

## アドバイス・レポート

平成26年5月26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25年12月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた西七条デイサービスセンターにつきましては、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>○継続的な研修・OJTの実施 初任者研修、中堅研修、監督職研修と体系的な研修実施があります。プリセプター制度を導入しており新規採用者に一人の担当者がついて一つの業務を丁寧に指導しています。それができているかを1週間目、2週間目と6クールに分けて自己分析しその上で担当者や研修担当者が確認すると方法で業務や技能が身につくようにしています。毎月のデイ会議でも研修を実施しており、それ以外に毎月外部講師を招いてトランスファーを中心に理論と技能を学んでいます。また、外部研修に参加する機会も保障されています。</p> <p>○地域への貢献 今年度は、小学校を借りて「介護なんでも出前講座」を実施したり、児童館で車いす体験学習の機会を提供しています。地域の消防団に職員が入って活動しています。また、特別養護老人ホームの入居者の方は、一つの町内会として連合町内会組織に加盟しており各種の委員会活動にも参加しています。</p> <p>○職員間の情報共有 利用者支援について3か月に1回の頻度でケアカンファレンスを実施しています。利用者の担当チームを決めてそのチームでカンファレンスを行い問題の解決が導きだせない場合は、職員全体の会議の場で意見集約をして支援について検討しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>○事故の再発防止 事故と「ヒヤリハット」の定義が明確ではありません。「ヒヤリハット」報告書の中に事故報告が入っています。</p> <p>○意見・要望・苦情への対応 利用者の意向を広く拾い上げ、収集する仕組みが十分とはいえません。利用者への個別の相談面接や利用者懇談会の実施はありません。また、満足度調査も毎年実施はできていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>2005年5月に特別養護老人ホームや居宅介護支援事業所、訪問介護事業所とともに開設した事業所です。地域とのつながりを大切にして今では特別養護老人ホームの利用者が一つの町内会と認められて連合町内会に加盟しています。隣にある幼稚園からは毎月園児の訪問があり、近くの喫茶店からも毎月バリスタが来てコーヒーの提供があるなど地域の事業所として定着しています。</p> <p>○事故の再発防止      事故と「ヒヤリハット」の定義を明確にすることが必要と考えます。事故防止に対する認識を高めるためにも、「ヒヤリハット」を重視して検証されてははいかがでしょうか。「ヒヤリハット」を種類別に分ける、時間帯別に分けるなどして分析することで事故防止への手がかりが掴めると思います。</p> <p>○意見・要望・苦情への対応      利用者の意向を広く拾い上げ、収集する仕組みが十分とはいえません。利用者への個別の相談面接や利用者懇談会を実施されてははいかがでしょうか。満足度調査も毎年実施することでサービスの改善の前後の利用者の意向をくみ取ることができます。また、公開については、個人情報保護に相当の配慮をされるようにお勧めします。</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)

※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	2670400205
事業所名	社会福祉法人京都福祉サービス協会 西七条デイサービスセンター
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)	短期入所生活介護、介護予防通所介護、介護 予防短期入所生活介護、居宅介護支援、介護 老人福祉施設
訪問調査実施日	平成26年2月21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
<b>I 介護サービスの基本方針と組織</b>						
<b>(1) 組織の理念・運営方針</b>						
	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. 理念は職員の総意を基に作られたもので、利用者や家族には重要事項説明書で説明しています。 2. 組織の意思決定方法は明確に定められ、各種の会議を通して職員の意見が反映できる仕組みがあります。		
	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. 10年間の施設の改修・整備充実計画があります。単年度の事業計画は、施設長の基本方針に基づいて職員が作成しています。 4. 単年度計画は上半期、下半期に分け、計画の進捗状況はデイ会議、委員会がチェックをしています。結果は数値化されわかりやすなものになっています。		
<b>(3) 管理者等の責任とリーダーシップ</b>						
	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. ソフトを導入して、法令等は誰もがすぐに検索・確認できるようにしています。 6. 法人の組織図、職務分担表は職員等が直接パソコンから見る事ができます。施設長は、職員のヒヤリングを年に1回実施しています。その場面で自らが信頼を得ているかを施設長自ら職員に問うています。 7. 各報告書には施設長の押印欄がありすべての把握が可能な体制になっています。事故等の緊急時には、毎年改定する緊急連絡網を通じて管理者に連絡をし指示を仰ぐ体制となっています。		

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
<b>II 組織の運営管理</b>						
<b>(1) 人材の確保・育成</b>						
		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. 法人全体で介護福祉士取得のための勉強会を実施しています。介護福祉士合格者には祝い金の支給があります。ケアワーカーにはヘルパー2級以上の有資格者を採用しています。 9. 法人全体で階層別研修制度がありこれに沿って、職員の研修をすすめています。新規採用者には1名の担当者がつき一つ一つの業務を研修していきます。毎月のデイ会議の中でも研修を実施しています。 10. 実習受け入れマニュアルにより実習指導者研修を受講した職員を配置しています。		
<b>(2) 労働環境の整備</b>						
		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. 職員には年4日の連休、毎月1日のリフレッシュ休暇があります。外部講師を招いて介護技術向上活動、トランスファーについての研修を実施することで腰痛の予防などに取り組んでいます。 12. 産業界以外に心療内科と契約をして相談を受けられる体制を整えています。休憩室については、リラックスできる環境づくりに取り組んでいくことが望まれます。		
<b>(3) 地域との交流</b>						
		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. 職員が地域の消防団に入団し、地域との結びつきを深めるほか、ホームページに事業所の概要や運営の理念を掲載して広報に努めています。 14. 「介護なんでも出前講座」の開催や児童館での車いす体験、地元中学生のチャレンジ体験の受け入れなど地域に役立つ催し等を開催しています。		

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
<b>III 適切な介護サービスの実施</b>						
<b>(1) 情報提供</b>						
		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. 事業所案内等の必要な情報はホームページに詳しく掲載し、施設玄関には誰でも自由に持ち帰ることができるようにパンフレットも置いています。見学も随時受け付けており、お試し利用もできる体制になっています。		

(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. 契約時には重要事項を説明し利用者の同意を得ています。また、判断能力が不十分な人については家族等に同意を得ています。職員は利用者の権利擁護のために専門家の研修を受けています。			
(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	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. 面接時に聞きとった事柄をフェイスシートに記録し、その後の情報はパソコンに入力しています。利用者の日頃の変化についても適宜入力しています。 18. 利用者や家族の希望は介護支援専門員からの情報や、送迎時等に直接確認し、通所介護計画の策定や個別のサービスの内容に反映させています。 19. サービス担当者会議前に、事業所内の情報を集め、サービス担当者会議に参加しています。また、得た情報は通所介護計画等に反映させています。 20. 通所介護計画は3か月毎に評価し、必要があれば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. 退院時には、カンファレンスに参加し、参加できない場合は看護サマリーや介護支援専門員からの情報を得て対応しています。			
(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. 業務マニュアルを作成し年に1回は見直し更新をしています。「ヒヤリハット」を職員間で回覧し事故の防止に繋げるようにしています。 23. 利用者の情報や記録はシステムで管理し、セキュリティも確保しています。しかし、記録の持ち出しに関する規定が見当たらず、また情報開示の観点からの研修は不十分です。 24. 朝礼、職場内メール、申し送りノート、デイ会議などで情報を共有しています。 25. 家族等との情報交換は、送迎時や連絡ノートを利用して実施し、重要な場合は電話連絡をしています。また、独居の利用者の場合は介護支援専門員に連絡をしています。			

<b>(6) 衛生管理</b>				
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. 感染症予防マニュアルを作成しています。また、外部研修を受けた看護師が、毎年感染症の流行前に施設内研修を行っています。 27. 事業所内はきちんと整理し、トイレも清潔に清掃しています。臭気も感じられません。		
<b>(7) 危機管理</b>				
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	B
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. 事故発生時のマニュアルを作成し、毎年施設内研修を行っています。 29. 「ヒヤリハット」と「事故等の報告書」の記録を職員間で閲覧しています。しかし、「ヒヤリハット」と事故の定義が曖昧です。 30. 非常災害時マニュアルを作成し、利用者参加型の防災訓練を実施しています。また、地域の自主防災会と防災協定を結び、地域の防災訓練にも参加し活動しています。		

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
<b>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1) 利用者保護</b>						
	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. 高齢者の尊厳を支えるケアを行いますと運営方針に掲げてサービス提供を行っています。 32. プライバシー保護の研修を実施し、希望者には同性介護を行っています。 33. 運営規定により公平公正に受け入れています。高度な医療対応が必要な方は、他の事業所を紹介することがあります。				
<b>(2) 意見・要望・苦情への対応</b>						
	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	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	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	
(評価機関コメント)		34. 利用者アンケートを実施していますが、個別の相談面接や利用者懇談会の実施はありません。 35. 意見等の改善状況について事業所入口付近への掲示で公開しています。匿名性の確保という点では、十分ではないと感じました。 36. 法人内に第三者委員会を相談の窓口として設置していますが、市民オンブズマン等外部の人材を受け入れての利用者の相談機会の確保は見られません。				

(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てている。	A	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. 昨年度はアンケートの実施はありません。今年度は実施しましたが、集計中ですのでアンケート調査の前後でサービスが改善されたかを確認することはできませんでした。 38. 同敷地内の特別養護老人ホームと月1回代表者会議を行い、サービスの質の向上に係る検討をしています。 39. 半期ごとに事業計画の達成状況を確認し、次の半期の計画に反映させていくことで課題の明確化を図っています。		