

様式 7

アドバイス・レポート

平成 24 年 8 月 12 日

平成 24 年 4 月 19 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「うえすぎ松寿苑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>(1) 認知症ケアへの取組み(通番 1・15・18) 運営母体である社会福祉法人松寿苑の理念「人類愛善～一人ひとりを大切に～」に基づき、認知症対応型事業所独自の運営方針「認知症ケアを 無理なく 思いにそって」を具現化する介護サービスに努められています。又、「認知症になっても自分の家で安心して暮らせるためのお手伝い」を目標に、馴染みを大切にした認知症ケアが提供されています。事業所独自の「アプローチブック」の作成や、援助内容に「目的志向プラン」「いきがいプラン」という認知症ケアに大切な2つの視点を取り入れるなど、ご利用者の尊厳の保持、自己決定・主体性を尊重したサービスの提供に取り組まれています。</p> <p>(2) 地域との連携(通番 13・14) 3か月に1回開かれる「認知症ケア教室」や、地域の人々が参加する「うえすぎ松寿苑後援会」を運営しています。また、自宅に伺い家族の悩みの相談を受ける「認知症ケア相談支援」を行い、認知症を抱えるご利用者・ご家族を事業所のみならず、地域全体で支えていく地域関係づくりに努めています。「ふれあいデー」や各種「フェスティバル」など、地域との交流も盛んに行われています。</p> <p>(3) 人材育成と研修体制(通番 8・9・11) 法人独自の内部研修プログラムに基づいて、職員個々の業種別・経験年数別の細やかな研修体制を設けています。管理者は年2回職員との個人面接により悩み等を拾い上げ、職員のプラス面も評価しながら働きやすい職場環境作りに努めています。職員ヒアリングからも「働きやすい職場」であることが聞き取れました。又、実習に関して、京都府の管理者研修や他事業所のスタッフ研修、ボランティア体験などを積極的に受け入れています。実習後にアンケートを収集し、職員の気づきを高め、サービスの質の向上に繋げています。</p>
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(1) 職員の休憩場所 以前の公共施設を改修したというハード面の制約はありますが、スタッフがリラックスできる休憩場所が見当たりませんでした。</p> <p>(2) マニュアルの見直し マニュアルをより現場に則した実用的なものにするための見直し基準が定められていませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>法人の運営方針として「人材の視点・ご利用者の視点・業務プロセスの視点・財務の視点」という4つの視点を大切にしながら、サービスの質の向上に努めています。また、地域に根差した認知症対応型デイサービスとして、手厚い人員配置（日中スタッフ6～7名）や、各種地域イベントの開催・地域の畑を借りた自家野菜生産など、ご利用者の出来る力を活かした個別ケアが提供されています。</p> <p>今後も更なる認知症ケアの質の向上に取り組まれ、地域に信頼される認知症対応型デイサービスとして、認知症介護の中核的施設として発展されることを期待します。</p> <p>以下、今回の評価で気が付いた点を記載します。</p> <p>職員の休憩場所・時間について スタッフのストレス軽減のためにもグループホーム併設というメリットを活かし、施設内で職員が休息できる場所や休憩時間を確保されることを期待します。</p> <p>マニュアルの見直し基準等について 多くの介護事業を展開される社会福祉法人ということで、各種マニュアルは整備され定期的に見直されていました。今後事業所独自でマニュアルの見直し時期や評価の実施基準等を定めることをお奨めします。</p> <p>食事について 月1回の「食事勉強会」の実施、京都府の「たんとおあがり京都府産」事業の認定を受けるなど、食の地産地消にこだわった充実した食事を提供されています。味付け・ボリュームも満足のいく内容でした。唯一調理担当スタッフが髪を三角巾で包むことなく調理されており、今まで以上に食事面の衛生管理に配慮されることを期待します。</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	2691800011
事業所名	えすぎ松寿苑デイサービスセンター
受診メインサービス (1種類のみ)	認知症対応型通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	平成24年7月10日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都府認知症グループホーム協議会

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
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) 法人理念「人類愛善」～一人ひとりを大切に～に基づき、年初に事業所独自の運営方針「地域で学び新しい道をめざす」を策定し、事業所内に掲示しています。法人理念や運営方針に沿ったサービスの提供ができたかを年度末に振り返り、次年度に向け新たな目標を設定しています。また、半期ごとに人事考課面接を行い、職員個々が理念・運営方針に沿ったサービスが提供できたか見直しています。 2) 法人各施設代表による「法人決済区分委員会」により決済の確認や様式等の決裁手続規程の見直しを定期的に行うシステムが確立しています。また、年2回の人事考課面接を行い、職員一人ひとりの声を管理者や施設長等に返したり、各種の委員会(人事・財務・コスト・安全管理・個人情報・感染等)や職員会議を通じ職員の声を反映させるなど、組織としての透明性を図る一連のプロセスが構築されています。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		3) 法人の中・長期事業計画をもとに、事業所の運営方針を定めています。その方針をスタッフ個々が振り返り、課題と次年度の目標を全職員で共有しています。また、「法人デイサービス連絡会」において、サービスの課題、地域ニーズ等について検討し、サービスの質の向上に繋がっていることが議事録等から確認できました。 4) 年2回、人事考課表「業務管理・管理シート」に全職員が自分の目標を掲げ、面接時に目標や課題を振り返り、結果を管理者・リーダーと共に評価しています。職員個々のマイナス面だけでなく、できている面もしっかり評価していることが記録等から読み取れました。		

(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組みを行っている。	B	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。	B	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)		<p>5) 総合施設長から毎日発信される「コラム」や週1回の「ウィークリー」、不定期の「かわら版」、月1回の定例会議などを通じ、必要な制度・福祉動向・政治情勢などの情報が伝えられています。また、関係法令等の資料は法人より各部署に配布され、毎月開催の「うえずぎ勉強会」などで周知されています。管理者が把握すべき具体的な法令等の明文化はされていませんでした。</p> <p>6) 組織図、職務分掌表、業務マニュアル等に各役職、管理者、リーダー等の責任が明記されています。リーダーが中心となって現場の意見を集約し、施設長・管理者等に伝えていきます。年2回の全職員との面接において、職員からのさまざまな意見を聴取しています。</p> <p>7) 職務分掌表に管理者の役割、責任が明記されています。法人の緊急時対応マニュアルをもとに事業所独自の緊急マニュアルを作成しています。非常事態には「パニックスイッチ」(サイレン・赤色灯など)を設置し、自事業所の存在を自治会や「うえずぎ松寿苑後援会」を通して地域に周知しています。</p>		

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。	B	B
		(評価機関コメント)		<p>8) 必要な人材、人員体制に関しては法人総務部で一元的に管理されています。職員18名のうち10名が非常勤職員ですが、そのうち3名が看護師という医療ニーズにも手厚い人員体制が取られています。経験年数別研修、月1回の「認知症ケア勉強会」や「介護技術勉強会」「食事勉強会」、年1回の「QC活動」など多くの介護技術等を学ぶ機会を設けています。</p> <p>9) 法人の「スタッフ育成チーム」により研修計画が実施されています。経験年数、役職等の階層別研修を年2回開催し、職員のスキルアップを図っています。新人スタッフには経験年数の近いスタッフを付けるプリセプター制を取り入れています。年初の研修計画を基に、職員ごとの介護経験、勤務年数を反映した研修計画が設定され、職員個々の段階的、計画的な人材育成を図っています。</p> <p>10) 法人の実習指導者により「受入れマニュアル」に基づき実習生を受けています。京都府の管理者研修受入れや、他事業所のスタッフ研修、「オムロンデイ」、福祉職場見学ツアーなど、法人全体として取り組んでいます。実習生を指導する職員への研修体制の整備を期待します。</p>		
(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。	B	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)		<p>11) 「リフレッシュ休暇検討委員会」により年3日のリフレッシュ休暇や有給休暇などの取得に法人全体で対応しています。就業規定・育児休業・介護休業等の保障など、組織として労働環境の向上に努めています。</p> <p>12) 職員の悩みや相談に応じるカウンセラーや援助専門職は置いていないが、産業医によるメンタルヘルスに関する研修は行っています。「京都府民間社会福祉施設職員共済会」に加入しています。また、クラブ活動を通じ職員間の親睦や交流を深めています。職員のメンタルサポートの為にカウンセリング専門職と契約することをお奨めします。</p>		

(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)		<p>13) 広報誌「あやべ松寿苑」を市内の町内会に配布しています。ホームページでも事業所の概要や運営方針を掲載し、法人理念や事業所の活動情報を地域に広く公開しています。また、京都府事業の「たんとおあがり京都府産」の認定を受け、地元野菜を使った食材を使用し、安心感・親しみを感じてもらえるよう工夫しています。近隣小学校とは交流会(なかよしフェスティバル)を定期開催し、3～4年生対象に毎年認知症の勉強会を開催するなど、事業所と地域の人々との良好な関係づくりに努めています。</p> <p>14) 地域の認知症介護者家族対象に「認知症ケア教室」を3か月に1回開催しています。また、併設のグループホームの利用者家族と合同の意見交換会(地域の人や包括等も参加)も開催しています。うえずぎ松寿苑後援会(9割が地域住民で構成。会員75名)と取り組む「健康教室」「活脳あそび教室」「介護技術教室」といったイベントを年2～3回開催するなど、認知症デイの機能を地域に広く提供しています。</p>		

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) 認知症ケアの実践内容や取組みを記載した「アプローチブック」を事業所独自で作成しています。また、ホームページを通じて事業所の情報を分かりやすく説明しています。見学等に関しては、「面接プログラム」に沿って、個別に対応できる体制を準備しています。			
(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) 契約締結には、相談員が契約書・重要事項説明書を用いて丁寧な説明と同意に努めています。現在1名の利用者が社協の日常生活自立支援事業を利用しており、必要時には利用者の権利擁護に繋げる仕組みが整えられています。			
(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。	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。	B	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)		<p>17) 独自のアセスメント様式を使用し、利用者の情報やニーズの収集・把握に努めています。定期的にスタッフ間でアセスメントを行い、利用者一人ひとりの心身や生活状況、家族状況などについて情報共有を図っていることが個人ファイルより確認できました。</p> <p>18) 個別援助計画の策定は「目的志向プラン」と「生きがいプラン」という2つの視点から作成しています。定期的なモニタリングや見直しに際しては、利用者や家族の希望を反映していることが記録から確認できました。</p> <p>19) 他職種(主治医・看護師・介護支援専門員)などからの情報や意見を個別援助計画に反映しています。また、サービス担当者会議で聴取した他職種からの要望やアドバイスを計画に活かしています。1か月ごとに利用者の様子を「情報状況報告」として、ケアマネジャーに書面で報告しています。</p> <p>20) 個別援助計画は居宅サービス計画に沿って概ね3か月ごとに見直しを行い、利用者の状態の変化に応じてその都度計画の変更を行っています。</p>			

(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	B
(評価機関コメント)		21) ケアマネジャーを通してかかりつけ医との連携体制が確保され、緊急時の搬送先の把握も行われています。必要時には他の関係機関と調整を図っています。それらの事業所や施設、関係団体等などのリストは作成されていませんでした。		
(5)サービスの提共				
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	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。	B	A
(評価機関コメント)		22) 業務マニュアルや手順書を整備し、勉強会などの機会を通してスタッフ間で見直しを行っています。なお、マニュアル・手順書の見直し時期や提供サービスが各種マニュアルに沿って実施されているかを確認する基準は定められていませんでした。 23) 利用者個々の記録は、ケアプランに基づいて記入できる独自の様式を使用しています。「法人決済区分委員会」により記録の保管、保存、破棄に至る規程が定められており、「個人情報委員会」による勉強会等により、個人情報保護に関するスタッフへの教育・研修に努めています。 24) 朝の送り時に、各利用者の情報や特記事項等を伝え職員間で情報共有を図っています。送りに参加出来ないスタッフには、ICレコーダー・口頭説明・文書等で情報の共有に努めています。また、パートも含めた月1回のカンファレンスを行いチームケアに繋げています。 25) 連絡帳の活用や送迎時の対話等により、家族との情報交換を行っています。また、希望があれば月1回写真で利用者の様子を伝えています。家族参加の「認知症ケア勉強会」を3か月に1回開き、家族との情報交換に努めています。		
(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。	B	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) 感染症予防マニュアルに沿って感染予防緊急セットを配備し、年1回の使用方法の研修を行っています。また職員は研修会で習得した感染症対策の知識を現場にフィードバックする等、感染予防の体制を整えています。感染症のある利用者への対応も、マニュアルに記載されていました。 27) 普段は職員が清掃を行っているが、専門業者による年1回の風呂の消毒、年数回の害虫駆除が行われています。銅イオン水を1日2回散布し、掃除にも使用するなど、施設内の清掃・衛生に努めており、臭気などは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) 事故対応マニュアル・緊急時対応マニュアルに則り、併設のグループホームと合同で年2回の避難訓練を行っています。「バニックスイッチ」「赤色灯」を設置し、緊急時に近隣住民の支援を受入れる体制が整っています。自然災害時に対する備蓄は3日分の食料・水・紙オムツ等の生活用品を備蓄しており、今後の自然災害時における地域住民との連携強化に取り組んでいます。 29) 事故発生時には法人共通の「アクシデント報告書」から、利用者・スタッフ・環境の3要素で分析を行い再発防止に役立てています。「リスク管理委員会」「介護事故防止委員会」からの課題について職員間で話し合い、再発防止に努めています。		

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) カンファレンスを通じて、利用者への関わり方や言動に対して適切かどうか振り返り、チームで共有する機会を設けています。職員は法人内の「身体拘束ゼロ委員会」の手引きに基づき、人権擁護や身体拘束防止・虐待防止等の研修会に参加し、利用者本位のサービスに努めています。 31) 法人作成の「個人情報内部チェックシステム」で点検を行い、改善に努めています。スタッフ一人ひとりが「関わりノート」を作成し、カンファレンスでこのノートを使い振り返り見直すよう努めています。 32) 身体状況や認知症の症状により利用が難しい利用者には、サービス利用の条件について分かりやすく説明し、今後の対応について相談できる関係づくりに努めています。過去利用に繋がらなかった方に対し、2年間通い続けて関係づくりを行った実績があります。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		33) 「認知症ケア教室」や「うえずぎ松寿苑後援会」などを通じて、利用者や家族の意見・要望・苦情等を収集しています。家族の意向等は「苦情解決委員会」で検討を行い、サービスの質の改善に努めています。 34) 苦情への受付は、マニュアルに基づいて適切に対応されていました。利用者・家族からの意見・苦情等は、リーダー・管理者等に伝えられ、迅速に対応した様子が記録から確認できました。意見・要望・苦情等の内容や改善状況は、年1回会報「あやべ松寿苑」で公表されています。 35) 契約時の重要事項説明書に公的機関の相談・苦情窓口を明記し、玄関入口に掲示することで利用者・家族に周知を図っています。また、月1回綾部市の介護相談員を受け入れ、年1回介護相談員との情報交換の機会を設けています。		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		36) 法人の「サービスの質向上委員会」により年1回、利用者・家族に向けてアンケートを実施しています。調査結果を分析・検討し、課題についてはスタッフ間で改善策を詳細に話し合い、現場⇒委員会⇒施設長⇒利用者・家族の流れで、改善点がフィードバックされています。 37) 毎月開催の「うえずぎ勉強会」を通じて、サービスの質に関する評価や検討を継続的に行っています。また、QC活動によりサービスの質の管理も行われ、「認知症ケア学会」等でその成果を発表しています。 38) 今回が初めての第三者評価の受診でした。法人の利用者アンケートや定期的な第三者評価の受診、自己評価の実施、月1回の介護相談員の受け入れ等により、利用者・家族・職員・第三者委員等の意見や提案を事業所運営に積極的に活かされることを期待します。		