

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 2 月 1 日

平成 23 年 10 月 14 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（**ウ**イラ端山・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) 選択食の実施 昼食が月曜日から金曜日まで毎日選択食となっていて、ご利用者の「食」に対する要望に応えると共に、食べたいものを自分で選べる楽しさ（自己選択・自己決定）を大切にされていました。</p> <p>2) 新規利用者の事前情報共有 新規利用者の情報の共有について、アセスメントシートなど書面の供覧だけで済ませるのではなく、「利用者情報事前報告会議」を利用開始前（直前）に随時開催し、会議の中で必要な情報が確実に職員間で共有されていました。</p> <p>3) 利用開始前の個別通所介護計画の作成と実践 利用開始前には必ず暫定の個別通所介護計画が作成され、利用開始時から計画書に基づいたサービスが提供されていました。加えて、計画作成から実践・モニタリング・見直しまでの流れが業務フローとして確立されていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由()</p>	<p>1) テーブルの常時設置 テーブルが会議用の折畳み式のもので、食事の時のみテーブルを開き、食事をされていました。そのため、朝施設に来られた時や午前の入浴後に飲み物などをテーブルの上に置き、周りの方々とくつろぎながら談笑するというような光景が見られませんでした。また、テーブルが常時置かれていないため、イスが壁沿いに並べられていて、ご利用者は隣の方としか会話ができない状況となっていました。</p> <p>2) プライバシーの保護 静養コーナーは、ベッドが壁沿いに並べられていて、パーテーションやカーテン等による目隠し・間仕切りが不十分で、寝ている様子がフロアから丸見えになるなどプライバシーの保護が不十分な状態になっていました。</p>

<p>特に改善が 望まれる点と その理由()</p>	<p>3)より個別性のある介護計画 通所介護計画の作成・実践・モニタリングなどは適宜行われていたが、その内容が標準的・典型的で、同じADL・介護度であれば同じような計画内容になりがちで、計画を通しての具体的・個別的な利用者像が見えにくいものになっていました。</p> <p>4)職員の意見をより反映する仕組み 職員の自己評価表の中に施設に対する要望などを書き込む欄がありましたが、これは職員から上司(管理者)への一方的な要望に終わってしまっていて、それを上司・施設がどのように対応したのかを返答する仕組みがありませんでした。また、職員が直接上司(管理者)に意見の言える定期的な場面がありませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>1)テーブルの常時設置 いつでも自由に使え、くつろげるような安定感のあるテーブルの設置を検討されてはいかがでしょうか。更に、高さも一律のものばかりではなく、なるべくその方その方の背丈に合うように、高さの違うテーブルを置くなどの工夫もされてみてはいかがでしょうか。</p> <p>2)プライバシーの保護 プライバシー保護の観点と他人の目を気にせず、ゆったり、ゆっくり静養できるように、上から下まで隠せるような高さのパーテーションやカーテンの設置を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>3)より個別性のある介護計画 その方のADL・介護度に応じた援助・介助方法だけでなく、その方らしさがより見える・分かるような計画内容となるように、その方の生活歴、具体的且つ独自のニーズや思い、希望などを踏まえた計画作成を意識的にされてはいかがでしょうか。計画書の氏名欄を隠したとしても、デイ職員が計画内容を見ればどのご利用者のことか分かるくらいの個別・具体的な計画となるよう内容を深められてはいかがでしょうか。また自立支援の観点から、在宅介護の限界点を上げる意味においても、IADLの活動・動作の維持・向上が図れるような計画作成を検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>4)職員の意見をより反映する仕組み 自己評価表に書かれた意見や希望が上司(管理者)にどのように受け止められ、それがどのように対応・反映されたのかが分かるように、対応結果を自己評価表に記載して当該職員に返すなど、意見を書いた職員が「ちゃんと対応してもらっている」と実感できるような仕組みを考えられてはいかがでしょうか。また、自己評価表を提出する時期に、上司(管理者)との面談を行うなど、書面で書きにくいことや伝わりにくいことを直接じっくりと聞いてもらえるような場面がありそれが事業運営に目に見える形で反映されると、職員の安心感・モチベーションの維持・向上に更に繋が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	2670900055
事業所名	ヴィラ端山・デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	通所介護事業所 (デイサービス)
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, 短期入所生活介護事業所, 訪問介護事業所, 居宅介護支援事業所, 予防介護短期入所生活介護事業所, 予防介護通所介護事業所, 予防介護訪問介護事業所
訪問調査実施日	平成23年11月14日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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
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・方針・年度目標が施設内に掲示されるだけでなく、職員の名札の裏に記載されるなど、常に意識できるような工夫をされていました。		
(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)		計画の策定から評価までの流れがマニュアルできめ細かく整備され、それが職員間でも共有されていました。		
(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)		施設長、管理者、全責任者による施設全体の「所属長会議」が定期的開催され、様々な問題・課題を検討・把握する仕組みを整えておられます。長期・中期計画についてはその達成期間を明確化し、記載されてはいかがでしょうか。		

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
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)	年間の研修計画、キャリアパスの仕組みは作られていましたが、新規採用時から中堅、管理者へとつながる研修計画が体系化されていませんでした。			
(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。	B	B
		(評価機関コメント)	一日の業務スケジュールが確立されていて、管理者以外の職員の残業負担なども少なく、職員の希望公休や有給使用についても充分配慮がされていました。			
(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	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。	B	B
		(評価機関コメント)	施設の機関誌は年4回発行し、近隣にはポスティングされるなど広報に努めておられます。地域との交流を更に発展させるために、ご利用者の地域行事への参加や、地域のニーズ把握を支援するための具体的な取組みとして委員会などの立ち上げを検討されてみてはいかがでしょうか。			

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
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)	事業所情報は玄関、ホームページ、パンフレット等に掲示されています。体験利用もされていますが、その際の料金は今よりも大きく分かりやすい場所に記載されてはいかがでしょうか。			
(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)	サービス内容等は玄関、ホームページ、パンフレット等に掲示されています。また、利用者アンケート結果からも分かり易い説明があったと評価されていました。			

(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。	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	定期的及び必要に応じて、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)		アセスメント、計画作成、実践、モニタリングの流れは確実にされていました。今後はより個別性のある計画を目指されてはいかがでしょうか。			
(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)		ご利用者のかかりつけ医との連携もされており、連絡ノートにも主治医・訪問看護の情報を記載されるなど、関係機関との連携は積極的に図られています。			
(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)		ISO取得を通して様々なマニュアルが系統立てて整備され、実際に現場でも活用されていました。また、連絡ノートを活用し、ご家族との情報交換・連携も図られています。			
(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)		事業所内もきれいに整頓されており衛生管理が行き届いていました。また、ここでもマニュアルがうまく活用されていました。			
(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。	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)		整備されたマニュアルが活用され、マニュアルに応じた訓練等も行われています。ヒヤリハットが少なく、口頭の報告だけで終わっているようでした。ヒヤリハットが出やすい仕組みを検討されてはいかがでしょうか。			

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
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。	B	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)		浴室が玄関正面にあるため、パーティションで中が見えないよう工夫をされていますが、それが不十分なために実際脱衣室からの出入り時に中が見える場合があります。浴室の場所がら、中が見えない工夫を早急に取り組んでいただければと思います。		
(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)		ご利用者の意向を広く拾い上げる仕組みは持っておられますが、それがご利用者・ご家族には浸透していないようでした。言ってこられるのを待つのではなく、事業所側から積極的に聞き出す仕組みに変えていければ、更に貴重な意見等を聞くことができるようになるのではないのでしょうか。		
(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)		アンケートの実施や「所属長会議」を毎月開催されるなど、施設全体でサービスの質の向上に努められています。自己評価を定期的実施し、第三者評価を毎年各事業で順番に受けておられます。また、それらを「マネジメントレビュー」として次年度方針へつなげておられます。		