

アドバイス・レポート

平成27年3月3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26年12月26日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた 西部デイサービスセンター様につきましては、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>業務レベルにおける課題の設定 ・年2回の個人面談の「個人面談意見表」や「個人目標及び評価シート」「スキルアップチェックリスト」を活用し、職員会議で集約検討されました。さらに各部門(看護・介護・栄養・管理部門など)の現状把握を行い、課題を設定し業務に反映されていました。</p> <p>地域への情報公開 ・施設の雰囲気がわかるパンフレットを作成し、配布されていました。また、2カ月ごとに広報紙「西部通信」(ホームページにも掲載)を発行し、施設行事等を分かりやすく伝えることで、地域に根差した城陽市社会福祉協議会の事業であることの理解が深まるよう取り組まれていました。</p> <p>職員間の情報共有 ・確実な全職員の情報共有として確認時のサインを義務付け、出勤時には必ず「実行表(日々の記録)」や「サービス提供書(日誌)」、「連絡事項ノート」を確認し、また毎月の職員会議で利用者カンファレンスの実施時は、会議録を回覧する仕組みとなっており、サービスが継続的に提供できるよう努めておられました。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由 (※)</p>	<p>継続的な研修・OJTの実施 ・自主研修会を月1回確保されていましたが、年間の研修計画が体系的に作成されていませんでした。</p> <p>アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し ・所定のアセスメント様式を用いてアセスメント実施されていましたが、定期的なアセスメントは実施されていませんでした。 ・定期的な状況把握を行い、個別援助計画を随時変更しておられましたが、作成の手順や基準がありませんでした。</p> <p>利用者満足度の向上の取組み ・満足度調査は実施されていませんでした。</p>

具体的なアドバイス

継続的な研修・OJTの実施

・計画的な研修を行うことで、段階的に必要な知識を学べ、日々の業務も振り返ることができることから、職員に対する継続的な研修（新人職員研修、中堅職員研修）や、接遇マナー、権利擁護、身体拘束廃止（日々の業務に必要なとなる知識）などを、計画に組み込まれてはいかがでしょうか。

アセスメントの実施・個別援助計画等の見直し

・初回のみのアセスメントでなく、チェック表などを作成し定期的実施される手続きを整備されることで、確実に利用者の変化等が把握できるのではないのでしょうか。その結果、リアルタイムに利用者の変化に応じた計画の作成につながることで、生活課題が明らかとなり、サービスの適正化につながるのではないのでしょうか。

・アセスメントを含めた計画作成マニュアル（基準や手順書）を作成することでPDCAサイクル（計画・実施・評価・改善）が確認でき、全ての利用者の確実な計画の見直しできるのではないのでしょうか。

利用者満足度の向上の取組み

・以前は満足度調査を実施されていまして、再度様式等を検討され実施されることをお勧めします。利用者からの直接聞くことのできない声が、匿名性のアンケートを通して収集することもでき、また毎年の実施により利用者ニーズの変化もわかります。その結果、課題が明確となり日々のサービス向上や事業計画にも反映しやすくなるのではないのでしょうか。

(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	2672800030
事業所名	西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
訪問調査実施日	平成27年2月19日
評価機関名	一般社団法人京都府介護福祉士会

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。	B	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。	B	A
	(評価機関コメント)			1. 理念は玄関に大きな字で掲示をされていました。また広報紙「西部通信」に理念を掲載し、地域の方に配布されていました。センター長が年2回の職員面接で、職員に理念や行動規範について周知されていました。 2. 定例の理事会に、年2回センター長が参加し、職員会議で検討した議題の提案も行われていました。職員会議に参加できない職員には、介護報告書綴で周知を図っておられました。各業務分担は毎年作成し、職責が明示されていました。		
(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。	C	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. 法人の中・長期計画が作成され、事業所独自の計画も作成されていました。毎月の職員会議では、利用者のカンファレンスや、全体を通してのサービス向上についても話し合われていました。 4. 看護・介護・栄養・管理部門など、年間を通し必要に応じて会議が行われ、業務実施状況の確認や評価が行われていました。		
(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。	A	A

	(評価機関コメント)	5. 法令の変更時などは、全職員を対象に勉強会が行われていました。全職員が見やすい場所に法令集などが設置されていましたが、リスト化はされていませんでした。 6. 管理職により年2回個人面接が行われ、自身の評価を確認されていました。 7. 通所介護係業務分担、各種マニュアル、報告書により迅速に報告が行われていました。
--	------------	--

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
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。	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. 採用時には、独自の「面接の方法」「自己分析シート」「面接評定表」を活用し、人材確保を行っておられましたが、資格取得支援はありませんでした。 9. 月1回自主研修会と新人職員にはプリセプター制度（中堅職員が技術・知識・助言等を実施する人材育成制度）で学びを深めておられましたが、年間研修計画はありませんでした。 10. 社会福祉士の実習を主に受け入れ、中学生のチャレンジ体験も受け入れておられましたが、実習指導者の研修が行われていませんでした。			
(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。	B	B	
	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。	C	B	
	(評価機関コメント)		11. 有給休暇は管理者が把握し、休暇も取りやすい環境にありましたが、介護負担を軽減する機器の活用はありませんでした。 12. 年2回センター長による個人面接を行い、「個人面談意見表」で業務に対する意見や悩みを言える環境が整えられていましたが、職員のメンタルヘルスについて外部による相談体制は確保されていませんでした。また職員休憩室も十分な広さが確保されていませんでした。			
(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。	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。	C	C	
	(評価機関コメント)		13. 2か月ごとに広報紙「西部通信」を発行し、ホームページにもサービス内容が掲載されていました。毎日、地域のボランティアを受け入れ、また、事業所主催の夏祭りなど地域の方の参加もされていました。 14. 地域貢献については、併設されている在宅介護支援センターが担っているため、事業所としての取組はありませんでした。			

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)		15. 事業所が大切にしている利用者の「笑い、笑顔」を表現したパンフレットを作成されていました。またお試し利用の希望があり、利用者が納得して利用開始されました。		
(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)		16. 契約時には重要事項説明書を用いて、サービスの内容や料金、保険外サービスについて同意を得ておられました。権利擁護事業等は、パンフレット等を常備され、法人である城陽市社会福祉協議会で対応できる仕組みとなっていました。		
(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。	C	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。	B	B
		(評価機関コメント)		17. 所定のアセスメント様式を用いてアセスメント実施されていましたが、定期的なアセスメントは実施されていませんでした。 18. アセスメント実施時に利用者及び家族の意向を聴取し、通所介護計画に反映させて同意を得ておられました。 19. 個別援助計画作成時には、介護支援専門員を通じて主治医や理学療法士などの意見を集約されていました。また必要がある場合は直接医療機関等と連携をとっておられました。 20. 定期的な状況把握を行い、個別援助計画を随時変更しておられましたが、作成の手順や基準がありませんでした。		

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。	B	A
(評価機関コメント)	21. 介護支援専門員を通じて主治医と連携をとり、必要に応じて直接主治医や理学療法士等と連携をとっておられました。また支援困難事例は、介護支援専門員や地域包括支援センターと協働して対応されていました。			
(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。	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。	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. サービス提供マニュアルを整備されていましたが、見直しの基準やサービス提供が実現しているかを確認する仕組みがありませんでした。また苦情内容や顧客満足度調査結果がマニュアルへ反映させる仕組みがありませんでした。 23. ケア記録用紙の上部に利用者個々の課題を記載する欄を設け、計画目標に沿った記録に取り組みられていましたが、記録の管理や持ち出しに関する規程はありませんでした。また記録の管理に関する研修等も実施されていませんでした。 24. 職員は出勤時に必ず「実行表（日々の記録）」や「サービス提供書（日誌）」、「連絡事項ノート」を確認しサインすることで、確実な情報共有ができる仕組みとなっていました。また毎月の職員会議で利用者カンファレンスを実施し、会議録を全員に回覧・サインする仕組みとなっていました。 25. 家族との情報共有は、連絡帳を活用することを基本とし、送迎時に情報伝達することや必要に応じて面談を実施することで利用状況等を伝えておられました。			
(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。	B	B
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. 感染症マニュアルを基に研修を実施し、感染症の利用者も対策を講じて受け入れておられましたが、マニュアルの更新はされていませんでした。 27. 事業所内は清掃業者に委託し点検表で確認されていました。事業所内は清潔に保たれ、臭気対策として消臭剤を使用されていました。			
(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。	B	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。	B	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。	B	C
(評価機関コメント)	28. 「緊急時・事故発生時対応マニュアル」を整備し、心肺蘇生や食事時の誤嚥事故などの実践的な訓練を実施されていました。 29. 事故・ヒヤリハット報告書を作成し、終業時のミーティングで対策を検討されていましたが、原因分析やマニュアル、事故防止策の評価・見直しが不十分でした。 30. 消防訓練は実施されていましたが、災害発生時の対応マニュアルがありませんでした。			

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。	B	B	
	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。	A	A	
	(評価機関コメント)		31. 高齢者の虐待や拘束について、職員会議で事例検討されていますが、高齢者虐待防止法についての勉強会・研修は実施されていませんでした。 32. プライバシーの配慮はマニュアル等に記載し、実施されていましたが、勉強会や研修は実施されていませんでした。 33. 研修などを行い積極的に受け入れ態勢を整えておられましたが、受け入れられない場合は、介護支援専門員を通じて他事業所を紹介されていました。			
	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	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。	B	B	
	第三者への相談機会の確保	36	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)		34. 連絡帳や送迎時・空き時間などを利用し、家族や利用者からの意見を聞く機会を設けておられました。 35. 利用者の意向は、実行表・連絡事項ノート・サービス提供書等に記載し、その状況に応じ対応されていましたが、改善状況の公開はされていませんでした。 36. 事業所内に、苦情受付担当者の名前や、連絡先が大きく提示されていました。			
(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。	B	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職員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. 満足度調査は実施されていませんでした。 38. 職員会議において「自立支援アンケート」を各自が作成し、その内容を事業のサービス向上のために検討されていました。 39. 3年に一度の第三者評価は受診されていますが、自己評価は実施されていませんでした。			