

アドバイス・レポート

平成 21 年 10 月 14 日

平成 21 年 9 月 4 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

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>組織の理念・運営方針</p> <ul style="list-style-type: none"> 組織の理念を示すポスターを職員が「手作り」するなど、周知徹底に努めておられました。 <p>地域との交流</p> <ul style="list-style-type: none"> 法人理事に地域の自治連合会関係者を選任し、サニー料理教室等を開催し施設を地域に開放するなど、地域に密着した事業運営を積極的に行なっておられました。 <p>関係者との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> 地域医師会との連携の下、「在宅療養手帳」という、医療・福祉関連の利用状況等や家族との連絡等が集約される仕組みがあり、情報共有や連携を高いレベルで実践しておられました。 <p>衛生管理</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設内各階に、ゴミ専用のエレベーターも設置し、施設内のゴミ移動時の清潔な環境に努めておられました。 <p>質の向上に係る取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 他のデイサービスの事業所が行なう研修に参加したり、事業所見学や意見交換等を定期的に行い、質の向上の為の取り組みを積極的に実施されていました。
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> 事業計画を作成する際、顧客満足度調査等が反映されていませんでした。 <p>危機管理</p> <ul style="list-style-type: none"> 事故等に関して、マニュアルに沿って報告書等を作成されていましたが、再発防止等に活用されていませんでした。 <p>意見・要望・苦情への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> 懇談会の場を定期的に設けておられませんでした。 <p>質の向上に係る取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 「利用者満足度調査」を実施されていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>計画の策定</p> <ul style="list-style-type: none"> 今年度に計画されている満足度調査結果をぜひ実施され、来年度の事業計画等に反映されれば、より利用者ニーズに対応出来る事業所運営が可能となるのではないのでしょうか。

	<p>危機管理</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事故報告書等に基づいて、定期的に原因分析や評価、課題、見直し等をされますと事故防止に役立ちます。 <p>意見・要望・苦情への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 定期的に利用者懇談会を開催することで新たな要望や意見の集約に繋がるのではないのでしょうか <p>質の向上に係る取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 早急に利用者満足度調査を実施され、その分析結果を、サービス提供の中で活かされることが望まれます。
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・ 最近ホームページへの関心が高まっております。ホームページの更新が適宜行われるよう工夫されてはいかがでしょうか。

※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	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)	介護予防通所介護・居宅介護支援
訪問調査実施日	平成21年9月16日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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)理念をデイサービスフロアや玄関等に掲示されていますが、これを職員が「手作り」する事で、職員への理念周知を図っておられました。 (2)組織規程・組織図の他委員会一覧表も整備され、透明化を図っておられました。			
(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。	A	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)		(3)事業計画を作成する際、顧客満足度調査等が未実施のまま作成されていました。 (4)各種委員会で課題の設定・達成状況を確認しました。			
(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)関係法令集が整備され、閲覧できる体制にありました。 (6)職務規程、組織図で明確化されていました。			

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。	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)職員採用に当たり、有資格者・実務経験者を優先し、複数の面接者の合議により採用決定がされてきました。 (9)研修規程が整備され、勤務表の調整・参加費用を施設負担するなど、職員の研修参加への支援体制がありました。 (10)実習生受け入れマニュアルが整備され、実習指導者の研修も行われていました。			
(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	A
		(評価機関コメント)	(11)職員の個人面談を実施されるなど、職員の心身の負担軽減に取り組まれていました。 (12)精神科医によるカウンセリングの機会が設定されて、休憩場所も充分なスペースがありました。			
(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。	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)	(13)法人理事に自治連合会関係者を選任し、また地域広報誌も発行されるなど、地域に密着した事業運営を積極的に行なっておられました。 (14)「男の料理教室」「親子料理教室」「絵手紙教室」「手芸教室」等々、地域向けに施設を開放し地域社会に貢献することに力を入れておられました。			

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)	(15)新規利用者について、必ず体験利用する機会を作られ、利用者等が安心・納得した上で利用する体制をとっておられました。			
(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)	(16)利用者及び家族が、契約書・重要事項説明書の説明を受けたことを確認しました。成年後見人制度や地域福祉権利擁護事業等が必要と判断された場合、介護支援専門員を通じて、各関係機関と連携を取っておられました。			

(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。	A	A
(評価機関コメント)	・居宅介護支援計画に連動した個別援助計画を的確に作成されていました。定期的に評価・見直し等を実施され、必要があると判断された場合は、介護支援専門員と連携を取り、専門職の意見聴取を行い、個別援助計画に反映されていました。			

(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)	(21)日常的に介護支援専門員を通じての連携を密に行なっておられました。また地域特有の「在宅療養手帳」という仕組みがあり、個々の利用者が関係している全ての医療機関関連、介護福祉関連の情報が記載されており、連携が取りやすい仕組みがありました。			

(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。	A	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)各マニュアルを整備され、定期的に見直しをされていましたが、顧客満足度調査の実施をされておらず、これの分析結果等を反映する仕組みがありませんでした。 (24)全職員が確認しサインをする事で、確実に情報共有をおこなっておられました。			

(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)	(26)感染症対策委員会の定期開催や利用者受け入れマニュアル等により、安全なサービス提供や適切な利用者受け入れがおこなわれていました。 (27)施設内各階に、ゴミ専用のエレベーターも設置され、施設内のゴミ収集後の移動に工夫されていました。			

(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	B
(評価機関コメント)	(28)事故・緊急時対応マニュアルが整備され、定期的に避難訓練を実施されていました。 (29)事故等に関して、マニュアルに沿って報告書等を作成されていましたが、事故の再発防止等に活用されていませんでした。			

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)	(30)「ひとりひとりを大切に」という理念を大切にされ、利用者が食事メニューを選択可能な「選択食」といった仕組みを作っておられたり、ユニットデイ(個人の希望に沿ったサービス提供)の実現に向けた様々な取り組みを行なっておられました。			
(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。	B	B
		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)	(33)常に利用者及び家族の要望・意見等を聞き取るようにされていましたが、懇談会の場を定期的に設けておられませんでした。 (35)意見・要望・苦情として受付された事例を、個人情報に配慮しながら、「広報誌」「ホームページ」で公開され、事業の透明性に努めておられました。			
(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。	B	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)利用者満足度調査を実施されていませんでした。 (37)サービスの質向上委員会を設け、質向上に努めておられました。また、他のデイサービスの研修に職員が参加したり、事業所見学、意見交換等を行なう取り組みを定期的にされておりました。			