

アドバイス・レポート

平成26年1月14日

平成25年7月30日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた「天ヶ瀬苑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>Ⅲ－(3)－18 利用者・家族の希望尊重</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者や家族の希望等は、フェイスシート作成時に生活歴と併せて詳しく聞き取るとともに、送迎時や利用者連絡ノート等を活用して日常的にも細かく聞き取り、一人一人の希望に沿ったサービス提供を心がけていました。 ・今年度の三大目標の一つに「自立支援の取り組み」を設定して、個別援助計画の策定に当たっては、利用者・家族の意見を初め、関係専門家の意見を聴き、自立支援を織り込んだ個別援助計画を作成していました。 ・日常生活の質(QOL)の維持・改善のため、身体機能の維持・向上を図るサービス提供を心がけ、口腔ケア・口腔体操・誤嚥防止・転倒防止等の機能訓練を実施していました。 ・給食・入浴・車椅子・接遇・リハビリ・誕生日・サロン等のサービス項目ごとに担当者を定めて、サービスの質の改善を工夫させる体制をとっていました。 <p>Ⅳ－(1)－31 人権等の尊重</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用者の立場と尊厳を大切にするという意識のさらなる浸透を図るため、接遇担当者を定めて、職員に対して提案・指導を行なわせる体制をとっていました。 ・ミーティング時には、全員で接遇標語を唱和して、人権意識の浸透に努めていました。 ・姿勢を低くして利用者と目線を合わせ、笑顔で会話する昼食会での職員の行動は、「人権を尊重」の意識が浸透していることを如実に示していました。 ・施設面では、トイレに二重カーテン(スクリーンとカーテン)を設置するなど、プライバシーや羞恥心に配慮したケアを心がけていることが窺われました。 <p>その他</p> <ul style="list-style-type: none"> ・全職員が当番制により清掃を担当し、施設内は清潔に保たれていました。 ・全職員にそれぞれ数人の担当入苑者を定め、一人一人の利用者状況に応じた個別対応がなされていました。 ・全職員が、それぞれ担当サービス項目を持ち、サービスの質の改善に意欲を持って取り組んでいました。
-----------------------------	--

<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>I－(2)－3 事業計画等の策定 ・中長期計画が作成されていませんでした。</p> <p>II－(1)－8 質の高い人材の確保 ・人材育成体系および年間研修計画がありませんでした。</p> <p>IV－(3)－37・38 質の向上に係る取組み ・利用者満足度調査が実施されておらず、質の向上へ向けての検討体制（P D C A）が不十分でした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>I－(2)－3 事業計画等の策定 ・中・長期計画は、利用者ニーズの変化等を見据えて、事業所の将来を展望した目標達成へのプロセスを描き、職員に対して夢と誇りを与えると共に、これを公開することによって、利用者や地域に対して事業所の決意を示すものです。</p> <p>・経営理念を実現するサービスの充実、人材の育成、施設の改修等について、「中・長期計画策定委員会」（仮称）を編成して、中・長期計画の策定を検討されては如何でしょうか。</p> <p>II－(1)－8 質の高い人材の確保 ・サービスの質は、現状においても高水準にあると思われませんが、なお一層のサービスの質の向上のためには、職員一人一人の成長（知識・技術・態度・コミュニケーション力・積極性・協調性・リーダーシップ等）が必要になります。</p> <p>・そのための、能力を計画的に向上させる人材育成の体系化を検討されては如何でしょうか。</p> <p>育成アイテムの例としては</p> <ol style="list-style-type: none"> ① 年間教育計画 ② キャリア・パス制度 ③ O J T ④ 新人を含めた階層別教育 ⑤ 内部・外部研修 <p>等が挙げられます。</p> <p>IV－(3)－37・38 質の向上に係る取組み ・満足度調査は質の向上を図るための有効な手段です。調査は、系統的に計画を立て具体的に行うことが重要です。</p> <p>・サービスの質の向上は満足度のスコアを見るのではなく、不満足の内容を改善することによって可能になると考えています。</p> <p>・「質の向上検討委員会」（仮称）を立ち上げて、サービス項目ごとの利用者満足度調査を計画的に行って、P D C Aサイクルを実施する体制づくりを検討されては如何でしょうか。</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。

※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	2671200026
事業所名	社会福祉法人不動園 天ヶ瀬苑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)	通所介護 介護予防通所介護 居宅介護支援
訪問調査実施日	平成25年12月11日
評価機関名	特定非営利活動法人 京都ビジネス・サポート・センター

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)			* 年度末に職員全体集会を開催して、基本理念や接遇標語並びに次年度の事業計画・運営方針等を小冊子にした資料を全員に配布して説明し、周知徹底を図っていました。 * 毎月1回、職員会議及び主任会議・副主任会議を開催していました。これらの会議で討議された重要な事項は、法人の施設長会議に反映されると共に、施設長会議の結果は、これらの会議を通して職員に伝達される仕組みになっていました。		
(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)			* サービスの向上に向け、施設・設備等の改修・改善の意向はありますが、これらを明文化した中・長期計画は作成されていませんでした。 * 年度末に開催される職員全体集会での配布資料に、次年度の基本方針・事業計画・運営方針・行事計画・委員会構成等を明示し、各業務レベルにおける課題を明確にして、達成に取り組んでいました。		
(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。	B	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	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。	B	A
	(評価機関コメント)			* 事務所に法令集を備え、いつでも閲覧できるようにしていますが、法令改正等の説明会や研修に対する運営管理者の取り組みは不十分でした。 * 組織図で職位は明示され、運営管理者は、職員全体集会で組織運営の基本方針を説明していました。また、ミーティングなどで職員の意見を聴き取っていました。 * 運営管理者は、日々の業務に関して日誌・各種報告書等で把握する仕組みになっていました。また、日常業務において、リーダーシップを発揮していることが、職員へのヒヤリングで確認できました。		

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	B
		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	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。	A	A
		(評価機関コメント)		* 人員体制については、四半期ごとにチェックしていますが、人事管理に関する明文化した基本方針は確認できませんでした。 * 研修担当者を任命していますが、年間研修計画等は立案されておらず、また、現場での計画的な育成方法であるOJTも実施されていませんでした。 * 実習生受け入れマニュアルに従って、毎年、短大・専門学校等から実習生を受入ると共に、地元の中学生に対して現場体験学習の場を提供していました。		
(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)		* 有給休暇や育児休業・介護休業の取得制度は、就業規則で明確に定めていました。シフト制による各勤務時間（始業・終業・休憩時間）は、職員全体集会で配布される資料に明示されていました。有給休暇はとりやすく、時間外勤務も数時間／月に止まっています。 * 職員の苦情・悩み・ストレス等については、法人事務局に担当者を立てていました。各種ハラスメントについての研修も実施していました。休憩室は男女別に確保され、ストレス解消への環境整備に努めていました。		
(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。	B	A
		(評価機関コメント)		* ホームページや広報誌「きずな」や等で事業所情報を公開していました。希望者に対しては、事業所の見学や体験入所も受入れていました。 * 地域のサロン交流会等に参加し、口腔ケア・転倒防止体操等について指導していました。また、事故事例等を紹介しながら、事故予防について事業所内で行っている機能訓練体操なども解説していました。		

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)		*法人のホームページのほか、デイサービスセンターのパンフレットを作成して希望者に配布していました。サービス内容は契約書や重要事項説明書に詳しく明示していました。また、希望者の施設見学や体験利用にも応じていました。		
(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)		* 契約時に、利用者契約書・重要事項説明書に基づいて、サービス内容や利用料金その他について詳しく説明し、利用者・家族の同意を得ていました。また、判断能力に支障がある場合には、保佐人・後見人の同意を得ていました。		
(3) 個別状況に応じた計画策定						
		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)		* サービス開始前に、家族や生活歴・心身状況・希望等をフェイスシートに集約し、その記録を基に介護計画書を作成していました。* 個別援助計画は、サービス担当者会議を経て作成され、利用者・家族の同意を得ていました。* 個別援助計画は、3ヵ月毎にモニタリングし、状況に変化があった場合は、その都度カンファレンスを行っていました。* 1回/年、または必要時に、アセスメントを行ってケアプランを変更する仕組みになっていました。		
(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)		* 利用者ごとの個別ファイルに、担当の居宅介護支援事業所や主治医等がリスト化され、必要に応じて、直ちに連絡が取れるよう連携体制を整えていました。		
(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	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、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	A

(評価機関コメント)	* 業務マニュアルが整備され、随時閲覧できるよう事務所に備えられ、基本的には1回/年、必要時にはその都度、見直していました。 * 利用者の状況及びサービス提供状況は、個人別に詳しく記録され、個人情報管理規定により適切に管理されていました。 * サービス提供に必要な情報は、連絡ノートにより職員間で共有できる仕組みになっていました。 * 家族との情報交換は、利用者連絡ノートや送迎時に行われていました。			
------------	--	--	--	--

(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)	* 感染予防マニュアルを整備すると共に、感染予防対策委員会を設置して、インフルエンザ・ノロウイルス対策研修を行い、感染予防について職員に周知徹底していました。また、来所時には手指消毒の徹底を図っていました。 * 事業所の衛生管理については、当番制により、清掃場所及び清掃担当者を定めて実施していました。「クリーン5S活動」により、事業所内は清潔で清掃も行き届いていました。また、2回/年の環境美化活動で施設の内外の環境美化を図っていました。			

(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)	* 事故・緊急時対応マニュアルを整備するほか、事故対策検討委員会を設置していました。軽微な車両自損事故の場合にも、インシデント報告書により原因究明と再発防止を図っていました。 * 災害対応マニュアルが整備されており、防火管理者を定めて、研修を行っていました。また、職員非常招集連絡網を作成すると共に、消防署と連携して利用者も参加した避難訓練を、2回/年実施していました。			

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	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)		*基本理念や接遇標語に利用者本位の精神を掲げ、ミーティングでは全員でこれを唱和していました。また、接遇担当者を任命し、利用者の人権尊重・プライバシー保護の観点から、サービス提供時の言葉遣いや態度等についての改善活動に当たらせていました。*設備面では、トイレカーテンをスクリーンとカーテンの二重にするなど、プライバシーや羞恥心に配慮していました。*利用申込みに対しては、定員超過以外の理由で申込みを断ったケースはないとのことでした。		
(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	A
		(評価機関コメント)		*利用者・家族からの意見・要望・苦情等は、日常的に利用者ノート・送迎時の聞き取り・ファックス等で受付けていました。また、1回/年の利用者個別懇談会で、利用者の意見や要望を聞き取っていました。*利用者・家族からの要望・苦情等は、これらを記録に残すと共に、サービスの改善に役立っていました。*第三者による相談・苦情窓口は重要事項説明書に明示していました。また、法人事務局にも相談・苦情の窓口を設けていました。		
(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	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	B
		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)		*年間行事やレクリエーション等の実施予定は期首に発表し、実施結果は、その都度、反省会で分析して次行事の計画に役立っていますが、利用者満足度調査は実施されておらず、質の向上へ向けての検討体制（PDCA）が不十分でした。*サービスの種別ごとに担当者を定めて質の改善を工夫させる体制がとられていたが、組織的・計画的に質の向上に取組む検討体制は確立されておらず、不十分でした。*年度末に行なう各人の自己評価に基づき、次年度の目標・課題を明確にし、これらは次年度の事業計画に反映させていました。第三者評価は3年に1回受診していました。		