

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 5 月 24 日

平成 22 年 2 月 20 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（城陽市立東部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

特に良かった点と その理由(※)	<p>【通番 9】 継続的な研修・OJT の実施</p> <p>法人で行われる研修と事業所独自で行われる研修が計画的に行われています。新人と中堅職員とにわけ教育訓練計画を立てられ、段階に合わせた職員の育成に取り組んでいます。特に新入職員には 3 ヶ月間は指導担当者を決め、その上にスーパーバイザーを設置し 1 カ月ごとに目標を立てて、実施と評価を繰り返しながら丁寧な指導を行っています。</p> <p>【通番 24】 職員間の情報共有</p> <p>毎日複数の職員で話し合いながら記録を行い、同時に申し送り日誌を記録し、その日に出勤していない職員にも伝わるように工夫することで情報の共有が図られています。モニタリングや月々の利用状況報告の記載のためのカンファレンスにおいても多職種で話し合われるため、情報を共有する有意義な場となっています。</p>
---------------------	--

	<p>【通番 3 6、3 7】利用者満足度の向上の取組み、質の向上に対する検討体制</p> <p>年に1度の利用者満足度アンケート結果は集計し、その内容を会議で検討し必要に応じて対応策を立てています。アンケート結果や対策について利用者家族に配布するだけでなく、事業所内に掲示し公開されています。また、ISO 9001を取得し、品質マネジメントシステム委員会を立ち上げ、定期的に質の向上を図るための検討を行っています。更に年に2回内部監査を実施し、サービスの評価を行い質の向上のために取り組んでいます。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>【通番 3】事業計画等の策定</p> <p>前年度の事業計画を振り返ったうえで、毎年度の事業計画を策定しています。単年度では達成できない目標については、ビジョンを持ち複数年かけて達成しているものもありますが、明文化された中・長期計画は立てられていません。</p> <p>【通番 1 0】実習生の受け入れ</p> <p>介護職のための実習の受け入れはありませんが、教員免許取得等のための介護体験や福祉体験を受け入れています。体験の受け入れのマニュアルはありますが指導者に対する研修は行えていません。</p> <p>【通番 2 3】サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>時間を追って提供されたサービスにチェックを入れ、介護計画の実施についてもわかるように記録されてい</p>

	<p>ますが、日々の楽しまれている様子についての記録はやや少ない状況です。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>【通番 3】 事業計画等の策定</p> <p>中・長期に向けてのビジョンを持たれているので、達成時期を定め明確化されてはいかがでしょうか。職員一人ひとりの意識付けや達成感にもつながるのではないのでしょうか。</p> <p>【通番 10】 実習生の受け入れ</p> <p>法人が大きく多様に渡るサービスを提供されていることもあり、実習担当者研修を受けられた他施設の職員による勉強会やその職員からの情報をもとに事業所の担当者のための勉強会を開催されてはいかがでしょうか。</p> <p>【通番 23】 サービス提供に係る記録と情報の保護</p> <p>サービス提供内容と共にその時の利用者の喜ばれたり楽しまれたりした様子を記録に残されることで、サービスの評価時の振り返りや今後のサービス提供に活かされることもできるのではないのでしょうか。</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)

評価結果対比シート

事業所番号	2672800162
事業所名	城陽市立東部デイサービスセンター
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・認知症対応型通所介護・介護予防 認知症対応型通所介護・居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成22年3月31日
評価機関名	特定非営利活動法人市民生活総合サポートセンター

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)		法人の理念である「おもいやりの心」の基経営理念、基本方針が明確になっており、職員は入職時の研修でその内容について周知している。また、事業所の入り口に掲示するとともに、法人の機関紙に載せたり、職員の名札の裏に入れて携帯し常に意識しサービスを提供できるように取り組んでいる。月々に行われる運営会議、全体会議、フロア会議でそれぞれの意見が反映できるような仕組みがあり、重要な案件については年に2回開催される理事会により決定されている。			
(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。	B	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)		前年度の事業計画を振り返ったうえで、フロア会議や全体会議で職員の意見を取りまとめ事業計画を策定している。単年度では達成できない目標については、ビジョンを持ち複数年かけて達成しているものもあるが、明文化された中・長期計画は立てられていない。毎年度の事業計画に基づき目標に向けて毎月どのような経過であるかをチェックし、6か月に1回評価を行っている。また、評価の結果見直しを行っている。			
(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)		法人や事業所の研修計画が立てられており、毎年法令遵守についての研修を行っている。組織職務分掌権限規定により経営者から副主任までの役割と権限を明文化し、リーダーシップが発揮されている。全職員が6か月に1回力量評価を行い、管理者も同様に自己評価や内部監査を行いリーダーシップが発揮されているか振り返る機会を作っている。フロアと事務所との壁がなく、事務所からフロアが見渡せるオープンな造りとなっていることもあり、速やかに報告しやすく常に現場を把握しやすい環境である。報告書や業務報告書を整備し適切な報告がなされるような仕組みもあり、緊急時にはスムーズに連絡・報告できるようフローチャートを作り事務所に置かれている。			

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。	B	B
		(評価機関コメント)		採用時には介護福祉士などの有資格者を優先しているが、ヘルパー2級の職員もおり入職後資格取得のための勉強会の開催や研修に行けるように配慮している。毎月人員の配置をチェックし時間外勤務についても把握している。新人と中堅職員とにわけ教育訓練計画を立て、それに沿った研修を行っている。新入職員には3ヶ月間は指導担当者を決め、その上にスーパーバイザーを設置し、1カ月ごとに目標を持って職員の育成に取り組んでいる。介護職のための実習の受け入れはないが、教員免許取得等のための介護体験や福祉体験を受け入れている。体験の受け入れのマニュアルはあるが指導者に対する研修は行っていない。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		人員の適切な配置を行い、職員が偏ることなく有給休暇を取れるよう配慮している。時間外勤務の状況を把握したり育児休暇等は適切に取得できるような仕組みが確立されている。法人は共済会に加入し福利厚生制度を整備している。法人が医療法人でもあり、メンタルサポートがあり心療内科の受診が可能である。日頃より会議の場で職員は意見が言いやすく、管理者は年に1回個人面談を行い個々の思いや意見を聞く機会がある。		
(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。	C	A
		(評価機関コメント)		法人の見やすいホームページがあり、機関紙やパンフレットにも事業所の運営理念や方針を掲載している。地域のコミュニティセンターの広報誌などを事業所に置き、利用者がいつでも見たり持ち帰れるようにし地域の情報を利用者に提供している。事業所の休日はなく、365日7時30分から19時までのサービスや認知症対応型デイサービスは地域にはないため、地域のニーズに応えることができるよう徐々に定員を増やすことなどに取り組んできている。地域の自治会の依頼で認知症対応型デイサービスについて話をする機会が設けられ、事業所や認知症についての理解を深めるための取り組みとなった。今後、ボランティアによる華道教室を地域の方々にも開放していきたいと考えている。		

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は文字が大きく写真も載せ、事業所の様子等の情報がわかりやすいものとなっている。随時問い合わせや見学を受け入れ月に1~2件程の見学がある。		
(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)		重要事項説明書及び別紙を作成し料金やその計算の方法についてわかりやすく説明している。また、介護度が変わったり料金の変更がみられる際には、その都度説明を行っている。		

(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)		法人の通所介護の部会でアセスメントから介護計画、モニタリングのための記録などの様式が決められている。サービス担当者会議に出席し、それぞれの職種や担当者から意見を聞き、居宅介護計画書に基づきアセスメントを行い通所介護計画が立案されている。6か月に1度モニタリングのための会議を開き、生活相談員や看護師、介護職等が出席し計画評価レビュー検証シートに沿って課題ごとに見直しを行っている。通所介護計画の変更が必要ない場合は1年ごとの更新を行い、介護度の区分が変わったり状況の変化に応じての随時の見直しもしている。		
(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)		入院時及び退院時など介護支援専門員と連携を図り担当者会議に出席したり、市の高齢福祉課と密に連絡を取り合うなど連携体制が確立されている。		
(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。	B	A
(評価機関コメント)		法人で統一して作られた通所介護の介護業務手順書が整備されており、朝の出勤時から業務終了までの業務に合わせて細かな具体的な手順書が作成され、年度末には必ず見直しを行っている。職員の入職時にはそれに沿って指導を行い、いつでも確認できるように事務所のキャビネットに置かれている。時間を追って提供されたサービスにチェックを入れ、介護計画の実施についてもわかるように記録されている。状態の変化や特記事項についての記録は詳細に書かれているが、日々の楽しまれている様子についての記録は十分ではありません。また、毎日複数の職員で話し合いながら記録を行い、同時に申し送り日誌を記録し、その日に出勤していない職員にも伝わるように工夫することで情報の共有が図られている。モニタリングや月々の利用状況報告の記載のためのカンファレンスにおいても多職種で話し合われるため、情報を共有する場となっている。利用時の連絡帳や送迎時に直接家族と話し、利用時の状況を伝え、毎月写真入りの便りを作成し様々な連絡事項の情報を提供している。		
(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)		感染症マニュアルを整備し、毎年度の研修計画の中にも組み込まれ職員に周知している。新型インフルエンザや流行りの感染症にも速やかに情報を収集し適切に対応されている。センターに到着時には手指消毒と、うがいの励行を徹底している。一部業務委託しているが、毎日の清掃はチェック表を用いて行っている。		

(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)		緊急時や災害時のマニュアルが整備されており、毎年の研修や年に2回の防災訓練を実施している。利用者の疾患に合わせた急変を想定した研修を行ったり、地域の消防団に来てもらい連携体制も整え具体的な対応が考えられている。また、事故やヒヤリハット事例についてはコールバック報告書として、その経過や対応、原因分析、再発防止にいたるまで検討し、家族への報告が記録されている。更に対応策について3か月後に検証する仕組みも整っている。毎月の会議で原因分析したり対応策、検証など職員で話し合い情報共有されている。骨折等の重大な事故の場合は速やかに保険者に報告している。			
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)		事業所の品質方針にて利用者の尊厳を保持することが謳われ、接遇や身体拘束の禁止、権利擁護、虐待についての研修の中で職員に周知したり職員間で話し合う機会を設けている。プライバシーについてもマニュアルに記入されており、排泄の誘導時には大きな声ではなく、直接的な言葉を避けるよう配慮している。さりげない見守りや入浴時の同性介助にも気を配っている。サービス利用の申し込みに関しては遠方であること以外では断ることなく、受け付けている。定員等によりすぐにサービスが受けられない時などは介護支援専門員と連携を図り適切に支援している。			
(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。	A	A	
	(評価機関コメント)		日々の連絡帳や送迎時のコミュニケーションに加え、年に1度の家族会の開催や利用者満足度アンケートを行っている。アンケートの結果トイレの一部をウォシュレットにしたり、食事についての意見を給食会議で検討し徐々に改善できるように取り組んでいる。相談や苦情窓口については、重要事項説明書に載せ利用契約時に説明していると共に事業所内に掲示している。また、介護相談員の受け入れを行い毎月利用者の声を聞いてもらっている。			
(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)		年に1度の利用者満足度アンケート結果は集計し、その内容を会議で検討を行い必要に応じて対応策を立てている。アンケート結果や対策について利用者家族に配布するだけでなく、事業所内に掲示し公開されている。ISO9001を取得し、品質マネジメントシステム委員会を立ち上げ、定期的に質の向上のための検討を行っている。また年に2回内部監査を実施し、サービスの評価を行い質の向上のために取り組んでいる。			