

様式 7

アドバイス・レポート

平成25年3月29日

平成25年2月6日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた はぎの里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

特に良かった点と その理由(※)	<p>組織体制</p> <ul style="list-style-type: none">組織図を作成し、「組織運営に関する規定」に職種別の役割と責任を明確にした職務権限規定がありました。 <p>利用者・家族の希望尊重</p> <ul style="list-style-type: none">毎月、その月に誕生日を迎える利用者に対し、レストランでの外食企画を実施していました。月1回、委託の給食会社と食事研究会を開催し、利用者の嗜好に合った食事提供について話し合っていました。利用者の満足度が向上し、外出意欲に繋がる取り組みが行なわれていました。 <p>人権等の尊重</p> <ul style="list-style-type: none">毎日職員が互いに人権や尊厳を尊重したサービスが提供されているかなど、気づきを共有できる仕組み(振り返りノートなど)があり、常に問題意識をもったサービス提供に努めておられました。
---------------------	--

<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 業務レベルの課題の設定に具体性がありませんでした。 <p>アセスメントの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> アセスメントは、認定期間の更新や状態変化に応じて適宜実施しておられます、一部については整理不十分でした。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 独自の業務マニュアルを活用されていましたが、実用的な手順書としては不十分なところがありました。 <p>感染症の対策及び予防</p> <ul style="list-style-type: none"> 感染症マニュアルは常に最新情報に更新し、内部研修を通じて周知されていました。しかし、感染症が発生した場合の情報開示や、感染者の受け入れ等に不十分なところがありました。 <p>利用者満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 年1回利用者満足度調査を実施し、その集計結果を利用者に広報紙を通じて公開されていましたが、その結果についての分析・検討がされていませんでした。
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>業務レベルにおける課題の設定</p> <ul style="list-style-type: none"> 理念～目標～課題を関連付ける一覧表を作成し、課題は具体性を有する内容とすることで、評価・見直しにつながるのではないでしょうか。 <p>アセスメントの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ケースファイルを閲覧しやすいものに整理することで、必要書類の確実な整理ができます。また、アセスメントから外出行事等を通じて介護計画に明確に位置づけることにより施設独自のサービス内容についての理解が深まるのではないかでしょうか。 <p>業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none"> 1日の流れを分析し、各担当業務の役割や業務実施手順を明確に記載したマニュアルを整備されてはいかがでしょうか。 日々検討されているサービスの質の向上の取り組みや事故防止策についても、マニュアルとして明確な手順を示すことにより、有効で実際的な効果が期待できるのではないかでしょうか。 <p>感染症の対策及び予防</p> <ul style="list-style-type: none"> 感染症が発生した場合、利用者家族・医療や福祉関係機関・行政への連絡や、受け入れ方法を明確にすることは、現実に発生したときの速やかな対応に繋がると思われます。 <p>利用者満足度の向上の取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> 満足度調査の結果についてはその結果を分析し、例えば「ほぼ満足」が「満足」になるための検討をすることにより、

	サービスの質と利用者満足度の向上に繋がるのではないか 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	2671500078
事業所名	はぎ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・介護老人福祉施設・(介護予防) 短期入所生活介護・居宅介護支援・(介護予防)訪問 介護
訪問調査実施日	平成25年3月8日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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)		・機関紙「はぎ」に基本理念、運営方針を明記し、施設内に掲示されていました。 ・組織図を作成し、「組織運営に関する規定」に職種別の職務権限の規定がありました。				
(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。		B	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	B	
(評価機関コメント)		・「地域との関わり」を目標とした中・長期の事業計画があり、毎年度見直し評価しておられました。 ・業務レベルの課題の設定に具体性がありませんでした。				
(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	B	
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)		・現場責任者が把握すべき法令等の明文化を行ない、法令遵守に関する研修が行なわれていました。 ・運営管理者が自らの行動について信頼を得ているかどうかを把握する仕組みがありませんでした。 ・緊急時対応マニュアルを作成し、緊急連絡網も整備されていました。				

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

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	B
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。	B	B
(評価機関コメント)		・職員採用時の基準が不明確で、常勤比率・有資格者数の把握等に不備がありました。 ・経験年数等の段階に応じた研修プログラムありませんでした。 ・実習受け入れマニュアルはありましたが、実習指導者に対する研修が行なわ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	A
(評価機関コメント)		・特殊浴槽・排泄介助しやすいギヤッチャップベッド等が設置し、職員の負担軽減措置が行われていました。 ・職員が悩みやストレス解消するための対人援助のカウンセリングを受けられる仕組みがありました。		

(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。	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)		・ホームページ、法人の機関紙の配布を通じて、事業所についての情報が地域へ公開されていました。また、利用者が近隣の行事に参加する際の援助も行われていました。 ・高等学校への出前講座講師派遣、介護体験学習の実施等の事業所の有する機能の地域への還元が行なわれていました。		

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

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)		・ホームページを通して、わかりやすい情報提供が行なっていました。問い合わせや見学にも、随時対応しておられました。		

(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)		・利用契約書、重要事項説明書でわかり易い説明がなっていました。また、判断能力に支障があると思われる方は、代理人との契約締結をなしていました。 ・南丹市社会福祉協議会と連携し、権利擁護事業や成年後見制度の活用に取り組まれていました。		

(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。	B	B
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。	A	A
(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは、認定期間の更新や状態変化に応じて適宜実施しておられますか、一部整理不十分なものがありました。 ・サービス担当者会議に出席し、関係者への意見照会や利用者・家族の希望を再確認し、個別援助計画を作成されていました。 ・状況変化のあった利用者の対応について、日々のミーティングでケア方法を話し合って必要に応じて個別援助計画の見直しをされていました。 			

(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)	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の退院時に病院でのカンファレンスに出席し、状態把握に努めておられました。また、介護支援専門員を通じて、利用者の主治医との連携体制を確保されていました。 			

(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。	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。	A	A
(評価機関コメント)	<ul style="list-style-type: none"> ・独自の業務マニュアルを活用されていましたが、実用的な手順書としては不十分なところがありました。 ・個人情報保護マニュアルに基づき、記録や情報の管理体制を確立されていました。 ・利用者個別の状況やサービス向上に関する気づき等について、毎日のミーティングで情報共有し申し送りしていました。 ・送迎時や担当者会議で家族と情報交換をされていました。面談できない場合は、電話や連絡帳で情報交換をされていました。 			

(6)衛星管理

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	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)	<ul style="list-style-type: none"> ・感染症マニュアルは常に最新情報を更新し、内部研修を通じて周知されていました。しかし、感染症が発生した場合の情報開示や、感染者の受け入れ等についての規定がありませんでした。 ・施設内は清掃担当職員により毎日清掃し、整理整頓されていました。また 臭気対策として、施設内各所にオゾン脱臭器を設置しておられました。 			

(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)	・事故や緊急時の対応マニュアルを整備し、マニュアルに基づく研修や訓練を実施されました。 ・事故・ヒヤリハット事例について、迅速に原因分析や対応策について話し合われていました。また、毎月開催の事故防止委員会で、事故分析を行ない、評価・見直し等の対応策を取っておられました。			

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

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)	・人権に配慮したサービス提供等についての研修を行い、また職員が気づきを共有できる仕組み(振り返りノート等)を通じて、常に問題意識をもってサービスを提供されていました。 ・プライバシーや羞恥心に配慮したサービス提供についての研修が行なわれていました。 ・利用申込みは断らないことを基本とし、医療処置の必要な利用者の受入実績がありました。			

(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てている。	B	B
第三者への相談機会の確保	35	公的機関等の窓口に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)	・利用者・家族の声・職員の気づきを記入するシートを活用し、事柄の良悪しに問わらず幅広く拾い上げる仕組みがありました。 ・苦情・要望等に対して改善されていましたが、その改善状況について公開されていませんでした。 ・利用者が外部の機関に相談できる環境にありました。しかし、デイサービス事業所としては介護相談員等の受入れ記録はありませんでした。			

(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てている。	B	B
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。	B	A
(評価機関コメント)	・利用者満足度調査を行ない、その結果を利用者に公開されていましたが、その結果についての分析や検討が行われませんでした。 ・毎月1回デイ会議や南丹通所部会等に参加し、サービスの質の向上に係る検討体制がありました。 ・併設事業所と合わせて第三者評価を受診されていました。また、サービス評価シートにて自己評価(自主点検を除く)が行われていました。			