

## 介護保険サービス第三者評価 評価結果報告書兼アドバイスレポート

- 受審事業者名 通所介護 津名町デイサービスセンター
- 評価実施期間 H16 年 12 月 28 日 から H17 年 6 月 3 日
- 評価機関 社会福祉法人 兵庫県社会福祉協議会
- 評価調査者 K0401043、K0401067、K0401068

## 総合コメント

## 特に良い点

## 安全な送迎で進むデイサービスの運営

通所介護は、特別養護老人ホーム千鳥会ゴールドの1階部分で毎週月～土と実施され、介護保険の通所介護利用者(定員25名、平均介護度1.6)と、津名町の事業委託を受けた「生きがい事業」10名の受け入れをしており、一日を楽しく健やかに過ごしてもらい、職員の懇切かつ丁寧な対応が、利用者・家族に感謝されています。デイサービスの場合は、利用者同士の語らいと、手芸、入浴、カラオケ、季節によっては周辺の散策等、利用の一日を楽しむ安全で快適な交流の場となっています。生活リズムの違いから迎えは待たずに毎朝、家族に送られて来る利用者(帰途、施設対応)を除き、車により朝夕の送迎が行なわれ、職員の車両運行管理は、慎重かつ安全をモットーに、「送迎業務」「車両事故対応」手順書等によって、安全運行に努められています。目標期間を設定しての無事故の取り組み努力は、地元警察の安全運行表彰を継続して受けており、地道な努力が評価できます。

## 職員協働の成果がもたらすサービスの向上

利用者へのサービス提供状況は、職員同士のチェック等により良い結果が生まれており、下肢筋力の低下を来した利用者に対してしっかりと対応ができ、それにより入浴時の危険の未然防止が可能となるなど、職員の協働取り組みが図られ、安全で、快適なデイサービス事業が展開されていることが確認できました。

## 地域交流の支援拠点として

同一町居住の在宅高齢者同士のため、利用区分による差はなく、相互に友を求め交流が盛んです。今後、市町合併により、隣接町居住者との交流が図られる場合、軽度の要介護者への筋肉トレーニング等、介護度に応じた対応が必要なことも想定されますが、現状のような和やかなデイサービスが存続し、津名町が掲げてきた“達者で長生きのまちづくり”が、この地域拠点を中心に、より進展することを期待します。隣接小学校の運動会行事等への参加が行なわれていますが、これらの地域行事との交流の拡大と世代交流の推進についても、更に拡充が期待できると思われれます。

## 特に改善を要する点

## 代替可能な職員体制づくり

デイサービスを運営する職員体制をみると、常勤1名のほかは、パート職員で構成され、職員配置は充たした上でこれにボランティア等が参加して運営されています。日中の数時間のことであり、順調な運営が図られている現状は問題ないものの、常勤職員等の転任や部署異動・その他、勤務をこなしていく事情が発生する場合には、代替対応が必要となることが予想されます。運営の基本事項や業務基準等を記録ノート等に基づき、他の管理監督職が併せて把握することも欠くことができません。他の職員も順次、補助しつつ仕事を覚える等も、事業運営の必要な留意点といえましょう。

## 出欠連絡にかかるホウ・レン・ソウの徹底と第三者委員の増員・役割の推進

苦情は少ないと見られますが、特に利用者・家族からの出欠の連絡等を誰が受けても事業所内で担当者に適確に連絡・伝達することも必要です。また、地域で生活する利用者・家族と事業者との意思疎通によりサービスが一層向上するよう、家族会等への役割の啓発を期待します。

## 地域情報の発信

津名町が掲げてきた“達者で長生きのまちづくり”の具現化として、デイサービスセンターと地域の生きがいサロン等を結んで世代交流や利用の輪が広がることも必要でしょう。地域のできごとや行事紹介等の掲示板等の設置を検討してください。

I 事業所の運営

1 事業所に関する情報等の提供		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所のサービス提供に関する基本方針を職員及び利用者やその家族等に周知している。	1 基本方針を職員が理解するための具体的な取組を行っている。 2 基本方針を会報や印刷物などに掲載して、利用者やその家族等に配布している。 3 基本方針をホームページに掲載したり、求められれば提供するなど、誰でも知ることができるようにしている。	■ (A) B C ■ ■	(A) B C	職員への周知、利用者・家族への周知が的確に行われています。  必要情報を、パンフレットにまとめ提供し、変更はそのつど更新しています。ホームページへは、発信情報をより具体的なサービス内容とし、かつ、見直しをこまめに行うことが肝要です。  パンフレットには基本的なサービス内容が記載されています。広報誌「ゴールド」だより等を町内全域の保健医療福祉関係機関や民生委員、老人会等に発刊のつど、配布し随時必要な情報が提供されています。
	補足等：			
2 事業所が行っているサービスの情報を積極的に提供している。	1 利用者やその家族等が適切にサービス選択するために必要な情報を提供している。 2 情報をホームページに掲載するなど、誰でもいつでも知ることができるようにしている。 3 提供している情報を定期的に見直し、内容の変更などに速やかに対応している。 4 質問に応じて説明を行う用意がある。	■ (A) B C ■ ■ ■	(A) B C	必要情報を、パンフレットにまとめ提供し、変更はそのつど更新しています。ホームページへは、発信情報をより具体的なサービス内容とし、かつ、見直しをこまめに行うことが肝要です。  パンフレットには基本的なサービス内容が記載されています。広報誌「ゴールド」だより等を町内全域の保健医療福祉関係機関や民生委員、老人会等に発刊のつど、配布し随時必要な情報が提供されています。
	補足等：			

I 事業所の運営

2 サービスの質の向上		A <sup>+</sup> A <sup>-</sup> (B <sup>+</sup> ) B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1	サービスの質の向上を目的とした検討体制を整備している。	1 サービスの質向上を目的とした委員会などを定期的に開催している。 2 委員会などの検討内容や結果を記録している。	■ (A) B C ■	<p>全職員が参加する各委員会の定期的開催と、その結果を記録(議事録)にまとめ、職員にも回覧しています。</p> <p>年2回(5月、12月)、個人面接を実施しています。</p> <p>家族会、家族役員会を開催し、意見聴取をし、その結果の改善は、掲示して周知しています。</p> <p>年度始めに、事業計画を策定し、部署目標、個人目標を設定しています。目標管理は1ヶ月ごとに評価を実施しており、評価を行うため、運営委員会、家族会、アンケートなどの意見を反映させています。(過去1年以上にわたりISOの取り組み等)多忙な時期を送ってきたこともあり、中・長期計画が策定の機運はあるものの事業所分は、未策定です。早急に改善をされるよう期待します。</p> <p>個人目標の設定と1ヵ月ごとの評価、年度末の総評を行なっています。職員教育の年間計画により施設内外の研修の実施、フィードバック評価を行なっています。人事運営は、個人面接により行なっています。</p> <p>教育訓練は、年間計画を策定し計画的に参加させています。外部研修参加者は、レポート提出、朝礼時の発表、新入職員の団体グループ統括の研修もしています。また、定期的な内部監査(職員相互)も、行なわれています。</p> <p>同一職種による指導助言、グループ内医療機関からの随時対応や指導も可能な医療、保健、福祉の連携が図れる状況にあります。</p>
	補足等:			
2	サービスの質の向上への取組に職員が参加している。	1 定期的に職員からの提案を募集している。 2 職員の意見を聴取するための場を設けている。	■ (A) B C ■	
	補足等:			
3	サービスの質の向上への取組に利用者やその家族等の意見を取り入れている。	1 定期的に利用者やその家族等の意見を聞く機会を設けている。 2 出された意見を検討している。 3 出された意見の対応結果の説明・報告を利用者やその家族等に対して行っている。	■ (A) B C ■ ■	
	補足等:			
4	サービスの質の向上に向けた計画的な取組を行っている。	1 サービス内容や実施体制に関する事業所の中・長期的な課題や問題点を明らかにしている。 2 課題や問題点を克服するための目標を設定した3年間程度の中・長期計画を策定している。 3 中・長期計画の当該年度の内容を反映した1年ごとの事業計画を策定している。 4 事業計画の評価を行うために、職員の意見を聞いている。 5 事業計画の評価を行うために、利用者やその家族等の意見を聞いている。	■ A (B) C ■ □ □ □	
	補足等:			
5	職員の資質向上に向けた体制を整備している。	1 職員一人ひとりに必要な知識や技術などを明らかにしている。 2 職員一人ひとりに必要な資質・技術の修得に向けた研修計画を策定している。 3 職員の資質向上を一元的に推進するための担当者を設置している。 4 職員の人事方針は資質向上に向けた目標と整合がとれている。	■ A (B) C □ ■ ■	
	補足等:			
6	職員の研修機会を確保している。	1 事業所内研修を定期的に行っている。 2 職員を外部の研修会に積極的に参加させている。 3 外部研修会の参加者による事業所内の伝達講習又は参加レポートの提出を行っている。 4 職員の個別研修活動を支援している。 5 新規採用職員のための系統的な研修プログラムを用意している。	■ (A) B C ■ ■ ■ ■	
	補足等:			
7	職員に対するスーパービジョン(指導・助言)体制を整備している。	1 職員に対する指導・助言を定期的に行う機会がある。 2 常に職員が事業所内で指導・助言を受けることができる体制を整備している。 3 必要に応じて、外部の専門機関に支援を受けることができる体制を整備している。	□ A (B) C □ ■	
	補足等:			

II 利用者の尊重・保護

1 利用者やその家族等の意向の尊重		A <sup>+</sup> (A) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービス内容の決定において利用者やその家族等の意向を尊重している。	1 サービス内容を決定する過程に、利用者やその家族等の意向を反映するための取組がある。 2 サービス内容を複数から選択できる場合には、決定するための情報を提供している。 3 選択や決定の際に行うサービス内容の説明は、わかりやすいように図表などを用いている。 4 利用者が意向や同意を表明できない場合には、第三者が関与を行う制度を活用できるように利用者を支援している。 5 利用者やその家族等への説明と同意に関するマニュアルを定めている。	■ (A) B C ■ ■ ■ ■	(A) B C	・訪問調査を行い、利用者・家族の以降を聞き、サービスの内容に反映させています。入浴・食事・排泄・異動・機能訓練等の情報を提供しています。成年後見制度の説明を行っているほか、必要事項は、重要事項説明書に記載しています。
補足等：				
2 利用者やその家族等からの不満や不服を解決するための取組を行っている。	1 苦情を解決するための仕組みを明らかにしている。 2 苦情を調停するための委員会(例、苦情解決委員会)などに第三者が参加している。 3 苦情に関するデータを蓄積し、サービス改善に活用している。	■ (A) B C ■ ■	(A) B C	・掲示板・重要事項説明書に記載し、家族・利用者に説明しています。また、データを蓄積し、是正措置も講じています。
補足等：				

II 利用者の尊重・保護

2 人権・プライバシーの確保		A <sup>+</sup> (A) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 人権やプライバシーの確保に配慮している。	1 人権やプライバシーを確保するための基本的な考え方を明らかにしている。 2 人権やプライバシー確保に関するマニュアルを定めている。 3 利用者やその家族等が人権やプライバシーについて、第三者に相談できるよう配慮している。	■ (A) B C ■ ■	(A) B C	人権やプライバシーの確保を理念として、明文化しています。また、利用契約書(13条)に、プライバシーの保護を明示しています。相談できるよう第三者委員を設置していますが、具体的な活用例は少なく理事会・評議員会等の際に、苦情解決等を説明する程度で、充実が望まれます。利用者の人権を尊重し、親しみのある接遇となるよう「接客の手引き」をマニュアルを、整備しています。
補足等：				
2 個人情報の保護を徹底している。	1 個人情報の管理責任者を設置するなどの管理体制を整備している。 2 事業所外へ個人情報を提供する場合は、必ず利用者やその家族等へ事前に書面などで同意を得ている。 3 職員の守秘義務は雇用契約終了後も同様としている。 4 利用者やその家族等に関する情報の取扱規程を定めている。	■ (A) B C ■ ■ ■	(A) B C	利用者やその家族等に関する情報の取り扱い規程を定めています。(利用契約書第12条) 契約時に説明して、同意の上で利用契約書に署名・押印を求めています。新規採用者については、入職時に契約を交わしており、守秘義務を周知しています。
補足等：				

Ⅲ サービス実施過程の確立

1 サービス実施計画の作成		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 利用者一人ひとりの目標を明らかにしたサービス実施計画を作成している。	1 利用者一人ひとりの課題(ニーズ)に基づいた目標を明らかにしている。 2 利用者一人ひとりの目標を達成するためのサービス実施計画を作成している。 3 利用者一人ひとりのサービス実施計画の作成を統括する作成責任者を定めている。 4 サービス実施計画の作成を関係職員の参画のもとに行っている。	■ (A) B C ■ ■ ■		居宅サービス計画の内容に沿って、訪問面接での利用者・家族からのアセスメントシート、主治医からの情報提供書物等の情報を整理し、利用者の心身の状況、希望、その環境等を踏まえてサービス原案を作成責任者が作り、ケアカンファレンスで職員全員が参画し、検討しています。
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

2 サービスの実施		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービスの標準的な実施方法を定めている。	1 個々のサービスについて、その標準的なマニュアルを定めている。 2 マニュアルの実施方法を、サービス実施に活かしている。 3 マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。	■ (A) B C ■ ■		職員間で共有化した食事、入浴、排泄、移乗のマニュアルをもとに、サービスを個別化して提供しています。先述の職員相互による内部監査を年4回、実施し検証しています。
補足等:				
2 利用者の状況などに関する情報を職員が共有している。	1 利用者の状況などの情報が関係職員に確実に伝わる取組がある。 2 サービス実施過程において、関係職員による事業所内のケース会議などを定期的に行っている。	■ (A) B C ■		朝礼時、業務終了時のケアカンファレンスで職員全員が情報を共有しています。
補足等:				

Ⅲ サービス実施過程の確立

3 サービスの評価・変更		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービスの実施に関する評価を行っている。	1 利用者一人ひとりのサービス実施状況を把握し、記録・保管している。 2 利用者一人ひとりのサービスの実施状況の総合的な管理責任者を定めている。 3 サービス実施時や実施後の利用者やその家族等の状況の変化などに関する情報をサービス実施計画の作成責任者へ確実に伝達している。 4 設定されている目標に対する実施・達成状況を定期的に評価している。	■ (A) B C ■ ■ ■		サービスの実施状況は、実行票に記録し、個人ファイルに保管し、部署長が管理しています。計画実施後の利用者・家族情報は、個人ファイルに記載し、6ヶ月ごとに評価しています。
補足等:				
2 サービス実施計画の見直しを行っている。	1 サービス実施計画の目標に対する達成状況の評価を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 2 サービス実施状況に対する利用者やその家族等からの変更希望を踏まえて、サービス実施計画を見直している。 3 利用者やその家族等がサービス内容を変更したい場合の手順を明らかにしている。 4 変更後のサービス実施計画の内容・理由を利用者やその家族等に説明し、同意を得ている。	■ (A) B C ■ ■ ■		作成のサービス計画が実施できない身体・精神状況になった時は関係職員と検討し、計画を見直している。重要事項説明書に内容変更手順が明示され、変更後も利用者・家族より同意を得ていることを確認しました。
補足等:				

IV サービスの適切な実施

1 利用者やその家族等への支援		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 サービスを個別・具体的に実施するための方法を明らかにしている。	1 意思疎通について、サービスの方法を明示している。 2 食事について、サービスの方法を明示している。 3 入浴・清拭について、サービスの方法を明示している。 4 排泄について、サービスの方法を明示している。 5 身だしなみや清潔保持について、サービスの方法を明示している。 6 機能訓練について、サービスの方法を明示している。 7 心理面に着目したサービスの方法を明示している。	■ (A) B C ■ ■ ■ ■ ■ ■	サービス実行表に個別のサービス方法を明示し、ケアプラン作成時、家族に明示し、同意を得ています。  相談窓口を設置し、重要事項説明書に記載し説明しています。 相談援助業務手順書を作成しています。 相談内容に応じて、他のサービスへの取次ぎを行なっています。	
5 利用者やその家族等からの相談に積極的に対応している。	1 相談内容に応じて、相談方法や相談相手を選択することができる。 2 相談に関する標準的な対応方法を定めている。 3 介護相談や経済的な問題など、事業所が行っているサービス以外の相談内容にも取り次ぎも含めて対応している。	■ (A) B C ■ ■		
補足等:				
6 利用者の状況を利用者の家族等へ情報提供している。	1 利用者の日常的な状況を定期的かつ積極的に情報提供している。 2 事故発生時には、速やかに連絡している。 3 サービス提供状況の記録などの情報開示に応じている。	■ (A) B C ■ ■	利用のつど、利用者手帳にバイタルサイン、そのときの様子等を記録し、情報を提供しています。また、定期的に施設会報誌(ゴールドだより)を作成、配布しています。事故発生時は、速やかに連絡し、対策を立てています。(アクシデント・インシデント報告書) サービス提供状況の記録などの情報開示に基本的にいつでも応じています。	
補足等:				

IV サービスの適切な実施

2 快適な環境づくり		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
2 快適な食事環境の整備に配慮している。	1 定期的に利用者の嗜好や喫食状況を把握するなど、献立に配慮している。 2 食事を楽しむことができるような雰囲気への工夫をしている。	■ (A) B C ■	年2回、嗜好調査を実施。献立に配慮しています。 食事時の席順を見直しています。 行事食(お好み焼き、クリスマス、忘年会鍋料理、ホットケーキなど)の機会を設けています。	
補足等:				

IV サービスの適切な実施

3 安心と安全の確保		A <sup>+</sup> (A) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事故防止や安全管理を徹底するための取組を行っている。	1 安全の確保を目的とした委員会(例、安全対策委員会)などを定期的開催している。 2 発生した事故や事故につながりそうな事例の把握を行い、記録・分析している。 3 事故防止を利用者一人ひとりに着目して行うため、心身の状況の聞き取りや必要となる器具・設備に配慮している。 4 床面、通路、階段などを整理し、安全で自由に移動できる空間を確保している。 5 チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。	■ (A) B C ■ ■ ■ ■		インシデント・アクシデント報告書に記録、原因の分析、対応を行っています。 アセスメント・ケアプランに記載を確認できました。 週に1回、施設内を巡回し移動空間確保を確認しています。 日常点検チェックリストを作成し、点検を行っています。
補足等:				
2 事故や災害の発生時に適切に対応できる体制を整備している。	1 事故・災害に対するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 2 職員にマニュアルを周知している。 3 事故発生などの緊急時の対処方法や連絡先を定めている。 4 マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。	■ (A) B C ■ ■ ■		事故・災害時の対応マニュアルを作成しています。 毎月1回訓練を実施し、研修も行われています。 事故・災害対応マニュアルを作成し、対応しています。 3ヶ月に1回、内部監査で検証しています。
補足等:				
3 衛生管理などを徹底している。	1 職員に衛生管理や感染症対策に関する研修を行っている。 2 衛生管理に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 3 感染症対策に関するマニュアルを事業所の実態に応じて作成している。 4 職員にマニュアルを周知している。 5 マニュアルは定期的に検証し、必要に応じて見直している。 6 チェックリストなどを作成し、定期的に点検している。	■ (A) B C ■ ■ ■ ■ ■		必要に応じて、施設内研修を行なっています。感染対策マニュアルを施設内で作成しています。 新入職員に対して、オリエンテーション時にマニュアルの取り扱いについて説明しています。
補足等:				
4 利用者の健康保持に配慮している。	1 利用者の体調や健康状態の変化を記録している。 2 体調や健康状態に変化がある時は、かかりつけ医や嘱託医等に伝えている。 3 必要な検査・検診を受けられるよう援助している。	■ (A) B C ■ ■		看護師が利用者のバイタルをチェックし、記録しています。 看護師が体調の変化に応じて家族・主治医へ伝えています。 家族と連携し、必要に応じ往診、受診の援助を行なっています。
補足等:				

V 地域等との連携

1 地域社会との連携		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 事業所の役割を果たすために必要な地域の関係諸機関・団体と連携している。	1 必要となる関係諸機関・団体をリスト化している。 2 それぞれの目的に応じた連携を図るための定期的・具体的な取組を行っている。 3 事業所の機能にない分野について、常に連携・協力を得られる専門機関を確保している。	■ (A) B C ■ ■	(A) B C	関係機関・団体をリスト化し、サービス担当者会議への参加など、目的に応じた連携を図るための定期的、具体的な連携をとっています。 協力機関を確保し、必要時は、受診するなど協力を得ています。 地域に学ぶ「トライやるウィーク」に協力するため、自治体・中学校と連携を図っています。
	補足等：			
2 ボランティアの受入に配慮している。	1 ボランティアを受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 2 ボランティアを継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 3 受け入れたボランティアに対して必要な事前説明をしている。	■ (A) B C ■ ■	(A) B C	ボランティア委員会の規程を定め、担当者を指定しています。 ボランティアを受け入れるときは、ボランティア委員により必要な事前説明をしています。
	補足等：			

V 地域等との連携

2 人材の育成		A <sup>+</sup> (A <sup>-</sup> ) B <sup>+</sup> B <sup>-</sup> C	評価結果	評価の根拠及びアドバイス
1 実習生を受け入れる体制を整備している。	1 実習生を受け入れるための基本的な考え方を明文化している。 2 実習生を継続的・計画的に受け入れるための担当者を定めている。 3 受け入れた実習生に対してオリエンテーションを実施している。 4 実習目的に応じた効果的な実習が行われるために工夫している。 5 実習生の受入にあたり、利用者の意向を尊重している。	■ (A) B C ■ ■ ■ ■	(A) B C	実習受け入れ委員会を設置し、規程を定めている。担当者も定めています。 実習生には、オリエンテーションを実施し、必要な説明を行なっています。 事前にオリエンテーションを行い、希望に沿って計画を立てています。 利用者の意向を聞き、拒否された場合には、かかわることがないように配慮しています。
	補足等：			