

## アドバイス・レポート

2012 年 2月 14日

2011年 8月 19日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 金閣こぶしの里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>(通番1 理念の周知と実践) 法人の理念を明確にして事業を発展し、理念に沿った運営が実施されていました。地域包括ケアシステムをいち早く取り入れ、実践されています。</p> <p>(通番14 地域への貢献) 北区内の山間地であり、介護サービスの過疎地域である小野郷・中川地区で、長年にわたり定期的に、“健康すこやか教室”を実施しています。また、地域住民や地元中学校で“認知症サポーター養成講座”を開催するなど、事業所の有する機能を活用されていることは高く評価されます。</p> <p>(通番24 職員間の情報共有) 朝・夕のミーティングや月1回のケース会議、併設のヘルパー事業所との合同会議を実施し、職員間の情報共有が図られていました。</p> <p>(通番25 利用者の家族等との情報交換) 利用者ごとの連絡ノートをパソコンで作成し、その日の様子の写真画像を貼り付ける等、わかりやすく家族に報告していました。また、送迎時や随時の電話連絡等で家族と情報交換をしていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由( )</p>	<p>(通番9 継続的な研修・OJTの実施) 職員研修は、法人の整備する研修制度要綱により体系的な研修が整備されていましたが、研修参加の意義や「気づき」を促す助言等が行われている状況は確認できませんでした。</p> <p>(通番20 個別援助計画等の見直し) 介護認定の更新時等に個別援助計画の見直しは行われ、2ヶ月に1回のモニタリングも実施されていましたが、通所介護計画書と居宅介護計画書のニーズや目標が連動していないプランが見られました。</p> <p>(通番22 業務マニュアルの作成) 平成22年4月の開所時に、法人内の他の事業所を参考にした業務マニュアルや事故対応マニュアル等は整備されていましたが、見直し基準が定められておらず、見直しも実施されていませんでした。</p> <p>(通番31 プライバシー等の保護) プライバシーや羞恥心に関する研修は行われていましたが、人目につく入浴時の待合場所を、カーテンで仕切るなどの工夫が見られませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<p>生活支援センター金閣こぶしの里デイサービスセンターは、法人が設立25周年を迎える昨年4月に開設されました。その開設にあたっては、京都市北区原谷に所在したデイサービスセンターの地理的な課題と、認知症のある方への専門的な対応を進めるための機能分化を図ることが目的であったとお聞きしました。そして、事業所の機能としては、通所介護、訪問介護、訪問入浴、配食サービスの機能を備え、総合的に地域住民の生活を支援されています。こうした支援体制は、出来る限り住み慣れた地域で、継続的に活動的に暮らすことを目的に進められている地域包括ケアシステムと合致しており、高く評価されると感じます。また、デイサービスにおいては、毎月、カラオケ店や叡山電鉄の紅葉列車乗車などの外出プログラムを熱心に実施されていました。</p> <p>以下、今回の評価で気が付いた点をアドバイスします。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 法人としての中長期計画が策定され、それぞれの事業を計画的に運営されています。本事業所においても、その計画に沿って3～5年を見据えた中長期的なビジョンを定められ、職員に周知されては如何でしょうか。また、熱心に実施されている外出プログラムも、目的を再確認し、中長期的な発展計画を作成して実行されては如何でしょうか。</li><li>・ 通所介護計画書と居宅介護計画書のニーズや目標設定が連動していないプラン、通所介護計画の内容が家族や本人の希望と異なるプランが見られましたので、今後はきちんと反映された通所介護計画の作成が望まれます。</li><li>・ 開設後2年が経過することを機に、法人内の他の事業所を参考にしたマニュアルではなく、事業所独自のマニュアル作成に取り組まれては如何でしょうか。また、定期的に見直すためにも、併せて見直し基準の策定も望まれます。</li><li>・ プライバシーや羞恥心に関する研修は行われていましたが、業務経験の短い職員や採用期間の短い職員を中心に、個別指導を行われては如何でしょうか。また、入浴時の待合場所はよく人目につく場所であることから、カーテンで仕切る等の工夫をされては如何でしょうか。</li><li>・ 第三者評価は今回が初受診であり、受診時の検討会議等ではサービスの向上について話し合いが行われていました。今後は、毎年1回以上、事業所独自のサービスを定期的に自己評価する取組みを行い、その課題を、次年度の事業計画に反映できるようにされては如何でしょうか。</li></ul>
-----------	---

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	2611601515
事業所名	生活支援センター 金閣こぶしの里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、訪問介護、介護予防訪問介護、 訪問入浴介護、介護予防訪問入浴介護
訪問調査実施日	2011年12月15日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク「一期一会」

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
<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。	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)法人の理念及び基本方針が明文化されていた。また、事業所単位の方針、目標が設定され、事業所内に掲示するとともに、職員に周知されていた。 2)職務分掌が明文化されていた。月2回、法人内の管理委員会が開催され、事業所の運営状況を把握する仕組みが構築されていた。			
<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。	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)法人の中長期計画が策定されるとともに、単年度の事業計画も策定されていた。その計画は、全役職者会議で周知され、事業所単位での計画の基礎とされていた。 4)生活支援センター各部門(通所介護、訪問介護、訪問入浴)の計画が策定され、毎月の部門全体会議で進捗状況や課題の確認がされていた。			
<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り組みを行っている。	A	B	
	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)月2回実施される管理委員会において、コンプライアンス等の徹底が図られていた。事業所に必要な法令等をすぐに調べられるような工夫が確認できなかった。 6)職務分掌規程等が整備され、施設長をはじめ役職者の役割が周知されていた。施設長によるヒアリングが定期的の実施され、必要な意見が反映されていることを確認した。 7)運営日誌や朝夕のミーティングで状況を把握する仕組みがあった。施設長をはじめ役職者への緊急時の連絡体制を確認した。			

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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		8)必要とする人材など人員に関する基本方針が明文化され、事業計画に記載されていた。また、資格取得に関する事項は、規程として明文化され周知されていた。 9)職員研修は、研修制度要綱により体系的に実施されていた。今回の調査では、職員一人一人に対する「気づき」を促し、学ぶことにつながる様な助言が行われる仕組みは確認できなかった。 10)実習生受け入れマニュアルが整備されていた。また、実習担当者に対する指導会議が実施されていた。		
<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。	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	B
		(評価機関コメント)		11)職員の有給休暇の取得状況等を把握し、労働環境等に配慮する仕組みがあった。職員の就業状況や意向に関する意見は、施設長とのヒアリングにおいて把握していた。 12)職員厚生会が組織されていた。就業上の悩みなど、相談を希望した場合のカウンセラー等、専門家を確保している状況は確認できなかった。		
		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)		13)広報誌「なの」を定期的に発行して、事業所を含む法人の情報を発信していた。また、事業所を地域会議の場として提供する等、事業所を開放している状況を確認した。 14)北区内の山間地である小野郷・中川地区での定期的な健康すこやか教室や、地域住民を対象とした認知症サポーター養成講座を開催していた。		

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		15)ホームページやパンフレット・料金表で事業所の情報を提供している。見学希望にも随時対応し、体験利用も実施している。			
<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)		16)利用前の面接時に重要事項説明書を用いてサービス内容や料金を説明している。利用者の権利擁護のための仕組みを、必要な場合は活用している。			
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>						
	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	B	
	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。	B	B	
	(評価機関コメント)		17)所定の様式を用いて初回や介護認定更新時にアセスメントを実施している。 18)通所介護計画書と居宅サービス計画書の利用者・家族の希望が一致していないプランが見られた。 19)ケアマネジャーを通じて主治医等の専門家に意見を聞き、個別援助計画を策定している。 20)介護認定の更新時等に個別援助計画の見直しは行われ、2ヶ月に1回のモニタリングも実施されていた。しかし、通所介護計画書のニーズや目標設定が居宅介護計画書と連動していないプランが見られた。			
<b>(4)関係者との連携</b>						
	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)ケアマネジャーを通じて、退院後に利用される利用者の状況を情報収集している。また、地域包括支援センター等の地域の関係機関との連携も取れている。			
<b>(5)サービスの提供</b>						
	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。	B	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。	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)業務マニュアルや事故対応マニュアル等は整備されていたが、見直し基準が定められておらず、見直しも行われていなかった。 23)利用者の個人記録やサービス実施記録は整備されているが、記録の管理についての職員研修は実施されていなかった。 24)朝・夕のミーティングや月1回のケース会議、併設のヘルパー事業所との合同会議を実施し、職員間の情報共有が図られている。 25)パソコンを利用し、利用者ごとの連絡ノートを作成し、毎回、家族に報告している。送迎時や随時の電話連絡などで家族と情報交換している。			

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) 毎年、流行の時期に合わせて、看護師を中心に感染症に関する学習会を開き、感染の予防に努めている。 27) 布おしぼりから、使い捨ての紙おしぼりに変更するなど、衛生管理にも気を配っている。毎日業務終了後に職員が交代でトイレや床・机・いす・シーツ等の清掃を行っている。		
<b>(7)危機管理</b>				
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	B
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) 消防署の主催する普通救命講習に全職員を参加させている。年に2回の消防設備点検は行っているが、契約書には2回実施すると記述している消防訓練を、年1回しか実施していなかった。 29) 毎月の部門会議で検討し、事故報告及び再発防止に努めていることを確認した。		

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。	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	B	
	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) 人権等の尊重は金閣こぶしの里の理念にもうたっており、運営規定や重要事項説明書にも明記してある。 31) プライバシー保護の研修は行われているにもかかわらず、人目につく入浴待機場所をカーテンで仕切るなどの工夫が見られなかった。 32) 基本的には申込者を受け入れる方針であり、定員を超える場合は、法人内の事業所や地域の事業所と連携を取って、その人に合った事業所を紹介している。			
	<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。	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	公的機関等の窓口にご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)		33) 法人の在宅家族会(ななの会)で意見を収集して、情報を共有している。 34) 第三者委員に協力してもらい、苦情や意見要望を拾い上げる仕組みがある。 35) 法人紙の会報「ななの」に苦情等を掲載して、公開している。			
	<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っている。	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。	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	B	
	(評価機関コメント)		36) H22年4月に開設してから一度も満足度調査を行っていない。 37) 毎月一回モニタリング会議や学習会が行われ、各部門会議や管理会議でサービスの質の向上に励んでいる。会議録はボックスに入れて、全員が目を通し共有するための工夫がある。 38) 第三者評価受診にむけての検討会議等でサービスの向上について話し合いは行われていた。事業所独自のサービスを定期的に自己評価する取り組みは見られなかった。			