

アドバイス・レポート

平成25年12月12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

25年6月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた綾部東部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>○地域との交流（通番13, 14） いこいの村・綾部東部デイサービスセンターは、小高い山の中腹に建てられていたのを、今年5月、在宅介護支援センター、訪問介護事業者とともに、口上林小学校跡地に移転開設された。この事業所には、地域包括支援センターが併設されており、近くにグループホーム「いこいの村・とくらの家」もある。移転に際し、地域に入って地域のニーズを掴んだり、地域の説明会を行い、地域の要望に応じて口上林川の環境汚染防止対策を施したりなど管理者や職員ヒアリングなど成果を反映して「地域あつての施設」の考えのもと、住民・利用者に対する「近さ・親しさ・心強さのあるセンター」を目指して努力している。今では朝開所前から「待とったんや」と相談に来る人や「やっぱり見えるところにセンターがあるのが良いな、安心できる」と地域の方からの声が聞かれるなど、センターは一帯を「いこいの村・とくら福祉センター」として地域に根ざした福祉ゾーンにするべく活動を展開している。</p> <p>○利用者の気持ちを汲んだ施設運営（通番34, 35, 37） いこいの村・とくら福祉センターのコンセプトの実現に向けて利用者の生活を丸ごと捉え、利用者を中心に家族や介護サービス、医療や商店など地域の社会資源も活用して暮らしを支える仕組み作りの事業展開を目指している。法人方針は「自分達のセンターは自分たちで作っていく」とし、事業所の引き戸の模様も利用者の意見で「口上林川」をモチーフにしたデザインにしたり、利用者の意見で「とくら福祉センター」と名付ける等利用者の参画の基で作上げたセンターです。日々の運営も利用者のニーズに合わせて遠足の行き先を決めたり、皆でどうして行けばよいのかを利用者のニーズを引き出しながら、当たり前前の生活が出来るように支援し、利用者を中心に運営がされている。</p> <p>○事業計画への職員の参画と人材育成（通番3, 4, 9, 38） 法人方針が浸透している職員は一人ひとりどういうデイサービスにしたいのかを考えて話し合い、力を結集している。職員は利用者や地域のニーズに対して施策にない物は自分達で創りだし実践して行けば良いとしている。例えば買い物をするところが無い→デイサービスに業者に来て買い購入できるようにしたり、市の委託で月～金の配食サービスをしているが→土日祝の必要な方には施設独自の事業として行う等、職員は連携して一人の人を支える場合でも、全体で見れば良いとのコンセプトの基に意欲を持って実践に取り組んでいる。職員意見の吸い上げと職員意見の反映でそれぞれが運営に参画する等、働き易く職員ひとりひとりが大切にされている職場である。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○理念の周知と実践（通番1） 法人理念は周知され、理念に基づくサービス提供が行われていますが、事業所としての理念が作成されていません。</p> <p>○事業計画の策定（通番3） 単年度の事業計画を作成し目標設定を行って、介護保険制度の情勢や利用者の要望をくみながら目標達成が出来るように、改善すべき課題を確認しているが、法人計画「新レインボープラン（2012～2022）」に基づく事業所の中・長期の計画が作成されていません。</p> <p>○ストレス管理（通番12） 会議室で休憩をしているが、他に休憩できる場所が確保できていません。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定（通番17, 20） アセスメントと個別援助計画の見直しが定期的に行われていません。計画目標の達成期間を明記し、日々の介護記録を目標の実践状況がわかるものになっていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>○理念の周知と実践（通番1） いこいの村・とくら福祉センターを利用者・住民にとって「近さ・親しさ・心強さのあるセンター」とする理念を策定することによって事業計画や中長期計画作成の方向を明確にされることが望まれる。</p> <p>○事業計画の策定（通番3） 中長期計画の作成でとくら福祉ゾーンの5年後・10年後を見据えた単年度事業計画の策定と運営をされる事が望まれる。</p> <p>○ストレス管理（通番12） 利用者から離れてリラックスできる環境を考えて、職員が適切に休憩する為の場所の工夫が望まれる。</p> <p>○個別状況に応じた計画策定（通番17、20） 急変等以外は目標達成期間にあわせて評価することが必要で、評価を正確にするため、介護記録は目標に沿った実践状況や利用者の反応や変化を記録することが望まれる。</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	2671800239
事業所名	綾部東部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、居宅介護支援、訪問介護、介護予防訪問介護
訪問調査実施日	平成25年10月25日
評価機関名	一般社団法人 京都ボランティア協会

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	B
	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思決定を行い、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. 法人理念と運営方針は会議や研修で職員に周知され、利用者・家族にも契約時説明している。理念に照らし、事業計画の推進状況を前期と後期に係（職員）会議で総括し、次のサービス展開につなげていることが職員会議録、職員ヒアリングで確認できたが、事業所理念が作成されていない。 2. 意思決定は組織管理規程、職務権限規程に基づき行われ、係会議を起点に部長会、運営委員会、施設長会、常務理事会の検討を経て、理事会で方針決定されるボトムアップのシステムが構築されている。		
(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	A
	(評価機関コメント)			3. 4. 法人の「新レインボープラン（2012年～2022年）」に基づき、利用者と地域の状況等を分析し、年度目標を明らかにした単年度の事業計画を作成し、年2回目標達成状況の点検を行っているが、事業所の中長期計画が策定されていない。		
(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。	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。	A	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)			5. 法人管理運営規則集が作成され、研修、会議で法令遵守を徹底しているが、事業に必要な法令のリスト化がされていない。 6. 7. 管理職の役割は組織管理規程と職務権限規程で定められ、管理者は係会議、ミーティングに出席して状況把握をし、リーダーシップを発揮していることが職員ヒアリングで確認できたが、管理者を評価する仕組みがない。緊急時対応においても状況把握と指示できる体制がある。		

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。	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)		8. 9. 法人の歴史と理念による人事方針を持ち、採用を行い、研修、OJT、個別面談などで職員育成し、資格取得支援もを行っている。非常勤職員の登用を行い、介護職員7名中6名は正職である。 10. 法人の実習生受け入れ方針と体制はあるが、事業所として方針がない。地元の小学生の実習受け入れが準備中であるので、法人方針を参考に事業所の実情に合った方針と体制を作ることを期待する。		
(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。	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)		11. 12. 勤務表は職員の希望を聞いて作成され、必要な有休はとれるようになっていることを職員ヒアリングで確認した。事業所移設に伴い、利用者、職員の意見を聞き、ケアのための十分なスペースの確保、昇降ベッド、利用者に合った車椅子などの介護機器を整備し労働環境に配慮され、産業医と契約し、ストレスなどの相談、職場環境評価を行っているが、職員の休憩場所がない。		
(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)		13. 14. いこいの村が地域調査を踏まえて、地元説明会の開催などを十分に、要望を聞いて開設された関係から地域との関係は良好である。月1回「いこいの村新聞」を口上林地域へ全戸配布し、施設への理解を得るように努め、介護者の集い、ほがらかに歩こう会などの開催など地域の高齢者問題に目を向けた活動をしている。		

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)		15.ホームページやパンフレット、いこいの村新聞（毎月地域配布）で事業所運営方針と特徴・サービス内容などを詳細に掲載し、必要な情報を提供している。見学者の受け入れは随時行い、受付表に記録している。		
(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。	A	A
		(評価機関コメント)		16. 契約時に利用契約書、重要事項説明書に沿って理解を得る説明を行うとともに、毎月、利用料の請求書・領収書を自宅訪問で手渡し、説明をしている。利用者の判断能力によっては代理人と契約している。必要に応じ成年後見制度等の活用を担当介護支援専門員と連携して取り組む体制ができている。		

(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	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	B
(評価機関コメント)		17. アセスメント表は利用者の状態を把握できるようになっており、アセスメントは介護認定更新時や状況の変化に応じて行われているが、定期的に行われていない。 18. 個別援助計画はサービス担当者会議で利用者、家族の意見を聞き作成されている。 19. 個別援助計画は策定する際にサービス担当者会議を開催し、必要に応じて医師の参加もある。また、日赤のPTに意見を聞いている。 20. 個別援助計画の目標は達成期間を定め、介護記録は目標の実践状況や利用者の反応等を記録すること。見直しは状況変化等に応じて行われているが定期的に行われていない。		
(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)		21. 医師との連携は担当の介護支援専門員を通じて行っている。必要に応じて、医師、保健所、日赤のPT、医務連会と連携し、サービスのあり方を検討している。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 業務マニュアルの見直しは、担当者が必要時や1年ごとに点検し、改定は会議で検証・検討される。 23. サービス提供記録は計画目標の実践状況や利用の反応（行動、表情、言葉等）を記録すること。個人情報保護に関する規程はあるが、管理規程は法人で作成中である。 24. 利用者情報は、毎朝の引継ぎ、夕方のまとめ会、係会議で情報を伝え、欠席者には記録内容を回覧し、職員間で共有している。 25. 家族とは連絡ノートや送迎時、訪問の時に情報交換している。また、家族の集いを開催し、相談や意見交換をし、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)		26. 感染症対策委員会が設置され、予防対策が行われ、マニュアルもある。利用者は来所時、うがいと手洗いを行っている。 27. 衛生管理シートに基づくチェックが日々行われ、施設内清掃は毎日職員が行っている。毎月、厨房の衛生点検と害虫駆除を専門業者が行っている。		
(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。	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)	28. マニュアルは整備され、防災ショート訓練が毎月行われ、いこいの村全体で救急救命講習会も開催されている。 29. 事故報告書、ヒヤリ・ハット報告書が作成され、案件はまとめ会や係会議で検討を行い、職員に周知している。毎月の在宅サービス向上委員会でも原因解明と防止対策等が検討される。事故報告書にはいつ、だれが、どこで等5W1Hで正確に記録し、必要に応じて後日経過の記録を残すとより良い報告書となる。
--	--	------------	---

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
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。	A	B
		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)		<p>31. 利用者本位のサービス（利用者がサービスを選択する事業など）を実施し、サービスの充実を職員会議やまとめ会で検討し対応をしている。身体拘束防止研修や定期的に人権学習も行い、法人として人権尊重を周知徹底しているが、「身体拘束防止」等が運営規程や重要事項説明書に記載されていません。</p> <p>32. 「個人情報保護」や「プライバシー配慮」の研修を実施し職場内で伝達研修をしている。入浴介助や排泄介助に関わるマニュアルを整備し、職員会議やまとめ会で利用者個々の身体状態に合わせてどのようなケアが望ましいのかを検討している。</p> <p>33. 東部地域の利用者を広く受け止め身体的状況や医療的ケアの可否によってことわった事が無く申し込みは全て受け入れている。</p>		
(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。	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。	A	A
		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。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>34. 年に1回利用者・家族へのアンケートを実施している。アンケートを手渡し、自由に意見が書けるようにして、無記名で郵送で返して貰う事で自由記述欄へのコメントが増えた。アンケートは分析・評価をし、玄関横の掲示板に個人情報保護に配慮しながら公表し誰にでも見られる様にしている。玄関にはいこいの村に対するご意見をお聞かせ下さいとポストを設置し、投書用紙は書き易い様に「よかった事」「〇〇して欲しい」「不愉快だった」「困った」等具体的に記入し易くしている。家族・利用者から、電話やヘルパー、配食サービスのヘルパーを通して聞いた事は「よくする意見書」に記入し公表している。利用者・家族の集いを年1回開催し意見が言い易い様にしている。以上のように利用者の意向を把握する方法を持っている。</p> <p>35. 利用者の意向は現場係員→主任→施設長へと報告され、担当職員、主任、施設長で協議し、状況に応じて返答、説明する仕組みを作っている。利用者の意向は大切にされ、例えば遠足など利用者が行先を決め、実現する応援を職員がする形となっている。</p> <p>36. 意見・苦情・要望の対応の仕方を公的機関も含めて明確化し重要事項説明書に記載している。第三者の相談窓口は玄関前に掲示をし、契約前に家族に説明をしている。綾部市介護相談員を受け入れ、利用者が相談や意見を言える機会を持っている。</p>		
(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。	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)		<p>37. 在宅サービス向上委員会が満足度調査を実施し分析検討をし改善に結び付けている。</p> <p>38. 在宅サービス向上委員会は高齢福祉部の主任・グループホーム主任・ショートステイ棟主任・ケアマネジャー・部長のメンバーで月1回開催して検討し、各事業所に持ち帰り全職員が参加出来る仕組みを議事録で確認した。同法人のデイサービス事業所職員の会議を定期的に開催し情報交換や意見交換をしている。</p> <p>39. 自己評価を毎年行い在宅サービス向上委員会で分析評価をし、法人の内部監査（事業と会計）を毎年行い、第三者評価も3年毎に受診し、次年度の事業計画に反映させている。</p>		