

アドバイス・レポート

平成 26 年 11 月 28 日

平成 26 年 3 月 27 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた
 デイサービスセンターきこえの森 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(※)	(通番3 事業計画等の策定) 利用される方の声を反映した中長期計画である新レインボープランの策定は高く評価できます。また、それをもとにした事業計画についても職員の意見が吸い上げられており、各レベルでの課題が設定されています。 (通番16 内容・料金の明示と説明) サービスの費用負担について、利用契約書、重要事項説明書等により、利用者・家族・代理人等へ説明して同意を得ています。また、利用者の権利擁護のために、成年後見人制度を活用する仕組みがあり、聴覚障害のある方には、手話通訳が同席して、説明をサポートしています。 (通番38 人権等の尊重) 利用者の人権に配慮したサービス提供を心掛け、組織として対応を検討されています。 身体拘束禁止マニュアルを整備し、更に職員研修を実施して職員への注意喚起に努めています。実際に認知症の利用者がすぐに出て行ってしまう場合、単に鍵を掛けて阻止するという対応ではなく、どうして出ていこうとするのかという利用者の視点を基本として対応を検討していく姿勢があります。
特に改善が 望まれる点と その理由(※)	(通番5 法令遵守の取り組み) 外部研修により入手した情報をもとに、会議において周知されていました。また、法人としても服務規程、介護サービス事業書としても倫理規定を定めておりますが、施設を運営するうえで把握すべき法令(福祉関連法令だけでなく道路運送法、食品衛生法など)についてのリスト化はされていませんでした。 (通番17 アセスメントの実施) 利用者の心身状況や生活状況は、業務日誌に記載されていますが、ニーズや課題の見直しが定期的に行われていませんでした。アセスメントの更新日が記載されていないため、実施時期が不明確でした。 (通番37 利用者満足度の向上の取り組み) 日常的にサービスの質の向上を検討する体制があり、積極的に取り組む姿勢が見られます。しかし利用者満足度調査が実施されていませんでした。実施するための担当者・担当部署を設置すると共に、実施後に結果を分析・検討する会議等を設置するといった仕組みをしっかりと構築してサービスの質の向上に有効活用されることをお勧めします。

具体的なアドバイス	社会福祉法人京都聴覚言語障害者福祉協会は、1978年に設立された法人で完全参加と平等を掲げ、聴覚言語障害者の教育や福祉の輝かしい歴史を切り拓いてきました。 その事業は、京都府内全域において相談事業から入所サービスに至るまで多岐に渡っており、そういう中、デイサービスセンターきこえの森は1997年、地域の通常の高齢者と併せて高齢の聴覚障害者の支援ができる事業所として設立されました。 法人の中長期計画であるレインボープランは当事者の声から策定されたもので、それをもとにした事業計画は高く評価できます。 事業所には手話ができる職員がいるため、聴覚障害があっても安心して過ごすことができます。プログラムについてはカラオケやおやつ作り、四季に合わせた外出なども行っています。また、日常動作訓練などの個別リハビリも行っています。 地域に対しても当法人の特徴を生かして手話講習会などを開催しています。 今後も、さらに地域の聴覚障害者、とりわけ高齢の方々にとってなくてはならない拠点として取り組んでいかれることを期待いたします。 以下、今回の評価で気づいたことを記載します。 ・法人の理念については明文化されたものが確認できませんでした。事業が拡大する中、法人として改めて確認・整理をされてはいかがでしょうか。 ・アセスメント及び個別援助計画、マニュアル等の見直しに関する基準がありませんでした。定期的にマニュアル等の評価し、必要な見直しを実施する仕組みづくりが望まれます。 ・スタッフが充分にくつろげ、心身を休めることができるために、休憩場所、休憩時間の検討をされてはいかがでしょうか。 ・事故や緊急時、災害時に関するマニュアルは整備され、そのマニュアルに従い避難訓練等を実施されていました。一方で事故・緊急時は自動車事故、災害は火災のみと限定的となっており、その他のことについても整備する必要があると思われます。あわせて地域の消防団をはじめ自治会との連携した訓練なども検討されてはいかがでしょうか。 ・見学時において気になったこととして、風呂場の入り口にカーテンが設置されていますが、ワンフロアのため、中が見えてしまう状況にあり、十分とは言えません。見直しをされてはいかがでしょうか。
------------------	--

※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)

評価結果対比シート

事業所番号	2670300033
事業所名	デイサービスセンターきこえの森
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)	訪問介護、介護予防訪問介護、介護予防通 所介護、居宅介護支援
訪問調査実施日	平成26年10月22日
評価機関名	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	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。	A	A
		(評価機関コメント) 1. 法人の理念はあるが職員に周知されていなかった。 2. 担当係、担当部、法人の施設長会議があり、職員の意見を反映する仕組みがある。また、法人理事会、評議委員会が定期的に開催されている。				
(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。	B	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。	B	A
		(評価機関コメント) 3. 利用者の声からはじまった新レインボープラン（2012～2022）があり、それをもとにした事業計画が作成されている。 4. 月1回行われる担当部会議・担当係会議を通じて課題が設定され必要に応じた見直しが行われている。				
(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。	A	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. 法人職員として服務規程や、介護サービス事業書としての倫理規定は定めており、法令遵守の周知を図っているがリスト化はされていなかった。 6. 組織図、職務分掌について権限や役割が明確にしているが、運営管理者に対する評価をする仕組みがなかった。 7. 日々については業務日誌等により把握、緊急事態についても報告を行い、指示を仰ぐ体制がある。また、不在の場合も携帯電話を持ちいつでも連絡が取れるようになっている。				

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。	B	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。	B	B
		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)	8. 資格取得について受講費を負担するなどして推奨している。職員の配置についても基準以上の配置がなされており、常勤職員の割合を高めるよう努めている。また、非常勤からの登用試験も年数回行っている。 9. 法人研修、担当部、担当係の職員の研修を行っている。また、外部研修の案内を回覧、掲示して参加を促すようにしている。一方で研修の実施計画や方法が体系的に定められていない。 10. 実習受け入れについてのマニュアル等整備されているが基本姿勢が明文化されたもの			
(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、スタッフの労働環境に配慮している。	B	B
		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)	11. 職員の勤務状況の把握、アンケートや面談を実施し、請求事務体制の改善など働きやすい環境に努めている。また、入浴についてもリフト昇降機や寝台浴も導入されている。しかし、休憩場所や休憩時間の確保については十分と言えない。 12. 法人として産業医を配置している。年に1回健康に関する研修も行っているほか、ストレスに関するアンケートを行い専門家による分析、必要に応じた個別相談を実施している。			
(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	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。	B	A
		(評価機関コメント)	13. 地域の盆踊りやおまつりに参加している。また、センター祭りについては地域に個別配布して事業所を開放している。掲示板を通じて利用者へ情報提供も行っている。 14. 地域に対して大文字を観る会やセンター祭りを通じて福祉に関する情報提供を行っているほか、手話講習会も開催している。			

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
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. 後援会ニュース、ホームページ、パンフレット、掲示板で情報提供を行っている。利用者や家族の問い合わせに対して、見学や体験利用等個別に対応している。			
(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、利用者に分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、重要事項説明書を用いて説明しており、必要に応じて手話通訳も行っている。成年後見人制度を活用する仕組みがある。			

(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。	A	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。	B	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。	B	B	
(評価機関コメント)		17. 利用者ごとに心身・生活状況をパソコンソフトに記録している。アセスメント書式は確認できたが、定期的に見直しがされていない。 18. 個別援助計画は、利用者・家族の希望を尊重し、同意を得ている。 19. 主治医及び関係事業所へ照会FAXを送付し、情報・意見を収集している。 20. ケアプラン変更時に見直しが行われているが、明確な基準は定められていない。			
(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。	B	A	
(評価機関コメント)		21. 主治医・介護支援専門員・地域包括支援センター及び関係事業所へ電話・FAXを用いて連携を取り、情報を共有している。			
(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。	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。	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。	B	A	
(評価機関コメント)		22. マニュアルは整備されていますが、苦情や顧客満足度調査分析は行われていない。 23. パソコンソフトを活用して、具体的に記録ができています。廃棄に関する規程は確認できなかった。 24. 利用者毎に記録を整理して、ミーティング等で情報を共有している。課題を明確にして、定期的にカンファレンスを行う仕組みは確立していない。 25. 利用者の家族と、連絡帳や送迎時の会話、電話等で情報交換を行っている。			
(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	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。	B	A	
(評価機関コメント)		26. 染病対策及び予防マニュアルを業務マニュアルの中に整備し全職員に配布している。特に注意を要する感染症はその流行時期を考慮しつつ研修を行っている。 27. 限られたスペースを有効に活用して物品の整理整頓に努めている。日々の清掃は聴覚言語障害センター内の作業所に委託している。			

(7)危機管理					
事故・緊急時等の対応	28	事故や緊急時、災害発生時等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.マニュアルは確認されたが、内容が事故・緊急時は自動車事故と限定的となっている。 29. 発生した事故について記録を残すと共に詳細に本人、家族、担当介護支援専門員に説明している。リスク委員会ではヒヤリハットも含めて、状況を再現するなどして詳細に検討、再発防止に努めている。 30. マニュアルが火災に限定されており、自然災害が想定されていない。地域との連携を意識したマニュアル、総合的な訓練ができていない。			

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

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。	B	A	
(評価機関コメント)		31. 運営方針に人権尊重が明記されており、組織として対応を検討している。身体拘束禁止マニュアルを作成し職員研修を行っている。 32. 入浴や排せつ介助は同性介助を基本としている。風呂場の入り口にカーテンが設置されているが、時には中が見えてしまう状況にあり十分とは言えない。 33. 利用状況を地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に発行する一方、他の施設、事業所等の情報を収集し、利用者、介護支援専門員等から問い合わせがあれば対応できる体制をとっている。			
(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。	B	B	
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	
		34. サービス利用時、送迎時、連絡帳、サービス担当者会議等を通して、あるいは必要に応じて電話で連絡を取り収集している。利用者懇談会ができていない。 35. 利用者から意見・要望苦情等が挙がった場合は担当職員が対応、毎日のミーティングで報告しケース記録に残し、運営委員会等で検討する仕組みがある。その改善状況について個人情報保護に配慮しつつ公開するには至っていない。 36. 第三者、あるいは公的機関等の相談窓口の詳細が契約書や重要事項説明書に記載されており、事業所内にも掲示されているが、非常に見にくい状況になっている。また第三者の相談窓口は設置されているが事業所関係者が担当になっている。			
(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。	C	C	
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。	B	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)		37. 利用者満足度調査ができていない。 38. サービスの質の向上に向けて毎日のミーティング、運営委員会、係会議で検討し、それを職員が共有する仕組みがある。また積極的に他事業所の情報を収集している。 39. 第三者評価を3年に一度受診しているが自己評価がおこなわれていない。			