

アドバイス・レポート

平成 28 年 1 月 20 日

平成 27 年 9 月 16 日付けで、第三者評価の実施をお申込みいただいた
 有限会社ジェイズ デイサービス芳寿館につきましては、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. 通番 1 理念の周知と実践</p> <ul style="list-style-type: none"> ・理念に「人としての尊厳を大切に・・・」と定め、サービス提供時には、常に人生の先輩として尊敬する気持ちをもって、言葉遣いや接し方について気を付けるように指導している。 ・職員の名札の裏にこの理念を印刷して常に意識させるとともに、終礼時の「アフター会議」においても、態度・行動・言葉遣いなどについての振り返りを行っている。 ・利用者や家族に対して事前に理念を説明するほか、2 か月ごとに発行している「芳寿館たより」の中でも理念に基づいたサービスの提供を紹介するなど、周知に努めている。 <p>2. 通番 7 管理者による状況把握</p> <ul style="list-style-type: none"> ・運営管理者は、常に事業推進の中心にいととも外出時も容易に連絡がつく体制になっていて、事業の実施状況を把握している。 ・産業医でもある経営管理者（理事長）は、ほぼ毎日のようにデイサービスの現場を訪れ、利用者や職員と気軽に言葉を交わすことにより、利用者の体調や職員のストレスなどについて観察し全体状況を把握している。 <p>3. 通番 13・14 地域との交流</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2 か月ごとに、カラー刷りの読みやすい広報紙「芳寿館たより」を発行して、事業所の行事や理念に沿ったサービスの提供、アンケートの分析結果、お知らせなどを広報している。 ・毎週、定期的に認知症カフェや介護相談日を設けて、事業所が持つ専門的な技術や情報を伝えたり、悩みのある人に寄り添っている。 ・毎年、小学 4 年生と中学 2 年生を対象に認知症サポーター養成講座を開催して地域の見守り活動に寄与している。
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>1. 通番 3・4 事業計画の策定と課題の設定 年間行事計画しかなく、達成すべき課題が不明確</p> <p>2. 通番 22 業務マニュアルの作成 マニュアルに基づいたサービス提供がなされていることの確認体制が不十分</p> <p>3. 通番 37・38・39 質の向上に係る取組み 利用者満足度調査から質の向上へ至る仕組みが不十分</p>

具体的なアドバイス

1. 事業計画の策定と課題の設定

- ・現在、年間計画として事業所方針と職種ごとの目標及び月ごとの行事計画などが定められていますが、サービスの質の向上へ向けての具体的な業務目標と、これを達成するための各業務レベルにおける課題や職員一人ひとりが取り組むべき課題を明文化したものがありません。
- ・質の向上を目指して何を成すべきかその課題を明確にして、具体的な達成の道筋を明らかにすることにより、達成度を測ることができ、さらに新たな課題を明らかにすることができます。
- ・例えば、達成目標と克服すべき課題・達成期間などを明文化した「目標管理シート」などの導入を検討されては如何でしょうか。

2. 業務マニュアルの作成

- ・現在、各業務マニュアルは整備されていますが、日々の業務の中で、マニュアルに定められている内容に基づいたサービス提供がなされているかどうかの確認は行われていません。
- ・マニュアルは、「人としての尊厳を大切に・・・」の理念を具体化したものであり、業務の基本です。日々のサービス提供時の態度・行動・言葉遣いなどと共に、サービス内容の手順や品質がマニュアルに照らして適切に行われているかどうかを定期的に振り返り、これに基づいてマニュアルを見直す仕組みが必要です。
- ・例えば、誰でも気の付いたことを気軽に書き込める「業務振り返りノート」のような仕組みを作って、これをもとに定期的（半年に1回程度）にマニュアルと実際のサービス提供内容との間に差異が生じていないかチェックする検討会などを立ち上げては如何でしょうか。

3. 質の向上に係る取組み

- ・毎年利用者満足度調査を実施し、これの集計・分析結果は公表されていますが、この分析結果を活かしたサービスの質の改善への取組みが見られません。
- ・満足度調査アンケートは、サービスの質の向上につながる手掛かりを得ることを目的として行うものです。したがって、アンケートの質問もこの手掛かりを得ることを意識したものに工夫する必要がありますから、出来るだけテーマを絞って、具体的に細かく質問すると良いでしょう。
- ・また、視点を変えて、貴事業所に対する居宅介護支援事業者からの評価や期待される点などについてのアンケート調査も有意義なものがあると考えられます。
- ・アンケート結果を分析して改善計画を立案し実行するPDCAサイクルを検討されては如何でしょうか。

※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「評果対比シート」に記載しています。

(様式 6)

※平成25年4月1日以降に支援機構への受診申込分から適用

評価結果対比シート

事業所番号	2672000136
事業所名	有限会社ジェイズ デイサービス芳寿館
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27年12月18日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都ビジネス・サポート・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）及び事業所の職員全員が、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)			* 理念及び運営方針は明文化して年初の職員会議で説明し、掲示もしている。また、毎日の終礼時に行われる「アフター会議」で、理念に基づいたサービスの提供が行われているかどうか、振り返りを行っている。 * 組織体制は、組織図や職務分掌表等により明示している。毎月、法人のトップと各部署の責任者による全体会議が行われ、その翌日には事業所で職員会議を開いて全体会議の内容について話し合っており、組織としての透明性を確保する仕組みができています。		
(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。	B	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。	B	B
	(評価機関コメント)			* 事業所は、年度計画として毎月の行事計画を定め、これらの行事を適切に行うことが課題になっている。サービスの質の向上についての明文化した中長期の事業計画や単年度事業計画はなく、各職員一人ひとりに対する明文化した課題の設定も行われていない。 * 職種ごとに年間目標を与えるとともに、行事・運営・研修については各人に担当テーマが割り振られているが、その実施については担当者に任されていて、実施上の課題や目標を明文化したものはなく、また、実施結果についての振り返りも不十分でした。		
(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。	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、いつでも職員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)			* 管理者は集団指導に参加し、部内研修で職員へその内容を伝達している。関係法令はリスト化しており、PCで検索や法令確認が容易に行えるようになっている。 * 管理者の職位と役割は職務権限規程で明確に定められており、法人の意思決定は全体会議で行われている。アフター会議では、職員の態度・行動・言葉遣いなどについて細かく注意を与えている。 * 運営管理者は、事業推進の中央にいととも外に出る時も常に連絡がつく体制になっている。また、経営管理者も毎日のように事業所へ顔を出して職員や利用者や接する時間を設けている。		

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。	B	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	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)	* 職員の採用は有資格者を基本としている。無資格者や上位資格希望者には、資格取得のための経費や研修等への参加を業務扱いとするなど手厚い支援を行っている。 * 年間研修計画を定めて毎月実施するほか、外部研修への参加も支援している。管理者や主任はいつでも適切に業務上の指導（OJT）を行っている。また、アフター会議でも振り返りを行っている。 * 実習生を受け入れる体制があり、かつては要請に従い実習生を受け入れていたが、最近は実習の要請がなく、したがって実習指導者に対する研修は行っていない。			
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	A
		ストレス管理	12	職員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、スタッフが充分に休む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)	* 職員へのヒヤリングで、有給休暇は規定の範囲内で希望通り取得でき、また取り易い職場環境になっていると確認できた。育児休暇などの体制も整えられている。職員の腰痛予防対策として、機械浴を導入している。 * ハラスメントに関する規定が定められているほか、理事長が産業医であるところから、職員のメンタルヘルスについては日頃から経営管理者自身が気を配っている。特別の福利厚生制度はないが、家族も含めた日帰り旅行や食事会・忘年会などを実施している。日常の職員の休憩設備は不十分でした。			
(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	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)	* 広報紙「芳寿館たより」を2か月ごとに発行し、事業所のイベントや理念「人としての尊厳を大切に・・・」に基づいたサービス提供、アンケート調査結果、お知らせなどを紹介している。また、デイサービスには特技を持つ地元ボランティアの方の協力を得ている。 * 毎週定期的に認知症カフェや介護相談日を設けて、事業所が持つ専門的な技術や情報を伝えたり、悩みのある人に寄り添っている。また、毎年小学4年生と中学2年生を対象に認知症サポーター養成講座を開催して、地域の見守り活動に寄与している。			

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)	* ホームページのほか事業所パンフレットがある。希望者には無料でデイサービスを体験できる仕組みがあり、体験者の約8割から利用申し込みを受けている。			
(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。	B	A
		(評価機関コメント)	* 利用契約締結時に、契約書・重要事項説明書等によりサービス内容や利用料金、介護保険適用外のサービスなどについて丁寧に説明し、同意を得ている。			

(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)		* 所定の書式に従ってサービス提供開始前にアセスメントを行ない、その後3か月ごとに見直ししている。 * 利用者・家族が同席したサービス担当者会議を経て個別援助計画を策定している。 * 個別援助計画の策定にあたっては、必要に応じて主治医の意見を聴取している。 * 3か月ごとに個別援助計画を見直すほか、利用者の状況の変化に応じてアセスメントを行い個別援助計画を見直ししている。		

(4) 関係者との連携

多職種協働	21	利用者のかかっている医師をはじめ、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)		* 利用者ごとに、自宅・緊急連絡先と共に掛りつけ医のリストを作成し、直接又は担当ケアマネージャーを通じて、利用者それぞれの掛りつけ医と連携するほか、地域包括支援センター等関係機関と連携している。		

(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、職員に活用されている。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	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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		* 各業務マニュアルは整備され、毎年これを見直す仕組みになっているが、マニュアルに従ったサービス提供がなされているかどうかを確認する仕組みはない。 * 利用者ごとのサービス提供記録は整備され、適切に管理されているが、保存や廃棄などに関する規定は未整備。 * 利用者ごとのサービス提供等に係る必要な情報は、「アフター会議」または「アフターノート」で職員全員が共有する仕組みになっている。 * 与謝野野が独自に作成した「あんしん手帳」（連絡帳）により、事業所で測った体温や血圧などの体調に関する情報を具体的に伝えるほか、送迎時等を利用して家族と情報交換している。		

(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、職員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)		* 感染症に関するマニュアルは整備され、研修や毎日のアフター会議などを通じて注意点が徹底されている。感染症罹患利用者についての対応は、医師である理事長の指示に従って行われている。 * 清掃は終業前に職員で行い、利用者が触る手すり等やりハビリ機器は毎日次亜塩素酸で消毒している。また、転倒事故予防のため、常に片づけを心がけている。トイレ等の臭気もなく、事業所内は清潔に保たれている。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	28	事故や緊急時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。	B	A
災害発生時の対応	30	災害発生時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
(評価機関コメント)		* 事故・緊急時対応マニュアルは整備され、指揮命令系統は確立している。毎年消防署の指導により救急救命講習と消防訓練を行っている。 * 事故事例に関しては、ヒヤリハット事例も含め、状況・原因・対応等の記録が整備され、再発防止に努めている。 * 災害対応マニュアルが整備され、消防訓練・避難訓練等を毎年実施しているが、地域の避難訓練等が事業所の休日に実施されるため、地域と連携した訓練は行っていない。		

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	31	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。	B	A	
	プライバシー等の保護	32	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	33	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	B	A	
	(評価機関コメント)		* 理念に「人としての尊厳を大切に・・・」と掲げ、常に尊厳の尊重を基本にしたサービスの提供を心がけるとともに、毎日のアフター会議で振り返りを行っている。 * 利用者のプライバシーや羞恥心等に配慮したサービス提供については、マニュアルを整備するとともに研修や毎日のアフター会議でも取り上げ、常に自分のことに置き換えて考えてみる習慣になっている。 * 事業所の定員以内であれば、すべての利用申し込みを受け入れている。			
(2) 意見・要望・苦情への対応						
	意見・要望・苦情の受付	34	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	35	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	36	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。	B	A	
	(評価機関コメント)		* 利用者・家族からの要望・苦情等は、いつでも管理者が承る旨最初に説明し、いつもは主として送迎時と「あんしん手帳」及び担当のケアマネージャーなどを通じて把握し、アフター会議で話し合っている。利用者定期的に個別の相談会を設ける仕組みはなく、利用者家族との懇談会も開催していない。 * 利用者等からの苦情に関しては、苦情対応マニュアルを整備し、組織的に対応する仕組みができていない。苦情等の内容及び対応・改善結果等の記録は整備されているが、公表に関してはその方針及び方法等が未定で、現在のところ一切公表していない。 * 公的機関の相談窓口は重要事項説明書に明記するとともに、毎月1回、与謝野町の介護相談員が来所して、利用者から要望等を直接聴取している。			
(3) 質の向上に係る取組						
	利用者満足度の向上の取組み	37	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	B	
	質の向上に対する検討体制	38	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職員が積極的に参加している。	C	B	
	評価の実施と課題の明確化	39	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)		* 毎年1回アンケートにより利用者の満足度を調査しており、その結果を公表しているが、サービスの質の向上へつなげる仕組みが不十分。 * 毎月の全体会議や職員会議で、提供サービスの在り方について検討はしているが、他の事業所の状況やケアマネージャーなどからの情報等を積極的に収集する体制が不十分。 * 第三者評価を定期的に受診しているが、課題を明確にして、次年度の改善につなげる仕組みができていない。			