

様式7

アドバイス・レポート

平成22年3月5日

平成21年11月1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた有限会社ジェイズ デイサービス芳寿館につきましては、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>	<ul style="list-style-type: none"> ●アセスメントの実施と利用者・家族の希望尊重について 個別援助計画作成は原則本人参加であり、サービス利用において自分本位のサービス提供が実践されています。また画一的なサービス提供でなく、利用者個々が自分に合ったレクリエーションが選択できる「京都式選べるデイ」を取り入れることで、個別援助が実践できています。 ●事業所情報の提供について 新規利用者がサービスを利用する場合には不安が付きまとうものですが、無料体験ができることで不安解消に繋がり、利用する者とするれば安心できます。さらにはサービス利用事業所選択肢の判断材料のひとつにもなりますので今後も引き続き実践されることを願います。 ●多職種協働について 事業所利用者におけるサービス利用状況を月1回担当ケアマネジャーへ報告書として報告がされることで、各居宅介護支援事業所と情報を共有する等の連携ができています。
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●事業計画の策定と業務レベルにおける課題の設定について 事業計画は事業所及び利用者、さらには職員などサービスを受ける側、提供する側の実践指標であり、その拠りどころである事業計画書と、事業の成果を評価・検証する事業報告書がありませんでした。 (2) サービス提供に係る記録と情報の保護について 合同会議等の日々の会議録がアフターノート、職員ノートに記載されていましたが、会議録は職員への周知及び実践記録など業務の振り返りと今後のサービス提供の大切なものでありますので、今後は会議録保存のあり方等について慎重に検討願います。 ●意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善について 第三者への相談の機会の確保という点において苦情受付担当者、第三者委員の設置、掲示等がありませんでした。さらには苦情を受け付け、日々のミーティング等において周知されていますが、評価・分析がありません。又受け付けた苦情においても広報誌等への公表がありませんでした。 ●組織体制について 合同会議、職員会議への経営者の参加や年2回の面談を通じて組織体制について職員には口頭で周知されていますが、組織図、命令系統図、職務分掌に関する規定がありませんでした。

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>料亭跡を改装し、1階がデイサービスセンターで2階が認知症高齢者グループホームでの運営であり、法人の基本理念「人としての尊厳を大切に」そのままの管理者の人柄が利用者へのサービスに繋がっているのか、利用者自身も非常に明るく家庭的な雰囲気でした。</p> <ul style="list-style-type: none"> ●デイサービスの「無料体験」や「選べるデイ」など利用者の選択や個別性に焦点を当てたサービス提供をされており、今後も利用者の側に立ち、継続され、さらなる発展をさせて頂きたいと思います。 ●家庭的な雰囲気が組織としての弱みになっています。特に変動する福祉において中長期計画もなく、さらには単年度事業実践目標である事業計画が未整備でありました。事業計画はその年度の事業所におけるサービス提供の拠りどころであり、事業所の根幹をなすものであり、この事業計画に基づき、事業の達成度を確認・検証・評価があつて次年度へのさらなる発展がありますので、是非、平成22年度以降は作成することを願います。特にサービスを利用される利用者・家族にとっては事業所選択の判断材料のひとつになります。
------------------	--

※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	2672000136
事業所名	有限会社ジェイズ デイサービス芳寿館
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
訪問調査実施日	平成22年 1月21日
評価機関名	社団法人 京都社会福祉士会

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	B
	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・法人の基本理念「人としての尊厳を大切に・・・」のもと、芳寿館方針に基づきサービスの提供に努められており、職員会議においても報告されていますが、会議欠席者への周知という点が確認できませんでした。 また、利用者・家族等への理解、周知という点でも広報誌等への記載が確認出来ませんでした。 2・毎月月末に合同会議では役員、管理者、主任等各部署を代表する職員参画し、事前に職員からの容望も聞き、検討されると同時に、その合同会議の内容は職員会議において報告、協議される仕組みを会議録で確認しました。		
	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	C
	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。	B	C
	(評価機関コメント)			3・基本理念・芳寿館方針があるにも関わらず、事業運営の基本となる事業方針の策定がありませんでした。利用者、家族等への情報提供はもとより、事業所の方向性、職員の福祉サービス提供の柱となるものですので早急に作成願います。又、単年度事業の振り返りが事業報告書にあります。 4・事業計画が未整備であり、年度の進捗状況、課題達成状況を確認する材料がありません。		
(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。	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・法令集等をいつでも利用できるように職員にわかりやすい場所(事務所)に整備されています。 6・経営者も月1回の取締役会・職員会議に積極的に出席するとともに、年2回職員と評価面談を行うなど職員一人一人の意見を聞き入れる姿勢、体制があります。但し、職員からの評価・見直しという点では十分とは言えません。 7・緊急時、災害時等における緊急連絡網の整備、マニュアルは整備されています。		

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。	A	B
		(評価機関コメント)		8・採用後の介護福祉士等資格取得に向けては、公休等において配慮されています。 9・研修計画、報告書が整備されていると同時に、毎月1回施設内研修が開催され、さらには気づきを促すように毎日の「1分間スピーチ」が実施されています。又、医師である役員との年2回の面接がスーパービジョンの場になっております。 10・ヘルパー養成研修の実習が受け入れられていますが、基本姿勢の明文化はされていませんでしたし、マニュアルも整備されていません。今後整備していくということです。		
(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	B
		(評価機関コメント)		11・就業状況等を管理者等が分析、検討する仕組みがあり、育児休業も取得されています。さらには介護負担軽減のために移動式リフトを1年間モニター中であり、積極的な取組みを確認しました。 12・カウンセラー等対人援助も専門職は確保できていません。また、ハード面において非常に難しい状況ですが職員がリラックスできる環境がありませんでした。		
(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。	C	B
		(評価機関コメント)		13・広報誌を3ヶ月に1回利用者、家族、それに隣組にまで配布されています。 14・住民向けの福祉説明会に出席し、デイサービス、認知症グループホームの話、さらには管理者がキャラバンメイト(認知症サポーター養成講座講師役)を受講され、今後は多くの職員が受講することでその活動を地域広めていくことが検討されています。		

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)		広報誌にデイサービス利用時のレクリエーションにおいて「選べるデイ」を紹介したり、さらにはデイサービス利用予定者には1日無料体験を実施されており、利用記録も確認できました。		
(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)		重要事項説明書を交付し、同意書も確認できました。デイサービスとしての成年後見人等の代理人契約の実施はありませんでしたが、併設されている認知症高齢者グループホームにおいては現在2名の方が利用されており、事業所として活用を推進されています。		

(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)		17・利用前も含めて事業所独自のアセスメント様式を活用して3ヶ月に1回見直し等されています。 18・サービス担当者会議はデイサービス利用時を含めて利用者がほぼ出席されていますし、時には医師、福祉用具会社等多くの関係者も出席されています。 19・個別援助計画等の策定には医師、理学療法士等の専門職の意見などが計画に反映されています。 20・事業所内においては日々の日誌、アフターノートにより職員全員が確認できる仕組みがあり、さらには担当ケアマネジャーには月末に利用者の状況報告書を居宅介護支援事業所に送付されています。		

(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。	A	A
(評価機関コメント)		入退院時には担当ケアマネジャーからの情報収集など各関係機関との連携はできています。		

(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	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22・マニュアルは整備され、10月には見直しが行われていたが、見直し時期等の明確な明文化がされていませんでしたので整備されることをお勧め致します。 23・個人情報保護に関する研修会も施設内研修において開催されていますし、利用者の記録保管等も施錠され保管されていましたが、規定が整備されていません。 24・毎日サービス提供後のミーティングにおいて利用者状況の把握や職員の意見交換が行われています。その記録もアフターノートに摘録されています。 25・毎日の「安心ノート」において利用者の利用状況を報告したり、苦情、要望等を受付たりと日々の送迎のなかで実施されています。		

(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・感染症研修が年1回開催され、感染症に対する意識の高さがあり、受入れも原則拒否することもなく、受入れに対するマニュアルも整備されています。 27・事業所清掃も年2回業者委託され全館清掃されています。又、浴室のお湯も毎日交換と毎日のサービス提供後には次亜塩素酸を使って清掃され清潔保持に努力しています。		
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・併設のグループホームとの合同防災訓練を年2回実施すると同時に、隣組も見学を訪れるなど地域とともに実施されています。さらには与謝町と福祉避難所としての契約を結ぶなど災害に対する意識の高さを確認致しました。 29・事故報告書、ヒヤリハットの報告書を確認し、本人、家族には利用時連絡帳の「安心ノート」に記載し報告がされ、毎日のミーティング、合同会議にて再発防止に向けての報告等はありませんが、事故防止策等の定期的な見直し、評価がありませんでした。		

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)		<p>30・「人としての尊厳を大切に」の理念のもと、身体拘束禁止マニュアルの作成や認知症ケア研修の開催、さらには週1回の早朝ミーティング等において職員への周知が図られており、高齢者の尊厳等に関する事など事業所としての取り組みを確認しました。</p> <p>31・毎年3月にプライバシーの保護、人権に関する研修会が実施されています。但し、相談業務においては施設設備上、非常に難しいことですが、相談室等の工夫が必要です。</p> <p>32・認知症等が見受けられる利用者等の受け入れ拒否もなく、公平・公正になされています。</p>		
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>33・デイサービス利用者には毎日の「安心ノート」を活用され、本人及び家族の意見・要望等の受付がされ、また計画策定時を通じて利用者の意向の把握に努められています。今後は利用者懇談会等を実施されることをお勧めします。</p> <p>34・日々のサービスのなかで要望・苦情等の対応をその都度実施していますが、その改善方法等の公開が実施されていません。</p> <p>35・介護相談員の受け入れはありますが、事業所関係者以外の第三者の相談窓口、公共機関等の相談窓口の掲示がありませんでした。</p>		
(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。	A	A
		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。	A	B
		(評価機関コメント)		<p>36・年1回利用者満足度調査を実施し、その結果が合同会議において分析、検討されています。</p> <p>37・合同会議、職員会議等は毎月1回開催されていますが、他事業所の取り組み状況などはワムネットを通じてということでありました。サービス向上のためにも職員の積極的な研修会への参加が確認できませんでした。</p> <p>38・平成18年度に第三者評価を受診されていましたが、サービスの目的、進めべき方向性を示す評価結果を次年度に反映させる事業計画がありませんでした。</p>		