

アドバイス・レポート

平成 22 年 3 月 1 日

平成 21 年 9 月 3 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

<p>特に良かった点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●継続的な研修・OJTの実施 研修、現場経験を通してスキルアップを図るための体制が整備されています。 新人研修は、「新人研修計画」があり、午前は座学、午後に現場の二週間のプログラム（集中研修）と事業所での1カ月の実習（職場研修）が組まれています。法人としては、介護分野に係る「法人教育年間計画」があり、伝達研修を含む事業所での研修実施、外部研修への参加と体系化され、個人のスキルアップのための力量充足計画、管理部主催の接遇研修、利用者カンファレンスを通しての学習等にも取り組んでいます。 スーパーバイザーが配置され、助言体制も整えられており、時間外勉強会や外部研修への手当が支給されています。 ●事業所情報等の提供 ホームページやパンフレットで事業所情報を提供し、パンフレットは利用者が具体的にイメージしやすい工夫をしています。初回説明用には、日々の生活や催しなどの写真等を探り入れたファイルを作成し、「見て分かる」工夫をしています。 ●事故の再発防止等 ヒヤリハットの検出と分析による業務改善に積極的に取り組んでいます。ヒヤリハットは、「気づき」という視点で、一人、一日、一件を目標に、事業所として月間で120～150件の検出と分析に取り組み、内容を掲示して職員で共有し、事故の再発防止に努めています。
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善 利用者の意向は連絡記録表に残すとともに、終礼や常勤ミーティングで検討し、要望・苦情シートで周知徹底に努めていますが、取り組まれた成果を公開できていません。 ●利用者満足度の向上の取組み 満足度調査を実施し、施設サービス連絡会や介護責任者会議で課題を話し合っていますが、満足度調査の分析・検討結果に基づいて改善された内容を確認する仕組みができていません。 ●質の向上に対する検討体制 施設サービス連絡会や介護責任者会議で検討し、ミーティングで伝達し、実行していますが、他の事業所に関する情報を収集し、比較検討する仕組みができていません。

具体的なアドバイス

法人全体が、「地域に根ざした」「地域に信頼され親しまれる医療・介護施設」として医療・介護サービスの質の向上に取り組んでいます。

デイサービスセンター滝ノ町は、130名の利用者に130通りの介護を提供することを目標（平成21年度方針展開）に「一人ひとりの生活の質を上げる介護の実践」に取り組んでいます。また、①仲間作り、②生活意欲の回復、③介護負担の軽減、④在宅生活を支える家族への支援・相談の場所として具体的に工夫をしたサービス提供をしています。さらに、医療度が高くても在宅生活が可能なら受け入れることも特色としています。

責任者への職員や利用者の信頼が厚く、職員、利用者の一人ひとりの能力を生かしたサービスの提供が行われています。

今後、一層のサービス向上を提供するために、職員の負担の分担などに工夫をされることを期待します。

改善が望まれる点を挙げましたが、基本的な内容には取り組まれています。より確かなものになるように補足の取組みをしていただくことが望まれます。

●意見・要望・苦情等への対応とサービスの改善

利用者の意見・要望等のくみ取りは積極的に取り組まれていると感じました。意見箱は匿名性への配慮から撤去したとの事でしたが、匿名性が確保された設置を工夫されてはいかがでしょうか。また、公開をしていただくことが地域や社会への貢献にも繋がることと思います。法人として公開のシステムを確立されてはいかがでしょうか。

●法令遵守に係る取組み

責任者は法令理解に努め、職員への伝達を行っていますが、非常勤職員への周知には工夫が必要であると思いました。職員全員が法令を把握することができるような仕組みを作ってください。

●利用者満足度の向上の取組み

調査前と調査後の改善状況の確認は、取り組んだ成果を明確にすることになります。多くの課題に取り組んでおられますが、一つ一つの変化を確認する仕組みを確立されることを期待します。

●質の向上に対する検討体制

事業所、法人内の取組みはきめ細かく展開されています。さらに法人外の事業所の取組みなどについて情報収集することは、自らのサービスを見直し、質の向上に繋がることとなります。情報収集と比較検討の取組みを具体的に進められることを期待します。

●記録の整理と管理

記録は書いて残しておくだけでは、後日の活用に支障が生じます。職員の閲覧や利用者への開示等の際に円滑に活用できるように、見やすく、分かりやすい整理と管理の仕方を検討してください。

※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。

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)	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	2009年12月17日
評価機関名	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。	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(3つの使命)、基本方針(5つの志)、行動基準(7つの実行)を明示し、事業所に掲示しています。朝礼での唱和や年2回の個人面談等を通して職員への周知を図っています。広報誌「せんしゅん」を配布し、利用者や家族等の理解を深めています。 2. 役員会、責任者会議、委員会を定期的に開催し、各部署責任者が出席しています。職務権限規定により役割を明確にし、案件別の立案、決定システムを定めています。		
(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	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)			3. 介護サービスの質の向上を目指した研修、会議、各種の取り組み計画を策定しています。介護責任者会議で計画の進捗状況集約や現状分析を行い、議事録を回覧しています。 4. 介護責任者会議で明らかになった問題点や課題は、施設サービス連絡会議で実施計画を策定して取り組んでいます。また、「方針展開」の実施計画に基づく取り組み課題を掲示して共有化し、責任者月報で報告をしています。進捗状況は、職員参加のミーティングで確認し、4半期ごとに評価も実施しています。常勤職員は、行動目標を明確にして取り組んでいます。		
(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り組みを行っている。	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. 責任者は集団指導やインターネット等で新しい法令等の理解に努め、常勤職員には伝えていますが、非常勤職員への周知は十分とは言えません。 6. 法人責任者はマネジメントレビューで意見の表明を行うとともに、各種会議で現場責任者や現場職員と意見交換をしています。「業務改善のための提案」や「職員満足度評価」を実施しています。 7. 「品質管理マニュアル」「緊急時対応マニュアル」によって、連絡・報告の体制が整備され、機能しています。事業の実施状況は、業務日報、月間報告書等で把握しています。		

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	B
		(評価機関コメント)		8. 「人を見て採用」し、研修・経験によってスキルアップを図るという考え方であり、有資格者や実務経験者の採用を優先してはいません。有資格者の採用にはこだわっていませんが、介護福祉士資格の取得が進んでおり、資格取得に対する手当もあります。基準以上の人員配置によってサービスの質の向上も図っています。重度の利用者を受け入れるために常に2名の看護師が勤務しています。(在籍は3名) 9. 現場経験を通してスキルアップを図るための体制が整備されています。新人研修は、「新人研修計画」があります。スーパーバイザーが配置され、助言体制も整えられており、時間外勉強会や外部研修への手当が支給されています。 10. 実習生の受け入れ体制を整備し、教員免許取得介護体験の学生を前・後期で16～20名受け入れています。実習指導者に対する研修が十分ではありません。		
(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。	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. 勤務表管理は管理部で行っています。育児休業、介護休業などは就業規則に定められています。車いす、リフト浴、移乗シート・ボードなどを備えています。 12. 理事長ミーティングや職員満足度調査などで職員の要望・不満の把握をしています。職員懇親会やバレーボール部の活動があり、希望者は地域の共済会「ピロティ乙訓」に入ることができます。休憩室も確保されていますが、カウンセラー等の配置や職員の相談先としての外部機関の周知が来ていません。		
(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、利用者や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	B
		(評価機関コメント)		13. 広報誌「せんしゅん」を発行し、ホームページやパンフレットで情報開示をしています。利用者には地域の社会資源等の情報を掲示板で知らせていますが、地域の行事や活動には参加していませんので援助体制も未整備です。 14. 乙訓療養手帳委員会に参加、老人クラブでの講演などには取り組んでいます。地域住民に対する相談事業の実施や参加呼びかけをしての取組みなどは十分ではありません。		

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. ホームページやパンフレットで事業所情報を提供し、パンフレットは利用者が具体的にイメージしやすい工夫をしています。		
(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・同意書で説明しています。成年後見制度や地域福祉権利擁護事業等には、資料を用意して対応しています。		

(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. 新規面接評価表を作成しています。利用日の初回記録をもとにミーティングを行い利用者の状況把握をしています。 18. ADL評価表(モニタリング)に利用者・家族の希望欄を設け把握しています。個別援助計画で利用者の家庭環境・生活背景を明示し、職員で共有しています。事業所で担当者会議を実施するときは、利用者本人も参加しています。 19. 個別援助計画は、介護支援専門員が作成したサービス計画書を基に作成しており、主治医等の意見を把握しています。 20. 3ヶ月を基本とし、ADLの変化等により必要に応じて見直しをしています。		

(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. 利用者の入退院、通所再開などに当たっては、乙訓療育手帳を活用して連携を図っています。		

(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、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。	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、利用者の家族との情報交換を行っている。	A	A
(評価機関コメント)		22. 部署別、業務別マニュアルを作成し、見直しも実施しています。介護安全委員会でのヒヤリハット分析などに基づき、業務スケジュールなどの変更をしています。 23. ISO品質マニュアルにより記録管理をしています。職員には入職研修、誓約書の提出で周知しています。個人記録はファイルにまとめられていますが、整理の仕方に工夫をして適切な管理体制を整備することが求められます。 24. 利用者に係る情報は朝礼、終礼、個人ファイルの閲覧などで共有化し、意見交換をしています。 25. 送迎時のほか、必要に応じて電話連絡や家庭訪問で情報交換をしています。療養手帳も活用しています。		

(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、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。	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作成し、最新情報は伝達講習で伝えています。一処置一手洗いの励行、消毒、マスク着用等に留意しています。剃刀の使用時、歯磨き等への配慮もしています。 27. 備品類は整備しています。換気扇や消臭剤の使用で臭気対策をしています。外部委託分については法人が管理をしています。		

(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。	A	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。	A	A

	(評価機関コメント)	28. 緊急時対応マニュアルを作成し、消防非難訓練を実施しています。備蓄は法人でしています。AEDの設置などもしていますが、地域との連携への対応ができていません。 29. ヒヤリハットの検出と分析による業務改善に積極的に取り組んでいます。
--	------------	--

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	30	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	31	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	32	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)		30. 法人として、「患者さまの権利と義務」を定め、公表しています。職員には、勉強会やケース検討会で周知しています。 31. 重要事項説明書に明示し、マニュアルを作成しています。ケース検討会で援助の方法を検証しています。 32. 医療処置の必要な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	33	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	34	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	35	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)		33. 送迎時の声掛け、家庭訪問、満足度調査等で収集しています。意見箱は匿名性への配慮から撤去したとのことですが、再設置の工夫をされてはいかがでしょうか。掲示物についても全体的に表示を工夫されてはいかがでしょうか。 34. 利用者の意向は連絡記録表に残すとともに、終礼や常勤ミーティングで検討し、要望・苦情シートで周知徹底に努めていますが、取り組まれた成果を公開できていません。 35. 重要事項説明書に明示、事業所に掲示しています。基本的には事業所で対応しますが、内容によっては介護部長に報告し対応します。対応については品質管理マニュアルにも明記していません。市民オンブズマンや介護相談員等の受け入れができていません。		

(3)質の向上に係る取組

利用者満足度の向上の取組み	36	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	B
質の向上に対する検討体制	37	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	B
評価の実施と課題の明確化	38	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)		36. 満足度調査はしていますが、分析・検討結果に基づいて改善された内容を確認する仕組みができていません。 37. 他の事業所に関する情報を収集し、比較検討する取組みができていません。 38. ISO認証を受け、ISO委員会での取り組み、次年度の事業計画に反映しています。		