周知され、責任者等を含むスタッフ全員が、運営規程に沿った事業所の運営及びサービスの提供を実践している。	A	A	
	(2)組織体制	① 責任者等の協働	責任者等は、介護サービスの質の向上に熱意を持ち、事務所の運営について、スタッフと共に取り組んでいる。	A	A	
		② 管理者による状況把握	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	
		③ 透明性の確保	責任者等は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
		④ 支援体制の充実	利用者の主治医や医療機関・介護保険施設との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A	
	(3)労働環境	① 労働環境への配慮	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	
		② ストレス管理	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。	A	A	
		③ 休憩場所の確保	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、必要な設備・備品を備えている。	A	A	
	(4)課題の設定	① 重点課題の設定	外的環境の変化や傾向を見極めた上で、事業の運営における重点課題が設定され、組織全体として課題の達成が図られている。	A	A	
		② 業務レベルにおける課題の設定	各業務レベルにおいて課題が設定され、スタッフ全員が課題の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(5)人材の確保・育成	① 質の高い人材の確保	スタッフの採用時において、質の高い介護サービスを提供できる人材の確保を主眼としている。	A	A	
		② 継続的な研修の実施	採用時研修・フォローアップ研修等を実施しており、スタッフは、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。	B	B	
		③ OJTの実施	スタッフが業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパーバイズ（指導・助言）を行う体制がある。	A	A	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				29	29

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果		
				自己評価	第三者評価	
II 適正なサービス提供体制	(1)サービスの品質の確保	① 業務マニュアルの作成	事故防止や安全確保を踏まえた業務マニュアルが作成され、スタッフに活用されている。	A	A	
		② サービス提供に係る記録	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、サービス提供を円滑に行うための工夫がされている。	A	A	
		③ 確実な情報伝達	スタッフ間の申し送りや情報伝達を確実に行うとともに、重要な事項については、全てのスタッフに伝わる仕組みとなっている。	A	A	
		④ ケアカンファレンス	定期的又は必要に応じてケアカンファレンス（介護検討会）が開催され、意見交換が行われている。	A	A	
	(2)個別援助計画	① アセスメントの実施	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況、利用者及びその家族の希望等を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	B	A	
		② 個別援助計画の作成	アセスメントに基づき、利用者一人ひとりの目標を明らかにした個別援助計画を作成している。	A	A	
		③ 専門家等に対する意見照会	個別援助計画の策定に当たり、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	
		④ スタッフの意見の集約	個別援助計画の策定に当たっては、当該利用者に関わる全てのスタッフの意見を採り入れており、共通認識に基づく目標達成が図られている。	B	A	
		⑤ 個別援助計画の見直し	定期的又は必要に応じて、個別援助計画の見直しを行っている。	A	B	
	(3)利用者等の希望尊重	① 利用者・家族の希望尊重	個別援助計画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	
		② 希望等を引き出す働きかけ	利用者やその家族が、希望や要望、気掛かりなこと等をスタッフに気軽に伝えたり、相談できる機会を確保している。	B	A	
	(4)衛生管理	① 感染症の対策及び予防	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	
		② 事業所内の衛生管理等	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	
	(5)危機管理	① 事故・緊急時等の対応	事故や緊急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	
		② 事故の再発防止等	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	
	小 計(A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				27	29

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅲ 利用者保護の観点	(1)利用者保護	① 人権等の尊重	利用者の人権や意思の尊重について、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
		② プライバシー等の保護	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
		③ 個人情報保護	利用者の個人情報の保護及び職務上の守秘義務について、スタッフに徹底している。	A	A
		④ 利用者の決定方法	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
	(2)情報提供	① 事業所情報等の提供	事業所の概要及びサービス内容について、利用者やその家族にわかりやすく説明を行っている。	A	A
		② 利用者に係る情報交換	サービス利用時の状況について家族に情報提供を行い、家族から家庭での状況について情報を得る等、情報交換を行っている。	B	A
		③ 開示請求への対応	利用者やその家族から、提供を受けたサービスの内容や費用の明細等について情報開示の請求があった場合には、適切に対応している。	A	A
		④ 地域への情報公開	事業所の運営理念を地域に対して啓発・広報するとともに、事業所の機能・知識等を地域社会に提供している。	A	A
	(3)利用契約	① 料金の明示と説明	介護サービスの利用に際して必要となる料金について、根拠を明らかにして利用者にわかりやすく説明している。	A	A
		② 合意書面の作成	サービスの提供開始に当たっては、利用者及び事業者双方の権利・義務を明らかにし、合意の結果を契約書等として書面にしている。	A	A
	小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				19

大項目	中項目	小項目	評価項目	評価結果	
				自己評価	第三者評価
Ⅳサービスの質の向上の取組	(1)苦情解決	① 苦情・相談窓口の明示	利用者からの苦情や相談を受けつける窓口及び担当者等が明示され、利用者及びその家族に周知されている。	A	A
		② 苦情やトラブルへの対応	苦情やトラブルがあった場合には、組織として迅速かつ誠意をもって対応している。	A	A
		③ 第三者への相談機会の確保	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。	A	A
		④ 苦情に基づくサービスの改善	利用者からの苦情をサービスの向上に役立てている。	A	A
	(2)質の向上に係る取組	① 利用者満足度の把握	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
		② 質の向上に対する検討体制	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、責任者等を含むスタッフ全員が積極的に参加している。	A	A
		③ 評価の意義についての周知	サービス評価を行うことの意義及び評価結果をサービス改善に活かすことが、責任者等を含むスタッフ全員に周知され、理解されている。	B	A
	(3)評価の実施	① 自主点検の実施	京都府が各事業所に配布している「自主点検表」を活用して、年に1回以上、自主点検を行っている。	B	B
		② 自己評価の実施	事業所の体制及びサービスの内容に係る自己評価を定期的又は必要に応じて行い、自らが提供するサービスの質の改善に役立てている。	B	B
		③ 第三者評価の受け入れ	客観的なサービス水準の把握のために第三者評価を受け、評価結果を積極的に公表している。	B	A
	小 計 (A=2点、B=1点、C=0点として点数化のこと)				15

【大項目ごとの点数】

大項目	自己評価	第三者評価結果
I 健全な組織体制	29	29
II 適正なサービス提供体制	27	29
Ⅲ 利用者保護の観点	19	20
Ⅳ サービスの質の向上の取組	15	17

【達成率換算表】

大項目	達成率			
	自己評価		第三者評価	
I 健全な組織体制	29/30	97%	29/30	97%
II 適正なサービス提供体制	27/30	90%	29/30	97%
Ⅲ 利用者保護の観点	19/20	95%	20/20	100%
Ⅳ サービスの質の向上の取組	15/20	75%	17/20	85%

