

アドバイス・レポート

平成27年4月27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26年10月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた（せんしゅんかいデイサービスセンター風車）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>○個別援助計画の見直し 3ヶ月に1回、常勤職員・相談員・看護師が参加する個別カンファレンスを行い、その都度所定の様式を使用してADL評価・問題点等、利用者の状態を確認しながら見直しを行なっています。</p> <p>○意見・要望・苦情の受付 年1回法人全体で行われる満足度調査以外に3ヶ月に1回の頻度で全利用者宅へ定期的に家庭訪問を行っており在宅での生活状況の把握に努めアドバイスを適宜行なっています。また日々の送迎時、利用時の何気ない会話などから聞いたことを要望意見記録簿に記入し、意見・要望として吸い上げ対応していくことで質の向上につなげています。</p> <p>○質の向上に対する検討体制 QI委員会において介護の質を数値化した月間データ報告を挙げ月推移を確認したり介護運営委員会の際などで系列の他事業所と比較、互いにアドバイスをし合うなど質の向上を図っています。</p> |
| <p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p> | <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 法人共通のマニュアルを使用しています。記録の保管についての規定はありますが持ち出し・廃棄についての規定は見当たりませんでした。廃棄についてはきちんとした決められた手順に従い実行されていますが明記されておらず保存についても書類によって期間が違っており統一化されていません。</p> <p>○災害発生時の対応 法人共通マニュアルを基に火災・それぞれの自然災害ごとの対応について細かく規定が決められており訓練等も行なわれていますが自治会等日常的な地域との連携を意識したマニュアル、訓練はなされていません。</p> |

| | |
|------------------|---|
| <p>具体的なアドバイス</p> | <p>デイサービスセンター風車は2階建ての認知症対応型通所介護として1階は重度、2階は比較的軽度の方の利用を設定し利用者の状態像を分けることで、利用者同士がより落ち着いた環境の中で過ごせるようにしています。プログラムは特につくらず1人1人の状態、気分や希望に合わせたものをフレキシブルに提供しており、それぞれの方に対してきめ細やかな援助をしています。普段の利用中の何気ない一言も意見として吸い上げられるよう記録様式を工夫することで、職員の気づきを大事に考え全員で質の向上を目指しておられる姿勢も見えました。さらなるサービスの質の向上に向けてアドバイスさせていただきます。</p> <p>○サービス提供に係る記録と情報の保護 記録の取り扱いについて、持ち出しについての規定がありませんでした。現在あるマニュアルに追加事項として加えておくことをおすすめいたします。また保管については重要事項説明書には2年間とあり、マニュアルにはISOの基準に従い5年と書かれていますので統一化がなされていません。ISOの基準に従うと明記されるのでしたら両方とも5年で統一してはいかがでしょうか。</p> <p>○災害時の対応 地域との連携については前々項目に記入した通りですが災害発生時においても法人施設との連携については確認出来ましたが、地域と連携を意識したマニュアルや訓練がなされていませんでした。地域の避難場所として指定を受けているということでしたので、このことを自治会等との連携を深めるきっかけとして考えられてはいかがでしょうか。</p> <p>○地域への貢献 地域とのかかわりの重要性は十分認識しており、法人としての関わりはありますが、施設単体の取り組みとしては、つながりにくい現状があるとのことでした。関係づくりにおいては地域側の受け入れ態勢や理解等の課題もあると思いますが、施設自体の日頃の様子や取り組みについての情報を配布・掲示する、自治会会合の際に話をする機会をつくってもらうなど、今取り組んでいることも含め今後もあきらめず繰り返し働き掛けて、受け入れの土壌づくりの第一歩としてはいかがでしょうか。</p> <p>※今回の第三者評価につきましては、受診事業所のと評価機関との間で評価に関する見解に少なくない相違がありましたことを、ご報告します。</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)

評価結果対比シート

| | |
|--------------------------|---------------------|
| 事業所番号 | 2693000057 |
| 事業所名 | せんしゅんかいデイサービスセンター風車 |
| 受診メインサービス (1種類のみ) | 認知症対応型通所介護 |
| 併せて評価を受けたサービス (複数記入可) | 介護予防認知症対応型通所介護 |
| 訪問調査実施日 | 平成26年12月17日 |
| 評価機関名 | 一般社団法人京都社会福祉士会 |

| 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。 | 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) | | | 1. 理念を事業所内に掲示し、朝礼時に唱和して職員に周知しており、ホームページや広報誌『せんしゅん』に掲載しています。 2. 事業所内ミーティング、部署内ミーティングで職員の意向を聞いて、介護責任者会議、介護運営会議において方針等を決定しています。 | | |
| (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. 事業所内で昨年の評価を踏まえて次年度の計画を立て、運営会議で法人の計画を立てています。マネージメントレビューに法人としての方針、運営目標、各事業所の部署目標を立てていますが、具体的な中期計画については確認出来ませんでした。 4. 部署目標管理表に年度目標を挙げて、3ヶ月ごとに達成状況を確認し、見直しを行っています。利用者の要望や職員の気づきから計画の策定に反映しています。 | | |
| (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。 | 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) | | | 5. 「関係法令集」やインターネット等で情報収集できる仕組みにしており、法令順守に関する研修を施設内で行なっています。 6. 責任者権限表に役割を明記し、理事長ミーティングで職員の意見を聞く機会としています。職員満足調査を年1回行っています。 7. 管理者は朝礼、終礼に参加し、ミーティング記録にて状況把握を行っています。緊急時には、事故防止、発生対応マニュアルに基づき対応しています。 | | |

| 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 |
| 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。 | A | A |
| | | (評価機関コメント) | | 8. 3ヶ月に1回職員配置表で職員配置の比率を管理しています。受験資格を管理部で管理して職員に受験の声掛けをしています。常勤への昇格に常勤登用試験を実施しています。 9. 法人全体で研修計画を策定し、基本コース、応用コースに分けて受ける仕組みになっており月1回、事業所内でも職員が講師となり基本研修を実施しています。 10. 「実習受け入れマニュアル」を作成しています。法人管理部で実習の受け入れを行っています。 | | |
| (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。 | A | B |
| | | (評価機関コメント) | | 11. 職員の希望により勤務を組んでおり、有給休暇の消化状況は管理部が管理しています。リフト車を3台を運行して利用者送迎にあたり、職員負担軽減を図っています。 12. 社労士、弁護士等の相談窓口連絡先一覧を休憩室に掲示し、相談体制を確保しています。共済会に任意で加入できる仕組みがありますが、加入数が少なく法人として福利厚生制度が十分整っているとはいえません。 | | |
| (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. ホームページの開設し、広報誌『せんしゅん』を法人の病院の待合に置いて地域に情報を開示しています。職員と利用者が地域のまつりに参加する取り組みを行っています。 14. 民生委員、自治会が参加する通所介護事業所連絡会議に参加して地域のニーズの把握に努めています。また、マネージャーが認知症サポーター講座に参加、乙訓地区の「オレンジロードつなげ隊」の取り組みにも参加しています。 | | |

| 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 |
| 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. 法人のホームページ、広報誌「せんしゅん」の配布等を通じて情報を提供しています。また希望者には事業所の見学を実施しています。 | | |

| | | | | |
|-------------------|----|---|---|---|
| (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. 重要事項説明書に保険適用のサービス内容、料金を記載、さらに保険適用外のサービスについてもその内容、料金等を記載、説明、同意を得ています。 | | |
| (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) | | 17. ケアマネジャーが、決められた様式に則って利用者のフェースシート、生活暦等を事前に調査しています。その結果をふまえ、さらに「事業所内カンファレンス」において常勤職員、看護師と共に、「通所介護計画書」を作成することとなっています。 18. 計画書は送迎時での家族との情報交換や利用者毎に記載するデイサービス利用時記録、3ヶ月に1回の定期的な家庭訪問から得られる情報、ニーズで調整されると共に3ヶ月毎の計画の見直しに反映しています。 19. 専門家等に対する意見照会はケアマネジャーを通して「サービス担当者会議」等で、その結果を確認しています。 20. 「事業所内カンファレンス」において常勤職員・相談員・看護師と共に見直し、変更を行っています。 | | |
| (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. 法人の医療部門を中心に関係機関との連携体制を整備しています。乙訓医師会「在宅医療手帳」を利用する事で地域医療・他施設・他機関との連携が円滑に運ぶようにしています。また、重要事項説明書には、主治医の連絡先も記載しています。 | | |
| (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。 | 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. 法人で統一的に作成したマニュアルがあり、これを使用して標準的な手順が定められているほか、同時に認知症通所介護マニュアルがあり、併せて使用しています。 23. 利用者の状況・サービスの提供状況は定められた形式にしたがって記録・保管しています。プライバシーの保護・守秘義務については事業所内の勉強会で周知徹底をはかっていますが、持ち出しに関する規程が確認できませんでした。 24. 日々の情報は、毎日行われる朝礼、終礼時に職員間で確認、同時に連絡事項簿を使用して情報共有を徹底しています。常勤職員カンファレンス、事業所内ミーティングで内容をさらに深められるようにしています。 25. 送迎時の家族との情報交換及び、定期的に家族訪問を実施し、ニーズ等の見直しを行っています。 | | |

| | | | | |
|-----------------|----|---|---|---|
| (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. 法人で作成した「感染症対策マニュアル」を使用、手洗いチェッカーを利用しての事業所内勉強会を行っています。 27. 物品等の整理・整頓及び衛生管理は職員で実施しています。物品等は緊急時でもすぐ在庫が確認できるよう定位置に整頓、保管しています。また終了後にトイレ、風呂場の掃除を行ない、「朝準備チェック表」使用することで、不十分な部分、実施忘れが出ないように工夫しています。 | | |
| (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. 事故防止・事故発生マニュアルを作成しており、事業所内で勉強会を実施して、緊急時に対応出来るよう取り組んでいます。 29. 事故に関しては法人組織内に「介護安全委員会」があり、事業所内の事故報告を統一的に統括、報告の分析・評価等を行い、改善提案、マニュアル等の見直しを行っています。 30. マニュアルがあり、年2回の避難訓練を実施しています。施設内のみでの訓練であり、地域と連携については今後の課題となっています。 | | |

| 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 |
| 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. 身体拘束廃止・虐待防止マニュアルをもとに管理者が年1回施設内で研修を行ない、職員へ尊厳の保持等についての意識づけ・対応の振り返りを行なっています。 32. マニュアルをもとに施設内で研修を行なっています。浴室脱衣場はカーテンで仕切られており入浴の迎えから終了までマンツーマンで介助し羞恥心に配慮しています。 33. 適応住所外という理由により利用を断わざるを得ないケース以外は医療的依存度の高い利用者も積極的に受け入れています。 | | |

(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。 | A | B |
| (評価機関コメント) | | 34. 利用者の意見の吸い上げのために職員が記入する要望記録簿があります。苦情等に関するアクシデントレポートとして取り上げ利用者満足度調査とともに法人全体として共有する仕組みがあります。 35. 「利用者の声」として直接聞いた意見・要望等を施設内に貼り出し見ることが出来るようになっています。 36. 法人・公的機関の相談窓口の電話番号は重要事項説明書で確認しましたが、FAX番号の記載はありませんでした。又、介護相談員等、第三者の受け入れには至っていません。 | | |

(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) | | 37. 全事業所で年1回利用者満足度調査を行ない、法人で結果の管理をしています。結果を受けて改善への取り組み項目を介護運営委員会で分析・検討を行ない前年度比較を行なっています。 38. 主な現場幹部職員で構成しているQI委員会で介護に係る項目について数字化したデータを作成し、具体的な質の向上の指標としています。他の系列事業所との比較検討にも使用しています。 39. 2013年にISO 9001認証を取得し、介護サービスの品質向上のプロセスの明確化、結果の評価で更に改善し、サービスの質の向上を図っています。 | | |