

様式 7

アドバイス・レポート

平成 25 年 4 月 5 日

平成 24 年 10 月 26 日付で第三者評価の実施をお申込みいただいた デイサービスセンターことぶき 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>(通番1) 理念の周知と実践 施設開設時に職員全員で作った理念・運営方針は、事業所の名前である“ことぶき”を活用した優しい言葉で作られており、職員・利用者・家族にとって親しみやすいものとなっています。</p> <p>(通番15) 事業所情報等の提供 どんなデイサービスなのかという外部の疑問に対し、利用者のプライバシーを考慮し、各種行事等の写真を取り入れた「ことぶき通信」を作成しています。居宅介護支援事業所、家族、来訪者に配布され、デイサービスの様子がよくわかるようになっています。</p> <p>(通番33) 意見・要望・苦情の受付 連絡ノートや送迎時に個別の利用者について情報交換を行い、そこで得た情報を合同カンファレンス等で検討し、申し送りや朝礼等で職員への周知が図られていました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番4) 業務レベルにおける課題の設定 介護サービスセンターとしての事業計画は策定していますが、デイサービスセンターとして課題を設定し、見直しを行う仕組みがありませんでした。</p> <p>(通番28) 事故・緊急時の対応 水害時のマニュアルを追加され、自然災害の概念もしっかり認識されていますが、地域との連携を意識したものがありませんでした。</p> <p>(通番34) 意見・要望・苦情等への対応とサービス改善 利用者の意見等は組織へ上申し、合同カンファレンス等で検討され改善に結びついていますが、公開には至っていません。</p> <p>(通番38) 評価の実施と課題の明確化 評価担当者や部署での取り組みはされていましたが、自己評価基準や改善に向けての取り組み等は確認できませんでした。</p>

具体的なアドバイス	<ul style="list-style-type: none">・デイサービスセンターとしての課題を設定し、具体的な計画を作成することで、職員全員が具体的な目標意識を持って業務を行うことが可能となります。そして、計画・実施・評価・改善のサイクルを実行することで、サービスの質の継続的な改善が可能になると思います。・同系列の病院が隣接しています。地域との連携を意識したマニュアルの作成や、地域の防災訓練への参加を検討され、今後地域との協力体制を整備されてはいかがでしょうか。・地域のデイサービス連絡会に参加され、そこでの情報を基に多職種と全体カンファレンスで検討がなされ、質の向上に努めています。今後、より質の向上を図るために、自己評価を行ってはいかがでしょうか。自己評価は、事業所における問題点の抽出や今後の課題の明確化につながります。また、改善に向けての取り組みもより具体的になると考えますので、自己評価基準の作成をお勧めします。
-----------	--

※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	2694100062
事業所名	デイサービスセンターことぶき
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)	なし
訪問調査実施日	平成24年12月13日
評価機関名	京都私立病院協会

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)		理念・基本方針は開設時に職員全員で作ったとのことで、優しい言葉で作られており、利用者や家族にも親しみやすいものとなっています。組織の意志決定については、合同カンファレンスや運営委員会などで職員の意見を集約できる仕組みとなっています。			
(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	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	C	
	(評価機関コメント)		介護サービスセンターとしての事業計画は策定されていますが、中・長期的な目標がありませんでした。また、デイサービスセンターとして具体的な課題を設定し、見直しを行う仕組みが確認できませんでした。			
(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り組みを行っている。	A	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)		管理者等によるリーダーシップについて、管理者を中心にチームワークを発揮されています。把握すべき法令について理解はされていますが、明文化されたものが確認できませんでした。			

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。	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。	A	B
		(評価機関コメント)		資格取得の際には法人が費用を負担するなど、資格取得支援がしっかりと出来ています。外部研修の参加や施設内での勉強会の開催などを確認できましたが、研修の年間計画が確認できませんでした。実習の受け入れについて、基本姿勢の明文化や実習指導者に対する研修が確認できませんでした。		
(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)		超過勤務も少なく、育児中の職員が働きやすい雰囲気を感じました。産業医の配置がありますが、その仕組みの周知が来ていませんでした。		
(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)		機関紙「ことぶき通信」を通じて、事業所の情報が発信されています。また、健康フェアを3ヶ月に1回開催し、法人の持つ機能を地域に還元されています。		

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
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)		デイサービスの利用状況等を写真を交えた「ことぶき通信」に記載し、居宅介護支援事業所に送付したり、診療所の待合所に設置し、誰でも見ることのできる状況にされていました。問い合わせや見学に対する対応もされており、体験を希望される方には送迎も含めて実施されていました。ホームページについては開設してからの期間が浅く、準備段階でした。		
(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)		重要事項説明書には利用料金や保険外のサービス料金の記載があり、補助人・保佐人の同意署名も確認できました。権利擁護の事業活用の仕組みもありました。		

(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)		援助計画は本人・家族の希望を取り入れ、個別に作成し、同意の署名を得ています。サービス担当者会議には必ず出席され情報収集・意見交換を行うと共に、三か月に一度の見直しも多職種合同で行われていました。計画変更の見直しに関する基準はありましたが該当する利用者はおられませんでした。		

(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。	B	B
(評価機関コメント)		同系列の病院との連携体制が整っていました。退院カンファレンスにも参加しています。関係機関・地域包括支援センター等の連絡リストを作成されていますが、実際に連携した事例はありませんでした。認知症の方のケアを行っていくには民生委員や地域包括支援センター等と密に連携を取る必要があると思います。		

(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	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。	A	A
(評価機関コメント)		各種マニュアルを作成し、見やすいようにまとめ、見直し表も作成されましたが、記録の持ち出しについての記載がないため追記を望みます。利用者に夏祭り等への参加を呼びかけたり、送迎時や連絡ノートでの情報提供、電話での情報交換や面談を随時行っていました。		

(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	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)		感染症患者の対応マニュアルや、二次感染を防ぐ対策を講じた上での受け入れ体制がありませんでした。今後は体制を整備される予定です。施設内は整理整頓され、臭気等ありませんでした。		

(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	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)		避難訓練や水害時のマニュアルを追加する等、緊急時の対策について熱心に取り組んでいますが、地域との連携を意識したマニュアルがありませんでした。今後の検討を期待します。ヒヤリハットやインシデント事例を記入され、評価を行っておられましたが、マニュアル変更に至るまでの事例はありませんでした。		

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)		運営規程・重要事項説明書に人権尊重等が明記されています。プライバシー保護にも配慮がなされ、各委員会の開催や勉強会を実施することで周知されていました。利用者の決定については、利用希望を断ったケースがないことから、公平・公正に取り組む姿勢が評価できました。			
(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。	B	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	B	
	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)		利用者の意見等は合同カンファレンス等で検討され、改善に結びついているにも関わらず公開に至っていません。また、公的機関を相談窓口として明示されていますが、事業所以外の第三者相談窓口の設置や介護相談員の受け入れなど今後の取り組みに期待します。			
(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。	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。	A	B	
	(評価機関コメント)		満足度調査は利用者の事業所への評価であり、事業所への新たな期待が込められています。利用者や家族の安全・安心のため、定期的な満足度調査を行い、質の向上に役立てて頂きたいと考えます。また、自己評価を定期的に行うことで、事業所の新たな課題も見えてきますので、自己評価マニュアルの作成をお勧めします。			