

## アドバイス・レポート

2012年 7月 23日

2011年11月17日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた **あずみるデイサービス西野** 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><b>(通番8 質の高い人材の確保)</b> 「和を持てる人」という事業所の求める人材像が、明確に示されていました。また、入職後ヘルパー2級や介護福祉士取得を希望する職員へは、勤務への配慮や取得後の昇給など、事業所としての支援体制が整っていました。</p> <p><b>(通番20 個別援助計画等の見直し)</b> 通所介護計画等の評価・見直しは、要支援者に対しては毎月1回、要介護者に対しては3カ月に1回と定められていました。その評価等に当たっては、機能訓練・余暇の両面において利用者個々の状況を把握するために、詳細にわたる評価項目を作成して評価・見直しが丁寧に実施されていました。</p> <p><b>(通番30 人権等の尊重)</b> 理念に人権尊重が謳われるとともに、職員が統一した認識のもと、利用者主体のサービスが提供されていました。また、プライバシーをテーマにした研修会等を開催して、利用者の人権について考える機会を設けていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p><b>(通番1 理念の周知と実践)</b> 事業所の理念及び基本方針が明文化され、4月と10月に実施される勉強会等で職員への周知がされていました。しかしながら、利用者やその家族への周知の状況は確認できませんでした。</p> <p><b>(通番28 事故・緊急時等の対応)</b> 事故・緊急・災害時の対応マニュアルを整備し、年1回避難訓練が実施されていました。しかしながら、災害時の地域との連携については不十分な状況であり、検討する必要性を感じました。</p> <p><b>(通番33 意見・要望・苦情の受付)</b> 機能訓練を実施する際、利用者からの意見や要望を聞きとるなど、日常的に利用者からの意向を拾い上げる体制がありました。しかしながら、聞き取った内容の記録の状況は確認できませんでした。</p>

## 具体的なアドバイス

あすみるデイサービス西野は、入浴、食事、レクリエーションなど多彩なメニューを1日かけて提供する事業所が多い中、短時間で機能訓練を中心としたメニューを提供する事業所として開設されました。その目的は、理念の一つ「個々の生活の維持向上に努めます。」に謳われるように、運動機能の向上、運動を通じて筋力強化を図り自分らしい生活を維持していくこと、とされています。実際に利用している高齢者から話を聞いてみると、その満足度が高く、当該地域の高齢者ニーズに合致していると感じました。

利用者支援では、所定のアセスメント様式を利用してきめ細かく状況把握を行った後、ケアプランと利用者の意向や希望に沿った通所介護計画により実施されていました。また、その評価は1ヶ月毎に行われ、同時に満足度の調査も実施して、必要な改善が図られていました。そして、毎日提供される個別の機能訓練では、機能訓練士が利用者に寄り添い、自然な形で利用者の希望や意向を聞き取っていました。利用者本位のサービス提供が事業所の統一した意識として実施されており、高く評価される事項です。

今後も利用者のニーズにきめ細かく対応できる事業所として発展されることを期待します。

以下、今回の評価で気付いたことを記載します。

- ・事業所の理念・基本方針は、「人格を尊重し、職務を遂行します」「個々の生活の維持向上に努めます」「私たちは、人に喜びを提供できる組織を目指します」とい3つの柱をもとに定められています。そして、年2回の全体ミーティングで職員への周知徹底が図られていました。しかし、利用者やその家族への周知はされていないとのことでした。理念や基本方針は、事業所が組織として活動する上での基本となる事項です。その方針等を利用者やその家族に周知することは、事業所がサービスを提供する上で重要なことであると感じます。第三者評価実施の際、広報誌等を利用してはどうかとアドバイスを行ったところ、早速「あすみるデイサービス通信」7、8月号の紙面に掲載されていました。今後も、同様に広報誌やホームページを利用した周知を期待します。
- ・事故や緊急時、災害時に関するマニュアルは整備され、そのマニュアルに従い避難訓練等を実施されていました。しかしながら、地域の消防団をはじめ自治会との連携については、検討がされていないとのことでした。事業所は、消防署に近接するなど立地は恵まれた環境に位置していますが、いざ災害となった場合、地域との連携は不可欠であると感じます。また反対に、災害時には事業所の機能を利用して、地域住民へ必要な支援を行うことも事業所運営では求められる事項です。地域の自治会等と相互扶助のもと、必要な連携を検討されてはいかがでしょうか。
- ・利用者からの意見、要望、苦情等については、その対応に関するマニュアルを整備して対応がされていました。また、機

	<p>能訓練を実施する際、利用者からの意見や要望を聞きとるなど、日常的に利用者からの意向を拾い上げる体制がありましたが、その記録等が不十分な状況でした。サービス提供に関することはもとより、利用者との対応に関して記録を残すことは、事業所運営では欠かせない事項です。記録の保管、廃棄、開示等の規程の整備と併せて、記録の必要性について再度検討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	2674100595
事業所名	あすみるデイサービス西野
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
訪問調査実施日	平成24年6月14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>I 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。	B	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		1)事業所の理念及び基本方針が明文化されていた。理念、基本方針は、4月、10月に実施される勉強会等で職員への周知がされていたが、利用者やその家族への周知の状況は確認できなかった。 2)職員の役割を明文化した文書が配布されていた。また、年2回代表者会議が開催され、各事業所職員の意向を反映させる仕組みがあった。			
	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	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	B	
	(評価機関コメント)		3)中長期計画が示され、その計画をもとに単年度事業計画が策定されていた。計画策定にあたって職員の意向等を反映する仕組みが確認できなかった。 4)職種ごとの役割等は明確に示されていた。事業の進捗を定期的に評価する仕組みは確認できなかった。			
<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	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)責任者は、日常的に遵守すべき法令の情報を収集していた。収集した法令等は、ミーティング等を通じて職員へ周知する体制があった。 6)責任者、管理者の役割と責任が明文化されていた。職員からの意見は、管理者及び経営責任者が直接聞く仕組みがあった。 7)緊急事態が発生した場合のマニュアルが整備され、事業所内の目につく場所に掲載されていた。日常業務は、ミーティング記録等で把握する仕組みがあった。			

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>II 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。	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。	B	B
		(評価機関コメント)		8)「和を持てる人」という事業所の求める人材像が示されていた。入職後、ヘルパー2級や介護福祉士取得を希望する職員へは、勤務への配慮や取得後の昇給など、事業所支援の体制を確認した。 9) 接遇マナーに関するマニュアルが整備され、必要な教育がされていた。継続的な研修体制や研修計画の策定は、確認できなかった。 10) 実習生等は積極的に受け入れる体制があったが、受け入れに対応したマニュアルは整備されていなかった。		
<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。	A	A
		(評価機関コメント)		11) 社会保険労務士と連携して、職員の労働環境に配慮する体制を整えていた。 12) 職員間の悩みなどを汲み取り、解決する仕組みを確認した。また、責任者が接骨院を経営していた経験を活かし、希望者には施術等を実施していた。		
		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。	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。	C	C
		(評価機関コメント)		13) ホームページや広報誌を通じて、事業所の情報を公表していた。 14) 事業所の機能を活用した地域への還元の状況は、確認できなかった。		

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>III 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) ホームページやリーフレットに「機能訓練と余暇を充実させる」という事業所の方針が簡潔に提示されていた。写真を用いてわかりやすいように工夫されていた。		
		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) 利用希望者には、事前体験と必要な情報を説明した上で、重要事項説明書に同意を得ていた。		

(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。	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)		17)利用者個々の身体・生活状況を把握するため、問診表を用いて定期的にあセスメントを実施していた。 18)機能訓練やリラックスタイムを通じて、利用者からの希望を聞き取り、介護計画の策定に反映させていた。 19)サービス担当者会議等を通して関係者の情報を取得し、計画に反映させていた。 20)モニタリングの時期を要支援・要介護の利用者ごとに設け、利用者の状況を把握し、計画の見直しを行っていた。		
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)		21)敷地内に診療所があり、連携が図られていた。また、一般病院の紹介や入退院などについても、適切な連携が取られていた。		
(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。	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		22)1日の流れを明確に示した「業務マニュアル」、及び、個々のサービスに関するマニュアルを確認した。マニュアルは、年2回のミーティングで活用しやすい内容に見直されていた。 23)利用者の日々の状況は簡潔に記録されていたが、記録の保管・開示・廃棄等に関する規程は確認できなかった。 24)ミーティングでの引き継ぎや確認事項は、連絡帳等を利用して情報の共有を図っていた。 25)利用者の家族等へは定期的にモニタリング(評価)結果を配布し、日常の様子は送迎時に伝達していた。		
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。	B	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。	A	A
(評価機関コメント)		26)感染症に関するマニュアルは作成されていたが、受け入れ体制や二次感染防止に関する事項の検討が不十分であった。 27)週1回、清掃日を設定して整理・整頓、及び衛生管理に配慮されており、事業所内は明るく清潔感が保たれていた。		
(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	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)事故・緊急・災害時の対応マニュアルを整備し、年1回避難訓練が実施されていた。災害時の地域連携の検討が課題であった。 29)事故報告、ヒヤリハットを作成し、事故防止に関してミーティングや勉強会で検討されていた。		

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>IV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	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)利用者本位のサービスは理念や基本方針に謳われ、職員が共通認識のもとサービスが提供されていた。 31)プライバシーの保護は、「プライバシー」をテーマにした勉強会を開催するほか、日常的な教育が実施されていた。 32)利用希望者は原則受け入れる、という方針のもと対応をされている。現在は、定員を超える申し込みがあり、キャンセル待ちの状況にあった。定員に空きが発生した場合は、介護支援専門員に連絡をし、再度体験利用を行い、利用者の意思を確認していた。			
<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。	B	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っている。	B	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		33)機能訓練の実施時を利用して利用者の意見や要望を聞きとるなど、日常的に利用者からの意向を拾い上げる体制があった。しかし、聞き取った内容の記録は確認できなかった。 34)相談苦情に関するマニュアルが定められ、利用者からの苦情等の対応がされていた。利用者からの意見、要望、苦情に関する公開は確認できなかった。 35)公的機関の相談窓口等の連絡先が重要事項説明書に記載されていた。事業所内での掲示は確認できなかった。			
<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っている。	B	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。	B	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		36)毎月実施するモニタリングで、利用者自身に自己評価と満足度を自筆で記入してもらい、サービス向上に反映させていた。 37)毎日のミーティング等を利用して、サービスの質向上について検討がされていた。また、連絡帳等を利用して、非常勤を含めた職員への伝達がされていた。検討内容がサービスの質改善につながった事例は確認できなかった。 38)今回、第三者評価ははじめての受診であったが、組織的に取り組まれていた。年1回以上の自主点検の状況は確認できなかった。			