

様式 7

## アドバイス・レポート

平成 25 年 4 月 5 日

平成 25 年 1 月 22 日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた社会福祉法人青谷福祉会城陽市立東部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          法人で行う研修と事業所独自で行う研修が計画的に実施されています。階層別に研修計画を立て、段階に合わせた職員の育成に取り組んでいます。          特に新入職員にはプリセプター制度を導入し、実施と評価を繰り返しながら丁寧な指導を行っています。</p> <p>○利用者・家族の希望の尊重          サービス利用時の連絡帳、定期的なアセスメントや家族との面談等により、丁寧に本人及び家族の意向を確認しています。また、一連の援助過程が相談記録として詳細に記録され、経過がわかりやすくなっています。</p> <p>○職員間の情報共有          毎日複数の職員で話し合いや記録の作成を行い、同時に申し送り日誌を作成するなどして、その日に出勤していない職員にも情報が伝わるようにしています。また、勤務時間内に会議を行うことにより、会議の参加率は高く、情報の共有化を促進しています。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>○事業計画の策定          前年度の事業計画を振り返った上で、フロア会議や全体会議で職員の意見を取りまとめて事業計画を策定しています。単年度では達成できない目標については、複数年をかけて達成を目指している部分もありますが、明文化された中・長期計画は確認できませんでした。</p> <p>○実習生の受け入れ          福祉体験等の受け入れのマニュアルはありますが、介護実習等の受け入れはなく、実習指導者に対する研修も行われていません。</p>

<p>具体的なアドバイス</p>	<p>365日休みなく営業し、地域住民の福祉ニーズに積極的に応えられるように努力されています。今後、より一層の質の向上のため以下の通りアドバイスを申し上げます。</p> <p>○事業計画の策定  中長期計画を策定することにより、より単年度の事業計画の達成目標が具体化されます。中・長期に向けてのビジョンは持たれていると思いますので、達成時期を定めて明文化する等を行い、より具体的な目標を、職員一人ひとりが意識できるようにしてはいかがでしょうか。実現可能な小さな目標を一つ一つクリアすることで、職員の達成感や満足感にもつながるのではないのでしょうか。</p> <p>○実習の受け入れ  福祉体験についてはマニュアルや受け入れ実績もありますが、介護実習に関しては実績がなく、マニュアルもありません。また、実習指導者に関する研修も行われていません。  実習指導者の研修は実習生ばかりでなく、職員育成にも活かすことができますので、一度介護福祉士の実習指導者養成研修へ参加されることをお勧めします。</p> <p>○利用者の決定方法  基本的にサービス提供エリアの利用者は全て受け入れるとの説明を受けましたが、対外的に明確な受入基準は公表していません。  特に、医療的処置を必要とする利用者の受け入れについては、具体的な基準を示すなどして、受け入れが可能であることを明らかにされた方が、より丁寧な対応ではないかと思います。</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	2672800162
事業所名	社会福祉法人青谷福祉会 城陽市立東部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)	介護予防通所介護、認知症対応型通所介護 介護予防認証対応型通所介護
訪問調査実施日	平成25年3月8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
<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. 理念・運営方針等は、事業所の入り口に掲示するとともに、職員の名札に記載し、携帯しています。 2. 事業所内部の意思決定は月例の運営会議、フロア会議等で行われています。各担当者の職務権限は職務権限規定に明記されています。		
<b>(2)計画の策定</b>						
		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. 前年度の事業計画を振り返った上で、フロア会議や全体会議で職員の意見を取りまとめ、事業計画を策定しています。単年度では達成できない目標については、ビジョンを持って、複数年をかけて達成を目指しているものもありますが、明文化された中・長期計画は確認できませんでした。 4. 課題については、事業計画に沿って毎月モニタリングを行い、6か月に1回評価・見直しを行っています。		

(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. 管理者が集団指導に参加するとともに、法人本部の指導のもと、必要な資料を常備して法令を確認しています。 6. 管理者はフロア会議や全体会議に参加し、職員の意見を聴くとともに、年2回面談の機会を設け、相互に意見交換を行う等により、自らへの評価や信頼について確認できる仕組みになっています。 7. 管理者とは常に連絡がつく体制が整えられており、緊急時にはスムーズに連絡・報告できるようマニュアルを整備しています。		

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>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。	B	B
		(評価機関コメント)		8. 資格取得のための勉強会を定期的に行っています。 9. 階層別に研修計画を立て、研修を実施しています。新入職員にはプリセプター制が導入されています。 10. 福祉体験等の受け入れマニュアルはありますが、介護実習等の受け入れはなく、実習指導者に対する研修も行われていません。		
<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、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。	A	A
		(評価機関コメント)		11. 有給休暇や超過勤務についてデータ化して、有給休暇の取得や超過勤務の削減等、職員の労働環境に配慮しています。 12. 共済会に加入し福利厚生制度を整備しています。系列の医療法人でメンタルヘルス等の相談窓口を設置しています。管理者は年に2回個人面談を行い、個々の思いや意見を聞く機会を設けています。		

(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. 事業所独自の広報誌を毎月発行し、利用者に配布するとともに、地域のコミュニティセンター等に置くなどして、地域への情報提供に努めています。 14. 事業所で年1回文化祭を行い、相談や見学会等を行っています。		

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>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. 事業所パンフレットやホームページにより詳細な情報の提供に努めています。また問い合わせや施設見学については通所介護（予防通所介護）利用申請受付簿に記録があり、相談員が新規利用や見学の際の説明を行っています。			
<b>(2)利用契約</b>						
	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. 利用契約に際しては、重要事項説明書や「城陽市東部デイサービスセンターご案内」を用いて料金説明等を行っています。現在、成年後見制度を利用している人はいませんが、必要に応じて日常生活利用支援事業や成年後見制度の説明を行っています。			
<b>(3)個別状況に応じた計画策定</b>						
	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. 法人独自の「通所介護（介護予防通所介護）計画アセスメント表」を活用し、定期的にあセスメントを行い、利用者の生活状況や心身状況の変化を把握しています。 18. 個別援助計画・通所介護（介護予防通所介護）計画策定時には、連絡帳や送迎時のコミュニケーションにより要望等を聞き取っています。 19. サービス担当者会議や連絡票により専門家からの情報収集を行い、通所介護（介護予防通所介護）計画に反映させています。 20. 通所介護（介護予防通所介護）計画は、法人独自の「計画評価・レビュー検証シート」により、評価結果のチェックを行い、必要に応じて計画の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. サービス担当者会議への出席や主治医等からの連絡票により情報の共有を図っています。			
(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	A
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. 業務に関するマニュアルを整備し、必要に応じて見直しが行っています。 23. 利用者の状況やサービスの提供状況は、ケース記録等に記載し、文書管理規定に基づき適切に管理しています。 24. 毎月のフロア会議やカンファレンス、毎日の申し送り等により現状の確認や情報共有を図っています。 25. 送迎時やサービス担当者会議、家族懇談会等により家族との情報交換を図っています。			
(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、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. スタッフ全員が正しい知識を持ってサービス提供を行えるよう、マニュアルを整備し、研修を実施しています。 27. 臭気はなく、物品は整理整頓され、水回りも清潔です。各所に感染予防グッズを置き、効率よく迅速に対応できる対策がとられています。			
(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	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
(評価機関コメント)	28. マニュアルを整備し、連絡網により責任者の指揮命令を明確にしています。消防署との訓練も年2回実施しています。 29. 「コールバック連絡書」、「ほっと報告書」をもとに安全対策委員会において再発防止の検討を行っています。			

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>IV利用者保護の観点</b>						
<b>(1)利用者保護</b>						
		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. 契約書に明記し、フロア会議・研修で周知しています。 31. 研修会・勉強会を開催し、職員が問題意識を持ってサービス提供にあたることができるよう取り組んでいます。 32. マニュアルに沿って受け入れを行っています。医療的な処置が必要な場合は、個別に相談しています。			
<b>(2)意見・要望・苦情への対応</b>						
		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。	A	A
		第三者への相談機会の確保	35	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	A
		(評価機関コメント)	33. 家族交流会・連絡帳・利用者アンケート・施設行事で意見等を収集し、業務改善委員会で検討しています。 34. 苦情対応マニュアルに基づき対応しています。結果は広報誌等に掲載しています。 35. 重要事項説明書に明記し、施設内にも連絡先等を掲示しています。			
<b>(3)質の向上に係る取組</b>						
		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	A
		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	A
		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. 利用者アンケートが実施し業務改善委員会でサービスの質の向上について検討しています。 37. 通所部会・介護職部会を毎月開催し、サービスの質の向上について検討しています。 38. 第三者評価を3年毎に受診されています。定期的に内部監査を実施しています。			