

アドバイス・レポート

平成29年 2月 9日

平成28年12月 8日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 茶話本舗中書島デイサービスにつきましては、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> 経営理念は朝礼時に読み合わせをし、職員周知を図っています。また、入口や廊下に掲示し、常に確認できるようになっています。利用者、家族には契約時や面談時に説明しており、パンフレット「『茶話本舗』とは??」に「15の取組み」を掲載し、経営と支援のコンセプトをわかりやすく説明しやすいように工夫されています。また、見学時や契約時にケアマネージャーにもコンセプトの説明をしています。</p> <p><通番29>事故の再発防止等 事故が発生した場合は、その日のうちに再発防止会議を行い分析・検討し、その内容を記録に残して再発防止を図る仕組みがあります。事故報告書は、一つ一つの事故について実際の現場での状況を詳細に図で表し、文章でも詳細に記録されています。事故発生後できるだけ早く分析・検討されることが、実際の事故再発防止に役立つことを意識した有意義な仕組みとして評価できます。</p> <p><通番31 人権等の尊重> 事業所の方針として、民家をあえてバリアフリーにせずほぼ現状のまま利用、できるだけ利用者在宅時の生活環境に近づけ、生活リハビリを兼ねたサービス提供を図っています。さらに利用者やケアマネージャ等からの問い合わせには事業所の特色を詳しく説明し、利用者へ選択を委ねており利用者本位のサービス提供として評価できるようです。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p><通番5>法令遵守の取り組み 茶話本部では法改正の都度説明会が行われ、その内容は職員に伝達されています。また日常必要な時にはいつでも本部に問い合わせることができる仕組みがあります。しかし当事業所における法令のリスト化は確認できませんでした。何かあった時だけでなく日頃から業務上必要な法令が何かを知っておくためにも、見たい時にすぐ見ることができるように身近なところでリスト化されることをお勧めします。</p> <p><通番10>実習生の受け入れについて 中学生のチャレンジ体験を受け入れています。マニュアルや基本姿勢が明文化されていません。介護福祉現場においての実習生の受け入れに対する意義については事業所の在り様にかかわる考え方とも言え、重要です。実習生の受け入れに対する考え方と方法について、明文化されることをお勧めいたします。</p> <p><通番37>利用者満足度の向上の取り組み 年に一度利用者の満足度調査を実施し、その結果を日常のサービス提供に反映するべく会議等において検討しています。しかしその分析・検討結果に基づいて、調査前と調査後でどのようにサービスが改善されたかを確認する仕組みはありませんでした。利用者の意向を汲み取る大切なツールとして実施されているアンケートですので、その結果をさらに有効活用するため是非こうした仕組みを構築されることをお勧めします。</p> <p><通番39>評価の実施と課題の明確化 今回の第三者評価が初めての受診ですが、その他の事業評価が行われていませんでした。日々の実践を振り返り評価することは課題の明確化を行い介護の質の向上につなげるために重要です。事業の内容を評価検討し向上させる仕組み、システムの導入をお勧めします。</p>

具体的なアドバイス	<p>茶話本舗は全国展開しているフランチャイズで、コンセプトとして「今まで生活していたような空間で、独自のサービスを受けることができる、民家を活用したデイサービス」という、身近な地域でのサービス提供にあります。民家を活用してデイサービス事業を行うことは、必然的に地域社会の中に溶け込むことができるため、高齢者が自分の住み慣れた地区のデイサービス（通所介護）に通うこととなります。あえてバリアフリーとせずに普段の生活となんら変わらない設備や環境で、利用されている方の残存機能の維持と安心感を与えることを目指されていました。</p> <p>また、フランチャイズであることから運営に関することの整備は基準が設けられており、職員が安心して働くことができ、家庭的な雰囲気のある事業所です。今後も地域に根差した小規模の飾らないデイサービス事業を地道に運営されていくことを期待しております。</p> <p>具体的なアドバイスは次の通りです。</p> <ul style="list-style-type: none">・法人の事業計画は本社で策定されており、業績の目標設定もあるのですが、事業所個々の単年度事業計画が策定されていませんでした。定期的に管理者・相談員会議にて事業の現状把握と課題設定を行っていますが、もともとの単年度計画がないので指針が明確ではありません。ぜひとも事業所独自の単年度字義用計画を策定されることをお勧めします。・個人の記録はPCソフトにて管理されており、タブレットにて入力できるようにされていました。ただ、利用者個人の各ケースファイルに集約はされてはならず、ケースファイルの収納ロッカーは扉がなく鍵がかからないものでした。ケース記録の在り様と個人情報保護の観点から文書管理に関する規定を設け、ケース記録を管理されることをお勧めします。
-----------	---

※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	2670900998
事業所名	茶話本舗京都中書島デイサービス
受診メインサービス (1種類のみ)	地域密着型通所介護
併せて評価を受けた サービス(複数記入可)	
訪問調査実施日	平成28年12月21日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク一期一会

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。	B	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)		1)経営理念は朝礼時に読み合わせをしている。入口、廊下に掲示している。利用者、家族には契約時や面談時に説明している。パンフレット「『茶話本舗』とは?」に「15の取組み」を掲載し、見学時や契約時にケアマネージャーにもコンセプトの説明をしている。 2)管理者は月一度職員との面談を行い、意見を聴取して随時業務に反映している。必要に応じて職員会議を行っている。本社での管理会議や管理者・相談員会議を月に一度実施している。			
(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。	C	B	
	(評価機関コメント)		3)法人の中長期の計画を含む事業の計画は本社で策定されているが、事業所の単年度計画が策定されていない。 4)管理者・相談員会議にて現状把握と課題設定を定期的に行っているが、単年度の計画はない。			
(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。	B	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)		5)法人本部から法改正の都度に伝達される仕組みがある。関係法令については本部にすぐ聞ける体制がある。法人本部で法令をリスト化されているかは確認できなかった。 6)毎月、管理者が職員のヒヤリングを行い、運営に生かしている。管理者を評価するシステムはない。 7)会社所有の携帯電話を所持している。緊急連絡網を整備している。日々の状況については日報、ミーティング記録等にて利用状況を把握している。タブレットにて利用者の状況を入力している。			

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
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	B
		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。	C	C
		(評価機関コメント)		8) 人事考課制度を導入している。資格取得の資金補助がある。必要な人材の基本的考え方は明文化されていない。 9) 待遇や事故防止などの12の研修ビデオを用意し、一年間で職員が全部見るようにしている。研修参加報告書を義務付けている。 10) 中学生のチャレンジ体験を受け入れている。実習生受け入れのマニュアルや基本姿勢は明文化されていない。		
(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	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、スタッフが充分に休むことができ、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) 本所で職員の有給休暇を管理している。管理者は月に1日は有給休暇を取得するように声掛けを行っている。介護休暇、育児休暇は規定されている。和室の休憩室を設け、リラックスできるようにしている。入浴時は職員2名で対応している。 12) 職員のレクリエーションとしてバーベキューなどを行っている。外部のカウンセリングは紹介していない。		
(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。	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。	C	B
		(評価機関コメント)		13) 情報の公表制度を利用して広報を行っている。施設見学会を地域対象に実施したり、町内会、自治会に加入している。広報誌は発行していない。 14) 地域密着サービスとして地域密着運営推進会議を開催し、地域団体や近隣住民との交流を行っている。地域で開催されたオレンジカフェにスタッフとして職員を派遣している。事業所が主催する地域向けの研修会は開催していない。		

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) パンフレットや資料を用い、情報発信している。利用料金もわかりやすく表示している。利用者の問い合わせ、見学については、適切に対応している。		
(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、利用者にわかりやすく説明し同意を得ている。	B	A
		(評価機関コメント)		16) 契約時に重要事項説明書の内容を説明するとともに、利用料金等の説明を行っている。成年後見制度、日常生活自立支援事業の説明も行っている。介護保険対象外のサービスや料金についても説明を行っている。		

(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。	B	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)		17)所定の様式により、ケアマネージャーと連携しながらアセスメントを行っている。定期的な実施が行われていない。 18)アセスメントに基づいた利用者の意向、希望を尊重した個別援助計画を作成している。 19)サービス担当者会議には利用者本人も出席してもらい、サービス内容の確認を行っている。 20)サービス担当者会議に看護師やリハビリ等の他の専門職からの意見を個別支援計画に反映させている。必要に応じて直接主治医に連絡を取り、医療情報を得るケースもある。 20)短期目標に合わせて更新を行っている。ケアマネージャーとは随時連絡を取り合い、その都度見直しを行っている。		
(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。	A	A
(評価機関コメント)		21)主治医との連絡を密にとり、医療情報の把握を行っている。高齢者住宅に入居している利用者は住居事業所との連絡、連携を図っている。		
(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、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。	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	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。	B	B
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)		22)「介護職人マニュアル」という業務マニュアルが作成され、常に閲覧できるようになっている。見直しの時期が定められていない。 23)PCソフトにタブレットにて記録されている。朝の様子についてはミーティング記録に書かれているが、各ケースファイルに集約はされていない。ロッカーに個人記録は保管されているが鍵がかからない。職員の研修に記録に関する研修がある。 24)毎日4回ミーティングを行い、利用者の情報を共有化している。検討が必要な事案のケースカンファレンスは実施しているが、定期的な個別のケアカンファレンスは行っていない。 25)連絡帳により家族との情報交換を行っている。必要に応じて面談を行っている。送迎時に個別の相談に応じている。		
(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、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。	B	A
(評価機関コメント)		26)感染症のビデオの勉強会を毎年行っている。マニュアルが整備されている。職員研修が実施されている。見直し時期が定められていない。 27)事業所内は整理整頓され清潔に保たれている。特別な消毒剤を用いて手指や空気の洗浄を行っている。		

(7)危機管理				
事故・緊急時等の対応	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	災害時における対応等を定めたマニュアルがあり、年1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	B
(評価機関コメント)		28)緊急時、急変時の対応マニュアルが整備されている。救命講習に職員を派遣している。緊急時対応訓練を実施している。指揮命令系統が明記されている。 29)「ヒヤリハット」、「事故報告書」を作成し、事故の状況や対応等記載している。対応についてはその日のうちに再発防止会議にて検討している。発生後は家族や行政へ迅速に報告している。事故の対応マニュアルが確認できない。 30)災害時の対応マニュアルが作成されている。地域との連携を意識した訓練は行っているが、マニュアルがない。		

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	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)		31)人権等の尊重については重要事項説明書に明記している。朝礼時の行動指針の唱和や名札の裏にも書かれている。高齢者虐待に関する研修を行っている。身体拘束マニュアルを整備し、契約書、重要事項説明書に明記している。 32)利用者への声のかけ方について研修を行っている。おむつ交換等については、トイレや脱衣所を利用している。利用者がベッドで休養する際は本人の希望を聞いたうえでパーテーション等用いている。 33)利用希望者に対しては事業所の設備について、あえてバリアフリーにしていない旨説明をし、判断を相手にゆだね選択してもらっている。ケアマネージャーにも同様の説明をし、連携して選択してもらっている。				
(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。	B	B		
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。	B	B		
(評価機関コメント)		34)玄関にご意見箱を設置し、いつも意見を受け入れる体制をとっている。苦情、意見の受け入れについては、重要事項説明書に明記している。定期的な個別相談会や利用者懇談会は開催していない。 35)利用者、家族からの意見・要望・苦情については苦情相談用紙に記録し、会議にて検討、全職員が閲覧することになっており、迅速に対応している。運営推進会議にて参加した地域包括のケアマネージャーや自治会長、民生委員、利用者家族等に報告している。 36)利用者や家族には公的機関等の相談窓口の詳細を契約時に重要事項説明書に記載したうえで説明している。第三者委員は定められていない。				
(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	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	C		
(評価機関コメント)		37)年に一度利用者満足度調査を実施している。検討結果に基づく改善についての確認をする仕組みがない。 38)毎日のミーティングにてサービスの質の向上について話し合いを行い、問題点を検討している。伏見介護サービス事業所連絡会通所部会に参画して他の事業所の状況についても情報を得ている。 39)第三者評価は今回が初めてであり、自己評価も実施していない。				