

# アドバイス・レポート

平成25年12月26日

## ※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

平成25年11月15日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 認知症対応型通所介護事業所やぎ詩の郷様 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

|                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特に良かった点とその理由<br>(※) | <p><b>1. 労働環境への配慮</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・毎月有給休暇取得率を把握し、検討・協議されていました。その結果、「有給休暇取得奨励月間」を設けて取得率向上に取り組まれていました。また職員の育児休暇取得実績もありました。</li> </ul> <p><b>2. 地域への貢献</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域住民を対象とした勉強会（認知症、災害など）を年1回開催し、事業所の有する機能を地域に還元されていました。</li> </ul> <p><b>3. 意見・要望・苦情の受付</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業計画に家族支援を謳い、送迎時などに家族の変化も捉えて迅速に対応できるように取り組んでおられました。</li> </ul> <p><b>4. 第三者への相談機会の確保</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内に苦情受付第三者委員の連絡先を掲示し、相談機会を確保されていました。また定期的に住民ボランティアを受入れ、利用者が相談する機会を作り、助言が得られる仕組みとなっていました。</li> </ul>                                                                                                  |
| 特に改善が望まれる点とその理由 (※) | <p><b>1. 業務レベルにおける課題の設定</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・人事・評価制度の導入や職員会議での職種毎の状況把握はされていましたが、事業計画に沿った各職種の課題の設定はされていませんでした。</li> </ul> <p><b>2. 継続的な研修・OJTの実施</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・年間研修計画に沿って研修を実施されていましたが、体系的な研修体制としては不十分でした。</li> </ul> <p><b>3. 個別援助計画等の見直し</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じて個別援助計画の見直しをされていましたが、見直しの手順を定めておられませんでした。また状況把握や評価を実施されていましたが、定期的には実施されていませんでした。</li> </ul> <p><b>4. サービス提供に係る記録と情報の保護</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス提供については適切に記録し、文書管理規程も定められていましたが、持ち出しや廃棄に関する規定を定めておられませんでした。</li> </ul> <p><b>5. 評価の実施と課題の明確化</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所の自己評価は実施されていませんでした。</li> </ul> |

|                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p><b>1. 業務レベルにおける課題の設定</b><br/>・職員会議等の場を活用して各職種毎の具体的な課題を設定し、その課題の達成状況を把握、評価を行うことで、事業計画に沿ったサービス提供が実現するのではないのでしょうか。</p> <p><b>2. 継続的な研修・OJTの実施</b><br/>・新任・中堅・指導職・管理職などの経験や職責に対応じた体系的な研修体制により継続的な研修に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3. 個別援助計画等の見直し</b><br/>・個別援助計画の見直しの手順を定めて計画に沿ったサービスを提供し、定期的に状況把握や評価、課題設定を実施することで、利用者の状況に応じた個別援助計画となるのではないのでしょうか。</p> <p><b>4. サービス提供に係る記録と情報の保護</b><br/>・文書の持ち出しや廃棄に関する規定を定めることにより、更に個人情報の保護に繋がるのではないのでしょうか。</p> <p><b>5. 評価の実施と課題の明確化</b><br/>・職員個人の人事考課による評価は実施されていますが、提供しているサービスの体制、内容、質などについて事業所の総合的な自己評価を実施さ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)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

## 評価結果対比シート

|                          |                     |
|--------------------------|---------------------|
| 事業所番号                    | 2673400046          |
| 事業所名                     | 認知症対応型通所介護事業所 やぎ詩の郷 |
| 受診メインサービス<br>(1種類のみ)     | 認知症対応型通所介護          |
| 併せて評価を受けたサービス<br>(複数記入可) |                     |
| 訪問調査実施日                  | 平成25年12月9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）及び事業所の職員全員が、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)        |     | ・事業所内に理念や方針を掲示し、職員に浸透するように取り組まれていました。また、社会福祉協議会の広報誌（年4回）に理念や方針を掲載して利用者やその家族等に周知しておられました。<br>・職員会議（毎月）に管理者が出席し、職員の意見を集約する仕組みがありました。また、処務規程で職務の内容・権限を明確にしておられました。                     |      |      |       |
| (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    | 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    | B     |
|                     | (評価機関コメント)        |     | ・「地域福祉計画」に沿った「発展強化計画（中期計画）」を策定し、単年度事業計画に反映させておられました。<br>・人事・評価制度の導入や職員会議での職種毎の状況把握はされていましたが、事業計画に沿った各職種の課題の設定はされていませんでした。                                                           |      |      |       |
| (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、いつでも職員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)        |     | ・自主点検を全職員でチェックする仕組みや法令等に関する勉強会を定期的に実施されていました。<br>・「介護技術自己評価シート」を用いて管理者と面談し、職員に助言したり意見を聞く機会を確保されていました。また法人の居宅部門課長と年1回面談し、職員の要望や意見を聞く仕組みがありました。<br>・緊急連絡網を整備し、管理者は常時連絡が取れる体制となっていました。 |      |      |       |

| 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    | 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。                                                                                                                                             | B    | B     |
|              |     | (評価機関コメント)    |    | ・資格取得のための研修会の開催や資格取得後の奨励金を設けるなど、資格取得支援に取り組まれていました。<br>・年間研修計画に沿って研修を実施されていましたが、体系的な研修体制としては不十分でした。<br>・実習受け入れはされていましたが、受け入れに関する基本を明記した文書やマニュアルはありませんでした。また実習指導者研修は行われていませんでした。 |      |       |
| (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、職員の労働環境に配慮している。                                                                                                                                        | B    | A     |
|              |     | ストレス管理        | 12 | 職員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    | B     |
|              |     | (評価機関コメント)    |    | ・毎月有給休暇取得率を把握し、検討・協議されていましたが、その結果、「有給休暇取得奨励月間」を設けて取得率向上に取り組まれていました。また職員の育児休暇取得実績もありました。<br>・職員の悩みやストレスを解消する為の相談窓口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。                                                                                                                                                           | A    | A     |
|              |     | (評価機関コメント)    |    | ・地域交流の場「サロン」や行事の案内を事業所内に掲示されていましたが、また地域の行事に利用者が参加できるように援助されていました。<br>・地域住民を対象とした勉強会（認知症、災害など）を年1回開催し、事業所の有する機能を地域に還元されていました。                                                   |      |       |

| 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 |
| 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)  | ・ホームページやパンフレット等で事業所情報を発信されていました。重要事項説明書にはサービスの内容、介護度別の料金などを分かりやすく記載されていました。また希望者に対して「お試し利用」を実施するなど、利用者の心理的側面に配慮した柔軟な対応をされていました。 |                                                   |      |       |
| (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)  | ・契約時には重要事項説明書を用いて、サービスの内容や料金、保険外サービスについて同意を得ておられました。高齢者の権利擁護に関しては、社会福祉協議会全体で迅速に対応する仕組みがあり、そのためのパンフレット等も常備されていました。               |                                                   |      |       |

### (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 | 定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。                                                         | A | B |
| (評価機関コメント)   |    | ・必要に応じて個別援助計画の見直しをされていましたが、見直しの手順を定めておられませんでした。また状況把握や評価を実施されていましたが、定期的には実施されていませんでした。 |   |   |

|            |    |                                                                                                                         |   |   |
|------------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 多職種協働      | 21 | 利用者のかかっている医師をはじめ、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) |    | ・サービス担当者会議等を通じて、各関連職種と連携を取っておられました。また関係機関等のリストを作成し、必要に応じて連携が取れる仕組みがありました。<br>・月1回、医療保健福祉ネットワーク会議に参加し、関係機関と連携を取っておられました。 |   |   |

### (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、職員に活用されている。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、利用者の家族等との情報交換を行っている。                                                                                                                                           | A | A |
| (評価機関コメント)        |    | ・業務マニュアルを整備し、年1回職員会議で職員の意見を集約し、見直しされていきました。<br>・サービス提供については適切に記録し、文書管理規程も定められていましたが、持ち出しや廃棄に関する規定を定めておられませんでした。<br>・連絡帳で利用時の状況を詳細に伝えておられました。また家族会を年1回開催し、家族等との情報共有を行う仕組みがありました。 |   |   |

### (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、職員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) |    | ・感染症対策及び予防については、最新情報入手しマニュアルに反映しておられました。また職員会議での伝達や資料配布等により、周知されていきました。<br>・事業所内は整理・整頓され、安全で安心な生活空間となっていました。また、異臭もなく、水回りなどの清潔が保たれていました。 |   |   |

### (7) 危機管理

|            |    |                                                                                                                                                                                                                                                  |   |   |
|------------|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|---|
| 事故・緊急時の対応  | 28 | 事故や緊急時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 |
| 災害発生時の対応   | 30 | 災害発生時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 |
| (評価機関コメント) |    | ・事故や緊急時におけるマニュアルを整備し、年1回緊急時における実践的な訓練（誤嚥、窒息等）をされていきました。<br>・発生した事故やヒヤリハットは報告書を作成し、職員会議で分析検討しておられました。また事故やヒヤリハット等は、法人の第三者委員会で集約、検討して再発防止に取り組まれていました。<br>・災害発生時マニュアルを作成し、年2回訓練を実施されていきました。また有事の際には「南丹市災害ボランティアセンター運営マニュアル」に沿って地域と連携できる仕組みとなっていました。 |   |   |

| 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 |
| Ⅳ利用者保護の観点 |                       |                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |      |       |
|           | (1) 利用者保護             |                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |      |       |
|           | 人権等の尊重                | 31                                                                                                                                                                                                                   | 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            | 32                                                                                                                                                                                                                   | 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              | 33                                                                                                                                                                                                                   | 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)            | ・身体拘束・高齢者虐待防止プライバシー保護・個人情報保護マニュアルを整備し、年1回研修会を実施して高齢者の尊厳等に配慮したサービス提供をしておられました。<br>・原則として断らない「NOと言わない社協」を掲げ、可能な限り受け入れる体制を整えておられました。                                                                                    |                                                         |      |      |       |
|           | (2) 意見・要望・苦情への対応      |                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |      |       |
|           | 意見・要望・苦情の受付           | 34                                                                                                                                                                                                                   | 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 | 35                                                                                                                                                                                                                   | 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てている。            | B    | B    |       |
|           | 第三者への相談機会の確保          | 36                                                                                                                                                                                                                   | 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    |       |
|           | (評価機関コメント)            | ・事業計画に家族支援を謳い、送迎時などに家族の変化も捉えて迅速に対応できるように取り組んでおられました。<br>・意見・要望・苦情等に迅速に対応し、サービス提供に繋げておられましたが、その対応や改善状況については公開されていませんでした。<br>・事業所内に苦情受付第三者委員の連絡先を掲示し、相談機会を確保されていました。また定期的に住民ボランティアを受入れ、利用者が相談する機会を作り、助言が得られる仕組みがありました。 |                                                         |      |      |       |
|           | (3) 質の向上に係る取組         |                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |      |      |       |
|           | 利用者満足度の向上の取組み         | 37                                                                                                                                                                                                                   | 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    |       |
|           | 質の向上に対する検討体制          | 38                                                                                                                                                                                                                   | 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職員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          | 39                                                                                                                                                                                                                   | 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)            | ・「やぎ詩の郷ご利用アンケート」用紙を作成し今年度から実施する計画がありますが、利用者満足度調査は実施されていませんでした。<br>・毎月の職員会議や社協発展強化プロジェクト会議で業務改善や職員の意識改革に努め、サービスの質の向上に取り組まれました。<br>・事業所の自己評価は実施されていませんでした。                                                             |                                                         |      |      |       |