

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 23 年 12 月 15 日

平成 23 年 7 月 27 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 すまいる 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  
 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>( 3 ) 通番 20 個別援助計画等の見直し        個人別の介護記録によると、個別援助計画は利用者の状況の変化に応じて、適切に見直され、適宜、変更が加えられていました。</p> <p>( 7 ) 通番 28・29        事故・緊急時等の対応、事故の再発防止等        事故・緊急時対応マニュアルは、ビジュアルで分かりやすく表現されていました。また、事故・ヒヤリハット報告書は、事故の発生原因や反省の追及だけでなく、再発防止へ向けた記述を心がけていました。        防災訓練は、毎年 2 回実施されていました。</p> <p>- ( 2 ) 通番 32        サービス利用者の受入れは、介護支援専門員から要請があれば、すべて受け入れる体制がありました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由( )</p>	<p>( 1 ) 通番 9 継続的な研修・OJTの実施        職員の気づきを促し、助言が行われる仕組みが不十分でした。</p> <p>( 3 ) 通番 13 地域への情報公開        地域への積極的な情報提供や働きかけが不十分でした。</p> <p>( 3 ) 通番 36 利用者満足度の向上の取組み        利用者満足度を把握するためのアンケート調査が実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p><b>個人別の課題の設定</b> 日常のサービス提供活動から生じる諸問題をもとに、個人別に課題（テーマ）を設定し、問題の明確化、対策の検討、実行したことを上司が面談等を通してフォローする仕組みづくりを構築されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>地域への情報公開</b> 約束したサービス内容が確実に行われ、職員の対応が良いなど、事業所が有する優位性を、ホームページや広報紙等地域への広報活動に、今以上の働きかけを工夫されてはいかがでしょうか。</p> <p><b>定期的なアンケートの実施</b> 利用者満足度調査（アンケート）の実施に当たっては、送迎、入浴、食事等テーマを絞って、できるだけ具体的な質問をするなど、課題や対策が検討できるように工夫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)

## 評価結果対比シート

事業所番号	2672800188
事業所名	高齢者デイサービスセンター すまいる
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)	居宅介護支援
訪問調査実施日	平成23年11月18日
評価機関名	NPO法人京都ビジネス・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
<b>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。	C	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		法人としての理念及び事業所の運営方針は明文化されていましたが、職員全体や利用者・家族へ深く浸透するような積極的な取組みが見られませんでした。組織の意思決定は、毎月2回開催される定例会議で行われていました。組織図はありましたが、職務権限規定がなく、現場職員に対する権限委譲が不明確でした。			
<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。	C	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		単年度の事業計画の達成状況は半期ごとに見直され、次期の課題設定に活かされていましたが、中長期の計画が明確ではありませんでした。業務レベルの課題も設定され、毎月反省会を行い、その結果をもとに次月の目標を設定していました。ただ、課題の共有化が、不十分でした。			
<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組みを行っている。	C	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。	C	B	
	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		遵守すべき法令等は整備され、重点項目は研修等で徹底が図られていました。運営管理者は、サービス提供状況を見守り、必要に応じて的確な指示をされていましたが、職員への浸透という点でフォローが不十分でした。			

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
<b>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。	C	B
		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。	B	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。	C	A
		(評価機関コメント)		職員採用などは、本部で適切に行われていましたが、日常の人事管理が不十分でした。採用時の研修をはじめ、各種の研修は計画的に実施されていましたが、OJTに関しては、責任者による計画的な指導がなされていませんでした。介護福祉士の受験対策講座は、外部者へも解放されていました。実習生は要請に応じて受け入れていました。		
<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。	B	B
		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。	C	B
		(評価機関コメント)		職員へのヒヤリングの結果、所定内の有給休暇は取得しやすく、時間外労働も少ないとのことでした。職員が適切に休憩するための、設備や広さを備えた場所が確保されていませんでした。パート従業員に対する福利厚生制度が不十分でした。		
<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。	C	B
		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)		ホームページは整備されていましたが、「学園だより」などの事業所に関する情報は来場者に配布されるだけで、地域への積極的な広報や働きかけが、なされていませんでした。居宅介護支援事業その他の機能と共に、地域福祉支援センターとして貢献していましたが、地域の福祉ニーズの把握が不十分でした。		

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
<b>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。	B	B
		(評価機関コメント)		デイサービスについて、無料体験サービスなどを通じて情報提供に努めておられましたが、パンフレットは、具体的な情報量が不足していました。また、施設内の情報掲示も少なく、訪問者に対する情報提供を工夫されると良いでしょう。		
<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。	B	A
		(評価機関コメント)		契約時には、契約書や重要事項説明書に基づき丁寧に説明し、アンケートでは、8割以上の方から、判り易かったとの感想がありました。重要事項説明書等には、利用者や家族の同意の署名・捺印があり、また、判断能力に支障があると思われる利用者場合には、代理人による署名・捺印がありました。		

### (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。	B	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。	B	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		個人別の介護記録簿によると、入所時にくわしいアセスメントを行い、その後は、定期的又は必要に応じてモニタリングを行い、個別援助計画の見直しが行われていました。介護記録には、来所時の体調や提供サービスの内容だけでなく、家族の要望・苦情等や、関係専門家との情報交換など、きめ細かく記録されていました。		

### (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)		利用者一人ひとりのかかりつけ医との連携がとれる体制にありました。また、地域包括支援センターを始め関係機関と必要に応じて連携をとっておられました。		

### (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、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。	C	B
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。	C	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。	C	B
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	B
(評価機関コメント)		個々のサービスについて業務マニュアルが一応整備されていますが、職員の活用が少ないため、写真の活用等、視覚的な表現を検討中とのことでした。個々の記録は、大変きめ細かく良く記録されていました。記録の保管から廃棄へいたる文書管理規定がありませんでした。情報共有には、連絡ノートの記録が主になっており、意見交換の機会が不十分でした。送迎時には家族と情報交換を行っておられましたが、定期的に家族の方と面接する仕組みがありませんでした。		

### (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、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。	C	B
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。	C	A
(評価機関コメント)		感染症予防についてはマニュアルも整備されましたが、感染症の罹患者を積極的に受入れる仕組みが見られませんでした。居宅介護支援事業所では、自らが媒介者になる危険性があるとの認識に欠けていました。施設内は、特有の臭気もなく、整理清掃・消毒等について、細かな配慮がうかがえました。		

### (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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		事故・緊急時対応マニュアルは、分かり易く整備されていました。、法人として地域との連携をとり、防災訓練は、毎年2回、実施されていました。事故報告書等は、事故原因の分析だけでなく、再発防止に重点を置いた記述を心がけていました。		

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
<b>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。	B	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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント)		利用者の人権尊重、プライバシーの保護が法人全体の共通した理念になっており、利用者アンケートからも、満足度の高い評価が得られていることが窺われました。サービス利用者の受入れは、介護支援専門員からの要請があれば、すべて受け入れる体制がありました。		
<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。	C	B
		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てている。	C	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。	B	A
		(評価機関コメント)		家族との交流は、送迎時が中心で、苦情や要望を積極的に汲み上げる仕組みがありませんでした。また、苦情・要望等は連絡ノートに記載されていますが、職員全員で解決策を検討する仕組みが不十分でした。第三者機関の相談窓口は重要事項説明書に記載されると共に、説明もされていました。		
<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てている。	C	C
		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。	C	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。	B	B
		(評価機関コメント)		利用者の満足度調査アンケートは、ここ数年、実施されていませんでした。サービス内容について、個々に話し合うとのことでしたが、全般的にサービスの質の向上について、全員で話し合っ、改善に取組む仕組みが不十分でした。		