

様式 7

アドバイス・レポート

平成20年12月25日

平成20年10月24日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた久美浜デイサービスセンターにつきましては、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>1. 事業計画に基づき、スタッフが個々に目標を設定して取り組む体制が出来ており実行されています。 (理由) ・理念に基づき組織体制が非常に良く出来ており、室長とスタッフは定期的にヒアリングを行い、個々の意見が反映され信頼関係が確立されています。</p> <p>2. 職場環境が非常によく、介護の質を高めています。 (理由) ・全員常勤で専任として待遇されています。 ・サービスに伴う記録・書類の整理方法が抜本的に見直しされ、残業等が解消された結果、心身のゆとりを生み出しています。</p> <p>3. スタッフの研修の機会が保障されています。 (理由) ・新規採用時は「資格」より、人間的な面を重視し、必要な研修を受講出来る仕組みが出来ています。 ・危機管理に対応できるよう現在4人のスタッフが「上級救命講習」を受講終了されています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>1. 法人として苦情の解決処理のため、現場での対応責任者以外に「第三者又は公的機関」の窓口紹介を重要事項説明書に明記されること、及び「第三者委員」の設置を早急にご検討下さい。 (理由) 社会福祉法第82条に社会福祉事業者による苦情の解決が規定されています。(社会福祉事業の経営者は、常にその提供する福祉サービスについて、利用者等かの苦情の適切な解決に努めなければならない)。これを受けて、厚労省の通知により、現場での苦情受け付け担当者・苦情解決責任者を置く事。さらに苦情解決の社会性・客観性を確保するための「第三者委員」の設置等が示されています。 ・現在事業所内で、非常に効率良く介護サービスが行われていますが、「第三者」の存在は適度な緊張感と、介護の質の向上のための一助にもなります。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>・利用者との連絡帳には特に問題のある点のみ記入し、出来るだけ送迎時に家族と直接話し合っている」とのことですが、認知症の方の場合は、デイサービスでの具体的な様子等を連絡帳に記載するなど、家族の立場を配慮されては如何でしょうか。</p> <p>・庭先に家庭菜園を作り、収穫されたものを一緒に頂く等「楽しみ」と「自立支援」の効果が出ているようです。今後もさらにご活用下さい。</p> <p>・室長のリーダーシップとスタッフとの良い関係が、事業所全体を非常に明るく申し分ない環境を作り出しています。今後もこの状態が継続し、利用者にとって良い事業所になることを期待しています。</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

(審査委員会用)

事業所番号	2672400021
事業所名	久美浜デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	指定通所介護事業所
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	介護予防通所介護事業所
訪問調査実施日	平成 20年 11月 12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

I 介護サービスの基本方針と組織

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	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)		・理念は簡潔で全員に浸透し実務にも活かされています。 ・業務ごとに責任者が配置されており、責任者に権限が委譲され業務が効率よく行われています。 ・組織体制は非常に良くできており、定期的に年2回室長とスタッフが個々のヒアリングが行われておりスタッフの意見が反映されています。			
		(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	A	
	(評価機関コメント)			・アンケートは昨年実施され、その結果は業務に良く反映されています。 ・スタッフ全員が個々に目標をたて、具体的課題として取り組む体制が取られています。室長はその課題遂行を良く見守り、良い効果を上げられています。			
	(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)		・室長は事業の運営基準を始め、各種関係通達・最新情報等をキャッチして、スタッフに文書を手渡しされています。 ・昨年は『ジョブ・モチベーション・サーベイ』（目的達成のための意欲調査）を実施されるなど、室長は信頼できるリーダーとして活躍されています。また、スタッフに常に具体的な指示を与え、全体の把握が出来る仕組みが来ています。			

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	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 新規採用に関しては「資格」より人間性を重視し、介護に必要な資格は採用後積極的に資格取得支援がされています。但し年齢の高い人は「資格」を配慮されています。 清掃担当者以外は全員専任・常勤であるという恵まれた条件であり、トレーナー制度を設け、積極的に自己研鑽・向上の研修が行われる制度があり、室長が直接指導しなくても、トレーナーが指導を行い、結果として全員が成長する体制が出来ています。 介護実習指導は、高校生(久美浜高校に福祉科がある)に限らず医師の実習も行われています。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> 従来の記録・書類整理の方法を抜本的に見直し、残業(含サービス残業)は解消され、所定の時間内で業務処理出来る体制になっています。 スタッフの業務上の悩みはカウンセラー等を配置するまでもなく、室長が実質的な役割を果たされています。また、休憩場所が整備されていて、心身を休める条件は整っています。 		
(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。	B	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)		『デイサービスは、本来自宅で生活している利用者がデイサービスセンターに通い、食事・入浴の提供や機能訓練などを受ける施設である。』との理由で、チェック項目「利用者が地域の行事や活動に参加する際、職員・ボランティアが援助を行う体制が整っている」に疑問のご意見は傾聴しました。利用者が参加希望される場合は、デイサービスを休んで、自宅から参加出来ることが望ましいと思います。事業所としての地域との関わりは、「キャラバンメイト」「介護よろず相談」等地域にむけて積極的に協力されています。		

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)		現在パンフレット・ホームページはリニューアル・工事中であるが、従来のパンフレットでも情報が判り易く書かれています。			
(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)		サービス利用に際し、家族に十分な説明が来ています。			
(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)		・利用者は、入院治療を終えて退院後のケースが多く、主治医、ケアマネ等の連携は良くできており、個別援助計画も利用者、家族の希望は十分に受け止められています。 ・サービス担当者会議には必ず出席し、個別援助計画の見直しは、定期以外にも、利用者の状態の変化に応じて行われています。			
(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)		久美浜病院が隣接しているため、医療、リハビリ、口腔衛生、カウンセリングなど必要に応じて協力が得られています。			

(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)		・マニュアルは全てオリジナルで利用しやすく作成されています。 ・記録は見直しにより、無駄のないよう作成され、管理も十分に出来ています。家族との連絡ノートも変化のある時に適切に記載し、送迎時に家族と直接会話することで情報が適切に伝えられています。 ・利用者の個々の情報は、介護チームが主となり、組織的に職員間で共有しています。		

(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)		・感染症のある利用者は、デイサービスを休み他の利用者への感染を防止を心掛けてられます。 ・室内の清掃は、スタッフが行わず、嘱託で専門清掃員に衛生管理に重点を置き、スタッフは清掃以外の衛生面に注意を向けるような体制になっています。		

(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)		・スタッフの中に、看護師を含め上級救命講習修了者が4名おり、事故・救急時に備えておられます。ヒヤリハットに対しては、データを集め、その対策検討が十分に出来ています。		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者のプライバシーを守るため、浴室・脱衣場のカーテンにも、雰囲気を壊さない工夫するなど、「利用者の尊厳…」の理念が日常に細かく活かされており。 ・利用者の受け入れは必要であれば重度（介護度5）の場合でも受け入れられ拒否されたことはないようです。 		
(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。	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。	B	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。	C	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の苦情等意見は迅速に対応され、サービス担当者会議で情報を共有されています。また、「苦情」の中にはわがまま的な意見、職員との単なる口喧嘩もあり、職員が日常業務の中で解決されています。 ・対応結果は当事者に報告され、依頼があれば公開する体制ができています。 ・『第三者又は公的機関の相談窓口』の情報を重要事項説明書・契約書に記載することは問題があるとの意見ですが、窓口で『第三者又は公的機関の相談窓口』のパンフレットを置いて渡す等されることをお奨めします。 		
(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。	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。	B	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・介護の質の向上のための取組として、体制の見直しをはじめ、昨年末には利用者の満足度の把握のためアンケートを実施し業務改善に役立てられています。また、2ヶ月毎に全職員の定例会議に積極的に参加できる仕組みができています。「第三者評価」を受診することは、質の向上の努力目標の基本であり、同じ法人で、事業所別に19年度2ヶ所、20年度2ヶ所受診されている現状を高く評価いたします。 		