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15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滝ノ町）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 (※)	○組織の理念と運営方針 法人理念については、ホームページ、広報誌等を通じて利用者や家族はもちろんのこと、多くの人に見てもらえるよう周知に努めています。 ○他事業所との連携 本事業所は、法人が運営するデイサービスセンターの中心的な存在として、法人本部、法人内の他事業所、医師や看護師等の専門職と密に連携を図り、サービスの向上に努めています。 ○地域への貢献 地域との連携を意識し、自治会等との関係を大切にしながら、地域に貢献出来る活動を検討し、実践しています。
特に改善が望まれる点とその理由 (※)	○中長期計画の策定 単年度の計画は明示していますが、中長期計画は策定していません。 ○プライバシー保護 ハード面の問題もありますが、脱衣場についてはプライバシー保護に更なる工夫が必要です。

具体的なアドバイス	本事業所は、乙訓地域において幅広く事業を展開している医療法人千春会の介護部門に属しており、1階は生活支援を中心としたデイサービス（7時間）、2階がリハビリを中心としたデイサービス（5時間）を行っています。 法人内にはデイサービスセンターは複数ありますが、本事業所は、その中でもリハビリ機能を強化したセンターとして位置づけられており、2階の窓際にトレーニングマシンを設置し、一般のトレーニングジムのような雰囲気になっています。調査当日、2階の利用者が交代で各種トレーニング機器を活用し、楽しそうに身体を動かしている様子が見られました。 サービス提供に関してはISO認証を取得し、質の向上に努めています。また、全てではありませんが、前回の第三者評価（2009年度）のアドバイス事項についても、検討・修正がなされていました。 ○単年度の計画は明確になっており、年度途中の振り返りも行っていますが、中長期計画は策定していません。介護保険を巡る制度が変化する中で、中長期計画を作ることは難しい面もありますが、事業所の進むべき目標を明確にするといった観点からも中長期計画を策定することが望ましいと考えています。 ○プライバシーに配慮したサービス提供については、研修等を通して職員に周知していますが、ハード面に起因する課題は残されていますので、スタッフで問題点の共有と解決に向けた方法の検討を行っていただければと思います。 ○同一法人の事業所であっても、ハード面、事業所の担う役割、スタッフ、地域との関係等、様々な面で違いがありますので、法人で作成したものをベースに事業所独自のマニュアルを作成してはいかがでしょうか。 ※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。

※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	2673000200
事業所名	せんしゅんかいデイサービスセンター滝ノ町
受診メインサービス (1種類のみ)	介護予防通所介護
併せて評価を受けたサービス (複数記入可)	通所介護
訪問調査実施日	平成26年11月14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. 法人の理念はホームページ、パンフレット、広報誌等に掲載し、周知を図っています。また、職員は毎日唱和をすること等で、理念に基づいたサービス提供に努めています。 2. 法人の組織図は整備しており、意志決定の方法や各会議体の役割は明確になっています。			
(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. 単年度の事業計画は整備していますが、中長期計画は策定できていません。 4. 方針展開部署目標を作成し、事業所における課題の設定を策定をしています。また、定期的に達成状況を確認し、評価しています。			
(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. 管理者が集団指導等で得てきた情報を研修等で伝えています。「介護保険法」「労働基準法」「道路交通法」等はファイルにまとめています。 6. 法人全体で定期的に職員満足度調査を実施しています。 7. 運営管理者とは常時連絡が取れる体制となっており、緊急時の対応マニュアルも作成しています。			

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. 基準以上の人材配置をしています。未経験者や無資格者も採用していますが、入職後に資格を取得できる仕組みがあります。 9. 法人、事業所で研修計画を策定し、全体研修、基礎研修、介護実技研修等の研修を行っています。また、新人職員プログラムも策定しています。 10. 法人で実習受け入れマニュアルを策定しています。本事業所では、中学生チャレンジ体験のみ受けて入れています。		
(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. 有給休暇取得状況等は法人で一括管理していますが、事業所で職員の状況を確認することは出来ます。 12. 職員が法人内の医師や所属施設以外の責任者等に相談できる体制はあります。法人外のカウンセラー等を紹介していません。また、クラブ活動等はありませんが、福利厚生制度を整えているとまでは言えません。		
(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. 広報誌は法人が作成して全利用者や、関係する事業所等に配布しています。法人のHPに事業所のページはありますが、内容を充実していくことが期待されます。 14. 地域で認知症サポーター養成講座等の講師を務めています。また、自治会との連携を図り、地域に貢献出来ることを検討しています。		

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. パンフレットは法人、事業所の2種類を作成しています。見学体験は希望に応じて受け入れており、記録も残しています。		

(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. 重要事項説明書は契約書と一体になっています。成年後見人が同意しているケースも確認できました。			
(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。	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. アセスメントシートは所定の様式で作成しています。 18. 個別援助計画は策定しています。サービス担当者会議にも参加しています。 19. 個別援助計画の策定に当たっては、主治医を始め、関係する専門家から情報を収集しています。 20. 個別援助計画は定期的に見直しを行っています。			
(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. 法人内の事業所や医師との連携体制を構築しています。			
(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. 手順書を作成し、見直しも行われています。修正された年月日の記録と修正箇所は記録してあります。 23. 記録の保管等は規則に書いてありますが、持ち出しに関する規則は確認できませんでした。 24. 日誌、申し送り、会議等で職員間の情報共有を図っています。 25. 在宅療養手帳、連絡票（貼りつけの形式）、及び送迎時で家族等との情報交換、共有を図っています。			

(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. 感染症マニュアルを整備し、適宜更新も行っています。また、感染症に関する研修も実施しています。 27. 事業所内の清掃は基本的には職員が行っています。今後、専門的な知識や技術が必要な箇所の衛生管理について更に検討していくことを期待します。		
(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. 事故対応マニュアルを作成し、研修等も実施しています。 29. 大変小さなことでもヒヤリハットとして記録していることから、報告は月に200件程度になっています。そのうち、検討を要するものについては、後日に会議等で報告をし、再発防止につなげるようにしています。 30. 災害発生時の対応マニュアルはありますが、地域との連携について、更なる検討が必要と思われます。		

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	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)		31. 利用者本位のサービス提供については、研修等を開催し、実行できるように努めています。 32. プライバシーを確保したサービス提供に関するマニュアルを作成し、研修も実施しています。ハード面の問題もあり、脱衣場のプライバシー確保には工夫が必要です。 33. 利用希望者は全て受け入れることを基本としていますが、希望者本人や家族の状況によっては、他の事業所を紹介しています。				

(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. 所定のシートを使い、利用者・家族からの苦情や要望を吸い上げるようにしています。家族懇談会を年に1回、見学会も合わせて開催しています。 35. 利用者からの要望等については、表示方法には工夫が必要ですが、改善内容等を事業所内に掲示しています。 36. 外部の相談窓口は重要事項説明書に記載してあります。介護相談員、オンブズマンは導入していません。		

(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. 満足度調査は実施し、分析等も行っています。今後は、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を確立することを期待します。 38. サービスの質の向上に関しては会議等で検討しています。現時点は管理職が中心となっていますので、一般職員の関わりが増えることを期待します。 39. 第三者評価は2009年度の受診ではありますが、ISO認証の関係で自己評価は定期的に実施しています。		