

## アドバイス・レポート

平成 22 年 12 月 6 日

平成 22 年 8 月 30 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住の江」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. 事業計画等の策定は全職員参加して非常によくされています。 (理由) 事業計画の作成に当たっては当該年度計画の達成度の評価、反省等、綿密で入念な検討、振り返りが行われ、新年度の事業計画が作られています。そのため、全職員各自が担当レベルで何をやるべきかの目標設定を行い、その進捗管理が行われています。</p> <p>2. 管理者等による全体の状況把握がよく出来ています。 (理由) 全職員の目標管理の進捗状態を年 2 回の上司面談でチェックし、目標の達成度確認や指導、見直しが行われています。又、この機会を利用して職員の悩み、相談等意思の疎通が図られ、良い関係作りの場となっています。</p> <p>3. 広範囲にわたり、地域との交流が行われています。 (理由) 町の中心地での展開で「地域にサービスを作る」、「地域社会づくりに貢献する」という考えを強く意識して活動を展開されています。その活動の一つに、四つの事業（デイサービス、グループホーム、小規模多機能、高専賃）が一体で夏祭りを実施し、介護相談ブースも設け、相談や福祉用具のアドバイスが行われています。他に幼稚園との交流や京丹後市から委託を受けた地域包括支援コーディネーター等地域に密着したサービスが実施され、地域住民に施設の理念も広く周知されています。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. 入念な事業計画が策定されていますが、中・長期の計画策定は以前に作成されていたようですが、現在行われていません。</p> <p>2. 意見・要望・苦情への対応は行われ、記録もされていますが、事業所内での対応は、利用者からの意見・要望・苦情・トラブル等の要点と対応が公開されていません。</p> <p>3. 利用者の満足度は家族との対話等で認識されていますが、満足度調査は実施されておられません。</p>
具体的なアドバイス	<p>1. 中・長期計画の策定について 目まぐるしく変化する介護の世界で 3 年先・5 年先の中・長期の計画は立て難いということも事実ですが、将来像を明確にしておくという事で、経営サイドの事業展望として職員の目標にも、励みにもなり重要な事柄だと思います。 毎年の事業計画の策定と同時に中・長期の計画も見直し、修正を加えていくのが一般的だと考えます。</p> <p>2. 意見・要望・苦情の公開 苦情等は受付票に記入し、即、対応策を検討し、相手方と上司に報告されていますが、個人情報保護に配慮しながら公開する事によって、その取組み姿勢が信頼と安心感を与え、広く地域の中で理解される施設になるものと思われます。</p> <p>3. 満足度調査の実施 介護サービスにおいては、利用者に提供するサービスの質が大変重要です。そして、そのサービスを受ける利用者や家族がどのように感じているかを知る事が更なるサービスの改善・向上につながります。満足度調査の実施により日常の接触や会話では気がつかなかった事柄が新たに発見される事もあります。 この調査を継続し統計的な管理を行うことによって、貴事業所独自のサービス提供体制がより充実すると思えます。</p> <p>○ 安全衛生委員会は現在休止していると聞いていますが、是非活動を再開して下さい。</p> <p>○ 網野町の中心街にある施設で、管理者を中心に地域に貢献するということ意識して活動しておられるのが印象に残りました。施設は面積的にはやや不自由な面もありますが、職員全員が明るく元気に利用者へ接しておられ、利用者へ喜んで貰うと云う姿勢が強く感じられました。今後もこの姿勢を崩さず続けて頂きたいと思えます。</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	2673300154
事業所名	デイサービスセンター住の江
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22年9月29日
評価機関名	NPO法人 きょうと介護保険にかかわる会

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)		・理念、運営方針は法人内に限らず広く一般にも公開され、事業計画もこの理念、運営方針を基に策定されています。		
<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	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)		・入念に策定された事業計画を基に職員全員が年度目標を設定し、進捗管理を行なっています。 ・中・長期計画は作成されていません。		
<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。	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)		・経営責任者は、強いリーダーシップを発揮し、年2回の上司面談を行なって職員との意思の疎通を図り、この機会を利用して勉強会も兼ねています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1)人材の確保・育成</b>						
		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	A
		(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> <li>採用や配置は本部中心で行なわれており、人材は充足しています。</li> <li>採用時研修はサポーターが6か月付いて指導を行なっています。</li> <li>実習生の受け入れは積極的に行なわれており、4か月先迄の受け入れ予定があります。</li> </ul>			
<b>(2)労働環境の整備</b>						
		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>労務管理は適正に行われており、福利厚生制度も活用されています。</li> <li>健康管理は産業医との契約等でストレスの解消に努めています。</li> </ul>			
<b>(3)地域との交流</b>						
		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>幼稚園との交流や夏祭り等地域との取り組みは熱心に行われています。</li> <li>京丹後市の委託を受け、独自の地域包括支援コーディネーターとなっています。</li> </ul>			

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>						
<b>(1)情報提供</b>						
		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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ホームページやパンフレットにも掲載され、見学者にも対応しています。</li> </ul>			
<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)	<ul style="list-style-type: none"> <li>重要事項説明書、利用契約書等でサービス内容や料金は明確に説明され同意が得られています。</li> </ul>			

### (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)		・個別援助計画の策定に当っては、面接記録をもとに作成された計画の見直しを行い、課題ごとに進捗管理が行われています。 ・2ヶ月に1回の網野町医療・福祉・介護調整連絡会議を活用し専門家の意見を聞いています。		

### (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。	B	A
(評価機関コメント)		・通常医師との連携はケアマネ経由になっていますが、連携や情報収集の体制は全く問題なく行われています。		

### (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、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	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)		・マニュアルは完備され、毎年見直しが実行されています。 ・利用者別のサービス計画は、ケア会議で検討しPCで管理され、職員全員が確認できる仕組みとなっています。 ・文章管理規定も制定されており、家族とは連絡ノート及び送迎時に話し合いを行っています。		

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)		・マニュアルに基づいたスタッフの勉強はしっかり行われており、利用者は毎朝手洗い、うがい、手の消毒を行っています。同時に利用者間で声掛けも行っています。 ・室内の整理・整頓は工夫が必要です。		

### (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)		研修や訓練は毎年実施されており、連絡体制や対応体制は問題ありません。発生した事故は事故報告書に記入され原因分析、再発防止の対応を行い、本部全体でこの報告書を活用しています。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<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)		・理念に盛り込まれているように一人一人を大切に、プライバシー保護に関しても日常のサービス提供で実践されています。		
<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	B
		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)		・個別援助計画の見直し時点で家族の苦情・要望を聞いています。 ・その他意見箱等により積極的に情報収集に努め対応していますが、それらの対策・改善案等は公開出来ていません。		
<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。	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)		・サービスの質の向上に関してはサービス検討会議、ケア会議等で検討したことは即実行するようにしています。 ・年に2回、本部の内部監査があり、質の評価を行っています。 ・利用者満足度調査は実施されていません。		