

アドバイス・レポート

平成29年 5月23日

平成29年 3月 1日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた西賀茂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>(通番3 事業計画等の策定) 事業所の長期目標、中期目標が策定されていました。その目標達成のために、事業所の年度計画を作成されています。その計画には、重点項目のアクションプランと具体策が示され、着実に実行できる仕組みがありました。</p> <p>(通番21 多職種協働) 主治医や看護師等と連携しながら、24時間の生活を見据えた支援が行われています。特に、医療的ケアが必要な場合に看護師と確実に連携するため、退院前カンファレンスには必ず出席していました。</p> <p>(通番31 人権等の尊重) 法人理念に利用者本位の姿勢を謳い、利用者を尊重した支援に努めていました。個別性を大切する利用者支援が実践され、利用者の作品を額に入れて掲示するなどの具体的な事例を確認しました。</p>
<p>特に改善が 望まれる点と その理由(※)</p>	<p>(通番17 アセスメントの実施) 利用開始にあたっての面接シートにより聞き取りを行っています。その聞き取りに基づきアセスメントを行っています。定期的なアセスメントの状況は確認できませんでした。</p> <p>(通番23 サービス提供に係る記録と情報の保護) 利用者ごとにケース記録を記載しています。通所介護計画に基づく記録は不十分でした。記録に関する規程は確認できませんでした。</p> <p>(通番39 評価の実施と課題の明確化) 第三者評価は、3年に1度実施されていましたが、毎年、自己評価をする仕組みはありませんでした。</p>

具体的なアドバイス

西賀茂デイサービスセンターは、平成9年11月に開設された西賀茂デイケアセンターを前身として、平成12年6月に開設されました。長年地域での在宅診療をされている診療所の併設デイケアを引き継いだことから、当該事業所においてもセラピストを配置して、利用者ニーズに合わせた機能訓練がされていました。その機能訓練は、希望する利用者に合わせて、集団・個別で行われ、地域で生活を続けるための支援が実施されています。また、事業所の特徴として、開設当時は珍しかった囲碁や将棋、麻雀などのレクリエーションを取り入れています。一般的にデイサービスは、女性の利用者が多いのですが、当該事業所は男性利用者も多くおられ、レクリエーション等を通じたコミュニティが築かれていました。

事業所の長期目標としては、2025年を目途とされている地域包括ケアシステムを視野にいれ、医療的ケアや認知症になっても、地域で暮らし続けるため中重度者や認知症の利用者を多く受け入れ、平均介護度は3を超えていました。さらには、交通の便が悪く、介護サービスの過疎化が危惧される地域にも送迎を行い、北区におけるセーフティネットの役割を持った取り組みがされていました。

今後も、地域の中心として活躍されることを期待します。

・サービスの利用にあたっては、アセスメントシートに基づき必要な情報を聞き取り、利用者やその家族希望を聴取した上で通所介護計画を策定していました。しかしながら、そのアセスメントについて、定期的に見直す仕組みがありませんでした。現在、介護サービスをはじめ福祉を必要とする利用者のニーズは、本人のみならず取り巻く環境を含め複雑化しています。その課題を的確に把握するためには、少なくとも1年ごとにアセスメントを見直し、必要な改善をすることが求められています。アセスメントの評価見直しを行う仕組みの構築が望まれます。

・介護サービスでは、通所介護計画に基づきサービスが提供され、一定の期間（概ね3か月）の状況を評価・見直し（PDCAサイクル）によるサービス提供が基本とされています。その評価の基本となるのが、利用者一人一人のサービス提供記録です。今回の調査では、に基づく記録作成が課題とお聞きしました。通所介護計画を常に意識しながら、利用者支援を実施するための整備が求められます。

・個人ごとのケース記録は、個人情報を含む内容が多くあり、事業所として適切な管理が求められています。その内、情報開示については、事業所内でルール化を行い、個人情報の不適切な流出を防止することが必要です。紙面での請求方法を含めた情報開示の仕組み、記録簿の保存や廃棄の方法など管理の仕組みとして、記録に関する規程の整備が求められます。

	<p>・第三者評価は、3年ごとの受診を基準として外部機関による評価を行い、必要な改善を図ることを目的としています。そうした中、施設が基準とする利用者支援の一定の水準を維持向上するためには、3年ごとの第三者評価に加え、定期的な自己評価を行い、自らが課題とした事項を改善していくことが必要であるとされています。定期的な自己評価の仕組みを構築することが望まれます。</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	2670100334
事業所名	西賀茂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)	
訪問調査実施日	平成29年3月15日
評価機関名	特定非営利活動法人 きょうと福祉ネットワーク 一期一会

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。	A	A	
	(評価機関コメント)		①法人理念に基づき、事業所の理念が明文化されている。職員は、常に法人・事業所理念を携行している。また、法人が発行する広報誌に理念を掲載している。 ②月1回、全職員を対象とした運営会議が開催され、事業所内のサービスに関する検討等が行われている。センター長は、法人管理者会議に出席し、事業所の報告をしている。			
(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事業所の長期目標、中期目標が策定されている。その目標達成のため事業所の年度計画が示され実行している。 ④年度計画に基づき、重点項目のアクションプランと、その具体策が示されている。その計画は、1ヶ月ごとに目標値が示され、6ヶ月ごとに評価・見直しがされている。			
(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	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月2回法人で開催される管理者会議では、必ず議題の一番目に法令遵守があげられ、法人運営に必要な法令が示されている。関係法令リスト化は確認できなかった。 ⑥キャリアパスにより、役職者をはじめ職員の階級別の権限等が示されている。毎年、全職員が行う自己管理目標シートを利用して、法人・事業所への意見を聴取している。 ⑦管理者は、日々現場に入り事業所の状況を把握している。また、不在時は主任が必ず出勤するとともに、緊急時の対応として携帯電話を所持している。			

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	A
		(評価機関コメント)		⑧採用活動委員会が組織されている。キャリアパス表により求める人材像が明文化されている。介護福祉士等の取得を目指す場合、勤務調整等で配慮している。 ⑨法人内に研修委員会を設置している。新人はOJT研修を実施する。全職員が、自己管理目標を作成し、キャリアパスに基づく研修が体系的に実施されている。 ⑩大学の教職課程の実習、インターンシップや初任者研修を受け入れている。実習受入に関するマニュアルを作成している。指導者に関する研修を確認した。		
(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)		⑪有給休暇や超過勤務の取得状況は、管理者が担当者となり労働状況を把握している。リフレッシュ休暇を計画有給で付与するなど、労働環境に配慮している。 ⑫男性・女性別に休憩室がある。産業医をおいてストレスチェックをしている。ハラスメント規定がある。		
(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年4回、広報誌を作成して配布している。本部である診療所などに配架し、地域に状況を発信している。地域である行事には積極的に参加している。 ⑭地元、御園橋商店街にある810広場を利用して、『おせっかいカフェ』を実施している。地域の中学校に向いて、認知症サポーター講座を開催し、認知症理解の促進をしている。		

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をもとに、事業所の情報を発信している。見学も積極的に受け入れ、利用開始前に体験利用等を行っている。		
(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重要事項説明書を利用してサービス内容の説明をしている。1割負担2割負担ごとにわかりやすい料金表や送迎範囲の地図を掲載している。		

(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)		<p>①利用開始にあたっての面接シートにより聞き取りを行っている。その聞き取りに基づきアセスメントを行っている。定期的なアセスメントの状況は確認できなかった。</p> <p>⑧アセスメントと居宅介護計画に基づき、通所介護計画を作成している。サービス担当者会議では、本人もしくは家族が出席している。</p> <p>⑨個別支援計画書の策定にあたっては、主治医、機能訓練指導員等から意見を聞き、計画に反映している。また、計画書には注意点欄を設け医療的に必要な事項を掲載している。</p> <p>⑩通所介護計画は、6ヶ月ごとに評価・見直しを実施している。その際、本人・家族からの評価欄を設け、意見や要望を聞くようにしている。</p>		
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)		<p>⑪主治医や看護師等と連携しながら、24時間の生活を見据えた支援を行っている。特に、医療的ケアが必要な場合に看護師と確実に連携するため、退院前カンファレンスには必ず出席している。</p>		
(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	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)		<p>⑫各種業務マニュアルを作成し、標準的な手順書として整備している。各マニュアルに関しては、1年ごとに評価見直しを実施している。</p> <p>⑬利用者ごとにケース記録を記載している。通所介護計画に基づく記録は不十分であった。記録に関する規程は確認できなかった。</p> <p>⑭朝夕の申し送りや日々の情報共有を実施している。夕方の申し送りでは、利用者の状況に関してコメントを出し合い、情報共有している。</p> <p>⑮送迎時と連絡帳により家族との情報交換を行っている。また、サービス担当者会議で利用者等からの相談に対応している。日常の様子は、「西賀茂デイサービスセンター通信」を通じて周知している。</p>		
(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)		<p>⑯感染防止対策マニュアルを作成するとともに、感染予防委員会を設置している。運営会議及び感染予防委員会により、研修教育がされている。</p> <p>⑰毎日、職員による清掃が行われ、次亜塩素酸による消毒がされていた。事業所内は、全体的に整理整頓されている。</p>		

(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	B
(評価機関コメント)		⑳介護事故防止・対応マニュアル、緊急時マニュアルを整備している。また、緊急時の指揮命令系統が示され、送迎時の事例をもととした研修会を実施していた。 ㉑事故発生後は、事故防止・対策委員会で分析検討をするとともに、法人内の他施設職員による評価が実施されている。 ㉒防災関係マニュアルを整備。火災に対して、年2回の訓練を実施している。指揮命令系統も明らかになっている。地域との連携は確認できなかった。		

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	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)		①理念に利用者本位の姿勢を謳い、利用者を尊重した支援に努めている。利用者の作品を額に入れて掲示するなど、個性を大切にしている。 ②プライバシー保護マニュアルを整備するとともに、プライバシーを意識した支援に心がけている。しかし、ドライバーの使用法など、一部改善が必要な事象があった。 ③サービス利用の決定は、介護支援専門員からの情報をもとに公正中立に行っている。				
(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てている。	A	A		
第三者への相談機会の確保	36	公的機関等の窓口に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	A		
(評価機関コメント)		④通所介護計画の評価・見直しにあたり、家族等からの評価欄を設け、広く意見や要望を聞く機会としている。年1回満足度アンケートをしている。 ⑤苦情事故対応マニュアルを整備している。意見や要望は、サービス向上委員会で分析検討し、管理者会議に報告と、運営委員会で周知している。事業所内通信で公表している。 ⑥相談窓口を重要事項説明書に明記して周知している。定期的に来訪するボランティアを介して、利用者の意見等を聞いている。				
(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	A		
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。	B	B		
(評価機関コメント)		⑦年1回利用者満足度アンケートを実施している。アンケート結果は、アンケート委員会で検討し、必要な改善をしている。 ⑧サービスの質向上に関する検討は、月1回開催する運営会議で実施している。その結果は、法人内の管理者会議や事業所間主任・副主任会議を開催し、比較検討をしている。また、圏域内の連絡会に出席し、情報交換を実施する。 ⑨事業所の自己評価はできていない。第三者評価は3年ごとに受診している。				