

アドバイス・レポート

平成 25年 11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25年10月28日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 精華町デイサービス神の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>1. 計画の策定 ・単年度及び中長期の事業計画を設定され、具体的な課題設定を行い課題の達成状況も定期的に確認しておられました。</p> <p>2. 地域への貢献 ・年1回、在宅介護者交流会や「オープンデイ」（一般開放見学会）を通じて事業所が有する機能を地域に還元されていきました。</p> <p>3. 利用者・家族の希望尊重 ・月に1回、委託の給食会社と会議を開催し、利用者の嗜好に合った食事提供について話し合われていました。その結果、レストラン形式でメニューを提供する企画を実施され、利用者の満足度向上に寄与する取り組みがありました。 また、希望者には時間延長サービス（10時間以上11時間未満の保険算定）にも取り組まれ、夕食を提供した後、19時以降に自宅へ送迎をされていました。就労等の様々な事情で介護が難しい家族にとっても、安心して利用できるサービス体制がありました。</p> <p>4. 感染症の対策及び予防 ・感染症マニュアルを整備し、随時内部研修を行われていました。疑似体験に基づく実践的な研修が行われ、参加できなかったスタッフには、研修を撮影したビデオ学習の機会を設けておられました。 実践的な知識と技術を身につけることで、感染症予防と拡大防止に効果が高いと思われました。</p> <p>5. 災害発生時の対応 ・「土砂災害避難マニュアル」に基づいた避難訓練や消防訓練を行うことで、災害発生時に迅速かつ安全に対応できるよう取り組まれていました。</p>
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	<p>1. 法令遵守の取組み ・遵守すべき法令等がリスト化されていませんでした。</p> <p>2. 業務マニュアルの作成 ・業務に関するマニュアルを作成されていましたが、活用方法や見直しの基準については明文化されていませんでした。</p> <p>3. 各種研修の実施について ・個人情報保護・事故や緊急時の対応・プライバシーに関するマニュアルを整備されていましたが、研修については不十分でした。</p>

具体的なアドバイス	<p>1. 法令遵守の取組み</p> <ul style="list-style-type: none">・ 遵守すべき法令等を就業規則や現在作成中の職員手帳等にリスト化し、義務付けることは、法令遵守を徹底するうえで有効ではないでしょうか。 <p>2. 業務マニュアルの作成</p> <ul style="list-style-type: none">・ マニュアル見直しの基準を定め、マニュアル一覧表で定期的な見直しが確認されることで、より充実したケアの実施に繋がるのではないのでしょうか。 <p>3. 各種研修の実施について</p> <ul style="list-style-type: none">・ マニュアルに基づいた研修を定期的に行い、個人情報漏えいを防止することの意義を確認することで、記録の適切な管理運用に役立つのではないのでしょうか。・ リスクマネジメント委員会等で、事故・緊急時の対応についての定期的な研修の実施を検討し、研修や訓練が行われることで、事故防止と緊急時の速やかな対応ができるのではないのでしょうか。・ プライバシーについては、年間研修計画に取り入れ、計画的に実施することで保護に対する取り組む意識がさらに高まるのではないのでしょうか。
-----------	--

※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)

※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	2671400071
事業所名	精華町デイサービス神の園
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)	介護予防通所介護
訪問調査実施日	平成25年11月11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。	B	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志決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	B	B
	(評価機関コメント)			・組織の理念及び運営方針について、利用者や家族等の理解を深める取組みに不足が見られました。 ・組織として、職務権限を明確に規定したものがありませんでした。		
(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。	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)			・単年度、中期（5年）、長期（10年）の事業計画が作成され、理念・目標（援助者の資質の向上等）の実現に向けて取組まれていました。 ・課題を設定し、それに基づき計画が策定され、半期ごとの見直しも行われていました。		
(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。	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	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)			・遵守すべき法令等がリスト化されていませんでした。 ・年1回、運営管理者が職員面談を行って意見を聞く機会をもっておられました。 ・連絡網を確保し、管理者は常時状況を把握する体制がありました。		

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。	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)		<ul style="list-style-type: none"> 資格取得支援制度があり、有資格者への手当が行われていました。 年4回の自主勉強会の実施など、指針に基づく継続的な研修体制がありました。 実習受け入れに対する基本姿勢を明文化したものではありませんでした。 		
(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、職員の労働環境に配慮している。	B	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)		<ul style="list-style-type: none"> 前年度と比較した有給休暇の消化率や超過勤務の状況等を事業報告書に記載し、労働環境を把握・検討する仕組みがありました。 福利厚生は充実していますが、ストレス解消やメンタルヘルスの維持についての相談体制が不十分でした。 		
(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	B
		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)		<ul style="list-style-type: none"> 広報誌「ふれあい」、「デイ通信」等によって地域への情報公開が行われていましたが、情報の公表制度の情報を開示されていませんでした。 年1回、在宅介護者交流会や「オープンデイ」（一般開放見学会）を通じて事業所が有する機能を地域に還元されていました。 		

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
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)		<ul style="list-style-type: none"> ホームページやパンフレットを通じて、必要な情報提供が行われていました。 		
(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。	B	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> 利用契約書・重要事項説明書で分かりやすい説明がされていました。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されていました。 成年後見制度及び権利擁護事業の活用についての資料がありませんでした。 		

(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。	B	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。	B	B
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・アセスメントは3ヶ月に1回見直しが行われ、必要に応じて更新されていました。 ・利用者・家族の希望が反映され、時間延長サービスの対応等、個別具体的な援助計画を作成されていました。 ・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。 ・定期的または状況変化に応じて、個別援助計画の見直しをされていましたが、計画変更の必要な基準が定められていませんでした。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が退院する際、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。また独自の「介護サービス事業所ガイドブック」を整備し、関係機関と連携をする際に活用しておられました。 		
(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、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。	B	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・業務に関するマニュアルを作成されましたが、活用方法や見直しの基準については明文化されていませんでした。 ・個人情報保護マニュアルは整備されていますが、研修は行われていませんでした。 ・利用者個別の状況について、パソコンを活用した情報伝達を行い、毎月のデイ会議の際にアセスメントの見直しもしておられました。 ・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。また、年に1回、家族交流会を開催し、情報交換に努めておられました。 		
(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)		<ul style="list-style-type: none"> ・感染予防委員会にて感染症に関するマニュアルを作成し、随時内部研修を実施されました。 ・施設内は清掃が行き届き、整理整頓されていました。 		

(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。	B	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。	B	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。	B	A
(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・事故や緊急時の対応マニュアルを整備されていましたが、研修や訓練は行なわれていませんでした。 ・事故やヒヤリハット事例に関しては、当日中に原因分析や対応策について話し合わせ、毎月行われるリスクマネジメント委員会で対応策の評価・見直しをされていました。 ・「土砂災害避難マニュアル」に基づいた避難訓練や消防訓練が行われていました。 		

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
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。	B	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。	B	B
		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)		<ul style="list-style-type: none"> ・新人研修や定期的な全体研修において身体拘束に関する研修や接遇マナーの研修を実施されていました。 ・デイ会議において、職員間でプライバシー保護に関する意見交換が行われ、入浴等の同性介助の希望を確認し、実際のケアで実践されていました。しかし、プライバシーに関する研修は行われていませんでした。 ・利用申し込みがあれば、基本的に断らないという姿勢で取り組んでおられました。 		
(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。	B	A
		第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口で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	A
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・利用者満足度アンケートや家族交流会を定期的実施し、利用者の意向を収集する仕組みがありました。 ・意見・要望・苦情の内容をデイ会議、主任会議、運営会議等で検討し、利用者満足度アンケートの結果は、利用者・家族へ連絡帳を通じて報告されていました。また、利用者満足度アンケートの結果から、時間延長サービスの実施へと繋がっていました。 ・重要事項説明書に苦情受付窓口を明記し、第三者の相談窓口を掲示されていました。また、傾聴ボランティアを受け入れ、利用者からの相談、要望等を広く集める仕組みがありました。 		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	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。	B	B
		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。	B	B
		(評価機関コメント)		<ul style="list-style-type: none"> ・家族交流会を年に1回実施し、意見を収集する仕組みがありました。しかし、利用者満足度調査は2年に1回の実施でした。 ・嚙下委員会、給食会議、主任会議、運営会議等において、サービスの質の向上に向けた取組みが行われていました。 ・第三者評価の3年に1回の受診が行なわれていませんでした。 		