

様式 7

アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 22 日

平成 22 年 1 月 14 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（西七条デイサービスセンター）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

<p>特に良かった点と その理由(※)</p>	<p>1) 理念・方針の周知と実践 施設長が法人理念や施設の方針・介護観を、面談等を通じて職員一人ひとりに時間をかけて分かりやすく伝えており、必要な場合には随時施設内のメールにて職員全員に伝えるなど、施設長を中心に職員全体の目指す方向性が統一されました。それに基づいた事業計画も、より具体的な内容が立案され、半期ごとに進捗状況や達成度を検証・見直しして、次期計画の立案を職員とともに進めており、そのことが職員のモチベーションアップにもつながっていると感じられました。</p> <p>2) 居住空間改善への積極的な取り組み 廊下とデイルームが一体的になっていた空間に壁を設置し、照明や壁紙等も質感のある、落ち着いた感じられるものに改修し、機能性や清潔感に加えプライバシーの面でも快適な空間を提供されていました。利用者にとって、より快適な居住空間とは何かを考え、既存設備の改善を積極的に行われていました。また、吸煙機の設置やごみ処理の方法を工夫するなど臭気対策にも取り組んでおられ、利用者が不快と感じる部分の改善への努力が見られました。</p> <p>3) 利用者の意向を踏まえた質の向上の取り組み 利用者満足度のアンケートを年 1 回定期的に実施し、その調査内容や意見箱の苦情・要望を、サービスの提供に活かすべく各種会議で検討・実施するなど、積極的にサービスの質の向上に取り組まれていました。また、調査結果や苦情・要望に対する回答や、その改善状況についてもホームページへの掲載や事業所内に掲示するなど、情報開示にも積極的に取り組まれていました。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1) アセスメントの充実 アセスメントについて、様式を改善し、利用者一人ひとりの状況に応じた定期的な見直しも実施されていますが、職員個々の経験やスキルの違いによって、状況把握や記述内容にばらつきが見られました。</p> <p>2) ストレス管理への配慮 労働環境について、リフレッシュ休暇制度の導入や有給休暇取得率の高さなど職員への負担軽減の取り組みは行われていますが、ストレス管理については、施設長が職員に対して声をかけておられるものの職員の悩みや不満を十分に汲み取りやすい環境とは言えず、法人が契約する外部団体によるカウンセリングもあまり活用されていないようでした。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保 第三者への相談機会の確保として、法人内に専門職から選任された第三者委員を設置して連絡先を明示し、委員会も定期的開催され、また地域のボランティアも積極的に受け入れています。介護相談員など外部からの第三者的な立場での相談機関の受け入れは現在行われていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1) アセスメントの充実 専門職種との連携を密に図りつつ、現在ケアマネジメントの一連の流れを一つ一つ見直し、改善に向けて取り組まれているところであり、今後、事業所内の勉強会や法人のスケールメリットを活かした研修を充実させるなどして職員個々のスキルアップを図るとともに、職員間の情報の共有を深める工夫をされてはいかがでしょうか。アセスメントが充実することで、サービス計画にも反映・落とし込みができ、さらに充実すると思われれます。</p> <p>2) ストレス管理への配慮 ストレス管理は、バーンアウトの防止など職場のメンタルヘルスの充実のために、また優秀な人材を継続的に確保していく上でも今後さらに重要な課題になってくると思われれます。施設長を中心に組織がうまく機能しているので、今のところ特段の必要性は少ないかも知れませんが、ストレスや疲労に早期に対処できるよう、メンタルヘルスに関する勉強会を開催したり、スーパービジョンの体制を整備するなど職員側からいつでも相談のできる環境作りにも取り組まれてはいかがでしょうか。</p> <p>3) 第三者への相談機会の確保 施設の方針として、日常的に利用者との関わりを丁寧に行っており、相談窓口や第三者委員の連絡先の明示、定期的な利用者アンケートの実施など、利用者の思いや意見を汲み取る体制は整備されていますが、利用者の立場からは体制が整えられていても自ら進んで相談していくことは少ないのではないかと思います。介護相談員に限らず、たとえば地域住民や職員OBに働きかけて来てもらったり、法人の第三者委員に定期的に訪問してもらうなど、利用者にとってより身近で相談しやすい環境を工夫されれば、施設での取り組みがより充実していくと思われれます。</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

事業所番号	2670400205
事業所名	西七条デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	(介護予防)通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入 可)	介護老人福祉施設、居宅介護支援、 (介護予防)短期入所生活介護
訪問調査実施日	平成22年1月29日
評価機関名	特定非営利法人 京都市老人福祉施設協議会事業セン 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)		1.理念・方針は施設内およびホームページにわかりやすく記載されており、ケア向上委員会において理念に沿ったサービス提供を心がけておられます。また、施設長が職員一人ひとりと時間をかけて面談し、組織の理念・方針を伝えておられます。介護者教室等の機会にも理念・方針を伝えるようにされていますが、参加はあまり多くなく機関紙による周知が主になっています。 2.理事会・評議員会など法人の会議は規模が大きいこともあり数多く開催されています。施設内の会議は全体会議が年2回、実質的な決定会議である役職者による運営会議は毎月開催されています。		
(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)		3・4.事業計画については半期毎に立案し、達成状況を確認してその結果を次期の計画に反映されています。また、計画の内容についても現場職員の意見を反映して作成されており、具体的な内容のため職員も達成感を感じているようでした。		
(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.管理者は法令遵守の観点から集団指導に参加するとともに、把握すべき法令についてワムネット等より収集し配布しておられますが、様々な場面で、どの法律に基づくのかを職員に分かりやすく明示したほうが、さらに理解が深められると思われます。 6・7.施設長が職員一人ひとりに年2回ヒアリングを実施し、理念・方針を直接伝えておられます。また、24時間365日いつでも施設長が連絡の取れる環境にあり、伝達事項等についても随時施設内メールにより全職員に指示を送れる体制が築かれています。
--	------------	--

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	A
(評価機関コメント)		8.法人共通で採用基準が明文化されており、その基準に則して職員を採用されています。採用は有資格者に限定されており、ホームヘルパー以上の資格が最低条件となっています。人員配置や有資格者の比率は施設長が毎月把握されています。資格取得についても祝い金が支給され、試験日や実務研修などは職務免除となっており、取得後は基本給が上がる給与体系になっています。 9.研修制度は法人・施設の二本立てになっており、年間の研修計画に基づいて新人・中堅など体系的に実施されています。また、職員による自主的な勉強会が積極的に開催されており、参加者も多いとのことでした。 10.実習生の受け入れに関しては、体制改革をされ、専任の相談員を配置することで窓口からプログラムまで対応を統一化し、数多くの実習生を受け入れられています。		

(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)		11.労働環境については、有給休暇以外にリフレッシュ休暇を毎月1日付与されており、有給休暇の取得に関しても、職員からのヒアリングでも取得しやすい環境のようでした。また、職員の負担軽減のため生理学に基づく介護方法を取り入れ実践されているところです。 12.職員の悩みをサポートするシステムとしては、法人の厚生会や共済会があり、カウンセリング等も受けられますが、日常的には施設長が話を聞いた声をかけておられます。		

(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。	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)	13.機関紙やホームページにて事業所の方針等を発信されており、ホームページでもブログ等の内容を随時更新されています。地域との交流も積極的に行われており、地域住民のボランティアも多くあり、近隣学校の学園祭にも利用者と共に参加されています。地域との防災協定も締結されました。 14.西七条おでかけ隊として近隣の小中学校や企業等に介護教室や勉強会・講習会などを実施され、施設の専門的な機能を地域に還元されています。
--	--	------------	---

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)		15.事業所概要やサービス等必要な情報はホームページ・パンフレットで詳しく提供されています。利用の問い合わせや見学希望なども随時受け入れられていて、その内容についても記録として保存され、個別に状況を把握されています。		

(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)		16.サービス内容については、重要事項説明書・契約書等で利用前に説明されていますが、アンケート結果では他の項目に比べ低い結果になっていました。成年後見に関する資料は事業所内に設置され、いつでも相談に対応できる体制になっています。		

(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。	B	B
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.アセスメントについては、利用者一人ひとりの状況に応じて定期的な見直しをされていますが、担当制による職員のスキルの違いによってバラつきがみられます。 18.利用者・家族の希望の尊重としては、複数のプログラム（遊びリレーション）が用意され、選択できるようになっています。また、栄養改善による介護予防を目的として、料理クラブを企画・実施されています。		

(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)		21.利用者の入退院時に医療機関より提供された看護サマリーや意見等の情報をカンファレンスの際に活用され、また必要に応じてケアマネジャー等がカンファレンスに出席されています。		

(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)		22.業務マニュアルについては、法人共通から施設独自の内容まで詳細にマニュアル化され、随時更新されています。日々の手順についてはケアチェックリストを用いて把握できるようになっています。見直しについては、利用者満足度アンケートの内容を分析し、反映されています。 23.記録は基本的にデータで管理されており、パスワードによる情報管理がされています。個人情報の保管・廃棄については法人統一で明文化されており、定期的な研修や実習生等に署名をさせるなど徹底されています。		
(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.感染症対策については、看護師による研修が随時行われており、マニュアルに関しても整備されています。 27.事業所内は整理整頓されており、臭気も感じられませんでした。		
(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。	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)		28.事故発生時のマニュアルは事故の事例別に作成され、職員に周知されています。消防訓練も年2回、消防隊立会いの下で行われています。 29.事故報告書については、何が原因で起きたのかなど分かりやすく記載されており、上司・管理者への速やかな報告と必要に応じて行政にも報告されています。ヒヤリ・ハットについても新人の感じる事柄にベテラン職員が改めて気づかされるなど実質的に活用され、組織全体で再発防止に取り組まれています。		

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
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)	30.利用者疑似体験を本格導入されており、専門的な合宿研修を受けた担当者が施設に持ち帰り実施されています。これにより利用者本位・尊厳保持の取り組みに何が必要かを研修させケアに活用されています。 31.プライバシー保護の観点からトイレや居室に暖簾をかけるなどの配慮がされています。 32.利用決定については、症状等を理由に断った事例はなく、利用申し込みを受けられない場合は丁寧に理由を説明されています。
------------	--

(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。	A	A
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)	33・34.意見箱が事務所に設置されており、設置箇所数については少なく感じられましたが、職員からやや見えにくい場所に設置されているなど配慮が感じられました。また、出された要望などを事務所に掲示し、そのつど対応され会議においても改善に向けた検討がなされていました。 35.法人内に第三者委員を設置され、連絡先をホームページ・重要事項説明書等で公表されています。また、委員会も定期的に開催されています。
------------	--

(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。	A	A

(評価機関コメント)	36.利用者の満足度調査を実施され、その内容についてホームページで公表されています。 37.全体会議や毎月の役職者会議でサービス内容を検討されており、法人内の各職種の部会でも他施設での取り組み等を参考にし、取り入れられたりしています。 38.法人の方針により第三者評価を毎年受診されており、受診結果を取り組みに反映されています。
------------	--