

# アドバイス・レポート

平成 28 年 3 月 28 日

※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

平成 28 年 1 月 8 日付け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長生園 ）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><b>1) 重度の利用者の受入れ</b></p> <p>同じ敷地内に特養や診療所があり、看護師が通所介護の管理者をされていますので、法人が運営する他の通所介護事業所との役割を分担しながら医療的な処置が必要な利用者等の受け入れを積極的に行われています。</p> <p><b>2) 通所介護計画の実践とケアの質の確保</b></p> <p>通所介護計画やケアの質を確保するために、アセスメント、プランニング、実施、モニタリング、カンファレンス、見直しとという一連のプロセスを、他職種と協働して定期的実施されています。</p> <p><b>3) 職員育成</b></p> <p>新しく採用した職員には3か月間専任担当者が付き、業務チェックシート等をツールとして定期的にヒアリングを行う等の取組みと、資格取得にむけて研修等を業務として支援をする等、職員の質の向上にむけた支援の仕組みがありました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p><b>1) 苦情・意見・要望等への対応</b></p> <p>利用者アンケートを毎年行い、経年比較した分析結果や利用者家族からの意見等は広報誌等を通じて公開されていましたが、日常的に寄せられる苦情や意見について、どのように対応して改善されたのかのプロセスや改善結果が明らかにされていませんでした。</p> <p><b>2) 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>管理者は職員に対して定期的に面談や評価を行うことによって課題や評価を事業運営に反映させておられましたが、管理者を評価する仕組みが十分ではないように思われました。</p> <p><b>3) 食事の提供の工夫</b></p> <p>食事は併設する特養と一括して提供されていますが、食器やお盆等は通所介護のご利用者が普段、家庭で使われているような通常ものとは異なっており、家庭的な雰囲気食事を提供するという上で工夫の余地があるのではないかと思われました。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p><b>1) 苦情・意見・要望等への対応</b></p> <p>アンケートは毎年、同じ項目で実施されることも大切ですが、デイサービスの場合は利用者が変わっていくこともあり、又、いろんな方向から利用者の希望をくみ取ることも大切なので、アンケート項目の内容について職員で「検討委員会」のような場を作られてはいかがでしょうか。その上で、苦情や要望については、匿名性等申し出者の意向も汲みながら、定期的に発行されている広報誌に、改善のプロセスも含めて公開することによって、より利用者や家族、地域の方との信頼関係も深まっていくと思われれます。</p> <p><b>2) 管理者等によるリーダーシップの発揮</b></p> <p>事業所の管理者を法人として評価する場を定期的に設定することによって管理者のリーダーシップの向上が図られ、より質の高いチームへの働きかけが可能となるのではないのでしょうか。</p> <p><b>3) 食事提供の工夫</b></p> <p>通所介護事業の利用者にどのような環境で、どのようなサービスを提供するかを、例えば食器の形態を家庭で使用しているものに近いものにしたたり、御飯だけ提供の直前に盛る等の工夫から始める等、職員の間で検討する機会を持た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)

※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	2671500102
事業所名	デイサービスセンター長生園
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)	居宅介護支援事業所
訪問調査実施日	平成28年1月25日
評価機関名	一般社団法人京都市老人福祉施設協議会

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
<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)			理念は来園者にわかりやすい場所に掲示されており、職員にも毎日のミーティングで確認できるような仕組みができています。		
<b>(2) 計画の策定</b>						
	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。	A	A
	(評価機関コメント)			理事会・法人管理会議・経営戦略会議・経営戦略会議等で検討をして年度末及び毎月の事業計画と目標を設定されています。		
<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)			管理者は職員の自己評価表に基づいて年2回、及び必要に応じて面談をして、事業の進捗と職員の把握に努められています。		

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
<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。	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。	A	A
		(評価機関コメント)		資格取得のために必要な受験・研修等については法人で費用を負担をするなどの支援の仕組みができています。新規採用職員には3か月間の専任担当者を決める等のOJTの取り組みもされていました。		
<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、職員の労働環境に配慮している。	A	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)		時間外労働・有給休暇等を総務部と共同で管理し、必要に応じて職員との面談を実施されています。職員休憩室が事務所と兼用になっており、休憩できる環境の工夫が必要と感じました。産業医が敷地内の診療所に所属しているため職員に利用されにくい状況が見受けられました。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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)		事業所独自の広報誌を年4～5回発行し利用者家族に配布するとともに、家族懇談会を年2回開催されています。併設の施設と共同して地域の福祉体験学習に取り組まれています。		

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
<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)		法人全体の紹介をホームページで提供するとともに、玄関等にパンフレットを置いて情報を提供されています。見学も随時、受け入れています。		
<b>(2) 利用契約</b>						
		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)		利用開始時に重要事項説明書等でサービス内容等を説明をされています。利用開始後も、利用者からの問い合わせ等に応じて説明されていました。		

(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。	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)		介護計画の作成はアセスメント・プランニング・実施・見直しという一連のプロセスを、他職種と協働して定期的実施されていました。		
(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)		デイサービス利用者の入退院に際して、医療機関・ケアマネジャー・家族等と連携し、必要な情報を得られています。		
(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、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。	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		マニュアルは整備されており、随時、見直しがされて更新年月日等が記録として残されていましたが、見直しのプロセスで職員の意見が反映されるような仕組みの必要性が感じられました。		
(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、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)		感染症の利用者を受け入れる場合のマニュアルによって、入浴の順番や消毒方法、送迎を個別に行う等の工夫がされていました。		
(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。	A	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。	A	A
(評価機関コメント)		ヒヤリハット報告の書式を簡素化し連絡ノートに貼りつけるなどして、迅速に職員間で共有できるようになっていました。		

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
<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	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。	A	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。	A	A
		(評価機関コメント)		高齢者の人権については採用時に「虐待防止法」の研修を行い、日常的には業務会議で意見や報告等の機会があります。プライバシー保護は限られた環境の中で暖簾やカーテン等の仕切りによって保護に努めておられます。		
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	A	A
		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)		利用者アンケートは毎年実施され、公表されていましたが、日常的に寄せられる意見や苦情に関しては公開されていませんでした。寄せられた意見や苦情を情報公開する姿勢を表明することでより地域の信頼を得ることができると考えられます。		
<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	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。	A	A
		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。	A	A
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		毎年満足度調査を行い、同じ内容の質問をすることによって経年変化でその改善状況を把握されていますが、利用者が毎年変わっていくことも考えるとアンケートの項目も変えていくことも必要かと思えます。		